

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dimana data atau informasi tentang pasien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Hasil pengkajian dari penulis adalah sebagai berikut:

Ruangan : Fresia 4 RS Handayani

NO. RM/CM : 17206

Pukul : 08:00 WIB

Tanggal Masuk RS : 18 November 2022

Tanggal Pengkajian : 20 November 2022

1. Data Dasar:

a. Identitas pasien

- 1) Nama : Ny. H
- 2) Usia : 57 Tahun
- 3) Jenis kelamin : Perempuan
- 4) Status perkawinan : Menikah
- 5) Pekerjaan : Petani
- 6) Agama : Islam
- 7) Pendidikan : SMA
- 8) Sumber biaya : BPJS
- 9) Suku : Lampung
- 10) Alamat : Sribasuki, Kotabumi
- 11) Diagnosa medis : *stroke non hemoragic*

b. Sumber informasi (Penanggung Jawab)

- 1) Nama : Tn. S
- 2) Usia : 29 Tahun
- 3) Hubungan dengan pasien: anak
- 4) Pendidikan : SMA
- 5) Pekerjaan : Buruh
- 6) Alamat : Sribasuki, Kotabumi

2. Riwayat Penyakit

a. Riwayat masuk RS

Pasien mengatakan datang ke RS pada tanggal 18 November 202 Pukul 18.35 WIB dibawa oleh keluarga melalui IGD. Dengan keluhan klien tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya di area tangan kiri dan kaki kiri sejak 2 minggu lalu, klien mengatakan aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien mengatakan sebelumnya pernah berobat di klinik.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1. Keluhan utama

Pasien mengatakan anggota gerak kiri lemah, tangan dan kaki susah digerakkan ,pasien mengatakan tidak bisa berjalan sendiri, pasien nyeri kepala, pasien pakai alat tongkat dan kursi roda dan pasien mengatakan dalam melakukan aktivitas pasien dibantu keluarga.

2. Keluhan penyerta

Pada saat pengkajian klien mengatakan nyeri kepala bagian atas, nyeri hilang timbul terjadi pada malam hari dan siang hari, nyeri sejak 3 hari yang lalu skala nyeri 4(0-10). Pada saat penulis melakukan pengkajian pasien mengatakan awalnya belum mengetahui penyakit apa yang dideritanya dan apa yang harus dilakukan dalam menangani penyakit. Pada saat penulis pengkajian pasien mengatakan sudah pernah bawa ke dokter atau ke klinik dikekat rumahnya. Pada saat penulis melakukan pengkajian pasien mengatakan berharap cepat sembuh dan dapat bekerja seperti biasanya. Keluarga klien mengatakan bingung cara merawat klien dan klien mengatakan mengapa penyakitnya tak kunjung sembuh.

c. Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan dan ini pertama kalinya dirawat dirumah sakit. Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi. Pasien mengatakan sering pusing dan sakit kepala jika salah makan dan banyak pikiran serta didiagnosis hipertensi oleh dokter sejak 5 tahun lalu. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat dan makanan. Pasien mengatakan imunisasi lengkap

Pasien mengatakan dahulunya dalam sehari dapat merokok 1 bungkus.

d. Pola tidur

Di rumah: Pasien mengatakan Pasien tidur nyenyak dimalam hari jarang terbangun kira kira 8 jam sehari dimulai dari pukul 21.00 dan pada siang hari Pasien tidur siang sekitar 2 jam kira kira pada 13: 00 sampai jam 14:00. Saat di rumah sakit: keluarga pasien mengatakan tidur normal sekitar 8 jam.

e. Pola latihan

Di rumah pasien mengatakan beraktivitas dirumah seperti bermain dengan cucu.

Di rumah sakit: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti mandi, dan makan

f. Pola nutrisi

Sebelum sakit : Pasien mengatakan pasien sarapan pagi, makan siang dan makan malam sendiri. Porsi makan Pasien dengan 1 piring penuh yang kadang dan nasi.-kadang ditambah dengan menu makan lauk pauk. Sesudah sakit : Pasien mengatakan bahwa Pasien makan tetap 3 x sehari dengan ½ porsi, makan dengan cemilan dan harus dibantu dengan anaknya.

g. Pola kerja

Di rumah : Pasien mengatakan Pasien tidak melakukan pekerjaan, Pasien hanya menemani cucunya bermain. Di rumah sakit : Pasien mengatakan Pasien tidak melakukan aktivitas hanya ditempat tidur saja.

a. Riwayat keluarga

1) Kesehatan anggota keluarga:

Keluarga Pasien mengatakan anggota keluarganya sehat, Keluarga Pasien mengatakan bingung cara merawat, Pasien mengatakan mengapa penyakitnya tak kunjung sembuh.

2) Faktor risiko penyakit dalam keluarga:

Keluarga Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak memiliki

penyakit seperti darah tinggi, jantung ataupun stroke.

b. Riwayat lingkungan

1) Kebersihan

Keluarga Pasien mengatakan rumah pasien tampak bersih.

2) Bahaya Kesehatan

Keluarga Pasien mengatakan tidak ada bahaya kesehatan disekitar lingkungan tempat tinggal.

3) Polusi

Keluarga Pasien mengatakan tidak ada adanya bahaya polutan karena jauh dari jalan raya serta tidak membakar sampah dan pula tidak berdekatan dengan pabrik ataupun tempat pembuangan sampah

c. Riwayat psikososial

Klien mengatakan menggunakan bahasa sehari-hari bahasa indonesia, sumber stres klien adalah keluarga, biasanya jika klien stres klien hanya diam saja, komunikasi klien dengan lingkungan sangat baik, keluarga sangat mendukung kesembuhan klien, klien mengatakan mengapa penyakitnya tak kunjung sembuh.

d. Pemeriksaan fisik TTV :195/115 mmHg, N:100 x/m, S:36,7, RR: 22x/m

1) Kepala

Inspeksi : bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, kebersihan rambut terjaga, warna rambut hitam putih, distribusi rambut merata.

Palpasi : tidak ada massa, tidak ada lesi dan ada nyeri tekan.

2) Mata

Inspeksi : kedua bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, respon cahaya pupil baik, terdapat benjolan dibawah mata sebelah kiri di area pipi.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada area mata ataupun dibenjolan tersebut

3) Hidung

Inspeksi : hidung tampak simetris dengan bentuk yang normal, tidak adanya polip, tidak adanya pernafasan cuping hidung serta tidak adanya secret.

Palpasi : saat di palpasi tidak adanya pembesaran, tidak adanya nyeri saat ditekan.

4) Telinga

Inspeksi : telinga tampak simetris dengan dua belah telinga disisi kanan dan kiri. Terdapat serumen di dalam telinga tidak ada jejas dan lesi.

Palpasi : saat dipalpasi tidak adanya nyeri saat ditekan

5) Mulut dan tenggorokan

Inspeksi : tampak bibir tidak simetris dengan bibir kiri yang miring, tampak persebaran gigi yang tidak merata , tampak lidah yang berwarna putih, mukosa bibir kering.

Palpasi : saat dipalpasi tidak adanya pembesaran, tidak adanya nyeri

6) Leher

Inspeksi : bentuk leher simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, dan tidak ada pembesaran kelenjar vena jugularis.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada area leher.

7) Kelenjar Limfe

Inspeksi : tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe.

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada kelenjar limfe

8) Paru-paru

Inspeksi : dada tampak simetris, tidak ditemukan jejas dan lesi pada permukaan dada pasien.

Auskultasi: terdengar suara vesikuler pada paru, RR 20 kali permenit

Palpasi : saat dilakukan palpasi tidak adanya nyeri saat ditekan.

Perkusi : tidak adanya pembesaran atau kelainan paru, suara paru saat dilakukan perkusi vesikular tampak jernih dan tidak putus putus.

9) Jantung

Inspeksi : tidak adanya jejas dan lesi disekitar area dada pasien, tidak adanya nyeri.

Palpasi : tidak adanya nyeri saat dilakukan palpasi.

Auskultasi : tidak adanya bunyi tambahan s3 dan s4, bunyi jantung normal s1 dan s2.

Perkusi : tidak adanya pembesaran organ, suara perkusi jantung *dullnes*.

Perkusi : tidak ditemukan suara bunyi tambahan.

10) Abdomen/perut

Inspeksi : bentuk perut datar, tidak terdapat lesi.

Auskultasi : terdengar bising usus 14x/menit.

Perkusi : terdengar suara timpani.

Palpasi : tidak ada massa, cubitan pada perut kembali cepat < 2detik.

11) Eliminasi bowel

Di rumah : buang air besar kira kira 2 hari sekali di waktu yang kadang pagi dan malam hari. Buang air besar pasien dengan feses yang padat dan berwarna kuning.

Di rumah sakit : pasien mengatakan buang air besar normal 1kali sehari dalam sehari.

12) Ekstremitas atas

Ekstremitas atas : tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak.

Ekstermitasbawah : Kaki kiri tidak dapat digerakan dan kaki kanan dapat digerakan, tidakada lesi, dan tidak ada edema.

13) Tonus Otot

5555	2222
5555	2222

Keterangan tonus otot :

0: tidak ada kontraksi sama sekali

1: kontraksi minimal dapat terasa atau teraba pada otot yang bersangkutan tanpa mengakibatkan gerakan

2: ada gerakan tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gaya berat (gravitasi)

3: dapat mengadakan gerakan melawan gravitasi

4: seluruh gerakan otot dapat dilakukan dengan benar dan dapat melawan gravitasi

5: kekuatan normal dan seluruh gerakan dapat dilakukan berulang-ulang tanpa terlihat adanya kelelahan.

14) Kulit

Pada saat penulis melakukan pengkajian tidak adanya odema pada kulit, warna kulit merata, tidak terdapat lesi dan tidak adanya jejas pada kulit Pasien.

15) Genitalia/ Reproduksi

Pada saat pengkajian Pasien menolak untuk dikaji, tetapi saat diwawancara Pasien mengatakan tidak ada masalah di daerah genitalia nya.

e. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Lab Tanggal 18 November 2022

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
Gula darah sewaktu	119 Mg/dL	70-144 Mg/dL
Hemoglobin	14,2 Gr/Dl	12-16 Gr/Dl
Leukosit	13.900 ml	3.600-11.000 ml
Hematokrit	45%	37-45%
Trombosit	279.000 UI	150-400.000 UI
MCH	30 Ps	27-32 Ps
MCHC	35%	31-35%
Antigen	Negatif	Negatif

f. Pengobatan

Tabel 3.2
Obat Ny.H

Obat	Dosis	Rute
Amplodipin	10 mg/24 Jam	Oral
Citocolin	500 mg/12 Jam	IV
Mecobalamin	1 mg/8 Jam	IV
Ketorolac	30 mg/8 Jam	IV

1. Data Fokus

Tabel 3.3
Data Fokus

Data subjektif	Data objektif				
1. keluarga Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya diarea tangan kiri dan kakikiri.	1. Tampak lemah				
2. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya	2. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga				
3. Pasien mengatakan nyeri sejak 3hari yang lalu	3. Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak . kaki kiri tidak dapat bergerak dan kaki kanan dapat digerakan.				
4. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian atas	4. Tonus otot :				
5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> </table>	5555	2222	5555	2222
5555	2222				
5555	2222				
6. Pasien mengatakan nyeri lebih terjadi di siang dan malam hari	4. Pasien tampak meringis kesakitan				
7. Keluarga Pasien mengatakan Pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, dan mandi.	5. Pasien tampak memegangi kepalanya				
8. Klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga	6. Pasien tampak gelisah				
9. Keluarga mengatakan bingung cara merawat klien.	7. Skala nyeri 4				
10. Klien mengatakan mengapa penyakitnya tak kunjung sembuh.	9. TD 195/115 mmHg N: 100x/menit S:36.7 C RR: 22x/menit.				
	10. Pasien tampak kotor bau dan berpakaian lusuh				
	11. Keluarga klien tampak kebingungan				
	12. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga				
	13. Tampak kemampuan Perawatan secara keseluruhan skala aktivitas Pasien 2(dibantu orang lain).				

Data subjektif	Data objektif															
	14. Pasien tampak gelisah 15. Terfasang infus 16. Daftar pemberian obat: <table border="1" data-bbox="869 360 1348 694"> <thead> <tr> <th>Obat</th> <th>Dosis</th> <th>Rute</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Amplodipin</td> <td>10 mg/24 Jam</td> <td>Oral</td> </tr> <tr> <td>Citocolin</td> <td>500 mg/12 Jam</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>Mecobalamin</td> <td>1 mg/8 Jam</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td>Ketorolac</td> <td>30 mg/8 Jam</td> <td>IV</td> </tr> </tbody> </table>	Obat	Dosis	Rute	Amplodipin	10 mg/24 Jam	Oral	Citocolin	500 mg/12 Jam	IV	Mecobalamin	1 mg/8 Jam	IV	Ketorolac	30 mg/8 Jam	IV
Obat	Dosis	Rute														
Amplodipin	10 mg/24 Jam	Oral														
Citocolin	500 mg/12 Jam	IV														
Mecobalamin	1 mg/8 Jam	IV														
Ketorolac	30 mg/8 Jam	IV														
	17. Hasil pemeriksaan penunjang: Leukosit 13.900ml															

2. Analisa Data

Tabel 3.4
Analisa Data

Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya diarea tangan kiri dan kaki kiri. 2. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemah 2. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 3. Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapatkelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak . kaki kiri tidak dapat bergerak dan kaki kanan dapat digerakan. 	Gangguan Mobilitas Fisik	gangguan <i>neuromuscular</i>

Data	Masalah Keperawatan	Etiologi				
<p>4. Tonus otot :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> </table>	5555	2222	5555	2222		
5555	2222					
5555	2222					
<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri sejak 3 hari yang lalu 2. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian atas. 3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 4. Pasien mengatakan nyeri lebih terjadi di siang dan malam hari <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis kesakitan 2. Pasien tampak memegang kepalanya 3. Pasien tampak gelisah 4. Skala nyeri 4 5. TD 195/115 mmHg 	Nyeri Akut	Agen Penderita Fisiologis				
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Pasien mengatakan Pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, dan mandi. <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak kotor bau dan berpakaian lusuh 2. Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, minum dan mandi 3. Tampak kemampuan perawatan diri secara keseluruhan skala aktivitas Pasien (dibantu orang lain). 	Defisit Perawatan Diri	Gangguan <i>Neuromuscular</i>				

Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
<p>Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Pasien mengatakan bingung cara merawat 2. Pasien mengatakan mengapa penyakitnya tak kunjung sembuh <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Pasien tampak kebingungan 2. Pasien tampak gelisah 	Defisit Pengetahuan	Kurang Terpapar Informasi

3. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan langkah ke tiga dalam proses asuhan keperawatan yang mana berisikan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/ risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Dari analisis data diatas maka dapat ditegakkan diagnosa keperawatan dan prioritas masalah keperawatan sebagai berikut:

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan *neuromuscular* dibuktikan dengan mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, ROM menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, fisik lemah.
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi nadi meningkat, tekanan darah meningkat, berfokus pada diri sendiri.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular dibuktikan dengan, menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi dan mengenakan secara mandiri, kurang minat perawatan diri.
- d. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru dan tidak tepat.

4. Perencanaan

Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Adapun rencana tindakan yang dapat dilakukan sesuai dengan 3 diagnosa prioritas utama dapat dilihat pada tabel sebagai berikut : rencana tindakan keperawatan.

Tabel 3.5
Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan Keperawatan (SIKI)
1.	<p>Gangguan mobilitas fisik</p> <p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya di area tangan kiri dan kaki kiri. 2. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya bagian kiri <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemah 2. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 3. Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak .kaki kiri tidak dapat bergerak dan kaki kanan dapat digerakan. 4. Tonus otot menurun 	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobiltas fisik membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat dari 2 ke 3 2. Kekuatan otot meningkat dari 2 ke 3 3. Rentang gerak (ROM) meningkat dari 2 ke 3 4. Nyeri menurun dari 4 ke 2 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. monitor frekuensi jantung dantekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 3. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan Keperawatan (SIKI)
			<p>Sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>1. Amplodipin 1x10 Gr, Citocolin 2x500 Gr, Mecobalamin 3x1 Mg</p>
2.	<p>Nyeri akut</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri sejak 3 hari yang lalu 2. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian atas. 3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 4. Pasien mengatakan nyeri lebih terjadi di siang dan malam hari <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak meringis kesakitan 2. Pasien tampak memegang kepalanya 3. Pasien tampak gelisah 4. Skala nyeri 4 5. TD 195/115 mmHg 	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukantindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan rasa nyeri membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun dari 4 ke 2 2. Meringis Menurun dari 4 ke 2 3. Sikap protektif menurun dari 2 ke 5 4. Gelisah menurun dari 3 ke 5 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitasnyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri nonverbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Identifikasi pengetahuan dankeyakinan tentang nyeri. 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri. 7. Identifikasi pengaruhnyeri pada kualitas hidup. 8. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan. 9. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan,

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan Keperawatan (SIKI)
			<p>pencapaian, kebisingan)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Fasilitasi istirahat & tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab, metode, dan pemicu nyeri. 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri. 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat 5. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian Ketorolac 3x2 Mg
3.	<p>Defisit perawatan diri</p> <p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Pasien mengatakan Pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, dan mandi. <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, minum dan mandi 2. Pasien tampak kotor bau dan berpakaian lusuh 	<p>Perawatan Diri (L.11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat dari 2 ke 5 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat dari 2 ke 5 3. Kemampuan ke toilet meningkat dari 2 ke 5 	<p>Dukungan Perawatan Diri (1.11348)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Monitor integritas kulit pasien <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2. Dukung penggunaan toilet/<i>commode</i>/pispot/urinal secara konsisten 3. Jaga privasi selama

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan Keperawatan (SIKI)
	1. Tampak kemampuan perawatan diri secara keseluruhan skala aktivitas Pasien (dibantu orang lain).	4. Minat melakukan perawatan diri meningkat dari 3 ke 5	<p>eliminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu 5. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 6. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, jika perlu 7. Sediakan alat bantu (mis. kateter eksternal, urinal), jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan BAK/BAB secara rutin 2. Anjurkan ke kamar mandi/toilet, jika perlu

5. Catatan Perkembangan hari 1-3

Implementasi adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu klien memenuhi kebutuhan dirinya yang dilanjutkan evaluasi dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal. Berdasarkan prioritas hasil implementasi dan evaluasi yang di dapatkan penulis menjabarkan sebagai berikut :

a. Hari pertama

Tabel 3.6
Catatan Perkembangan Hari
Pertama

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1.	Tanggal 20 November 2022 Pukul 10:00 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Pukul 10:15 1. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu memfasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 2. memfasilitasi melakukan pergerakan, jika ada	Tanggal 20 November 2022 Pukul 10:30 S : 1. Pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan anggota tubuhnya di area tangan kiri dan kaki kiri. 2. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya 3. Pasien mengatakan akan berlatih rutin ROM yang telah diajarkan oleh perawat O : 1. Tampak lemah 2. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 3. Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak, kaki kiri tidak dapat bergerak dan kaki kanan dapat digerakan	

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
	<p>3. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>4. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>Pukul 12: 00</p> <p>1. Pemebrian obat : Amlodipin 1x10 Mg, Citicolin 2x500 Mg, mecobalamin 3x1 Mg</p>	<p>4. Tonus otot :</p> <table border="1" data-bbox="1131 311 1411 459"> <tr> <td>5555</td> <td>2222</td> </tr> <tr> <td>5555</td> <td>2222</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguanneuromuskular</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 7. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalammeningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 11. Pemberian obat: Amplodipin 1x10 Gr, Citocolin 2x500Gr, Mecobalamin 3x1 Mg 	5555	2222	5555	2222	
5555	2222						
5555	2222						
2.	<p>Tanggal 20 November 2022</p> <p>Pukul 12:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respons nyeri nonverbal. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingannyeri. 	<p>Tanggal 20 November 2022</p> <p>Pukul 12.45</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian atas. 3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 					

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	<p>5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>Pukul 12:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi napas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Memfasilitasi istirahat & tidur 4. Berkolaborasi pemberian analgetik: Ketorolac 3x30 Mg 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien mengatakan nyeri lebih terjadi siang dan malam hari 5. Pasien tampak melakukan napas dalam <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis kesakitan 2. Pasien tampak memegang kepalanya 3. Pasien tampak sudah mulai tenang 4. Skala nyeri 3 5. TD 160/90 mmHg <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2) Identifikasi skala nyeri. 3) Identifikasi respons nyeri non verbal. 4) Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringanyeri. 5) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasadan teknik relaksasi. 6) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis:suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 7) Fasilitasi istirahat & tidur. 8) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangirasa nyeri. 9) Kolaborasi pemberian analgetik: Ketorolac 3x2 Mg 	

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf
3.	<p>Tanggal 20 November 2022 Pukul 13:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2. Memonitor integritas kulit pasien 3. membuka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi <p>Pukul 13:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dukung penggunaan toilet/<i>commode</i>/pispot/urinal secara konsisten 2. Jaga privasi selama eliminasi 3. mengganti pakaian pasien setelah eliminasi, <p>Pukul 13:30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 2. Latih BAK/BAB sesuai jadwal, 3. Sediakan alat bantu 4. Mengajukan BAK/BAB secara rutin 	<p>Pukul 13:50</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Pasien mengatakan akan membantu memenuhi kebutuhan hygiene Ny. H <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak rapi 2. Pasien wangi 3. Keluarga pasien tampak langsung membantu perawat dalam membersihkan dan memekainkan baju ke pasien <p>A: Masalah teratasi P: Hentikan intervensi</p>	

b. Hari Kedua

Tabel 3.7
Catatan Perkembangan Hari Kedua

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
1.	<p>Tanggal 21 November 2022 Pukul 08:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Pukul 08:45</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. memfasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 3. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Pukul 09:05</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Mengajukan melakukan mobilisasi dini 3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus Dilakukan <p>Pemberian obat: Amplodipin 1x10 Mg, Citocolin 2x500 Mg, Mecobalamin 3x1Mg</p>	<p>Tanggal 21 November 2022 Pukul 09:30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan anggota tubuhnya diarea tangan kiri dan kaki kiri secara sempurna. 2. Pasien mengatakan tubuhnya semakin kuat dari kemarin walaupun masih sulit menggerakkan tubuhnya 3. Pasien mengatakan telah berlatih rutin ROM yang telah dianjurkan oleh perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemah 2. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 3. Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak . kaki kiri tidak dapat bergerak dan kaki kanan dapat digerakan 4. Tonus otot : <table border="1" data-bbox="1128 1098 1413 1246" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p>	5555	2222	5555	2222	
5555	2222						
5555	2222						

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf
		<p>P: Lanjutkan Intervensi: Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 5. fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 6. fasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 7. libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 9. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus 	
2.	<p>Tanggal 21 November 2022 Pukul 11:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. <p>Pukul 11:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi napas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa 	<p>Tanggal 21 November 2022 Pukul 12:15</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri telah berkurang 2. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian atas. 3. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 4. Pasien mengatakan nyeri lebih terjadi di siang dan malam hari 5. Pasien tampak melakukan napas dalam <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien masih tampak meringis kesakitan 2. Pasien tampak memegang kepalanya 3. Pasien tampak sudah mulai tenang 	

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	<p>nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi istirahat & tidur. <p>Pukul 11:40</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian analgetik: Ketorolac 3x30 Mg 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pasien tampak sudah mulai tenang 5. Skala nyeri 2 6. TD 170/90 mmHg <p>A: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis</p> <p>P: Lanjutkan intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi respons nyeri non verbal. 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa dan teknik relaksasi. 6. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan). 7. Fasilitasi istirahat & tidur. 8. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 9. Berkolaborasi pemberian analgetik: Ketorolac 3x2 Mg 	

c. Hari Ketiga

Tabel 3.8
Catatan Perkembangan Hari Ketiga

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf				
1.	<p>Tanggal 22 November 2022 Pukul 08:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Pukul 08:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian obat: Amplodipin 1x10 Mg, Citocolin 2x500 Mg, Mecobalamin 3x1 Mg <p>Pukul 08:45</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu 2. memfasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 3. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Pukul 09:05</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Menganjurkan melakukan mobilisasi 	<p>Tanggal 22 November 2022 Pukul 09:30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan anggota tubuhnya di area tangan kiri dan kaki kiri secara sempurna. 2. Pasien mengatakan tubuhnya semakin kuat dari kemarin walaupun masih sulit menggerakkan tubuhnya 3. Pasien mengatakan telah berlatih rutin ROM yang telah dianjurkan oleh perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak lemah 2. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 3. Tampak ekstremitas atas, tangan kiri terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak. kaki kiri tidak dapat bergerak dan kaki kanan dapat digerakan. <p>4. Tonus otot :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">3333</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5555</td> <td style="padding: 5px;">3333</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p>	5555	3333	5555	3333	
5555	3333						
5555	3333						

No.	Implementasi	Evaluasi	Paraf
	<p>dini</p> <p>3. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p>	<p>P: Dilanjutkan Intervensi oleh perawat ruangan</p>	
2.	<p>Tanggal 22 November 2022 Pukul 13:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Mengidentifikasi skala nyeri. 3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal. 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5. Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. <p>Pukul 13:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. memberikan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi napas dalam 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Memfasilitasi istirahat & tidur. <p>Pukul 13:40</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berkolaborasi pemberian analgetik, Ketorolac 3x30 Mg 	<p>Tanggal 22 November 2022 Pukul 14:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Pasien mengatakan nyeri telah berkurang 2 Pasien tampak melakukan napas dalam <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien sudah tidak tampak meringis kesakitan 2. Pasien tampak memegang kepalanya 3. Pasien tampak sudah mulai tenang 4. Skala nyeri 2 5. TD 145/90 mmHg <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P: Hentikan intervensi</p>	