

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan

Asuhan Keperawatan

A. Identitas

1. Identitas Klien

- a. Nama : Tn. T
- b. Tempat/tanggal lahir : 05 Juni 1966
- c. Golongan darah : O
- d. Pendidikan terakhir : SD
- e. Agama : Islam
- f. Suku : Jawa
- g. Status perkawinan : Kawin
- h. Pekerjaan : Petani
- i. Alamat : Cidadap Rt 02/06 Karangpucung
- j. Diagnosa medik : Stroke Non Hemoragik (SNH)

2. Identitas Penanggungjawab

- a. Nama : Ny. W
- b. Umur : 47 tahun
- c. Jenis kelamin : Perempuan
- d. Agama : Islam
- e. Suku : Islam
- f. Hubungan dengan klien : Istri klien
- g. Pendidikan terakhir : SD
- h. Alamat : Cidadap Rt 02/06 Karangpucung

B. Status Kesehatan

1. Status Kesehatan Saat Ini

- a. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama

Klien datang dengan keluhan lemah anggota gerak tubuh bagian kanan secara tiba-tiba saat sedang sholat. Keluhan disertai dengan bicara

pelo/tidak jelas dan muka mencong. Klien juga sempat tersedak saat minum.

b. Faktor pencetus

Klien memiliki penyakit hipertensi tetapi tidak terkontrol

c. Lamanya keluhan

Keluhan secara mendadak saat sedang sholat

d. Faktor yang memperberat

Tekanan darah klien tinggi

2. Status Kesehatan Masa Lalu

a. Penyakit yang pernah dialami (kaitan dengan penyakit sekarang)

Keluarga klien mengatakan dahulu klien juga pernah mengalami gejala stroke, tetapi langsung diobati sehingga sembuh

b. Kecelakaan

Tidak ada riwayat kecelakaan

3. Pernah Dirawat

a. Penyakit : Tidak pernah

b. Riwayat operasi : Tidak pernah

C. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

1. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

a. Persepsi tentang kesehatan diri

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien tidak pernah menjaga kesehatannya seperti hipertensi tidak terkontrol dll (klien tampak mengangguk)

b. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya

Keluarga klien mengatakan mengetahui penyakit yang dideritanya saat ini (klien tampak mengangguk)

c. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

1) Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat

Tidak ada kebiasaan diet

- 2) Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi

Klien menjaga kebersihan diri tetapi tidak rutin memeriksakan kesehatannya

- 3) Kemampuan klien untuk mengontrol kesehatan

- a) Yang dilakukan bila sakit

Bila sakit klien berobat dan minum obat

- b) Kemana klien biasa berobat bila sakit

Klien berobat ke pelayanan kesehatan terdekat

- c) Kebiasaan hidup

Klien tidak mengkonsumsi minuman alkohol dan tidak merokok

Kebiasaan olahraga klien adalah jalan kaki di sekitar rumah

Klien tidak mengkonsumsi obat/jamu tradisional

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1) Penghasilan : Rp 800.000,00

- 2) Asuransi/jaminan kesehatan : BPJS Non PBI

- 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal : Keluarga klien mengatakan keadaan di sekitar rumah bersih

2. Nutrisi, Cairan, dan Metabolik

- a. Gejala (subyektif)

- 1) Diet biasa (tipe) bubur 3 x/hari

- 2) Pola diet baik

- 3) Nafsu makan berkurang, tetapi tidak ada mual

- 4) Muntah : Tidak ada

- 5) Nyeri ulu hati : Tidak ada

- 6) Alergi makanan : Tidak ada

- 7) Masalah mengunyah/menalan : Klien tidak bisa mengunyah dan menelan makanan

- 8) Keluhan demam : Tidak ada

9) Pola minum/cairan : Air putih 1000 cc

10) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : Tidak ada

b. Tanda (Obyektif)

1) Suhu : 36,2 C

Diaphoresis : Tidak ada

2) Berat badan : 60 kg

Tinggi badan : 165 cm

Turgor kulit : Baik

Tonus otot : Lemah

3) Edema : Tidak ada

4) Ascites : Tidak ada

5) Integritas kulit perut : Baik

Lingkar abdomen : Tidak terkaji

6) Distensi vena jugularis : Tidak ada

7) Hernia/masa : Tidak ada

8) Bau mulut/halitosis : Tidak ada

9) Kondisi mukosa mulut : Mukosa tampak lembab

3. Pernafasan, Aktivitas, dan Latihan Pernafasan

a. Gejala subyektif

1) Dispneu : Tidak ada

2) Yang meningkatkan/mengurangi sesak : Tidak ada

3) Pemajaman terhadap udara berbahaya : Tidak ada

4) Penggunaan alat bantu : Tidak ada

b. Gejala subyektif

1) Frekuensi pernafasan : 20 x/menit

2) Penggunaan alat bantu nafas : Tidak ada

3) Batuk : Tidak ada

Sputum : Tidak ada

4) Fremitus : Tidak ada

Bunyi nafas : Normal (Vesikuler)

- 5) Egofoni : Tidak ada
Sianosis : Tidak ada
4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)
- a. Gejala subyektif
 - 1) Kegiatan dalam pekerjaan : Sebagai petani
 - 2) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas :
 - a) Pergerakan tubuh : Dibantu
 - b) Kemampuan merubah posisi : Perlu bantuan
Jelaskan : Karena anggota gerak tubuh bagian kanan tidak bisa digerakan
 - c) Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan dll) :
Perlu bantuan
 - 3) Toileting (BAB/BAK) : Perlu bantuan
 - 4) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : Tidak ada
 - 5) Mudah meras kelelahan : Tidak ada
 - 6) Toleransi terhadap aktivitas : Kurang
 - b. Tanda obyektif
 - 1) Respon terhadap aktivitas yang teramat : Aktivitas klien dibantu oleh keluarga
 - 2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi dll) : Baik
 - 3) Penampilan umum:
Tempak lemah : Ya, karena anggota gerak tubuh bagian kanan sudah bisa digunakan walaupun
Kerapian berpakaian : Rapi
 - 4) Pengkajian neuromuskuler:
Massa/tonus : Kurang/lemah
Kekuatan otot : Kekuatan otot tangan dan kaki kanan 2
sedangkan kekuatan otot tangan dan kaki kiri 5
Rentang gerak : Terbatas
Deformitas : Tidak ada

- 5) Bau badan : Tidak ada
Bau mulut : Tidak ada
Kondisi kulit kepala : Kulit kepala tampak bersih
Kebersihan kuku : Kuku tampak bersih

5. Istirahat

a. Gejala subyektif

- 1) Kebiasaan tidur

Klien mengatakan tidur teratur dengan lama waktu kurang lebih 8 jam

b. Tanda obyektif

- 1) Tampak mengantuk/mata sayu : Tidak ada
- 2) Mata merah : Tidak ada
- 3) Sering menguap : Tidak ada
- 4) Kurang konsentrasi : Tidak ada

6. Sirkulasi

a. Gejala subyektif

- 1) Riwayat hipertensi dan masalah jantung

Klien memiliki penyakit hipertensi yang tidak terkontrol

- 2) Riwayat edema kaki : Tidak ada
- 3) Flebitis : Tidak ada
- 4) Rasa kesemutan : Tidak ada
- 5) Palpitasi : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Tekanan darah : 186/90 mmHg
- 2) *Mean Arterial Pressure (MAP)* : Tidak terkaji
- 3) Nadi :
 - a) Karotis : Teraba
 - b) Femoralis : Tidak terkaji
 - c) Popliteal : Tidak terkaji
 - d) Jugularis : Teraba

- e) Radialis : 92 x/menit
- f) Dorsal pedis : Tidak terkaji
- g) Bunyi jantung : Tidak terkaji
- Irama jantung : Tidak terkaji
- h) Varises : Tidak ada
- Phlebitis : Tidak ada
- i) Warna membrane mukosa : Merah muda
- Bibir : Kering
- Konjungtiva : Tidak anemis
- Sklera : Tidak ikterik
- Punggung kuku : Baik < 2 detik

7. Eliminasi

a. Gejala subyektif

- 1) Pola BAB : 1 kali sehari (lunak)
- 2) Terpasang kolostomi : Tidak
- 3) Kesulitan BAB : Tidak
- Diare : Tidak
- 4) Penggunaan laksatif : Tidak
- 5) Waktu BAB terakhir : 15 Oktober 2023
- 6) Riwayat perdarahan : Tidak ada
- Hemorrhoid : Tidak ada
- 7) Riwayat inkontinensia alvi : Tidak ada
- 8) Riwayat penggunaan kateter : Tidak ada
- 9) Riwayat penggunaan diuretik : Tidak ada
- 10) Rasa nyeri/terbakar saat BAB : Tidak ada
- 11) Kesulitan BAK : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Abdomen
 - a) Inspeksi : Abdomen tidak membucit
 - b) Auskultasi : Bising usus 10 x/menit dengan bunyi normal

c) Perkusi

Bunyi timpani : Tidak ada

Kembung : Tidak ada

Bunyi abnormal : Tidak ada

d) Palpasi

Nyeri tekan : Tidak ada

Nyeri lepas : Tidak ada

Konsistensi : Lunak

Massa : Tidak ada

Pola BAB : 1x sehari berwarna kuning kecoklatan

Distensi kandung kemih : Tidak ada

Karakteristik urine : Berwarna kuning, bauk has urine,
jumlah 500 cc

8. Neurosensori dan Kognitif

a. Gejala subyektif

1) Adanya nyeri : Tidak ada

2) Rasa ingin pingsan/pusing : Tidak ada

3) Kelemahan : Anggota tubuh bagian kanan

4) Kejang : Tidak ada

5) Penurunan penglihatan : Tidak ada

6) Penurunan pendengaran : Tidak ada

7) Epistaksis/mimisan : Tidak ada

b. Tanda obyektif

1) Status mental : Kesadaran komposmentis

2) *Glasgow Coma Scale (GCS)* : E4 V afasia M6

3) Terorientasi

Mengetahui waktu, mengetahui tempat, dan mengenal orang saat ditanya

4) Persepsi sensori

Ilusi : Tidak ada

Halusinasi : Tidak ada

Delusi : Tidak ada

Afek : Tidak ada

5) Memori

Saat ini : Bisa menjelaskan kondisi saat ini walaupun tidak jelas

Masa lalu : Bisa mengingat kejadian dengan baik

6) Alat bantu pendengaran/penglihatan : Tidak ada

7) Reaksi pupil terhadap cahaya : Baik

8) Penampilan tampak kesakitan : Tidak ada

Respon emosional : Tidak ada

9. Keamanan

a. Gejala subyektif

1) Alergi

Obat-obatan : Tidak ada

Makanan : Tidak ada

2) Riwayat penyakit hubungan seksual : Tidak ada

3) Riwayat transfusi darah : Tidak ada

4) Riwayat cedera : Tidak ada

5) Riwayat kejang : Tidak ada

b. Tanda obyektif

1) Suhu tubuh : 36,2 °C

2) Integritas jaringan : Tidak ada

3) Jaringan parut : Tidak ada

4) Kemerahan/pucat : Tidak ada

5) Adanya luka : Tidak ada luka

6) Ekimosis/tand perdarahan : Tidak ada

7) Terpasang alat invasif : Tidak ada

8) Gangguan keseimbangan

Ada gangguan keseimbangan karena anggota gerak tubuh bagian

kanan mengalami kelemahan

9) Kekuatan umum

Anggota gerak tubuh bagian kiri bernilai 5 sedangkan anggota gerak tubuh bagian kanan bernilai 2

Parese/paralisa yaitu pada anggota gerak tubuh bagian kanan

10. Seksual dan Reproduksi

a. Gejala subyektif

- | | |
|------------------------------------------|-----------------|
| 1) Pemahaman terhadap fungsi seksual | : Tidak terkaji |
| 2) Gangguan hubungan seksual | : Tidak terkaji |
| 3) Permasalahan selama aktivitas seksual | : Tidak terkaji |
| 4) Pengkajian pada laki-laki | |
| Raba pada penis | : Tidak terkaji |
| Gangguan prostat | : Tidak terkaji |

b. Tanda obyektif

- | | |
|------------------------|-----------------|
| 1) Kutil genital, lesi | : Tidak terkaji |
|------------------------|-----------------|

11. Persepsi Diri, Konsep Diri dan Mekanisme Koping

a. Gejala subyektif

- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------|
| 1) Faktor stress | |
| Saat banyak pikiran/banyak masalah | |
| 2) Bagaimana klien dalam mengambil Keputusan | |
| Dibantu oleh keluarga | |
| 3) Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah | |
| Memecahkan masalah dengan berdiskusi bersama keluarga | |
| 4) Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang | |
| Berdoa dan berupaya/berobat | |
| 5) Perasaan cemas/takut | |
| Takut akan penyakitnya, takut tidak sembuh | |
| 6) Perasaan ketidakberdayaan | : Tidak ada |
| 7) Perasaan keputusasaan | : Tidak ada |
| 8) Konsep diri | |

Citra diri : Tn. T adalah seorang laki-laki dengan usia 57 tahun

Ideal diri : Klien ingin kembali sehat seperti dulu
Harga diri : Klien mengatakan sedang menjalani pengobatan
Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : Tidak ada
Konflik dalam peran : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Status emosional : Gelisah

12. Interaksi Sosial

a. Gejala subyektif

- 1) Orang terdekat : Keluarga
2) Kepada siapa meminta bantuan : Keluarga
3) Adakah kesulitan dalam keluarga : Tidak ada
4) Kesulitan berhubungan dengan nakes : Tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Kemampuan berbicara : Tidak jelas
Tidak dapat dimengerti, afasia
2) Pola bicara tidak biasa/kerusakan : Bicara pelo
3) Penggunaan alat bantu bicara : Tidak ada
4) Adanya trakeostomi : Tidak ada
5) Komunikasi verbal/non verbal : Verbal
6) Perilaku menarik diri : Tidak ada

13. Pola Nilai Kepercayaan dan Spiritual

a. Gejala subyektif

- 1) Sumber keyakinan bagi klien : Tuhan (Allah)
2) Perasaan menyalahkan Tuhan : Tidak ada
3) Menjalankan kegiatannya : Berdoa setiap saat
4) Masalah berkaitan dengan aktivitasnya selama dirawat

Selama dirawat klien tidak melakukan ibadah sholat dikarenakan kondisinya. Saat klien dijelaskan menganai sholat di tempat tidur, klien hanya mengangguk saja.

- 5) Pemecahan oleh klien
Klien berdoa untuk kesembuhannya
 - 6) Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada
 - 7) Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani : Tidak ada
- b. Tanda obyektif
- 1) Perubahan perilaku : Tidak ada
 - 2) Menolak pengobatan : Tidak ada
 - 3) Berhenti menjalankan aktivitas agama
Ada, klien mengatakan sulit sholat karena anggota gerak tubuh bagian kanan mengalami kelemahan
 - 4) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan
Tidak ada

Data Penunjang

1. Laboratorium
 - a. Leukosit netrofil : 71% (50-70)
 - b. Hemoglobin : 12,0 gr/dl (13,2-17,3)
 - c. HBSAG : Positif (Negatif)
2. EKG : Sinus Bradikardi
3. Obat-obatan
 - a. Infus NaCl
 - b. Inj furosemide
 - c. Aspilet chew tablet
 - d. Vitamin B complex tablet
 - e. Sucralfate suspense
 - f. Clopidogrel 75 mg tablet
 - g. Amlodipine 10 mg tablet

Analisa Data

No	SIGN	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kanan klien tidak bisa digerakan 2. Bicara klien tidak jelas 3. Memiliki Riwayat hipertensi yang tidak terkontrol <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Anggota gerak tubuh bagian kanan tidak bisa digerakan/mengalami kelemahan 2. Bicara klien terdengar pelo/tidak jelas 3. TD klien 189/90 mmHg 	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Hipertensi
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan klien tidak bisa melakukan aktivitas seperti biasa secara mandiri <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Aktivitas dan kebutuhan klien tampak dibantu dan dipenuhi oleh keluarganya 2. Klien tampak lemah dan berbaring di tempat tidur 	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan Kekuatan Otot
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien 	Gangguan Komunikasi Verbal	Gangguan Neuromuskular

	<p>mengatakan bicara klien tidak jelas</p> <p>2. Klien sempat tersedak saat minum</p> <p>DO :</p> <p>1. Tampak bicara klien terdengar pelo/tidak jelas</p>		
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Diagnosa Keperawatan

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Hipertensi (D. 0017)
2. Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot (D. 0054)
3. Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular (D. 0019)

Intervensi

Dx Keperawatan		SLKI	SIKI
Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D. D. 0017)		<p>SLKI : Perfusi Serebral (L. 02014)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Tekanan intra kranial (awal 4, akhir 1) 2.Tekanan darah sistolik (awal 2, akhir 5) 3.Tekanan darah diastolik (awal 2, akhir 5) 	<p>SIKI : Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I. 09325)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misal TD meningkat, bradikardia) 2. Monitor status pernafasan <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi semifowler <p><i>Kolaborasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis
Gangguan Mobilitas Fisik (D. 0054)	Fisik	<p>SLKI : Mobilitas Fisik (L. 05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Pergerakan ekstremitas (awal 2, akhir 5) 2.Kekuatan otot (awal 2, akhir 5) 3.Rentang gerak ROM (awal 2, akhir 5) 	<p>SIKI : Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi melakukan pergerakan (mengajarkan ROM) 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (ROM) 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini (dibantu)
Gangguan Komunikasi Verbal (D. 0119)		<p>SLKI : Komunikasi Verbal (L. 13118)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x8 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat, dengan kriteria hasil:</p>	<p>SIKI : Promosi Komunikasi Defisit Bicara (I. 13492)</p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume dan diksi bicara

	<p>1. Kemampuan berbicara (awal 2, akhir 5)</p> <p>2. Pelo (awal 4, akhir 1)</p>	<p><i>Terapeutik</i></p> <p>1. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal berdiri di depan pasien, meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</p> <p>2. Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>1. Anjurkan berbicara perlahan</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Implementasi

Tanggal	Implementasi	Evaluasi Respon	Paraf
16/10/2023	<p>1. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK (09.00)</p> <p>2. Memonitor status pernafasan (09.05)</p> <p>3. Memberikan posisi semi fowler (09.10)</p> <p>4. Mengkolaborasi pemberian diuretik osmosis (10.00)</p>	<p>S : Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi tapi tidak terkontrol O : TD 189/90 mmHg</p> <p>S : - O : RR 20 x/menit</p> <p>S : - O : Keluarga klien tampak mengangguk saat perawat mengatakan untuk memberikan posisi semifowler saat akan diberikan makan, minum, dan minum obat</p> <p>S : - O : Klien tampak mengangguk bersedia saat akan diberikan injeksi furosemide (untuk menurunkan tekanan darah)</p>	Nindra
16/10/2023	1. Memonitor kondisi umum selama	S : Keluarga mengatakan klien	Nindra

	<p>melakukan mobilisasi (12.45)</p> <p>2. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (12.50)</p> <p>3. Memfasilitasi melakukan pergerakan (mengajarkan ROM) (13.00)</p> <p>4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan (13.00)</p> <p>5. Mengajurkan melakukan ambulasi dini (bisa dibantu oleh keluarga klien) (13.20)</p>	<p>mengalami kelemahan anggota gerak tubuh bagian kanan O : Klien tampak sulit menggerakan anggota tubuh bagian kanan S : - O : Klien dan keluarga klien tampak mendengarkan saat dijelaskan mengenai mobilisasi dan tujuan dari ROM S : - O : Klien tampak mengangguk bersedia saat akan diajarkan mengenai ROM S : Keluarga klien mengatakan bersedia memperhatikan saat klien diajarkan mengenai ROM O : Keluarga klien tampak memperhatikan klien yang sedang diajarkan ROM S : - O : Klien dan keluarga tampak mengangguk mengerti</p>	
16/10/2023	<p>1. Memonitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume dan diksi bicara (13.30)</p> <p>2. Menyesuaikan gaya</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan klien sulit untuk bicara. Keluarga juga mengatakan klien sempat tersedak saat minum O : Klien tampak bicara pelan, volume suara masih bisa didengar walaupun terdengar tidak jelas S : -</p>	Nindra

	<p>komunikasi dengan kebutuhan (13.35)</p> <p>3. Mengulang apa yang disampaikan pasien (13.40)</p> <p>4. Menganjurkan berbicara secara perlahan (13.45)</p>	<p>O : Selain perawat berdiri di sebelah tempat tidur klien/di depan klien, keluarga juga membantu perawat untuk memperjelas ucapan dari klien</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien tampak mengangguk saat perawat mengulang pengucapan yang sebelumnya diucapkan oleh klien</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien tampak mengangguk. Keluarga klien tampak mengangguk saat diberi tahu untuk selalu mengajak klien berkomunikasi secara perlahan</p>	
17/10/2023	<p>1. Memonitor tanda dan gejala TIK (08.30)</p> <p>2. Memonitor status pernafasan (08.35)</p> <p>3. Mengkolaborasi pemberian obat (10.00)</p>	<p>S : -</p> <p>O : TD 158/90 mmHg</p> <p>S : -</p> <p>O : RR 20 x/menit</p> <p>S : -</p> <p>O : Amlodipine 10 mg tablet</p>	Nindra
17/10/2023	<p>1. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (09.00)</p> <p>2. Memfasilitasi melakukan pergerakan</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan klien sudah diajarkan ROM tetapi tangan dan kaki klien masih belum bisa ditekuk secara mandiri</p> <p>O : Keluarga klien tampak menjelaskan kondisi klien setelah dilatih ROM secara mandiri</p> <p>S : -</p> <p>O : Klien tampak</p>	Nindra

	(09.05) 3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan (09.25)	mengikuti gerakan yang dilakukan oleh perawat S : Keluarga mengatakan bersedia untuk membantu klien melakukan ROM O : Keluarga klien tampak mengangguk bersedia membantu klien dalam melakukan ROM	
17/10/2023	1. Memonitor kecepatan, tekanan, kulitas, volume, dan diksi bicara (09.30) 2. Mengulang apa yang disampaikan pasien (09.40) 3. Menganjurkan berbicara secara perlahan (09.50)	S : Klien sudah mulai bisa bicara sedikit-sedikit dan saat klien minum sudah tidak tesidak (klien minum dengan posisi semi fowler) O : Klien tampak sudah bisa bicara secara perlahan-lahan S : - O : Klien tampak mengangguk saat perawat mengulang pengucapan yang sebelumnya diucapkan oleh klien S : Klien menjawab iya O : Klien tampak mengangguk dan menjawab saat perawat menganjurkan untuk belajar berbicara secara perlahan	Nindra
18/10/2023	1. Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK (15.30) 2. Memonitor status pernafasan (15.35) 3. Mengkolaborasi pemberian obat (17.00)	S : - O : 142/89 mmHg S : - O : RR 20 x/menit S : - O : Amlodipine 10 mg	Nindra

		tablet (diberikan pada klien dengan posisi klien semi fowler)	
18/10/2023	<p>1. Memonitor kondisi umum selama pasien melakukan mobilisasi (16.00)</p> <p>2. Memfasilitasi melakukan pergerakan (mengajarkan ROM) (16.05)</p> <p>3. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam melakukan pergerakan (16.30)</p>	<p>S : Keluarga klien mengatakan klien sudah bisa menekuk tangan dan kaki kanan secara perlahan O : Klien tampak sudah bisa menekuk tangan dan kaki kanan walaupun masih tampak lambat dan lemah S : - O : Klien tampak mulai bisa melakukan pergerakan secara mandiri walaupun masih lambat</p> <p>S : Keluarga mengatakan selalu membantu klien melakukan ROM setiap hari O : Keluarga klien tampak membantu klien melakukan latihan ROM</p>	Nindra
18/10/2023	<p>1. Memonitor kecepatan, tekanan, kualitas, volume, dan diksi bicara (16.35)</p> <p>2. Mengajurkan berbicara secara perlahan (16.40)</p>	<p>S : Keluarga mengatakan klien sudah lumayan bisa berbicara O : Klien tampak sudah mulai berkomunikasi walaupun secara perlahan</p> <p>S : Keluarga mengatakan sering mengajak klien berkomunikasi O : Klien sudah tampak mulai bisa</p>	Nindra

		berkomunikasi	
--	--	---------------	--

Evaluasi

Tanggal	Dx Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
16/10/2023	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien memiliki Riwayat hipertensi yang tidak terkontrol <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. TD 189/90 mmHg 2. Keluarga klien tampak mengangguk saat perawat mengatakan untuk memberikan posisi semifowler saat akan diberikan makan, minum, dan minum obat 3. Klien tampak mengangguk saat perawat akan memberikan injeksi furosemide (untuk menurunkan tekanan darah) <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi risiko perfusi serebral tidak efektif</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intra kranial (awal 4, hasil 4, akhir 1) 2. Tekanan darah sistolik (awal 2, hasil 2, akhir 5) 3. Tekanan darah diastolik (awal 2, hasil 2, akhir 5) <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi dengan menurunkan tekanan darah</p>
16/10/2023	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan klien mengalami kelemahan anggota gerak tubuh bagian kanan 2. Keluarga klien mengatakan bersedia memperhatikan saat klien diajarkan mengenai ROM <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sulit

		<p>menggerakan anggota tubuh bagian kanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien dan keluarga klien tampak mendengarkan saat dijelaskan mengenai mobilisasi dan tujuan dari ROM 3. Klien tampak mengangguk bersedia saat akan diajarkan ROM 4. Keluarga klien tampak memperhatikan klien yang sedang diajarkan ROM <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas (awal 2, hasil 2, akhir 5) 2. Kekuatan otot (awal 2, hasil 2, akhir 5) 3. Rentang gerak ROM (awal 2, hasil 2, akhir 5) <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi latihan ROM pasif</p>
16/10/2023	Gangguan Komunikasi Verbal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien sulit untuk bicara. Keluarga juga mengatakan klien sempat tersedak saat minum <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak bicara pelan, volume suara masih bisa didengar walaupun terdengar tidak jelas 2. Selain perawat berdiri di sebelah tempat tidur klien/didepan klien, keluarga juga membantu perawat untuk memperjelas ucapan dari klien 3. Klien tampak mengangguk saat perawat mengulang

		<p>pengucapan yang sebelumnya diucapkan oleh klien</p> <p>4. Keluarga klien tampak mengangguk saat diberi tahu untuk selalu mengajak klien berkomunikasi secara perlahan</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara (awal 2, hasil 2, akhir 5) 2. Pelo (awal 4, hasil 4, akhir 1) <p>P : Lanjutkan intervensi dengan mengajak klien berbicara secara perlahan</p>
17/10/2023	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien sudah tidak tersedak saat minum air, klien makan dan minum dengan posisi semi Fowler <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 158/90 mmHg 2. RR 20 x/menit 3. Amlodipine 10 mg tablet <p>A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik (awal 2, hasil 3, akhir 5) 2. Tekanan darah diastolik (awal 2, hasil 3, akhir 5) <p>P : Lanjutkan intervensi dengan menurunkan tekanan darah</p>
17/10/2023	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien sudah diajarkan ROM tetapi tangan dan kaki klien masih belum bisa ditekuk

		<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. secara mandiri 2. Keluarga klien mengatakan bersedia untuk membantu klien melakukan ROM <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien tampak menjelaskan kondisi klien setelah dilatih ROM secara mandiri 2. Klien tampak mengikuti Gerakan yang dilakukan oleh perawat 3. Keluarga klien tampak mengangguk bersedia membantu klien dalam melakukan ROM <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan mobilitas fisik teratasasi sebagian</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas (awal 2, hasil 3, akhir 5) 2. Kekuatan otot (awal 2, hasil 2, akhir 5) 3. Rentang gerak ROM (awal 2, hasil 3, akhir 5) <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi dengan latihan ROM pasif</p>
17/10/2023	Gangguan Komunikasi Verbal	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien sudah mulai bisa bicara sedikit-sedikit dan saat klien minum sudah tidak tesedak (klien minum dengan posisi semi fowler) 2. Klien menjawab iya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sudah bisa bicara secara perlahan-lahan 2. Klien tampak mengangguk saat perawat mengulang pengucapan yang sebelumnya diucapkan oleh klien 3. Klien tampak mengangguk

		<p>dan menjawab saat perawat menganjurkan untuk belajar berbicara secara perlahan</p> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratas Sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara (awal 2, hasil 3, akhir 5) 2. Pelo (awal 4, hasil 3, akhir 1) <p>P : Lanjutkan intervensi dengan ajak berbicara/berkomunikasi secara perlahan-lahan</p>
18/10/2023	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyaman duduk dengan semi fowler <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. TD 142/89 mmHg 2. RR 20 x/menit 3. Amlodipine 10 mg tablet (diberikan pada klien dengan posisi klien semi fowler) <p>A : Masalah keperawatan perfusi serebral tidak efektif teratas sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah sistolik (awal 2, hasil 4, akhir 5) 2. Tekanan darah diastolik (awal 2, hasil 4, akhir 5) <p>P : Intervensi dihentikan</p>
18/10/2023	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien sudah bisa menekuk tangan dan kaki kanan secara perlahan 2. Keluarga klien mengatakan selalu membantu klien melakukan latihan ROM setiap hari <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sudah bisa

		<p>menekuk tangan dan kaki kanan walaupun masih tampak lambat dan lemah</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Klien tampak mulai bisa melakukan pergerakan secara mandiri walaupun masih tampak lambat, lemah dan lemas 3. Keluarga klien tampak membantu klien dalam melakukan latihan ROM <p>A :</p> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas (awal 2, hasil 4, akhir 5) 2. Kekuatan otot (awal 2, hasil 3, akhir 5) 3. Rentang gerak ROM (awal 2, hasil 4, akhir 5) <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>
18/10/2023	Gangguan Komunikasi Verbal	<p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan klien sudah lumayan bisa berbicara/berkomunikasi 2. Keluarga mengatakan sering mengajak klien berkomunikasi <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sudah mulai bisa berkomunikasi 2. Klien tampak sudah mulai berkomunikasi walaupun secara perlahan <p>A :</p> <p>Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan berbicara (awal 2, hasil 4, akhir 5) 2. Pelo (awal 4, hasil 2, akhir 1) <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan</p>

