

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruangan : Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu
Kotabumi
No. RM : 408851
Pukul : 10:00 WIB
Tanggal pengkajian : 15 November 2022

1. Identitas Pasien

- a. No RM : 408851
- b. Nama : Tn. S
- c. Usia : 65 Tahun
- d. Status perkawinan : Menikah
- e. Pekerjaan : Petani
- f. Agama : islam
- g. Pendidikan : SMA
- h. Suku : Lampung
- i. Alamat : Sungkai
- j. Sumber Biaya : BPJS
- k. Tanggal masuk RS : 13 November 2022
- l. Diagnosa medis : Stroke Non Haemoragik serangan ke 2

2. Identitas Penanggung Jawab

- a. Nama : Tn. H
- b. Usia : 38 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Agama : Islam
- e. Hubungan : Anak
- f. Alamat : Sungkai

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk rumah sakit

Keluarga pasien mengatakan pasien masuk Rumah Sakit Daerah Ryacudu Kotabumi pada tanggal 13 November 2022 pukul 14:00 WIB yang diantar oleh keluarga pasien. Pasien mengatakan anggota gerak kiri lemah, tangan dan kaki susah digerakkan, pasien mengatakan tidak bisa berjalan sendiri, pasien pakai alat tongkat dan kursi roda dan pasien mengatakan dalam melakukan aktivitas pasien dibantu keluarga. Tanda-tanda vital :TD:163/88 mmHg, N:90 x/menit, Suhu :36,7, RR: 20x/menit, GCS: apatis (E: 4, M: 3, V:5).

b. Riwayat Kesehatan

a) Keluhan utama

Pada saat penulis melakukan pengkajian pasien mengatakan sudah 2 minggu anggota badan sebelah kiri tidak bisa digerakkan setelah rasa sakit kepala yang tidak tertahan. Pasien mengatakan awalnya belum mengetahui penyakit apa yang dideritanya dan apa yang harus dilakukan dalam menangani penyakit. Pada saat penulis melakukan pengkajian Pasien mengatakan berharap cepat sembuh dan dapat bekerja seperti biasanya. Pada saat penulis pengkajian Pasien mengatakan sudah pernah bawa ke dokter atau ke klinik didekat rumahnya.

P : Darah tinggi

Q : tidak mampu berjalan dan hanya teraba pergerakan otot saja

R : anggota badan sebelah kiri

S : Kekuatan otot menurun:

4444	2222
4444	2222

T : sudah 2 hari anggota badan sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan mendadak.

b) Keluhan penyerta

Pasien mengatakan sakit di bagian kepala, sering terbangun di malam hari karena sakit kepala, merasa tidak nyaman karena terbaring di bad pasien.

4. Riwayat kesehatan yang lalu

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami kecelakaan dan ini pertama kalinya dirawat di rumah sakit, Pasien mengatakan tidak pernah melakukan operasi, Pasien mengatakan sering pusing dan sakit kepala jika begadang dan meminum kopi dan di diagnosis hipertensi oleh dokter sejak 2 tahun yang lalu. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat dan makanan. Pasien mengatakan imunisasi lengkap dan Pasien mengatakan dahulunya dalam sehari dapat merokok 1 bungkus dan sering meminum-minuman alkohol.

5. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola tidur

Di rumah saat sebelum sakit: Pasien mengatakan Pasien tidur nyenyak di malam 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 15:00.

Di rumah saat sudah sakit: pasien terkadang terbangun di malam hari dikarenakan banyak tidur saat siang hari. Pasien tidur siang sekitar 3 jam kira kira pada 11:00 sampai jam 12:00 dan jam 14: 00 sampai jam 15:00.

Di rumah sakit: keluarga Pasien mengatakan tidur normal sekitar 8 jam.

b. Pola latihan

Di rumah: Pasien mengatakan beraktivitas di rumah seperti bermain dengan cucu. Di rumah sakit: Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas seperti mandi, dan makan.

c. 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 dan harus dibantu dengan anaknya .

d. Pola eliminasi

Sebelum sakit pasien mengatakan BAK 4x sehari dengan volume total 1200cc, klien mengatakan warna urine jernih (kuning) tidak keruh, dengan bau khas urine saat sakit paseien mengatakan BAK 6-10x sehari dengan volume total 2000cc, klien mengatakan warna urine jernih (kuning) tidak keruh, dengan bau khas urine, klien mengatakan tidak nyeri saat BAK.

Sebelum sakit pasien mengatakan BAB 1x sehari pada pagi hari, dengan warna kuning kecoklatan dan bau khas feces, dengan testur lunak, dan tidak menggunakan pencahar, namun saat sakit pasien mengatakan BAB 1x/hari,pasien mengatakan tidak ada keluhan saat BAB.

e. Pola Personal Hygine

Sebelum sakit pasien mengatakan mandi 2x sehari, menyikat gigi 2x sehari,dan mencuci rambut 3x seminggu, saat sakit pasien mengatakan mandi 2x sehari, mencuci rambut 1x selama di rawat meyikat gigi 1x sehari pada pagi hari.

f. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit pasien mengatakan tidur selama 8 jam/hari, klien mengatakan tidak ada aktivitas sebelum tidur dan tidak mengalami kesulitan selama sakit, Saat sakit pasien mengatakan sulit tidur terutama pada malam hari karena merasa nyeri di kepala dengan durasi tidur 7 jam / hari pada malam hari.

g. Pola kerja

Di rumah : Pasien mengatakan Pasien tidak melakukan pekerjaan,
Pasienhanya menemani cucunya bermain

Di rumah sakit : Pasien mengatakan Pasien tidak melakukan aktivitas
hanya ditempat tidur saja

6. Riwayat keluarga

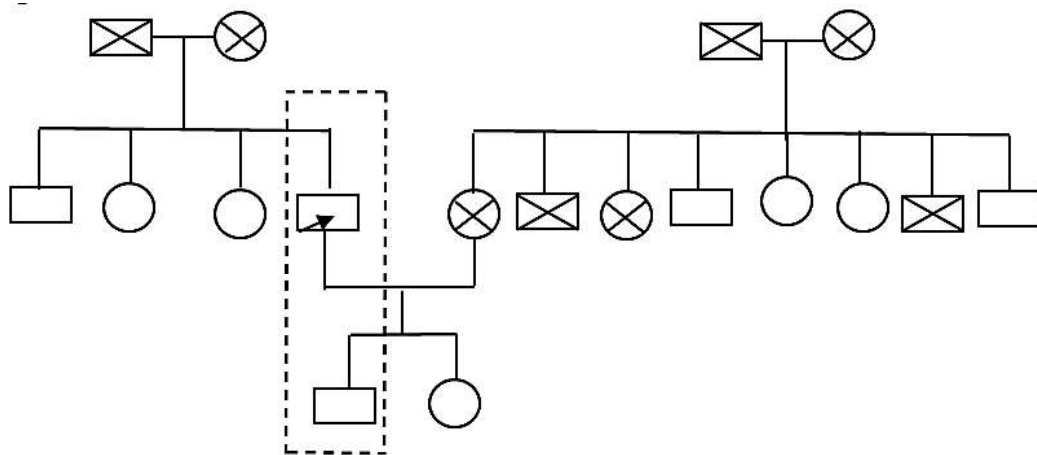
a) Kesehatan anggota keluarga:

Keluarga Pasien mengatakan anggota keluarganya sehat

b) Faktor risiko penyakit dalam keluarga:

Keluarga Pasien mengatakan didalam keluarganya tidak
memiliki penyakit seperti darah tinggi, jantung ataupun stroke.

Gambar 3.1
Genogram Tn. S



Keterangan :

Laki-laki



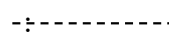
Perempuan



Meninggal dunia



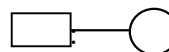
Tinggal serumah



Pasien yang diidentifikasi



Kawin



7. Riwayat lingkungan

a) Kebersihan

Keluarga Pasien mengatakan rumah Pasien tampak bersih.

b) Bahaya kesehatan:

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

c) Polutan :

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

e. Riwayat psikososial

1) Bahasa yang di gunakan:

Pasien mengatakan bahwa bahwa bahasa sehari hari. Pasien menggunakan bahasa Lampung dan Indonesia

2) Organisasi di masyarakat

Pasien mengatakan tidak mengikuti organisasi seperti gotong royong,

3) Sumber dukungan di masyarakat:

Pasien mengatakan mendapatkan respon baik dan dukungan dari masyarakat sekitar

4) Suasana hati:

Pasien mengatakan suasana hati saat ini sedih mengenai penyakit yang dideritanya

5) Tingkat perkembangan:

Pasien pada tingkat perkembangan lansia

f. Tingkat kesadaran

GCS: Apatis E: 4, M: 3, V:5

g. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Inspeksi: bentuk kepala simetris, tidak ada lesi, kebersihan rambut terjaga, warna rambut hitam putih, distribusi rambut merata. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan keluhan nyeri.

Palpasi: tidak ada massa, tidak ada lesi dan ada nyeri tekan skala 4.

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.

Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : diameter pupil 2mm/2mm, pupil anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata .

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.

Pada pemeriksian nervus I (olfaktorius) : ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat

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

Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) : pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat.

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.

- Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin.
- 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.
- Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : pasien mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+)
- 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 x/menit.
- 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. Tekanan darah 163/90mmHg.
- 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 14 kali permenit. 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 diwaktu 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 normal1kali sehari dalam sehari.

12) Ekstremitas:

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

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : pasien tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat.

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

Pada pemeriksaan reflek saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien tidak dapat melawan tahanan pada telapak kaki yang diberikan perawat.

13) Tonus Otot

$$\begin{array}{r|l} 4444 & 2222 \\ \hline 4444 & 2222 \end{array}$$

Keterangan tonus otot:

0: tidak ada kontraksi sama sekali

1: kontraksi minimal dapat terasa atau teraba pada otot yang bersangkutantanpa 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 digerakan 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 edema 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

h. Pengobatan

Tabel 3.1

Tabel Daftar Pengobatan Pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 15-17 November 2022

No	Obat	Dosis	Rute
1	Amplodipin	1x5 Mg	Oral
2	Mecobalamin	3x1 Mg	Iv
3	Cetorolac	3x2 Mg	Iv

i. Pemeriksaan Penunjang

1) Cek Laboratorium

Tabel 3.2

Tabel hasil Laboratorium Pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 15-17 November 2022

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	Gula darah sewaktu	109 Mg/dL	70-144 Mg/dL
2	Hemoglobin	13,6 Gr/Dl	12-16 Gr/Dl
3	Leukosit	10.900 ml	3.600-11.000 ml
4	Hematokrit	45%	37-45%
5	Trombosit	278.000 U1	150-400.000 U1
6	MCH	30 Ps	27-32 Ps
7	MCHC	35%	31-35%
8	Antigen	Negatif	Negatif

2) CT Scan

Kesan: Subacute ischemic infarct di corona radiata kanan

j. Data fokus

Dari hasil pengkajian telah didapat beberapa data senjang sebagai berikut :

Tabel 3.3

Tabel Data Fokus Pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 15 November 2022

Data Subjektif	Data Objektif						
1	2						
<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 3. Pasien mengatakan nyeri sejak 3 hari yang lalu 4. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian atas. 5. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul 6. Pasien mengatakan nyeri lebih terjadi di siang dan malam hari 7. Pasien mengatakan Pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, dan mandi. 	<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. GCS: Apatis E: 4, M: 3, V:5 5. Tonus otot : <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 4444 2222 </div> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">4444</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">2222</td> </tr> </table> 6. Pasien tampak meringis kesakitan 7. Pasien tampak memegangi kepalanya 8. Pasien tampak gelisah 9. Skala nyeri 4 10. TD 163/90 mmHg 11. Pasien tampak kotor bau dan berpakaian lusuh 12. Tampak kemampuan perawatan diri secara keseluruhan skala aktivitas Pasien 2(dibantu orang lain). 	4444	2222	<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 4444 2222 </div>		4444	2222
4444	2222						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> 4444 2222 </div>							
4444	2222						

k. Analisa Data

Tabel 3.4

Tabel Analisa Data Pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 15 November 2022

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<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 terdapat kelemahan otot tidak dapat digerakan, dan tangan kanan masih dapat bergerak . kaki kiri tidak dapat bergerak dan kaki kanan dapat digerakan. 4. GCS: Apatis E: 4, M: 3, V: 5 5. Tonus otot : $\begin{array}{c c} 4444 & 2222 \\ \hline 4444 & 2222 \end{array}$	Gangguan mobilitas fisik	gangguan neuromuscular
2	<p>Data subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri sejak 2 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 	Agen pencedera fisiologis	Nyeri akut berhungan dengan

	4. Skala nyeri 4 5. TD 163/90 mmHg		
3	<p>Data subjektif:</p> <p>1. Keluarga Pasien mengatakan Pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, dan mandi.</p> <p>Data objektif :</p> <p>1. Pasien tampak kotor bau dan berpakaian lusuh</p> <p>2. Keluarga Pasien mengatakan</p> <p>3. Pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri seperti makan, minum dan mandi</p> <p>4. Tampak kemampuan perawatan diri secara keseluruhan skala aktivitas Pasien 2(dibantu orang lain).</p>	Defisit perawatan diri	gangguan neuromuskular

1. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan pengumpulan data, dapat disimpulkan 3 diagnosa keperawatan prioritas Tn.S yaitu sebagai berikut :

- a. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

2. Perencanaan Keperawatan

Tabel 3.5

Tabel Rencana Keperawatan Pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 15 November 2022

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Rencana Tindakan Keperawatan (SIKI)
1	2	3	4
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular	<p>Dukungan Mobilitas (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 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 4. Nyeri menurun 5. Kaku sendi menurun 	<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 dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi 4. monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapiutik</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 sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
2	Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisiologis	<p>L.08066-Tingkat Nyeri</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan rasa nyeri membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 	<p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi:</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

1	2	3	4
			<p>1) memperingan nyeri.</p> <p>2) Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri.</p> <p>3) Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>4) Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan.</p> <p>5) Monitor efek samping penggunaan analgetik.</p> <p>Terapeutik:</p> <p>1) Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis: TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, <i>biofeedback</i>, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain), teknik distraksi dan teknik relaksasi.</p> <p>2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>3) Fasilitasi istirahat & tidur.</p> <p>4) Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri</p> <p>Edukasi:</p> <p>6) Jelaskan penyebab, metode, dan pemicu nyeri.</p> <p>7) Jelaskan strategi meredakan nyeri.</p> <p>8) Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>9) Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</p> <p>10) Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</p> <p>Kolaborasi:</p> <p>2) Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i></p>


1	2	3	4
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>L.11103-Perawatan Diri</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 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan ke toilet meningkat 4. Minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>1.11348 Dukungan Perawatan Diri</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 eliminasi 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



3. Implementasi & Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6

Catatan Perkembangan hari ke 1 pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 15 November 2022

Tanggal & Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
15 November 2022 Pukul 09:00-11:00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>Pukul 09:00</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Pukul 09:20</p> <ol style="list-style-type: none"> Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika ada Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Pukul 09:40</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <p>Pukul 09:50</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan Berkolaborasi pemberian: Amplodipin 1x5 Mg PerOral, Mecobalamin 3x1 Mg Iv 	<p>Pukul 10:00</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan anggota tubuhnya di area tangan kiri dan kaki kiri. Pasien mengatakan sulit menggerakkan tubuhnya Pasien mengatakan akan berlatih rutin ROM yang telah diajarkan oleh perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak lemah Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 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. Tonus otot : <p style="text-align: center;"> $\begin{array}{c} 4444 \quad \quad 2222 \\ \hline 4444 \quad \quad 2222 \end{array}$ </p> GCS: Apatis E: 4 M:3 V:5 <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Identifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu


			<ol style="list-style-type: none"> 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 dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)  <p style="text-align: center;">Trias</p>
<p>15 November 2022 Pukul 12:00- 13:00</p>	<p>Nyeri akut berhungan dengan agen pencedera fisiologis</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 non verbal. 4) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 5) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. <p>Pukul: 12:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) memberikan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi napas dalam 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Pukul: 12:30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memfasilitasi istirahat & tidur. <p>Pukul: 12:40</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Berkolaborasi pemberian: Cetorolac 3x2 Mg Iv 	<p>Pukul: 13:00</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 4. Pasien mengatakan nyeri lebih terjadi di 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 160/80 mmHg <p>A: Nyeri akut berhungan 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.


			<ol style="list-style-type: none"> 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. Kolaborasi pemberian analgetik  <p style="text-align: right;">Trias</p>
<p>15 November 2022 Pukul 13:10- 13:50</p>	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p>	<p>Pukul: 13:10</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi kebiasaan BAB/BAK sesuai usia 2) Memonitor integritas kulit pasien <p>Pukul: 13:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) membuka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi 2) Dukung penggunaan toilet/<i>commode</i>/pispot/urinal secara konsisten 3) Jaga privasi selama eliminasi <p>Pukul: 13:30</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) mengganti pakaian pasien setelah eliminasi, 2) Membersihkan alat bantu BAK/BAB setelah digunakan 3) Melatih BAK/BAB sesuai jadwal, <p>Pukul: 13:50</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) Menyediakan alat bantu 5) Menganjurkan BAK/BAB secara rutin 	<p>Pukul: 14:00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga Pasien mengatakan akan membantu memenuhi kebutuhan hygiene Tn.S <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> <p>P: Hentikan intervensi</p>  <p style="text-align: right;">Trias</p>

Tabel 3.7

Tabel Catatan Perkembangan hari ke 2 Pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 16 November 2022

Tanggal & Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi						
1	2	3	4						
16 November 2022 Pukul 08:00-09:30	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>Pukul 08:00</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Mengidentifikasi toleransi fisik saat melakukan pergerakan Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum melakukan atau memulai mobilisasi Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Pukul 08:20</p> <ol style="list-style-type: none"> Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu Memfasilitasi melakukan pergerakan Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Pukul 08:40</p> <ol style="list-style-type: none"> Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Menganjurkan melakukan mobilisasi dini <p>Pukul 09:00</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengajarkan mobilisasi sederhana 	<p>Pukul: 09:30</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan masih belum dapat menggerakkan anggota tubuhnya diarea tangan kiri dan kaki kiri secara sempurna. Pasien mengatakan tubuhnya semakin kuat dari kemarin walaupun masih sulit menggerakkan tubuhnya Pasien mengatakan telah berlatih rutin ROM yang telah dianjurkan oleh perawat <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> Tampak lemah Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga 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. GCS: Apatis E: 4, M: 3, V:5 Tonus otot : <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4444</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">4444</td> <td style="padding: 5px;">2222</td> </tr> </table> </div> <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p>	4444	2222			4444	2222
4444	2222								
4444	2222								


		<p>yang harus dilakukan</p> <p>4. Kolaborasi Pemberian: Amplodipin 1x5 Mg PerOral, Mecobalamin 3x1 Mg Iv</p>	<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 dilakukan (mis, duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) <div style="text-align: right;">  Trias </div>
16 November 2022 Pukul 10:00-11:30	Nyeri akut berhungan dengan agen pencedera fisiologis	Pukul 10:00 <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 Pukul 10:30 <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 2) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup. Pukul 10:50	Pukul 13:30 S : <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 O: <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 2 5. TD 140/80 mmHg


		<ol style="list-style-type: none"> 1) memberikan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi napas dalam 2) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri <p>Pukul 11:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memfasilitasi istirahat & tidur. <p>Pukul 11:30</p> <ol style="list-style-type: none"> 2) Berkolaborasi pemberian:Cetorol ac 3x2 Mg Iv 	<p>A: Nyeri akut berhungan 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) Kolaborasi pemberian analgetik <div style="text-align: right;">  Trias </div>
--	--	--	--

Tabel 3.8

Tabel Catatan Perkembangan hari ke 3 Pasien dengan gangguan kebutuhan aktivitas dan istirahat pada kasus Stroke Non Hemoragik (SNH) terhadap Tn. H di Ruang RPD Rumah Sakit Daerah H.M Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 17 November 2022

Tanggal & Jam	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
17 November 2022 Pukul 08:00-10:00	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>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 	<p>Pukul 10:00</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

		<p>Pukul 08:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 2. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu <p>Pukul 08:40</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika ada 2. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi <p>Pukul 09:00</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini 2. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan 3. Berkolaborasi pemberian: Amplodipin 1x5 Mg PerOral, Mecobalamin 3x1 Mg Iv 	<p>walaupun masih sulit menggerakkan tubuhnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> 4. GCS: Compos MentisE: 4 M: 4 V:5 5. Tonus otot : <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> <td style="padding: 0 10px;">2222</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 2px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">4444</td> <td style="padding: 0 10px;">2222</td> </tr> </table> <p>A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</p> <p>P: Dilanjutkan Intervensi oleh perawat ruangan</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Trias </div>	4444	2222			4444	2222
4444	2222								
4444	2222								
17 November 2022 Pukul 10:00- 11:30	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis	<p>Pukul 10:00</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. <p>Pukul 10:20</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 	<p>Pukul 11:30</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 sudah mulai tenang 3. Skala nyeri 1 4. TD 130/80 mmHg <p>A: Masalah teratasi</p>						

		<p>2) Mengidentifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup.</p> <p>Pukul 10:40</p> <p>3) memberikan teknik nonfarmakologis teknik relaksasi napas dalam</p> <p>4) Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p> <p>Pukul 11:00</p> <p>1) Memfasilitasi istirahat & tidur.</p> <p>Pukul 11:20</p> <p>1) Berkolaborasi pemberian Cetorolac 3x2 Mg Iv</p>	<p>P: Hentikan intervensi</p>  <p>Trias</p>
--	--	--	---