

**BAB III**  
**ASUHAN KEPERAWATAN**

Nama Mahasiswa : Siti Annisa Irsan  
Tempat Praktik : RSUD Kota Yogyakarta  
Tanggal Praktik : 18 s/d 23 Desember 2023  
Tanggal Pengkajian : 19 Desember 2023 Pukul 08.20 WIB  
Sumber data : Pasien dan Keluarga

---

**A. Data Umum Pasien**

Nama : Tn. S  
No. RM : 819\*\*\*  
Umur : 57 tahun  
Alamat : Wanujoyo  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Pendidikan : SMK  
Agama : Islam  
Tanggal masuk : 17 Desember 2023  
Ruang : Dahlia  
Diagnosa Medis : Cephalgia dd SNH dd SH

**B. Riwayat Kesehatan**

**1. Alasan masuk rumah sakit**

Pasien di bawa ke IGD pada tanggal 17 Desember 2023 pukul 14.26 WIB dengan keluhan kepala kanan terasa sakit, tangan kiri terasa lemas sejak pukul 06.00 WIB. Hasil pemeriksaan TTV di IGD: TD 157/109 mmHg, HR 110 x/menit, RR 22x/menit, Suhu 36,8<sup>0</sup>C, SPO<sub>2</sub> 94%. Terapi yang telah diberikan saat di IGD antara lain: Injeksi tramadol 50 mg melalui IV, injeksi citicolin 250 mg melalui IV, dan pemberian oksigenasi dengan nasal kanul 3 liter.

## 2. Keluhan utama saat ini

Pasien mengeluh pusing, dan nyeri kepala dengan PQRST:

P : Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan saat cuaca panas

Q : Seperti ditusuk-tusuk

R : Kepala

S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang)

T : Hilang timbul

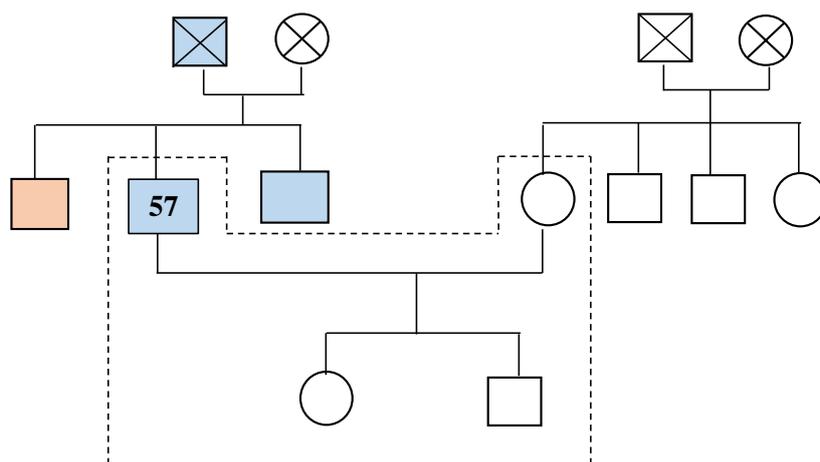
Hasil pemeriksaan TTV pada pukul 09.00 WIB: TD 154/89 mmHg, nadi 108x/menit, suhu 36,5<sup>0</sup>C, respirasi 20x/menit, dan SPO<sub>2</sub> 98%

## 3. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan sejak SMA memiliki asam lambung, dan pada usia 25 tahun pasien menderita hipertensi. Selain itu, pasien pun pernah beberapa kali di rawat di rumah sakit, antara lain:

- 25 Oktober s/d 28 Oktober 2022 di ruang rawat inap dengan diagnosa medis ICH basal nuclei dextra dan krisis HT oedem cerebri hemiparese dextra
- 28 Oktober s/d 1 November 2022 di ICU dengan diagnosa medis ICH basal nuclei dextra dan krisis HT oedem cerebri hemiparese dextra
- 13 Mei s/d 20 Mei 2023 di ruang rawat inap dengan diagnosa medis stroke hemoragi, post craniotomy HT emergency, post stroke hemoragi, hemiparese sinistra, dan afasia motorik

## 4. Riwayat kesehatan keluarga (genogram)



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- 57 : Pasien
- ✕ : Meninggal
- : Riwayat stroke
- : Riwayat hipertensi
- : Garis perkawinan
- | : Garis keturunan
- : Tinggal serumah

Berdasarkan genogram di atas, ayah dan adik bungsu pasien memiliki riwayat hipertensi, sedangkan kaka pasien memiliki riwayat penyakit stroke.

#### 5. Penyakit keturunan

- DM
- Asma
- Hipertensi (dari ayah pasien)
- Jantung
- Lain:.....

#### 6. Riwayat kecelakaan atau pembedahan sebelumnya

Pasien pernah menjalani operasi kraniotomi pada bulan Mei 2023

#### 7. Riwayat alergi dan pengobatan yang pernah di peroleh

Riwayat alergi obat dan makanan disangkal oleh pasien. Dan obat yang selama ini di konsumsi adalah amlodipine 5 mg.

### C. Pengkajian Fisik

#### 1. Sistem Pernapasan

- a. Dispnea : Tidak ada keluhan sesak napas
- b. Sputum : Tidak ada produksi sputum (pasien tidak ada keluhan batuk)

- c. Riwayat penyakit Bronktis : Tidak ada; Asthma: Tidak ada; TBC: Tidak ada; Emphysema: Tidak ada; Pneumonia: Tidak ada
- d. Merokok : Pasien tidak merokok dan tidak memiliki riwayat merokok
- e. Respirasi : 20 x/menit; pernapasan reguler, dan dinding dada mengembang sismetris
- f. Penggunaan otot bantu pernapasan: Tidak ada
- g. Fremitus : Normal (Gerakan taktil fremitus tidak melemah dan juga tidak teraba lebih keras)
- h. Nasal flaring : Tidak ada pelebaran lubang hidung saat bernapas
- i. Sianosis : Kulit pasien tidak berwarna kebiruan
- j. Pemeriksaan Thorax
  - 1) Inspeksi :  
Bentuk dada simetris, tidak adanya massa pada kedua dinding dada, costal angle normal ( $<90^{\circ}$ ) selama istirahat dan exhalasi, angel of the ribs noram ( $<45^{\circ}$ ), pola pernapasan eupnea, kedalaman inspirasi normal (usaha yang dilakukan saat bernapas sedikit)
  - 2) Palpasi :  
Tidak adanya nyeri tekan ataupun massa pada kedua dinding dada, saat pasien menarik napas ibu jari terpisah 3 cm dengan tiap sisi dinding dada mengembang simteris, getaran taktil fremitus normal (getaran tidak lebih keras/getaran tidak melemah)
  - 3) Perkusi :  
Resonance (normal)
  - 4) Auskultasi :  
Suara napas vesikuler dan bersih, serta tidak terdapat bunyi suara napas tambahan

## 2. Sistem Kardiovaskuler

- a. Riwayat Penyakit : Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi, sedangkan riwayat penyakit jantung disangkal oleh pasien
- b. Edema kaki : Tidak adanya edema pada ekstremitas atas ataupun bawah

- c. Plebitis : Tidak ada
- d. Claudicatio : Tidak ada
- e. Dysreflexia : Tidak ada
- f. Palpitasi : Tidak; Sinkop: Tidak (pasien tidak mengalami pingsan)
- g. Rasa kebas/kesemutan: Pasien tidak mengeluh kesemutan dan kebas pada ekstremitas atas ataupun bawah
- h. Batuk darah : Tidak ada keluhan ataupun riwayat batuk darah
- i. TD : 154/89 mmHg, pengukuran di arteri brakialis dengan posisi pengukuran tidur
- j. Nadi : 108 x/menit diukur di radialis
- k. Kualitas nadi : Teraba kuat
- l. CRT : <2 detik.
- m. Homans sign : Tidak adanya nyeri
- n. Abnormalitas kuku: Kuku tampak normal (kuku tampak merah muda, datar, kokoh, dan tidak terasa sakit)
- o. Perubahan kulit : Kulit normal (teraba lembut, tidak berminyak, tidak kering, dan tidak teriritasi)
- p. Membran mukosa: Membran mukosa tampak lembab
- q. Pemeriksaan Kardio
  - 1) Inspeksi :  
Kedua dinding dada berbentuk simetris, iktus kordis tidak terlihat, tidak adanya jaringan parut
  - 2) Palpasi :  
Tidak adanya nyeri tekan, tidak teraba massa pada kedua dinding dada, iktus kordis teraba, gerakan ventrikel pad ventrikel kanan tidak teraba
  - 3) Perkusi :  
Suara dullness dengan RBCD (*Right Border of Cardiac Dullness*) berada di medial batas dalam sternum

4) Auskultasi :

Bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tidak terdapat bunyi jantung tambahan

### 3. Sistem Gastrointestinal

a. Antropometri

1) BB : 54 kg    TB : 165 cm    IMT : 19,8 kg/m<sup>2</sup>    LLA : 23 cm

Gizi kurang

Gizi cukup

Gizi lebih

2) Berat badan: 54 kg, dan tidak ada perubahan berat badan dalam satu bulan terakhir baik kenaikan atau penurunan

b. Biokimia

1) Hb : 14,4 gr/dl (nilai normal 12.3 – 17.5)

2) Hmt : 42.3 % (nilai normal 40.0 – 52.0)

3) Albumin : Tidak terkaji

4) GDS : 151 mg/dL (nilai normal 70 – 140)

c. *Clinical sign*

1) Turgor kulit : Elastis

2) Membran mukosa : Lembab

3) Edema : Tidak adanya edema pada ekstremitas atas ataupun bawah

4) Ascites : Tidak adanya acites

5) Pembesaran tiroid: Tidak adanya pembesaran kelenjar tiroid

6) Kondisi gigi dan mulut: Gigi tampak rapih dan sedikit berwarna kuning, jumlah gigi lengkap, keluhan nyeri gigi (-), radang pada mulut (-), lesi/sariawan (-), mulut tampak bersih, bau mulut (-), pembengkakan pada mulut (-), tonsil berukuran normal, uvula terletak simetris di tengah

7) Kondisi lidah: Lidah berwarna pink muda, sariawan (-), lidah tampak simetris, ulkus pada lidah (-), nyeri pada lidah (-)

8) Halitosis: Tidak

- 9) Hernia: Tidak
- 10) Massa abdomen : Tidak ada massa
- 11) Bising usus: 12 x/menit
- 12) Data tambahan dalam Pemeriksaan abdomen:

- a) Inpeksi:

Bentuk abdomen simetris, permukaan abdomen halus dengan kontur datar, warna abdomen sesuai warna kulit (kuning langsat), umbilicus berbentuk setengah lingkaran yang cembung terletak ditengah antara prosessus xipoides dan simpisis pubis, gerakan abdomen mengempis saat ekspirasi dan mengembang saat inspirasi.

- b) Auskultasi:

Bising usus 12 x/menit.

- c) Perkusi:

Pada (lambung, kandung kemih, usus) berbunyi tympani, dan pada (hati, pancreas, dan ginjal) berbunyi pekak.

- d) Palpasi:

Nyeri tekan (-), massa di abdomen (-), penegangan pada abdomen (-).

- d. Diet

- 1) Pola makan sebelum dirawat : 3x/sehari; waktu: pagi, siang, dan sore
- 2) Ada larangan/pantangan makanan: Tidak ada larangan pantangan makanan, akan tetapi selama di rumah mengurangi konsumsi garam
- 3) Penggunaan suplemen makanan: Tidak menggunakan
- 4) Kehilangan nafsu makan: Tidak
- 5) Mual/Muntah: Tidak ada keluhan mual ataupun muntah
- 6) Alergi makanan: Tidak ada alergi

- 7) Dada serasa terbakar sesaat setelah makan: Sese kali dada terasa terbakar saat makan (karena memiliki riwayat asam lambung), dan diredakan dengan minum air hangat
- 8) Masalah dalam menelan: Ya, terasa sedikit nyeri saat menelan
- 9) Gigi Palsu: Tidak ada penggunaan gigi palsu
- 10) Penggunaan diuretik: Tidak menggunakan
- 11) Pola makan selama sakit/dirawat: 3x/sehari; waktu pagi siang sore dengan porsi yang dihabiskan rata-rata  $\frac{1}{2}$  porsi.
- 12) Kebutuhan cairan selama sakit : 2.180 ml  
 Diketahui, BB pasien 54 kg  
 Kebutuhan cairan  
 $= 10 \text{ (kg)} \times 100 \text{ ml} + 10 \text{ (kg)} \times 50 \text{ ml} + (54-20) \text{ (kg)} \times 20 \text{ ml}$   
 $= 1.000 \text{ ml} + 500 \text{ ml} + 680 \text{ ml}$   
 $= 2.180 \text{ ml}$

e. Balance cairan selama 24 jam

Perhitungan balance cairan pada pasien dijelaskan dalam tabel 3.1 sebagai berikut:

**Tabel 3.1 Balance Cairan Selama 24 Jam**

<b>Intake</b>	<b>Output</b>	<b>Balance cairan</b>
Parenteral : 1.000cc	Urine : 500 cc	Intake – output
Makan : 100 cc	IWL : 810 cc	= 2.300 cc – 1.360 cc
Minum : 1.200 cc	Feses : 50 cc	= 940 cc
	Muntah : 0 cc	
	Drain : 0 cc	
	Darah : 0 cc	
<b>Total : 2.300 cc</b>	<b>Total : 1.360 cc</b>	<b>+ 940 cc</b>

#### 4. Sistem Neurosensori

- a. Merasa pusing/mau pingsan: Keluhan pusing sering di rasakan
- b. Sakit kepala : Sakit kepala semakin bertambah jika pasien berganti posisi (misalnya dari posisi tidur ke duduk)
- c. Kesemutan/Kebas/lemah : Tidak ada keluhan kebas

- d. Riwayat stroke : Ya, pasien memiliki riwayat stroke sekitar 2 tahun yang lalu
- e. Kejang : Tidak ada riwayat kejang
- f. Kehilangan daya penglihatan : Penglihatan pasien masih dapat melihat dengan jelas, akan tetapi untuk saat ini penglihatan sedikit kurang jelas karena tidak menggunakan kaca mata.
- g. Glaukoma: Tidak; Katarak: Tidak; Alat bantu penglihatan: Ya (Kaca mata minus 1 kiri dan kanan 1)
- h. Kehilangan daya pendengaran: Tidak, Pasien dapat mendengar dengan jelas pada telinga kiri dan kanan
- i. Alat bantu dengar: Tidak menggunakan
- j. Pengecap : Pasien dapat mengecap rasa asin, manis, pahit, dan asam
- k. Penghidu : Pasien dapat mencium beberapa aroma
- l. Peraba : Pasien dapat merasakan rangsangan indra peraba
- m. Status mental : Tidak ada perubahan status mental
- n. Orientasi : Waktu: Pasien dapat mengingat kejadian yang sudah lampau terjadi beberapa tahun dan pasien dapat menyebutkan bahwa hari ini adalah hari Selasa tanggal 19 Desember 2023; Tempat: Pasien dapat mengingat tempat dan dapat menyebutkan bahwa sekarang dirinya berada di RSUD Kota Yogyakarta di ruang rawat inap Dahlia; Orang: Pasien dapat mengingat orang-orang disekitarnya, dan pasien mengatakan saat ini sedang ditemani oleh istrinya.
- o. Tingkat kesadaran : Composmentis (sadar penuh)
- p. GCS : E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub>, Total: 15
- q. Memori : Pasien dapat mengingat kejadian beberapa jam, hari, dan beberapa tahun yang lalu
- r. Pupil: Isokor dengan ukuran: 3 mm (kiri dan kanan), reaksi cahaya: R: Normal, /L: Normal
- s. Facial droop: Tidak
- t. Postur tubuh: Normal (kedua telinga, kedua bahu dan panggul pasien dalam posisi sejajar)

- u. Paralisis: Pada area lengan kiri pasien
- v. Hasil pemeriksaan saraf neurologis sebagai berikut:
  - 1) N I (olfaktorius):

Indra penciuman pasien baik, dapat membedakan bau-bauan
  - 2) N II (optikus):

Jarak pandang pasien baik
  - 3) N III (okulomotorius):

Adanya reflex rangsangan pada pupil
  - 4) N IV (troklearis):

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke atas dan ke bawah
  - 5) N V (trigeminus)

Tidak adanya kesulitan saat mengunyah
  - 6) N VI (abduksen):

Pasien dapat menggerakkan bola mata ke kanan dan ke kiri
  - 7) N VII (facialis):

Pengecapan terhadap perasa baik
  - 8) N VIII (vestibulotroklearis):

Pendengaran baik
  - 9) N IX (glosofaringeus):

Terdapat keluhan nyeri telan
  - 10) N X (vagus):

Bisa mengucap "ah" dan menelan saliva
  - 11) N XI (aksesorius):

Bisa mengangkat bahu dan menoleh dengan adanya tahanan
  - 12) N XII (hipoglosus):

Bisa menjulurkan dan menggerakkan lidah ke kiri ataupun ke kanan.
- w. Nyeri: Pasien mengeluh nyeri dengan PQRST:
  - P: Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan saat cuaca panas
  - Q: Seperti ditusuk-tusuk
  - R: Dibagian kepala

S: Skala 4 (nyeri sedang)

T: Nyeri yang di rasakan hilang timbul

### 5. Sistem Muskuloskeletal

- a. Kegiatan utama sebelum sakit: Kegiatan utama pasien sebelum sakit adalah bekerja, dan semenjak pasien sakit pasien hanya istirahat di rumah
- b. Kegiatan senggang: Tidak ada kegiatan yang dilakukan oleh pasien saat senggang
- c. Kondisi keterbatasan: Pasien belum mampu mengoptimalkan gerakan pada bagian tangan sebelah kiri (karena post stroke)
- d. Tidur malam: Ya 6 jam, Tidur siang: Kadang - kadang 1 jam
- e. Kesulitan untuk tidur sebelum masuk RS: Tidak; Insomnia: Tidak
- f. Kesulitan tidur saat masuk RS: Sesekali merasa sulit untuk tidur ketika keluhan nyeri kepala pada pasien muncul
- g. Sulit bangun tidur: Tidak
- h. Perasaan tidak tenang saat bangun tidur: Tidak
- i. Rentang gerak : Pada ekstremitas bawah pasien dapat digerakkan, dan ekstremitas kanan atas pasien pun dapat digerakkan, akan tetapi pada bagian ekstremitas kiri atas pasien sulit untuk digerakkan (post stroke)
- j. Kekuatan otot :

5	1
5	5

- k. Deformitas : Tidak ada kelainan bentuk pada muskuloskeletal
- l. Gaya Berjalan : Pasien saat ini saat ini sedang diistirahatkan untuk meminimalisir risiko jatuh pada pasien.
- m. Kemampuan ADL's pasien dibantu oleh keluarga  
Adapun kemampuan ADL's pasien dijabarkan pada tabel 3.2 sebagai berikut:

**Tabel 3.2 Kemampuan ADL's Pasien**

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

Keterangan: (2 = *independent*, 1 = butuh bantuan, 0 = *dependent*)

## 6. Sistem Integumen

- a. Riwayat alergi: Tidak ada riwayat alergi
- b. Perubahan sistem imun: Tidak ada perubahan sistem imun
- c. Transfusi darah: Tidak ada riwayat transfusi darah
- d. Temperatur kulit: Normal dengan suhu 36,5 °C
- e. Diaphoresis: Pasien tidak mengalami keluar keringat dingin
- f. Integritas kulit: Kulit tidak kering ; Scar: Tidak; Rash: Tidak; Laserasi: Tidak
- g. Ulcer : Tidak ada
- h. Luka bakar : Tidak ada
- i. Pressure Ulcer : Tidak ada
- j. Edema : Tidak ada edema pada ekstremitas atas ataupun bawah

## 7. Sistem Eliminasi

### a. Fecal

- 1) Frekuensi BAB 1 x/hari
- 2) Karakteristik feses
  - Konsistensi : Sedikit lembek
  - Warna : Kuning kecokelatan
  - Bau : Bau tak sedap yang khas
- 3) Penggunaan laxative : Tidak
- 4) Perdarahan per anus : Tidak
- 5) Hemoroid : Tidak ada

**b. Bladder**

- 1) Inkontinensia: Tidak
- 2) Urgensi: Tidak
- 3) Retensi urin: Tidak
- 4) Frekuensi BAK: 10x/hari
- 5) Karakteristik Urin: Kuning jernih
- 6) Volume urin : 500 cc
- 7) Nyeri/kesulitan terbakar/kesulitan BAK : Tidak ada
- 8) Riwayat penyakit ginjal/kandung kemih: Tidak ada

**8. Sistem Reproduksi**

- a. Keluhan sistem reproduksi: Tidak ada keluhan pada sistem reproduksi
- b. Akseptor KB : Tidak menggunakan KB
- c. Kegiatan sexual teratur : Ya
- d. Laki Laki
  - 1) Penis discharge: Tidak ada
  - 2) Gangguan prostat: Tidak
  - 3) Sirkumsisi: Riwayat sirkumsisi saat berusia 5 tahun
  - 4) Vasektomi: Tidak
  - 5) Gangguan pada alat kelamin: Tidak ada

**D. Pengkajian Psikososial****1. Nilai / Kepercayaan**

- a. Agama yang dianut: Islam
- b. Kegiatan keagamaan yang di jalani : Pengajian yang tidak rutin diikuti
- c. Nilai / kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan : Tidak ada
- d. Gaya hidup: Pasien mengatakan sebelum sakit sesekali mengikuti kegiatan pengajian keagamaan di kampungnya
- e. Perubahan gaya hidup: Pasien mengatakan tidak mengalami perubahan gaya hidup selama sakit

**2. Koping / stress**

- a. Pasien merasa stres: Tidak

- b. Faktor penyebab stres : Tidak ada
- c. Cara mengatasi permasalahan : Berdoa pada yang maha kuasa
- d. Status emosional : Pasien saat ini tampak tenang

### 3. Hubungan

- a. Tinggal dengan: anak dan isteri
- b. Orang yang mendukung : Istri, anak dan keluarga
- c. Penyakit mempengaruhi hubungan keluarga/ orang lain: Sakit yang dialami sama sekali tidak memengaruhi hubungannya dengan istri, anak, ataupun keluarga
- d. Kegiatan di masyarakat : Mengikuti kerja bakti

### 4. Persepsi Diri

- a. Yang dirasakan terkait hospitalisasi:
- b. Pasien mengatakan penyakit yang menimpanya saat ini merupakan ujian dari Tuhan, agar Ia menjadi pribadi yang lebih mengingat Tuhan.
- c. Perilaku klien sesuai dengan situasi :
- d. Pasien mengatakan menerima terkait sakit yang dialaminya dan tanpa sedikitpun merasa menyalahkan Tuhan atas sakitnya

## E. Data Penunjang

### 1. Pemeriksaan Laboratorium

Data tentang hasil pemeriksaan laboratorium dijelaskan dalam tabel 3.3 berikut ini:

**Tabel 3.3 Hasil Pemeriksaan Laboratorium**

Tanggal dan Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
<b>17 Desember 2023</b>		
Darah lengkap otomatis		
Eritrosit	4.91	4.50-5.90
Hemoglobin	14.4	12.3-17.5
Hematokrit	42.3	40.0-52.0
Mean Corpuscular Volume	86.2	80-96
Mean Corpuscular Hemoglobin	29.4	28.0-33.0
Mean Corpuscular hemoglobin concentration	34.1	33-36
RDW-CV	15.5	11-16
RDW-SD	45.9	35-56

<b>Tanggal dan Jenis pemeriksaan</b>	<b>Hasil</b>	<b>Nilai normal</b>
<b>Leukosit</b>	<b>17.1</b>	<b>4.4-11.3</b>
<b>Neutrofil %</b>	<b>84.5</b>	<b>50-70</b>
<b>Lymfosit %</b>	<b>6.2</b>	<b>25-60</b>
Monosit %	7.2	2-8
<b>Eosinofil %</b>	<b>1.8</b>	<b>2.0-4.0</b>
Basofil %	0.3	0-1
IMG %	0.4	0
<b>Neutrofil #</b>	<b>14.43</b>	<b>2-7</b>
Lymfosit #	1.06	0.8-4
Monosit#	1.22	0.12-1.2
Eosinophil#	0.31	0.02-0.50
Basophil#	0.05	0-1
NLR	13.59	<3.3
NRBC%	0.00	
NRBC#	0.000	
Trombosit	349	150-450
MPV	7.9	7-10.3
PDW	15.4	9-17
PCT	0.276	0.108-0.282
P-LCC	41	
P-LCR	11.7	
Chloride	104	98-109
<b>Creatinine</b>	<b>1.3</b>	<b>&lt;1.1</b>
Glukosa sewaktu	151	70-140
<b>Kalium</b>	<b>2.8</b>	<b>3.7-5.3</b>
Natrium	139	135-148
SGOT	20	<37
SGPT	15	<42
Ureum	19	10-50
<b>Urin Putih</b>		
Warna	Kuning	Kuning
Kekeruhan	Jernih	Jernih
pH	6.5	5.0-6.5
Bj	1.005	1.005-1.030
Keton	Negative	Negative
Protein	Negative	Negative
Glukosa	Negative	Negative
Darah	Negative	Negative
Nitrit	Negative	Negative
Urobilin	Positif	Positif
Bilirubin	Negative	Negative
Leukosit	Negative	Negative
Leukosit	Positif (0-2)	Positif (0-2)
Erthrosit	Negative	Negative/LP
Epithel	Positif (2-4)	Positif (0-2)
Silinder hyaline	Negative	Negative
Silinder leukosit	Negative	Negative
Silinder granula	Negative	Negative
Kristal oxalate	Negative	Negative

Tanggal dan Jenis pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
Kristal asam urat	Negative	Negative
Kristal triple phosphate	Negative	Negative
Kristal amorf	Negative	Negative
Kristal bilirubin	Negative	Negative
Bakteri	Negative	Negative
Jamur	Negative	Negative
Trichomonas	Negative	Negative

## 2. Pemeriksaan Radiologi

### a. Pemeriksaan MSCT head non kontras

Diagnosa klinis : Cephalgia dd SNH dd SNH

Nilai kritis : -

Kesan dr : Hemoraghi intracerebral baru region thalamus sinistra, tak banyak (< dari 1 cm<sup>3</sup>), tulang temporoparietal diganti bone graft, dengan infark cerebri (dari bekas post op ICH)

### b. Pemeriksaan thorax

Nilai kritis : -

Kesan dr : Pulmo dan besar cor normal

## F. Terapi yang Diberikan

Data terkait terapi yang diberikan pada pasien dijelaskan dalam tabel 3.4 sebagai berikut:

**Tabel 3.4 Terapi Farmakologi**

Tanggal	Jenis terapi	Rute	Dosis	Indikasi
17/12/23	Infus asering	IV	20 tpm	Sebagai nutrient dan pengobatan asidosis yang dihubungkan dengan dehidrasi dan kehilangan ion alkali dari tubuh
17/12/23	Citicolin	IV	250 mg/12 jam	Mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala, dan meningkatkan daya penglihatan pada pasien glaukoma

17/12/23	Ceftriaxone	IV	1 gr/12 jam	Mengatasi berbagai infeksi bakteri seperti infeksi saluran pernafasan, infeksi saluran kemih, infeksi saluran cerna, infeksi kulit, infeksi tulang serta sendi, otitis media, gonorrhea, profilaksis sebelum operasi, dan meningitis
17/12/23	Tramadol	IV	50 mg/12 jam	Untuk penatalaksanaan nyeri sedang sampai berat
17/12/23	Pamol	oral	500 mg/tab extra	Sebagai penurun demam dan pereda nyeri seperti sakit kepala, sakit gigi dan nyeri ringan
17/12/23	vicilin	IV	1 gr/8 jam	Mengobati infeksi saluran pernapasan atas dan bawah, infeksi saluran pencernaan, gonore, septikemia, peritonitis, endokarditis bakteri, osteomielitis, meningitis, infeksi saluran kemih, infeksi sepsis, infeksi kulit dan jaringan lunak
17/12/23	Peinlos	IV	1 amp/12 jam	Penanganan nyeri sedang hingga berat
17/12/23	Mecobalamin	IV	500 mg/12 jam	Untuk suplementasi vitamin B12

### G. Analisa Data

Diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan kondisi pasien dijelaskan dalam Tabel 3.5 sebagai berikut:

**Tabel 3.5 Diagnosa Keperawatan**

Data	Masalah	Etiologi
DS:	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Hipertensi
1. Pasien mengatakan merasa pusing dan sakit kepala		
2. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi sejak berusia 25 tahun		
3. Pasien mengatakan memiliki riwayat stroke		
DO:		
1. TD: 154/89 mmHg		

Data	Masalah	Etiologi
2. CT scan head non kontras: hemoragic intracerebral baru region thalamus sinistra		
DS: 1. Pasien mengatakan mengeluh nyeri, dengan PQRST: P : Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan saat cuaca panas Q : Seperti ditusuk-tusuk R : Kepala S : Skala nyeri 4 (nyeri sedang) T : Hilang timbul 3. Pasien mengatakan sulit tidur DO: 1. Pasien tampak gelisah 2. Tekanan darah 154/89 mmHg 3. Nadi 108 x/menit	Nyeri Akut (D.0077)	Agen pencedera fisiologis
DS: 1. Pasien mengatakan mengeluh pusing 2. Pasien mengatakan memiliki riwayat stroke DO: 1. Keadaan umum pasien tampak lemah 2. TD 154/89 mmHg 3. Skor MFS ( <i>Morse Fall Scale</i> ): 30 (risiko jatuh sedang)	Risiko jatuh (D.0143)	Penyakit serebrovaskuler

## H. Diagnosa Keperawatan Prioritas

Diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas antara lain:

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d. hipertensi (D.0017)
2. Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (D.0077)
3. Risiko jatuh d.d. penyakit serebrovaskuler (D.0143)

## I. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien berdasarkan kondisinya, dijelaskan dalam Tabel 3.6 sebagai berikut:

Tabel 3.6 Rencana Keperawatan

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d. hipertensi (D.0017)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam. Maka Perfusi Serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: 1. Sakit kepala menurun 2. Gelisah menurun 3. Tekanan darah sistolik membaik 4. Tekanan darah diastolik membaik	<p><b>Pemantauan Tanda Vital (I.02060)</b></p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tekanan darah</li> <li>2. Monitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)</li> <li>3. Monitor pernapasan (frekuensi)</li> <li>4. Monitor suhu</li> <li>5. Identifikasi penyebab perubahan tanda vital</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</li> </ol> <p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)</li> <li>4. Monitor status pernapasan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi fowler</li> <li>3. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>4. Pertahankan suhu tubuh normal dengan mengatur suhu ruangan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p>

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
		<p>1. Kolaborasi pemberian injeksi citicolin 250 mg/12 jam</p> <p><b>Pemberian Obat Intravena (I.02065)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat</li> <li>2. Verifikasi order obat sesuai dengan indikasi</li> <li>3. Periksa tanggal kedaluwarsa obat</li> <li>4. Monitor efek terapeutik obat</li> <li>5. Monitor efek samping, dan interaksi obat</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentasi)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan</li> </ol>
<p>Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (D.0077)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam. Maka Tingkat Nyeri (L.08066) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Gelisah menurun</li> <li>3. Kesulitan tidur menurun</li> <li>4. Frekuensi nadi membaik</li> <li>5. Tekanan darah membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Nyeri (I.08238)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Identifikasi respon nyeri non verbal</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (terapi pijat)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ol>

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
		<p><b>Terapi Pemijatan (I.08251)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (misalnya gangguan integritas kulit)</li> <li>2. Identifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan</li> <li>3. Monitor respons terhadap pemijatan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tetapkan jangka waktu untuk pemijatan</li> <li>2. Pilih area tubuh yang akan dipijat</li> <li>3. Siapkan lingkungan yang nyaman</li> <li>4. Gunakan <i>lotion</i> atau minyak untuk mengurangi gesekan (perhatikan kontraindikasi penggunaan <i>lotion</i> atau minyak tertentu pada tiap individu)</li> <li>5. Lakukan pemijatan secara perlahan</li> <li>6. Lakukan pemijatan dengan teknik yang tepat</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur terapi pijat refleksi kaki</li> <li>2. Anjurkan rileks selama pemijatan</li> <li>3. Anjurkan beristirahat setelah dilakukan pemijatan</li> </ol>
<p>Risiko jatuh d.d. penyakit serebrovaskuler (D.0143)</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4x24 jam. Maka Mobilitas Fisik (L.05042) meningkat, dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya setiap kali shift</li> <li>3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (<i>fall morse scale</i>)</li> <li>5. Monitor kemampuan berpindah tempat</li> </ol>

Diagnosa	Tujuan	Intervensi
		Terapeutik 1. Pastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur 3. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan anggota keluarga untuk tidak membiarkan pasien ke kamar mandi sendiri Pemasangan Alat Pengaman (I.14530) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan keselamatan pasien (berdasarkan tingkat fungsi fisik dan kognitif serta riwayat perilaku sebelumnya) Terapeutik 1. Pasang alat pengaman (misalnya pagar tempat tidur) untuk membatasi mobilitas fisik atau akses pada situasi yang membahayakan 2. Berikan tempat tidur yang rendah 3. Berikan alat untuk memanggil perawat 4. Respons setiap panggilan dengan segera

## J. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi dan evaluasi yang telah dilakukan kepada pasien dijelaskan dalam tabel 3.7 berikut ini:

**Tabel 3.7 Implementasi dan Evaluasi**

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d. hipertensi (D.0017)	19/12/23	<b>09.25 WIB</b> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor nadi (frekuensi, kekuatan, irama)	<b>09.30 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan tubuhnya terasa panas	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		3. Memonitor pernapasan (frekuensi)	2. Pasien mengatakan merasa tidak nyaman	
		4. Memonitor suhu	3. Pasien mengatakan merasa pusing	
		5. Memposisikan pasien dengan posisi semi <i>fowler</i>	<b>Objektif</b> 1. Pasien tampak gelisah 2. Pasien tampak memegang kepala 3. Pasien dalam keadaan duduk semi <i>fowler</i> 4. Nadi teraba kuat di brakialis dan irama reguler 5. TD 147/109 mmHg, Nadi 98 x/menit, SPO <sub>2</sub> 98%, Respirasi 20x/menit, Suhu 36,5°C	
		<b>09.55 WIB</b> 1. Mengidentifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat 2. Memverifikasi order obat sesuai dengan indikasi 3. Memonitor efek terpeutik obat 4. Memonitor efek samping, dan interaksi obat 5. Melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dokumentas) 6. Menjelaskan kegunaan diberikannya obat citicolin 250 mg 7. Menginjeksi obat citicolin 250 mg/12 jam	<b>10.00 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan tidak ada alergi obat 2. Pasien mengatakan obat yang diberikan membuat sakit kepala dan pusing yang dialaminya berangsur membaik 3. Pasien mengatakan memahami terkait kegunaan diberikannya obat citicolin <b>Objektif</b> 1. Tidak ada reaksi alergi obat atau pun reaksi obat yang membuat pasien menjadi tidak nyaman 2. Injeksi obat citicolin 250 mg/12 jam telah diberikan melalui IV pada Tn.S pada pukul 09.55 3. Pasien tampak sedikit lebih tenang	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<b>13.50 WIB</b> 1. Memonitor efek terpeutik obat 2. Memonitor efek samping, dan interaksi obat 3. Memonitor tekanan darah 4. Memposisikan pasien dengan posisi semi <i>fowler</i>	<b>13.55 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan tidak ada efek samping yang dirasakan 2. Pasien mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah sedikit berkurang 3. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i> saat ini <b>Objektif</b> 1. Intensitas kegelisahan pasien sedikit berkurang 2. TD 139/99 mmHg 3. Pasien tampak dalam keadaan posisi semi <i>fowler</i> <b>Analisis</b> 1. Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi <b>Planning</b> 1. Lanjutkan intervensi dengan memonitor tanda-tanda vital dan pemberian injeksi citicolin 250 mg melalui IV pada pukul 22.00 WIB, dan pemberian obat amlodipine 5 mg pada pukul 18.00 WIB	 Annisa
Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (D.0077)	19/12/23	<b>11.00 WIB</b> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	<b>11.05 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan mengeluh nyeri dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 4 (nyeri sedang)	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			T: Hilang timbul 2. Pasien mengatakan nyeri terasa berkurang jika pasien berbaring	
			<b>Objektif</b> 1. Pasien tampak meringis kesakitan 2. Pasien tampak mengompreskan kedua kakinya dengan kompres hangat	
	<b>10.00 WIB</b>		<b>10.02 WIB</b>	
	1. Pemberian injeksi tramadol 50 mg/12 jam		<b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan setelah diberikan obat tramadol nyerinya sedikit berkurang	<i>Annisa</i> Annisa
			<b>Objektif</b> 1. Keluhan nyeri pada pasien sedikit berkurang	
	<b>13.00 WIB</b>		<b>13.10 WIB</b>	
	1. Mengidentifikasi kontraindikasi terapi pemijatan (misalnya gangguan integritas kulit)		<b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan bersedia untuk diberikan terapi pijat refleksi kaki	<i>Annisa</i> Annisa
	2. Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan		2. Pasien mengatakan sudah memahami terkait edukasi pijat refleksi kaki yang telah diberikan	
	3. Memonitor respons terhadap pemijatan		3. Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah diberikan terapi pijat refleksi kaki	
	4. Menetapkan jangka waktu untuk pemijatan		4. Keluarga pasien mengatakan akan melakukan pijat refleksi kaki saat dirumah	
	5. Memiilih area tubuh yang akan dipijat		<b>Objektif</b> 1. Tidak adanya lesi ataupun edema pada area kaki yang dilakukan pemijatan	
	6. Menjaga lingkungan yang nyaman		2. Pasien tampak memahami setelah	
	7. Menggunakan <i>baby oil</i> saat pemijatan			
	8. Pemijatan dilakukan secara perlahan pada telapak kaki kanan			
	9. Menjelaskan tujuan dan prosedur terapi pijat refleksi kaki			
	10. Menganjurkan rileks selama pemijatan			

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		11. Memberikan edukasi pada pasien dan keluarga mengenai pijat refleksi kaki	diberikan penjelasan mengenai tujuan dan prosedur terapi pijat refleksi kaki 3. Pasien tampak nyaman selama diberikannya terapi pijat refleksi kaki 4. Keluarga pasien tampak mempraktikkan pijat refleksi kaki yang telah diajarkan dengan benar	
		<b>13.45 WIB</b>	<b>13.50 WIB</b>	
		1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	<b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan mengeluh nyeri dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 4 (nyeri sedang) → 3 (nyeri ringan) T: Hilang timbul	<i>Annisa</i> Annisa
		2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2. Pasien mengatakan nyeri sudah berkurang setelah dilakukan pijat refleksi kaki	
		3. Mengidentifikasi skala nyeri	3. Keluarga pasien mengatakan setelah dilakukan pijat, pasien dapat tertidur	
		4. Memonitor respons terhadap pemijatan	<b>Objektif</b> 1. Intensitas keluhan nyeri pasien sedikit berkurang	
		5. Memonitor tekanan darah	2. Pasien tampak tertidur dengan pulas 3. Nadi 89 x/menit 4. TDS menurun 12 mmHg setelah dilakukan pijat refleksi kaki (151	

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			mmHg → 139 mmHg)	
			5. TDD menurun 2 mmHg setelah dilakukan pijat refleksi kaki (101 mmHg → 99 mmHg)	
			<b>Analisis</b>	
			1. Nyeri akut belum teratasi	
			<b>Planning</b>	
			Lanjutkan intervensi dengan	
			1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	
			2. Mengidentifikasi skala nyeri	
			3. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	
			4. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	
			5. Melakukan pijat refleksi kaki	
			6. Mengkolaborasi pemberian analgetik berupa injeksi peinos 1 ampul/12 jam pada pukul 22.00 WIB	
Risiko jatuh d.d. penyakit serebrovaskuler (D.0143)	19/12/23	<b>11.00 WIB</b>	<b>11.10 WIB</b>	
		1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	<b>Subjektif</b>	
		2. Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya setiap kali shift	1. Pasien mengatakan mengeluh lemas	 Annisa
		3. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh	2. Pasien mengatakan enggan untuk memasang <i>handrail</i> karena mempersulit saat akan ke kamar mandi	
		4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala ( <i>fall morse scale</i> )	<b>Objektif</b>	
		5. Memonitor kemampuan berpindah tempat	1. Gelang <i>fall risk</i> telah terpasang pada pasien	

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		6. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan memasang <i>handrail</i> tempat tidur 7. Mendekatkan bel dalam jangkauan pasien 8. Memastikan pasien sudah terpasang gelang <i>fall risk</i> 9. Mengkolaborasikan dengan anggota keluarga untuk tidak membiarkan pasien ke kamar mandi sendiri	2. <i>Handrail</i> dan roda tempat tidur telah terkunci 3. Skor MFS 30 (risiko jatuh sedang) 4. Pencahayaan terang, lantai tidak licin	
		<b>13.55 WIB</b> 1. Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya setiap kali shift 2. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan memasang <i>handrail</i> tempat tidur 3. Mendekatkan bel dalam jangkauan pasien 4. Mengkolaborasikan dengan keluarga untuk tidak membiarkan pasien ke kamar mandi sendiri dan memastikan <i>handrail</i> serta roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci	<b>14.00 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Keluarga pasien mengatakan selalu membantu pasien saat ke kamar mandi <b>Objektif</b> 1. <i>Handrail</i> dalam keadaan terpasang dan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci <b>Analisis</b> 1. Risiko jatuh belum teratasi <b>Planning</b> 1. Lanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi risiko jatuh pada shift berikutnya dan melakukan pengkajian risiko jatuh kembali dengan MFS	 Annisa
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d. hipertensi (D.0017)	20/12/23	<b>09.40 WIB</b> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor nadi 3. Memonitor pernapasan (frekuensi) 4. Memonitor suhu 5. Memosisikan pasien dengan posisi semi <i>fowler</i>	<b>09.43 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan hari ini masih merasa panas pada tubuhnya 2. Pasien mengatakan merasa sedikit pusing	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			3. Pasien megeluh sedikit sakit kepala 4. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i>	
			<b>Objektif</b> 1. Pasien tampak sedikit gelisah 2. Nadi teraba kuat di brakialis dan irama regular 3. TD 168/108 mmHg, Nadi 71 x/menit, SPO <sub>2</sub> 97%, Respirasi 20x/menit, Suhu 36,5°C 4. Pasien tampak nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i>	
		<b>10.00 WIB</b> 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Memonitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> ) 4. Mengkolaborasi pemberian injeksi citicolin 250 mg/12 jam	<b>10.05 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan masih terasa pusing 2. Pasien mengatakan setelah diberikan obat pusing yang dirasakan menjadi berkurang <b>Objektif</b> 1. Hasil CT scan <i>hemoraghi intracerebral</i> 2. TD pasien siang ini turun dibandingkan pagi tadi dari 170/111 mmHg menjadi 168/108 mmHg 3. MAP 128 mmHg 4. Injeksi citiolin 250 mg/12 jam telah diberikan	 Annisa
		<b>13.45 WIB</b> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor nadi 3. Memonitor pernapasan (frekuensi) 4. Memonitor MAP	<b>13.50 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan sakit kepala dan pusingnya sudah sedikit berkurang 2. Pasien mengatakan nyaman dengan	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		5. Memposisikan pasien dengan posisi semi <i>fowler</i>	posisi semi <i>fowler</i> saat ini <b>Objektif</b> 1. Pasien tidak tampak gelisah 2. Pasien tampak nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i> 3. TD 148/92 mmHg 4. MAP 110,7 mmHg 5. Nadi 92x/menit 6. Respirasi 20x/menit <b>Analisis</b> 1. Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi <b>Planning</b> 1. Lanjutkan intervensi dengan memonitor tanda-tanda vital dan pemberian injeksi citicolin 250 mg melalui IV pada pukul 22.00 WIB, dan pemberian obat amlodipine 5 mg pada pukul 18.00 WIB	
Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (D.0077)	20/12/23	<b>10.00 WIB</b> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Memberikan injeksi peinos 1 ampul/12 jam	<b>10.05 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan mengeluh nyeri dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 4 (nyeri sedang) T: Hilang timbul 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang setelah diberikan obat <b>Objektif</b> 1. Pasien tampak sedikit meringis	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<b>13.00 WIB</b>	<b>13.15 WIB</b>	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kesediaan dan penerimaan dilakukan pemijatan</li> <li>Memonitor respons terhadap pemijatan</li> <li>Memilih area tubuh yang akan dipijat</li> <li>Menjaga lingkungan yang nyaman</li> <li>Menggunakan <i>baby oil</i> saat pemijatan</li> <li>Pemijatan dilakukan secara perlahan pada telapak kaki kanan</li> <li>Menganjurkan rileks selama pemijatan</li> <li>Mengevaluasi TD sebelum dan setelah pijat</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan sudah memahami terkait edukasi pijat refleksi kaki yang telah diberikan</li> <li>Pasien mengatakan merasa lebih rileks setelah diberikan terapi pijat refleksi kaki</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak nyaman selama diberikannya terapi pijat refleksi kaki</li> <li>Pasien tampak tertidur saat dilakukan pijat refleksi kaki</li> <li>TDS menurun 18 mmHg setelah diberikan intervensi (166 mmHg → 148 mmHg)</li> <li>TDD menurun 14 mmHg setelah intervensi pijat (106 mmHg → 92 mmHg)</li> </ol>	<p><i>Annisa</i> Annisa</p>
		<b>13.50 WIB</b>	<b>13.55 WIB</b>	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>Memonitor respons terhadap pemijatan</li> <li>Memonitor TD</li> </ol>	<p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan mengeluh nyeri dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 4 (nyeri sedang) → 3 (nyeri ringan) T: Hilang timbul</li> <li>Pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang setelah dilakukan pijat refleksi kaki</li> <li>Keluarga pasien mengatakan siang</li> </ol>	<p><i>Annisa</i> Annisa</p>

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<p>ini pasien tidak mengeluh sulit tidur</p> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensitas keluhan nyeri pasien sedikit berkurang</li> <li>2. Pasien tampak tertidur dengan pulas</li> <li>3. Nadi 69 x/menit, TD 148/92 mmHg</li> </ol> <p><b>Analisis</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri akut belum teratasi</li> </ol> <p><b>Planning</b></p> <p>Lanjutkan intervensi dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Melakukan pijat refleksi kak</li> <li>5. Mengkolaborasi pemberian analgetik berupa injeksi peinos 1 ampul/12 jam pada pukul 22.00 WIB</li> </ol>	
Risiko jatuh d.d. penyakit serebrovaskuler (D.0143)	20/12/23	<p><b>11.00 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>2. Memonitor kemampuan berpindah tempat</li> <li>3. Mendekatkan bel dalam jangkauan pasien</li> <li>4. Mengkolaborasi dengan anggota keluarga untuk tidak membiarkan pasien ke kamar mandi atau berpindah tempat sendiri</li> </ol>	<p><b>11.03 WIB</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan masih sedikit lemas</li> <li>2. Pasien mengatakan jika berpindah tempat dibantu oleh keluarga</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pencahayaan terang, lantai tidak licin</li> <li>2. Keluarga selalu mendampingi pasien saat pasien ke kamar mandi</li> </ol>	<p><i>Annisa</i> Annisa</p>

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<b>12.00 WIB</b> 1. Memposisikan tempat tidur dengan rendah 2. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan memasang <i>handrail</i> tempat tidur	<b>12.02 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi tempat tidur yang rendah <b>Objektif</b> 1. Roda tempat tidur dalam keadaan terkunci 2. <i>Handrail</i> tempat tidur terpasang	 Annisa
		<b>13.55 WIB</b> 1. Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya setiap kali shift 2. Memastikan roda tempat tidur selalu dalam kondisi terkunci dan memasang <i>handrail</i> tempat tidur 3. Mengkolaborasikan dengan keluarga untuk tidak membiarkan pasien ke kamar mandi sendiri dan memastikan <i>handrail</i> serta roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci	<b>13.58 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan siang ini tidak merasa lemas <b>Objektif</b> 1. <i>Handrail</i> dalam keadaan terpasang dan roda tempat tidur dalam keadaan terkunci <b>Analisis</b> 1. Risiko jatuh belum teratasi <b>Planning</b> 1. Lanjutkan intervensi dengan mengidentifikasi risiko jatuh pada shift berikutnya dan melakukan pengkajian risiko jatuh kembali dengan MFS	 Annisa
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d. hipertensi (D.0017)	21/12/23	<b>09.45 WIB</b> 1. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK berupa peningkatan tekanan darah 2. Memonitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> ) 3. Memposisikan pasien dengan posisi semi <i>fowler</i> 4. Mengkolaborasikan pemberian injeksi citicolin 250 mg/12 jam	<b>09.50 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan masih terasa pusing 2. Pasien mengatakan setelah diberikan obat pusing yang dirasakan menjadi berkurang 3. Pasien mengatakan nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i>	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<b>Objektif</b> 1. Hasil CT scan <i>hemoraghi intracerebral</i> 2. TD 168/108 mmHg 3. MAP 128 mmHg 4. Injeksi citiolin 250 mg/12 jam telah diberikan 5. Pasien tampak nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i>	
		<b>10.30 WIB</b> 1. Memonitor nadi 2. Memonitor pernapasan (frekuensi) 3. Memonitor saturasi oksigen 4. Memonitor suhu	<b>10.35 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak napas 2. Pasien mengatakan tidak ada keluhan demam <b>Objektif</b> 1. Pasien tidak tampak sesak napas 2. Pemeriksaan TTV: Suhu 36,7 °C, Nadi 77x/menit, Respirasi 20x/menit, SPO <sub>2</sub> 98%,	 Annisa
		<b>13.55 WIB</b> 1. Memonitor tekanan darah 2. Memonitor nadi 3. Memonitor pernapasan (frekuensi) 4. Memonitor MAP 5. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK berupa peningkatan tekanan darah 6. Memposisikan pasien dengan posisi semi <i>fowler</i>	<b>13.58 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan terkadang masih merasakan sedikit pusing 2. Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i> <b>Objektif</b> 1. Pasien tidak tampak gelisah 2. TD 152/103 mmHg 3. MAP 110,7 mmHg 4. Nadi 68x/menit 5. Respirasi 21x/menit	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			6. Pasien tampak nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i>	
			<b>Analisis</b>	
			1. Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi	
			<b>Planning</b>	
			1. Lanjutkan intervensi dengan memonitor tanda-tanda vital dan pemberian injeksi citicolin 250 mg melalui IV pada pukul 22.00 WIB, dan pemberian obat amlodipine 5 mg pada pukul 18.00 WIB	
Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (D.0077)	21/12/23	<b>10.00 WIB</b>	<b>10.05 WIB</b>	
		1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	<b>Subjektif</b>	Annisa
		2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	1. Pasien mengatakan sedikit mengeluh nyeri dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan saat cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 3 (nyeri ringan) T: Hilang timbul	
		3. Mengidentifikasi skala nyeri	2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang setelah diberikan obat	
		4. Memberikan injeksi peinos 1 ampul/12 jam	<b>Objektif</b>	
			1. Pasien tampak sedikit meringis	
		<b>13.00 WIB</b>	<b>13.15 WIB</b>	
		1. Melakukan pijat refleksi kaki	<b>Subjektif</b>	
		2. Menganjurkan pasien untuk rileks selama pemijatan	1. Pasien mengatakan merasa rileks selama dilakukan pijat refleksi kaki	
		3. Mengevaluasi TDS dan TDD setelah pijat refleksi kaki	2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan semakin berkurang	

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			dari skala 3 (nyeri ringan) menjadi skala 2 (nyeri ringan)	
			<b>Objektif</b>	
			1. Pasien tampak nyaman selama dilakukan pijat refleksi kaki	
			2. TDS menurun 7 mmHg setelah diberikan intervensi pijat refleksi kaki (159 mmHg → 152 mmHg)	
			3. TDD menurun 1 mmHg setelah intervensi pijat refleksi kaki (104 mmHg → 103 mmHg)	
		<b>13.50 WIB</b>	<b>13.55 WIB</b>	
		1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	<b>Subjektif</b>	<i>Annisa</i> Annisa
		2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	1. Pasien mengatakan mengeluh nyeri dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat melakukan aktivitas dan saat cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 4 (nyeri sedang) → 3 (nyeri ringan) T: Hilang timbul	
		3. Mengidentifikasi skala nyeri	2. Pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang setelah dilakukan pijat refleksi kaki	
		4. Memonitor respons terhadap pemijatan	3. Keluarga pasien mengatakan siang ini pasien tidak mengeluh sulit tidur	

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Intensitas keluhan nyeri pasien sedikit berkurang</li> <li>2. Pasien tampak tertidur dengan pulas</li> <li>3. Nadi 69 x/menit, TD 152/103 mmHg</li> </ol> <p><b>Analisis</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri akut belum teratasi</li> </ol> <p><b>Planning</b></p> <p>Lanjutkan intervensi dengan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>3. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal</li> <li>4. Melakukan pijat refleksi kak</li> <li>5. Mengkolaborasikan pemberian analgetik berupa injeksi peinos 1 ampul/12 jam pada pukul 22.00 WIB</li> </ol>	
Risiko jatuh d.d. penyakit serebrovaskuler (D.0143)	21/12/23	<p><b>10.30 WIB</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi risiko jatuh dengan menggunakan MFS</li> <li>2. Memonitor kemampuan berpindah tempat</li> </ol>	<p><b>10.35 WIB</b></p> <p><b>Subjektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan hari ini tidak merasa lemas</li> <li>2. Pasien mengatakan sudah dapat berpindah tempat tanpa bantuan keluarga</li> </ol> <p><b>Objektif</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skor MFS 30 (risiko rendah)</li> <li>2. Pasien tampak berjalan sendiri dengan langkah lambat</li> </ol>	<p><i>Annisa</i></p> <p>Annisa</p>

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
		<b>11.10 WIB</b> 1. Mengkolaborasikan dengan keluarga untuk tetap mendampingi pasien saat berpindah tempat	<b>11.12 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Keluarga pasien mengatakan akan tetap mengawasi pasien saat pasien berpindah tempat  <b>Objektif</b> 1. Keluarga pasien tampak menemani pasien saat pasien berjalan ke kamar mandi	
		<b>13.55 WIB</b> 1. Mengevaluasi risiko jatuh pasien	<b>13.57 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan keadaannya siang ini lebih baik dari pada beberapa hari yang lalu  <b>Objektif</b> 1. Pasien tampak tenang 2. Pasien tampak berpindah tempat tanpa bantuan keluarga  <b>Analisis</b> 1. Risiko jatuh belum teratasi  <b>Planning</b> 1. Identifikasi risiko jatuh pasien 2. Mengkolaborasi dengan keluarga untuk tetap mengawasi pasien saat berpindah tempat	
Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d. hipertensi (D.0017)	22/12/23	<b>09.45 WIB</b> 1. Memposisikan pasien semi <i>fowler</i> 2. Mempertahankan suhu tubuh normal dengan mengatur suhu ruangan 3. Mengukur tanda-tanda vital	<b>09.50 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i>  <b>Objektif</b> 1. Pasien tampak lebih nyaman dengan posisi semi <i>fowler</i> 2. TTV: Suhu 36,5°C, Nadi 78x/menit, SPO <sub>2</sub>	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			95%, Respirasi 20x/menit, TD 168/108 mmHg	
	<b>10.00 WIB</b>	1. Memberikan injeksi citicolin 250 mg/12 jam	<b>10.02 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan keadannya semakin membaik setelah diberikan injeksi obat <b>Objektif</b> 1. Injeksi citicolin 250 mg/12 jam telah diberikan melalui IV	 Annisa
	<b>13.27 WIB</b>	1. Memonitor keluhan pasien 2. Memonitor nadi, suhu, dan saturasi oksigen, dan tekanan darah	<b>13.30 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan keluhan nyeri kepala telah berkurang 2. mengatakan hari ini sudah lebih membaik keadaanya <b>Objektif</b> 1. Pasien tidak tampak gelisah 2. Nadi 98x/menit, suhu 36,7°C, SPO <sub>2</sub> 98%, TD 155/102 mmHg <b>Analisis</b> 1. Risiko perfusi serebral tidak efektif telah teratasi <b>Planning</b> Hentikan intervensi (pasien BLPL) dan anjurkan pasien untuk 1. Istirahat yang cukup saat di rumah 2. Minum obat amlodipine 10 mg 1x1 sehari 1 tablet 3. Minum obat citicolin 500 mg 1x1 sehari 1 tablet	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			4. Meminum kandesartan tab 16 mg 1x1 sehari 1 tabletta	
Nyeri akut b.d. agen pencedera fisiologis (D.0077)	22/12/23	<b>10.00 WIB</b> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi skala nyeri 4. Memberikan injeksi peinos 1 ampul/12 jam	<b>10.05 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan sedikit mengeluh nyeri dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 2 (nyeri ringan) T: Hilang timbul 2. Pasien mengatakan nyeri yang dirasakan berkurang setelah diberikan obat <b>Objektif</b> 1. Pasien tidak tampak meringis 2. Keadaan umum pasien baik	 Annisa
		<b>13.00 WIB</b> 1. Melakukan pijat refleksi kaki 2. Memonitor TD setelah pijat refleksi kaki	<b>13.10 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan hari ini hanya sedikit keluhan 2. Pasien mengatakan pijat refleksi kaki membuatnya menjadi lebih nyaman <b>Objektif</b> 1. Pasien tampak nyaman setelah di pijat 2. Keadaan umum pasien tampak baik 3. TDS menurun dari 171 mmHg → 155	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			mmHg (menurun 16 mmHg)	
			4. TDD menurun dari 108 mmHg → 102 mmHg (menurun 6 mmHg)	
		<b>13.20 WIB</b>	<b>13.25 WIB</b>	
		1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri	<b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan keluhan nyeri terasa sedikit dengan PQRST: P: Nyeri bertambah saat cuaca panas Q: Seperti ditusuk-tusuk R: Kepala S: Skala 2 (nyeri sedang) → 1 (nyeri ringan) T: Hilang timbul	<i>Annisa</i> Annisa
		2. Mengidentifikasi respon nyeri non verbal	2. Pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang setelah dilakukan pijat refleksi kaki	
		3. Mengidentifikasi skala nyeri	3. Keluarga pasien mengatakan siang ini pasien tidak mengeluh sulit tidur	
		4. Mengevaluasi respons terhadap pemijatan	<b>Objektif</b> 1. Intensitas keluhan nyeri pasien telah berkurang 2. Keadaan umum pasien tampak baik 3. Nadi 74 x/menit, TD 155/102 mmHg	
			<b>Analisis</b> 1. Nyeri akut telah teratasi	
			<b>Planning</b> Hentikan intervensi dan anjurkan keluarga	
			1. Meminum obat kalium diklofenak tab 50 mg 2x1 sehari 1 tablet jika merasakan nyeri kepala	

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			2. Menerapkan pijat refleksi kaki di rumah jika pasien mengeluh nyeri kembali	
Risiko jatuh d.d. penyakit serebrovaskuler (D.0143)	22/12/23	<b>09.30 WIB</b> 1. Mengidentifikasi faktor risiko jatuh 2. Mengidentifikasi risiko jatuh saat shift 3. Menghitung risiko jatuh dengan skala MFS	<b>09.35 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan hari ini tidak ada keluhan lemas ataupun lemah 2. Pasien mengatakan hari ini sudah dapat berjalan beberapa langkah ke luar kamar <b>Objektif</b> 1. Pasien tampak berjalan secara perlahan didampingi oleh keluarga 2. Keadaan umum pasien hari ini tampak baik 3. Pasien sudah tidak terpasang infus 4. Skor MFS 10 (risiko jatuh rendah)	 Annisa
		<b>13.25 WIB</b> 1. Mengidentifikasi risiko jatuh pada pasien	<b>13.27 WIB</b> <b>Subjektif</b> 1. Pasien mengatakan hari ini merasa lebih baik keadaannya daripada kemarin 2. Pasien mengatakan hari ini tidak ada keluhan lemas ataupun lemah <b>Objektif</b> 1. Keadaan umum pasien baik 2. Pasien tampak berjalan beberapa langkah dengan ditemani keluarga 3. Skor MFS 10 (risiko rendah)	 Annisa

Diagnosa	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	TTD
			<p><b>Analisis</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Risiko jatuh telah teratasi</li> </ol> <p><b>Planning</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hentiikan intervensi dan anjurkan keluarga untuk tetap meminimalisir lingkungan rumah yang berpotensi untuk meningkatkan resiko jatuh, dengan berupaya untuk lantai rumah tidak licin dan penerangan yang cukup</li> </ol>	