

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil**

##### **4.1.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Pangkalpinang**

Menurut Profil Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Pangkalpinang Tahun 2022, Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Pangkalpinang adalah Rumah Sakit milik Pemerintah Kota Pangkalpinang yang didirikan pada tahun 1981 dari dana APBN Departemen Kesehatan RI, sesuai dengan tuntunan dan perkembangan pembangunan, khususnya di bidang kesehatan. Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Pangkalpinang berlokasi di Jalan Soekarno Hatta Pangkalpinang, memiliki luas tanah sebesar 74.292 m<sup>2</sup> dan luas bangunan sebesar 7.563 m<sup>2</sup>.

Pada tahun 1981 Rumah Sakit didirikan dengan Status Kelas D, tahun 1993 RS berubah menjadi Kelas C. Berdasarkan surat Menteri Kesehatan RI nomor 197/MENKES/SK/II/1993 tanggal 26 Februari serta surat keputusan Walikota Madya KDH Tk II Pangkalpinang No. 069/SK/HUK/1993 Tanggal 30 Juni 1993. Tahun 2010 berdasarkan keputusan Walikota Pangkalpinang Nomor: 477/KEP/RSUD/VIII/2010. Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Pangkalpinang telah menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) secara utuh. Tahun 2012, berdasarkan Nomor: KARS-SERT/344/1/2012 Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Pangkalpinang Terakreditasi 5 Pelayanan, yaitu Pelayanan Administrasi dan Manajemen, Pelayanan Medis, Pelayanan Gawat Darurat, Pelayanan Keperawatan, dan Pelayanan Rekam Medis. Tahun 2016, berdasarkan sertifikat Nomor: KARS-SERT/565/XII/2016. Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah telah memenuhi Standar Akreditasi dengan Predikat Bintang 3 (tiga) Tingkat Madya. Tahun 2019, berdasarkan sertifikat nomor: KARS-SERT/1176/XI/2019/ Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah

Pangkalpinang telah memenuhi Standar Akreditasi dengan bintang 4 (empat) Tingkat Utama. Tahun 2022, Berdasarkan Sertifikat Akreditasi Rumah Sakit Nomor: 075/SERT-AKR/Lam - KPRS/Set/XII/2022 (UPTD RSUD Depati Hamzah, 2022)

#### 4.1.1.1 Visi, Misi, Motto dan Tujuan

##### 1. Visi

Menjadi Rumah Sakit yang Nyaman dan Unggul dalam Pelayanan.

##### 2. Misi

- 1) Memberikan pelayanan Kesehatan yang bermutu, terjangkau, profesional dan berorientasi pada pasien.
- 2) Mengembangkan pelayanan unggulan yang inovatif.
- 3) Menyelenggarakan kemitraan pelayanan dan pendidikan kesehatan dengan stakeholders.
- 4) Menyelenggarakan pelayanan yang berorientasi pada lingkungan yang sehat.

##### 3. Tujuan

Meningkatkan Akses dan Mutu Pelayanan Kesehatan

##### 4. Motto

"Ikak Sehat Kami Tersenyum"

#### 4.1.2 Gambaran Umum Inhalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Depati Hamzah Pangkalpinang

Rumah Sakit Umum Daerah Depati Hamzah Pangkalpinang mempunyai beberapa pelayanan yaitu pertama Pelayanan IGD dan PONEK 24 Jam. Kedua Pelayanan Rawat Jalan yaitu pelayanan klinik rawat jalan di UPTD RSUD Depati Hamzah Kota Pangkalpinang terdiri dari klinik penyakit dalam, klinik anak, klinik kebidanan dan kandungan, klinik bedah umum, klinik jantung dan pembuluh darah, klinik gigi umum dan spesialis, klinik orthopedi, klinik mata, klinik THT, klinik saraf, klinik paru, klinikkulit kelamin, klinik geriatri, klinik jiwa, klinik anastesi dan nyeri,

klirik ginjal dan hipertensi, klinik kesehatan ibu dan anak, klinik gizi dan klinik PKBRS. Terdapat pelayanan klinik medical checkup (MCU), Pelayanan Klinik Tulip (HIV). Dan klinik TB MDR. Serta pelayanan rawat jalan lainnya terdiri dari kamar operasi, pelayanan KB, pelayanan Hemodialisa, pelayanan vaksin/Imunisasi, pelayanan tumbuh kembang, pelayanan elektrokardiogram (EKG), treadmill dan ABI/CAVI, pelayanan audiometri, pelayanan administrasi medik.

Ketiga pelayanan rawat inap terdiri dari, rawat inap sakura, rawat inap mawar, rawat inap akasia, rawat inap flamboyan, rawat inap dahlia, dan rawat inap wijaya kusuma. Keempat pelayanan rawat inap khusus terdiri dari rawat inap intensive care unit (ICU), rawat inap PICU/NICU/Neonatologi, dan ruang iso covid-19. Kelima pelayanan penunjang medis terdiri dari pelayanan rekam medis, pelayanan laboratorium, pelayanan radiologi, pelayanan fisioterapi, pelayanan farmasi, pelayanan pemulasaran jenazah, dan pelayanan mobil ambulance/ mobil jenazah. Terakhir ada pelayanan administrasi terdiri dari pelayanan gizi, pelayanan pengelolaan dan pemeliharaan sarana dan prasarana rumah sakit, pelayanan pengelolaan CSSD dan laundry, pelayanan K3RS, pelayanan satpam rumah sakit, dan pelayanan promosi kesehatan (UPTD RSUD Depati Hamzah, 2022)

#### **4.1.3 Karakteristik Subyek Penelitian atau Identitas Klien**

##### **1. Pasien pertama**

Pasien pertama yang menjadi responden penelitian adalah Ny. Z dengan nomor registrasi 172485 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik. Ny. Z lahir di Penagan dan usia sekarang 44 tahun, agama yang dianut Ny. Z adalah islam. Status Ny. Z kawin dan memiliki 3 orang anak. Sekarang Ny. Z tinggal Bersama suami dan anak terakhirnya, Penanggungjawab Ny. Z selama perawatan di rumah sakit yaitu Tn. M yang merupakan suaminya dan tinggal Bersama Ny. Z di Penagan.

## 2. Pasien kedua

Pasien kedua yang menjadi responden penelitian adalah Ny. L dengan nomor registrasi 172492 dengan diagnosa medis Stroke Non Hemoragik. Ny. L lahir di desa Beruas dan usia sekarang 62 tahun, agama yang dianut Ny. L adalah islam. Status Ny. L cerai mati dan memiliki 5 orang anak. Sekarang Ny. L tinggal Bersama anak terakhirnya, Penanggungjawab Ny. L selama perawatan di rumah sakit yaitu Ny. C yang merupakan anaknya, Ny. Z beralamatkan di Petaling.

### 4.1.4 Data Asuhan Keperawatan

#### 4.1.4.1 Pengkajian

##### 1. Identitas

**Tabel 4.1 Identitas dan Penanggung Jawab Pasien 1 dan 2**

No	Identitas pasien dan penanggung jawab		
	Paisen 1	Pasien 2	
1.	Identitas pasien		
	Nama	Ny. Z	Ny. L
	Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
	Usia/tanggal lahir	44 thn/01-07-1979	62 thn/12-05-1962
	Status pernikahan	Menikah	Cerai mati
	Agama	Islam	Islam
	Pendidikan	SMA	SMP
	Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
	Alamat	Penagan	Petaling
	Tanggal masuk RS	01-05-2024/ 23.50 WIB	06-05-2024/02.59 WIB
	No. Registrasi	172485	172492
	Ruangan/kamar	Flamboyan/ 2.2	Flamboyan/2.4
	Golongan darah	0	AB
	Tanggal pengkajian	02 Mei 2024/07.15 WIB	06 Mei 2024/07.10 WIB
	Tanggal operasi	Tidak dilakukan operasi	Tidak dilakukan operasi

	Diagnostik medis	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik
2.	Penanggung jawab		
	Nama	Tn.M	Ny. C
	Jenis kelamin	Laki-Laki	Perempuan
	Hub dgn pasien	Suami	Anak
	Pekerjaan	Buruh Harian	Ibu Rumah Tangga
	Alamat	Penagan	Petaling

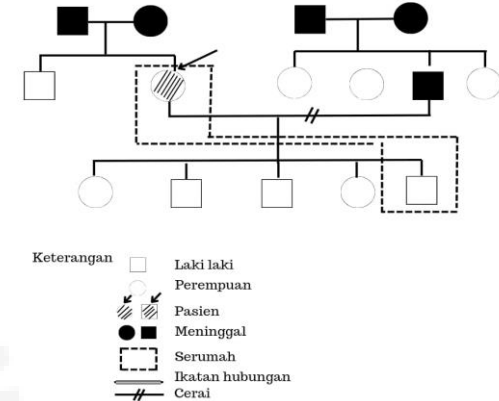
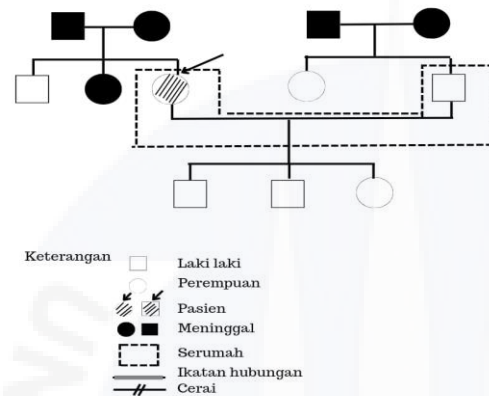
Tabel 4.1 disimpulkan bahwa pasien pertama berumur 44 tahun dan pasien kedua berumur 62 tahun sama-sama mengalami penyakit Stroke Non Hemoragik.

## 4.1.4.2 Anamnesis

Tabel 4.2 Hasil Anamnesis Pada Pasien 1 dan 2

Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
<b>Keluhan utama</b>	Pasien mengatakan lemas pada tangan dan kaki kanan, pelo berbicara.	Pasien mengatakan lemas pada tangan dan kaki kanan, pelo berbicara
<b>Riwayat penyakit sekarang</b>	Pasien masuk ke Rumah Sakit tanggal 01 Mei 2024 pukul 23.50 WIB, Pasien diberi terapi IVFD RL + Zyfort 20 TPM, citicoline 2x500 mg. Pasien dipindahkan keruang rawat inap. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 02 Mei 2024 pukul 07.15 WIB. Keluarga pasien mengatakan lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan pasien dan sulit digerakkan, pasien tampak lemah dan pucat, pasien hanya berbaring di tempat tidur, pasien bicara pelo. TD: 172/100 mmHg, N: 86x/m, RR: 21x/m, Suhu: 36,4°C, CRT: < 2 detik.	Pasien masuk ke Rumah Sakit tanggal 06 Mei 2024 pukul 02. 59 WIB (dini hari), Pasien diberi terapi IVFD RL TPM, citicoline 2x500 mg. Pasien dipindahkan keruang rawat inap. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Mei 2024 pukul 07.10 WIB. Keluarga pasien mengatakan lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan pasien dan sulit digerakkan, pasien tampak lemah dan pucat, pasien hanya berbaring di tempat tidur, pasien bicara pelo. TD: 165/88 mmHg, N: 72x/m, RR: 20x/m, Suhu: 36°C, CRT: < 2 detik.
<b>Riwayat kesehatan masa lalu</b>	Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit stroke 3 tahun lalu, hipertensi dan kolesterol, pasien mengkonsumsi obat HT, Kolesterol namun pasien dan keluarga pasien lupa merk obatnya, pasien tidak ada alergi obat-obatan dan makanan tertentu.	Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit stroke ringan $\pm$ 4 tahun lalu, hipertensi, pasien mengkonsumsi obat clopidogrel 75 mg dan mecobalamin 500 mg, pasien tidak ada alergi obat-obatan dan makanan tertentu.
<b>Riwayat kesehatan keluarga</b>	Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita Stroke, namun ibu klien mempunyai riwayat hipertensi. Keluarga pasien mengatakan tidak ada lagi penyakit yang diderita keluarganya seperti DM dan penyakit menular lainnya.	Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita Stroke. Keluarga pasien mengatakan tidak ada lagi penyakit yang diderita keluarganya seperti hipertensi, DM dan penyakit menular lainnya.

## Genogram



## Riwayat Psikososial

Pada saat dilakukan pengkajian keluarga pasien sebagai pemberi informasi dikarenakan pasien pelo dalam berbicara. Pasien tampak tenang tidak menunjukkan rasa kekecewaan atau rasa malu terhadap penyakitnya, keluarga pasien berharap setelah menjalani tindakan medis dan perawat rumah sakit pasien segera pulih. Pada saat pengkajian emosi pasien cukup stabil, kadang kadang pasien menggangguk dan menggelengkan kepala sebagai syarat bahwa ia memahami apa yang disampaikan, pasien merupakan seorang istri dan ibu dari 3 anak.

Pada saat dilakukan pengkajian keluarga pasien sebagai pemberi informasi dikarenakan pasien pelo dalam berbicara. Pasien tampak tenang tidak menunjukkan rasa kekecewaan atau rasa malu terhadap penyakitnya, keluarga pasien berharap setelah menjalani tindakan medis dan perawat rumah sakit pasien segera pulih. Pada saat pengkajian emosi pasien cukup stabil, kadang kadang pasien menggangguk dan menggelengkan kepala sebagai syarat bahwa ia memahami apa yang disampaikan, pasien merupakan ibu dari 5 anak.

Berdasarkan tabel 4.2 hasil anamnesis pada Ny. Z dan Ny. Disimpulkan keluhan utama saat pengkajian keduanya adalah keluarga Ny.Z mengatakan lemas pada tangan dan kaki kanan Ny. Z. Ny. Z masuk ke Rumah Sakit tanggal 01 Mei 2024 pukul 23.50 WIB, Pasien diberi terapi IVFD RL + Zyfort 20 TPM, citicoline 2x500 mg. Pasien dipindahkan keruang rawat inap. Keluarga pasien mengatakan lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan pasien dan sulit digerakkan, pasien tampak lemah dan pucat, pasien hanya berbaring di tempat tidur, pasien bicara pelo. Keluarga pasien mengatakan aktivitas seperti makan, minum, ganti pakaian dan ke toilet dibantu keluarga. Pasien tampak lemah dan pasien hanya berbaring di tempat tidur.

Sedangkan Ny. L masuk ke Rumah Sakit tanggal 06 Mei 2024 pukul 02.59 WIB (dini hari), Pasien diberi terapi IVFD RL dan citicoline 2x500 mg. Pasien dipindahkan keruang rawat inap. Keluarga pasien mengatakan lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan pasien dan sulit digerakkan, pasien tampak lemah dan pucat, pasien hanya berbaring di tempat tidur, pasien bicara pelo. Keluarga pasien mengatakan aktivitas seperti makan, minum, ganti pakaian dan ke toilet dibantu keluarga. Pasien tampak lemah dan pasien hanya berbaring di tempat tidur.

Kedua pasien dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital Ny. Z. TD: 172/100 mmhg, N: 86 x/m, RR: 21 x/m, Suhu: 36,4°C, CRT: <2 detik. Sedangkan Ny. L. TD: 165/88 mmhg, N: 72 x/m, RR: 20 x/m, Suhu: 36 °C, CRT: <2 detik. Dan dilakukan pemeriksaan darah rutin. Pada fase pemulihan kedua pasien dipindahkan ke ruang rawat inap.

Keluarga Ny.Z mengatakan Ny. Z mempunyai riwayat penyakit stroke 3 tahun lalu, hipertensi, dan kolesterol. Selama ini Ny.Z mengontrol kesehatan di puskesmas, keluarga pasien mengatakan pasien mengkonsumsi obat HT dan Kolesterol namun pasien dan keluarga pasien lupa merk obatnya, pasien tidak ada alergi obat-obatan dan makanan tertentu. Sedangkan Ny. L mempunyai riwayat penyakit stroke ringan  $\pm$  4 tahun



lalu dan hipertensi, pasien mengkonsumsi obat clopidogrel 75 mg dan mecabalamin 500 mg, pasien tidak ada alergi obat-obatan dan makanan tertentu.

Hubungan sosial Ny. Z dan Ny. L dalam berkomunikasi terhadap orang lain harus melalui pihak ke tiga karena pasien pelo dalam berbicara, keduanya kooperatif dengan keluarga, perawat dan orang lain nya. Dari segi spiritual keduanya beragama islam.

#### 4.1.4.3 Pola Aktivitas Sehari-hari

**Tabel 4.3 Pola Aktivitas Pada Pasien 1 dan 2**

	Pasien 1			Pasien 2		
Pola Nutrisi	Nutrisi & Minuman	Sebelum Sakit	Selama Sakit	Sebelum Sakit	Selama Sakit	
	Jenis makanan	Nasi+lauk+sayur	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan/7 jam	Nasi+lauk+sayur	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan /4 jam	
	Pola makan	Teratur	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan/ 7 jam	Teratur	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan /4 jam	
	Frekuensi makan	3x/hari	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan/ 7 jam	3x/hari	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan /4 jam	
	Porsi makan	1 piring habis	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan/ 7 jam	1 piring habis	Dari masuk Rs sampai pengkajian pasien belum makan /4 jam	

	Nafsu makan	Baik	Baik	Baik	Baik
	Frekuensi minum	6-7 gelas/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien minum 1 gelas/ / 7 jam	6-7 gelas/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien minum 2 gelas/ /4 jam
<b>Pola Eliminasi</b>	<b>BAK</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama Sakit</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>
	Frekuensi	4-5x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien terpasang kateter (110 ml)/7 jam)	4-5x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien menggunakan pampers.
	Warna	Kuning jernih	Kuning jernih	Kuning jernih	Kuning jernih
	<b>BAB</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama Sakit</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>
	Frekuensi	1x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien 1x BAB/ 7 jam	1x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien belum BAB/ 4 jam
	Warna	Kekuningan	Kekuningan	Kekuningan	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien belum BAB /4 jam
	Konsistensi	Padat	Semi padat	Padat	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien belum BAB/ /4 jam
	Keluhan	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada

<b>Pola Istirahat</b>	<b>istirahat</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>
	Waktu tidur	7-8 jam/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien hanya tidur $\pm 4$ jam / 7 jam	7-8 jam/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien hanya tidur $\pm 2$ jam / 4 jam
	Waktu bangun	Pukul 05.00 WIB	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien bangun pukul 04.15 WIB	Pukul 05.00 WIB	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien bangun pukul 04.50 WIB
	Keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan	Tidak ada keluhan
<b>Personal Hygiene</b>	<b>Kebersihan diri</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>
	Mandi	3x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien belum ada mandi / 7 jam	2x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien belum ada mandi / 4 jam
	Ganti pakaian	3x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien 1x ganti pakaian / 7 jam	2x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien 1x ganti pakaian / 4 jam
	Oral hygiene	3x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien belum ada oral hygiene / 7 jam	2x/hari	Dari masuk RS sampai pengkajian pasien belum ada oral hygiene / 4 jam
<b>Aktivitas/mobilitas fisik</b>		<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>	<b>Sebelum sakit</b>	<b>Selama sakit</b>
		Aktivitas pasien terpenuhi secara mandiri	Aktivitas pasien di bantu keluarga seperti makan, minum,	Aktivitas pasien terpenuhi secara mandiri	Aktivitas pasien dibantu keluarga seperti makan, minum, berganti

	berganti pakaian dan ke toilet, gerakkan pasien terbatas	pakaian dan ke toilet, gerakkan pasien terbatas
--	--	---

Berdasarkan tabel 4.3 pola aktivitas Ny. Z dan Ny. L sebelum dan selama sakit, Ny. Z dan Ny. L dari mulai masuk rumah sakit sampai pengkajian makan belum makan. Frekuensi minum Ny.Z dari mulai masuk rumah sakit sampai pengkajian minum 1 gelas sedangkan Ny.L dari mulai masuk RS sampai pengkajian minum 2 gelas. Ny.Z BAK terpasang kateter dari mulai masuk rumah sakit sampai dilakukan pengkajian, sedangkan Ny.L BAK menggunakan pampers dari mulai masuk rumah sakit sampai pengkajian. Ny.Z BAB 1x/hari dari mulai masuk rumah sakit sampai dilakukan pengkajian, sedangkan Ny.L belum BAB dari mulai masuk rumah sakit sampai dilakukan pengkajian. Pola istirahat/tidur dari mulai masuk rumah sakit sampai dilakukan pengkajian, Ny.Z tidur  $\pm 4$  jam dan terbangun pukul 04.15 WIB sedangkan Ny. L tidur  $\pm 2$  jam dan terbangun pukul 04.20 WIB. Pola personal hygiene Ny.Z dan Ny.L dari mulai masuk rumah sakit sampai dilakukan pengkajian 1x ganti pakaian, belum ada mandi dan belum ada oral hygiene sedangkan aktivitas/mobilitas fisik Ny. Z dan Ny. L aktivitas dibantu keluarga seperti makan, minum, ganti pakaian dan ke toilet dan gerakkan pasien terbatas.

#### 4.1.4.4 Pemeriksaan Fisik

**Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik pada pasien 1 dan 2**

<b>Pemeriksaan Fisik</b>	<b>Pasien 1</b>	<b>Pasien 2</b>
<b>Keluhan utama</b>	Lemas tangan dan kaki kanan	Lemas tangan dan kaki kanan
<b>Kesadaran</b>	Compos mentis	Compos mentis
<b>Tanda-tanda vital</b>	TD : 172/2100 mmHg Nadi: 86x/menit RR : 21 x/menit Suhu : 36,4 °C	TD : 165/88 mmHg Nadi: 72x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36 °C
<b>Tinggi badan</b>	155 Cm	162 Cm
<b>Berat badan</b>	65 Kg	52 Kg
<b>Kepala</b>	Bentuk kepala mesocephalus, rambut putih beruban, tidak berketombe, kulit kepala bersih dan penyebaran rambut merata, tidak ada edema, tidak ada hematoma, dan struktur wajah bulat.	Bentuk kepala mesocephalus, rambut putih beruban, tidak berketombe, kulit kepala bersih dan penyebaran rambut merata, tidak ada edema, tidak ada hematoma, dan struktur wajah oval.
<b>Mata</b>	Kedua mata pasien masih lengkap dan simetris, palpebra tidak ada pembengkakan, konjungtiva dan sklera tidak anemis serta anikterik, pupil isokor simetris antara kiri dan kanan.	Kedua mata pasien masih lengkap dan simetris, palpebra tidak ada pembengkakan, konjungtiva dan sklera tidak anemis serta anikterik, pupil isokor simetris antara kiri dan kanan.
<b>Hidung</b>	Anatomis, penciuman baik, tidak ada cairan atau darah yang keluar dari hidung, tidak terdapat pernafas cuping hidung.	Anatomis, penciuman baik, tidak ada cairan atau darah yang keluar dari hidung, tidak terdapat pernafas cuping hidung.
<b>Telinga</b>	Bentuk telinga anatomis, simetris kiri dan kanan, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar	Bentuk telinga anatomis, simetris kiri dan kanan, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar

<b>Mulut dan faring</b>	Mukosa bibir lembab dan tidak sianosis, tidak ada peradangan, gigi lengkap tidak menggunakan gigi palsu, lidah bersih, tidak ada pembengkakan.	Mukosa bibir lembab dan tidak sianosis, tidak ada peradangan, gigi lengkap tidak menggunakan gigi palsu, lidah bersih, tidak ada pembengkakan.
<b>Leher</b>	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, denyut nadi karotis teraba jelas, tidak ada pembengkakan pada vena jugularis, dan tidak ada kaku kuduk	Tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid, denyut nadi karotis teraba jelas, tidak ada pembengkakan pada vena jugularis, dan tidak ada kaku kuduk
<b>Integument</b>	Warna kulit sawo matang, kulit bersih, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, dan tidak ada kelainan pada kulit.	Warna kulit sawo matang, kulit bersih, akral teraba hangat, turgor kulit elastis, dan tidak ada kelainan pada kulit.
<b>Payudara</b>	Tidak dilakukan pengkajian	Tidak dilakukan pengkajian
<b>Thoraks Dada</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Inspeksi thoraks <ol style="list-style-type: none"> <li>Bentuk thoraks Normal, simetris antara kiri dan kanan</li> <li>Pernafasan Frekuensi 21x/menit dan irama teratur</li> <li>Tanda kesulitan bernafas Tidak ada tanda kesulitan bernafas</li> </ol> </li> <li>Pemeriksaan paru <ol style="list-style-type: none"> <li>Palpasi getaran suara Vocal premitus antara kanan dan kiri sama</li> <li>perkusi : sonor</li> <li>auskultasi <ul style="list-style-type: none"> <li>suara nafas : Vesikuler</li> <li>suara ucapan : Lemah</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>pemeriksaan jantung <ol style="list-style-type: none"> <li>inspeksi : tidak tampak ictus cordis</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Inspeksi thoraks <ol style="list-style-type: none"> <li>Bentuk thoraks Normal, simetris antara kiri dan kanan</li> <li>Pernafasan Frekuensi 20x/menit dan irama teratur</li> <li>Tanda kesulitan bernafas Tidak ada tanda kesulitan bernafas</li> </ol> </li> <li>Pemeriksaan paru <ol style="list-style-type: none"> <li>Palpasi getaran suara Vocal premitus antara kanan dan kiri sama</li> <li>perkusi : sonor</li> <li>auskultasi <ul style="list-style-type: none"> <li>suara nafas : Vesikuler</li> <li>suara ucapan : Lemah</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>pemeriksaan jantung <ol style="list-style-type: none"> <li>inspeksi : tidak tampak ictus cordis</li> </ol> </li> </ol>

	<div>b) palpasi : ictus cordis teraba</div> <div>c) auskultasi</div> <div><div>- bunyi jantung: S1 dan S2 terdengar, S1 Lup, S2 dup</div><div>- bunyi tambahan : tidak ada suara tambahan</div><div>- murmur : tidak ada</div><div>- frekuensi : 86x/menit</div></div>	<div>b) palpasi : ictus cordis teraba</div> <div>c) auskultasi</div> <div><div>- bunyi jantung: S1 dan S2 terdengar, S1 Lup, S2 dup</div><div>- bunyi tambahan : tidak ada suara tambahan</div><div>- murmur : tidak ada</div><div>- Frekuensi : 72x/menit</div></div>
Abdomen	Inspeksi datar, palpasi nyeri tekan tidak ada, perkusi nyeri tekan tidak ada, suara timpani pada bagian lambung, tidak ada pembesaran hepar dan limpa, tidak ada asites, tidak ada distensi abdomen.	Inspeksi datar, palpasi nyeri tekan tidak ada, perkusi nyeri tekan tidak ada, suara timpani pada bagian lambung, tidak ada pembesaran hepar dan limpa, tidak ada asites, tidak ada distensi abdomen.
Genitalia	Terpasang kateter	Terpasang kateter
Ekstremitas	<div><div>1. ekstremitas atas</div><div>tangan kanan lemah dan kaku tidak bisa digerakkan, kanan kiri bisa digerakkan, simetris kiri dan kanan, edema tidak ada, rentang gerak menurun, tangan kanan terpasang IVFD RL 20 TPM</div><div>2. ekstremitas bawah</div><div>kaki kanan lemah dan kaku tidak bisa digerakkan, kaki kiri bisa digerakkan simetris kiri dan kanan, edema tidak ada, rentang gerak menurun</div><div>3. kekuatan otot</div><div><div><div>4</div><div>2</div></div><div><div>4</div><div>2</div></div></div></div>	<div><div>6. ekstremitas atas</div><div>tangan kanan lemah dan kaku tidak bisa digerakkan, kanan kiri bisa digerakkan, simetris kiri dan kanan, edema tidak ada, rentang gerak menurun,tangan kiri terpasang IVFD RL 20 TPM</div><div>7. ekstremitas bawah</div><div>kaki kanan lemah dan kaku tidak bisa digerakkan, kaki kiri bisa digerakkan simetris kiri dan kanan, edema tidak ada, rentang gerak menurun</div><div>8. kekuatan otot</div><div><div><div>4</div><div>3</div></div><div><div>4</div><div>3</div></div></div></div>

	<p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0. = tidak ada kontraksi otot yang terlihat</li> <li>1. = ada kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan</li> <li>2. = otot dapat berkontraksi, tetapi tidak sepenuhnya menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi</li> <li>3. = otot dapat berkontraksi sepenuhnya dan mampu melawan gravitasi, otot tidak mampu mempertahankan tahanan ringan</li> <li>4. = otot dapat berkontraksi dan memberikan tahanan namun tidak dapat mempertahankan tahanan maksimal</li> <li>5. = otot berfungsi normal dan mempertahankan posisinya Ketika diberi tahanan maksimal</li> </ul>	<p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>0. = tidak ada kontraksi otot yang terlihat</li> <li>1. = ada kontraksi otot, tetapi tidak ada gerakan</li> <li>2. = otot dapat berkontraksi, tetapi tidak sepenuhnya menggerakkan bagian tubuh melawan gravitasi</li> <li>3. = otot dapat berkontraksi sepenuhnya dan mampu melawan gravitasi, otot tidak mampu mempertahankan tahanan ringan</li> <li>4. = otot dapat berkontraksi dan memberikan tahanan namun tidak dapat mempertahankan tahanan maksimal</li> <li>5. = otot berfungsi normal dan mempertahankan posisinya Ketika diberi tahanan maksimal</li> </ul>
<b>Neurologi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran composmentis, GCS: 14, E4 V4 M6</li> <li>2. Meningeal Sign : Tidak dilakukan pemeriksaan</li> <li>3. Status mental : Pasien dalam kondisi yang stabil, orientasi pasien cukup baik, dan keluarga pasien ingin pasien cepat sembuh agar dapat berkumpul dengan keluarga.</li> <li>4. Nervus Cranialis             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nervus olfaktorius/N.I : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan aromaterapi (freshcare).</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran composmentis, GCS : 14, E4 V4 M6</li> <li>2. Meningeal Sign : Tidak dilakukan pemeriksaan</li> <li>3. Status mental : Pasien dalam kondisi yang stabil, orientasi pasien cukup baik, dan keluarga pasien ingin pasien cepat sembuh agar dapat berkumpul dengan keluarga.</li> <li>4. Nervus Cranialis             <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Nervus olfaktorius/N.I : Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan aromaterapi (freshcare).</li> </ul> </li> </ul>



- 
- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>b) Nervous optikus/N.II : Pandangan pasien normal tidak kabur</li> <li>c) Nervous oculomotor/N.III : Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.</li> <li>d) Nervous troklearis/N.IV : Tidak ada gangguan pada pergerakan bola mata</li> <li>e) Nervous trigeminalis / N.V : pasien dapat mengunyah makanan namun lemah</li> <li>f) Nervous abduzens/N.VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping</li> <li>g) Nervous fasialis/N.VII : Bicara pasien pelo dan lemah, pasien sulit berkomunikasi, pasien tampak sulit berbicara dengan kata yang tepat, pasien sulit menyusun kalimat, pasien berbicara dalam kalimat pendek.</li> <li>h) Nervous vestibulokoklear/N.VIII : Tidak ada gangguan pendengaran pada pasien</li> <li>i) Nervous glossofaringeus/N.IX : Pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan.</li> <li>j) Nervous vagus/N.X : pasien dapat menelan saliva dan mampu mengucapkan ah..</li> <li>k) Nervous asesorius spinal/N.XI : Anggota badan pasien pada sisi sebelah kanan susah digerakkan dan pasien mampu mengangkat bahu sebelah kiri</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>b) Nervous optikus/N.II : Pandangan pasien normal tidak kabur</li> <li>c) Nervous oculomotor/N.III : Dilatasi reaksi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya.</li> <li>d) Nervous troklearis/N.IV : Tidak ada gangguan pada pergerakan bola mata</li> <li>e) Nervous trigeminalis / N.V : pasien dapat mengunyah makanan namun lemah</li> <li>f) Nervous abduzens/N.VI : Pasien mampu menggerakkan bola mata ke samping</li> <li>g) Nervous fasialis/N.VII : Bicara pasien pelo dan lemah, pasien sulit berkomunikasi, pasien tampak sulit berbicara dengan kata yang tepat, pasien sulit menyusun kalimat, pasien berbicara dalam kalimat pendek.</li> <li>h) Nervous vestibulokoklear/N.VIII : Tidak ada gangguan pendengaran pada pasien</li> <li>i) Nervous glossofaringeus/N.IX : Pasien tidak mengalami kesulitan dalam menelan.</li> <li>j) Nervous vagus/N.X : pasien dapat menelan saliva dan mampu mengucapkan ah..</li> <li>k) Nervous asesorius spinal/N.XI : Anggota badan pasien pada sisi sebelah kanan susah digerakkan dan pasien mampu mengangkat bahu sebelah kiri</li> </ul> |
|---|---|
-

1) Nervous hipoglosus/ N.XII : pasien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi. 5. Fungsi Motoric : Pasien tidak mampu berjalan, pasien mengalami gangguan pada keseimbangan dan koordinasinya karena hemiparase(kelemahan), dan tidak dilakukan pemeriksaan untuk tes jari hidung, pronasi-supinasi test dan heel to shin test. 6. Fungsi Sensori : Pasien bereaksi saat diberikan sentuhan di area sisi kanan ekstremitas.	1) Nervous hipoglosus/ N.XII : pasien dapat menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi. 5. Fungsi Motoric : Pasien tidak mampu berjalan, pasien mengalami gangguan pada keseimbangan dan koordinasinya karena hemiparase(kelemahan), dan tidak dilakukan pemeriksaan untuk tes jari hidung, pronasi-supinasi test dan heel to shin test. 6. Fungsi Sensori : Pasien bereaksi saat diberikan sentuhan di area sisi kanan ekstremitas.
--	--

Berdasarkan tabel 4.4 hasil pemeriksaan fisik pada Ny. Z dan Ny. L dapat disimpulkan bahwa Ny. Z dan Ny. L dalam keadaan lemah, Ny.Z mempunyai BB 65 kg dan 155 Tb cm. Sedangkan Ny. L mempunyai BB 52 kg dan Tb 162 cm, TTV Ny. Z TD: 172/100 mmHg. Nadi:72 x/menit, RR: 21x/menit, suhu: 36,4 °C Sedangkan TTV Ny.L TD: 165/88 mmHg. Nadi: 72x/menit, RR:20 x/menit, suhu: 36°C. Dari pemeriksaan head to toe yang dikaji dari kedua pasien dapat disimpulkan bahwa keadaan masih baik seperti tidak ada keluhan kelainan pada mata, hidung, mulut dan faring, integument, dada, abdomen namun pada pemeriksaan ekstremitas kedua pasien mengalami kelemahan ekstremitas atas dan bawah sebelah kanan, pada pemeriksaan neurologi Nervous fasialis/N.VII: bicara pasien pelo dan lemah, pasien sulit berkomunikasi, pasien tampak sulit berbicara dengan kata yang tepat, pasien sulit menyusun kalimat, pasien berbicara dalam kalimat pendek, Nervous asesorius spinal/N.XI : Anggota badan pasien pada sisi sebelah kanan susah

digerakkan, fungsi Motorik: Pasien tidak mampu berjalan, pasien mengalami gangguan pada keseimbangan dan koordinasinya karena hemiparase (kelemahan).

#### 4.1.4.5 Hasil Pemeriksaan Penunjang/Diagnostik

Tanggal pemeriksaan laboratorium pasien 1 (Ny. Z) : 02-05-2024/08.59 WIB

Tanggal pemeriksaan laboratorium pasien 2 (Ny. L) : 06-05-2024/09.08 WIB

**Tabel 4.5 Pemeriksaan penunjang pada pasien 1 dan 2**

Jenis pemeriksaan		Pasien 1		Pasien 2			
Tes laboratorium		Konvensional		Konvensional			
Jenis pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Rujukan	Satuan
<b>HEMATOLOGI</b>				<b>HEMATOLOGI</b>			
Hemoglobin	13.6	12.0-16.0	g/dl	Hemoglobin	12.7	12.0-16.0	g/dl
Eritrosit	4.25	4.2-5.4	10 <sup>6</sup> /uL	Eritrosit	4.50	4.2-5.4	10 <sup>6</sup> /uL
Leukosit	8.2	5.0-10.0	10 <sup>3</sup> /uL	Leukosit	7.1	5.0-10.0	10 <sup>3</sup> /uL
Hematokrit	38.1	37-43	%	Hematokrit	39	37-43	%
MCV	80.2	80-100	fL	MCV	87	80-100	fL
MCH	28.6	26-34	Pg	MCH	28	26-34	Pg
MCHC	35.7	32-36	g/dl	MCHC	33	32-36	g/dl
Trombosit	313	150-400	10 <sup>3</sup> /uL	Trombosit	309	150-400	10 <sup>3</sup> /uL
RDW-SD	45.8	37-57	fL	RDW-SD	42.7	37-57	fL

RDW-CV	13.7	11.5-14.5	%	RDW-CV	13.2	11.5-14.5	%
PDW	9.6	9.0-13.0	fL	PDW	9.8	9.0-13.0	fL
MPV	9.1	7.2-11.1	fL	MPV	9.6	7.2-11.1	fL
P-LCR	17.0	15.0-25.0	%	P-LCR	21.1	15.0-25.0	%
PCT	0.28	0.17-0.32	%	PCT	0.30	0.17-0.32	%
<b>KIMIA DARAH</b>				<b>KIMIA DARAH</b>			
Glukosa Sewaktu	101	<180	Mg/dl	Glukosa Sewaktu	96	<180	Mg/dl

### 1) Pemeriksaan EKG

Dari hasil pemeriksaan EKG pada Ny. Z dan NY. L didapatkan hasil EKG sinus rhythm

### 2) Pemeriksaan Thorax AP/PA

Dari hasil pemeriksaan Thorax AP/PA pada Ny. Z dan Ny. L. didapatkan hasil Thorax AP/PA Ny.Z dan Ny.L Foto thorak AP cukup inspirasi, cor membesar ke lateral kiri, klasifikasi aorta (+), sinuses dan diafragma normal, pulmo: hili normal, corakan bronkovaskuler normal, kranialisasi (-)

### 3) CT scan kepala: CT scan kepala tanpa kontras

Dari hasil pemeriksaan CT scan kepala: CT scan kepala tanpa kontras pada Ny. Z dan Ny. L. didapatkan hasil CT scan kepala Ny.Z adalah infark di daerah cortical subcortical lobus temporalis kiri, infark lama di daerah ganglia basalis kiri, sinusitis maksilaris kiri. Sedangkan hasil Ct scan kepala Ny.L adalah infark di daerah critical subcortical lobus temporalis kiri, sinusitis ethmoidalis dan frontalis kanan

#### 4.1.4.6 Terapi

**Tabel 4.6 Terapi pada pasien 1 dan 2**

Pasien 1				Pasien 2			
Nama obat	dosis	Kegunaan	Efek samping	Nama obat	dosis	Kegunaan	Efek samping
Ringer Lactat	20 TPM	Cairan ini diberikan untuk mencegah adanya gangguan elektrolit, cairan ini diberikan melalui infus (IV)	Nyeri dada, detak jantung abnormal, penurunan tekanan darah, kesulitan bernafas, batuk, bersin-bersin, gatal-gatal, dan sakit kepala.	Ringer Lactat	20 TPM	Cairan ini diberikan untuk mencegah adanya gangguan elektrolit, cairan ini diberikan melalui infus (IV)	Nyeri dada, detak jantung abnormal, penurunan tekanan darah, kesulitan bernafas, batuk, bersin-bersin, gatal-gatal, dan sakit kepala.
Zyfort	1x1	Meringankan peradangan pada saraf	Mual, pusing, alergi	Naurobion drip	1 ampul	Mencegah dan mengatasi gejala akibat gangguan saraf (neuropati) akibat kekurangan vitamin B1, B6, dan B12	Mual atau muntah, diare, buang air kecil menjadi lebih sering, kerusakan saraf
Citicoline	2x 500 mg	Melindungi dan mempertahankan fungsi otak serta mengatasi fungsi otak serta mengatasi masalah degenerasi neurologis	Mual, kemerahan pada kulit, sakit kepala dan pusing, sakit pada perut, insomnia, kejang, mual dan muntah, perubahan	Citicoline	2x500 mg	Melindungi dan mempertahankan fungsi otak serta mengatasi fungsi otak serta mengatasi masalah	Mual, kemerahan pada kulit, sakit kepala dan pusing, sakit pada perut, insomnia, kejang, mual dan muntah, perubahan

			(perubahan saraf) melalui perlindungan saraf pada penyakit mata.	tekanan darah sementara.			degenerasi neurologis (perubahan saraf) melalui perlindungan saraf pada penyakit mata.	tekanan darah sementara.
Amlodipine	1x mg	10	Menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Kantuk, pusing, Lelah, sakit perut, mual, kulit wajah atau leher memerah	Amlodipine	1x10 mg	Menurunkan tekanan darah pada hipertensi	Kantuk, pusing, Lelah, sakit perut, mual, kulit wajah atau leher memerah
Candesartan	1x mg	16	Mengobati tekanan darah tinggi dan gagal jantung	Sakit punggung, pusing, dan gejala mirip pilek atau flu seperti sakit tenggorokan dan hidung tersumbat	Candesartan	1x10 mg	Mengobati tekanan darah tinggi dan gagal jantung	Sakit punggung, pusing, dan gejala mirip pilek atau flu seperti sakit tenggorokan dan hidung tersumbat
Clonidine	3x1		Menurunkan tekanan darah tinggi (hipertensi)	Kantuk, sakit kepala atau pusing, mulut kering, sembelit, mual atau muntah, hilang nafsu makan, kelelahan, mudah tersinggung, insomnia, lemas atau lesu,	Clonidine	3x1	Menurunkan tekanan darah tinggi (hipertensi)	Kantuk, sakit kepala atau pusing, mulut kering, sembelit, mual atau muntah, hilang nafsu makan, kelelahan, mudah tersinggung, insomnia, lemas atau lesu,

			penurunan seksual	gairah				penurunan seksual	gairah
Clopidogrel	1x75 mg	Membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah, serta mencegah pembekuan darah pada pascastroke	Dyspepsia, muntah, pendarahan saluran cerna, pendarahan lain seperti mimisan, diare, anemia, sakit kepala dan pusing, ruam, gatal, dan biduran		Clopidogrel	1x75 mg	Membantu mencegah serangan jantung dan stroke pada pasien dengan penyakit jantung, stroke, atau penyakit sirkulasi darah, serta mencegah pembekuan darah pada pascastroke	Dyspepsia, muntah, pendarahan saluran cerna, pendarahan lain seperti mimisan, diare, anemia, sakit kepala dan pusing, ruam, gatal, dan biduran	

#### 4.1.4.7 Analisa Data

**Tabel 4.7 Analisa Data pada pasien 1 dan 2**

No	Pasien 1			Pasien 2		
	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan	Data	Etiologi	Masalah keperawatan
1	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien sangat lemah - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit stroke 3 tahun lalu, hipertensi dan kolestrol  DO: - Pasien tampak terlihat lemah - Pasien tampak pucat TTV - TD : 172/100 mmHg - Nadi: 86x/menit - RR : 21 x/menit	Terbentuknya thrombus dan emboli (adanya penyakit penyerta: hipertensi) ↓ Penyumbatan pembuluh darah diotak ↓ Suplai oksigen diotak menurun ↓ Berkurangnya aliran darah pada otak ↓	Risiko perfusi serebral tidak efektif	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien sangat lemah - Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit stroke ringan ± 4 tahun lalu dan hipertensi.  DO: - Pasien tampak terlihat lemah - Pasien tampak pucat TTV - TD : 165/88 mmHg - Nadi: 72x/menit - RR : 20 x/menit - Suhu : 36 °C	Terbentuknya thrombus dan emboli (adanya penyakit penyerta: hipertensi) ↓ Penyumbatan pembuluh darah diotak ↓ Suplai oksigen diotak menurun ↓ Berkurangnya aliran darah pada otak ↓	Risiko perfusi serebral tidak efektif



- Suhu : 36,4 °C		Berkurangnya aliran darah pada arteri serebral		Berkurangnya aliran darah pada arteri serebral	
		↓		↓	
		risiko perfusi serebral tidak efektif		risiko perfusi serebral tidak efektif	
2	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan  DO: - Tangan kanan pasien tampak kaku - Kekuatan otot ekstremitas pasien menurun - Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat	Berkurangnya aliran darah pada arteri serebral ↓ kerusakan neuromuskular ↓ hemiparesis, hemiplegia ↓ gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik	DS: - Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan  DO: - Tangan kanan pasien tampak kaku - Kekuatan otot ekstremitas pasien menurun - Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit dan mampu mengangkat	Berkurangnya aliran darah pada arteri serebral ↓ kerusakan neuromuskular ↓ hemiparesis, hemiplegia ↓ gangguan mobilitas fisik

---

tangannya melawan gravitasi (2)	perlahan melawan gravitasi (3)
- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)	- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat kakinya melawan gravitasi (2)	- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan mampu mengangkat perlahan melawan gravitasi (3)
- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)	- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
- Rentang gerak (ROM) menurun	- Rentang gerak (ROM) menurun
- Pasien tampak lemah	- Pasien tampak lemah
	- Gerakan pasien tampak terbatas

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gerakan pasien tampak terbatas</li> </ul>							
TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 172/100 mmHg</li> <li>- Nadi: 86x/menit</li> <li>- RR : 21 x/menit</li> <li>- Suhu : 36,4 °C</li> </ul>				TTV <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 165/88 mmHg</li> <li>- Nadi: 72x/menit</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- Suhu : 36 °C</li> </ul>			
3	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berbicara dengan pelo</li> <li>- Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>- Pasien tampak sulit menyusun kalimat</li> </ul>	Berkurangnya aliran darah pada arteri serebral ↓ Gangguan di brocea area ↓ Disatria, afasia ↓ Gangguan komunikasi verbal	Gangguan komunikasi verbal	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas</li> </ul> DO: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak berbicara dengan pelo</li> <li>- Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>- Pasien tampak sulit menyusun kalimat</li> </ul>	Berkurangnya aliran darah pada arteri serebral ↓ Gangguan di brocea area ↓ Disatria, afasia ↓ Gangguan komunikasi verbal	Gangguan komunikasi verbal	

- Pasien berbicara dalam kalimat pendek
- Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata
- Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat

TTV

- TD : 172/100 mmHg
- Nadi: 86x/menit
- RR : 21 x/menit
- Suhu : 36,4 °C

- Pasien berbicara dalam kalimat pendek
- Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata
- Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat

TTV

- TD : 165/88 mmHg
- Nadi: 72x/menit
- RR : 20 x/menit
- Suhu : 36 °C

#### 4.1.4.8 Prioritas Diagnosa Keperawatan

#### 4.8 Prioritas diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan 2

No	Diagnosa Keperawatan
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
3.	Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular

#### 4.1.4.9 Intervensi Keperawatan

#### 4.9 Intervensi keperawatan pada pasien 1 dan 2

Diagnosis keperawatan	Tujuan dan kriteria hasil	Intervensi	Rasional
<b>Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil: 1. Kognitif meningkat (5) 2. Tekanan intra kranial menurun (5) 3. Nilai rata-rata tekanan darah membaik (5) 4. Tekanan darah sistolik membaik (5) 5. Tekanan darah diastolic membaik (5) 6. Refleks saraf membaik (5)	<b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</b> <b>Tindakan</b> Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Observasi 1. Mengetahui penyebab adanya peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Mengetahui adanya tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Mengetahui status pernafasan 4. Mengetahui intake dan output cairan Terapeutik 1. Memberikan rasa nyaman dan tenang pada lingkungan pasien 2. Memberikan posisi nyaman pada pasien 3. Mempertahankan suhu tubuh pasien

		2. Berikan posisi semi Fowler 3. Pertahankan suhu tubuh normal		
<b>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular</b>	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, gangguan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :	<b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b>	Observasi	
	1) Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2) Kekuatan otot meningkat (5) 3) Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4) Kaku sendi menurun (5) 5) Gerakan tidak terkoordinasi (5) 6) Gerakan terbatas menurun (5) 7) Kelemahan fisik menurun (5)	Tindakan Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	1. Mengetahui adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengetahui adanya toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Mengetahui kondisi umum yang mempengaruhi selama melakukan mobilisasi	
		Terapeutik 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Terapeutik 1. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) 2. memfasilitasi melakukan pergerakan 3. meningkatkan pengetahuan dan memberi waktu antara pasien dan keluarga dalam meningkatkan pergerakan	

		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk di tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>	<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengetahui tujuan dan prosedur dari mobilisasi</li> <li>2. Pasien mengetahui Tindakan mobilisasi dini</li> <li>3. Pasien mengetahui gerakan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</li> </ol>
<p><b>Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular</b></p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, gangguan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan bicara meningkat (5)</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat (5)</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat (5)</li> <li>4. Kontak mata meningkat (5)</li> <li>5. Afasia menurun (5)</li> <li>6. Disfasia menurun (5)</li> <li>7. Apraksia menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Promosi komunikasi defisit bicara (I.13492)</b></p> <p><b>Tindakan</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gunakan metode komunikasi alternatif</li> <li>2. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> <li>3. Modifikasi lingkungan untuk</li> </ol>	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> <li>3. Mengetahui keadaan frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>4. Mengetahui adanya perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan proses komunikasi</li> </ol>

8. Disleksia menurun (5)	meminimalkan bantuan	2. Menyampaikan informasi dengan gaya komunikasi dengan kebutuhan
9. Disatria menurun (5)	4. Ulangi apa yang disampaikan pasien	3. Menciptakan lingkungan yang aman dan kondusif
10. Afonia menurun (5)	5. Berikan dukungan psikologis	4. Mengkonfirmasi kembali informasi yang disampaikan
11. Dislalia menurun (5)	6. Gunakan juru bicara, jika perlu	5. Menimbulkan sisi positif dan meningkatkan kemampuan psikologis pasien
12. Pelo menurun (5)	Edukasi	6. Mempermudah dalam berkomunikasi
13. Gagap menurun (5)		Edukasi
14. Respons perilaku membaik (5)	1. Anjurkan berbicara perlahan	1. Pasien mampu memulai berbicara perlahan
15. Pemahaman komunikasi membaik (5)	2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara	2. Pasien dan keluarga mengetahui proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
	Kolaborasi	Kolaborasi
	1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis	1. Penanganan tindak lanjutan



#### 4.1.4.10 Implementasi Keperawatan

Nama : Ny. Z  
 Nomor Rekam medis : 172485

**Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan pada pasien 1 dan 2**

Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Implementasi (pukul)	TTD	Evaluasi (pukul)
Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi	02 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>  09.10 WIB 1. mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK R/ pasien tampak lemah  09.12 WIB 2. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 172/100 mmHg  09.16 WIB 3. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 21x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas	<i>7</i>	Pukul: 14.00 WIB  S: Keluarga pasien mengatakan pasien sangat lemah, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di diagnosa oleh dokter mengalami penyakit stroke, keluarga pasien mengatakan dari masuk RS sampai pengkajian pasien minum 2 gelas dan makan tidak habis, keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat stroke 3 tahun lalu, hipertensi dan kolestrol.  O: pasien tampak lemah TTV: TD : 172/100 mmHg Nadi: 86x/menit RR : 21 x/menit

			09.18 WIB	Suhu : 36,4 °C
			4. Memonitor intake dan output cairan R/keluarga pasien mengatakan dari masuk RS sampai pengkajian pasien minum 2 gelas dan makan tidak habis	A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi  P:Lanjutkan intervensi
			09.20 WIB	
			5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang	
			09.13 WIB	
			6. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh 36,6 °C	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	02 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	09.14 WIB	Pukul : 14.00 WIB
			1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R/ Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan	S: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dikarenakan kaku O: - Tangan kanan pasien tampak kaku

kaki sebelah kanan dikarenakan kaku	- Kekuatan otot ekstremitas pasien menurun
09.16 WIB	- Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat tangannya melawan gravitasi (2)
1. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R/ pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas atas bawah sebelah kanan,ekstremitas pasien tampak lemah	- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak sapat sepenuhnya melawan topangan (4)
09.17 WIB	- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat kakinya melawan gravitasi (2)
2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan	- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak sepenuhnya melawan topangan (4)
09. 20 WIB	- Rentang gerak (ROM) menurun
3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) R/ tempat tidur pasien terpasang pagar	- Pasien tampak lemah
09.25 WIB	- Gerakan pasien tampak terbatas

- 
4. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola)  
 R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, namun masih dibantu secara sepenuhnya.

09.27 WIB

5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  
 R/ keluarga pasien bersedia membantu pasien untuk melakukan pergerakan

09.43 WIB

6. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mengganti baju)  
 R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien
- 

TTV

TD : 172/100 mmHg

Nadi: 86x/menit

RR : 21 x/menit


Suhu : 36,4 °C

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

09.44 WIB			
7. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan R/ keluarga pasien mengatakan mulai mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur			
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	02 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	Pukul : 14.00 WIB
		09.10 WIB	S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas
		1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara R/ pasien tampak lemah, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas, pasien tampak berbicara dengan pelo, pasien berbicara dengan kalimat pendek	O: - Pasien tampak berbicara dengan pelo - Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi - Pasien tampak sulit menyusun kalimat - Pasien berbicara dalam kalimat pendek - Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata
		09.11 WIB	
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	

	R/pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata, pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi	- Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat
09.13 WIB	3. mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi R/pasien menggelengkan kepala dan mengangguk sebagai bentuk komunikasi ya atau tidak	TTV TD : 172/100 mmHg Nadi: 86x/menit RR : 21 x/menit Suhu : 36,4 °C  A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
09.15 WIB	4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	P: intervensi dilanjutkan

Risiko Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi	Perfusi	02 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>		Pukul : 21.00 WIB
			14.30 WIB		S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah
			1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 175/100 mmHg		O: pasien tampak lemah, tekanan darah meningkat TTV TD: 175/100 mmHg RR: 21x/menit Nadi: 89x/menit Suhu: 36,6 °C
			14.35 WIB		A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
			2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 21x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas		P: intervensi dilanjutkan
			14.36 WIB		
			3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 4 gelas kecil, makan 2 kali tidak habis, pasien sudah bab 1 kali, terpasang kateter 200 ml dari terakhir pembuangan pukul 12.47 WIB		
			14.40 WIB		

		<p>4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang</p> <p>14.41 WIB</p> <p>5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh 36,6 °C</p> <p>16.00 WIB</p> <p>6. Memberikan obat clonidine R/keluarga pasien menerima obat</p>	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	2 Mei 2024	<p><b>Dinas Siang</b></p> <p>14.30 WIB</p> <p>1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 175/100 mmHg</p> <p>14.37 WIB</p> <p>2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif</p>	<p>Pukul: 21.00 WIB</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dikarenakan kaku</p> <p>O: - Tangan kanan pasien tampak kaku - Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat tangannya melawan gravitasi (2)</p>



## 14.38 WIB

3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi  
R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan

## 14.39 WIB

4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)  
R/ tempat tidur pasien terpasang pagar

## 14.40 WIB

5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola)  
R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan,

- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat kakinya melawan gravitasi (2)
- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
- Rentang gerak (ROM) menurun
- Pasien tampak lemah
- Gerakan pasien tampak terbatas
- Pasien tampak kooperatif mengikuti peregangan
- Tangan kiri pasien mencoba membantu tangan kanan pasien untuk menggenggam


TTV

TD: 175/100 mmHg

---

namun masih dibantu secara sepenuhnya.	RR: 21x/menit Nadi: 89x/menit Suhu: 36,6 °C
14.45 WIB	
6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
R/ keluarga pasien mengatakan bahwa pasien bisa berkali-kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga.	P: lanjutkan intervensi
14.50 WIB	
7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien berganti posisi)	
R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien	
15.50 WIB	
8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
R/ keluarga pasien mengatakan mulai mencoba	

---

		untuk membantu pasien duduk ditempat tidur		
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	02 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b> 14.30 WIB		Pukul: 21.00 WIB
		1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara R/ pasien tampak lemah, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas, pasien tampak berbicara dengan pelo, pasien berbicara dengan kalimat pendek		S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas
		14.33 WIB		O: - Pasien tampak berbicara dengan pelo - Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi - Pasien tampak sulit menyusun kalimat - Pasien berbicara dalam kalimat pendek - Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata - Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat - Pasien menggunakan bahasa isyarat seperti anggukan kepala
		14.37 WIB		TTV
		3. mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai		TD: 175/100 mmHg RR: 21x/menit

			bentuk komunikasi R/pasien menggelengkan kepala dan mengangguk sebagai bentuk komunikasi ya atau tidak 14.30 WIB 5. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	Nadi: 89x/menit Suhu: 36,6 °C  A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan
Risiko Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi	Perfusi dengan	02 Mei 2024  Dinas Malam	21.30 WIB 1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 170/100 mmHg 21.37 WIB 2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 21x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas	Pukul: 07.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah  O: pasien tampak lemah TTV TD: 170/100 mmHg RR: 21x/menit Nadi: 91x/menit Suhu: 36,8 °C  A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

---

P: intervensi dilanjutkan

21.39 WIB

3. Memonitor intake dan output cairan  
R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 3 gelas kecil, makan 1 kali tidak habis, pasien sudah bab 1 kali, terpasang kateter 150 ml

21.43 WIB

4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang  
R/ pasien tampak tenang

21.44 WIB

5. Mempertahankan suhu tubuh normal  
R/ suhu tubuh 36,6 °C

22.00 WIB

6. Memberikan obat clonidine  
R/ keluarga pasien menerima obat
-

Gangguan mobilitas 2 Mei 2024  
fisik b.d gangguan  
neuromuscular

### Dinas Malam

21.30 WIB

1. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi  
R/ tekanan darah 170/100 mmHg

21.33 WIB

2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi  
R/ pasien tampak kooperatif

21.35 WIB

3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)  
R/ tempat tidur pasien terpasang pagar

21.40 WIB

4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  
R/ keluarga pasien mengatakan bahwa pasien

Pukul: 07 WIB

S: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dikarenakan kaku

O: - Tangan kanan pasien tampak kaku

- Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat tangannya melawan gravitasi (2)

- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)

- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit namun pasien tidak dapat mengangkat kakinya melawan gravitasi (2)

- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)

	sangat membutuhkan bantuan sepenuhnya	- Rentang gerak (ROM) menurun
21.43 WIB		- Pasien tampak lemah
5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mencari posisi ternyaman untuk istirahat)		- Gerakan pasien tampak terbatas
R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien		TTV
21.55 WIB		TD: 170/100 mmHg
6. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan		RR: 21x/menit
R/ keluarga pasien mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur sebagai upaya mencari posisi ternyaman untuk tidur.		Nadi: 91x/menit
22.00 WIB		Suhu: 36,8 °C
7. Memberikan obat clonidine		A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
R/keluarga pasien menerima obat		P: lanjutkan intervensi

Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	02 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>	<p>Pukul: 07.00 WIB</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas</p> <p>O: - Pasien tampak berbicara dengan pelo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>- Pasien tampak sulit menyusun kalimat</li> <li>- Pasien berbicara dalam kalimat pendek</li> <li>- Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata</li> <li>- Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat</li> </ul> <p>TTV</p> <p>TD: 170/100 mmHg</p> <p>RR: 21x/menit</p> <p>Nadi: 91x/menit</p> <p>Suhu: 36,8 °C</p> <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p>
		21.30 WIB	<p>1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>R/ pasien tampak lemah, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas, pasien tampak berbicara dengan pelo, pasien berbicara dengan kalimat pendek</p>
		21.35 WIB	<p>2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>R/pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata, pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</p>
		21.38 WIB	<p>3. mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p>



		R/pasien menggelengkan kepala dan mengangguk sebagai bentuk komunikasi ya atau tidak	P: Intervensi dilanjutkan
		21.30 WIB	
		6. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	
		R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan hipertensi	03 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	Pukul: 14.00 WIB
		08.15 WIB	S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah
		1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	O: pasien tampak lemah
		R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 172/90 mmHg	TTV
		08.16 WIB	TD: 172/90 mmHg
		2. Memonitor status pernafasan	RR: 20x/menit
		R/ RR pasien 20x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas	Nadi: 90x/menit
			Suhu: 36, 8°C
			A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi

			08.18 WIB	
			3. Memonitor intake dan output cairan	P: intervensi dilanjutkan
			R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 4 gelas kecil, makan 1 kali tidak habis, pasien sudah bab 1 kali, terpasang kateter 350 ml	
			08.20 WIB	
			4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	
			R/ pasien tampak tenang	
			08.17 WIB	
			5. Mempertahankan suhu tubuh normal	
			R/ suhu tubuh 36,8 °C	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	03 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	08.15 WIB	Pukul: 14.00 WIB
			1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	S:
			R/ tekanan darah 171/90 mmHg	- keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan

08.17 WIB		menggenggam bola
2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi		didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang.
R/ pasien tampak kooperatif		
08.23 WIB		O:
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		- pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,
R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan		- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan,
08.30 WIB		- pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya,
4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)		
R/ tempat tidur pasien terpasang pagar		
08.45 WIB		
5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola)		
R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi,		

abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya

08. 47 WIB

6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang.

09.05 WIB

7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mengganti baju)

- keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien untuk miring kanan dan miring kiri,
- kekuatan otot pasien (tangan kanan 2, tangan kiri 4, kaki kanan 2, dan kaki kiri 4)
- Gerakan pasien masih terbatas

TTV

TD: 172/90 mmHg

RR: 20x/menit

Nadi: 90x/menit

Suhu: 36, 8°C

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

		R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien	
		09.07 WIB	
		8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
		R/ keluarga pasien mengatakan mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	03 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	Pukul: 14.00 WIB
		08.15 WIB	S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan
		1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara	
		R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan	O:
		08.16 WIB	- pasien masih tampak lemah, pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat,
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	- pasien memahami informasi yang diulangi, pasien mengikuti arahan yang diberikan

R/ klien masih belum mampu untuk mengatur kata kata yang tepat	- pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi
08.17 WIB	
3. Menggunakan metode komunikasi alternatif	
R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	TTV TD: 172/90 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 90x/menit Suhu: 36, 8°C
08.15 WIB	
4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	P: intervensi dilanjutkan
08. 17 WIB	
5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	
R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien	
08. 16 WIB	

- 
6. mengulangi apa yang disampaikan pasien  
R/ pasien menganggukkan kepala ketika informasi yang disampaikan diulangi

08.20 WIB

7. memberikan dukungan psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti sesuai informasi yang diberikan

08.22 WIB

8. Menganjurkan berbicara perlahan  
R/ pasien berbicara dengan perlahan dan berbicara satu kalimat penting

08. 23 WIB

9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara  
R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses
-

			komunikasi alternatif dilakukan dengan baik	
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	03 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>		Pukul: 21.00 WIB
		14. 50 WIB		S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah
		1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 174/93 mmHg		O: pasien tampak lemah, tekanan darah meningkat TTV TD: 174/93 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 88x/menit Suhu: 37,1°C
		14.52 WIB		
		2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas		A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
		14.57 WIB		P: intervensi dilanjutkan
		3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 4 gelas kecil, makan 1 kali habis, pasien sudah bab 1 kali,terpasang kateter 200 ml dari terakhir pembuangan pukul 10.57 WIB		



			<p>15.00 WIB</p> <p>4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang</p> <p>14. 54 WIB</p> <p>5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh 37, 1 °C</p> <p>16.00 WIB</p> <p>6. Memberikan obat clonidine R/ keluarga pasien menerima obat</p>	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	03 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>	<p>14.50 WIB</p> <p>1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 174/93 mmHg</p> <p>14.57 WIB</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p>	<p>Pukul: 21.00 WIB</p> <p>S:</p> <p>- keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregang dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku</p>

R/ pasien tampak kooperatif	pada ekstremitasnya
14.58 WIB	berkurang.
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (mengulangi penjelasan untuk melihat pemahaman pasien dan keluarga)	O:
R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan	- pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,
14. 59 WIB	- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan,
4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)	- pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya,
R/ tempat tidur pasien terpasang pagar	- -keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien
15.03 WIB	
5. Memfasilitasi melakukan pergerakan	
R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan	

menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya

15.07 WIB

6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang

15.30 WIB

7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien

untuk miring kanan dan miring kiri,

- -kekuatan otot pasien (tangan kanan 2, tangan kiri 4, kaki kanan 2, dan kaki kiri 4)
- Gerakan pasien masih terbatas

TTV

TD: 174/93 mmHg


RR: 20x/menit

Nadi: 88x/menit

Suhu: 37,1°C

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

		15.35 WIB		
		8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan		
		R/ keluarga pasien mengatakan sudah membantu pasien duduk ditempat tidur		
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	03 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>	Pukul: 21.00 WIB	
		14. 50 WIB	S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan	
		1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara		
		R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan		
		14. 52 WIB	O:	
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien masih tampak lemah, pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat,</li> <li>- pasien memahami informasi yang diulangi, pasien mengikuti arahan yang diberikan</li> <li>- pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi</li> </ul>	
		R/ klien masih belum mampu untuk mengatur kata kata yang tepat		
		14.53 WIB		

- 
3. Menggunakan metode komunikasi alternatif  
R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas

TTV

TD: 174/93 mmHg

RR: 20x/menit

Nadi: 88x/menit

Suhu: 37,1°C

14.55 WIB

4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan  
R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas

A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

14.57 WIB

5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan  
R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien

15.00 WIB

6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien  
R/ pasien menganggukkan kepala ketika informasi
-

---

yang disampaikan diulangi

15.01 WIB

7. Memberikan dukungan psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti sesuai informasi yang diberikan

15.05 WIB

8. Mengajarkan berbicara perlahan  
R/ pasien berbicara dengan perlahan dan berbicara satu kalimat penting

15.07 WIB

9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara  
R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses komunikasi alternatif dilakukan dengan baik
-

Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	03 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>		Pukul: 07.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah  O: pasien tampak lemah TTV TD: 168/91 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 90x/menit Suhu: 37,1°C A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan
		21.15 WIB	1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 168/91 mmHg	
		21.17 WIB	2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas	
		21.20 WIB	3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 3 gelas kecil, makan 1 kali tidak habis, pasien sudah bab 1 kali, terpasang kateter 270 ml	
		21.25 WIB	4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	

		R/ pasien tampak tenang	
		21.18 WIB	
		5. Mempertahankan suhu tubuh normal	
		R/ suhu tubuh 37,1 °C	
		22.00 WIB	
		6. Memberikan obat clonidine	
		R/Keluarga pasien menerima obat	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	03 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>	Pukul: 07.00 WIB
		21.15 WIB	S: - keluarga pasien mengatakan gerakan pasien masih terbatas, pasien masih membutuhkan bantuan sepenuhnya.
		1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	
		R/ tekanan darah 168/93 mmHg	O: - Pasien tampak lemah
		21. 17 WIB	- Gerakan pasien tampak terbatas
		2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	- Tampak keluarga pasien membantu pasien untuk berganti posisi
		R/ pasien tampak kooperatif	
		21. 18 WIB	TTV
		3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)	TD: 170/100 mmHg
			RR: 21x/menit
			Nadi: 91x/menit



		R/ tempat tidur pasien terpasang pagar	Suhu: 36,8 °C
		21.20 WIB	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
		4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	P: lanjutkan intervensi
		R/ keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih butuh bantuan untuk melakukan pergerakan	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	03 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b> 21.15 WIB	Pukul: 07.00 WIB
		1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara	S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan
		R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan	O:
		21.16 WIB	- pasien masih tampak lemah, pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat,
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	- pasien memahami informasi yang diulangi
		R/ klien masih belum	- pasien mengikuti arahan yang diberikan, pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi

	mampu untuk mengatur kata kata yang tepat	antara kondisinya dengan cara berkomunikasi
21.17	WIB	TTV
3.	Menggunakan metode komunikasi alternatif	TD: 170/100 mmHg
R/	pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	RR: 21x/menit
		Nadi: 91x/menit
		Suhu: 36, 8 °C
21.18	WIB	A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
4.	Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	P: intervensi dilanjutkan
R/	pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	
21.20	WIB	
5.	Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	
R/	keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien	
21.21	WIB	
6.	Mengulangi apa yang	

---

disampaikan pasien  
R/ pasien menganggukkan  
kepala ketika informasi  
yang disampaikan diulangi

21.22 WIB

7. Memberikan dukungan  
psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti  
sesuai informasi yang  
diberikan

21.23 WIB

8. Mengajarkan berbicara  
perlahan  
R/ pasien berbicara dengan  
perlahan dan berbicara satu  
kalimat penting

21.25 WIB

9. Mengajarkan pasien dan  
keluarga proses kognitif,  
anatomis, dan fisiologis  
yang berhubungan dengan  
kemampuan bicara  
R/ keluarga pasien  
memahami kondisi pasien  
sehingga proses  
komunikasi alternatif
-

dilakukan dengan baik			
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	04 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	Pukul: 14.00 WIB
		07.15 WIB	S: keluarga pasien mengatakan lemas pasien mulai berkurang
		1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK. R/ lemas pasien tampak berkurang	O: pasien mulai menunjukkan adanya tenaga, tekanan darah menurun
		07.16 WIB	TTV
		2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit	TD: 168/93 mmHg
		07.20 WIB	RR: 20x/menit
		3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak menghabiskan makanan nya dan minum $\pm$ 5 gelas kecil, pasien bab 2 kali dan urine bag sebanyak 100 ml (baru dibuang)	Nadi: 87x/menit
		07.23 WIB	Suhu: 36,8°C
		4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
			P: intervensi dilanjutkan

			R/ pasien tampak tenang dengan lingkungannya	
		07. 18 WIB	5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh pasien 36,8°C	
		08.00 WIB	6. Memberikan obat citicoline 500 mg, amlodipine 10 mg, candesartan 16 mg, clonidine, clopidrogel 75 mg R/pasien menerima obat	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	04 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>		Pukul: 14.00 WIB
		07.15 WIB	1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 168/93 mmHg	S: keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kiri O: - pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan, - keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti
		07. 16 WIB	2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif	

## 07.25 WIB

3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi  
R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan

## 07.27 WIB

4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)  
R/ tempat tidur pasien terpasang pagar

## 07.30 WIB

5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola)  
R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu

peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,

- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, sesuai dengan kemampuannya,
- keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien untuk miring kanan dan miring kiri,
- tangan kiri klien sudah dapat digerakkan dan pasien mulai bisa mengangkat perlahan tangan (3)
- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak sapat sepenuhnya melawan topangan (4)
- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan dapat diangkat perlahan (3)
- Pasien dapat mengangkat kaki kirinya namun tidak sepenuhnya melawan topangan (4)

<p>tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya</p>	<p>TTV TD: 168/93 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 87x/menit Suhu: 36,8°C</p>
<p>07. 33 WIB</p> <p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kanan.</p>	<p>A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>
<p>07. 45 WIB</p> <p>7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mengganti baju)</p>	

		R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien	
		07. 47 WIB	
		8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
		R/ keluarga pasien mengatakan membantu pasien duduk ditempat tidur	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	04 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b> 07.15 WIB	Pukul: 14.00 WIB
		1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara	S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan
		R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan	O:
		07.10 WIB	- pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat,
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	- pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan,
		R/ pasien sudah dapat menempatkan kata kata	- pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan



	sesuai dengan apa yang ingin disampaikan	- pasien mengikuti arahan yang diberikan, pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi
07.18 WIB	3. Menggunakan metode komunikasi alternatif R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	TTV TD: 168/93 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 87x/menit Suhu: 36,8°C
07.20 WIB	4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan
07.25 WIB	5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien	
07.26 WIB	6. Mengulangi apa yang	

---

disampaikan pasien  
R/ pasien mulai memahami  
informasi yang  
disampaikan tanpa  
pengulangan

07.27 WIB

7. Memberikan dukungan  
psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti  
sesuai informasi yang  
diberikan

07.28 WIB

8. Mengajarkan berbicara  
perlahan  
R/ pasien berbicara dengan  
perlahan dan berbicara satu  
kalimat penting

07.30 WIB

9. Mengajarkan pasien dan  
keluarga proses kognitif,  
anatomis, dan fisiologis  
yang berhubungan dengan  
kemampuan bicara  
R/ keluarga pasien  
memahami kondisi pasien  
sehingga proses
-

			komunikasi alternatif dilakukan dengan baik	
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	04 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>		Pukul: 21 WIB
		14.25 WIB	1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK. R/ lemas pasien tampak berkurang	S: keluarga pasien mengatakan lemas pasien mulai bekurang
		14.26 WIB	2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit	O: pasien mulai menunjukkan adanya tenaga, tekanan darah menurun TTV TD: 165/90 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 89x/menit Suhu: 36,9°C
		14.30 WIB	3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak menghabiskan makanan nya dan minum $\pm$ 3 gelas kecil, pasien bab 2 kali pagi tadi dan urine bag sebanyak 170 ml	A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi  P: intervensi dilanjutkan

				14. 33 WIB
				4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang dengan lingkungannya
				14.28 WIB
				5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh pasien 36,9°C
				16.00 WIB
				6. Memberikan obat clonidine R/pasien menerima obat
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	04 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>		
			14.25 WIB	
			1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 165/90 mmHg	
				Pukul: 21.00 WIB
				S: keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kiri
				O:
				- pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan,

<p>14.26 WIB</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,</li> <li>- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, sesuai dengan kemampuannya,</li> <li>- keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien untuk miring kanan dan miring kiri,</li> <li>- tangan kiri klien sudah dapat digerakkan dan pasien mulai bisa mengangkat perlahan tangan (3)</li> <li>- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak sapat sepenuhnya melawan topangan (4)</li> <li>- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan dapat diangkat perlahan (3)</li> <li>- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak</li> </ul>
<p>14.35 WIB</p> <p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan</p>		
<p>14.37 WIB</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) R/ tempat tidur pasien terpasang pagar</p>		
<p>14.40 WIB</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola) R/ pasien mengikuti pergerakan seperti</p>		

	<p>peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya</p> <p>14.43 WIB</p> <p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat</p>	<p>sepenuhnya melawan topangan (4)</p> <p>TTV          TD: 165/90 mmHg          RR: 20x/menit          Nadi: 89x/menit          Suhu: 36,9°C</p> <p>A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>	
--	---	---	--

			<p>menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kanan.</p> <p>14.50 WIB</p> <p>7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mencari posisi yang nyaman)</p> <p>R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien</p> <p>14.52 WIB</p> <p>8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>R/ keluarga pasien mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur</p>	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	04 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>	<p>14.25 WIB</p> <p>1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan</p>	<p>Pukul: 21.00 WIB</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat,</li> </ul>

yang diberikan	
14.26 WIB	
2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara R/ pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan,</li> <li>- pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan</li> <li>- pasien mengikuti arahan yang diberikan</li> <li>- pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi</li> </ul>
14.27 WIB	
3. Menggunakan metode komunikasi alternatif R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	
14.28 WIB	
4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	TTV TD: 165/90 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 89x/menit Suhu: 36,9°C  A: masalah gangguan komunikasi verbal tidak teratasi  P: intervensi dilanjutkan



---

14.30 WIB

5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan  
R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien

14.32 WIB

6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien  
R/ pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan

14.33 WIB

7. Memberikan dukungan psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti sesuai informasi yang diberikan

14.35 WIB

8. Menganjurkan berbicara perlahan  
R/ pasien berbicara dengan perlahan dan berbicara satu kalimat penting
-

14.37 WIB			
9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses komunikasi alternatif dilakukan dengan baik			
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	04 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b> 21. 05 WIB 1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK. R/ lemas pasien tampak berkurang 21. 07 WIB 2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit 21.10 WIB 3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak menghabiskan makanan nya	Pukul: 07.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan lemas pasien mulai berkurang O: pasien mulai menunjukkan adanya tenaga, tekanan darah menurun TTV TD: 163/95 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 91x/menit Suhu: 36,5°C  A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi

		dan minum $\pm$ 2 gelas kecil, pasien bab 2 kali pagi tadi dan urine bag sebanyak 200 ml	P: intervensi dihentikan
		21.11 WIB	
		4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang dengan lingkungannya	
		21.09 WIB	
		5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh pasien 36,5°C	
		22.00 WIB	
		6. Memberikan obat clonidine R/pasien menerima obat	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	04 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>	Pukul: 07.00 WIB
		21.05 WIB	S: - keluarga pasien mengatakan pasien masih membutuhkan bantuan sepenuhnya, pasien sudah dapat mengangkat tangan kanan nya walaupun perlahan.
		1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 163/95 mmHg	

		<p>21.06 WIB</p> <p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>R/ pasien tampak kooperatif</p> <p>21. 10 WIB</p> <p>3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)</p> <p>R/ tempat tidur pasien terpasang pagar</p> <p>21.11 WIB</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>R/ keluarga pasien mengatakan pasien masih membutuhkan bantuan untuk melakukan pergerakan.</p>	<p>O: - Pasien tampak bertenaga dan sudah mulai mengatur posisinya sendiri</p> <p>- Tampak keluarga pasien membantu pasien untuk berganti posisi</p> <p>- Klien menggenggam bola karet</p> <p>TTV</p> <p>TD: 163/95 mmHg</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Nadi: 91x/menit</p> <p>Suhu: 36,5°C</p> <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>
<p>Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular</p>	<p>04 Mei 2024</p>	<p><b>Dinas Malam</b></p> <p>21.05 WIB</p> <p>1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>R/ keluarga pasien mengatakan pasien</p>	<p>Pukul: 07.00 WIB</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan</p> <p>O:</p>

	menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat</li> </ul>
<p>21.06 WIB</p> <p>2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>R/ pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan</li> <li>- pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan</li> <li>- pasien mengikuti arahan yang diberikan, pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi</li> </ul>
<p>21.07 WIB</p> <p>3. Menggunakan metode komunikasi alternatif</p> <p>R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>		<p>TTV</p> <p>TD: 163/95 mmHg</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Nadi: 91x/menit</p> <p>Suhu: 36,5°C</p>
<p>21.08 WIB</p> <p>4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat</p>		<p>A: masalah gangguan komunikasi verbal teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>

---

yang dipertegas

21.10 WIB

5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan  
R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien

21.11 WIB

6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien  
R/ pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan

21.12 WIB

7. Memberikan dukungan psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti sesuai informasi yang diberikan

21.13 WIB

8. Menganjurkan berbicara perlahan  
R/ pasien berbicara dengan
-

---

perlahan dan berbicara satu kalimat penting


21.15 WIB

9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses komunikasi alternatif dilakukan dengan baik

---

Nama : Ny.L  
 Nomor Rekam Medis : 172492

Diagnosa keperawatan	Hari/tanggal	Implementasi (pukul)	TTD	Evaluasi (pukul)
Risiko Perfusion Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi	06 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>  09.00 WIB 1. mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK R/ pasien tampak lemah 09.02 WIB 2. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 165/88mmHg 09.06 WIB 3. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas 09.08 WIB		Pukul: 14.00 WIB S: Keluarga pasien mengatakan pasien sangat lemah, keluarga pasien mengatakan bahwa pasien di diagnosa oleh dokter mengalami penyakit stroke, keluarga pasien mengatakan dari masuk RS sampai pengkajian pasien minum 2 gelas dan makan tidak habis, keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat stroke ± 4 tahun lalu dan hipertensi.  O: pasien tampak lemah TTV: TD : 165/88 mmHg Nadi: 72x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36 °C



		<p>4. Memonitor intake dan output cairan R/keluarga pasien mengatakan dari masuk RS sampai pengkajian pasien minum 2 gelas dan makan tidak habis</p> <p>09.10 WIB</p> <p>5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang</p> <p>09.03 WIB</p> <p>6. Pertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh 36°C</p>	<p>A: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	06 Mei 2024	<p><b>Dinas Pagi</b></p> <p>09.04 WIB</p> <p>1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya R/ Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan</p>	<p>Pukul : 14.00 WIB</p> <p>S: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dikarenakan kaku</p> <p>O: - Tangan kanan pasien tampak kaku - Kekuatan otot ekstremitas pasien menurun</p>

kaki sebelah kanan dikarenakan kaku	- Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit dan mampu mengangkat perlahan melawan gravitasi (3)
09.06 WIB	- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan R/ pasien tidak dapat menggerakkan ekstremitas atas bawah sebelah kanan,ekstremitas pasien tampak lemah	- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan mampu mengangkat perlahan melawan gravitasi (3)
09.07 WIB	- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan	- Rentang gerak (ROM) menurun
09.10 WIB	- Pasien tampak lemah
4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) R/ tempat tidur pasien terpasang pagar	- Gerakan pasien tampak terbatas
09.15 WIB	- Tangan kanan nya membantu tangan kiri nya untuk menggenggam
	TTV
	TD : 165/88 mmHg

- 
5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola)  
R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, tangan kanan nya membantu tangan kiri nya untuk menggenggam bola.

09.17 WIB

6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  
R/ keluarga pasien bersedia membantu pasien untuk melakukan pergerakan

09.27 WIB

7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mengganti baju)
- 

Nadi: 72x/menit

RR : 20x/menit

Suhu : 36 °C

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

		R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien	
		09.30 WIB	
		8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	
		R/ keluarga pasien mengatakan mulai mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	06 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	Pukul : 14.00 WIB
		09.00 WIB	S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas
		1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	
		R/ pasien tampak lemah, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas, pasien tampak berbicara dengan pelo, pasien berbicara dengan kalimat pendek	O: - Pasien tampak berbicara dengan pelo - Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi - Pasien tampak sulit menyusun kalimat - Pasien berbicara dalam kalimat pendek - Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata
		09.01 WIB	
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis	

	<p>yang berkaitan dengan bicara</p> <p>R/pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata, pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</p>	<p>- Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat</p>
	<p>09.03 WIB</p> <p>3. mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>R/pasien menggelengkan kepala dan mengangguk sebagai bentuk komunikasi ya atau tidak</p>	<p>TTV</p> <p>TD : 165/88 mmHg</p> <p>Nadi: 72x/menit</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Suhu : 36 °C</p> <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
	<p>09.05 WIB</p> <p>7. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>	

Risiko Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Hipertensi	Perfusi	02 Mei 2024	<b>Dinas Sore</b>		Pukul : 21.00 WIB
			14.00 WIB	<i>J</i>	S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah
			1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 167/90 mmHg		O: pasien tampak lemah, tekanan darah meningkat TTV TD: 167/90 mmHg RR: 21x/menit Nadi: 78x/menit Suhu: 36,3 °C
			14.03 WIB		A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
			2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 21x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas		P: intervensi dilanjutkan
			14.07 WIB		
			3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 3 gelas kecil, makan 2 kali tidak habis, pasien sudah bab 1 kali, terpasang kateter 150 ml dari terakhir pembuangan pukul 11.31 WIB		
			14.10 WIB		

		4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang 14.04 WIB 5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh 36,3°C 16.00 WIB 6. Memberikan obat clonidine R/pasien menerima obat	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	06 Mei 2024	<b>Dinas Sore</b> 14.00 WIB 1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 167/90 mmHg 14.05 WIB 2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif 14.07 WIB	Pukul: 21.00 WIB S: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dikarenakan kaku O: - Tangan kanan pasien tampak kaku - Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit dan mampu mengangkat perlahan melawan gravitasi (3) - Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak bisa

<p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan</p>	<p>14.10 WIB</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) R/ tempat tidur pasien terpasang pagar</p> <p>14.17 WIB</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola) R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, tangan kirinya membantu</p>	<p>sepenuhnya melawan topangan (4)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan mampu mengangkat perlahan melawan gravitasi (3)</li> <li>- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)</li> <li>- Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- Gerakan pasien tampak terbatas</li> <li>- Pasien tampak kooperatif mengikuti peregangan</li> <li>- Tangan kiri pasien mencoba membantu tangan kanan pasien untuk menggenggam</li> </ul>
		<p>TTV TD: 167/90 mmHg RR: 21x/menit Nadi: 78x/menit Suhu: 36,3 °C</p>



---

tangan kanan nya untuk  
menggenggam bola.

14.19 WIB

6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan  
R/ keluarga pasien mengatakan bahwa pasien bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga.

14.30 WIB

7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien berganti posisi)  
R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien

14.32 WIB

8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan  
R/ keluarga pasien mengatakan mulai mencoba
- 

A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: lanjutkan intervensi

		untuk membantu pasien duduk ditempat tidur	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	06 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>	Pukul: 21.00 WIB
		14.00 WIB	S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas
		1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara R/ pasien tampak lemah, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas, pasien tampak berbicara dengan pelo, pasien berbicara dengan kalimat pendek	O: - Pasien tampak berbicara dengan pelo - Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi - Pasien tampak sulit menyusun kalimat - Pasien berbicara dalam kalimat pendek - Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata - Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat - Pasien menggunakan bahasa isyarat seperti anggukan kepala
		14.02 WIB	
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara R/pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata, pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi	
		14.05 WIB	TTV
		3. mengidentifikasi perilaku	TD: 167/90 mmHg

			emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi R/pasien menggelengkan kepala dan mengangguk sebagai bentuk komunikasi ya atau tidak	RR: 21x/menit Nadi: 78x/menit Suhu: 36,3 °C
			14.07 WIB	A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
			4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	P: intervensi dilanjutkan
Risiko Serebral Tidak Efektif dibuktikan Hipertensi	Perfusi dengan	06 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>  21.50 WIB 1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 165/93 mmHg 21.55 WIB 2. Memonitor status pernafasan	Pukul: 07.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah  O: pasien tampak lemah TTV TD: 165/93 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 91x/menit Suhu: 36,7 °C

R/ RR pasien 20x/menit,  
pasien tidak menggunakan  
alat bantu nafas

A: masalah risiko perfusi serebral  
tidak efektif belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

22.00 WIB

3. Memonitor intake dan output cairan

R/ keluarga pasien  
mengatakan pasien minum 3  
gelas kecil, makan 1 kali  
habis, pasien sudah bab 1  
kali, terpasang kateter 210 ml

22.00 WIB

4. Memberikan obat clonidine  
R/pasien menerima obat

22.05 WIB

5. Meminimalkan stimulus  
dengan menyediakan  
lingkungan yang tenang  
R/ pasien tampak tenang

22.10 WIB

6. Mempertahankan suhu tubuh  
normal  
R/ suhu tubuh 36,7 °C

Gangguan mobilitas 06 Mei 2024  
fisik b.d gangguan  
neuromuscular

**Dinas Malam**

21.50 WIB

1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 165/93 mmHg

*J*

21. 53 WIB

2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif

21. 55 WIB

3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) R/ tempat tidur pasien terpasang pagar

21.57 WIB

4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga pasien mengatakan bahwa pasien

Pukul: 07.00 WIB

S: Keluarga pasien mengatakan pasien sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dikarenakan kaku

O: - Tangan kanan pasien tampak kaku

- Tangan kanan pasien dapat bergerak sedikit dan mampu mengangkat perlahan melawan gravitasi (3)
- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan mampu mengangkat perlahan melawan gravitasi (3)
- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak bisa sepenuhnya melawan topangan (4)
- Rentang gerak (ROM) menurun

		sangat membutuhkan bantuan sepenuhnya	- Pasien tampak lemah - Gerakan pasien tampak terbatas
		22.00 WIB	
		5. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mencari posisi ternyaman untuk istirahat) R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien	TTV TD: 165/93 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 91x/menit Suhu: 36, 7°C
		22.05 WIB	A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
		6. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan R/ keluarga pasien mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur sebagai upaya mencari posisi ternyaman untuk tidur.	P: lanjutkan intervensi
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	06 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>	Pukul: 07.00 WIB
		21.50 WIB	S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat berbicara dengan jelas
		1. Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	

	<p>R/ pasien tampak lemah, pasien tidak dapat berbicara dengan jelas, pasien tampak berbicara dengan pelo, pasien berbicara dengan kalimat pendek</p> <p>21.52 WIB</p> <p>2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>R/pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata, pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</p> <p>21. 55 WIB</p> <p>3. mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>R/pasien menggelengkan kepala dan mengangguk sebagai bentuk komunikasi ya atau tidak</p> <p>21.57 WIB</p> <p>4. Menyesuaikan gaya</p>	<p>O: - Pasien tampak berbicara dengan pelo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>- Pasien tampak sulit menyusun kalimat</li> <li>- Pasien berbicara dalam kalimat pendek</li> <li>- Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata</li> <li>- Pasien tampak sulit berbicara menggunakan kata-kata yang tepat</li> </ul> <p>TTV</p> <p>TD: 165/93 mmHg</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Nadi: 91x/menit</p> <p>Suhu: 36, 7°C</p> <p>A: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	---

			komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	07 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	<p>08.15 WIB</p> <p>1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 170/98 mmHg</p> <p>08.16 WIB</p> <p>2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas</p> <p>08.18 WIB</p> <p>3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 2 gelas kecil, makan 1 kali</p>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah</p> <p>O: pasien tampak lemah, tekanan darah meningkat</p> <p>TTV</p> <p>TD: 170/98 mmHg</p> <p>RR: 20x/menit</p> <p>Nadi: 88x/menit</p> <p>Suhu: 36, 7°C</p> <p>A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>



		habis, pasien sudah bab 1 kali, terpasang kateter 250 ml	
		08.20 WIB	
		4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang	
		08.17 WIB	
		5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh 36,7 °C	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	07 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	Pukul: 14.00 WIB
		08.15 WIB	S:
		1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 170/98 mmHg	- keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali-kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kakunya pada ekstremitasnya berkurang.
		08.17 WIB	
		2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif	
		08.23 WIB	O:
		3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	

<p>R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,</li> </ul>
<p>08.30 WIB</p> <p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) R/ tempat tidur pasien terpasang pagar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan,</li> </ul>
<p>08.45 WIB</p> <p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola) R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya,</li> <li>- -keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien untuk miring kanan dan miring kiri,</li> <li>- -kekuatan otot pasien (tangan kanan 3, tangan kiri 4, kaki kanan 3, dan kaki kiri 4)</li> </ul>

---

menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya	- Gerakan pasien masih terbatas
08.47 WIB	TTV
6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang.	TD: 170/98 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 88x/menit Suhu: 36, 7°C
09.05 WIB	A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi
7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mengganti baju) R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien	P: intervensi dilanjutkan
09.07 WIB	
8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan	

---

		R/ keluarga pasien mengatakan mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	07 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>  08.15 WIB 1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan  08.16 WIB 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara R/ klien masih belum mampu untuk mengatur kata kata yang tepat  08.17 WIB 3. Menggunakan metode komunikasi alternatif R/ pasien memahami	Pukul: 14.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan  O: - pasien masih tampak lemah, pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat, - pasien memahami informasi yang diulangi, pasien mengikuti arahan yang diberikan - pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi  TTV TD: 170/98 mmHg RR: 20x/menit

---

bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	Nadi: 88x/menit Suhu: 36, 7°C
08.15 WIB	
4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	P: intervensi dilanjutkan
08.17 WIB	
5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	
R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien	
08.18 WIB	
6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien	
R/ pasien menganggukkan kepala ketika informasi yang disampaikan diulangi	
08.20 WIB	
7. Memberikan dukungan	

---

		psikologis R/ pasien mulai mengikuti sesuai informasi yang diberikan	
		08.22 WIB	
		8. Mengajarkan berbicara perlahan R/ pasien berbicara dengan perlahan dan berbicara satu kalimat penting	
		08.23 WIB	
		9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses komunikasi alternatif dilakukan dengan baik	
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	07 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b> 15.00 WIB 1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Pukul: 21.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah  O: pasien tampak lemah

R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 168/92 mmHg	TTV TD: 168/92 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 89x/menit Suhu: 37,3°C
15.05 WIB 2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas	A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
15.07 WIB 3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 2 gelas kecil, makan 1 kali habis, pasien sudah bab 1 kali pagi tadi terpasang kateter 150 ml.	P: intervensi dilanjutkan
15.10 WIB 4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang	
15.02 WIB 5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh 37,3 °C	

			16.00 WIB		
			6. Memberikan obat clonidine		
			R/pasien menerima obat		
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	07 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>		Pukul: 21.00 WIB	
			15.00 WIB	S:	
			1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 174/93 mmHg	-	keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang.
			15.05 WIB		
			2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif		
			15.10 WIB	O:	
			3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (mengulangi penjelasan untuk melihat pemahaman pasien dan keluarga) R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan	-	pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan, keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,



tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan

#### 15.13 WIB

4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)  
R/ tempat tidur pasien terpasang pagar

#### 15.15 WIB

5. Memfasilitasi melakukan pergerakan  
R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya

- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan,
- pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya,
- keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien untuk miring kanan dan miring kiri,
- kekuatan otot pasien (tangan kanan 3, tangan kiri 4, kaki kanan 3, dan kaki kiri 4)
- Gerakan pasien masih terbatas

TTV

TD: 168/92 mmHg

RR: 20x/menit

Nadi: 89x/menit

Suhu: 37,3°C

---

15.17 WIB

6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang

A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

P: intervensi dilanjutkan

15.25 WIB

7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini

R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien

15.27 WIB

8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

R/ keluarga pasien mengatakan sudah

---

		membantu pasien duduk ditempat tidur	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	07 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>  15.00 WIB 1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan  15.02 WIB 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara R/ klien masih belum mampu untuk mengatur kata kata yang tepat  15.03 WIB 3. Menggunakan metode komunikasi alternatif R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kelimat	Pukul: 21.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan  O: - pasien masih tampak lemah, pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat, - pasien memahami informasi yang diulangi, pasien mengikuti arahan yang diberikan - pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi  TTV TD: 168/92 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 89x/menit

---

yang dipertegas	Suhu: 37,3°C
15.04 WIB	
4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan	A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi
R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas	P: intervensi dilanjutkan
15.05 WIB	
5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan	
R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien	
15.07 WIB	
6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien	
R/ pasien menganggukkan kepala ketika informasi yang disampaikan diulangi	
15.10 WIB	
7. Memberikan dukungan psikologis	
R/ pasien mulai mengikuti	

---

		sesuai informasi yang diberikan	
		15.12 WIB	
		8. Mengajarkan berbicara perlahan R/ pasien berbicara dengan perlahan dan berbicara satu kalimat penting	
		15.13 WIB	
		9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses komunikasi alternatif dilakukan dengan baik	
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	07 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>  21.15 WIB 1. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Pukul: 07.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien masih lemah  O: pasien tampak lemah TTV TD: 165/91 mmHg

	R/ Tekanan darah pasien meningkat dibuktikan dengan TD 165/91 mmHg	RR: 20x/menit Nadi: 92x/menit Suhu: 37,3°C A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi  P: intervensi dilanjutkan
21. 16	WIB 2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas	
21. 19	WIB 3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien minum 3 gelas kecil, makan 1 kali tidak habis, pasien sudah bab 1 kali pagi tadi ,terpasang kateter 210 ml	
21. 20	WIB 4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang	
21.16	WIB 5. Mempertahankan suhu tubuh normal	

		R/ suhu tubuh 37,3 °C	
		22.00 WIB	
		6. Memberikan obat clonidine	
		R/pasien menerima obat	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	07 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b>	Pukul: 07.00 WIB
		21.15 WIB	S: - keluarga pasien mengatakan gerakan pasien masih terbatas, pasien masih membutuhkan bantuan sepenuhnya.
		1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	
		R/ tekanan darah 165/91 mmHg	
		21. 16 WIB	O: - Pasien tampak lemah
		2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	- Gerakan pasien tampak terbatas
		R/ pasien tampak kooperatif	- Tampak keluarga pasien membantu pasien untuk berganti posisi
		21. 17 WIB	TTV
		3. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)	TD: 165/91 mmHg
		R/ tempat tidur pasien terpasang pagar	RR: 20x/menit
		21.18 WIB	Nadi: 92x/menit
		4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	Suhu: 37,3°C
			A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi

		R/ keluarga pasien mengatakan bahwa pasien masih butuh bantuan untuk melakukan pergerakan	P: lanjutkan intervensi
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	07 Mei 2024	<b>Dinas Malam</b> 21.15 WIB 1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan 21.16 WIB 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara R/ klien masih belum mampu untuk mengatur kata kata yang tepat 21.17 WIB 3. Menggunakan metode komunikasi alternatif R/ pasien memahami	Pukul: 07.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan O: - pasien masih tampak lemah, pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat, - pasien memahami informasi yang diulangi - pasien mengikuti arahan yang diberikan, pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi TTV TD: 165/91 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 92x/menit Suhu: 37,3°C



---

<p>bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>	<p>A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p>
<p>21.18 WIB</p>	
<p>4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>	<p>P: intervensi dilanjutkan</p>
<p>21.20 WIB</p>	
<p>5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien</p>	
<p>21.21 WIB</p>	
<p>6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien R/ pasien menganggukkan kepala ketika informasi yang disampaikan diulangi</p>	
<p>21.22 WIB</p>	
<p>7. Memberikan dukungan</p>	

---

			psikologis R/ pasien mulai mengikuti sesuai informasi yang diberikan	
		21.23 WIB	8. Mengajarkan berbicara perlahan R/ pasien berbicara dengan perlahan dan berbicara satu kalimat penting	
		21.25 WIB	9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses komunikasi alternatif dilakukan dengan baik	
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	08 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>  07.30 WIB	1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK.	Pukul: 14.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan lemas pasien mulai bekurang

R/ lemas pasien tampak berkurang	O: pasien mulai menunjukkan adanya tenaga, tekanan darah menurun
07.32 WIB	TTV
2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit	TD: 165/90 mmHg
07.37 WIB	RR: 20x/menit
3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak menghabiskan makanan nya dan minum $\pm$ 4 gelas kecil, pasien bab 2 kali dan urine bag sebanyak 110 ml (baru dibuang)	Nadi: 90x/menit
07.40 WIB	Suhu: 36,8°C
4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang dengan lingkungannya	A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi
07.33 WIB	P: intervensi dilanjutkan
5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh pasien 36,8°C	
08.00 WIB	

			6. Memberikan obat citicoline 500 mg, amlodipine 10 mg, candesartan 16 mg, clonidine, clopidrogel 75 mg R/pasien menerima obat	
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	08 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b>	<p>07.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 165/90 mmHg</li> </ol> <p>07.32 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif</li> </ol> <p>07.34 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan</li> </ol>	<p>Pukul: 14.00 WIB</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kiri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan,</li> <li>- keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,</li> <li>- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, sesuai dengan kemampuan nya,</li> </ul>

tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan

07. 37 WIB

4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)  
R/ tempat tidur pasien terpasang pagar

07.40 WIB

5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola)  
R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya

- keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien untuk miring kanan dan miring kiri,
- tangan kiri klien sudah dapat mengangkat perlahan tangan dan sudah bisa menahan topangan walaupun tidak sepenuhnya (4)
- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak sapat sepenuhnya melawan topangan (4)
- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan dapat diangkat perlahan (3)
- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak sepenuhnya melawan topangan (4)

TTV

TD: 165/90 mmHg

RR: 20x/menit

Nadi: 90x/menit

Suhu: 36,8°C

---

menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya	
07. 41 WIB	
6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kanan.	A: masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: intervensi dilanjutkan
07. 55 WIB	
7. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mengganti baju) R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien	

---

		08.03 WIB		
		8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan		
		R/ keluarga pasien mengatakan membantu pasien duduk ditempat tidur		
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	08 Mei 2024	<b>Dinas Pagi</b> 07.30 WIB		Pukul: 14.00 WIB
		1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara		S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan
		R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan		O:
		07.32 WIB		- pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat,
		2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara		- pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikannya,
		R/ pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikannya		- pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan
		07.35 WIB		- pasien mengikuti arahan yang diberikan, pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi

<p>3. Menggunakan metode komunikasi alternatif R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>	<p>antara kondisinya dengan cara berkomunikasi</p>
<p>07.37 WIB</p>	<p>TTV TD: 165/90 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 90x/menit Suhu: 36,8°C</p>
<p>4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>	<p>A: masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p>
<p>07.38 WIB</p>	<p>P: intervensi dilanjutkan</p>
<p>5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien</p>	
<p>07.40 WIB</p>	
<p>6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien R/ pasien mulai memahami informasi yang</p>	



- 
- disampaikan tanpa  
pengulangan
- 07.42 WIB
7. Memberikan dukungan  
psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti  
sesuai informasi yang  
diberikan
- 07.45 WIB
8. Mengajarkan berbicara  
perlahan  
R/ pasien berbicara dengan  
perlahan dan berbicara satu  
kalimat penting
- 07.42 WIB
9. Mengajarkan pasien dan  
keluarga proses kognitif,  
anatomis, dan fisiologis  
yang berhubungan dengan  
kemampuan bicara  
R/ keluarga pasien  
memahami kondisi pasien  
sehingga proses  
komunikasi alternatif  
dilakukan dengan baik
-

Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi	08 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>	Pukul: 21.00 WIB
		14.30 WIB	S: keluarga pasien mengatakan lemas pasien mulai berkurang
		1. memonitor tanda/gejala peningkatan TIK. R/ lemas pasien tampak berkurang	O: pasien mulai menunjukkan adanya tenaga, tekanan darah menurun TTV TD: 162/90 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 91x/menit Suhu: 37°C
		14.32 WIB	
		2. Memonitor status pernafasan R/ RR pasien 20x/menit	
		14.35 WIB	
		3. Memonitor intake dan output cairan R/ keluarga pasien mengatakan pasien tidak menghabiskan makanannya dan minum $\pm$ 3 gelas kecil, pasien bab 2 kali pagi tadi. Pasien tidak terpasang kateter lagi.	A: masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi  P: intervensi dihentikan
		14.37 WIB	
		4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien tampak tenang dengan lingkungannya	
		14.33 WIB	

5. Mempertahankan suhu tubuh normal R/ suhu tubuh pasien 37°C			
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuskular	08 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b>	<p>Pukul: 21.00 WIB</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kiri</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tampak kooperatif dalam melakukan pergerakan,</li> <li>- keluarga pasien tampak mendampingi pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi,</li> <li>- pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, sesuai dengan kemampuan nya,</li> </ul>
		14.30 WIB	<p>1. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi R/ tekanan darah 162/90 mmHg</p>
		14.32 WIB	<p>2. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi R/ pasien tampak kooperatif</p>
		14.35 WIB	<p>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi R/ keluarga pasien dan pasien sudah mulai memahami dan menerapkan tindakan sesuai prosedur yang dijelaskan</p>
		14.37 WIB	

<p>4. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur) R/ tempat tidur pasien terpasang pagar</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga pasien tampak mengatur posisi pasien untuk miring kanan dan miring kiri,</li> <li>- tangan kiri klien sudah dapat mengangkat perlahan tangan dan menahan topangan walaupun tidak sepenuhnya (3)</li> </ul>
<p>14.40 WIB</p>		
<p>5. Memfasilitasi melakukan pergerakan (peregangan dan menggenggam bola) R/ pasien mengikuti pergerakan seperti peregangan ekstensi fleksi, abduksi adduksi, pasien mengikuti pergerakan menggenggam bola sesuai dengan yang dijelaskan, pasien menggunakan satu tangan nya untuk membantu tangan kanan nya menggenggam bola sesuai dengan kemampuan nya</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dapat mengangkat tangan kiri namun tidak sapat sepenuhnya melawan topangan (4)</li> <li>- Kaki kanan klien dapat digerakkan sedikit dan dapat diangkat perlahan (3)</li> <li>- Pasien dapat mengangkat kaki kiri nya namun tidak sepenuhnya melawan topangan (4)</li> </ul>
<p>14.43 WIB</p>		<p>TTV</p>
<p>6. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p>		<p>TD: 162/90 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 91x/menit Suhu: 37°C</p>

---

R/ keluarga pasien mengatakan bahwa sehari bisa berkali kali mengulangi gerakan peregangan dan menggenggam bola didampingi oleh keluarga, keluarga pasien mengatakan bahwa kaku pada ekstremitasnya berkurang dan ekstremitas atas sebelah kanan sudah dapat menggenggam bola perlahan tanpa bantuan tangan kanan.

14.50 WIB

7. Mengajarkan melakukan mobilisasi dini (membantu pasien mencari posisi yang nyaman)

R/ keluarga pasien memposisikan miring kanan dan kiri pada pasien

14.52 WIB

8. Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
- 

A: masalah gangguan mobilitas fisik teratasi

P: intervensi dihentikan

		R/ keluarga pasien mencoba untuk membantu pasien duduk ditempat tidur dan pindah ke kursi roda.	
Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuscular	08 Mei 2024	<b>Dinas Siang</b> 14.30 WIB 1. Memonitor kuantitas, volume, dan diksi bicara R/ keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan 14.32 WIB 2. Memonitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara R/ pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan 14.33 WIB 3. Menggunakan metode komunikasi alternatif R/ pasien memahami	Pukul: 21.00 WIB S: keluarga pasien mengatakan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien menggunakan kata kata tegas pendek dan isyarat,</li> <li>- pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan,</li> <li>- pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan</li> <li>- pasien mengikuti arahan yang diberikan</li> <li>- pasien sudah mulai mencoba untuk beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi</li> </ul> TTV

<p>bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>	<p>TD: 162/90 mmHg RR: 20x/menit Nadi: 91x/menit Suhu: 37°C</p>
<p>14.35 WIB</p> <p>4. Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>R/ pasien memahami bahasa isyarat yang digunakan dan kalimat yang dipertegas</p>	<p>A: masalah gangguan komunikasi verbal teratasi</p> <p>P: intervensi dihentikan</p>
<p>14.37 WIB</p> <p>5. Memodifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p> <p>R/ keluarga pasien mengubah posisi agar dekat dengan pasien</p>	
<p>14.38 WIB</p> <p>6. Mengulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>R/ pasien mulai memahami informasi yang disampaikan tanpa pengulangan</p>	

---

14.39 WIB

7. Memberikan dukungan psikologis  
R/ pasien mulai mengikuti sesuai informasi yang diberikan

14.42 WIB

8. Mengajarkan berbicara perlahan  
R/ pasien berbicara dengan perlahan dan berbicara satu kalimat penting

14.45 WIB

9. Mengajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara  
R/ keluarga pasien memahami kondisi pasien sehingga proses komunikasi alternatif dilakukan dengan baik
-



## 4.2 Pembahasan

Setelah melakukan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada Ny. Z dan Ny. L penulis akan mengemukakan perbandingan antara asuhan keperawatan secara teori dan asuhan keperawatan yang diberikan langsung kepada pasien. Pengkajian pada Ny. Z dilakukan pada tanggal 02- 04 Mei 2024 sedangkan pengkajian pada Ny. L dilakukan pada tanggal 06-08 Mei 2024 Selain membahas kesenjangan diatas penulis juga akan mengemukakan beberapa masalah selama melaksanakan asuhan keperawatan serta pemecahan dari penerapan yang dilakukan. Sesuai dengan tahapan proses keperawatan maka penulis akan mengemukakan pembahasan mulai dari pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

### 1.2.1 Pengkajian

Penulis telah melakukan asuhan keperawatan pada dua pasien dengan diagnosis stroke non hemoragik. Keluhan utama kedua pasien yaitu pasien pertama Ny. Z berusia 44 tahun berjenis kelamin perempuan sedangkan pasien kedua Ny. L berusia 62 tahun, pada saat dilakukan pengkajian yaitu kedua keluarga pasien mengatakan pasien lemas pada tangan dan kaki kanan dan pelo berbicara sesuai dari manifestasi klinis dari stroke non hemoragik.

Berdasarkan diagnosa medis Ny.Z dan Ny. L yang ditetapkan adalah stroke non hemoragik serta hipertensi disimpulkan bahwa Ny. Z dan Ny. L mengalami masalah risiko perfusi serebral tidak efektif (PPNI, 2017).

Kedua keluarga pasien mengatakan lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan pasien, pasien tampak lemah dan pucat, pasien hanya berbaring di tempat tidur. Disimpulkan bahwa Ny.Z dan Ny. L mengalami masalah gangguan mobilitas fisik (PPNI, 2017).

Saat dilakukan pengkajian kedua keluarga pasien sebagai pemberi informasi dikarenakan pasien pelo dalam berbicara. Disimpulkan bahwa Ny. Z dan Ny. L mengalami gangguan komunikasi verbal (PPNI, 2017).

Berdasarkan dari riwayat kesehatan dahulu Ny.Z 3 tahun yang lalu menderita stroke dan Ny. L  $\pm$  4 tahun yang lalu sudah menderita stroke ringan, sedangkan pada riwayat penyakit sekarang kedua pasien mengalami lemah ekstremitas atas dan bawah kanan, berbicara pelo ditandai dengan

Dari hasil pemeriksaan penunjang laboratorium Ny. Z dan Ny. L bahwa hasil pemeriksaan penunjang Hemoglobin, eritrosit, leukosit, hematokrit, MCV, MCG,MCHC, Trombosit dengan hasil normal sedangkan didapatkan hasil EKG pada Ny. Z dan Ny. L sinus rhytm. Hasil thorax AP/Pa pada Ny. Z dan Ny. L. didapatkan hasil Thorax AP/PA Ny.Z dan Ny.L Foto thorak AP cukup inspirasi, cor membesar ke lateral kiri, klasifikasi aorta (+), sinuses dan diafragma normal, pulmo: hili normal, corakan bronkovaskuler normal, kranialisasi (-). Hasil pemeriksaan CT scan kepala: CT scan kepala tanpa kontras pada Ny. Z dan Ny. L. didapatkan hasil CT scan kepala Ny.Z adalah infark di daerah cortical subcortical lobus temporalis kiri, infark lama di daerah ganglia basalis kiri, sinusitis maksilaris kiri. Sedangkan hasil Ct scan kepala Ny.L adalah infark di daerah critical subcortical lobus temporalis kiri, sinusitis ethmoidalis dan frontalis kanan.

Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny. Z dan Ny. L terdapat perbedaan tanda tanda vital yaitu pada Ny. Z TD: 172/100 mmhg, N: 86 x/m, RR: 21 x/m, Suhu: 36 ,4°C, CRT: <2 detik. Sedangkan Ny. L. TD: 165/88 mmhg, N: 72 x/m, RR: 20 x/m, Suhu: 36 °C, CRT: <2 detik.

Dapat disimpulkan bahwa Ny. Z dan Ny. C mengalami masalah utama

Dari data diatas disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan yang berarti antara konsep pengkajian teori dengan pengkajian yang dilakukan langsung oleh penulis.

### 1.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan bagian dari proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan

pada klien. Dalam pembuatan diagnosa keperawatan dibutuhkan keterampilan klinik yang baik mencakup proses diagnosa keperawatan dan perumusan dalam pembuatan pernyataan keperawatan, diagnosa keperawatan ditegakkan dalam rangka mengidentifikasi masalah kesehatan klien dan keluarganya serta untuk memberikan arah Asuhan Keperawatan yang sesuai (Kodim, 2018).

Berdasarkan teori pada BAB 2 menurut PPNI (2017) diagnosa keperawatan pada stroke non hemoragik adalah risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromaskular, gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular, pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neuromuscular, deficit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuscular,, intoleransi aktifitas berhubungan dengan imobilitas.

Berdasarkan hasil pengkajian, tiga diagnosis yang ditemukan pada Ny. Z dan Ny L sama dan tidak terdapat perbedaan diagnosis. Diagnosisnya antara lain yaitu: Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular, dan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular.

Diagnosis diatas dirumuskan berdasarkan batasan karakteristik yang muncul pada kedua pasien yang sesuai dengan tanda dan gejala subjektif dan objektif yang terdapat dalam diagnosis keperawatan SDKI. Pada diagnosis risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi terdapat faktor risiko dan kondisi klinis terkait dalam SDKI yang muncul pada Ny.Z dan Ny. L adalah faktor risiko yang disertai adalah hipertensi pada Ny. Z TD: 172/100mmHg dan pada Ny.L TD 165/88mmHg dan riwayat hipertensi pada keduanya. dan kondisi klinis yang terkait ada nya riwayat penyakit stroke.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular terdapat tanda dan gejala yang muncul pada Ny. Z dan Ny.L yaitu adanya keluhan kesulitan menggerakkan ekstremitas,

kekuatan otot menurun pada Ny.Z (tangan kanan 2, tangan kiri 4, kaki kanan 2, kaki kiri 4) sedangkan Ny.L (tangan kanan 3, tangan kiri 4, kaki kanan 3, kaki kiri 4), fisik tampak lemah, gerakan terbatas serta kondisi klinis yang terkait yaitu stroke.

Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular terdapat tanda dan gejala yang terdapat dalam SDKI yang muncul pada Ny.Z dan Ny.L yaitu pelo, sulit mempertahankan komunikasi, sulit menyusun kalimat, sulit mengungkapkan kata-kata, disfasia, disartria. Hal ini didukung dengan kondisi klinis yang terkait pada Ny. Z dan Ny. L yaitu stroke.

Ditinjau dari teori BAB 2 tentang diagnosa keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan diagnosa keperawatan yang muncul dalam asuhan keperawatan pada Ny. Z dan Ny.L hanya 3 diagnosa yang dapat diangkat yang memiliki persamaan pada teori yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan mobilitas fisik dan gangguan komunikasi verbal, adapun diagnosa lain yang muncul pada pasien stroke non hemoragik menurut teori yaitu pola nafas tidak efektif, defisit perawatan diri, dan intoleransi aktifitas tidak dapat diangkat karena tidak ditemukan tanda gejala baik minor dan mayor yang berkaitan dengan diagnosa dengan kondisi yang dialami pasien.

### **1.2.3 Intervensi**

Tahap perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah-masalah klien. Perencanaan ini merupakan Langkah ketiga dalam membuat suatu proses keperawatan (Kodim, 2018).

Perencanaan pada Ny. Z dan Ny.L disusun berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditentukan dan berpedoman pada teori sesuai dengan fasilitas yang ada diruangan. Proses perencanaan meliputi perumusan tujuan dan menentukan intervensi-intervensi yang tepat berdasarkan teori yang ada sehingga tidak ditemukan kesenjangan antar rencana

keperawatan secara teoritis dengan rencana keperawatan pada kasus di lapangan.

Adapun rencana keperawatan pada Ny. Z dan Ny. L dibuat berdasarkan teori di dalam tinjauan teoritis yaitu:

#### 1.2.3.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipertensi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kognitif meningkat
- 2) Tekanan intra kranial menurun
- 3) Gelisah menurun
- 4) Kecemasan menurun
- 5) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 6) Tekanan darah sistolik membaik
- 7) Tekanan darah diastolic membaik
- 8) Refleks saraf membaik

Intervensi

#### **Manajemen peningkatan tekanan intracranial**

Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- 3) Monitor status pernafasan
- 4) Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 2) Berikan posisi semi fowler
- 3) Pertahankan suhu tubuh normal

### 1.2.3.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Pergerakan ekstremitas meningkat
- 2) Kekuatan otot meningkat
- 3) Rentang gerak (ROM) meningkat
- 4) Kaku sendi menurun
- 5) Gerakan tidak terkoordinasi
- 6) Gerakan terbatas menurun
- 7) Kelemahan fisik menurun

Intervensi

#### **Dukungan Mobilisasi**

Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

### 1.2.3.3 Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :

- 1) Kemampuan bicara meningkat
- 2) Kemampuan mendengar meningkat
- 3) Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- 4) Kontak mata meningkat
- 5) Afasia menurun
- 6) Disfasia menurun
- 7) Apraksia menurun
- 8) Disleksia menurun
- 9) Disatria menurun
- 10) Afonia menurun
- 11) Dislalia menurun
- 12) Pelo menurun
- 13) Gagap menurun
- 14) Respons perilaku membaik
- 15) Pemahaman komunikasi membaik

#### Intervensi

##### **Promosi komunikasi defisit bicara**

#### Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara
- 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
- 3) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

#### Terapeutik

- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif
- 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
- 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan

- 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
- 5) Berikan dukungan psikologis
- 6) Gunakan juru bicara, jika perlu

#### Edukasi

- 1) Anjurkan berbicara perlahan
- 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

Ditinjau dari teori BAB 2 tentang tindakan dalam intervensi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik berdasarkan diagnosa yang muncul pada Ny.Z dan Ny. L dengan tindakan dalam intervensi yang diangkat dalam asuhan keperawatan pada Ny. Z dan Ny.L , terdapat tindakan keperawatan yang tidak diangkat yaitu pada intervensi manajemen peningkatan intracranial yaitu monitor MAP, monitor CVP, monitor PAWP, monitor PAP, monitor ICP, monitor CPP, monitor gelombang ICP, monitor cairan serebro-spinalis, hindari manuver valsava, cegah terjadinya kejang, hindari penggunaan PEEP, hindari pemberian cairan IV hipotonik, atur ventilator agar PaCo optimal, begitupun pada intervensi promosi komunikasi defisit bicara yaitu monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara, gunakan juru bicara jika perlu, rujuk ke ahli patologi bicara arat terapis, tindakan tersebut tidak dapat diangkat dikarenakan tidak sesuai dengan kebutuhan dan kondisi yang dialami pasien.

Salah satu intervensi yang penulis lakukan dan merupakan judul yang penulis angkat yaitu teknik *holding the ball* (menggenggam bola) dengan bola karet. Teknik *holding the ball* (menggenggam bola) merupakan salah satu intervensi nonfarmakologis untuk meningkatkan kekuatan otot pada dukungan mobilisasi.

Teknik *holding the ball* adalah salah satu terapi untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke yaitu dengan cara menggenggam media bola karet bulat yang elastis atau lentur dan bisa ditekan dengan kekuatan minimal (Wongsonegoro et al., 2023).



#### 1.2.4 Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tindakan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Rezkiki & Annisa, 2018).

Pada proses implementasi penulis melakukan asuhan keperawatan pada Ny. Z dan Ny. L dengan Stroke Non Hemoragik yang telah direncanakan sebelumnya. Pelaksanaan asuhan keperawatan ini dilaksanakan sesuai dengan kondisi dan situasi serta menggunakan sarana yang tersedia di ruangan, penulis mengikuti perkembangan pasien dengan melihat dari catatan perawatan

Penulis mengemukakan pembahasan dari pelaksana asuhan keperawatan pada Ny. Z dan Ny. L sesuai dengan urutan keperawatan yang penulis susun yaitu:

- 1.2.4.1 Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi
- 1.2.4.2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan gangguan neuromuscular
- 1.2.4.3 Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Intervensi keperawatan setiap diagnosis keperawatan yang diangkat dalam asuhan keperawatan pada Ny. Z dan Ny.L ada beberapa yang tidak dilaksanakan yaitu gunakan juru bicara dan 1. Rujuk ke ahli patologi bicara atau trapis, intervensi tersebut tidak dapat diangkat dikarenakan tidak sesuai dengan kondisi pasien dan kebutuhan pasien.

Salah satu implementasi yang penulis lakukan untuk diagnosa gangguan mobilitas fisik yaitu *teknik holding the ball* (menggenggam bola) dengan bola karet. Tindakan ini dilakukan 2 kali sehari sesuai dengan jurnal penelitian Apulembang & Sudarta (2022). Dengan dilakukan *teknik holding the ball* (menggenggam bola) dengan bola karet dapat meningkatkan kekuatan otot. Hal ini juga terjadi pada pasien 1 dan 2. Setelah dilakukan teknik holding the ball (menggenggam bola) dengan bola karet dan telah dilakukan asuhan keperawatan yang dilakukan selama 3x24 jam. Kekakuan sendi menurun, kekuatan otot meningkat pada hari ke

3 yaitu dengan skala kekuatan otot 3 dan skala otot 4. Hal itu sesuai dengan penelitian Widiyaastuti et al (2023) bahwa dilakukan latihan ROM dengan bola karet pada pasien SNH yang mengalami kekuatan otot selama 5-10 menit dapat menunjukkan adanya peningkatan nilai kekuatan otot, yang terjadi secara tidak signifikan namun secara perlahan.

### 1.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Tahap akhir yang bertujuan untuk mencapai kemampuan klien dan tujuan dengan melihat perkembangan klien. Evaluasi klien stoke dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya pada tujuan (Reziki & Annisa, 2018).

Evaluasi keperawatan pada Ny. Z dan Ny. L dilakukan dengan pendekatan SOAP, Adapun evaluasi akhir pada Ny. Z dan Ny. L yang didapat sebagai berikut:

#### 1.2.5.1 Evaluasi akhir keperawatan pada Ny. Z

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

Tanggal: 04 Mei 2024

Hasil : Masalah keperawatan yang dialami pasien teratasi dibuktikan dengan lemas pasien berkurang, tekanan darah menurun dan membaik (163/95mmHg)

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tanggal: 04 Mei 2024

Hasil : Masalah keperawatan yang dialami pasien teratasi dibuktikan dengan pasien menunjukkan adanya peningkatan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot meningkat, kaku ekstremitas menurun, lemas tampak berkurang. ( skala kekuatan otot tangan kanan 3, tangan kiri 4, kaki kanan 3, kaki kiri 4)

- 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Tanggal: 04 Mei 2024

Hasil : Masalah keperawatan yang dialami pasien teratasi dibuktikan dengan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan, pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan, pasien memahami informasi tanpa pengulangan, pasien sudah mulai beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi.

#### 1.2.5.2 Evaluasi akhir keperawatan pada Ny. L

- 1) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan hipertensi

Tanggal: 08 Mei 2024

Hasil : Masalah keperawatan yang dialami pasien teratasi dibuktikan dengan lemas pasien berkurang, tekanan darah menurun dan membaik (162/90mmHg)

- 2) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular

Tanggal: 08 Mei 2024

Hasil : Masalah keperawatan yang dialami pasien teratasi dibuktikan dengan pasien menunjukkan adanya peningkatan pergerakan ekstremitas, kekuatan otot meningkat, kaku ekstremitas menurun, lemas tampak berkurang. (skala kekuatan otot tangan kanan 4, tangan kiri 4, kaki kiri 4, kaki kanan 4).

- 3) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Tanggal: 08 Mei 2024

Hasil : Masalah keperawatan yang dialami pasien teratasi dibuktikan dengan pasien menggunakan kata kata tegas sesuai dengan arahan yang diberikan, pasien sudah dapat menempatkan kata kata sesuai dengan apa yang ingin disampaikan, pasien memahami informasi tanpa pengulangan, pasien sudah mulai beradaptasi antara kondisinya dengan cara berkomunikasi.