

### **BAB III**

#### **TINJAUAN KASUS**

##### **A. Pengkajian**

Hasil pengkajian dalam studi kasus ini dilakukan pada tanggal 24 Januari 2024 di ruang Marwah. Pasien Ny. S berumur 72 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SD, pekerjaan sebagai petani, jenis kelamin perempuan, alamat : Segoroyoso Bantul. Menurut diagnosa medis Ny. S mengalami stroke non hemoragik. Ny.S tinggal bersama dengan anak terakhirnya dan menantunya di Segoroyoso.

Pengkajian riwayat kesehatan, keluhan utama keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas bagian kiri. Riwayat penyakit sekarang pasien merupakan rujukan dari RS Nur Hidayah dengan gejala kejang durasi tidak lama tapi sering berlangsung  $\square$ 2 menit yang menyebabkan anggota gerak kiri lemah, kejang hampir berlangsung 12 kali. Sebelumnya pasien sudah bisa melakukan aktivitas ke sawah dan berjalan menggunakan kruk. Serangan stroke pada pasien berlangsung mendadak, saat pasien sedang bertani di sawah pasien tiba-tiba terjatuh dan mengeluh tidak bisa berjalan terutama pada kaki kiri dan tangan kiri. Pasien mengatakan kepala pusing, dan mual ketika masuk makanan ke mulut dan nyeri pada ekstremitas kiri ketika dipegang dan digerakkan.

Riwayat kesehatan dahulu keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, memiliki riwayat kejang, stroke dan penyumbatan di kepala sejak tahun 2021 sehingga pasien mengkonsumsi obat syaraf rutin dan memiliki asam urat dan kolesterol tinggi. Riwayat kesehatan keluarga tidak ada yang memiliki riwayat penyakit keturunan. Pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan dan pembedahan sebelumnya. Pasien tidak memiliki riwayat alergi. Dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran didapatkan GCS 15 (E4 V5 M6) pasien terpasang kateter, dan keluarga menyatakan sudah 3 hari klien tidak BAB, klien terpasang

oksigen nasal kanul 2 liter, pasien terpasang NGT, pasien terpasang infus RL 20 tetes/menit di tangan sebelah kanan.

Pola pengkajian aktivitas dan latihan selama sakit ADL pasien seperti makan, minum, mandi, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah dan ambulasi/ROM dibantu oleh perawat sedangkan untuk toileting pasien menggunakan pampers. Hasil pemeriksaan fisik vital sign dan didapatkan hasil : tekanan darah : 113/74 mmHg, nadi: 80 kali/ menit, RR : 20 kali/ menit, SPO2: 99%. pengukuran kekuatan otot tangan kiri (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi, dengan topangan, tangan kanan (5) tangan kiri pasien bergerak normal, kaki kanan (2) kaki pasien dapat gerakan otot penuh melawan gravitasi, dengan topangan, kaki kanan (5) kaki kiri pasien dapat bergerak normal. Sata pengkajian kaki kiri pasien tampak kontraktur.

Pasien tidak mengalami sesak, tidak ada otot bantu nafas perkusi thorax resonan, tidak ada alat bantu pernafasan / pernafasan spontan. pasien tidak ada nyeri dada, irama jantung teratur, Ictus Cordis teraba kuat di ICS V mid clavicula, bunyi jantung : S1 dan S2 Tunggal, CRT <3 detik, tidak terdapat sianosis, tidak terjadi peningkatan TD 113/74 mmHg, tidak terdapat clubbing finger, dan tidak ada pembesaran JVP. kesadaran compos mentis karena tidak ada tanda – tanda peningkatan tekanan intra kranial GCS 15 (E4 V5 M6) dengan orientasi baik, saat dikaji sudah tidak terdapat kejang dan kaku kuduk, masih ada nyeri kepala, dan tidak ada kelainan nervus cranialis. Terdapat perubahan fungsi motorik yaitu kelumpuhan tangan kiri dan kaki kiri, istirahat di rumah  $\pm$  6 jam, saat di RS  $\pm$  9-10 jam/hari. Terpasang kateter dengan jumlah urine 900 /24 jam dengan warna kuning dan bau khas. Keadaan mulut bersih, mukosa bibir kering, terpasang NGT. Pasien mengalami sedikit kesulitan menelan dan tidak ada pembesaran tonsil. Pasien mengatakan SMRS sulit makan, ketika mencoba makan terasa mual. Tidak ada nyeri abdomen, tidak kembung dan peristaltik usus 12 x/menit. Pasien mengatakan saat dirawat di RS belum BAB.

## Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. 1 Pemeriksaan penunjang

Hari / tanggal	Pemeriksaan	Hasil
23 Januari 2024	Head CT Scan kontras	Soft tissue ekstrakranial, fissura sylvii lebar, sistem ventrikel lebar, tampak area hipodens pada korteks sampai medula di lobus temporalis dextra, serta corona radiata dextra tak tampak deviasi midline, regio sella, parasellar, orbita dan retroorbita bilateral tak tampak kelainan, oncha nasi dextra besar, SPN normolusens, stema tulang infark Kesan : Infark pada korteks sampai medula di lobus temporalis dextra, serta corona radiata dextra, tak tampak perdarahan intra cerebri/cerebelli Tak tampak SOP, hipertrofi concha nasi dextra, SPN Normal
22 Januari 2024	Thorax dewasa S- CR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jantung : CTR &lt; 50%</li> <li>- Aorta elongasio dan mediastinum tak membesar</li> <li>- Pulmo : kedua hilus tak membesar</li> <li>- Corakan bronchovaskuler kedua paru normal dan tampak gambaran di infiltrate di paru</li> <li>- Sinus dan diafragma normal</li> <li>- Tulang-tulang infark dan jaringan lunak sekitar tenang</li> <li>- Kesan : elongasio aorta, bronkopneumonia dextra</li> </ul>

## Pemeriksaan Laboratorium

Senin, 22-01-2024 (18.00WIB)

Tabel 3. 2 Hasil Pemeriksaan laboratorium

No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interprestasi
1	Darah Lengkap			
	WBC	9.3	4-11 /mm <sup>3</sup>	Normal
	RBC	4.31	4-5 juta/ui	Normal
	HGB	12.2	12-16 g/dl	Normal

	HCT	36.7	36-46 %	Normal	
	MCV	85.2	80-100 fl	Normal	
	MCH	28.3	27-34fl	Normal	
	MCHC	33.2	32-36 pg	Normal	
	PLT	182	150-450 sel/mm <sup>3</sup>	Normal	
	Limfosit	32.2	20-35 %	Normal	
	MXD	8.8	0-11	Normal	
	Neutrofil	59.0	51-67	Normal	
2.	Kimia				
	SGOT	11.9	<31 mg/dl	Normal	
	SGPT	10.0	<31 mg/dl	Normal	
	Ureum	16.4	17-43 mg/dl	Rendah	
	Kreatinin	1.00	0.6-1.1mg/dl	Normal	
	GDS	185	70-110 mg/dl	Tinggi	
3.	Elektrolit				
	Natrium	143	136-145 mmol/l	Normal	
	Kalium	4.4	3.4-4.5 mmol/l	Normal	
	Klorida	105	100-108 mmol/l	Normal	
	Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Nilai normal	Interpretasi
	24-01-2024	Gula darah sewaktu	87	70-110 mg/dl	Normal
		Trigliserida	94	<160	Normal
		Kolesterol	127	<256	Normal
	25-01-2024	Gula darah sewaktu	73	70-110 mg/dl	Normal
	26-01-2024	Gula darah sewaktu	88	70-110 mg/dl	Normal

Terapi saat ini

Tabel 3. 3 Terapi Saat ini

Nama obat	Dosis	Indikasi
Ikaneuron	5000mg/IV/24 jam	Neuropati diabetic, neuralgia, hiperemesis Kekurangan vitamin B
Phenytoin	50mg /Iv/ 8 jam	Antikonvulsan : mengendalikan kejang pada penderita epilepsi. Obat ini juga digunakan untuk mengatasi trigeminal neuralgia, serta mencegah dan menangani kejang yang terjadi selama atau setelah prosedur bedah saraf.
Clopidogrel	75 mg/oral/ 24 jam	Antiplatelet : untuk mencegah penyumbatan pembuluh darah dan melancarkan peredaran darah.

		Umum digunakan pada penderita stroke untuk mencegah serangan jantung
Citicolin	500mg/oral/12 jam	mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala.
Infus RL	20 tetes/menit	Mengembalikan keseimbangan elektrolit dan dehidrasi
Oksigen Nasal kanul	3 liter/menit	Mempertahankan kebutuhan oksigen dan mencegah hipoksia

### Pemeriksaan Fungsi saraf Kranialis

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Fungsi Saraf Kranialis

Saraf Kranialis	Jenis fungsi	Fungsi
I Olfaktorius	sensorik	Pasien dapat membedakan bau minyak kayu putih dengan parfum
II Optikus	sensorik	Tidak ada gangguan penglihatan
III Okulomotorius	Motorik	Dilatasi pupil normal, terjadi pengecilan pupil ketika ada pantulan cahaya
IV Troklearis	Motorik	Tidak ada gangguan dalam pergerakan bola mata
V Trigemini	Sensorik	Pasien dapat menggerakkan rahang
VI Abduksen	Motorik	Pasien dapat melihat ke kanan dan ke kiri.
VII Fasialis	motorik	Pasien dapat merasakan makanan, bicara tidak pelo
VIII Vestibulokoklear	sensorik	Tdk Ada gangguan pendengaran
IX glossofarineus	Sensorik motorik	Terdapat sedikit kesulitan menelan makanan
X vagus	Sensorik Motorik	Tidak ada gangguan
XI Asesorius Spinal	Sensorik	Anggota badan sebelah kiri sulit digerakkan, bahu dapat di angkat, kaki kiri kontraktur hanya bisa abduksi dan adduksi
XII Hipoglosus	Motorik	Pasien dapat mengeluarkan lidahnya

1. Fungsi motorik pasien bernilai 2 gerakan otot penuh melawan gravitasi, dengan topangan
2. Fungsi sensorik pasien baik dan normal, pasien dapat merasakan sentuhan kapas, rangsangan nyeri dengan jarum, panas dan dingin.
3. Reflek fisiologis tricep (+) dan bicep (+), kemudian reflek patologis babinski (+)

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA

## B. Analisa Data

Tabel 3. 5 Analisa Data

No	Hari/Tgl/Jam	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1.	Rabu, 24 Januari 2024	DS : 1. Pasien mengatakan kepala terasa pusing dan kelemahan pada anggota gerak kiri 2. Keluarga pasien mengatakan kejang sudah berkurang DO : 1. Ku : Cukup, composmentis 2. Hasil Head CT Scan kontras : Infark pada korteks sampai medula di lobus temporalis dextra 3. Pasien tampak lemah 4. Terdapat gangguan pada pemeriksaan nervus XI Aksesorius Spinal 5. Pasien tampak kontraktur pada ekstremitas bawah kiri 6. Pasien tampak nyeri pada ekstremitas kiri (Klaudikasio intermiten) 7. TTV TD : 113/80 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36,8°C RR : 20x/menit SPO2 : 99%	Stroke non hemoragik	Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif

2.	Rabu, 24 Januari 2024	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri nyeri jika dipegang dan digerakkan</li> <li>2. Keluarga pasien mengatakan selama sakit tidak beraktivitas hanya tidur saja</li> <li>3. Keluarga pasien mengatakan jika aktivitas sebagian dibantu oleh keluarga</li> </ol> <p>DO</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktivitas pasien tampak dibantu keluarga</li> <li>2. Keadaan umum pasien tampak lemah</li> <li>3. Kekuatan otot menurun, pasien tampak sedikit menggerakkan tanganya saat diberi perintah</li> <li>4. Kekuatan otot 2222 5555 2222 5555</li> <li>5. Rentang gerak menurun</li> <li>6. Terdapat gangguan pada pemeriksaan nervus XI</li> <li>7. Pada anggota gerak kiri bawah tampak kontraktur</li> <li>8. Segala aktifitas pasien dibantu seperti makan minum mobilisasi berpakaian dll</li> <li>9. Pasien terdapat gangguan pada anggota badan sebelah kiri tangan kiri hanya bisa melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kanan hanya abduksi dan adduksi</li> <li>10. Gerakan terbatas dan mengalami tremor</li> </ol>	Penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke	Hambatan Mobilitas Fisik
----	-----------------------	--	---	--------------------------

		<p>11. Kelemahan fisik pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri</p> <p>12. Hasil CT scan menunjukkan Infark pada korteks sampai medula di lobus temporalis dextra</p> <p>13. Skor status neurologis NIHSS hari ke 1 : 9 (defisit neurologis sedang)</p>		
3.	Rabu, 24 Januari 2024	<p>DS :</p> <p>1. Keluarga pasien mengatakan pasien SMRS nafsu makan menurun, saat makan mual sehingga tidak bisa masuk makanan</p> <p>2. Pasien mengatakan agak sulit menelan makanan</p> <p>DO:</p> <p>1. BB : 40 kg TB : 149 cm IMT: 16,9 (berat rendah)</p> <p>2. Pasien tampak mual saat makan</p> <p>3. Pasien tampak menggunakan NGT</p> <p>4. Pasien tampak kesulitan menelan</p> <p>5. Diit RS tampak tidak habis (tampak habis ½ )</p> <p>6. Penurunan fungsi Nervus.IX Glosfaringeus</p>	Ketidakmampuan menelan makanan	Defisit Nutrisi
4.	Rabu, 24 Januari 2024	<p>DS:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan jika perawatan diri selama di rumah sakit di bantu oleh keluarga karena lemah pada</p>	Gangguan neuromuskular : stroke non hemoragic	Defisit perawatan diri

		<p>anggota gerak kiri</p> <p>DO :</p> <p>1. pasien tampak kurang minat untuk melakukan perawatan diri selama sakit</p> <p>2. Pasien tampak butuh bantuan dalam pemenuhan ADL</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Buang air besar</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Buang air kecil</td> <td></td> <td></td> <td>√</td> </tr> <tr> <td>Toileting</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Berdandan</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Makan</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Berpakaian</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Berpindah tempat</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilisasi</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Naik tangga</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td></td> <td>√</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		0	1	2	Buang air besar		√		Buang air kecil			√	Toileting		√		Berdandan		√		Makan		√		Berpakaian		√		Berpindah tempat		√		Mobilisasi		√		Naik tangga		√		Mandi		√			
	0	1	2																																													
Buang air besar		√																																														
Buang air kecil			√																																													
Toileting		√																																														
Berdandan		√																																														
Makan		√																																														
Berpakaian		√																																														
Berpindah tempat		√																																														
Mobilisasi		√																																														
Naik tangga		√																																														
Mandi		√																																														
5.	Rabu, 24 Januari 2024	<p>DS</p> <p>Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bahwa dirinya menderita stroke, hanya mengetahui sebelumnya memiliki riwayat kejang dan penyumbatan di kepala</p> <p>DO</p> <p>Pasien belum memahami manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke</p>	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan																																												

### C. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan menurut priorotas :

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak efektif berhubungan dengan Stroke non hemoragic dibuktikan dengan Terdapat gangguan pada pemeriksaan nervus XI Aksesorius Spinal, Pasien tampak kontraktur pada ekstremitas bawah kiri, Pasien tampak nyeri pada ekstremitas kiri (Klaudikasio intermiten) (D. 0009)
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke dibuktikan dengan kekuatan otot 2, Rentang gerak menurun, Gerakan terbatas dan Kelemahan fisik pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri (D.0054)
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan dibuktikan dengan BMI berat badan rendah, Pasien tampak kesulitan menelan (D.0019)
4. Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular : stroke non hemoragic dibuktikan dengan pasien tampak kurang minat untuk melakukan perawatan diri selama sakit dan Pasien tampak butuh bantuan dalam pemenuhan ADL (D.0109)
5. Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan pasien belum mengetahui manfaat ROM Pasif (D.0111)

#### **D. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 dengan diagnosa Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan keperawatan yaitu, Jam 14.00 Mengidentifikasi penyebab peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK). Jam 14.05: Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK. Jam 14.10: Memonitor status pernafasan. Jam 14.15: Memonitor intake dan output cairan. Jam 14.17: Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang. Jam 14.20: Memberikan posisi semi fowler. Jam 14.25: Mencegah terjadinya kejang. Jam 16.00: Mempertahankan suhu tubuh normal. Jam 16.00: Melakukan pemberian sedasi dan antikonvulsan Phenytoin 50 mg/IV.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 Jam 20.50 WIB dengan diagnosa Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral didapatkan data evaluasi hasil, S : Pasien mengatakan kepala terasa pusing dan kelemahan pada anggota gerak kiri, Keluarga pasien mengatakan kejang sudah berkurang , Keluarga pasien mengatakan jika sebelumnya memiliki riwayat pembengkakan di kepala dan kontrol rutin di RS Bethesda. O : Ku : Cukup, composmentis Pasien tampak lemah, Pasien tampak tidak kejang, Terdapat gangguan pada pemeriksaan nervus XI Aksesorius Spinal, Pasien tampak kontraktur pada ekstremitas bawah kiri, Pasien tampak nyeri pada ekstremitas kiri (Klaudikasio intermiten), Pola nafas reguler, dada dan perut tampak naik turun seiring dengan pernafasan, Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, Input cairan pershift = 1620 cc Output cairan pershift : 1500 cc Balance Cairan 24/01/2024 =120 cc. Vital sign : TD : 113/80 mmHg Nadi : 80x/menit, Suhu : 36,8°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%. A: masalah Resiko Perfusi Serebral Tidak efektif berhubungan dengan Stroke non hemoragic belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi : Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun), Monitor status pernafasan,

Monitor intake dan output cairan, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal, Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu, Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu.

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 jam dengan diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke. Jam 14.30 Menjelaskan tujuan dan prosedur ROM. Jam 14.35: Mengidentifikasi adanya nyeri atau ketidaknyamanan gerak aktivitas lainnya. Jam 14.37: Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Jam 14.40: Memonitor lokasi dan sifat ketidaknyamanan gerak aktivitas. Jam 14.45: Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mulai mobilisasi. Jam 14.45: Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Jam 14.48: Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi. Jam 14.50: Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Jam 14.55: Mengajarkan latihan gerak pasif secara sistematis. Jam 14.57: Mengatur posisi elevasi 30°. Jam 15.00: Memberikan bantal yang tepat pada leher. Jam 15.10: Melakukan pengendalian nyeri sebelum dilakukan mobilisasi. Jam 15.10: Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa nyeri serta ketahanan dan mobilitas sendi. Jam 15.15: Menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Jam 15.17: Memfasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 Jam 20.40 WIB dengan diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke, didapatkan data evaluasi hasil S : Pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri nyeri jika dipegang dan digerakkan, Keluarga pasien mengatakan selama sakit tidak beraktivitas hanya tidur saja. O : Keadaan umum pasien tampak lemah, Kekuatan otot menurun, pasien tampak sedikit menggerakkan tanganya saat diberi perintah, Gerakan terbatas dan mengalami tremor, Kelemahan fisik pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri , Hasil CT

scan menunjukkan Infark pada korteks sampai medula di lobus temporalis dextra, Skor status neurologis NIHSS hari ke 1 : 9 (defisit neurologis sedang), Rentang gerak pasien pada ekstremitas kiri pasif, Terdapat gangguan pada pemeriksaan nervus XI, Pada anggota gerak kiri bawah tampak kontraktur, Segala aktifitas pasien dibantu seperti makan minum mobilisasi berpakaian dll , Pasien terdapat gangguan pada anggota badan sebelah kiri tangan kiri hanya bisa melakukan fleksi ekstensi sedangkan kaki kiri hanya abduksi dan adduksi, Vital Sign Sebelum dilakukan kombinasi elevasi 30° dan ROM Pasif : TD : 113/74 mmHg N : 80x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 100%, Suhu : 37.2°C. Vital sign Setelah dilakukan kombinasi elevasi 30° dan ROM Pasif : TD : 121/76 mmHg, N : 85x/menit, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%, Suhu : 37°C, Kekuatan otot :

2222	5555
2222	5555

A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke belum teratasi. P : lanjutkan Intervensi: Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, Anjurkan melakukan mobilisasi dini, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi, Atur posisi elevasi 30°, Ubah posisi setiap 2 jam, Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi, Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi dan Kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan.

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 dengan diagnosa ketiga Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan. Jam 16.00 Mengidentifikasi status nutrisi. Jam 16.03: Mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan. Jam 16.05: Mengidentifikasi makanan yang disukai. Jam 16.10: Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien. Jam 16.15: Mengidentifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik. Jam 16.17: Memonitor asupan makanan. Jam 16.20: Memonitor berat badan. Jam 16.25: Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium. Jam 16.30: Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi. Jam 17.00: Mengajarkan diet yang diprogramkan. Jam 17.05: Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 Jam 20.45 WIB dengan diagnosa Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan didapatkan data evaluasi hasil, S : Keluarga pasien mengatakan pasien SMRS nafsu makan menurun, saat makan mual sehingga tidak bisa masuk makanan, Pasien mengatakan agak sulit menelan makanan. O: Pasien tampak mual saat makan, Pasien tampak menggunakan NGT, Pasien tampak kesulitan menelan, Pengkajian ABCD : A : BB : 40 kg, TB : 149 cm, IMT: 16,9 (berat rendah), B : Hasil pemeriksaan laboratorium 24/01/2024: Kolesterol : 127 (nilai normal <265) mg/dL, Trigliserida : 94 : (nilai normal <160) mg/dL, Gula darah sewaktu : 87 (nilai normal 70-140) mg/dL. C : mukosa bibir tampak kering, kelemahan otot ekstremitas kiri, penurunan fungsi nervus IX glossofarineus, D: Diit RS tampak tidak habis (tampak habis ½ ). A : Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor klinis Stroke non hemoragic belum teratasi. P : Lanjutkan Intervensi : Identifikasi status nutrisi, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida

makanan), Ajarkan diet yang diprogramkan, Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu.

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 dengan diagnosa keempat Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular. Jam 18.00 : Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia. Jam 18.05 Memonitor tingkat kemandirian. Jam 18.07 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. 18.10 Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi). 18.15 : Memotivasi keluarga untuk menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi). Jam 18.20 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. 18. 25 Memberikan Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan. Jam 18.30 Memberikan Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri. Jam 18.35 Memberikan jadwalkan rutinitas perawatan diri. Jam 18.38 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 Jam 20.55 WIB dengan diagnosa Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular didapatkan data evaluasi hasil, S: Keluarga pasien mengatakan jika perawatan diri selama di rumah sakit di bantu oleh keluarga karena lemah pada anggota gerak kiri. O : pasien tampak kurang minat untuk melakukan perawatan diri selama sakit, Pasien tampak butuh bantuan dalam pemenuhan ADL, buang air besar sebagian di bantu, buang air kecil mandiri menggunakan cateter, toilteting bergantung pada orang lain, berdandan, makan, berpakaian, berpindah tempat, mobilisasi sebagian di bantu, mandi bergantung pada orang lain. A : Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular belum teratasi P : lanjutkan Intervensi : Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, Monitor tingkat kemandirian, Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan,

Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri dan Motivasi rutinitas perawatan diri.

Implementasi keperawatan hari pertama dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 dengan diagnosa kelima Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpapar informasi. Jam 13.50 WIB Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Jam 13.55 : Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Jam 13.58 : Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Jam 14.00 WIB Memberikan kesempatan untuk bertanya.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Rabu 24 Januari 2024 Jam 21.00 WIB dengan diagnosa Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpapar informasi didapatkan data evaluasi hasil, S: Keluarga pasien mengatakan tidak mengetahui bahwa dirinya menderita stroke, hanya mengetahui sebelumnya memiliki riwayat kejang dan penyumbatan di kepala. O : Pasien belum memahami manfaat menggerakkan anggota tubuh untuk pasien stroke. A : Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular belum teratasi P : lanjutkan intervensi : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Sediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan terutama pada kekambuhan pasien stroke dan penjelasan mengenai ROM, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Ajarkan strategi peningkatan mobilitas dengan ROM.

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada Kamis 25 Januari 2024 dengan diagnosa Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, tindakan keperawatan yaitu, jam 14.00 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK. Jam 14.05: Memonitor status pernafasan. Jam 14.10 : Memonitor intake dan output cairan. Jam 14.15 mencegah terjadinya kejang. Jam 14.20 mempertahankan suhu tubuh normal. Jam 16.00:

Mempertahankan suhu tubuh normal. Jam 16.00: Melakukan pemberian sedasi dan antikonvulsan Phenytoin 50 mg/IV.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada hari Kamis, 25 Januari 2024 jam 20:50 WIB dengan diagnosa Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral didapatkan data evaluasi hasil, S : Pasien mengatakan kepala masih pusing, Keluarga pasien mengatakan kejang sudah berkurang. O : Ku : Cukup, composmentis, Pasien tampak tidak kejang, Refleks pada kontraktur ekstremitas bawah kiri membaik, Pasien masih tampak nyeri pada ekstremitas kiri (Klaudikasio intermiten), Pola nafas reguler, dada dan perut tampak naik turun seiring dengan pernafasan, Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, Input cairan pershift jaga= 1500 cc Output cairan pershift : 1700 cc Balance Cairan 25/01/2024 =200 cc. Vital sign TD : 98/62 mmHg, Nadi : 99x/menit, Suhu : 37°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%. A: masalah Resiko Perfusi Serebral Tidak efektif berhubungan dengan Stroke non hemoragic belum teratasi . P : Lanjutkan Intervensi : Monitor tanda/gejala peningkatan TIK, Monitor status pernafasan, Monitor intake dan output cairan, Cegah terjadinya kejang, Pertahankan suhu tubuh normal, Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu dan Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada Kamis 25 Januari 2024 jam dengan diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke. Jam 14.20 WIB Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya. Jam 14.25 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Jam 14.30 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Jam 14.40 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Jam 14.45 Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi. Jam 14.50 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Jam 14.55 Mengajarkan latihan gerak pasif secara sistematis. Jam 15.00 Mengatur

posisi elevasi 30°. Jam 15.05 Memberikan bantal yang tepat pada leher. Jam 15.10 Melakukan pengendalian nyeri sebelum dilakukan. Jam 15.15 Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi. Jam 15.20 Mengajukan melakukan mobilisasi dini. Jam 15.25 Memfasilitasi menaati jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif. Jam 15.30 Memfasilitasi setelah dilakukan aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur jam 16.40 Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Kamis 25 Januari 2024 Jam 20.55 WIB dengan diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke, didapatkan data evaluasi hasil S : Pasien mengatakan bagian tubuh sebelah kiri setelah kemarin diajarkan ROM lebih banyak bisa digerakkan, Keluarga pasien mengatakan jika pasien sudah tidak mengeluh nyeri ketika ekstremitas kiri dipegang dan digerakkan, Keluarga mengatakan pasien menaati jadwal latihan untuk ROM yang diberikan. O : Aktivitas pasien masih tampak dibantu seperti makan minum mobilisasi, Keadaan umum pasien tampak membaik, Kekuatan otot ekstremitas kiri tampak meningkat, Rentang gerak meningkat dibanding hari pertama setelah dilakukan intervensi, Gerakan pada ekstremitas atas sudah baik dan tidak mengalami tremor, Masih tampak kelemahan pada ekstremitas bawah , Hasil ct scan menunjukkan infark pada korteks sampai medula di lobus temporalis dextra, Skor status neurologis nihss hari ke 2 : 8 (defisit neurologis sedang), Terdapat gangguan pada pemeriksaan nervus xi , Refleks pada kontraktur ekstremitas bawah kiri membaik, Ekstremitas atas pasien tampak sudah bisa melakukan fleksi ekstensi bahu, pergelangan tangan dan siku, abduksi adduksi, rotasi bahu, Ekstremitas bawah kiri pasien tampak bisa abduksi dan adduksi pangkal paha, fleksi ekstensi pergelangan kaki, inversi dan eversi kaki dan flexi dan ekstensi jari-jari kaki, TTV sebelum dilakukan kombinasi elevasi 30° dan rom pasif TD :

98/62 mmHg, N : 99x/menit, Rr : 20x/menit, Spo2 : 99%, Suhu : 37°C.  
 TTV setelah dilakukan kombinasi elevasi 30° dan rom pasif : TD : 98/77  
 mmHg, N : 102 x/menit, Rr : 20x/menit, Spo2 : 99%, Suhu : 37,1°C,  
 Kekuatan otot :

4444	5555
3333	5555

A: gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait stroke belum teratasi, P : lanjutkan intervensi : Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur), Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu, Anjurkan melakukan mobilisasi dini, Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi , Atur posisi elevasi 30°, Ubah posisi setiap 2 jam, Jadwalkan secara tertulis untuk perubahan posisi, Fasilitasi menyusun jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif, Fasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan dan mobilitas sendi

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada Kamis, 25 Januari 2024 dengan diagnosa ketiga Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan. Jam 16.05 : Mengidentifikasi Status Nutrisi, jam 16.10 Memonitor penggunaan Selang Nasogastrik. Jam 16.15 Memonitor Asupan Makanan. Jam 16.18 Memonitor Berat Badan. Jam 18.00 Memonitor Hasil Pemeriksaan Laboratorium. Jam 18.05 Memberikan Makanan Tinggi Serat Untuk Mencegah Konstipasi

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Kamis 25 Januari 2024 Jam 20.45 WIB dengan diagnosa Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan didapatkan data evaluasi hasil, S : Pasien mengatakan agak sulit menelan makanan, Pasien mengatakan sudah tidak merasa mual. O: Pasien tampak menggunakan NGT, Pasien

tampak kesulitan menelan, Pengkajian ABCD : A : BB : 40 kg, TB : 149 cm, IMT: 16,9 (berat rendah), B : Hasil pemeriksaan laboratorium 24/01/2024 : Kolesterol : 127 (nilai normal <265) mg/dL, Trigliserida : 94 : (nilai normal <160) mg/Dl, Hasil pemeriksaan GDS 25/01/2024, Gula darah sewaktu : 73 (nilai normal 70-140) mg/dL, C : mukosa bibir tampak kering, kelemahan otot ekstremitas kiri, penurunan fungsi nervus IX glossofaringeus , D: Diit RS tampak tidak habis (tampak habis ½ porsi ), A : Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor klinis Stroke non hemoragic belum teratasi, P : Lanjutkan Intervensi : Identifikasi status nutrisi, Monitor asupan makanan, Monitor berat badan, Monitor hasil pemeriksaan laboratorium, Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan), Ajarkan diet yang diprogramkan, Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada Kamis, 25 Januari 2024 dengan diagnosa keempat, diagnosa Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular. Jam 18.00 Memonitor tingkat kemandirian. Jam 18.05 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Jam 18.07 Menyediakan lingkungan yang terapeutik (suasana hangat, rileks, privasi). Jam 18.10 Memotivasi keluarga untuk menyiapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi). Jam 18. 15 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. Jam 18.25 Memberikan Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan. Jam 18.30 Memberikan jadwalkan rutinitas perawatan diri dan Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Kamis 25 Januari 2024 Jam 20.55 WIB dengan diagnosa Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular didapatkan data evaluasi hasil, S: Keluarga pasien mengatakan jika tadi sudah memasukkan diet melalui NGT, memantau ROM mandiri dan menseka. O : pasien masih tampak kurang minat untuk melakukan perawatan diri selama sakit, Pasien tampak butuh

bantuan dalam pemenuhan ADL, BAB masih sebagian dibantu, BAK mandiri, toileting bergantung pada orang keluarga, berdandan, makan, berpakaian, berpindah tempat, mobilisasi sebagian dibantu. A : Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular belum teratasi. P : lanjutkan Intervensi : Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, Monitor tingkat kemandirian, Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri, Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan, fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri dan Motivasi rutinitas perawatan diri.

Implementasi keperawatan hari kedua dilakukan pada Kamis 25 Januari 2024 dengan diagnosa kelima Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpapar informasi. Jam 17.00 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi. Jam 17.05 Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat. Jam 17.10 Melakukan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan. Jam 17.15 Menyediakan materi dan media Pendidikan Kesehatan. Jam 17.20 Menjelaskan faktor risiko yang dapat mempengaruhi Kesehatan terutama pada kekambuhan pasien stroke dan penjelasan mengenai ROM. Jam 17.25 Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat terutama bagi pasien stroke dan riwayat kejang dan Memberikan kesempatan untuk bertanya.

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Kamis 25 Januari 2024 Jam 20.40 WIB dengan diagnosa Defisit pengetahuan dibuktikan dengan kurang terpapar informasi didapatkan data evaluasi hasil, S : Keluarga pasien dan pasien mengatakan paham setelah diberikan penjelasan mengenai stroke dan Rentang gerak. O : Pasien dan keluarga tampak kooperatif, Pasien dan keluarga dapat menjawab pertanyaan saat di evaluasi. A : Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular teratasi. P : hentikan Intervensi.

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada Jumat 26 Januari 2024 dengan diagnosa Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan

serebral, tindakan keperawatan yaitu, jam 07.30 Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK, jam 07.35 Memonitor status pernafasan, jam 07.40 Memonitor intake dan output cairan, jam 07.45 Mencegah terjadinya kejang, jam 08.00 Melakukan pemberian sedasi dan antikonvulsan Phenytoin 50 mg/Iv, jam 09.00 Mempertahankan suhu tubuh normal

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada hari Jumat, 26 Januari 2024 jam 13.50 WIB dengan diagnosa Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral didapatkan data evaluasi hasil, S : Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala, Keluarga pasien mengatakan sudah tidak kejang. O : Ku : baik, composmentis, Pasien tampak tidak kejang, Refleksi ekstremitas bawah kiri membaik, Pola nafas reguler, dada dan perut tampak naik turun seirama dengan pernafasan, Pasien tampak nyaman dengan posisi semi fowler, Input cairan = 1530 cc, Output cairan : 1600 cc Balance Cairan 26/01/2024 = 70 cc. TTV : TD : 123/75mmHg, Nadi : 98x/menit, Suhu : 37,2°C, RR : 20x/menit, SPO2 : 99%. A: Masalah Resiko Perfusi Serebral Tidak efektif berhubungan dengan Stroke non hemoragic teratasi. P : Hentikan intervensi dan lakukan discard planning dirumah

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada Jumat 26 Januari 2024 jam dengan diagnosa kedua Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke. Jam 08.00 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Jam 08.05 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi. Jam 08.08 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi. Jam 08.10 Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi. Jam 08.18 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan. Jam 08.20 Mengajarkan latihan gerak pasif secara sistematis. Jam 08.23 Mengatur posisi elevasi 30°. Jam 08.25 Memberikan bantal yang tepat pada leher. Jam 08.30 Melakukan pengendalian nyeri sebelum dilakukan. Jam 08.40 Memfasilitasi gerak sendi teratur dalam batas-batas rasa sakit, ketahanan

dan mobilitas sendi. Jam 08.45 Menganjurkan melakukan mobilisasi dini. Jam 08.50 Memfasilitasi menaati jadwal latihan rentang gerak aktif maupun pasif. Jam 09.00 Memfasilitasi setelah dilakukan aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur. Jam 12.00 Melakukan kolaborasi dengan fisioterapi dalam mengembangkan dan melaksanakan program latihan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Jumat 26 Januari 2024 Jam 13.55 WIB dengan diagnosa Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait Stroke, didapatkan data evaluasi hasil S :Keluarga mengatakan pasien menaati jadwal latihan untuk ROM yang diberikan, Keluarga mengatakan jika Pergerakan ekstremitas meningkat, Keluarga mengatakan pasien sudah tidak mengeluh nyeri dan rasa gerakan terbatas menurun. O : Aktivitas pasien masih tampak dibantu seperti untuk makan minum dan seka, Keadaan umum pasien baik, Kekuatan otot ekstremitas kiri tampak meningkat, Rentang gerak meningkat dibanding hari kedua setelah dilakukan intervensi, Gerakan pada ekstremitas atas sudah tidak mengalami tremor, Skor status neurologis nihss hari ke 2 : 3 (defisit neurologis Ringan), Refleks pada kontraktur ekstremitas bawah kiri membaik, Ekstremitas atas pasien tampak sudah bisa melakukan seluruh gerakan ROM aktif : fleksi ekstensi bahu, pergelangan tangan dan siku, abduksi adduksi, rotasi bahu, Ekstremitas bawah kiri pasien tampak bisa melakukan ROM aktif : abduksi dan adduksi pangkal paha, fleksi ekstensi pergelangan kaki, inversi dan eversi kaki dan flexi dan ekstensi jari-jari kaki, TTV sebelum dilakukan kombinasi elevasi 30° dan rom pasif : TD : 123/75 mmHg, N : 93x/menit, Rr : 20x/menit, Spo2 : 100%, Suhu : 37,2°c. TTV setelah dilakukan kombinasi elevasi 30° dan rom pasif , TD : 126/79 mmHg, N : 98 x/menit, Rr : 20x/menit, Spo2 : 99%, Suhu : 37°c. Kekuatan otot

5555	5555
4444	5555

A: gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan kondisi terkait stroke teratasi. P : Hentikan intervensi

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada Jumat 26 Januari 2024 dengan diagnosa ketiga Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan. Jam 11.00 Mengidentifikasi ulang Status Nutrisi, Jam 10.10 Memonitor penggunaan Selang Nasogastrik, jam 11.20 Memonitor Asupan Makanan. Jam 11.25 Memonitor Berat Badan. Jam 11.30 Memonitor Hasil Pemeriksaan Laboratorium. Jam 11.40 Memberikan Makanan Tinggi Serat Untuk Mencegah Konstipasi. Jam 12.05 Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Jumat 26 Januari 2024 Jam 13.45 WIB dengan diagnosa Defisit nutrisi berhubungan dengan Ketidakmampuan menelan makanan didapatkan data evaluasi hasil, S : Pasien mengatakan sudah bisa menelan sedikit sedikit, Keluarga pasien mengatakan jika NGT lepas sendiri karena bersin-bersin, Pasien mengatakan sudah tidak merasa mual. O: NGT aff spontan, Pasien tampak sudah tidak kesulitan menelan, Frekuensi makan pasien setelah tidak mual membaik, Nafsu makan pasien sedikit membaik, Pengkajian ABCD : A : BB : 40 kg, TB : 149 cm, IMT: 16,9 (berat rendah). B : Hasil pemeriksaan laboratorium 24/01/2024, Kolesterol : 127 (nilai normal <265) mg/dL, Trigliserida : 94 : (nilai normal <160) mg/Dl. Hasil pemeriksaan GDS 26/01/2024 Gula darah sewaktu : 88 (nilai normal 70-140) mg/dL. mukosa bibir tampak lembab, D: Diit RS tampak habis A : Defisit nutrisi berhubungan dengan faktor klinis Stroke non hemoragic belum teratasi. P : lanjutkan Intervensi di rumah.

Implementasi keperawatan hari ketiga dilakukan pada Jumat 26 Januari 2024 dengan diagnosa keempat, diagnosa Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular. Jam 10.00 Memonitor tingkat kemandirian. Jam 10.05 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan. Jam 10.07 Menyediakan

lingkungan yang terapeutik . jam 10.10 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri. Jam 10. 20 Memberikan Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan. Jam 10.25 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan pada Jumat 26 Januari 2024 Jam 13.55 WIB dengan diagnosa Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular didapatkan data evaluasi hasil, S : Keluarga menyatakan Kemampuan makan membaik Keluarga pasien mengatakan jika ingin segera pulang agar bisa mandi. O : pasien tampak ada minat untuk melakukan perawatan diri selama sakit . BAK mandi, BAB, toileting, berdandan, makan, berpakaian, berpindah tempat, mobilisasi sebagian dibantu. A : Defisit perawatan diri dibuktikan dengan Gangguan neuromuskular teratasi . P : Hentikan Intervensi

PERPUSTAKAAN  
UNIVERSITAS JENDERAL  
YOGYAKARTA