

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Ruang : Saraf
No. MR/CM : 25.99.64
Pukul : 15.30 WIB
Tanggal pengkajian : 08 Maret 2021

A. Pengkajian

I. Data Dasar

1. Identitas pasien

- a. Nama : Ny. R
- b. Usia : 66 Tahun
- c. Status perkawinan : Menikah
- d. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- e. Agama : Islam
- f. Pendidikan : SMP
- g. Suku : Lampung
- h. Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
- i. Alamat rumah : Abung Pekurun
- j. Sumber biaya : BPJS
- k. Tanggal masuk RS : 08 Maret 2021
- l. Diagnosa medis : Stroke Hemoragik

2. Sumber Informasi (penanggung jawab)

- a. Nama : Gapar emihargia
- b. Umur : 30 Tahun
- c. Hubungan dengan klien : Anak kandung
- d. Pendidikan : SMA
- e. Alamat : Abung Pekurun

II. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang ke RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 08 Maret 2021 melalui UGD pada pukul 13: 30 WIB, klien diantar oleh keluarganya dengan keadaan tidak sadar sejak di bawa dari rumah sampai kerumah sakit, keluarga Klien mengatakan klien tidak sadar sedari 4 jam yang lalu. Keluarga klien mengatakan sebelum klien tidak sadar, klien mengeluh sakit kepalanya seperti terhantam benda berat dan berdenyut, klien mengatakan sakit kepala jika klien beraktivitas dan sakit kepala berkurang jika klien beristirahat, nyeri yang terjadi hilang timbul, hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan Tekanan Darah 230/150 mmHg, Nadi 88 x/menit, Pernapasan 22 x/menit, Suhu 36,7 °C.

2. Riwayat kesehatan saat pengkajian / riwayat sekarang

Klien tidak sadarkan diri (Koma)

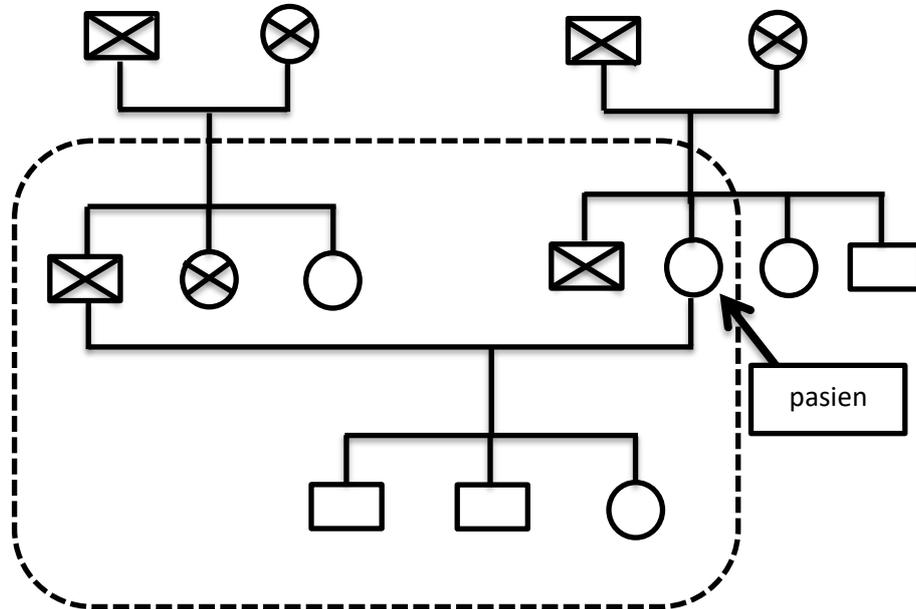
3. Riwayat kesehatan lalu

Keluarga klien mengatakan klien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, klien tidak memiliki riwayat operasi, klien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan, klien tidak memiliki riwayat terjatuh, klien sebelumnya belum pernah di rawat di Rumah Sakit.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Pada saat dilakukan pengkajian pada anggota keluarga didapatkan hasil klien tidak memiliki riwayat keluarga dengan penyakit yang sama.

Gambar 3.1
Genogram Riwayat Kesehatan Keluarga Ny. R



keterangan:



: Laki-Laki



: Menikah



: Perempuan



: Sudah Meninggal

5. Riwayat psikososial

Saat dilakukan pengkajian, klien dan keluarga klien tidak mengalami stress mengenai masalah keuangan keluarga, seluruh keluarga pasien saling mendukung dalam apapun termasuk pengobatan pasien.

6. Lingkungan

- a. Keluarga klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih, bebas dari bahaya dan polusi.

- b. Pekerjaan
Sehari –hari klien hanya melakukan pekerjaan rumah
7. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan sesudah sakit
- a. Pola nutrisi sebelum sakit
Sebelum sakit klien tidak memiliki gangguan, makan melalui oral 3 X sehari, nafsu makan baik, dan tidak mengalami perubahan berat.
 - b. Pola nutrisi saat sakit
Saat sakit klien makan diberikan melalui NGT karna klien tidak sadarkan diri. Jenis makanan yang di berikan adalah formula blenderized sebanyak 400ml/ 3 kali.
8. Pola cairan
- a. Pola cairan sebelum sakit
Sebelum sakit asupan cairan klien setiap harinya 9-10 gelas
 - b. Pola cairan setelah sakit
Saat sakit klien hanya mendapatkan cairan sebelum dan sesudah di berikan formula blenderized sebanyak 200ml/3 kali sehari dan di berikan air minum sebanyak 120ml sebelum dan sesudah makan, dan dibantu dengan cairan infuse RL 20 tpm yang terpasang disebelah tangan kanan klien .
9. Pola eliminasi
- a. BAB/BAK sebelum sakit
Sebelum sakit keluarga klien mengatakan BAK klien 4-5 kali sehari dan BAB 2 kali sehari. Klien tidak mengalami gangguan dala berkemih dan buang air besar.
 - b. BAB/BAK sesudah sakit
Saat sakit klien terpasang kateter dan jumlah urine klien sebanyak 3000 ml/24 jam dan menurut keluarga klien belum pernah BAB selama di rawat di RS

10. Pola aktivitas

klien tidak sadarkan diri (koma), semua aktivitas klien dibantu oleh anggota keluarga

11. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Pernafasan klien 22x/menit, konjungtiva tidak anemis, klien tidak mengalami *sianosis* di bagian kuku, kulit, bibir maupun mulut, CRT <3 detik, tidak ada pernapasan cuping hidung dan tidak ada bendungan vena jugularis. Keadaan klien koma, turgor kulit elastis, tidak mengalami perubahan karakteristik/ warna, tidak ada edema, dan pigmentasi, mulut klien pucat, membrane mukosa klien kering.

b. Pemeriksaan fisik

Saat pemeriksaan auskultasi ada suara napas tambahan yaitu *gurgling*, frekuensi napas 22x/menit, klien mengorok (*gurgling*) nadi klien 88X/menit, bentuk rongga dada simetris, tidak ada jejas.

12. Pengkajian penampilan umum

Klien tidak sadarkan diri, kulit tampak kering, mukosa bibir klien kering, klien juga tampak terpasang nasal kanul 4lt/menit, NGT, dan kateter.

13. Pengkajian muskuloskeletal

Tingkat kesadaran klien : koma, dengan GCS E1M1V1, klien tidak mengalami cedera, tidak ada luka, tidak mengalami patah tulang dan luka bakar.

0000	1111
0000	1111

Keterangan : 0 = kekuatan otot sama sekali tidak mampu bergerak, tampak berkontraksi, bila lengan / tungkai dilepaskan akan jatung 100% positif.

14. Pengkajian sistem perkemihan
Klien terpasang kateter
15. Pengkajian aktivitas, istirahat dan pergerakan
Klien dengan koma
16. Pengkajian prosedur
Klien mendapatkan terapi cairan parenteral *ringe laktat* (RL) 20x/menit, terapi oksigen sebanyak 4 L/menit, dan terpasang kateter.
17. Pengobatan
 - a. Ranitidine 2x50mg/12 jam IV
 - b. Ceterolax 3 x50mg/8 jam IV
 - c. Mannitol 20% hari pemberian pertama 200cc/30tpm, kedua dan ketiga 150 cc/30tpm IV
 - d. Citikolin 3 x 500mg/ 8jam IV
 - e. Mikobalamin 3 x 500mg/8jam iV
 - f. Ondacentron 3 x400mg/8 jam IV
 - g. Asam tranex 3 X 500mg/8jam IV
 - h. Amplodipine 1 x 10 mg/24jam
 - i. Catopril 3 X 25mg/8jam IV
 - j. Sucralfate 3 X 10cc / 8 jam IV
 - k. RI 20 tpm
18. Hasil Laboratorium

Table 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.R Ruang Saraf
RSUD Mayjend Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Tanggal	Nama pemeriksaan	Hasil
1	08 Maret 2021	Glukosa sewaktu	141 mg/dL
2	08 Maret 2021	Rapid test antibody	non teaktif

19. Data focus

Table 3.2
Data Fokus

Data subjektif	Data objektif
<p>a. Keluarga klien mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu</p> <p>b. Keluarga klien mengatakan klien tidak sadar sejak 4 jam yang lalu</p> <p>c. Keluarga mengatakan sebelum klien koma klien mengeluh sakit kepala saat beraktivitas dan hilang ketika klien beristirahat</p> <p>d. Keluarga klien mengatakan segala aktivitas klien di bantu keluarga</p>	<p>a. Klien tidak sadarkan diri (koma)</p> <p>b. GCS E1M1V1</p> <p>c. Tanda-tanda vital 230/150 mmHg, Nadi 88 x/menit, Pernapasan 22 x/menit, Suhu 36,7 °C.</p> <p>d. Kekuatan otot klien, ekstremitas atas kanan 1, ekstremitas atas kiri 1, ekstremitas bawah kanan 0, ekstremitas bawah kiri 0.</p> <p>e. Klien ada cairan pada saluran napas utama dan terdengar suara nafas klien <i>gurgling</i></p> <p>f. Klien terpasang nasal kanul 4 liter/menit Klien terpasang kateter</p> <p>g. Klien terpasang NGT</p> <p>h. Klien mengalami <i>hemiplegia sinistra</i></p>

20. Analisa Data

Table 3.3
Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien tampak ada cairan dijalan napas utama b. Klen terpasang nasal kanul 4 L/menit c. Suara nafas klien terdengar <i>gurgling</i> d. Pernafasan 22x/menit 	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Penumpukan cairan dalam jalan napas
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu b. Keluarga mengatakan sebelum klien koma klien mengeluh sakit kepala saat beraktivitas dan hilang ketika klien beristirahat <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Kesadaran klien koma b. GCS E1M1V1 c. Tanda-tanda vital Tekanan darah 230/150mmHg, N 88x/menit, RR 22x/menit, S 36,7°C 	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif	Hipertensi

1	2	3	4									
3.	Do: a. Kesadaran klien koma b. Klien tidak dapat c. beraktivitas d. Klien tampak harus dibantu dalam melakukan aktivitas e. Klien tampak pucat, lemas f. Klien tidak mmampu melakukan perpindahan posisi secara mandiri g. Klien tampak lemah h. Klien mengalami <i>hemiplegia</i> sinistra i. Kekuatan otot <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0000</td> <td style="padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border-top: 1px solid black; height: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0000</td> <td style="padding: 0 5px;"> </td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> </table> </div>	0000		1111				0000		1111	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
0000		1111										
0000		1111										
4.	Ds: Keluarga klien mengatakan segala aktivitas klien di bantu keluarga Do: Tidak dapat melakukan aktivitas mandi, berpakaian secara mandiri	Deficit perawatan diri	Gangguan neuromuskuler									
5.		Risiko luka tekan	Riwayat stroke									

B. Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan cairan dalam jalan napas
Definisi : ketidakmampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap Paten
2. Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
Definisi : Tubuh mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
Definisi : keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler
Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri
5. Risiko luka tekan berhubungan dengan riwayat stroke
Definisi : beresiko mengalami cedera local pada kulit & jaringan, biasanya pada tonjolan tulang akibat tekanan & gesekan.

Prioritas diagnosa luaran pada kasus Ny. R ada:

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan penumpukan cairan dalam jalan napas
2. Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

C. Rencana Keperawatan

Nama Klien : Ny. R
 Dx Medis : Stroke Hemoragik
 No. MR/CM : 25.99.64
 Ruang : Saraf

Tabel 3.4
 Rencana Keperawatan Pada Ny. R Di Ruang Saraf RSUD Mayjend HM
 Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan Penumpukan secret dalam jalan napas Do: a. Klien ada secret b. Klien terpasang nasal kanul 4 L/menit c. Suara nafas klien terdengar <i>gurgling</i> Pernafasan 22x/menit	Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka Bersihan Jalan Napas Meningkat dengan kriteria hasil : a. Produksi sputum menurun b. Frekuensi napas membaik c. Suara napas tambahan menurun d. Dispnea menurun	Manajemen Jalan Napas a. Monitor pola napas b. Monitor bunyi napas tambahan Pertahankan kepatenan jalan napas c. Berikan oksigen sesuai anjuran dokter d. Lakukan pengisapan lendir <15 detik e. Memonitor TTV
2.	Gangguan Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi Ds: a. Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu	Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : a. Tingkat kesadaran meningkat b. Sakit kepala menurun c. Tekanan darah	Perawatan sirkulasi a. Periksa sirkulasi perifer b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi c. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur

1	2	3	4
	<p>Keluarga klien mengatakan klien tidak sadar sejak 4 jam yang lalu</p> <p>b. Keluarga mengatakan</p> <p>c. sebelum klien koma klien mengeluh sakit kepala saat beraktivitas dan hilang ketika klien beristirahat</p> <p>Do:</p> <p>a. Kesadaran klien koma</p> <p>b. GCS E1M1V1</p> <p>c. Tanda-tanda vital 230/150mmHg, N 88x/menit, RR 22x/menit, S 36,7°C</p> <p>d. Klien mengalami <i>hemiplegia sinistra</i></p>	<p>Membaik</p> <p>d. Gelisah menurun</p>	
3.	<p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot</p> <p>Do:</p> <p>a. Kesadaran klien koma</p> <p>b. Klien tidak dapat</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 3 X 24 jam maka Mobilitas Fisik Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>a. Pergerakan ekstremitas</p>	<p>Perawatan Tirah Baring</p> <p>a. Monitor kondisi kulit</p> <p>b. Monitor komplikasi tirah baring</p>

D. Catatan Perkembangan

1. Hari pertama

Nama Klien : Ny. R
 Dx Medis : Stroke Hemoragik
 No. MR/CM : 25.99.64
 Ruang : Saraf

Table 3.5

Implementasi Dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ny.R
 Di Ruang Saraf Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 08-10 Maret 2021

No Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1.	<p>08 Maret 2021 Manajemen Jalan Napas</p> <p>Pukul 16:00 WIB Mengauskultasi suara napas dan mengobservasi pola napas</p> <p>Pukul 16:04 WIB Mengobservasi tindakan suction yang di lakukan oleh perawat senior di ruangan</p> <p>Pukul 16:25 WIB Memberikan terapi oksigen nasal kanul 4L/menit</p> <p>Pukul 16:35 WIB Memonitor status pernapasan dan oksigenasi</p> <p>Pukul 16:40 WIB Mengukur TTV (TD, N, RR, S)</p>	<p>Pukul 16:40</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan klien terlihat sesak dan terdengar seperti mengorok ketika bernapas</p> <p>O: a. Klien tampak sesak b. Secret klien tampak putih kekuningan dan bertekstur kental c. Suara napas klien <i>gurgling</i> d. tekanan darah 230/150mmHg e. N 88x/menit f. RR 22x/menit, g. S 36,7°C h. Klien terpasang nasalkanul 4L/menit</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p>

1	2	3
		<p>P: lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor status pernapasan Periksa RR dan suara pernapasan Pertahankan terapi oksigen nasal kanul  <p>Antira</p>
2.	<p>08 Maret 2021 Perawatan sirkulasi</p> <p>Pukul 17:00 WIB Mengidentifikasi faktor gangguan sirkulasi</p> <p>Pukul 17:05 WIB Mengkaji nyeri</p> <p>Pukul 17: 10 WIB Mengkaji perubahan TTV (TD, N, RR, S)</p> <p>Pukul 17:30 WIB Berkolaborasi pemberian terapi dengan dokter sesuai indikasi: Inj.IV Ranitidine 25mg , Inj.IV Ondacementon 4mg , Inj.IV Ketorolac 30mg , Inj.IV Mecobalamin, Inj.IV Ceftriaxone 500mg, Inj.IV Asam tranex 500mg, Inj.IV Monitol 150mg, Inj.IV Citicolin 500cc, Oral Sucralfate 100cc/8jam, Oral Amlodiphine 10mg/24 jam, Oral Captopril 25mg/24 jam</p>	<p>Pukul 17:40</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu Keluarga klien mengatakan klien tidak sadar sejak 4 jam yang lalu Keluarga mengatakan sebelum klien koma klien mengeluh sakit kepala saat beraktivitas dan hilang ketika klien beristirahat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kesadaran klien koma GCS E1M1V1 Tanda-tanda vital tekanan darah 230/150mmHg, N 88x/menit, RR 22x/menit, S 36,7°C Klien terpasang infus di tangan sebelah kanan <p>A: Masalah Perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi</p>

1	2	3						
		<p>P : lanjutkan itervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Letakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral <p>Kolaborasi pemberian analgesic sesuai indikasi</p> <ol style="list-style-type: none"> Ukur TTV <div style="text-align: right;">  Antira </div>						
3.	<p>08 Maret 2021</p> <p>Perawatan Tirah Baring</p> <p>Pukul 19:00 WIB</p> <p>Memonitor kondisi kulit</p> <p>Pukul 19:04 WIB</p> <p>Mengatur posisi klien ketika bedrest</p> <p>Pukul 19:10 WIB</p> <p>Memonitor komplikasi tirah baring</p> <p>Pukul 19: 20 WIB</p> <p>Memasang siderail</p> <p>Pukul 19:21 WIB</p> <p>Mengajarkan keluarga klien untuk mengubah posisi klien setiap 2 jam sekali</p> <p>Pukul 19:30 WIB</p> <p>Menjelaskan tujuan tirah baring dan pergantian posisi</p> <p>Puku 19: 36 WIB</p> <p>Mengidentifikasi kekuatan otot klien</p>	<p>Pukul 19: 20</p> <p>S:</p> <p>Keluarga klien mengatakan segala aktivitas klien di bantu keluarga</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kondisi kulit klien lembab Tidak ada decubitus pada kulit klien Tempat tidur terpasang siderail Klien tampak lemah Klien tidak sadarkan diri Klien terpasang kateter ukuran 18fr dan NGT ukuran 16 fr Klien mengalami <i>hemiplegia</i> sinistra Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">0000</td> <td style="padding-left: 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">0000</td> <td style="padding-left: 5px;">1111</td> </tr> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p>	0000	1111			0000	1111
0000	1111							
0000	1111							

1	2	3
		<p>P: lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none">a. Monitor kondisi kulitb. Pertahankan siderailc. Ingatkan keluarga pasien untuk mengubah posisi klien setiap 2 jam sekali <p style="text-align: right;"> Antira</p>

2. Hari Kedua

Nama Klien : Ny. R
 Dx Medis : Stroke Hemoragik
 No. MR/CM : 25.99.64
 Ruang : Saraf

Table 3.6

Implementasi Dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ny.R
 Di Ruang Saraf Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 08-10 Maret 2021

No Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	Tanggal 09 Maret 2021 Manajemen jalan napas Pukul 07:00 WIB Memonitor status pernapasan Pukul 07:03 WIB Melakukan pemeriksaan RR dan suara pernapasan Pukul 07: 08 WIB Mempertahankan terapi oksigen nasal kanul	Pukul 07:20 S: Keluarga klien mengatakan klien terlihat sesak dan terdengar seperti mengorok ketika bernapas O: a. Klien tampak sesak b. Suara napas klien <i>gurgling</i> c. tekanan darah 220/140mmHg d. N 86x/menit e. RR 22x/menit, f. S 36,5°C g. Klien terpasang nasalkanul 4L/menit A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi P: lanjutkan intervensi a. Monitor status pernapasan b. Periksa RR dan suara pernapasan

1	2	3
		<p>c. Pertahankan terapi oksigen nasal kanul</p>  <p>Antira</p>
2	<p>Tanggal 09 Maret 2021</p> <p>Pukul 08:00 WIB Mengatur posisi kepala dan leher pasien dalam posisi netral</p> <p>Pukul 08: 02 WIB Berkolaborasi pemberian terapi dengan dokter sesuai indikasi: Inj.IV Ranitidine 25mg , Inj.IV Ondacementon 4mg , Inj.IV Ketorolac 30mg , Inj.IV Mecobalamin, Inj.IV Ceftriaxone 500mg, Inj.IV Asam tranex 500mg, Inj.IV Monitol 150mg, Inj.IV Citicolin 500cc, Oral Sucralfate 100cc/8jam, Oral Amlodiphine 10mg/8 jam, Oral Captopril 25mg/24 jam</p> <p>Pukul 08: 15: WIB mengukur TTV (TD, N, RR, S)</p>	<p>Pukul 08: 20</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu Keluarga klien mengatakan klien tidak sadar sejak 4 jam yang lalu Keluarga mengatakan sebelum klien koma klien mengeluh sakit kepala saat beraktivitas dan hilang ketika klien beristirahat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kesadaran klien koma GCS E1M1V1 Tanda-tanda vital tekanan darah 220/140mmHg,N 86x/menit, RR 22x/menit, S 36,5°C <p>A: Masalah Perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan itervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Letakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral Kolaborasi pemberian analgesic sesuai indikasi

1	2	3
		c. Ukur TTV  Antira
3	Tanggal 09 Maret 2021 Perawatan Tirah Baring Pukul 08:20 WIB Memonitor kesadaran klien Pukul 08: 30 WIB Memonitor kondisi kulit Pukul 08: 40 WIB Memasang siderail Pukul 08: 41 WIB Mengingatkan kembali keluarga pasien untuk mengubah posisi klien setiap 2 jam sekali	Pukul 08:40 S: Keluarga klien mengatakan segala aktivitas klien di bantu keluarga O: a. Kondisi kulit klien lembab b. Tidak ada decubitus pada kulit klien c. Tempat tidur terpasang siderail d. Klien tampak lemah e. Klien tidak sadarkan diri f. Klien terpasang kateter dan NGT g. Klien mengalami <i>hemiplegia</i> sinistra h. Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 0000 & 1111 \\ \hline 0000 & 1111 \end{array}$ A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: lanjutkan intervensi a. Monitor kondisi kulit b. Pertahankan siderail c. Monitor kesadaran klien  Antira

3. Hari Ketiga

Nama Klien : Ny. R
 Dx Medis : Stroke Hemoragik
 No. MR/CM : 25.99.64
 Ruang : Saraf

Table 3.7

Implementasi Dan Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Ny.R
 Di Ruang Saraf Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara
 08-10 Maret 2021

No Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal 10 Maret 2021 Manajemen jalan napas</p> <p>Pukul 13:00 WIB Memonitor status pernapasan</p> <p>Pukul 13: 02 WIB Melakukan pemeriksaan RR dan suara pernapasan</p> <p>Pukul 13: 10 WIB Mempertahankan terapi oksigen nasal kanul</p>	<p>Pukul 13:20 S: Keluarga klien mengatakan klien terlihat sesak dan terdengar seperti mengorok ketika bernapas</p> <p>O: a. Klien tampak sesak b. Suara napas klien <i>gurgling</i> c. tekanan darah 210/140mmHg d. N 85x/menit e. RR 22x/menit, f. S 36,5°C g. Klien terpasang nasalkanul 4L/menit</p> <p>A: Masalah bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi a. Monitor status pernapasan b. Periksa RR dan suara pernapasan c. Pertahankan terapi oksigen nasal kanul</p> <p style="text-align: right;"> Antira</p>

1	2	3
2	<p>Tanggal 10 Maret 2021</p> <p>Pukul 14:00 WIB Mengatur posisi kepala dan leher pasien dalam posisi netral</p> <p>Pukul 14: 02 WIB Berkolaborasi pemberian terapi dengan dokter sesuai indikasi: Inj.IV Ranitidine 25mg , Inj.IV Ondacementon 4mg, Inj.IV Ketorolac 30mg , Inj.IV Mecobalamin, Inj.IV Ceftriaxone 500mg, Inj.IV Asam tranex 500mg, Inj.IV Monitol 150mg, Inj.IV Citicolin 500cc, Oral Sucralfate 100cc/8jam, Oral Amlodiphine 10mg/8 jam, Oral Captopril 25mg/24 jam</p> <p>Pukul 14: 15 WIB mengukur TTV (TD, N, RR, S)</p>	<p>Pukul 14: 50</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu Keluarga klien mengatakan klien tidak sadar sejak 4 jam yang lalu Keluarga mengatakan sebelum klien koma klien mengeluh sakit kepala saat beraktivitas dan hilang ketika klien beristirahat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kesadaran klien koma GCS E1M1V1 Tanda-tanda vital tekanan darah 220/140mmHg, N 86x/menit, RR 22x/menit, S 36,5°C <p>A: Masalah Perfusi jaringan serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan itervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Letakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral Kolaborasi pemberian analgesic sesuai indikasi Ukur TTV <p style="text-align: right;"> Antira</p>
3	<p>Tanggal 10 Maret 2021 Perawatan Tirah Baring</p> <p>Pukul 15:20 WIB Memonitor kesadaran klien</p> <p>Pukul 15: 25 WIB Memonitor kondisi kulit</p> <p>Pukul 15: 35 WIB Memasang siderail</p>	<p>Pukul 15:40</p> <p>S:</p> <p>Keluarga klien mengatakan segala aktivitas klien di bantu keluarga</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kondisi kulit klien lembab Tidak ada decubitus pada kulit klien Tempat tidur terpasang siderail Klien tampak lemah

1	2	3				
	<p>Pukul 15: 36 WIB Mengingatkan kembali keluarga pasien untuk mengubah posisi klien setiap 2 jam sekali</p>	<p>e. Klien tidak sadarkan diri f. Klien terpasang kateter dan NGT g. Klien mengalami <i>hemiplegia</i> sinistra h. Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0000</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">0000</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> </table> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>a. Monitor kondisi kulit b. Pertahankan siderail c. Monitor kesadaran klien</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Antira </div>	0000	1111	0000	1111
0000	1111					
0000	1111					