

BAB III

STUDI KASUS

Di Ruang Freesia RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara dengan No. MR/CM 178076, pukul 09:25 WIB, tanggal 05 Oktober 2022 terdapat pasien bernama Tn. S berusia 69 tahun dengan diagnosa medis SNH.

A. Pengkajian

1. Biodata Pasien

- a. Tanggal Masuk/Pukul : 05 Oktober 2022/ 08.18 WIB
- b. Tanggal Pengkajian : 10 Oktober 2022
- c. Nama Inisial Pasien : Tn. S
- d. Umur : 69 Tahun
- e. Pekerjaan : Petani
- f. Agama : Islam
- g. Alamat : Bunga mayang, Seribasuki
- h. Jenis Kelamin : Laki-laki

2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Ny. S
- b. Hubungan Dengan Pasien : Istri
- c. Jenis Kelamin : Perempuan
- d. Agama : Islam
- e. Pendidikan : SMA (Sekolah Menengah Atas)
- f. Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
- g. Alamat : Bunga Mayang, Seribasuki

3. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat Kesehatan Masuk RS

Pasien datang ke UGD RSUD Handayani Kotabumi diantar oleh keluarga pada tanggal 05 Oktober 2022 pukul 09.25 WIB dengan keluhan pasien mengatakan lemah anggota gerak sebelah kanan, bicara pelo, nyeri kepala sejak jam 05.00 subuh.

Tekanan darah : 132/69 mmHg

Nadi : 80 x/ menit

Penapasan : 22 x/menit

Suhu : 36,5⁰ C

SpO₂ : 97 %

Skala Nyeri : 3 (1-10)

b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

1) Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota badan sebelah kanan, pasien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas dan bicara pelo

2) Keluhan Penyerta

Pasien mengatakan sakit kepala seperti ditusuk- tusuk dan pasien mengatakan mual.

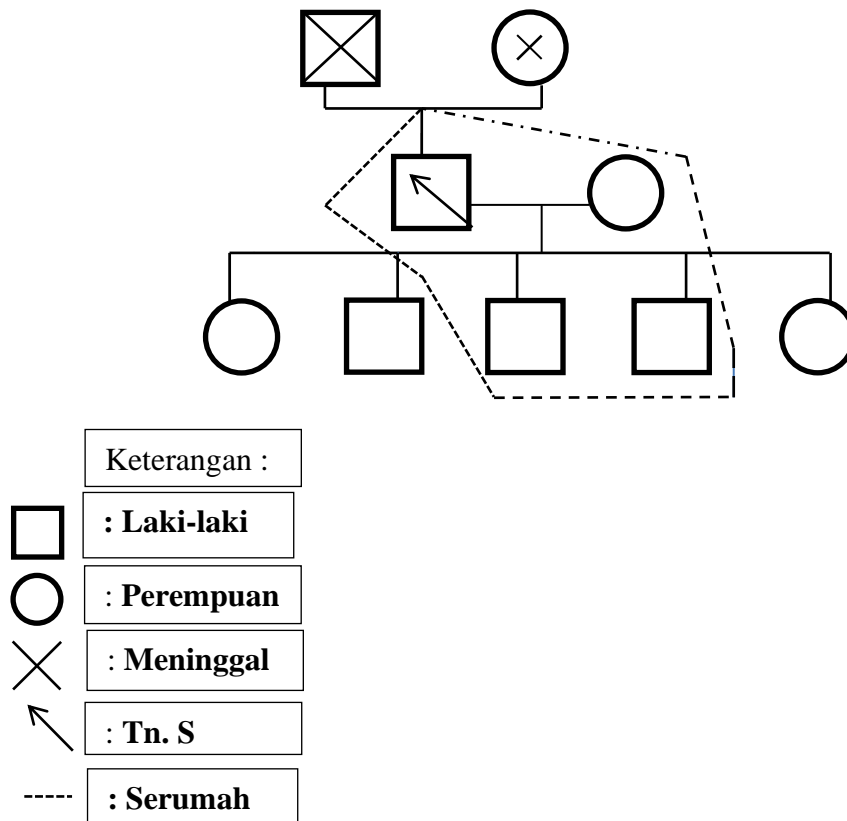
c. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat atau makanan, pasien mengatakan pernah jatuh dari motor 12 tahun lalu, keluarga mengatakan pernah dirawat diRS karna Hipertensi dan DM tak terkontrol, keluarga mengatakan nyeri kepala karna hipertensi dan keluarga mengatakan tidak ada riwayat operasi sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat pengkajian keluarga mengatakan bahwa klien memiliki riwayat penyakit hipertensi yang diturunkan dari ayahnya klien, keluarga mengatakan bahwa orang tua pasien tidak mempunyai riwayat stroke.

Gambar 1.1
Genogram



e. Riwayat Psikososial-Spiritual

Saat dilakukan pengkajian pasien sedikit mengalami kesulitan berkomunikasi. Pasien juga mendapatkan dukungan penuh dari anggota keluarga dan teman-temannya. Pasien taat melakukan ibadah meskipun saat berada di RS dengan melakukannya secara tidur diatas kasur RS.

f. Lingkungan

Keluarga pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah dalam keadaan bersih dan terbebas dari polusi udara, tidak ada tanda-tanda yang mengancam jiwa. Setiap hari selalu dibersihkan dan membuang sampah pada tempat sampah, tidak ada kubangan air yang menjadi sarang nyamuk, bak mandi dikuras setiap seminggu sekali.

g. Pola Kebiasaan Sehari-hari Sebelum dan Saat Sakit

1) Pola Nutrisi

a) Pola nutrisi sebelum sakit

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3x sehari dengan menghabiskan 1 porsi makanan yang terdapat lauk, nasi dan sayur. Pasien makan secara oral dan dapat melakukannya secara mandiri. Pasien tidak menghindari makanan apapun. Pasien mengatakan tidak mengalami penurunan berat badan selama 3 bulan terakhir.

b) Pola nutrisi saat sakit

Pasien mengatakan saat sakit frekuensi makan pasien tetap 3x sehari dengan seperempat atau hanya makan 4-5 sendok karena mual dari porsi makanan dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit. Nafsu makan menurun, pasien makan secara oral dan dibantu keluarga.

2) Pola Cairan Kebiasaan Sebelum dan Sesudah Sakit

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit asupan cairan melalui oral, pasien minum air putih, 8-9 gelas per hari.

b) Saat sakit

Saat sakit pasien mengatakan hanya minum 2-3 gelas/hari \pm 600 cc, pasien terpasang infus Ringer Laktat (RL) 20 tetes permenit \pm 1500 cc.

3) Pola Eliminasi

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mengatakan frekuensi BAK sebanyak 4-5x saat waktu pagi, sore, dan malam hari \pm 1800 cc berwarna kuning jernih, dengan bau khas urine. Pasien mengatakan BAB lancar dan normal dengan frekuensi 1- 2 kali sehari pada waktu pagi hari berwarna kuning, dan konsistensi lembek.

b) Saat sakit

Saat sakit pasien mengatakan BAK hanya 2-3 x sehari \pm 1100 cc, berwarna kuning jernih, berbau khas urine. Pasien mengatakan BAB 2x selama dirawat di RS berwarna kuning, konsistensi lembek, berbau khas feses.

4) Personal Hygiene

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2x sehari, pada pagi dan sore hari, dilakukan secara mandiri. Pasien menggosok gigi 2x sehari pada pagi dan sore hari pada saat mandi, selalu mencuci rambutnya 2 hari sekali.

b) Saat sakit

Pada saat sakit pasien mengatakan mandi hanya sekali dalam sehari dan hanya di basuh kain basah di atas tempat tidur dengan dibantu oleh anggota keluarga, selama di RS pasien belum mencuci rambut dan menggosok giginya.

5) Pola Istirahat dan Tidur

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien mengatakan tidur 7-8 jam dalam sehari, waktunya malam hari, kebiasaan pasien sebelum tidur biasanya pasien hanya mencuci kaki dan berdoa sebelum tidur, serta mengatakan tidak ada gangguan tidur dan merasa puas saat bangun tidur.

b) Saat sakit

Selama dirawat dirumah sakit klien tampak hanya berbaring di tempat tidur, tidak ada penggunaan obat tidur.

6) Pola Aktivitas dan Latihan

a) Sebelum sakit

Sebelum sakit pasien tidak ada keluhan saat beraktivitas, pasien biasanya hanya pergi kesawah, sebelum sakit pasien tidak mengalami keterbatasan dalam mandi, dan menggunakan pakaian, berhias, BAB, BAK, makan, dan minum.

b) Saat sakit

Pada saat pengkajian klien mengalami masalah aktifitas terutama pada bagian anggota gerak tangan kanan dan kaki kanan, dan klien mengalami keterlambatan dalam hal pergerakan fisik .

h. Pengkajian Fisik Persistem

1) Pemeriksaan Umum

- a) Kesadaran : Apatis GCS(E3M4V5)
- b) Tekanan Darah : 130/86 mmHg
- c) Nadi : 80x/menit
- d) Pernapasan : 22x/menit
- e) Suhu : 36,8°C
- f) TB/BB : 165 cm/67 kg
- g) SpO₂ : 97%
- h) Skala nyeri : 3 (1-10)

2) Pemeriksaan Fisik Persistem

a) Sistem Penglihatan

Sistem penglihatan normal posisi mata simetris, konjunktiva tidak anemis, pergerakan bola mata normal, sklera tidak ikterik, pupil asorkor, reaksi pupil terhadap cahaya respon lambat, lapang pandang melemah, tidak ada tanda-tanda radang dan tidak menggunakan alat bantu dalam penglihatan.

b) Sistem Pendengaran

Pada saat pengkajian kepada pasien fungsi pendengaran pasien melemah karena kesadaran menurun, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

c) Sistem Wicara

Pada saat pengkajian klien mengalami keterlambatan wicara karena kesadaran yang menurun, merespon ketika diberi rangsangan nyeri.

d) Sistem Pernapasan

Pasien tidak mengalami sesak ataupun gangguan pernapasan, pasien tidak menggunakan alat bantu napas, irama pernapasan pasien teratur, frekuensi napas 22 x/menit.

e) Sistem Kardiovaskular

Pada saat pengkajian didapatkan data TD : 130/86 mmHg, Nadi pasien 80 x/menit, irama teratur, denyut nadi kuat, tidak terdapat distensi vena jugularis, CRT (*capillary refill time*) <3 detik.

f) Sistem Neurologi

Kesadaran pasien samnolen dengan Glasglow Coma Scale (GCS) E3M4V4: 11. Pada saat pemeriksaan sensori dari hari pertama kesadaran pasien mulai menurun.

g) Sistem Pencernaan

Pada saat dilakukan pengkajian kondisi mulut pasien bersih, mengalami kesulitan menelan, tidak terpasang NGT karena pasien merangsang penolakan terhadap benda asing yang masuk kedalam mulut, bising usus 8x menit, klien mengeluh mual dan muntah, tidak ada keluhan nyeri perut.

h) Sistem Imunologi

Saat dilakukan pemeriksaan fisik pada sistem imunologi, tidak ditemukan pembengkakan kelenjar getah bening.

i) Sistem Endokrin

Saat dilakukan pemeriksaan fisik, napas pasien tidak berbau keton, tidak ditemukan adanya luka, dan tidak terdapat pembesaran kelenjar endokrin.

j) Sistem Urogenital

Tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, tidak terpasang kateter.

k) Sistem Integument

Pada saat pengkajian keadaan rambut pasien sedikit kotor, kekuatan rambut normal dan berwarna putih, keadaan kuku pasien sedikit tampak kotot, keadaan kulit pasien bersih, tidak ada keluhan gatal, pasien tidak mengalami perubahan karakteristik kulit / warna, turgor kulit menurun, tidak ada edema, tidak ada dekubitus.

l) Sistem Muskuloskeletal

Pasien mengalami keterlambatan dalam pergerakan tangan kanan dan kaki kanan, klien tidak ada cedera, tidak ada luka, tidak mengalami patah tulang dan luka bakar, tidak ada tanda-tanda peradangan pada sendi, pasien tidak menggunakan alat bantu, tonus otot lemah.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 5 | 5 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 |

Kekuatan 2 : klien bisa menggerakkan ekstrimitas tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gaya berat.

4. Pemeriksaan peunjang

a. Pemeriksaan CT scan

Kesan : multipel lesi infarct dihemisfer cerebri sinistra, hemifer cerebri lobus occipitalis sinistra dan struktur corona radiata sinistra, thalamus sinistra dan sentrum semiovale bilateral tak tampak pendarahan maupun space Occupying lesion Intracranial.

b. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 1.1

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pasien Dengan Gangguan Aktivitas dan Istirahat Pada Kasus Stroke Non Hemoragik Terhadap Tn. S Di Ruang Freesia RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara Pada Tanggal 05 Oktober 2022

| Pemeriksaan | Hasil tes | Satuan | Nilai normal |
|---|---------------|----------------|-----------------|
| Hemoglobin | 15,0 | gr/dl | 12.3-18 gr |
| Jumlah leukosit | 11.000 | / μ l | 3600-10600 |
| Trombosit | 207.000 | μ l | 150.000-400.000 |
| Hematokrit | 44 | % | 37-45% |
| Jumlah Eritrosit | 5,03 | Jt | 4,3-5,6 jt |
| Hitung jenis leukosit | | | |
| 1) Basofil | 0 | % | 1-4% |
| 2) Eusinophil | 1 | % | 0-1% |
| 3) N. Segmen | 61 | % | 50-70% |
| 4) N. Batang | 2 | % | 2-5% |
| 5) Limfosit | 22 | % | 20-40% |
| 6) Monosit | 8 | % | 2-8% |
| Mean Corpuscular Volume (MCV) | 88 | n ³ | 77-93 |
| MeanCorpuscularHemoglobin (MCH) | 30 | Pg | 27-32 |
| Mean Corpuscular Hemoglobin Concentration (MCHC) | 34 | % | 31-35 |

Tabel 1.2

Hasil Pemeriksaan Gula Darah Sewaktu Dan Ureum Creatinin Kreatinin Pada
Pasien Tn. S Tanggal 05 Oktober 2022

| Nama Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukkan |
|---------------------------|------------------|----------------|
| Ureum Creatinin Kreatinin | 56 mg/dl | 20-40 |
| Gula darah sewaktu | 183 mg/dL | 70-144 |

Tabel 1.3

Hasil Pemeriksaan Antigen Pada Pasien Tn. S Pada Tanggal 05 Oktober 2022

| Nama Pemeriksaan | Hasil | Nilai Rujukkan |
|--------------------|---------|----------------|
| Antigen Sars CoV-2 | Negatif | Negatif |

c. Penataaksanaan

- 1) Penatalaksanaan medis
 - a) Inj Citicolin 2 x 500 mg
 - b) Inj Ranitidin 2 x 50 mg
 - c) Inj Mecobalamin 3 x 500 mg
 - d) Inj Ketorolac 3 x 30 mg
 - e) Inj Piracetam 3 x 3 gr
 - f) Infus RL 20 Tpm
- 2) Penatalaksanaan keperawatan
 - a) Beri posisi nyaman
 - b) Pantau TTV
 - c) Bantu ADL pasien

5. Data focus

Tabel 1.4

Data Fokus Hasil Pengkajian Pada Pasien Dengan Stroke Non Hemoragik Terhadap Tn. S
Di Ruang Freesia RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara Tanggal 10
Oktober 2022

| Data subjektif (DS) | Data Objektif (DO) | | | | |
|---|---|---------|---------|---------|---------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | | | | |
| 1. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota sebelah kanan 2. Pasien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas 3. Pasien mengatakan sakit kepala seperti tertusuk-tusuk 4. Pasien mengatakan mual dan muntah 5. Pasien mengatakan nafsu makan menurun 6. Pasien kesulitan dalam menelan dan wicara | 1. Pasien tampak lemah 2. Pasien tampak menahan mual 3. ADL dibantu keluarga 4. Respon pupil melambat terhadap cahaya 5. Tampak gelisah 6. Gerakan terbatas 7. Pasien hanya menghabiskan waktunya ditempat tidur 8. Kesadaran Apatis (E ₃ M ₄ V ₅)=12 9. Tekanan darah : 130/89 mmHg 10. Suhu 36,8 °C 11. Nadi 80 x/menit 12. Pernapasan 22 x/menit 13. Spo ₂ : 97% 14. TB/BB : 165 cm /67 kg 15. Skala nyeri 3 16. Kekuatan otot 2 <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2 2 2 2</td> <td style="padding: 0 5px;">5 5 5 5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2 2 2 2</td> <td style="padding: 0 5px;">5 5 5 5</td> </tr> </table> 17. Ureum Creatinin Kreatinin : 56 mg/dL Gula darah sewaktu : 183 mg/dL Jumlah leukosit 11000 ul 18. Ct scan : multipel lesi infarct dihemisfer cerebeli sinistra, hemifer cerebri lobus occipitalis sinistra dan struktur corona radiata sinistra 19. Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Ranitidin 2 x 50 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg | 2 2 2 2 | 5 5 5 5 | 2 2 2 2 | 5 5 5 5 |
| 2 2 2 2 | 5 5 5 5 | | | | |
| 2 2 2 2 | 5 5 5 5 | | | | |

| | |
|--|---|
| | Inj Piracetam 3 x 3 gr Infus RL 20 Tpm |
|--|---|

B. Analisa data

Tabel 1.5

Analisa Data pada Pasien Dengan Gangguan aktivitas dan istirahat Pada Kasus Stroke Non Hemoragik Terhadap Tn. S Di Ruang Freesia RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara Tanggal 10 Oktober 2022

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|----|--|--|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengatakan sakit kepala seperti tertusuk-tusuk <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kesadaran apatis Respon pupil melambat terhadap cahaya Tekanan darah : 130/89 mmHg Suhu 36,8°C Nadi 80 x/menit SpO2 : 97% TB/BB : 165 cm /67 kg GCS: E3M4V5 Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr Inj Ketorolac 3 x 30 mg | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial | Peingkatan tekanan intrakranial |
| 2. | <p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota badan sebelah kanan Pasien mengatakan kesulitan dalam beraktivitas <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampa lemah | Gangguan mobilitas fisik | Gangguan neuromuskular |

| No | Data | Masalah | Etiologi |
|----------|---|--------------------------|--------------------------------|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| | 2. Kekuatan otot menurun $\begin{array}{r l} 2222 & 5555 \\ \hline 2222 & 5555 \end{array}$ 3. Gerakan terbatas 4. ADL dibantu keluarga 5. Pasien hanya menghabiskan waktunya ditempat tidur | | |
| 3. | Ds : 1. Pasien mengatakan mual dan muntah 2. Pasien mengatakan nafsu makan menurun Do : 1. TB/BB : 165 cm /67 kg 2. Inj Ranitidin 2 x 50 mg | Nausea | Penurunan nafsu makan |
| 4. | Ds : 1. Klien kesulitan menelan 2. Kesulitan wicara Do : 1. Tampak gelisah | Gangguan menelan | Gangguan saraf kranialis |
| 5. | Ds :- Do : 1. ADL dibantu keluarga 2. Pasien hanya menghabiskan waktunya ditempat tidur 3. Tampak lemah | Defisit perawatan diri | Kelemahan |
| 6. | Ds :- Do : 1. RR : 22x/menit | Pola napaf tidak efektif | Gangguan pada organ pernapasan |

A. Diagnosa keperawatan

Dari hasil analisa data maka diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas sebagai berikut:

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial dibuktikan dengan klien mengalami penurunan kesadaran apatis.
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan klien mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas atas dan bawah bagian kanan, klien hanya berbaring di tempat tidur.
3. Nausea berhubungan dengan penurunan nafsu makan dibuktikan dengan pasien mengeluh mual, pasien mengatakan ingin muntah, pasien mengatakan nafsu makan menurun, TB/BB: 165 cm/ 67 kg.
4. Gangguan menelan berhubungan dengan gangguan saraf kranialis dibuktikan dengan klien kesulitan menelan, serta penolakan rangsangan dari luar termasuk NGT, dan mengeluh muntah.
5. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan klien tidak mampu melakukan aktifitas secara mandiri, ADL dibantu keluarga.
6. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan pada organ pernapasan ditandai dengan RR 22 x/menit.

B. Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 1.6

Diagnosa Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Aktivitas dan Istirahat Pada Kasus Stroke Non Hemoragik Terhadap Tn. S Di Ruang Freesia RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara

| NO | Diagnosa keperawatan | SLKI(Standar Luaran keparawatan Indonesia) | SIKI(Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) |
|----|--|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Penurunan kapasitas adaptif intrakranial | <p>Perfusi serebral (L.02014)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keadekuatan serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat GCS 15 2. Tidak mengeluh sakit kepala 3. Tekanan intrakranial membaik 4. Nilai tekanan darah normal 5. Sistol 110 diastol 80 | <p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.06194)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan tik (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan tik (mis. ketekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 4. Berikan posisi semi fowler 5. Pertahankan suhu tubuh normal 6. Kolaborasi pemberian obat Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr |

| NO | Diagnosa keperawatan | SLKI(Standar Luaran keperawatan Indonesia) | SIKI(Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) |
|----|--------------------------|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | Gangguan mobilitas fisik | <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Kelemahan fisik menurun 4. Gerakan terbatas menurun | <p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Fasilitasi melakukan pergerakan 4. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Anjurkan mobilisasi dini 6. Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur) |
| 3. | Nausea | <p>Tingkat Mual (L.08065)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan mual pasien menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perasaan ingin muntah menurun 2. Nafsu makan meningkat 3. Frekuensi menelan membaik | <p>Manajemen mual (I.03117)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup(mis.nafsu makan aktivitas,kinerja,tanggung jawab peran,dan tidur) 2. Identifikasi faktor penyebab mual(mis.pengobatan dan prosedur) 3. Monitor mual(mis.frekuensi,durasi,dan tingkat keparahan) 4. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 5. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis.biofeedback,hipnosis,relaksasi,terapi musik,akupresure) 7. Kolaborasi pemberian obat Inj Ranitidin 2 x 50 mg |


C. Implementasi Dan Evaluasi


Tabel 1.7


Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Pasien Dengan Gangguan Aktivitas dan Istirahat Pada Kasus Stroke Non Hemoragik Terhadap Tn. S Di Ruang Freesia RSUD Handayani Kotabumi, Kabupaten Lampung Utara

Catatan perkembangan hari ke-1

| No. Dx | Hari/Tanggal | Implemenetasi | Evaluasi |
|----------|-----------------|--|--|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| 1. | 11 Oktober 2022 | <p>Pukul : 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi penyebab peningkatan tik (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) Memonitor tanda/gejala peningkatan tik (mis. ketekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Berkolaborasi pemberian obat IV Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr | <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien mengeluh sakit kepala <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Kesadaran Apatitis (E₃M₄V₅) = 12 Bicara pelo TD : 144/96 mmHg Nadi : 104 x/menit Temp : 36,8 °C SpO₂ : 98% RR : 22 x/menit <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitor tanda-tanda vital Monitor tanda/gejala peningkatan tik (mis. ketekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas |


| No. Dx | Hari/Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|--------|-----------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | ireguler, kesadaran menurun) 3. Berikan posisi semifowler 4. Pertahankan suhu tubuh normal 5. Kolaborasi pemberian obat iv Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr  Dedy |
| 2. | 11 Oktober 2022 | Pukul : 09:30 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Meidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Menganjurkan mobilisasi dini 6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur) | Pukul : 10.50 WIB S : 1. Klien mengatakan tidak bisa menggerakkan anggota badan sebelah kanan O : 1. Skala nyeri 3 (1-10) 2. Kekuatan otot : 2 $\begin{array}{r l} 2 & 2 & 2 & 2 & 5 & 5 & 5 & 5 \\ \hline 2 & 2 & 2 & 2 & 5 & 5 & 5 & 5 \end{array}$ A : Masalah Belum Teratasi P : Lanjutrkan Intervensi 1. Memonitor skala nyeri 2. Memonitor toleransi fisikmelakukan pergerakan |


| No. Dx | Hari/Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|--------|-----------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Mengajukan mobilisasi dini 6. Mengajukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur)  Dedy |
| 3. | 11 Oktober 2022 | Pukul : 10.30 WIB 1. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup(mis.nafsu makan aktivitas,kinerja,tanggung jawab peran,dan tidur) 2. Mengidentifikasi faktor penyebab mual(mis.pengobatan dan prosedur) 3. Memonitor mual(mis.frekuensi,durasi,dan tingkat keparahan) 4. Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik 5. Mengajukan istirahat dan tidur yang cukup 6. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis.biofeedback,hipnosis,relaksasi,terapi musik,akupresure) 7. Kolaborasi pemberian obat Inj Ranitidin 2 x 50 mg | Pukul : 11.20 WIB S : 1. Klien mengatakan mual 2. Klien mengatakan nafsu makan berkurang O : 1. Kesulitan dalam menelan A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor mual 2. Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual (mis.biofeedback,hipnosis,relaksasi,terapi musik,akupresure) 3. Kolaborasi pemberian obat |


| No. Dx | Hari/Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|--------|--------------|--------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | Inj Ranitidin 2 x 50 mg  Dedy |

Catatan perkembangan hari ke-2

| No Dx | Hari /Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|-------|-----------------|--|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | 12 Oktober 2022 | <p>Pukul : 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor tanda/gejala peningkatan tik (mis.ketepatan darah meningkat,tekanan nadi melebar,bradikardi,pola napas ireguler,kesadaran menurun) 3. Memberikan posisi semifowler 4. Pertahankan suhu tubuh normal 5. Kolaborasi pemberian obat IV Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg | <p>Pukul : 09.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih sakit kepala <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran Apatis (E₃M₄V₅) =12 2. Bicara pelo 3. TD : 136/88 mmHg 4. Nadi : 85 x/menit 5. Temp : 36,2 °C 6. SpO₂ : 98% |


| No Dx | Hari /Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|-------|-----------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr | 7. RR : 20 x/menit A : Masalah Teratasi Sebagian P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor tanda/gejala peningkatan tik (mis.ketepatan darah meningkat,tekanan nadi melebar,bradikardi,pola napas ireguler,kesadaran menurun) 3. Berikan posisi semifowler 4. Pertahankan suhu tubuh normal 5. Kolaborasi pemberian obat Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr  Dedy |
| 2. | 12 Oktober 2022 | Pukul : 08.30 WIB 1. Memonitor skala nyeri 2. Memonitor toleransi fisikmelakukan pergerakan 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 5. Menganjurkan mobilisasi dini 6. Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus | Pukul : 09.30 WIB S : 1. Klien Mengatakan Tidak Bisa Menggerakkan Anggota Badan Sebelah Kanan O : 2. Skala Nyeri 1 (1-10) 3. Kekuatan Otot 3 |


| No Dx | Hari /Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|-------|-----------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | dilakukan (mis, duduk di tempat tidur) | <p style="text-align: center;"> $\begin{array}{r l} 3 & 3 & 3 & 3 \\ \hline 3 & 3 & 3 & 3 \end{array} \quad \begin{array}{r l} 5 & 5 & 5 & 5 \\ \hline 5 & 5 & 5 & 5 \end{array}$ </p> <p>A : Masalah Teratasi Sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Evaluasi Skala Nyeri 5. Evaluasi Toleransi Fisik melakukan Pergerakan 6. Memfasilitasi Melakukan Pergerakan 7. Mengajukan Mobilisasi Dini 8. Mengajukan Mobilisasi Sederhana Yang Harus Dilakukan (Mis, Duduk Di Tempat Tidur) <p style="text-align: center;">  Dedy </p> |
| 3. | 12 Oktober 2022 | Pukul : 10.00 WIB <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi mual 2. Mengajarkan teknik farmakologis untuk mengatasi mual (mis. biofeedback, hipnosis, relaksasi, terapi musik, akupresure) 3. Kolaborasi pemberian obat Inj Ranitidin 2 x 50 mg | Pukul : 11.00 WIB <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien Mengatakan Nafsu Makan Mulai Membaik 2. Klien Mengatakan Mual Berkurang <p>O : -</p> <p>A : Masalah Teratasi Sebagian</p> |


| No Dx | Hari /Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|----------|---------------|--------------|--|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| | | | P : Lanjutkan Intervensi 1. Evaluasi Mual 2. Kolaborasi Pemberian Obat Inj Ranitidin 2 X 50 Mg  Dedy |

Catatan perkembangan hari ke-3

| No. Dx | Hari/Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|----------|-----------------|--|---|
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> |
| 1. | 13 Oktober 2022 | Pukul : 08.00 WIB 1. Memonitor tanda-tanda vital 2. Memonitor tanda/gejala peningkatan tik (mis.ketekan darah meningkat,tekanan nadi melebar,bradikardi,pola napas ireguler,kesadaran menurun) 3. Berikan posisi semifowler 4. Pertahankan suhu tubuh normal | Pukul : 09.00 WIB S : 1. Klien mengatakan sakit kepalanya sudah mulai berkurang O : 1. Kesadaran Apatis (E ₃ M ₄ V ₅) =12 |

| No. Dx | Hari/Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|--------|--------------|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | 5. Kolaborasi pemberian obat Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr | 2. Bicara pelo 3. TD : 131/85 mmHg 4. Nadi : 85 x/menit 5. Temp : 36,3 °C 6. SpO2 : 97% 7. RR : 20 x/menit A : Masalah Teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Evaluasi tanda-tanda vital 2. Evaluasi tanda/gejala peningkatan tik (mis.ketahanan darah meningkat,tekanan nadi melebar,bradikardi,pola napas ireguler,kesadaran menurun) 3. Berikan posisi semifowler 4. Pertahankan suhu tubuh normal 5. Kolaborasi pemberian obat Inj Citicolin 2 x 500 mg Inj Mecobalamin 3 x 500 mg Inj Ketorolac 3 x 30 mg Inj Piracetam 3 x 3 gr  Dedy |

| No. Dx | Hari/Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|--------|-----------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. | 13 Oktober 2022 | Pukul : 08.30 WIB 1. Evaluasi skala nyeri 2. Evaluasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memfasilitasi melakukan pergerakan 4. Mengajukan mobilisasi dini 5. Mengajukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur) | Pukul : 10.00 WIB S : 1. Klien mengatakan mulai belajar menggerakkan anggota gerak sebelah kanannya O : 1. Skala nyeri 0 (1-10) 2. Kekuatan otot 3 $\begin{array}{r l} 3 & 3 & 3 & 3 \\ \hline 3 & 3 & 3 & 3 \end{array}$ A : Masalah Teratasi Sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Evaluasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Memfasilitasi melakukan pergerakan 3. Mengajukan mobilisasi dini 4. Mengajukan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur)  Dedy |

| No. Dx | Hari/Tanggal | Implementasi | Evaluasi |
|-----------|--------------------|--|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. | 13 oktober 2022 | Pukul : 09.30 WIB 1. Evaluasi mual 2. Kolaborasi pemberian obat Inj Ranitidin 2 x 50 mg | Pukul : 10.30 WIB S : 1. Klien mengatakan nafsu makan sudah membaik 2. Klien mengatakan sudah tidak mual lagi O : - A : Masalah Teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Kolaborasi pemberian obat Inj Ranitidin 2 x 50 mg <div style="text-align: center;">  dedy </div> |