

**BAB III**  
**LAPORAN STUDY KASUS**

Ruang : Syaraf  
No. MR/CM : 23.76.30  
Pukul : 12.00 Wib  
Tanggal Pengkajian : 23 April 2019

**A. PENGKAJIAN**

**1. Identitas pasien**

- a. Nama : Ny.J
- b. Usia : 35 Tahun
- c. Status perkawinan : Menikah
- d. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- e. Agama : Islam
- f. Pendidikan : SLTA
- g. Suku : Lampung
- h. Bahasa yang digunakan : Bahasa Indonesia
- i. Alamat rumah : Cempaka Timur
- j. Sumber biaya : BPJS
- k. Tanggal masuk RS : 22 April 2019
- l. Diagnose medis : Stroke Hemoragi

**2. Sumber Informasi (penanggung jawab)**

- a. Nama : Tn. H
- b. Umur : 40 Tahun
- c. Hubungan dengan klien : Suami
- d. Pendidikan : SLTA
- e. Pekerjaan : Wiraswasta
- f. Alamat : Cempaka Timur

### 3. Riwayat Kesehatan

#### a. Riwayat Kesehatan Masuk RS

Klien datang ke UGD RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dengan diantar keluarganya. Klien datang pada tanggal 22 April 2019 dengan keluhan sakit kepala yang tidak tertahankan, nyeri menjalar kebagian leher, skala nyeri 8 dari (0-10), nyeri terasa sekali pada saat beraktivitas dan nyeri berkurang pada saat beristirahat dan minum obat, nyeri terasa berdenyut-denyut, nyeri datang sewaktu-waktu terutama saat beraktifitas, nyeri terjadi dalam waktu yang cukup lama. Klien juga mengeluh lemas pada anggota gerak bagian kanan, pusing, mual dan muntah.

#### b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

##### 1) Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian, kesadaran klien kompos mentis E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>, keluarga klien mengatakan klien sering mengalami sakit kepala yang tidak tertahankan dan berkurang saat istirahat, klien memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu, pada hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapat hasil tekanan darah 200/100 mmHg, denyut nadi 88x/menit lokasi pemeriksaan dinadi radialis dengan kualitas kuat dan teratur, frekuensi pernapasan 22x/menit dan suhu tubuh 36,6<sup>0</sup>C, CRT (Capillary Refil Time < 2 detik).

##### 2) Keluhan penyerta

Klien mengeluh lemas, dan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri.

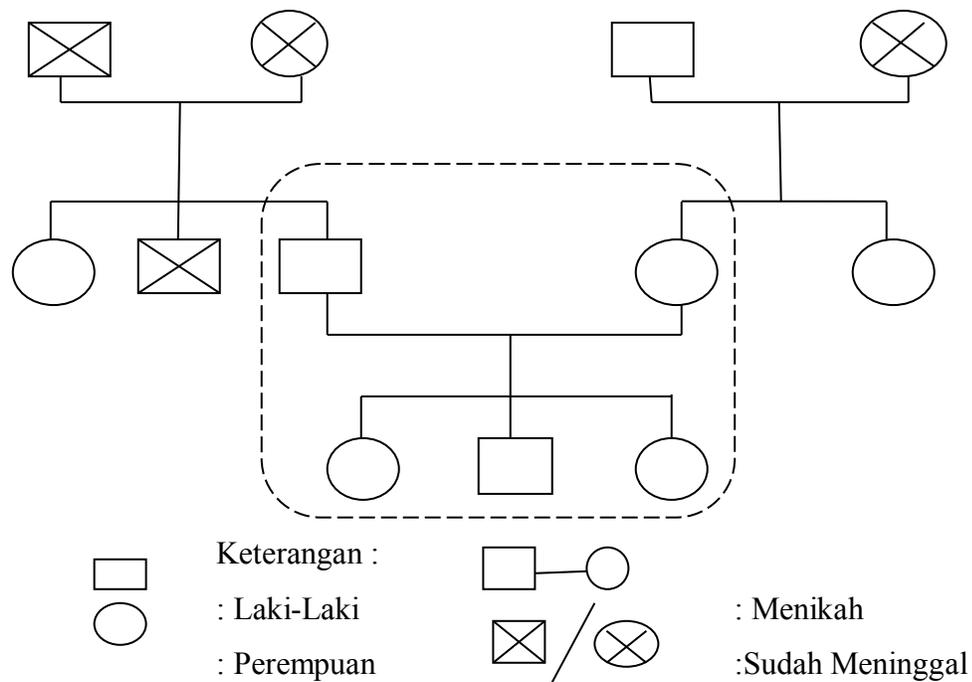
#### c. Riwayat Kesehatan Lalu

Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 7 tahun yang lalu, klien tidak memiliki riwayat operasi, klien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat-obatan dan sebelumnya klien belum pernah dirawat di Rumah Sakit.

d. 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 3 Generasi:



e. Riwayat Psikososial

Saat dilakukan pengkajian, klien tidak mengalami stres mengenai masalah keuangan keluarga, seluruh keluarga pasien saling mendukung dalam hal apapun termasuk pengobatan pasien, komunikasi klien sedikit terganggu karena akibat nyeri yang dirasakannya klien kurang kooperatif ketika diajak berbicara.

f. Lingkungan

1) Rumah

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

2) Pekerjaan

Sehari-hari klien hanya melakukan pekerjaan rumah.

g. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a) Pola nutrisi sebelum sakit

Sebelum sakit klien tidak memiliki gangguan, makan melalui oral 3x sehari, nafsu makan baik, dan tidak mengalami perubahan berat badan selama 3 bulan terakhir.

b) Pola nutrisi saat sakit

Saat sakit makan klien berkurang, nafsu makan menurun, klien hanya menghabiskan 1/3 dari porsi makannya karena mengeluh mual dan ingin muntah.

h. Pola cairan

a) Pola cairan sebelum sakit

Sebelum sakit asupan cairan klien setiap harinya 9-10 gelas.

b) Pola cairan saat sakit

Saat sakit klien mengatakan hanya minum 2 gelas setiap harinya, dibantu dengan cairan infuse yang terpasang disebelah tangan kanan klien.

i. Pola eliminasi

a) BAB/BAK sebelum sakit

Sebelum sakit keluarga mengatakan bak klien 4-5 kali sehari dan bab 1 kali sehari. Klien tidak mengalami gangguan dalam berkemih dan buang air besar.

b) BAB/BAK saat sakit

Saat sakit keluarga klien mengatakan klien memakai diapers, diganti 3 kali sehari dan belum pernah Bab selama dirawat di RS

j. Pola aktivitas

Klien mengalami gangguan dalam beraktivitas, semua aktivitas klien dibantu oleh anggota keluarga.

k. Pengkajian fisik

1) Pemeriksaan umum

Kesadaran klien kompos mentis, tekanan darah 200/100 mmHg, denyut nadi 88x/menit lokasi pemeriksaan dinadi radialis dengan kualitas kuat dan teratur, frekuensi pernapasan 22x/menit dan suhu tubuh 36,8<sup>0</sup>C. Tinggi badan klien 160cm dan berat badannya 60 kg.

2) Pemeriksaan fisik persystem

a) System penglihatan

Lapang pandang klien sedikit terganggu ketika dilakukan pemeriksaan, Klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada tanda-tanda radang.

b) System pendengaran

Klien mampu mendengar dengan baik, tidak menggunakan alat bantu pendengaran, klien mampu mengikuti perintah yang diberikan.

c) System bicara

Klien mampu berbicara tetapi sedikit tidak jelas.

d) System pernapasan

Frekuensi pernapasan 22x/menit, tidak mengalami dispnea, tidak ada suara napas tambahan, suara napas vesikuler, irama pernapasan teratur.

e) System kardiovaskuler

Nadi klien 88x/menit, nadi kuat dan teratur, tidak ada retensi vena jugularis, crt < 2 detik.

f) System neurologi

Pada saat dilakukan pengkajian, kesadaran klien kompos mentis E<sub>4</sub>V<sub>5</sub>M<sub>6</sub>. Pengkajian pada syaraf kranial ditemukan data berupa terjadi masalah pada nervus bagian ke II optikus, lapang pandang klien sedikit terganggu karena kurang kooperatif ketika dilakukan pemeriksaan,

pada III, IV, VI yaitu nervus okulomotor, troklearis, dan abduksen klien tidak mampu mengikuti arah jari yang digerakkan perawat. Pada nervus ke V trigeminus reflek kornea klien masih baik, nervus ke VII klien mampu mengangkat alis namun ketika tersenyum tidak simetris, nervus ke VIII yaitu vestibulokoklearis tidak ada gangguan pendengaran yang dialami klien, klien mampu mengikuti perintah yang diberikan perawat, nervus ke X yaitu vagus klien tidak memiliki gangguan pada bagian ini.

g) System integument

Kulit klien tampak kusam, kering, warna kulit pucat, dan akral teraba dingin.

h) System muskuloskeletal

Klien mengalami penurunan motorik dengan kekuatan otot

3333	4444
3333	4444

i) Pemeriksaan penunjang

Dilakukan pemeriksaan CT-Scan dan terdapat hasil perdarahan subarakhnoid

#### 4. Penatalaksanaan Keperawatan

- a. Identifikasi dini dari nyeri kepala hebat merupakan petunjuk untuk upaya menurunkan angka mortalitas dan morbiditas.
- b. Bed rest total dengan posisi kepala ditinggikan 30° dalam ruangan dengan lingkungan yang tenang dan nyaman, bila perlu diberikan O<sub>2</sub> 2-3 L/menit.
- c. Hati-hati pemakaian obat-obat sedatif.
- d. Latihan ROM( Range Of Motion) pasif 2x sehari
- e. Pemantauan tanda- tanda vital.

Penatalaksanaan medis yang dilakukan pada Ny. J tercantum pada tabel dibawah ini.

Table 3.2

Penatalaksanaan Medis yang dilakukan pada Ny. J di Ruang Syaraf RSUD  
Mayjend HM Ryacudu Kotabumi, Lampung Utara 23-25 April 2020

No	Selasa, 22 April 2019	Rabu , 23 April 2019	Kamis,24 April 2019
1	Ketorolac iv, 3 x 30 mg	Ketorolac iv, 3 x 30 mg	Ketorolac iv, 3 x 30 mg
2	Ranitidine iv, 2 x 25 mg	Ranitidine iv, 2 x 25 mg	Ranitidine iv, 2 x 25 mg
3	Ondansenton iv, 3 x 4 mg	Ondansenton iv, 3 x 4 mg	Ondansenton iv, 3 x 4 mg
4	Amlodhipine oral, 1x10 mg	Amlodhipine oral, 1x10 mg	Amlodhipine oral, 1x10 mg
5	Captopril oral, 3 x 50 mg	Captopril oral, 3 x 50 mg	Captopril oral, 3 x 50 mg
6	Sukralfate oral, 3 x 10cc	Sukralfate oral, 3 x 10cc	Sukralfate oral, 3 x 10cc
7	Manitol iv, 200cc, 150cc, 150cc/ 8 jam	Manitol iv, 200cc, 150cc, 150cc/ 8 jam	Manitol iv, 200cc, 150cc, 150cc/ 8 jam
8	MST oral, 1 x 15 mg	MST oral, 1 x 15 mg	MST oral, 1 x 15 mg
9	Asam Tranex iv,3x250 mg	Asam Tranex iv,3x250 mg	Asam Tranex iv,3x250 mg
10	Nimox + Nacl iv, 450cc/8 jam	Nimox + Nacl iv, 450cc/8 jam	Nimox + Nacl iv, 450cc/8 jam

## 5. Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium Ny. J pada tanggal 22 April 2019 tercantum pada tabel dibawah ini

Tabel 3.3  
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny. J di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM  
Ryacudu Pada Tanggal 22 April 2019

No	Nama Pemeriksaan	Result Unit	Ref Range
1.	Ureum	30	15-39 mg/dl
2.	Kreatinin	0,9	L: 0,9-1,2, P: 0,6-1,1
3.	Asam Urat	4,0	L: 3,5-7,2, P: 2,6-6,0
4.	Glukosa Puasa	108	70-110 mg/dl
5.	Kolesterol	150	<220 mg/dl
6.	Trigliserida	119	< 150 mg/dl
7.	White Blood Cell (WBC)	10,17 x 10 <sup>3</sup> /ul	4,00-10,00
8.	Trombosit	165 x 10 <sup>6</sup> /ul	150-450
9.	Hemoglobin	12,69/dl	11,0-15,0

## 6. Analisa Data

Analisa data keperawatan pengkajian yang dilakukan pada Ny. J sebagai berikut

No. (1)	Data (2)	Masalah (3)	Etiologi (4)				
1.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu</li> <li>2) Klien mengeluh nyeri kepala hebat dan hilang saat istirahat</li> <li>3) Klien mengeluh mual dan muntah</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Hasil pemeriksaan TD 200/100 mmHg</li> <li>2) Skala nyeri 8</li> <li>3) Tampak lemah</li> </ol>	Perfusi Serebral Tidak Efektif	Hipertensi				
2.	<p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Klien mengeluh lemas pada anggota gerak bagian kanan</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kekuatan otot menurun</li> <li>2) Kekuatan otot  <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3333</td> <td style="padding: 0 5px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3333</td> <td style="padding: 0 5px;">4444</td> </tr> </table> </li> <li>3) Segala aktivitas klien dibantu keluarga</li> </ol>	3333	4444	3333	4444	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskular
3333	4444						
3333	4444						

3.	<p>Ds :</p> <p>1) Keluarga mengatakan Segala aktivitas klien dibantu keluarga</p> <p>Do :</p> <p>1) Tidak dapat melakukan aktivitas mandi, berpakaian dan pergi ke toilet secara mandiri</p> <p>2) Tampak kusam dan bau</p>	Defisit perawatan diri	Gangguan Neuromuskular
4.	<p>DS:</p> <p>1) Klien mengatakan tidak dapat mengikuti gerakan tangan perawat ketika dilakukan pengkajian</p> <p>DO:</p> <p>1) Mengalami gangguan pada pemeriksaan lapang pandang.</p>	Resiko Cidera	Gangguan Penglihatan
5. 1	<p>Ds:</p> <p>1) Klien mengatakan nafsu makan berkurang</p> <p>2) Klien mengeluh mual dan ingin muntah.</p> <p>Do:</p> <p>1) Tampak menghabiskan 1/3 dari porsi makannya</p>	Resiko Nutrisi	Defisit Faktor Psikologis, Keengganan untuk makan

## B. Diagnosa Keperawatan

### a. Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi

Ds :

- 1) Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu
- 2) Klien mengeluh nyeri kepala hebat dan hilang saat istirahat
- 3) Klien mengeluh mual dan muntah

Do:

- 1) Hasil pemeriksaan TD 200/100 mmHg
- 2) Skala nyeri 8
- 3) Klien tampak lemah

### b. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular

Ds:

Klien mengeluh lemas pada anggota gerak bagian kanan

Do:

- 1) Kekuatan otot klien menurun
- 2) Kekuatan otot  $\begin{array}{r|l} 3333 & 4444 \\ \hline 3333 & 4444 \end{array}$
- 3) Segala aktivitallls klien dibantu keluarga

### c. Defisit perawatan diri b.d Gangguan Neuromuskular

Ds :

Keluarga mengatakan Segala aktivitas klien dibantu keluarga

Do :

- 1) Klien tidak dapat melakukan aktivitas mandi, berpakaian dan pergi ke toilet secara mandiri
- 2) Klien nampak kusam dan bau

d. Resiko Cidera b.d Gangguan Penglihatan

DS:

- 1) Klien mengatakan tidak dapat mengikuti gerakan tangan perawat ketika dilakukan pengkajian

DO:

- 1) Klien mengalami gangguan pada pemeriksaan lapang pandang.

### C. Rencana Keperawatan

Nama Klien : Ny. J  
 Dx. Medis : Stroke Hemoragi  
 Ruang : Syaraf  
 No. MR : 23.76.30

Tabel 3.4  
 Rencana Keperawatan pada Ny. J di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM Ryacudu  
 Kotabumi Lampung Utara

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
(1)	(2)	(3)	(4)
1.	Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi Ds : a. Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak 7 tahun yang lalu b. Klien mengeluh lnyeri kepala hebat dan hilang saat istirahat c. Klien mengeluh mual dan muntah Do: a. Hasil pemeriksaan TD 200/100 mmHg b. Skala nyari 8 c. Klien tampak lemah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah teratasi dengan kriteria hasil: <b>Perfusi jaringan serebral (0406)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sakit kepala teratasi (4)</li> <li>o Tanda vital dalam rentang normal (4)</li> <li>o Tidak mengalami tekanan intrakranial (4)</li> </ul>	<b>Monitor (Pemantauan) Tekanan Intra Kranial (2590)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Atur posisi klien ketika bedrest</li> <li>b. Berikan antibiotic</li> <li>c. Kaji skala nyeri</li> <li>d. Letakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral, hindari fleksi pinggang berlebihan.</li> <li>e. Kurangi cahaya ruangan</li> <li>f. Sesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi serebral</li> <li>g. Kaji perubahan tanda-tanda vital</li> <li>h. Kolaborasi dengan dokter terkait terapi yang diberikan.</li> </ul>

2.	<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengeluh lemas pada anggota gerak bagian kanan</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>kekuatan otot klien menurun</li> <li>Kekuatan otot 3333   4444 ----- 3333   4444</li> <li>Segala aktivitas klien dibantu keluarga</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Mobilitas Fisik (L.05042)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kelemahan fisik teratasi (4)</li> <li>Gerakan tidak terbatas (4)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> <li>Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur)</li> <li>Lakukan latihan ROM pasif</li> </ol>
3.	<p>Defisit perawatan diri b.d Gangguan Neuromuskular</p> <p>Ds:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keluarga mengatakan</li> <li>Segala aktivitas klien dibantu keluarga</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tidak dapat melakukan aktivitas mandi,</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan masalah dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Perawatan Diri (L.11103)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mampu mandi secara mandiri (4)</li> <li>Klien mampu mengenakan pakaian secara mandiri (4)</li> <li>Klien mampu</li> </ol>	<p><b>Dukungan Perawatan Diri: BAB/BAK(L.11349)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia</li> <li>Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi</li> <li>Dukung penggunaan pispot secara konsisten</li> <li>Jaga privasi pasien selama eliminasi</li> <li>Bersihkan alat bantu</li> </ol>

	<p>berpakaian dan pergi ke toilet secara mandiri</p> <p>b. Klien Nampak kusam dan bau</p>	<p>ke toilet (BAB/BAK) secara mandiri (4)</p>	<p>BAB/BAK setelah digunakan.</p> <p>f. Anjurkan BAB/BAK secara rutin.</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri: Berpakaian( I.11350)</b></p> <p>e. Sediakan pakaian pada tempat yang mudah dijangkau</p> <p>f. Sediakan pakaian pribadi, sesuai kebutuhan</p> <p>g. Jaga privasi selama berpakaian.</p> <p>h. Berikan pujian kemampuan berpakaian secara mandiri</p> <p><b>Dukungan Perawatan Diri : Mandi (I.11352)</b></p> <p>g. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan</p> <p>h. Monitor kebersihan tubuh( rambut, kulit dan kuku)</p> <p>i. Fasilitasi menggosok gigi, sesuai kebutuhan</p> <p>j. Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan.</p> <p>k. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian</p> <p>l. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu</p>
--	---	---	---

4.	<p>Resiko Cidera b.d Gangguan Penglihatan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien mengatakan tidak dapat mengikuti gerakan tangan perawat ketika dilakukan pengkajian</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengalami gangguan pada pemeriksaan lapang pandang.</li> </ul>	<p><b>Tingkat Cedera ( L. 14136)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mampu mentoleransi aktivitas nya (4)</li> <li>b. Ketegangan otot berkurang (4)</li> </ul>	<p><b>Pencegahan Cidera (I.14537)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Identifikasi area lingkungan yang menylllebabkan cedera.</li> <li>b. Sediakan pencahayaan yang memadai</li> <li>c. Sediakan pispot untuk eliminasi ditempat tidur, jika perlu</li> <li>d. Pertahankan posisi tempat tidur diposisi terendah ketika digunakan.</li> <li>e. Diskusikan mengenai latihan dan terapi fisik yang diperlukan.</li> <li>f. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk selama beberapa menit.</li> </ul>
----	--	--	--

#### D. Catatan Perkembangan

Nama Klien : Ny. J  
 Dx. Medis : Stroke Hemoragi  
 Ruang : Syaraf  
 No. MR : 23.76.30

Table 3.5

Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny. J di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
 23-25 April 2019

No. Diagnosa (1)	Implementasi (2)	Evaluasi (3)
1.	23 April 2019  Pukul 08.30 Wib 1. Mengatur posisi klien ketika bedrest 2. Meletakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral Pukul 09.15 Wib 3. Memberikan analgesic sesuai indikasi, cairan Manitol IV (200cc-150cc-150cc)/ 8 jam 4. Mengkaji skala nyeri Pukul 12.00 Wib 5. Menyesuaikan kepala tempat tidur untuk	23 April 2019  Pukul 09.00 Wib S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan leher Pukul 09.30 wib Klien mengatakan nyeri belum berkurang Klien mengeluh mual  Pukul 09.30 wib O: 1. Skala nyeri 8 2. Klien tidur dengan posisi semi fowler 3. Diberikan obat melalui iv dan oral

	<p>mengoptimalkan perfusi serebral</p> <p>6. Mengkaji perubahan tanda-tanda vital Pukul 12.30 Wib</p> <p>7. Berkolaborasi pemberian terapi dengan dokter sesuai indikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Inj. Ketorolac 3 x 30 mg</li> <li>b. Inj. Ranitidine 2 x 25 mg</li> <li>c. Inj. Ondansenton 3 x 4 mg</li> <li>d. Oral Amlodiphine 1 x 10 mg</li> <li>e. Oral captopril 3 x 25 mg</li> <li>f. Oral sukralfat 3 x 10cc</li> </ol>	<p>Pukul 12.15 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi 86x/menit, suhu 36,9 °C, RR 22x/ menit</li> <li>5. Klien menunjukkan bagian yang nyeri</li> </ol> <p>A: Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor skala nyeri</li> <li>2. Letakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral</li> <li>3. Kurangi cahaya ruangan</li> <li>4. Kaji perubahan tanda-tanda vital</li> <li>5. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi</li> </ol> <p>Indah Wulan Sari</p> 
--	---	---

2.	<p>23 April 2019</p> <p>Pukul 09.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi</li> </ol> <p>Pukul 11.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membantu pasien duduk guna melatih penyesuaian sikap tubuh.</li> </ol> <p>Pukul 11.15 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membantu pasien mobilisasi dan bantu memenuhi ADL nya dengan didampingi keluarga</li> </ol> <p>Pukul 13.30 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengajarkan keluarga teknik mobilisasi yang aman, memindahkan klien dengan hati-hati dengan memperhatikan klien merasakan nyeri atau tidak.</li> </ol>	<p>23 April 2019</p> <p>Pukul 09.10 wib</p> <p>S : Klien mengatakan bagian tangan dan kaki merasa lemas ketika digerakkan</p> <p>Pukul 10.00 wib</p> <p>O : 1. Klien tampak lemah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keluarga paham dengan apa yang disampaikan perawat</li> </ol> <p>Pukul 11.30 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Kekuatan otot klien</li> </ol> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">3333</td> <td style="padding-left: 5px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 5px;">3333</td> <td style="padding-left: 5px;">4444</td> </tr> </table> <p>A : Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan keluarga mobilisasi dengan teknik yang aman</li> <li>2. Latih ROM pasif</li> <li>3. Jelaskan pada keluarga tujuan latihan ROM</li> </ol> <p style="text-align: center;">Indah Wulan Sari</p> <div style="text-align: center;">  </div>	3333	4444	3333	4444
3333	4444					
3333	4444					

3.	<p>23 April 2019</p> <p>Pukul 08.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan.</li> <li>2. Membantu memandikan klien dengan membasuh menggunakan waslap untuk membersihkan keringat ditubuh klien.</li> <li>3. Membantu klien melakukan oral hygiene( membersihkan gigi dengan pasta gigi)</li> </ol> <p>Pukul 09.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membantu klien mengenakan pakaian yang telah disiapkan</li> </ol> <p>Pukul 08.25 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Membantu klien berhias dan menyisir rambut</li> </ol>	<p>23 April 2019</p> <p>Pukul 10.00 wib</p> <p>S: 1. Klien mengatakan segar setelah dimandikan 2. Keluarga mengatakan segala aktivitas klien tidak dapat dilakukan secara mandiri</p> <p>Pukul 10.15 wib</p> <p>O: 1. Klien masih berbau keringat 2. Klien tidak dapat melakukan aktivitas ketoilet, berpakaian, dan mandi secara mandiri.</p> <p>A: Defisit Perawatan Diri belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bantu klien mandi dengan didampingi keluarga</li> <li>2. Bantu klien melakukan oral hygiene</li> <li>3. Ajarkan keluarga ketika klien ingin pergi ke kamar mandi</li> </ol> <p>Indah Wulan Sari</p> 
----	--	---

**E. Catatan Perkembangan**

Nama Klien : Ny. J  
 Dx. Medis : Stroke Hemoragi  
 Ruang : Syaraf  
 No. MR : 23.76.30

Tabel 3.5  
 Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny. J di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
 23-25 April 2019

No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
(1)	(2)	(3)
1.	24 April 2019  Pukul 08.30 Wib 1. Meletakkan kepala dan leher dalam posisi netral 2. Memonitor skala nyeri yang dirasakan Pukul 09.15 Wib 3. Memberikan analgesik sesuai indikasi, cairan Manitol IV (200cc-150cc-150cc)/ 8 jam Pukul 10.00 Wib 4. Mengurangi cahaya ruangan  Pukul 12.00 Wib 5. Memonitor tekanan darah	24 April 2019  Pukul 09.00 wib S : Klien mengatakan masih nyeri dibagian kepala dan leher Klien mengeluh mual  Pukul 09.10 wib O: 1. Skala nyeri 7 2. Klien tidur dengan posisi semi fowler Pukul 13.00 wib 3. Diberikan obat melalui iv dan oral 4. Klien tampak gelisah 5. Tekanan darah 190/100 mmHg, Nadi 84x/menit, suhu 36,7 C, RR 20x/ menit

	<p>Pukul 12.30 Wib</p> <p>6. Berkolaborasi pemberian terapi dengan dokter sesuai indikasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Inj. Ketorolac 3 x 30 mg</li> <li>Inj. Ranitidine 2 x 25 mg</li> <li>Inj. Ondansenton 3 x 4 mg</li> <li>Oral Amlodiphine 1 x 10 mg</li> <li>Oral captopril 3 x 25 mg</li> <li>Oral sukralfat 3 x 10cc</li> </ol>	<p>A: Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor skala nyeri</li> <li>Letakkan kepala dan leher pasien dalam posisi netral</li> <li>Kurangi cahaya ruangan</li> <li>Kaji perubahan tanda-tanda vital</li> <li>Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi</li> </ol> <p>Indah Wulan Sari</p> 				
2.	<p>24 April 2019</p> <p>Pukul 11.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan keluarga teknik mobilisasi yang aman, memindahkan klien dengan hati-hati dengan memperhatikan klien merasakan nyeri atau tidak</li> </ol> <p>Pukul 11.15 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Membantu pasien mobilisasi dan bantu memenuhi ADL nya dengan didampingi keluarga</li> </ol> <p>Pukul 13.30 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melatih ROM pasif dengan cara perawat menggerakkan jari-jari kedua tangan.</li> </ol>	<p>24 April 2019</p> <p>Pukul 13.45 wib</p> <p>S : Klien mengatakan bagian tangan dan kaki merasa lemas ketika digerakkan</p> <p>Pukul 14.00 wib</p> <p>O : 1. klien tampak lemah</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kekuatan otot klien</li> </ol> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3333</td> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> </tr> </table> <p>A : Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p>	3333	4444	3333	4444
3333	4444					
3333	4444					

		<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih ROM 2 kali sehari</li> <li>2. Bantu pasien untuk duduk disisi tubuh untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh</li> <li>3. Monitor apakah ada ketidaknyamanan seperti nyeri saat melakukan pergerakan</li> </ol> <p style="text-align: center;">Indah Wulan Sari</p> 
3.	<p>24 April 2019</p> <p>Pukul 08.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu memandikan klien dengan membasuh menggunakan waslap untuk membersihkan keringat ditubuh klien.</li> <li>2. Membantu klien melakukan oral hygiene( membersihkan gigi dengan pasta gigi)</li> <li>3. Mengajarkan keluarga mobilisasi ketika klien ingin pergi kekamar mandi</li> </ol> <p>Pukul 08.25 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Membantu klien berhias dan menyisir rambut</li> </ol>	<p>24 April 2019</p> <p>Pukul 08.30 wib</p> <p>S: 1. Klien mengatakan segar setelah dimandikan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Keluarga mengatakan segala aktivitas klien tidak dapat dilakukan secara mandiri</li> </ol> <p>Pukul 08. 40 wib</p> <p>O: 1. Klien sudah tidak lengket dan berbau lagi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien terlihat nyaman setelah dimandikan</li> <li>3. Klien tidak dapat melakukan aktivitas ketoilet, berpakaian, dan mandi secara mandiri.</li> </ol> <p>A: Defisit Perawatan Diri teratasi sebagian</p>

		<p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bantu klien mandi dengan didampingi keluarga</li><li>2. Bantu klien melakukan oral hygiene</li></ol> <p>Indah Wulan Sari</p> 
--	--	--

**F. Catatan Perkembangan**

Nama Klien : Ny. J  
 Dx. Medis : Stroke Hemoragi  
 Ruang : Syaraf  
 No. MR : 23.76.30

Tabel 3.5  
 Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny. J di Ruang Syaraf RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
 23-25 April 2019

No. Diagnosa	Implementasi	Evaluasi
(1)	(2)	(3)
1.	25 April 2019  Pukul 14.45 Wib 1. Memonitor skala nyeri Pukul 16.00 Wib 2. Memonitor tekanan darah 3. Kurangi cahaya ruangan  Pukul 17.00 Wib 4. Memberikan analgesik sesuai indikasi, cairan 5. Manitol IV (200cc-150cc-150cc)/ 8 jam Pukul 18.00 Wib 6. Berkolaborasi pemberian terapi dengan dokter sesuai indikasi:	25 April 2019  Pukul 15.00 Wib S : Klien mengatakan nyeri dibagian kepala dan leher  Pukul 15.00 wib O: 1. Skala nyeri 7 Pukul 16.15 wib 2. Tekanan darah 180/90 mmHg, Nadi 84x/menit, suhu 36,7 C, RR 20x/ menit Pukul 17.30 wib 3. Diberikan obat melalui iv dan oral  A: Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Inj. Ketorolac 3 x 30 mg</li> <li>b. Inj. Ranitidine 2 x 25 mg</li> <li>c. Inj. Ondansenton 3 x 4 mg</li> <li>d. Oral Amlodiphine 1 x 10 mg</li> <li>e. Oral captopril 3 x 25 mg</li> <li>f. Oral sukralfat 3 x 10cc</li> </ul>	<p>P: Hentikan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor skala nyeri</li> <li>2. Kolaborasi pemberian analgesik sesuai indikasi</li> </ul> <p>Indah Wulan Sari</p> 				
2.	<p>25 April 2019</p> <p>Pukul 15.00 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memindahkan klien dengan hati-hati dengan memperhatikan klien merasakan nyeri atau tidak</li> <li>2. Membantu pasien untuk duduk disisi tubuh untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh</li> </ul> <p>Pukul 15.15 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor apakah ada ketidaknyamanan seperti nyeri saat melakukan pergerakan</li> </ul> <p>Pukul 16.30 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Melatih ROM pasif dengan cara menggerakkan jari-jari kedua tangan dan miring kanan, kiri</li> </ul>	<p>25 April 2019</p> <p>Pukul 15.20 wib</p> <p>S : Klien mengatakan bagian tangan dan kaki merasa lemas ketika digerakkan</p> <p>Pukul 15.30 wib</p> <p>O : 1. Klien tampak lemah 2. Klien mampu miring kanan dan kiri</p> <p>Pukul 16.00 wib</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3. Kekuatan otot klien</li> </ul> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3333</td> <td style="padding: 0 5px;">4444</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3333</td> <td style="padding: 0 5px;">4444</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Segala aktivitasnya masih dibantu keluarga</li> </ul> <p>A : Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian</p>	3333	4444	3333	4444
3333	4444					
3333	4444					

		<p>P: Hentikan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Latih ROM 2 kali sehari</li> <li>2. Bantu klien berjalan jika fisiknya mampu</li> </ol> <p style="text-align: center;">Indah Wulan Sari</p> 
3.	<p>25 April 2019</p> <p>Pukul 16.00 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membantu memandikan klien dengan membasuh menggunakan waslap untuk membersihkan keringat ditubuh klien dengan didampingi keluarga</li> <li>2. Membantu klien melakukan oral hygiene(membersihkan gigi dengan pasta gigi)</li> <li>3. Mengajarkan kepada keluarga ambulasi jika klien ingin ke kamar mandi</li> </ol>	<p>25 April 2019</p> <p>Pukul 16.30 wib</p> <p>S: Klien mengatakan segar dan nyaman setelah dimandikan</p> <p>Pukul 16.30 wib</p> <p>O: 1. Klien sudah tidak lengket dan berbau lagi 2.Klien terlihat nyaman setelah dimandikan 3. Klien belum mampu melakukan aktivitas ketoilet, berpakaian, dan mandi secara mandiri.</p> <p>A: Defisit Perawatan Diri teratasi sebagian</p> <p>P: Hentikan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ajarkan kepada keluarga memenuhi ADL klien seperti mandi, ketoilet, dan berhias</li> </ol>

		Indah Wulan Sari 
--	--	---