

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 01 Juni 2022 dengan menggunakan format pengkajian klien keperawatan kritis.

1. Identitas klien

Nama : Tn. B
Status : Menikah
TTL/Usia : Kota Bangun, 01-07-1951
Alamat : Jl. Pateh Kota RT.09 Kota Bangun Seberang
Agama : Islam
Pendidikan : Tidak tamat SD
Pekerjaan : Tidak berkerja
Tanggal Pengkajian : 01 juni 2022
Diagnosa medis : SNH

2. Keluhan Utama

a. Keluhan Utama (Tahun 2017)

Keluarga klien mengatakan kurang lebih 5 tahun lalu saat malam hari sekitar jam 9 malam tiba-tiba merasa pusing, muntah dan lemah anggota gerak kaki dan tangan bagian kanan, kemudian klien tidak bisa berbicara . keluarga tidak membawa klien langsung ke pelayanan kesehatan terdekat karena mengira klien hanya kelelahan, namun keluarga semakin khawatir karena klien semakin lemah dan mulai

sesak nafas. Kemudian setelah itu klien dibawa ke RS DAYAKU RAJA KOTA BANGUN.

b. Keluhan Saat Pengkajian (01 Juni 2022)

Keluarga klien mengatakan saat ini seluruh anggota gerak merasakan lemah sulit untuk digerakkan dan susah untuk berbicara . Keluarga mengatakan klien sulit makan dan mudah tersedak.

c. Alasan Dirawat Di Rumah Sakit

Saat dibawa ke RS DAYAKU RAJA KOTA BANGUN klien di diagnosa mengalami stroke non hemoragik dan hipertensi. Saat itu tekanan darah klien sangat tinggi namun keluarga klien lupa tekanan darahnya berapa. Karena perlunya observasi stroke non hemoragik dan tekanan darah klien, maka di rawat di rumah sakit.

3. Data Khusus

a. Primary Survei

1) Airway

Tidak ada masalah dengan jalan nafas, jalan nafas klien bersih. Tidak terdapat sumbatan, mucus berlebih, dan tidak ada pula suara jalan nafas yang abnormal.

2) Breathing

Klien bernapas secara spontan, RR 26x/I regular, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, dan tidak ada distraksi dinding dada. Klien tidak terpasang alat bantu pernafasan. tidak ada kelainan bentuk dada, saat di auskultasi suara nafas klien vesikuler, tidak ada mucus berlebih, dan klien tidak mengalami

batuk. Namun terkadang sering tersedak saat makan dan minum lalu batuk.

- 3) Tidak ada perdarahan, TD : 170/100 mmHg, Nadi : 87x/i, T : 36,7 C, akral teraba hangat. CRT < 2 detik, turgor kulit < 2 detik.

b. Secondary Survey

1) B1 (Breathing)

Klien bernapas secara spontan, RR 26x/I regular, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, dan tidak ada distraksi dinding dada. tidak ada kelainan bentuk dada, saat di auskultasi suara nafas klien vesikuler, tidak ada mucus berlebih, dan klien tidak mengalami batuk. Namun terkadang sering tersedak saat makan atau minum lalu batuk.

2) B2 (Brain)

Kesadaran klien apatis dengan GCS (E4M6V3). Pupil mata klien isokor, beraksi positif terhadap cahaya, myosis 3 mm. klien mengalami hemiparese, kekuatan otot ekstremitas atas klien 2 | 2, ekstremitas bawah 2 | 2. Saat dilakukan test fungsi motorik dengan cara menggenggam benda sederhana, anggota motorik atas dekstra dan sinistra klien tidak mampu menggenggam. Klien masih mampu merasakan sensasi tajam. dan tumpul. Skor untuk NIHSS adalah 21 (Defisit neurologis berat).

3) B3 (Blood)

TD : 170/100 mmHg, Nadi : 87x/i, T : 36,7 C, akral teraba

hangat. CRT < 2 detik, turgor kulit < 2 detik, tidak terdapat distensi vena jugularis.

4) B4 (Bladder)

Klien tidak terpasang kateter urine, klien tidak memiliki riwayat penyakit ISK, gangguan prostat, dan batu saluran kemih. Input . tidak ada nyeri tekan pada bladder, bladder kosong/tidak penuh, tidak ada massa. Tidak terdapat edema.

5) B5 (bowel)

Abdomen klien simetris, tidak ada pembesaran abnormal. Tidak ada distensi ataupun asites. Klien tidak memiliki riwayat penyakit hemoroid dan melena. Saat dilakukan pengkajian, klien sudah tidak BAB selama 2 hari, jika BAB hanya sedikit-sedikit, warna kuning kecokelatan, tidak ada bercampur darah. Tidak ada nyeri tekan pada semua kuadran, BU : 12x/i.

6) B6 (Bone)

Tidak ada fraktur dan deformitas. Tidak ada kemerahan atau bengkak pada bagian yang mengalami kekakuan sendi. Kekuatan otot ekstremitas atas 2 | 2, ekstremitas bawah 2 | 2.

c. Pengkajian Tambahan

1) Pengkajian Pola Fungsional Gordon

a) Persepsi dan manajemen kesehatan

Keadaan kesehatan klien saat ini tidak begitu baik, klien mengalami stroke non hemoragik yang membuat klien mengalami kelemahan pada anggota gerak sehingga

membatasi pergerakan klien. Klien memiliki harapan agar bisa cepat sembuh. Klien sudah lama mengalami hipertensi, namun keluarga mengatakan klien jarang memeriksakan kesehatannya ke pelayanan kesehatan, dan hanya minum obat warung apabila mengalami sakit kepala. Klien tidak mengonsumsi alkohol atau obat-obatan terlarang.

b) Nutrisi dan Metabolik

Klien tidak memiliki alergi terhadap makanan tertentu, klien sangat menyukai daging dan makanan bersantan saat dirumah. Tidak ada penurunan BB selama 6 bulan terakhir. Kulit kering dan pada anggota gerak kiri dan kanan mengalami penurunan sensasi dan hambatan mobilitas sehingga memiliki risiko untuk terjadinya ulcer kulit.

c) Eliminasi

(1) BAK

Saat dirumah, klien tidak memiliki masalah dengan pola BAK. Klien tidak ada mengalami nikturia dan dysuria, klien tidak ada nyeri tekan pada bladder, bladder kosong/tidak penuh, dan tidak ada massa.

(2) BAB

Saat dirumah, klien tidak memiliki gangguan pada pola BAB. Namun, terkadang klien susah BAB, namun tidak berkelanjutan. keluarga klien mengatakan menggunakan pampers karena tidak mampu pergi ke wc,

klien sudah 2 hari tidak BAB, jika BAB hanya sedikit-sedikit, warna kuning kecokelatan, tidak pernah bercampur darah.

d) **Aktivitas dan Latihan**

Saat dirumah keluarga klien mengatakan hanya ditempat tidur dan tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri. Klien melakukan mika miki dibantu oleh keluarga dan dilatih ROM Pasif pada anggota gerak yang mengalami hemiparase/kelemahan.

Tabel 3.1 Barthel Index (BI)

Activity Daily Living (ADL)	0	1	2	3
Makan (Feeding) Keterangan skor : 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri	√			
Mandi (Bathing) Keterangan Skor : 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	√			
Perawatan diri (Grooming) Keterangan Skor : 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur	√			
Berpakaian (Dressing) Keterangan Skor : 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (misal mengancing baju) 2 = Mandiri	√			
Buang air kecil (Bladder) Keterangan Skor : 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)		√		
Buang air besar (Bowel) Keterangan Skor : 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema)		√		

1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)				
Penggunaan Toilet Keterangan Skor : 0 = Tergantung bantuan orang lain 1 = Merbutuhkan bantuan, tapi dapat melakukan beberapa hal sendiri 2 = Mandiri	√			
Transfer Keterangan Skor : 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri	√			
Moobilisasi Keterangan Skor : 0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)	√			
Naik Turun Tangga Keterangan Skor : 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bnatuan (alat bantu) 2 = Mandiri	√			
Total		2		

Interpretasi Hasil :

20 : Mandiri

12 – 19: Ketergantungan Ringan

9 – 11 : Ketergantungan Sedang

5 – 8 : Ketergantungan Berat

0 – 4 : Ketergantungan Total

Berdasarkan pada tabel diatas didapatkan total hasil interpretasi 2, yang artinya pemenuhan ADL klien mengalami ketergantungan total.

Tabel 3.2 Hasil Screening Afasia (FAST)

No	Aspek Komunikasi	Item Penilaian	Skoring
1	Pemahaman	<p>Perhatikan gambar pemandangan dan gambar bentuk ini, dengarkan apa yang saya katakan dan tunjukkan gambar yang dimaksud. Jika meminta pengulangan instruksi berarti nilainya error. Berikan skor untuk setiap jawaban yang benar. Skor 0 – 10.</p> <p>i. Skema pemandangan alam</p> <ol style="list-style-type: none"> Sawah Gunung Pohon Orang ditengah sawah Rumah dipinggir sawah <p>i. Gambar bentuk:</p> <ol style="list-style-type: none"> Persegi Panjang Persegi empat Kerucut dan lingkaran Kerucut Segilima (Piramida) 	<p>1.6</p> <p>2.2</p>
2	Pengucapan	<p>a. Tunjukkan pasien gambar pemandangan alam dan katakan “Sebutkan sebanyak mungkin gambar yang dapat kamu lihat atau namai segala sesuatu yang kamu lihat pada gambar ini. Range skor 0 –5.</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mampu menyebutkan nama objek satupun Dapat menamai 1 – 2 objek Dapat menamai 3 – 4 objek Dapat menamai 5 – 7 objek Dapat menamai 8 – 9 objek Dapat menamai 10 objek <p>b. Pindahkan kartu bergambar dari hadapan pasien dan informasikan bahwa sekarang kamu mencoba kondisi yang sedikit berbeda, kemudian katakan padanya menyebutkan nama-nama binatang yang diamampu/yang ada dalam pikirannya selama 1 menit. Skor 0 – 5</p> <ol style="list-style-type: none"> Tidak mampu menyebutkan satupun binatang 	<p>a.2</p> <p>b.1</p>

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Dapat menyebutkan 1 – 2 3. Dapat menyebutkan 3 – 5 4. Dapat menyebutkan 6 – 9 5. Dapat menyebutkan 10-14 6. Dapat menyebutkan 15 atau lebih 	
3	Membaca	<p>Tunjukkan pasien skema pemandangan alam dan kartu membaca, katakan pada pasien agar membaca di dalam hati saja, tidak dengan suara keras dan lakukan instruksi yang dibaca. Berikan skor 1 untuk setiap jawaban yang benar. Skor 0 – 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak dapat melakukan instruksi 2. Tunjuk gambar pohon 3. Ambil kertas bergambar 4. Ambil pensil 5. Tunjuk gambar gunung 6. Tunjuk gambar orang ditengah sawah 	3
4	Menulis	<p>Tunjukkan skema pemandangan alam pada pasien dan katakan “tuliskan sebanyak mungkin yang kamu bias tentang apa yang terjadi di dalam gambar. Jika tangan dominan yang terkena, maka gunakan tangan tidak dominan selama 5 menit. Skor 0 – 5</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak mampu menuliskan satupun 2. Dapat menuliskan 1- 2 3. Dapat menuliskan 2 – 3 4. Dapat menuliskan 4 	0
	Total		14

Hasil penilaian, dikatakan afasia jika :

- (1) Usia sampai 60 tahun mempunyai nilai dibawah 27
- (2) Usia diatas 60 mempunyai nilai dibawah 25

Keterangan:

- (1) Afasia Motorik
- (2) Afasia Sensorik

(3) Afasia Global

Hasil dari skor screening afasia adalah 14, yang artinya bisa dikatakan afasia karna nilai dibawah 25

Klien mengalami afasia motorik : pasien dapat mengerti instruksi namun sulit mengungkapkan dalam kata atau membentuk kalimat secara lengkap.

NIHSS (*National Institute Health Stroke Scale*)

Pengkajian Tingkat Keparahan Stroke

Tabel 3.3 NIHSS (*National Institute Health Stroke Scale*)

No	Parameter yang dinilai	Skala	Skor
1a	Tingkat Kesadaran	0 = Sadar penuh 1 = Samnolen 2 = Stupor 3 = Koma	0
1b	Menjawab pertanyaan (tanyakan bulan dan usia pasien)	0 = Benar semua 1 = 1 Benar/ETT/Disatria 2 = Salah semua/Afasia/Stupor/coma/Ggn Pemahaman	1
1c	Mengikuti perintah (Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, mengenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain)	0 = Mampu melakukan 2 perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan	1
2	Gaze (Melihat gerakan jari telunjuk)	0 = Normal 1 = Abnormal pada 1 mata 2 = Deviasi konyugat kuat/paresis konyugat pada 2 mata (diam)	1
3	Visual (Lakukan dengan mata ditutup sebelah, menghitung jari pemeriksa 1,2,5)	0 = Normal 1 = Kuadrianopsis 2 = Hemianopia total 3 = Hemianopia bilateral/butakortikal	0
4	Paresis Wajah (Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan menutup mata). Nb. Coma lakukan dengan rangsang nyeri	0 = Normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum simetris) 2 = Paresis wajah partial (Paresis wajah	1

		bawah total atau hampir total) 3 = Paresis wajah total (Paresis wajah sisi atau 2 sisi)	
5	Motorik lengan (Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 45 bila tidur berbaring atau 90 bila posisi duduk)	0 = Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 = Lengan terjatuh sebelum 10 detik 2 = Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 atau 45 3 = Tidak mampu mengangkat hanya begeser 4 = Tidak ada gerakan 5a untuk nilai lengan kiri 5b untuk nilai lengan atas	5a.1 5b.3
6	Motorik Tungkai (Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30)	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ketempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 = Tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 3 = Tidak mampu melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan 6a Nilai tungkai kiri 6b Nilai tungkai kanan	6a.4 6b.4
7	Ataksia Anggota Badan (Menggunakan tes tunjuk jari dengan jari telunjuk ke hidung)	0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstremitas 2 = Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	0
8	Sensorik (Lakukan tes tajam-tumpul pada seluruh tubuh dari wajah, lengan, badan, hingga tungkai) Pasien afasia diberi nilai 1 Pasien stupor atau coma diberi nilai 2	0 = Normal 1 = Gangguan sensorik ringan hingga sedang. (Ada gangguan sensorik terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh) 2 = Gangguan sensorik berat atau total	0
9	Kemampuan Berbahasa (Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar)	0 = Normal 1 = Afasia ringan hingga sedang (Ada bolong-bolong jawabanya) 2 = Afasia berat (Tidak ada respon)	1

		3 = Mutediam, Afasia global, coma	
10	Disartria (Baca tulisan)	0 = Normal / artikulasi baik 1 = Disartria ringan 2 = Disartria berat	2
11	(Pengabaian)	0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut : Visual, Taotile, Auditory 2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas	2
		Total Nilai	21

Keterangan :

Skor < 5 : Defcicit Neurologis Ringan

Skor 6-14 : Deficit Neurologis Sedang/Cukup Berat

Skor 15-24 : Deficit Neurologis Berat

Skor > 25 : Deficit Neurologis Sangat Berat

Berdasarkan pada tabel diatas didapatkan skor 21, yang artinya klien mengalami deficit neurologis berat.

Tabel 3.4 Skala Resiko Jatuh

Faktor Resiko	Skala	Skore	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh akibat penyakit akut, pembedahan dan geropsyhiatric dalam 3 bulan	Ya		25
	Tidak	0	0
Diagnosa sekunder lebih dari satu diagnosa	Ya	15	15
	Tidak	0	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda – benda sekitar		30
	Furniture Kruk, Tongkat, Walker		15
	Tidak menggunakan / Bedrest selalu di bantu	0	0
Menggunakan IV Cateter	Ya		20
	Tidak	0	0
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang/diseret)	20	20

	Lemah		10
	Normal, Bedrest, Kursi roda		0
Status mental	Tidak sadar akan kemampuannya / post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0
Total Skore		35	

Keterangan :

≥ 45 : Resiko tinggi

25-44 : Resiko sedang

0-24 : Resiko rendah

Berdasarkan pada tabel diatas didapatkan skor 20, yang artinya klien berada di resiko rendah.

Tabel 3.5 Skala Norton

Skala Norton				
Penilaian	4	3	2	1
Status Fisik	Baik	√ Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status Mental	Sadar	√ Apatis	Bingung	Stupor
Aktivitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	√ Ditempat tidur
Mobilitas	Bebas bergerak	√ Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
Inkontinensia	√ Kontinensia	Kadang	Selalu inkotinensia	Inkontinesia
	4	9		1
Total Skor	14			

Keterangan :

Skor < 12 : Resiko tinggi terjadi dekubitus

Skor 12-15 : Resiko sedang terjadi dekubitus

Skor 16-20 : Resiko rendah terjadi dekubitus

e) Tidur dan Istirahat

Saat dirumah, klien tidak pernah mengalami gangguan dengan pola tidur yang mengganggu. Klien biasanya tidur 6

– 7 jam/hari, klien jarang tidur siang. Seseekali, klien susah untuk tidur, namun tidak berkepanjangan.

f) Kognitif dan Persepsi

Klien tidak memiliki masalah pada pola pendengaran, penglihatan, dan pengecapan. Klien mampu berhitung sesuai dengan instruksi, ucapan klien tidak jelas (pelo).

Keluarga klien mengatakan tidak begitu paham dengan kondisi Tn. B saat itu, karena itu pertama kalinya Tn. B dirawat di rumah sakit. Saat serangan muncul, klien sempat hanya dirawat di rumah dan tidak langsung dibawa ke pelayanan kesehatan karena keluarga tidak mengetahui kondisi penyakit yang dialami oleh Tn. B pada saat itu. Namun sekarang keluarga sudah cukup mengetahui kondisi Tn.B dari dokter, perawat yang pernah merawat dan dari internet.

g) Persepsi diri dan konsep diri

Keluarga klien mengatakan sedih dengan keadaan klien yang saat ini. Keluarga klien cepat pulih dan kembali sehat. Keluarga klien takut dengan keadaan klien akan terus seperti saat ini.

h) Peran Hubungan

Klien memiliki hubungan yang harmonis dengan keluarganya. Setiap jam makan, keluarga klien siap untuk

memberi makan klien, dan klien selalu dijenguk oleh keluarga dan orang terdekatnya.

i) Seksualitas dan Reproduksi

Saat ini klien tidak memikirkan hal apapun kecuali ingin segera sehat, klien memiliki 6 orang anak.

j) Koping dan Toleransi Strees

Klien biasanya menceritakan keluhan kesahnya dengan keluarganya terutama dengan istrinya. Klien tidak pernah melampiaskan stressnya dengan cara yang maladaptif seperti mengonsumsi alcohol atau menggunakan obat-obatan terlarang.

k) Nilai dan Kepercayaan

Klien beragama islam dan klien percaya bahwa Allah SWT akan selalu menjaganya, serta melindunginya. Klien hanya bisa sabar dan terus berdoa agar Allah selalu memberikan yang terbaik untuknya.

d. Pengkajian Head to toe

1) Kepala dan Leher

Kepala mesocephal tidak ada massa, rambut distribusi merata tekstur halus, kulit kepala berminyak. Pupil isokor, bereaksi positif. kongjungtiva tidak anemis dan sclera tidak ikterik. Telinga bersih dan masih mendengar dengan baik, tidak menggunakan alat bantu dengar. Hidung klien bersih, tidak ada massa dan mucus berlebih. Bibir kering dan pecah-pecah, gigi

klien diatas 2 dan dibawah 1, bersih dan tidak berbau, lidah sedikit kotor, klien tidak memakai gigi palsu. Leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan kelenjar getah bening. Tidak terdapat distensi vena jugularis.

2) Thoraks (dada)

I : tidak ada kelainan bentuk dada, dada naik turun simetris, RR : 26x/i, regular, tidak terdapat pernafasan cuping hidung dan tidak ada distraksi dinding dada.

P : tidak terdapat kelainan kontur atau deformitas, tidak ada nyeri tekan. Ictus cordis tidak teraba.

P : saat diperkusi sonor
suara nafas vesikuler (tidak ada suara nafas tambahan), bunyi jantung S1 dan S2 normal (tidak ada

A : murmur).

3) Abdomen

I : abdomen simetris, tidak ada distensi dan asites, tidak ada bekas operasi dan luka pada abdomen.

A : bising usus : 12x/i.

P : tidak ada nyeri tekan pada semua kuadran

P : timpani pada kuadran kiri (atas dan bawah) dan kuadran kanan (bawah), dan dullness pada kuadran kanan (atas).

4) Genetalia

Klien tidak terpasang kateter hanya menggunakan pampers.

Klien tidak memiliki riwayat ISK, gangguan prostat, dan batu saluran kemih. Tidak ada nyeri tekan pada bladder, bladder kosong, tidak ada massa. Tidak terdapat edema pada tubuh klien.

5) Ekstremitas

Terjadi kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah . Tidak ada fraktur dan deformitas, tidak ada kemerahan atau bengkak pada bagian yang mengalami kekauan sendi. Kekuatan otot ekstremitas atas 2 | 2 dan ekstremitas bawah 2 | 2.

6) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran klien apatis dengan nilai GCS : E4M6V3
= 13

7) Pupil

Pupil mata isokor, bereaksi positif terhadap cahaya, tidak ada nistagmus dan strabismus.

8) Motorik

Klien mengalami kelemahan pada anggota motoric atas dan bawah sebelah kanan dan kiri, sehingga fungsi motoric tangan dan kaki mengalami penurunan/gangguan. Dalam test sederhana, klien tidak mampu menggenggam benda dan tidak mampu mengangkat kaki.

9) Sensorik

Klien masih mampu membedakan sensasi tajam dan tumpul meski mengalami penurunan/gangguan.

e. Pemeriksaan Syaraf Kranial (Cranial Nerves)

1) N1 (Olfaktorius)

Klien mampu membedakan bau-bauan, saat ditest klien bisa menyebutkan bau minyak kayu putih dan minyak zaitun walaupun tidak jelas dalam peyebutannya.

2) N2 (Optikus)

Klien mampu mnyebutkan angka yang dibentuk dengan jari oleh pemeriksa dari jarak 50cm walaupun pengucapan kurang jelas. lapang pandang klien mengalami penurunan.

3) N3, N4, N6 (Okulomotorius, Troklearis,)

Reflek cahaya pupil positif,, tidak ada deviasi maupun strabismus, klien mampu melihat jari tanpa menengok.

4) N5 (Trigeminus)

Klien mampu membedakan rasa tajam dan tumpul, hangat dan dingin.

5) N7 (Fasialis)

Klien dapat mengangkat alis, mengerutkan dahi, dan senyum klien tidak simetris.

6) N8 (Vestibulo Coclearis)

Klien masih mampu mendengar gesekan jari dan detakan jarum jam tangan. Test keseimbangan tidak dilakukan, karena klien tidak mampu berdiri.

7) N9, N10 (Glossofaringeus dan Vagus)

Klien beisa merasakan/membedakan rasa manis dan asam

8) N11 (Assesorius)

Klien tidak mampu mengangkat bahu sebelah kanan dan kiri (terjadi kelemahan) dan klien juga tidak kuat melawan tahanan pada pipi.

9) N12 (Hipoglosus)

Klien tidak mampu menjulurkan lidah, lidah sulit digerakkan ke kiri dan ke kanan.

f. Pemeriksaan Reflek Fisiologi

1) Refleks Biseps

Saat diketuk pada tendon otot biseps tidak terdapat refleks biseps pada tangan kanan dan kiri klien. Hasil pemeriksaan refleks bisep negatif (-).

2) Refleks Triseps

Tidak dilakukan

3) Refleks Patella

Tidak dapat dilakukan karena klien tidak mampu untuk duduk dengan kaki menggantung.

4) Refleks Tendon Achilles

Saat tendon Achilles diketuk pada tungkai kanan dan kiri, tidak ada pergerakan atau kontraksi sehingga tidak ada refleks achilles negatif (-).

g. Pemeriksaan Refleks Patologis

1) Refleks Babinski

Saat diberikan goresan pada telapak kaki kanan dan kiri dari tumit hingga pangkal jari, tidak ada reaksi pergerakan . Hasil reflek Babinski negative (-).

2) Refleks Chaddock

Saat diberikan goresan pada bagian lateral malleolus, pada kaki kanan dan kiri tidak ada reaksi.

3) Refleks Gordon

Saat dicubit bagian betis kanan dan kiri, tidak ada reaksi.

4) Refleks Oppenheim

Tidak dilakukan

5) Refleks Schaefer

Pada kaki kanan saat dicubit dibagian tendon assiles tidak ada reaksi dan kaki kiri saat dicubit ada sedikit reaksi.

h. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tidak ada

b. Terapi obat (obat rutin)

Amplodipin 10mg

4. Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Problem
1	<p>Ds Keluarga klien mengatakan seluruh anggota gerak atas dan bawah klien terasa kaku dan sulit untuk digerakkan</p> <p>Do - Saat dilakukan test fungsi motorik dengan cara menggenggam benda sederhana, anggota gerak atas</p>	Gangguan Neuromuskular	Gangguan moblitas fisik

	<p>dan bawah kanan, dan kiri tidak mampu menggenggam.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skor untuk NHSS adalah 21 (defisit neurologi berat) - Didapatkan total hasil interpretasi 2, yang artinya pemenuhan ADL klien mengalami ketergantungan total - Kekuatan otot ekstremitas atas 2 2 dan ekstremitas bawah 2 2. Skor barthel indeks (BI) adalah 2 dimana klien memiliki ketergantungan total dalam melakukan aktivitas - Kekuatan otot menurun - Sendi kaku - Fisik lemah - Rentang gerak menurun 		
2	<p>Ds</p> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sulit untuk berbicara - Bicara pelo - Sulit memahami komunikasi - hasil dari screening afasia adalah 14, yang artinya bisa dikatakan afasia dengan keterangan mengalami afasia motorik pasien dapat mengerti instruksi namun sulit mengungkapkan dalam kata atau membentuk kalimat secara lengkap. 	Gangguan Muskuloskeletal	Gangguan komunikasi verbal
3	<p>Ds</p> <p>Keluarga klien mengatakan awal serangan muncul tangan dan kaki kanan tidak bisa diangkat dan sulit digerakan namun sekarang tangan dan kaki kanan dan kiri semakin melemah dan sulit untuk digerakan.</p> <p>Do</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/100 mmhg - RR 26x/menit - Nadi 87x/menit - Suhu tubuh 36,7 C - GCS 13 / apatis (mata 4, verbal 3, dan motorik 6 - Pupil isokor - Skala NHSS pasien 21 (defisit neurologi berat) 	Hipertensi	Risiko perfusi serebral tidak efektif
4	<p>Ds</p> <p>Keluarga klien mengatakan miring kanan miring kiri dibantu karna klien tidak bisa mika miki secara mandiri.</p> <p>Do</p>	Penurunan mobilitas	Risiko gangguan intergritas kulit/jaringan

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien hanya berbaring ditempat tidur - Nilai skala ADL : 2 yang artinya pemenuhan adl klien mengalami ketergantungan total - Klien mengalami tirah baring kurang lebih 5 tahun - Kulit klien kering dan penurunan sensasi 		
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan Neuromuskular
2. Gangguan komunikasi verbal b/d Gangguan Muskuloskeletal
3. Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d Hipertensi
4. Risiko gangguan integritas kulit/ jaringan b/d penurunan mobilitas
5. Risiko Jatuh b/d kekuatan otot menurun
6. Risiko Aspirasi b/d Disfagia
7. Gangguan Menelan b/d gangguan saraf kranialis
8. Defisit Perawatan Diri b/d gangguan neuromuskular
9. Koping Komunitas Tidak Efektif b/d ketidakadekuatan sumber daya untuk pemecahan masalah

C. Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan Neuromuskular	Setela dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam, mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan Ekstremitas (5) 2. Kekuatan Otot (5) 3. Rentang Gerak (5) Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkatkan 5. Meningkatkan 	Pengaturan Posisi (I.01019) <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 1.2. Atur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi 1.3. Motivasi melakukan ROM pasif 1.4. Motivasi terlibat dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan 1.5. Ubah posisi setiap 2 jam

2	Gangguan komunikasi verbal b/d Gangguan Muskuloskeletal	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan komunikasi verbal membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan Berbicara Meningkat (5) 2. Pelo Menurun (5) 3. Pemahaman Komunikasi Membaik (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup Meningkatkan 5. Meningkatkan <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Mmembaik 5. Membaik 	<p>Promosi Komunitas : Defisit Bicara (I.13492)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi volume 2.2. Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer) 2.3. Ulangi apa yang disampaikan pasien 2.4. Anjurkan berbicara pelan 2.5. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
3	Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d Hipertensi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan perfusi serebral membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sakit Kepala Menurun (5) 2. Tekanan Darah Sistolik Membaik (5) 3. Tekanan Darah Diastolik Membaik (5) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup Meningkatkan 3. Sedang 4. Cukup Menurun 5. Menurun <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik 	<p>Edukasi Diet (I.12369)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1. Identifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu 3.2. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan 3.3. Jelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan 3.4. Informasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang 3.5. Rekomendasikan resep makanan yang sesuai dengandiet, jika perlu
4	Risiko gangguan integritas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Perawatan tirah baring (I.14572)

	kulit/jaringan b/d penurunan mobilitas	selama 3 x 24 jam,diharapkan integritas kulit membaik dengan kriteria hasil : 1. Suhu kulit membaik (5) 2. Sensasi membaik (5) 3. Tekstur membaik (5) Ket : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. membaik	9.1 monitor kondisi kulit 9.2 monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot) 9.3 pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut 9.4 berikan latihan gerak aktif atau pasif 9.5 ubah posisi setiap 2 jam
--	----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

D. Intervensi Inovasi

Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi	Intervensi
Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	Imobilisasi rentang gerak (ROM Pasif)	1.1. Mencuci tangan 1.2. Beri penjelasan kepada pasien mengenai tindakan yang akan kita lakukan dan meminta pasien untuk bekerja sama saat tindakan berlangsung (pasien harus mengetahui manfaat dari terapi) 1.3. Beri kesempatan pada pasien dan keluarga untuk bertanya 1.4. Atur posisi klien nyaman mungkin 1.5. Hindari pakain yang ketat dan mengganggu 1.6. Perhatikan rentang gerak sendi klien 1.7. Lakukan rom pada bagian leher (fleksi, ekstensi) 8 kali/gerakan 1.8. Lakukan rom pada bagian bahu dan siku (fleksi, ekstensi, abduksi dan sirkumduksi) 8x pergerakan 1.9. Lakukan rom pasif pada pergelangan tangan (fleksi, ekstensi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, dan sirkumduksi) 8 kali/gerakan 1.10. Lakukan rom pasif pada jari-jari tangan (fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, hiperekstensi, abduksi, adduksi, dan sirkumduksi) 8 kali/gerakan 1.11. Lakukan rom pasif pada ibu jari (fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi, oposisi jari, dan sirkumduksi) 8 kali/gerakan 1.12. Lakukan rom pasif pada kaki dan pergelangan kaki fleksi, ekstensi, abduksi, oposisi jari dan sirkumduksi) 8 kali/gerakan 1.13. Evaluasi fungsi motoric klien setelah diberikan intervensi inovasi berupa mobilisasi (rom pasif)

Hasil Intervensi inovasi imobilisasi rentang gerak (ROM) pasif dengan alat ukur/pedoman kekuatan otot

No	Hari dan Tanggal	Jam 09.00		Jam 16.00	
		Sebelum	Sesudah	Sebelum	Sesudah
1	02 Juni 2022	2	2	2	2
2	03 Juni 2022	2	2	2	2
3	04 Juni 2022	2	2	2	2
4	05 Juni 2022	2	3	3	3
5	06 Juni 2022	3	3	3	3

E. Implementasi Inovasi dan Evaluasi

Hari / Tanggal	Dx Kep	Implementasi	Evaluasi																
Kamis, 02 Juni 2022	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi - Mengatur posisi tidur yang disukai, jika tidak kontraindikasi - Memotivasi rom pasif dan aktif - Memotivasi dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan - Ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S: Keluarga klien mengatakan seluruh anggota gerak atas dan bawah klien terasa kaku dan sulit untuk digerakkan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saat dilakukan test fungsi motorik dengan cara menggenggam benda sederhana, anggota gerak atas dan bawah kanan, dan kiri tidak mampu menggenggam. - Skor untuk nhss adalah 21 (defisit neurologi berat) - Didapatkan total hasil interpretasi 2, yang artinya pemenuhan adl klien mengalami ketergantungan total - Kekuatan otot ekstemitas atas 2 2 dan ekstemitas bawah 2 2. Skor barthel indeks (BI) adalah 2 dimana klien memiliki ketergantungan total dalam melakukan aktivitas - Kekuatan otot menurun - Sendi kaku - Fisik lemah - Rentang gerak menurun <p>A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstemitas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Pergerakan ekstemitas	2	5	2	Kekuatan otot	2	5	2	Rentang gerak	2	5	2
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Pergerakan ekstemitas	2	5	2																
Kekuatan otot	2	5	2																
Rentang gerak	2	5	2																
Kamis, 02 Juni 2022	2	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu - Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan - Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan - Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang - Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengandiet, jika perlu 	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sulit untuk berbicara - Bicara pelo - Sulit memahami komunikasi - hasil dari screening afasia adalah 14, yang artinya bisa dikatakan afasia dengan keterangan mengalami afasia motorik pasien dapat mengerti instruksi namun sulit mengungkapkan dalam kata atau membentuk kalimat secara lengkap. <p>A: Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pemahaman komunikasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 3.1, 3.2, 3.2, 3., 3.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Kemampuan berbicara	2	5	2	Pelo	3	5	3	Pemahaman komunikasi	3	5	3
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Kemampuan berbicara	2	5	2																
Pelo	3	5	3																
Pemahaman komunikasi	3	5	3																

Kamis, 02 Juni 2022	3	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi volume - Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan dan komputer) - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara pelan <p>Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</p>	<p>S: Keluarga klien mengatakan awal serangan muncul tangan dan kaki kanan tidak bisa diangkat dan sulit digerakan namun sekarang tangan dan kaki kanan dan kiri semakin melemah dan sulit untuk digerakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarag klien mengatakan minum obat amplodipine 10mg jika merasa pusing dan setelah periksa tekanan darah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 170/100 mmhg - RR 26x/menit - Nadi 87x/menit - Suhu tubuh 36,7 C - GCS 13 / apatis (mata 4, verbal 3, dan motorik 6 - Pupil isokor - Skala NHSS pasien 21 (defisit neurologi berat) <p>A: Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="906 808 1469 936"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tekanan diastolik</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Sakit kepala	3	5	3	Tekanan darah sistolik	2	5	2	Tekanan diastolik	2	5	2
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Sakit kepala	3	5	3																
Tekanan darah sistolik	2	5	2																
Tekanan diastolik	2	5	2																
Kamis, 02 juni 2022	4	<ul style="list-style-type: none"> - monitor kondisi kulit - monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot) - pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut - berikan latihan gerak aktif atau pasif - ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S : Keluarga klien mengatakan miring kanan miring kiri dibantu karna klien tidak bisa mika miki secara mandiri.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien hanya berbaring ditempat tidur - Nilai skala ADL : 2 yang artinya pemenuhan adl klien mengalami ketergantungan total - Klien mengalami tirah baring kurang lebih 5 tahun - Kulit klien kering dan penurunan sensasi <p>A : Masalah keperawatan risiko intergritas kulit belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="906 1339 1469 1467"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sensasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekstur</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Suhu kulit	4	5	4	Sensasi	3	5	3	Tekstur	3	5	3
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Suhu kulit	4	5	4																
Sensasi	3	5	3																
Tekstur	3	5	3																
Jumat , 03 Juni 2022	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi - Memotivasi rom pasif dan aktif - Memotivasi dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan - Ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S: Keluarga klien mengatakan seluruh anggota gerak atas dan bawah klien terasa kaku dan sulit untuk digerakkan</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti arahan dengan melakukan latihan rom - Keluarga klien membantu ubah posisi setiap 2 jam - Klien masih terlihat lemah - Dan sendi kaku <p>A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="906 1865 1469 1993"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Pergerakan ekstremitas	2	5	2	Kekuatan otot	2	5	2	Rentang gerak	2	5	2
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Pergerakan ekstremitas	2	5	2																
Kekuatan otot	2	5	2																
Rentang gerak	2	5	2																

			P: Lanjutkan intervensi 1.1, 1.3, 1.4, 1.5																
Jumat, 03 Juni 2022	2	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi volume - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara pelan 	<p>S: Keluarga klien mengatakan masih sulit untuk memahami jika klien bicara</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suara klien keras namun sulit dipahami - Suara pelo - hasil dari screening afasia adalah 14, yang artinya bisa dikatakan afasia dengan keterangan mengalami afasia motorik pasien dapat mengerti instruksi namun sulit mengungkapkan dalam kata atau membentuk kalimat secara lengkap. <p>A: Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pemahaman komunikasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Kemampuan berbicara	2	5	2	Pelo	3	5	3	Pemahaman komunikasi	3	5	3
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Kemampuan berbicara	2	5	2																
Pelo	3	5	3																
Pemahaman komunikasi	3	5	3																
Jumat, 03 Juni 2022	3	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu - Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan - Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan - Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang - Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet, jika perlu 	<p>S: Keluarga klien mengatakan sekarang lebih menjaga makanan yang diberikan dan menghindari makanan yang bisa menyebabkan tekanan darah tinggi.</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti sarah yang telah diberikan - Klien lebih menjaga makanan - TD : 170/90 mmhg - RR 26x/menit - Nadi 87x/menit - Suhu tubuh 36,7 C - GCS 13 / apatis (mata 4, verbal 3, dan motorik 6 - Pupil isokor - Skala NHSS pasien 21 (defisit neurologi berat) <p>A: Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tekanan diastolik</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Sakit kepala	4	5	4	Tekanan darah sistolik	2	5	2	Tekanan diastolik	2	5	2
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Sakit kepala	4	5	4																
Tekanan darah sistolik	2	5	2																
Tekanan diastolik	2	5	2																
Jumat, 03 juni 2022	4	<ul style="list-style-type: none"> - monitor kondisi kulit - monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot) - pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut - berikan latihan gerak aktif atau pasif - ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S : keluarga klien mengatakan mika miki masih dibantu, dan klien dioleskan minyak zaitun agar kulit tetap lembab</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien dikasih minyak zaitun untuk melembabkan kulit - klien ubah posisi setiap 2 jam - Klien hanya berbaring ditempat tidur - Nilai skala ADL : 2 yang artinya pemenuhan adl klien mengalami ketergantungan total - Klien mengalami tirah baring kurang lebih 5 tahun - Kulit klien agak lembab <p>A : Masalah keperawatan risiko intergritas kulit teratasi sebagian</p>																

			Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
			Suhu kulit	4	5	4																
			Sensasi	3	5	3																
			Tekstur	3	5	4																
			P : lanjutkan intervensi 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5																			
Sabtu, 04 Juni 2022	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi - Memotivasi rom pasif dan aktif - Memotivasi dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan - Ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S: Keluarga klien mengatakan anggota gerak masih lemah</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti arahan untuk melakukan latihan ROM 2x sehari walaupun belum bisa sampai selesai karna merasa capek - Kekuatan otot atas 2 2 bawah 2 2 - Anggota gerak klien masih lemah - Klien semangat untuk latihan <p>A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>				Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Pergerakan ekstremitas	2	5	2	Kekuatan otot	2	5	2	Rentang gerak	2	5	2
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																			
Pergerakan ekstremitas	2	5	2																			
Kekuatan otot	2	5	2																			
Rentang gerak	2	5	2																			
			P : lanjutkan intervensi 1.1, 1.3, 1.4, 1.5																			
Sabtu, 04 Juni 2022	2	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi volume - Ulangi apa yang disampaikan pasien - Anjurkan berbicara pelan 	<p>S: Keluarga klien mengatakan masih sulit untuk memahami jika klien bicara</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suara klien keras namun sulit dipahami - Suara pelo - hasil dari screening afasia adalah 14, yang artinya bisa dikatakan afasia dengan keterangan mengalami afasia motorik pasien dapat mengerti instruksi namun sulit mengungkapkan dalam kata atau membentuk kalimat secara lengkap. <p>A: Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan berbicara</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Pemahaman komunikasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Kemampuan berbicara	2	5	2	Pelo	3	5	3	Pemahaman komunikasi	3	5	3
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																			
Kemampuan berbicara	2	5	2																			
Pelo	3	5	3																			
Pemahaman komunikasi	3	5	3																			
			P: Lanjutkan intervensi 3.1, 3.2, 3.3																			
Sabtu, 04 Juni 2022	3	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi kebiasaan pola makan saat ini dan masa lalu - Menjadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan - Menjelaskan tujuan kepatuhan diet terhadap kesehatan - Menginformasikan makanan yang diperbolehkan dan dilarang - Merekomendasikan resep makanan yang sesuai dengan diet, jika perlu 	<p>S: Keluarga klien mengatakan sekarang lebih menjaga makanan yang diberikan dan menghindari makanan yang bersantan dan asin yang bisa menyebabkan tekanan darah tinggi</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti sarah yang telah diberikan - Klien lebih menjaga makanan - Klien tidak merasa pusing - TD : 140/90 mmhg - RR 26x/menit - Nadi 85x/menit - Suhu tubuh 36 C - GCS 13 / apatis (mata 4, verbal 3, dan motorik 6 - Pupil isokor - Skala NHSS pasien 21 (defisit neurologi berat) <p>A: Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p>																			

			Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
			Sakit kepala	4	5	4																
			Tekanan darah sistolik	4	5	4																
			Tekanan diastolik	4	5	4																
			P: Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, 2.5																			
Sabtu, 04 juni 2022	4	<ul style="list-style-type: none"> - monitor kondisi kulit - monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot) - pertahankan seprei tetap kering, bersih dan tidak kusut - berikan latihan gerak aktif atau pasif - ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S : keluarga klien mengatakan selalu menjaga seprei tetap kering, dan mengoleskan minyak zaitun agar kulit tetap lembab</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien dikasih minyak zaitun untuk melembabkan kulit - klien ubah posisi setiap 2 jam - Klien hanya berbaring ditempat tidur - Nilai skala ADL : 2 yang artinya pemenuhan adl klien mengalami ketergantungan total - Klien mengalami tirah baring kurang lebih 5 tahun - Kulit klien lembab <p>A : Masalah keperawatan risiko intergritas kulit teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Sensasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekstur</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Suhu kulit	4	5	4	Sensasi	3	5	3	Tekstur	3	5	4			
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																			
Suhu kulit	4	5	4																			
Sensasi	3	5	3																			
Tekstur	3	5	4																			
Minggu, 05 Juni 2022	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi - Memotivasi rom pasif dan aktif - Memotivasi dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan - Ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti arahan untuk melakukan latihan ROM 2x sehari pagi dan sore - Klien sudah bisa melakukan ROM pasif sampai selesai - Klien semangat untuk latihan - Kekuatan otot atas 3 2 bawah 3 2 - Ektremitas tangan dan kaki kiri bisa mengangkat/menahan lebih dari 5 detik yang sebelumnya tidak bisa sama sekali - Ektremitas kanan tangan dan kaki masih lemah <p>A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Awal</th> <th>Target</th> <th>Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1, 1.3, 1.4, 1.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Pergerakan ekstremitas	2	5	3	Kekuatan otot	2	5	3	Rentang gerak	2	5	3			
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																			
Pergerakan ekstremitas	2	5	3																			
Kekuatan otot	2	5	3																			
Rentang gerak	2	5	3																			
Senin, 06 Juni 2022	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi - Memotivasi rom pasif dan aktif - Memotivasi dalam perubahan posisi, sesuai kebutuhan - Ubah posisi setiap 2 jam 	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengikuti arahan untuk melakukan latihan ROM 2x sehari pagi dan sore - Klien sudah bisa melakukan ROM pasif sampai selesai - Klien semangat untuk latihan - Kekuatan otot atas 3 3 bawah 3 3 <table border="1"> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	3	3	3	3															
3	3																					
3	3																					

			<ul style="list-style-type: none"> - Extremitas tangan dan kaki kiri dan kanan bisa mengangkat lebih dari 5 detik yang sebelumnya tidak bisa sama sekali - Extremitas kanan tangan dan kaki agak masih lemah namun sudah bisa mengangkat/menahan dg waktu 3 detik yang sebelumnya tidak bisa sama sekali. - Nilai adl klien masih 2 yaitu ketergantungan total <p>A: Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik sebagian teratasi</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Kriteria hasil</th> <th style="width: 10%;">Awal</th> <th style="width: 10%;">Target</th> <th style="width: 10%;">Hasil</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1, 1.3, 1.4, 1.5</p>	Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil	Pergerakan ekstremitas	2	5	3	Kekuatan otot	2	5	3	Rentang gerak	2	5	3
Kriteria hasil	Awal	Target	Hasil																
Pergerakan ekstremitas	2	5	3																
Kekuatan otot	2	5	3																
Rentang gerak	2	5	3																