

**BAB III**  
**TINJAUAN KASUS**

**A. Pengkajian**

**Nama Mahasiswa** : Yohana A. Tungka  
**Tempat Praktik** : RSUD Sleman, ruangan Alamanda 1  
**Tanggal Praktik** : 24-29 Juli 2023  
**Tanggal Pengkajian** : 24 Juli 2023. Jam 09.30  
**Sumber data** : Pasien, Keluarga Pasien dan Rekam Medis

---

**A. DATA UMUM KLIEN**

No. RM : 45\*\*\*\*  
Nama Klien : Ny.N  
Umur : 66 tahun  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Palalangan, Pandowoharjo, Sleman, Yogyakarta  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Petani  
Status : Belum menikah  
Agama : Islam  
Tanggal masuk : 21 Juli 2023  
Ruang : Alamanda 1  
Diagnosa Medis : Hemiparase sinistra ec susp SNH; Hipertensi

**B. RIWAYAT KESEHATAN**

**Alasan masuk RS:**

Pasien masuk ke RS pada tanggal 21 Juli 2023 dengan keluhan nyeri dan kesemutan di kaki sejak 18 Juli 2023. Tidak ada mual muntah, tidak ada diare, tidak ada diare, tidak ada diare, tidak ada nyeri perut, BAK normal, tidak ada penurunan nafsu makan-minum.

**Keluhan utama saat ini:**

Pasien mengeluh tegang di tengkuk, pusing, nyeri dan kesemutan di kaki kiri.

**Riwayat kesehatan masa lalu:**

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pasien mengatakan baru mengetahui mengalami hipertensi sekitar 1 bulan yang lalu.

**Riwayat kesehatan keluarga:**

Pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki penyakit menular, gangguan kejiwaan, dan penyakit kronis lainnya.

**Penyakit keturunan:**

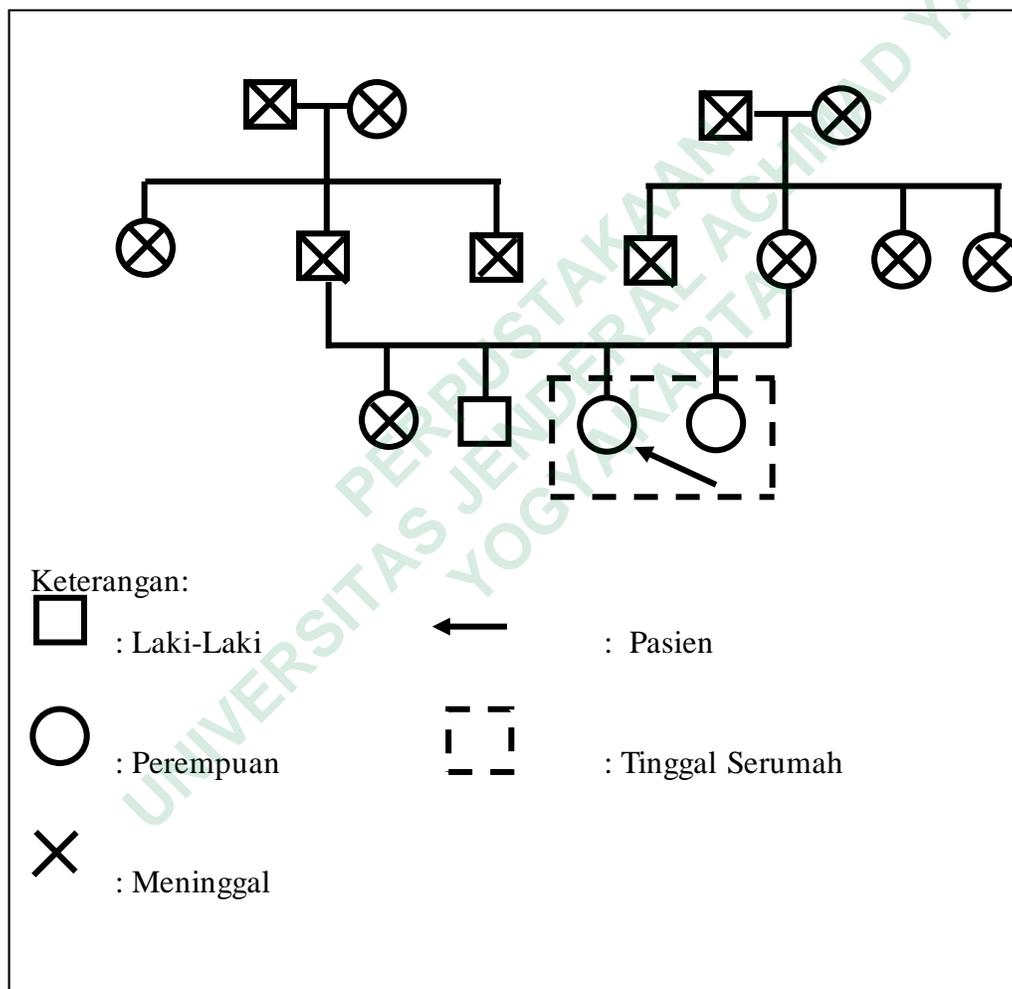
Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keturunan

**Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya:**

Pasien mengatakan belum pernah mengalami kecelakaan dan belum pernah menjalani pembedahan.

**Riwayat Alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh:**

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi obat ataupun makanan. Pasien mengatakan tidak ada obat rutin yang di minum dan belum mulai minum obat hipertensi secara rutin.

**Genogram****Gambar 3. 1 Genogram**

## 1. Sistem Pernafasan

- a. Dispnea : ~~Ya~~/Tidak
- b. Sputum : ~~Ya~~/Tidak
- c. Riwayat penyakit : ~~Ya~~/Tidak
  - Bronktis
  - Asthma
  - TBC
  - Emphysema
  - Pneumonia
- d. Merokok : ~~Ya~~/Tidak
- e. Respirasi : 20 x/menit; Dalam/~~Dangkal~~; Regular/~~Irregular~~; Simetris/~~tidak~~
- f. Penggunaan otot bantu pernapasan: ~~Ya~~/Tidak
- g. Fremitus : ~~Ya~~/Tidak
- h. Nasal flaring : ~~Ya~~/Tidak
- i. Sianosis : ~~Ya~~/Tidak
- j. Pemeriksaan Thorax
  - 1) Inspeksi : Pergerakan dinding dada simetris antara dada kanan dan dada kiri
  - 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, taktil fremitus normal
  - 3) Perkusi : Sonor (Resonant) di kedua lapangan paru (interpretasi Normal)
  - 4) Auskultasi : Suara pernapasan vesikuler, tidak terdengar wheezing pada kedua lapangan paru. (Interpretasi Normal)
  - 5) Lain-lain : Tidak ada

## 2. Sistem Kardiovaskular

- a. Riwayat Penyakit : ~~Ya~~/Tidak
  - Hipertensi: Ya/~~Tidak~~. Pasien mengatakan mengalami hipertensi sekitar 1 bulan yang lalu.
  - Penyakit gangguan jantung: ~~Ya~~/Tidak
- b. Edema kaki : ~~Ya~~/Tidak
- c. Plebitis : ~~Ya~~/Tidak
- d. Claudicatio : ~~Ya~~/Tidak
- e. Dysreflexia : ~~Ya~~/Tidak
- f. Palpitasi : ~~Ya~~/Tidak; Sinkop: ~~Ya~~/Tidak
- g. Rasa kebas/kesemutan : ~~Ya~~/Tidak
- h. Batuk darah : ~~Ya~~/Tidak
- i. TD : 170/110 mmHg, pengukuran di: lengan; Posisi pengukuran: Tidur/~~Berdiri~~/~~Duduk~~
- j. Nadi : 110x/menit diukur di ~~carotis~~/~~temporal~~/~~jugular~~/~~radial~~/~~femoral~~/~~popliteal~~/~~post~~/~~tibial~~/~~dorsalis pedis~~
- k. Kualitas nadi : Lemah/Kuat/~~tidak teraba~~
- l. CRT : < 2 detik.
- m. Homans sign : Homans sign negative (tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas bawah pada saat kaki di dorsofleksikan)

- n. Abnormalitas kuku : Kuku tampak bersih, pendek, kuat, tidak rapuh, berwarna putih kemerah-merahan.
- o. Perubahan kulit : Tidak muncul perubahan pada kulit
- p. Membran mukosa : Membran mukosa lembab
- q. Pemeriksaan Kardio
- 1) Inspeksi : *Ictus cordi* tidak terlihat (interpretasi normal)
  - 2) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan. *Ictus cordi* terletak di garis midklavikula sinistra intercostae V.
  - 3) Perkusi : Batas jantung kanan pada linea sternalis kanan, batas jantung kiri pada sela iga V garis midklavikula kiri. Bunyi pekak pada batas jantung.
  - 4) Auskultasi : Vesikuler, suara jantung pertama dan kedua normal (lup-dup), tidak didapatkan bising jantung.
  - 5) Lain-lain : Tidak ada

### 3. Sistem Gastrointestinal

#### a. Antropometri

BB: 60 kg TB: 160 cm IMT: 23,4 LLA: 27 cm

Gizi kurang

Gizi baik

Gizi lebih

Berat badan: 60 Kg, ada perubahan BB: ~~Ya~~/Tidak

#### b. Biokimia

Hb : 14,1 gr/dl Hmt: Tidak ada

Albumin : Tidak ada Serum Glukosa: Tidak ada

#### c. Clinical sign

- 1) Turgor kulit : Turgor kulit elastis
- 2) Membran mukosa : Membran mukosa tampak lembab
- 3) Edema : ~~Ya~~/Tidak
- 4) Ascites : ~~Ya~~/Tidak
- 5) Pembesaran tiroid : ~~Ya~~/Tidak
- 6) Gigi dan mulut : Kondisi gigi dan mulut tampak bersih, tidak ada perdarahan pada gusi, beberapa gigi sudah tanggal, tidak ada karies gigi, tidak ada penggunaan gigi palsu.
- 7) Kondisi lidah : Tidak ada stomatitis, tidak ada lesi, kondisi lidah tampak bersih
- 8) Halitosis : ~~Ya~~/Tidak
- 9) Hernia : ~~Ya~~/Tidak
- 10) Massa abdomen : ~~Ya~~/Tidak
- 11) Bising usus : 12 x/menit
- 12) Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:
  - Inpeksi : Abdomen terlihat datar, bentuk simeteris, tidak ada perubahan warna kulit ataupun lesi di kulit sekitar area abdomen.

- Auskultasi : Peristaltik usus normal (bising usus 12 x/menit)
- Perkusi : Perkusi abdomen timpani dan perkusi hati berbunyi redup (dullnes). (interpretasi normal)
- Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan dan tidak teraba massa

#### 4. Diet

- Pola makan sebelum dirawat: 3x/sehari; waktu: pagi jam 07.00 WIB, siang jam 12.00 WIB, malam, jam 18.30 WIB.
- Pola makan selama sakit : 3x/sehari; waktu: pagi jam 07.30 WIB, siang jam 12.00 WIB, malam, jam 19.00 WIB.
- Pantang makanan : ~~Ya~~/Tidak
- Suplemen makanan : ~~Ya~~/Tidak
- Nafsu makan turun : ~~Ya~~/Tidak
- Mual/Muntah : ~~Ya~~/Tidak
- Alergi makanan : ~~Ya~~/Tidak
- Masalah dalam menelan : ~~Ya~~/Tidak
- Gigi Palsu : ~~Ya~~/Tidak
- Penggunaan diuretic : ~~Ya~~/Tidak
- Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: ~~Ya~~/Tidak
- Kebutuhan cairan selama sakit:

- BB pasien = 60 kg
- Kebutuhan Cairan:  
10 kg pertama = 1.000 cc  
10 kg ke-dua = 500 cc  
BB 60-20 = 40 =800 ml  
Kebutuhan Cairan=1.000+500+800=2.300
- IWL:

$$IWL = \frac{10-15 \times kg BB}{24 \text{ Jam}} = \frac{10 \times 60}{24} = \frac{600}{24} = 24 \text{cc/jam atau } 25 \times 24 \text{ Jam} = 600 \text{cc}/24 \text{Jam}$$

- Balance cairan selama 24 jam

**Tabel 3. 1 Balance Cairan**

Intake	Output	Balance cairan
Parenteral: 1.500cc (Infus) Makan + minum : 550cc +250cc =800cc	Urine : 1.150 cc IWL : 600 cc Feses : 200 cc Muntah : tidak ada Drain : Tidak ada Darah : Tidak ada	<b>Input</b> - <b>output+IWL:</b> <b>2.300 - 1.950cc</b>
<b>Total : 2.300cc</b>	<b>Total : 1.950 cc</b>	<b>+350 cc</b>

## 5. Sistem Neurosensori

- a. Merasa pusing/mau pingsan : ~~Ya/Tidak~~. Pasien mengatakan saat merasa pusing dan tegang di tengkuk. Pasien tampak gelisah dan tegang.
- b. Sakit kepala : ~~Ya/Tidak~~. Pasien tampak meringis, sesekali memegang kepala
- c. Kesemutan/Kebas/lemah : ~~Ya/Tidak~~. Pasien mengatakan kaki kiri terasa kebas dan susah di gerakan
- d. Riwayat stroke : ~~Ya/Tidak~~
- e. Kejang : ~~Ya/Tidak~~
- f. Kehilangan daya penglihatan : ~~Ya/Tidak~~
- g. Glaukoma: ~~Ya/Tidak~~; Katarak : ~~Ya/Tidak~~; Alat bantu penglihatan: ~~Ya/Tidak~~
- h. Kehilangan daya pendengaran: ~~Ya/Tidak~~
- i. Alat bantu dengar : ~~Ya/Tidak~~,
- j. Pengecap : Tidak ada gangguan pengecap, pasien mampu menyebutkan rasa makanan
- k. Penghidu : Tidak ada gangguan penghidu, pasien mampu menyebutkan dan mendeskripsikan aroma yang didekatkan ke hidung
- l. Peraba : Pasien mampu merasakan dan menyebutkan kembali area mana yang diberikan stimulus (sentuhan) oleh perawat
- m. Status mental : Pengukuran status mental-kognitif hasilnya 30, interpretasi normal.
- n. Orientasi : Waktu: Normal/~~Tidak~~;  
Tempat: Normal/~~Tidak~~;  
Orang: Normal/~~Tidak~~; Situasi: Normal/~~Tidak~~
- o. Tingkat kesadaran : Komposmentis
- p. GCS : E:4 M:5 V:6 Total: 15
- q. Afek (gambarakan) : Stabil (pasien menunjukkan emosi yang sesuai dengan stimulus)
- r. Memori : Pasien mampu menyebutkan apa saja kegiatan yang baru saja dilakukan dan rangkaian aktivitas selama seharian (memori jangka pendek normal). Pasien mampu menceritakan kejadian yang dialami dalam kurun waktu 6 bulan yang lalu dan di validasi oleh keluarga (memori jangka Panjang normal).
- s. Pupil : Isokor/~~anisokor~~; ukuran: 4mm, reaksi cahaya: R: reflek pupil normal (mata kanan mengecil saat terkena cahaya dan membesar saat di tempat gelap) /L: reflek pupil normal (mata kiri mengecil saat terkena cahaya dan membesar saat di tempat gelap).
- t. Facial droop : ~~Ya/Tidak~~

- u. Postur tubuh : Postur tubuh bungkuk, tidak ada kelainan bentuk pada tulang belakang.
- v. Reflek tendon : Tendon triceps: normal (ekstensi lengan bawah pada siku). Tendon Biceps: normal (fleksi lengan bawah pada siku).
- w. Paralisis : Ya/~~Tidak~~. Pasien mengalami paralisis pada kaki kiri.
- x. Nyeri : Ya/~~Tidak~~. P=Proses Penyakit (Hemiparase ekstremitas bawah sinistra ec susp SNH), Q=Tertusuk-tusuk; R= Kepala; S=3; T=Hilang timbul. Pasien tampak meringis, sesekali memegang kepala

## 6. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kegiatan utama sebelum sakit: pasien mengatakan kegiatan utama yaitu jadi menjadi petani dan beres-beres rumah.
- b. Kegiatan senggang: pasien mengatakan jika senggang, ia suka menonton TV
- c. Kondisi keterbatasan: Pasien mengatakan pada hari jumat 21 Juli 2023, ketika berada di rumah, pasien merasa kaki kirinya kebas dan tidak bisa digerakan, ia sempat jatuh dan tidak bisa berdiri. Pasien di bantu keluarga segera ke rumah sakit. Pasien mengatakan saat ini sulit menggerakan kaki kirinya dan susah untuk berjalan.
- d. Tidur malam: Ya/~~tidak~~, jam 11.00 Tidur siang: ~~Ya~~/Tidak
- e. Kesulitan untuk tidur: ~~Ya~~/Tidak; Insomnia: ~~Ya~~/Tidak
- f. Sulit bangun tidur: ~~Ya~~/Tidak
- g. Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: ~~Ya~~/Tidak
- h. Rentang gerak: Ekstremitas kiri atas rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kanan atas rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%), ekstremitas kiri bawah rentang gerak terbatas (50%), ekstremitas kanan bawah rentang gerak penuh tanpa hambatan (100%).
- i. Kekuatan otot: Ekstremitas kiri atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kiri bawah skala 2 (mengangkat sendi dengan bantuan), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh).
- |   |   |
|---|---|
| 5 | 5 |
| 5 | 2 |
- j. Deformitas: tidak ada kelainan anatomi tulang kaki
- k. Postur: kifosis/lordosis/skoliosis
- l. Gaya berjalan: pasien tidak mampu berjalan dengan normal karena kaki kiri tidak dapat diangkat.
- m. Pengkajian resiko jatuh menggunakan morse fall scale: = 80 (resiko jantung tinggi)
- n. Kemampuan ADL's  
(Menggunakan kode 2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

Tabel 3. 2 Kemampuan ADL'S

	0	1	2
Buang air besar		√	
Buang air kecil		√	
Menggunakan toilet		√	
Berdandan	√		
Makan	√		
Berpakaian		√	
Berpindah tempat		√	
Mobilisasi		√	
Naik tangga		√	
Mandi		√	

Ket: Kebutuhan ADL' sebagian besar di bantu oleh keluarga dan perawat.

## 7. Sistem Integumen

- a. Riwayat alergi : Pasien mengatakan tidak ada riwayat alergi
- b. Riwayat imunisasi : Pasien mengatakan sudah tidak ingat pernah mendapatkan imunisasi apa saja, terakhir pasien mendapat vaksin covid-19.
- c. Perubahan sistem imun : Tidak ada
- d. Transfusi darah : ~~Ya~~/tidak
- e. Temperatur kulit : 36,8 C dan kulit teraba hangat
- f. Diaphoresis : Tidak ada
- g. Integritas kulit : Bagus/~~kurang~~; Scar: ~~Ya~~/Tidak; Rash: Ya/~~Tidak~~, lokasi: petechiae muncul di permukaan kulit; Laserasi: ~~Ya~~/tidak
- h. Ulcer : ~~Ya~~/Tidak
- i. Luka bakar : ~~Ya~~/Tidak
- j. Pressure Ulcer : Skor 23 interpetasi normal, pasien tidak memiliki resiko luka tekan.
- k. Edema : Tidak ada edema
- l. Lain – lain : Tidak ada

## 8. Sistem Eliminasi

### a. Fecal

- 1) Frekuensi BAB : 1-2 x/ hari
  - Konstipasi : Pasien mengatakan tidak mengalami konstipasi
  - Diare : Pasien mengatakan tidak diare
- 2) Karakteristik feses
  - Konsistensi : Lunak
  - Warna : Coklat kekuningan
  - Bau : Khas feses
- 3) Penggunaan laxative: ~~Ya~~/Tidak

- 4) Perdarahan per anus: ~~Ya~~/Tidak
- 5) Hemoroid : ~~Ya~~/Tidak

**b. Bladder**

- 1) Inkontinensia : ~~Ya~~/Tidak
- 2) Urgensi : ~~Ya~~/Tidak
- 3) Retensi urin : ~~Ya~~/Tidak
- 4) Frekuensi BAK : 4-5x /hari
- 5) Karakteristik Urin : Urin berwarna kuning pekat seperti teh
- 6) Volume urin : 1.150 cc
- 7) Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK: pasien mengatakan tidak ada keluhan nyeri ataupun kesulitan saat BAK
- 8) Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: Tidak ada

**9. Sistem Reproduksi**

- a. Keluhan sistem reproduksi: pasien mengatakan tidak ada
- b. Akseptor KB: (~~Ya~~/Tidak)
- c. Kegiatan sexual teratur: ~~Ya~~/Tidak
- d. Perempuan: 
  - 1) Usia menarkhe: 12 Tahun
  - 2) Durasi menstruasi: 5-7 hari
  - 3) Periode menstruasi: 27 hari
  - 4) Waktu menstruasi terakhir: 20/11/2019
  - 5) Hamil: ~~Ya~~/Tidak
  - 6) Perdarahan diantara waktu mestruasi? ~~Ya~~/Tidak
  - 7) Menopause: Ya/~~Tidak~~. Sekitar 4 tahun yang lalu, pada tahun 2019.
  - 8) Vaginal discharge: tidak ada
  - 9) Pemeriksaan payudara sendiri: ~~Ya~~/Tidak
  - 10) Pemeriksaan lain: Tidak ada
  - 11) Terapi hormonal: ~~Ya~~/Tidak

**C. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

**1. Nilai / Kepercayaan**

Agama yang dianut: Islam

Kegiatan keagamaan yang dijalani: sholat 5 waktu dan pengajian

Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan: Tidak ada

Gaya hidup: Pasien mengatakan senang makan sayur tapi tidak suka makan buah.

Pasien mengatakan senang mengonsumsi makanan yang asin. Pasien mengatakan tidak ada olahraga rutin yang dilakukan karena sudah lelah setengah hari bekerja di sawah. Kalau ada waktu senggang di pakai untuk beres-beres rumah, menonton TV atau berinteraksi dengan lingkungan sekitar.

Perubahan gaya hidup: Pasien mengatakan sejauh ini tidak ada perubahan gaya hidup.

**2. Koping / stress**

Pasien merasa stres: ~~Ya~~/Tidak

Faktor penyebab stres : Pasien mengatakan kalau saat ini sudah tidak merasa stress. Pasien sudah mampu menerima kondisinya dan berserah diri ke sang pencipta. Pasien mengatakan jika mengalami permasalahan yang susah di atasi sendiri, ia akan berdoa, lalu bercerita pada sanak saudaranya.

Status emosional: Tenang / ~~Cemas / Marah / Menarik diri / Takut / Mudah tersinggung / Tidak sabar / euforia.~~

Lain – lain: Tidak ada

### 3. Hubungan

Tinggal dengan: Pasien mengatakan saat ini, tinggal dengan adiknya

Orang yang mendukung: saudara kandung

Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/orang lain: pasien mengatakan penyakitnya tidak membuat hubungan keluarganya renggang. Namun sebaliknya, keluarganya lebih sering memperhatikan kesehatannya.

Kegiatan di masyarakat: pasien mengatakan ikut arisan ibu-ibu di dusun.

Lain-lain: Tidak ada

### 4. Persepsi Diri

Yang dirasakan terkait hospitalisasi: Selama sakit pasien tampak sabar dan terus berdoa kepada Allah, pasien mengatakan bahwa sakit itu bisa mengurangi dosa.

Perilaku klien sesuai dengan situasi: pasien tampak tenang dan mendengarkan arahan pengobatan yang diberikan oleh perawat

Lain – lain: Tidak ada

### D. Defisit pengetahuan/ Pendidikan Kesehatan Klien

Bahasa utama: Bahasa Indonesia

Daftar kebutuhan pendidikan selama di rawat: Edukasi tentang hipertensi

### E. Discharge Planning (disiapkan sesuai dengan kebutuhan klien)

Edukasi kebutuhan saat pasien pulang

- Cara minum obat selama di rumah

### F. Data Penunjang

#### 1. Hasil laboratorium

**Tabel 3. 3 Hasil Laboratorium**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal dlm satuan	Interpretasi
21/07/2023	<b>Hematologi</b>			
	Hemoglobin	14,1	13,2-17,3 r g/dL	Normal
	Leukosit	6,600	3800-10600 ribu/mm <sup>3</sup>	Normal
	Hematokrit	44	40,0-52,0 %	Normal
	Eritrosit	4,26	4,4-5,9 juta/uL	Normal
	Trombosit	405,	150,000-440,000 mm <sup>3</sup>	Normal
	PDW	12,3	9-13 fL	Normal
RDW-CV	18,5	11,5-14,5 %	Abnormal	

21/07/2023	<b>Indeks</b> MCV MCH MCHC	65 21,2 32,3	80-100 fl 26,0-34,0 pg 32,0-36,0g/dL	Abnormal Abnormal Normal
21/07/2023	<b>Kimia Klinik</b> <b>Fungsi Ginjal:</b> Ureum Kreatinin  <b>Elektrolit:</b> Natrium (Na) Kalium (K) Klorida (Cl)	50 0,70  135,0 3,92 97,7	17-43 mg/dL 0,6-1,1 mg/dL  135.0-147.0 mmol/L 3,5-5,5 mmol/L 95,0-105,0 mmol/L	Normal Normal  Normal Abnormal Normal
21/07/2023	<b>Differential</b> Basofil Eosinofil Limfosit Monosit Neutrofil	0,3 0,4 16,1 7,4 75,8	0-1% 1-3% 20-40% 2-8% 50-70%	Normal Normal Normal Normal Abnormal
22/072023	<b>Fungsi Ginjal</b> Asam urat Kolesterol HDL Kolesterol Trigliserida 107	5,7 191 45 10	2,4-5,7 <200 45-65 <15	Normal Normal Normal Normal

## 2. Hasil Radiologi

**Tabel 3. 4 Hasil Radiologi**

Tanggal	Jenis pemeriksaan	Hasil
22/07/2023	<b>Ro Thorax AP view, posisi ½ duduk, simetris, inspirasi, dan kondisi cukup</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tampak corakan broncovascular.</li> <li>- Ke-2 diafragma licin</li> <li>- Pleural space tidak menebal</li> <li>- COR, CTR &lt;0,56</li> <li>- Sistem tulang yang tervisualisasi ontak</li> <li>- Kesan Pulmo tak tampak kelainan dan besar cor normal</li> </ul>
22/07/2023	<b>Head CT-Scan tanpa kontras atas indikasi Hemiparase Sinistra ec sups SNH</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tak tampak soft tissue swelling ekstradermal</li> <li>- Tampak gyri dan sulci tak prominent</li> <li>- Batas cortex dan medulla tegas</li> <li>- Tampak lesi hypodens batas tr tegas di lobus frontal dextra</li> <li>- Spn dan cellae mastoidea normodens</li> <li>- Orbita dan retro orbita normodens</li> <li>- Kesan infark cerebri lobus frontal dextra</li> </ul>

## G. Terapi Yang Diberikan

**Tabel 3. 5 Terapi yang Diberikan**

Tanggal	Jenis Terapi	Rute	Dosis	Indikasi
24/07/2023	- Infus NaCl 0,9%	IV	500 ml/20 TPM	- Sebagai pengganti cairan ekstrasel yang hilang atau mengatasi dehidrasi isotonik. Mengatasi kekurangan garam. Mengatasi ketidakseimbangan antara asam dan basa (asidosis metabolik) (asidosis metabolik ringan).
	- Clopdrogel (CPG)	PO	1x75mg	- Mengencerkan darah dan mencegah terjadinya pembekuan darah sehingga mengurangi resiko terkena serangan jantung dan stroke.
	- Miniaspi	PO	1x80 mg	- Pengencer darah pada pasien yang mengalami infark miokard atau penyumbatan pada otot jantung dan kondisi pasca stroke
	- Amlodipin	PO	1x5 mg	- Antihipertensi untuk mengontrol tekanan darah
25/07/2023	- Infus NaCl	IV	500 ml/20 TPM	- Sebagai pengganti cairan

	0,9%.			ekstrasel yang hilang atau mengatasi dehidrasi isotonik. Mengatasi kekurangan garam. Mengatasi ketidakseimbangan antara asam dan basa (asidosis metabolik) (asidosis metabolik ringan).
	- Clopdrogel (CPG)	PO	1x75mg	- Mengencerkan darah dan mencegah terjadinya pembekuan darah sehingga mengurangi resiko terkena serangan jantung dan stroke.
	- Miniaspi	PO	1x80 mg	- Pengencer darah pada pasien yang mengalami infark miokard atau penyumbatan pada otot jantung dan kondisi pasca stroke
	- Amlodipin	PO	1x10 mg (naik)	- Antihipertensi untuk mengontrol tekanan darah
	- Candesartan	PO	1x16 mg	- Menangani hipertensi dan gagal jantung
	- Citocolin	PO	2x500 mg	- Mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala.
	- Alprazolam	PO	1x0,5 mg	- Penenang untuk mengatasi gangguan kecemasan dan gangguan panik
	- Donperidon	PO	2x10 mg	- Menghentikan mual dan muntah
	- Diazepam	PO	1x 2 mg	- Ansietas, spasme otot, tetanus, kejang, insomnia, premedikasi sebelum anestesi, sedasi sebelum tindakan, dan gejala putus alkohol.
25/07/2023	- Infus NaCl 0,9%.	IV	500 ml/20 TPM	- Sebagai pengganti cairan ekstrasel yang hilang atau mengatasi dehidrasi isotonik. Mengatasi kekurangan garam. Mengatasi ketidakseimbangan antara asam dan basa (asidosis metabolik) (asidosis metabolik ringan).
	- Clopdrogel	PO	1x75mg	- Mengencerkan darah dan

	(CPG)			mencegah terjadinya pembekuan darah sehingga mengurangi resiko terkena serangan jantung dan stroke.
	- Miniaspi	PO	1x80 mg	- Pengencer darah pada pasien yang mengalami infark miokard atau penyumbatan pada otot jantung dan kondisi pasca stroke
	- Amlodipin	PO	1x10 mg (naik)	- Antihipertensi untuk mengontrol tekanan darah
	- Candesartan	PO	1x16 mg	- Menangani hipertensi dan gagal jantung
	- Citocolin	PO	2x500 mg	- Mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala.
	- Alprazolam	PO	1x0,5 mg	- Penenang untuk mengatasi gangguan kecemasan dan gangguan panik
	- Donperidon	PO	2x10 mg	- Menghentikan mual dan muntah
	- Diazepam	PO	1x 2 mg	- Ansietas, spasme otot, tetanus, kejang, insomnia, premedikasi sebelum anestesi, sedasi sebelum tindakan, dan gejala putus alkohol.

## B. Analisa Data dan Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 6 Analisa Data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1)	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan merasa tegang di tengkuk dan pusing.</li> <li>Pasien mengatakan mengalami hipertensi sekitar 1 bulan yang lalu</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Diagnosa medis: Hemiparase ekstremitas bawah sinistra susp SNH; Hipertensi.</li> <li>Pasien tampak gelisah dan tegang.</li> <li>TD: 170/110 mmHg</li> <li>N: 110 x/m</li> <li>Head CT-Scan tanpa kontras atas indikasi Hemiparase Sinistra ec sups SNH: Kesan infark cerebri lobus frontal dextra</li> </ol>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)</p>	<p>Hipertensi</p>
2)	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengeluh kesemutan di kaki kiri.</li> <li>pasien mengatakan tidak mampu berjalan dengan normal karena kaki kiri tidak dapat diangkat.</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak meringis sambil memegang kaki kiri jika bergerak.</li> <li>Head CT-Scan tanpa kontras atas indikasi Hemiparase Sinistra ec sups SNH: Kesan infark cerebri lobus frontal dextra</li> <li>Kekuatan otot: Ekstremitas kiri atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kiri bawah skala 2 (mengangkat sendi dengan bantuan), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh).</li> </ol> $\begin{array}{c} \frac{5}{5} \quad \frac{5}{2} \end{array}$	<p>Gangguan mobilitas fisik (D.0054)</p>	<p>Neurologi</p>
3)	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>P=Proses Penyakit (Hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi) Q=Tertusuk-tusuk R= Kepala S=3 T=Hilang timbul.</li> </ol> <p>DO:</p>	<p>Nyeri akut (D.007)</p>	<p>Agen pencedera fisiologis (Proses Penyakit hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi)</p>

	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diagnosa medis: Hemiparase ekstremitas bawah sinistra susp SNH; Hipertensi.</li> <li>2. Pasien tampak meringis, sesekali memegang kepala</li> </ol>		
4)	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan pada hari jumat 21 Juli 2023, ketika berada di rumah, pasien merasa kaki kirinya kebas dan tidak bisa digerakan, ia sempat jatuh dan tidak bisa berdiri. Pasien lalu di bantu keluarga segera ke rumah sakit.</li> <li>2. Pasien mengatakan saat ini sulit menggerakkan kaki kirinya dan susah untuk berjalan.</li> <li>3. Pasien berusia 66 tahun</li> </ol> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot: Ekstremitas kiri atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kanan atas skala 5 (kekuatan otot penuh), ekstremitas kiri bawah skala 2 (mengangkat sendi dengan bantuan), ekstremitas kanan bawah derajat 5 (kekuatan otot penuh).</li> </ol> $\begin{array}{c} \frac{5}{5} \quad \frac{5}{2} \\ \hline \end{array}$ <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Morse fall scale: = 80 (resiko jatuh tinggi)</li> <li>3. Diagnosa medis: Hemiparase ekstremitas bawah sinistra susp SNH; Hipertensi.</li> </ol>	Resiko Jatuh (D.0143)	Gangguan Neurologi
5)	<p>DS:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan senang makan sayur tapi tidak suka makan buah. Pasien mengatakan senang mengonsumsi makanan yang asin.</li> <li>2. Pasien mengatakan tidak ada olahraga rutin yang dilakukan karena sudah lelah setengah hari bekerja di sawah. Kalau ada waktu senggang di pakai untuk beres-beres rumah, menonton TV atau berinteraksi dengan lingkungan sekitar.</li> <li>3. Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi. Pasien mengatakan baru mengetahui mengalami hipertensi sekitar 1 bulan yang lalu.</li> <li>4. Pasien mengatakan belum minum obat hipertensi rutin.</li> </ol> <p>DO: Tidak ada</p>	Defisit Pengetahuan (D.0111)	Kurang terpapar informasi

**C. Diagnosa Keperawatan Sesuai Prioritas**

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif (*D.0017*) ditandai dengan hipertensi
2. Gangguan mobilitas fisik (*D.0054*) berhubungan dengan neurologi
3. Resiko jatuh (*D.0143*) ditandai dengan gangguan neurologi
4. Nyeri akut (*D.0007*) berhubungan agen pencedera fisiologis (proses penyakit hemiparase sinistra ec susp SNH; Hipertensi)
5. Defisit Pengetahuan (*D.0111*) berhubungan dengan kurang terpapar informasi

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

## D. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 7 Rencana Keperawatan

DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
Risiko perfusi serebral tidak efektif ( <i>D.0017</i> ) ditandai dengan hipertensi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan masalah Risiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : <b>Perfusi Serebral (L.02014)</b> 1. Tekanan darah sistolik dari cukup memburuk (2) menjadi sedang (3) 2. Tekanan darah diastolik dari cukup memburuk (2) menjadi sedang (3)	<b>A. Manajemen peningkatan intrakranial (I.06194)</b> <b>Observasi</b> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor status pernapasan 4. Monitor intake dan output cairan <b>Terapeutik</b> 5. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang <b>Kolaborasi</b> 6. Kolaborasi pemberian sedasi dan antihipertensi, jika perlu <b>B. Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</b> <b>Observasi</b> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, dan irama) 3. Monitor suhu tubuh 4. Monitor pernapasan (frekuensi, kedalaman) 5. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital <b>Terapeutik</b> 6. Melakukan penerapan EBN <i>isometric handgrip</i> untuk menurunkan tekanan darah 7. Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 8. Dokumentasikan hasil pemantauan

		<p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>10. Jelaskan tujuan, prosedur, manfaat dan efek samping dari penerapan EBN <i>isometric handgrip</i></li> <li>11. Informasikan hasil pemantauan, jika ada</li> </ol>
Gangguan mobilitas fisik ( <i>D.0054</i> ) berhubungan dengan neurologi	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah Gangguan mobilitas fisik bisa teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Mobilitas fisik (L.05042)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot dari cukup menurun (2) menjadi sedang (3)</li> <li>2. Pergerakan ekstremitas dari cukup menurun (2) menjadi sedang (3)</li> <li>3. Nyeri dari cukup menurun (2) menjadi sedang (3)</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</b></p> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>Terapeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (kursi roda)</li> <li>5. Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu</li> <li>6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>8. Ajarkan mobilisasi sederhana seperti duduk di sisi tempat tidur atau pindah dari tempat tidur ke kursi</li> </ol>
Nyeri akut ( <i>D.0007</i> ) berhubungan agen pencedera fisiologis (proses penyakit hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi)	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam, diharapkan masalah nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Nyeri (L.08066)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri dari cukup menurun (4) menjadi menurun (5). Keluhan nyeri pasien dari skala 3 menjadi 2.</li> <li>2. Meringis dari dari cukup menurun (4) menjadi menurun (5)</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (L.08238)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri.</li> <li>2. Identifikasi respon nyeri nonverbal.</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri.</li> </ol> <p><b>Terepeutik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri.</li> <li>5. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya, suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan).</li> </ol>

		<p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.</li> <li>7. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti tarik nafas dalam.</li> </ol> <p><b>Kolaborasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu.</li> </ol>
Resiko Jatuh (D.0143) ditandai dengan gangguan neurologi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam, diharapkan masalah resiko jatuh dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jatuh saat berdiri dari sedang (3) menjadi cukup menurun (4)</li> <li>2. Jatuh saat berjalan dari sedang (3) menjadi cukup menurun (4)</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)</li> </ol> <p><b>Terepentik:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</li> <li>5. Pasang handrail tempat tidur</li> <li>6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</li> </ol> <p><b>Edukasi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> <li>8. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</li> <li>9. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</li> <li>10. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</li> </ol>
Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 Jam, diharapkan masalah defisit pengetahuan dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Tingkat Pengetahuan (L.12111)</b></p>	<p><b>Edukasi Kesehatan (I.12383)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kesiapan menerima informasi</li> <li>2. Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Perilaku sesuai anjuran meningkat cukup menurun (2) menjadi sedang (3)</li><li>2. Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat cukup menurun (2) menjadi sedang (3)</li></ol>	<p>motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan</li><li>4. Jadwalkan Pendidikan Kesehatan sesuai kesepakatan</li><li>5. Berikan kesempatan untuk bertanya</li></ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>6. Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan</li><li>7. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li><li>8. Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li></ol>
--	--	---

## E. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3. 8 Implementasi dan Evaluasi

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
<b>PERTEMUAN 1</b>					
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif ( <i>D.0017</i> ) ditandai dengan hipertensi	24/07/2023	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memperkenalkan diri pada pasien</li> <li>2. Menjelaskan maksud dan tujuan</li> <li>3. Meminta pasien menjadi responden penerapan intervensi isometric handgrip</li> <li>4. Meminta pasien menandatangani <i>informed consent</i>.</li> <li>5. Memonitor tanda-gejala peningkatan TIK: mengkaji adanya sakit kepala, mual-muntah, linglung, kebingungan gelisah dan tingkat kesadaran.</li> <li>7. Menjelaskan tujuan, prosedur, manfaat dan efek samping dari penerapan EBN <i>isometric handgrip</i></li> <li>8. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital (sebelum intervensi)</li> <li>9. Menerapkan EBN <i>isometric handgrip</i> pada pasien</li> <li>10. Melakukan pengukuran (sesudah intervensi)</li> <li>11. Mengkolaborasi pemberian obat amlodipine 1x 5mg</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan bersedia menjadi responden penelitian untuk dilakukan terapi <i>isometric handgrip</i></li> <li>- Pasien mengatakan merasa tegang di tengkuk, pusing, sakit kepala,</li> <li>- Pasien mengatakan mer</li> <li>- Pasien mengatakan tidak mengalami mual-muntah.</li> <li>- Pasien mengatakan mengalami hipertensi sekitar 1 bulan yang lalu</li> <li>- Pasien mengatakan selama dilakukan terapi <i>isometric handgrip</i> terasa ketagangan di bagian lengan.</li> <li>- Pasien mengatakan setelah terapi <i>isometric handgrip</i> rasanya jadi lebih rileks, pergerakan tangan tidak kaku dan terasa lebih ringan.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien composmentis (GCS:E4V5M6), tampak tenang dan bicara nyambung.</li> <li>- TTV: N: 108x/m R: 20x/m S:36,8 C, SpO2:97%</li> <li>- TD sebelum terapi isometric handgrip:</li> </ul>	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				170/110 mmHg - TD sesudah terapi <i>isometric handgrip</i> : 165/108 mmHg  <b>A</b> : Masalah teratasi sebagian  <b>P</b> : Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda-gejala peningkatan TIK - Pemantauan TTV - Penerapan EBN <i>isometric handgrip</i> - Kolaborasi pemberian obat	
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan neurologi	24/07/2023 11.00 11.02 11.04 11.05 11.10	1. Mengidentifikasi kekuatan otot pasien 2. Memonitor respon dan kondisi umum pasien selama melakukan mobilisasi 3. Menganjurkan pasien dan keluarga untuk menggunakan kursi roda untuk membantu mobilisasi selama di rawat 4. Menganjurkan keluarga untuk selalu menemani pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasar pasien. 5. Mengajarkan pada pasien untuk melakukan gerakan sederhana semampu pasien. Duduk dan berpindah sisi di tempat tidur.	<b>S</b> : - Pasien mengatakan kaki masih susah di gerakan saat berpindah sisi di atas tempat tidur - Pasien mengatakan akan berusaha pelan-pelan untuk melakukan gerakan ingin semampunya  <b>O</b> : - Pasien kesulitan saat melakukan mobilisasi sederhana di atas tempat tidur - Kekuatan otot $\begin{array}{r} \$ \quad 5 \\ \hline \$ \quad 2 \end{array}$  <b>A</b> : Masalah teratasi sebagian	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				<b>P :</b> Lanjutkan intervensi - Mengidentifikasi kekuatan otot pasien - Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan mobilisasi	
3.	Nyeri akut ( <i>D.0007</i> ) berhubungan agen pencedera fisiologis (proses penyakit hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi)	24/07/2023 11.10 11.12 11.14 11.15	1. Mengkaji nyeri pasien (PQRST) 2. Mengkaji respon nyeri pasien melalui ekspresi wajah 3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Mengajari teknik relaksasi napas dalam	<b>S :</b> - Pasien mengatakana setelah relaksasi napas dala rasanya lebih rileks dn rasa sakit di kaki berkurang - P=Proses Penyakit (Hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi) Q= Tertusuk-tusuk R=Kepala S=2 T=Hilang timbul.  <b>O :</b> - Ekspresi meringis berkurang - Pasien tampak lebih rileks  <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Lanjutkan intervensi - Mengkaji nyeri pasien (PQRST) - Mengkaji respon nyeri pasien melalui ekspresi wajah	  Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
4.	Resiko Jatuh (D.0143) ditandai dengan gangguan neurologi	24/07/2023 11.16 11.17 11.18 11.18 11.19 11.20	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi resiko jatuh menggunakan Morse fall scale dan riwayat jatuh</li> <li>2. Mengidentifikasi kondisi lingkungan yang beresiko menyebabkan pasien terjatuh</li> <li>3. Memastikan roda tempat tidur dalam kondisi terkunci</li> <li>4. Memastikan side rails bed terpasang</li> <li>5. Menganjurkan pasien untuk mobilisasi pakai kursi roda</li> <li>6. Menganjurkan pasien memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan pada hari jumat 21 Juli 2023, ketika berada di rumah, pasien merasa kaki kirinya kebas dan tidak bisa digerakan, ia sempat jatuh dan tidak bisa berdiri. Pasien lalu di bantu keluarga segera ke rumah sakit.</li> <li>- Pasien mengatakan saat ini sulit menggerakkan kaki kirinya dan susah untuk berjalan.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Morse fall scale: = 80 (resiko jatuh tinggi)</li> <li>- Kekuatan otot :           <math display="block">\begin{array}{r} \\$ \\ \hline \\$ \end{array} \begin{array}{l} 5 \\ 2 \end{array}</math> </li> <li>- Kondisi di lingkungan pasien tidak berpotensi meningkatkan resiko jatuh pada pasien. Lantai tidak licin dan pencahayaan terang.</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan side rails bed terpasang dan roda bed terkunci</li> </ul>	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
5.	Defisit Pengetahuan (D.0111) berhubungan dengan kurang terpapar informasi	24/07/2023 11.21 11.22 11.23 11.33 11.35	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kesiapan pasien dan keluarga menerima informasi</li> <li>Menyiapkan leaflet tentang penyakit hipertensi.</li> <li>Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga terkait definisi, tanda dan gejala, faktor resiko, pencegahan dan pengobatan hipertensi</li> <li>Memberikan kesempatan pasien bertanya</li> <li>Mengevaluasi pemahaman pasien dan keluarga terkait edukasi yang telah diberikan</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien dan keluarga mengatakan sudah lebih paham terkait hipertensi</li> <li>Pasien dan keluarga mengatakan akan mencoba menerapkan gaya hidup sehat untuk menjaga tekanan darah tetap normal</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga dan pasien antusias dan tampak senang saat dilakukan pendidikan kesehatan</li> <li>keluarga dan pasien mampu menjawab saat perawat mengevaluasi materi yang sudah disampaikan</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi</p> <p><b>P :</b> Hentikan intervensi</p>	 Yohana A. T
<b>PERTEMUAN 2</b>					
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017) ditandai dengan hipertensi	25/07/2023 08.40 08.45 08.46	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor tanda-gejala peningkatan TIK: mengkaji adanya sakit kepala, mual-muntah, linglung, kebingungan gelisah dan tingkat kesadaran.</li> <li>Melakukan pengukuran tanda-tanda vital (sebelum intervensi)</li> <li>Menerapkan EBN <i>isometric handgrip</i> pada</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih merasa tegang di tengkuk, pusing, sakit kepala.</li> <li>Pasien mengatakan tadi subuh merasa sedikit mual tapi tidak muntah. Sekarang rasa mual-muntah tidak dirasakan lagi.</li> <li>Pasien mengatakan selama dilakukan terapi <i>isometric handgrip</i> terasa</li> </ul>	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
		09.22 10.00 14.00	pasien 4. Melakukan pengukuran (sesudah intervensi) 5. Mengkolaborasikan pemberian obat candesartan 1x16mg PO 6. Mengkolaborasikan pemberian obat amlodipine 1x 10mg PO. Dosis di naikan 5 mg.	ketagangan di bagian lengan. - Pasien mengatakan setelah terapi <i>isometric handgrip</i> rasanya jadi lebih rileks, pergerakan tangan tidak kaku dan terasa lebih ringan. <b>O :</b> - Pasien composmentis (GCS:E4V5M6), tampak tenang dan bicara nyambung. - TTV: N: 100x/m R: 20x/m S:36,9 C, SpO2:97% - TD sebelum terapi <i>isometric handgrip</i> : 182/100mmHg - TD sesudah terapi <i>isometric handgrip</i> : 177/100mmHg <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian <b>P :</b> Lanjutkan intervensi - Memonitor tanda-gejala peningkatan TIK - Pemantauan TTV - Penerapan EBN <i>isometric handgrip</i> - Kolaborasi pemberian obat	
2.	Gangguan mobilitas fisik (D.0054) berhubungan dengan neurologi	25/07/2023 09.30 09.32	1. Mengidentifikasi kekuatan otot pasien 2. Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan mobilisasi .	<b>S :</b> - Pasien mengatakan kaki masih susah di gerakan saat berpindah sisi di atas tempat tidur - Pasien mengatakan hari ini sudah mencoba melakukan mobilisasi semampu pasien yaitu duduk berpindah dari sisi sat uke sisi yang lain di atas	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				<p>tempat tidur.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tetap berusaha menggerakkan kaki kiri semampunya.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kesulitan saat melakukan mobilisasi sederhana di atas tempat tidur berkurang</li> <li>- Kekuatan otot</li> </ul> $\frac{\begin{array}{c} \$ \\   \\ \$ \end{array}}{2} \quad \begin{array}{c} 5 \\   \\ 2 \end{array}$ <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kekuatan otot pasien</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan mobilisasi</li> </ul>	
3.	Nyeri akut ( <i>D.0007</i> ) berhubungan agen pencedera fisiologis (proses penyakit hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi)	25/07/2023 10.01 11.02	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji nyeri pasien (PQRST)</li> <li>2. Mengkaji respon nyeri pasien melalui ekspresi wajah</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah melakukan relaksasi napas dalam ketika rasa nyeri di kaki muncul dan setelah relaksasi napas dalam rasanya lebih rileks dan rasa sakit di kaki berkurang</li> <li>- P=Proses Penyakit (Hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi)</li> <li>Q= Tertusuk-tusuk</li> </ul>	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				R=Kepala S=2 T=Hilang timbul.  <b>O :</b> - Ekspresi meringis berkurang - Pasien tampak lebih rileks  <b>A :</b> Masalah teratasi sebagian  <b>P :</b> Lanjutkan intervensi - Mengkaji nyeri pasien (PQRST) - Mengkaji respon nyeri pasien melalui ekspresi wajah	
4.	Resiko Jatuh (D.0143) ditandai dengan gangguan neurologi	25/07/2023 11.03	1. Mengkaji resiko jatuh pasien 2. Memastikan side rails bed terpasang dan roda bed terkunci	<b>S :</b> - Pasien mengatakan saat ini sulit menggerakkan kaki kirinya dan susah untuk berjalan.  <b>O :</b> - Morse fall scale: = 80 (resiko jatuh tinggi) - Kekuatan otot : $\begin{array}{r} \$ \\ \hline \$ \end{array} \begin{array}{l} 5 \\ 2 \end{array}$  - Kondisi di lingkungan pasien tidak berpotensi meningkatkan resiko jatuh	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				<p>pada pasien. Lantai tidak licin dan pencahayaan terang.</p> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan side rails bed terpasang dan roda bed terkunci</li> </ul>	
<b>PERTEMUAN KE-3</b>					
1.	Risiko perfusi serebral tidak efektif ( <i>D.0017</i> ) ditandai dengan hipertensi	26/07/2023 09.00  09.05  08.06  09.36  14.00	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-gejala peningkatan TIK: mengkaji adanya sakit kepala, mual-muntah, linglung, kebingungan gelisah dan tingkat kesadaran.</li> <li>2. Melakukan pengukuran tanda-tanda vital (sebelum intervensi)</li> <li>3. Menerapkan EBN <i>isometric handgrip</i> pada pasien</li> <li>4. Melakukan pengukuran TD (sesudah intervensi)</li> <li>5. Mengkolaborasikan pemberian obat amlodipine 1x 10mg PO.</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan rasa tegang ditenguk, pusing, sakit kepala sudah berkurang</li> <li>- Pasien mengatakan tidak mengalami mual-muntah.</li> <li>- Pasien mengatakan selama dilakukan terapi <i>isometric handgrip</i> terasa ketagangan di bagian lengan.</li> <li>- Pasien mengatakan setelah terapi <i>isometric handgrip</i> rasanya jadi lebih rileks, pergerakan tangan tidak kaku dan terasa lebih ringan.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien composmentis (GCS:E4V5M6), tampak tenang dan bicara nyambung.</li> <li>- TTV: N: 100x/m R: 20x/m S:36,9 C, SpO2:97%</li> <li>- TD sebelum terapi <i>isometric handgrip</i>: 180/100mmHg</li> </ul>	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- TD sesudah terapi isometric handgrip: 175/92mmHg</li> <li><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</li> <li><b>P :</b> Lanjutkan intervensi               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tanda-gejala peningkatan TIK</li> <li>- Pemantauan TTV</li> <li>- Penerapan EBN <i>isometric handgrip</i></li> <li>- Kolaborasi pemberian obat</li> </ul> </li> </ul>	
2.	Gangguan mobilitas fisik ( <i>D.0054</i> ) berhubungan dengan neurologi	26/07/2023 09.40 09.41	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kekuatan otot pasien</li> <li>2. Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan mobilisasi.</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan kaki masih susah di gerakan saat berpindah sisi di atas tempat tidur</li> <li>- Pasien mengatakan hari ini sudah mencoba melakukan mobilisasi semampu pasien yaitu duduk berpindah dari sisi satu ke sisi yang lain di atas tempat tidur.</li> <li>- Pasien mengatakan tetap berusaha menggerakan kaki kiri semampunya.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien masih kesulitan melakukan mobilisasi sederhana di atas tempat tidur</li> <li>- Kekuatan otot.</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <math display="block">\begin{array}{r} \\$ \quad 5 \\ \hline \\$ \quad 2 \end{array}</math> </div>	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				<p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi kekuatan otot pasien</li> <li>- Mengevaluasi kemampuan pasien melakukan mobilisasi</li> </ul>	
3.	Nyeri akut ( <i>D.0007</i> ) berhubungan agen pencedera fisiologis (proses penyakit hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi)	26/07/2023 10.01 11.02	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji nyeri pasien (PQRST)</li> <li>2. Mengkaji respon nyeri pasien melalui ekspresi wajah</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah melakukan relaksasi napas dalam ketika rasa nyeri di kaki muncul dan setelah relaksasi napas dalam rasanya lebih rileks dan rasa sakit di kaki berkurang</li> <li>- P=Proses Penyakit (Hemiparase sinistra ec susp SNH;Hipertensi)</li> <li>Q= Tertusuk-tusuk</li> <li>R=Kepala</li> <li>S=1</li> <li>T=Hilang timbul.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekspresi meringis tidak tampak</li> <li>- Pasien tampak rileks</li> </ul> <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji nyeri pasien (PQRST)</li> </ul>	 Yohana A. T

NO	DIAGNOSA	TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI	PARAF
				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji respon nyeri pasien melalui ekspresi wajah</li> </ul>	
4.	Resiko Jatuh (D.0143) ditandai dengan gangguan neurologi	26/07/2023 11.03 11.04	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji resiko jatuh pasien</li> <li>2. Memastikan side rails bed terpasang dan roda bed terkunci</li> </ol>	<p><b>S :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan saat ini sulit menggerakkan kaki kirinya dan susah untuk berjalan.</li> </ul> <p><b>O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Morse fall scale: = 80 (resiko jatuh tinggi)</li> <li>- Kekuatan otot :</li> </ul> $\frac{\$}{\$} \frac{5}{2}$ <p><b>A :</b> Masalah teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memastikan side rails bed terpasang dan roda bed terkunci</li> </ul>	 Yohana A. T

## F. Grafik Tekanan Darah Sebelum Dan Sesudah Intervensi Isometric Handgrip

Gambar 3.2 Grafik Tekanan Darah Sebelum Dan Sesudah Intervensi *Isometric Handgrip*

