

LAMPIRAN

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAI BEDAH 11 POLA GORDON

A. PENGKAJIAN

1. Identitas Pasien

- a. Nama : Tn.A
- b. Umur : 60 Tahun
- c. Jenis Kelamin : laki-laki
- d. Pekerjaan : wiraswasta
- e. Pendidikan : SD
- f. Agama : Islam
- g. Suku/Bangsa : Banjar/WNI
- h. Status Perkawinan : Kawin
- i. Alamat : Blok.P RT.05, No.19 Kab.Tapin
Kec.Binuang
- j. Ruang rawat : Maria 20
- k. Tanggal Masuk :06/07/2024
- l. Tanggal Pengkajian :08/07/2024
- m. No. Register :0-34-75-xx
- n. Diagnosa Medis :SNH
- o. Dokter yang merawat : Dr.Zainuddin,SP.S
- p. Sumber Informasi : istri
- q. Kontak Keluarga :08xxx

2. Riwayat Penyakit

- a. Keluhan Utama

Saat MRS :

Saat dilakukan pengkajian, keluarga pasien mengatakan bahwa sudah 1 minggu tubuh pasien pada bagian sebelah kiri mengalami kelemahan, bicara tidak jelas, dan sakit kepala. Keluarga pasien juga mengatakan bahwa sebelumnya pasien pernah berobat di klinik dokter zarnuddin.

Saat Pengkajian :

DS : keluarga pasien mengatakan pasien masih nampak gelisah tidak dapat tidur dengan tenang, dan banyak air liur pasien yang mengalir saat pasien tidur dan pasien tidak bisa menelan

DO:pasien terlihat lemah, kesadaran pasien apatis, terlihat pasien terpasang NGT dan DC warna urine kemerahan

b. Riwayat Penyakit Dahulu :

1) Penyakit yang Pernah Dialami, sebutkan :

2) Riwayat :

a) Kecelakaan :

keluarga pasien mengatakan pasien pernah mengalami kecelakaan bermotor waktu masih muda dan keluarga pasien mengatakan mengalami keseleo pada kaki dan dilakukan pijat secara tradisional.

b) Operasi :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah melakukan oprasi sebelumnya.

c) Alergi Obat :

Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya tidak pernah mengalami alergi obat.

d) Alergi makanan :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah memiliki alergi makanan atau minuman

e) Alergi lain-lain :

Tidak ada

f) Merokok :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah merokok sebelumnya

g) Alkohol :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi alkohol

h) Kopi :

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak suka mengonsumsi kopi

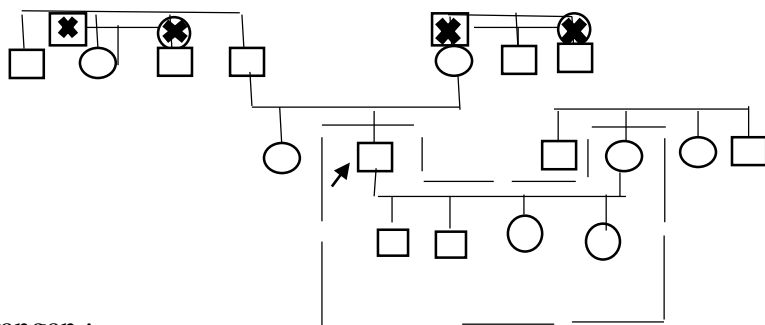
i) Lain-lain :

Keluarga pasien mengatakan pasien lebih sering mengonsumsi teh 3-5 kali dalam sehari.

j) Obat-obatan yang pernah digunakan:

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengonsumsi obat-obatan sebelumnya

c. Riwayat Keluarga Genogram :



keterangan :

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

* : meninggal

↗ : pasien

— — : garis perkawinan

| : garis keturunan

— — : garis tinggal serumah

3. Pemeriksaan Fisik Keadaan Umum : Kesadaran :

TTV :

1. TD : 150/75 mmHg

2. Nadi : 75x/menit

3. Suhu : 36°C

4. Pernafasan : 19 x/menit

No	Area Fisik	Hasil Pemeriksaan	Analisa
1	Kepala & Leher	<p>Kepala :Bentuk kepela bulat simetris, tidak terdapat luka pada kulit kepala,kulit kepala warna merah muda, tidak ada ketombe.</p> <p>Mata :Mata kiri kanan simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, terdapat kotoran mata kiri dan kanan</p> <p>Hidung : tidak ada polip, tidak ada cairan secret, terpasang NGT</p> <p>Mulut & Tenggorokan : Mulut simetris, bibir tampak kering berwarna merah muda,terdapat jamur pada lidah.</p> <p>Telinga :Bentuk simetris mampu mendengar dengan jelas, tidak ada nyeri, tidak ada serumen dan tidak memakai alat bantu dengar.</p> <p>Leher : Tidak ada benjolan pada leher</p>	<p>Pasien terpasang NGT dikarenakan pasien sukar menelan</p>
2	Dada/Thora x	<p>Inspeksi : Dada simetris, dari rontgen hasil normal.</p> <p>Palpasi : Tidak ada nyeri,tidak ada benjolan</p> <p>Perkusi :Bunyi murmur</p>	normal
3	Payudarah dan Axila	<p>Inspeksi : Bentuk dada simetris,tidak ada lesi/luka. Pada axila bersih tidak kotor</p> <p>Palpasi : Tidak ada pergeseran dan tidak ada benjolan</p>	normal
4	Abdomen	<p>Inspeksi : kulit bersih tidak ada luka pada daerah abdomen</p> <p>Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan pada</p>	normal

		area abdomen Auskultasi :peristaltik usus 12x/menit Perkusi :suara timpani	
5	Genetalia	Pria, pasien terasang urien kateter sejak di rawat di rumah sakit	Pasien terpasang urien kateter
6	Ekstremitas	Atas : Anggota gerak lengkap pada kedua tangan kiri dan kanan, pergerakan terbatas, pasien terpasang infus pada tangan sebelah kiri, keadaan area infus bersih. tetapi terdapat kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri Bawah: Anggota gerak lengkap pada kaki kiri dan kanan, tetapi terdapat kelemahan pada bagian tubuh sebelah kiri	Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra
7	Kulit dan Kuku	Kulit bersih, tidak ada luka dan kuku pendek dan bersih	normal

4. 11 Pola Gordon

a. Pola Aktivitas – Latihan

NO	AKTIVITAS	SMRS (SKOR)	MRS (SKOR)
1	Makan/Minum	0	4
2	Mandi	0	4
3	Berpakaian/berdandan	0	4
4	Toileting	0	4
5	Berpindah	0	4
6	Berjalan	0	4
7	Naik tangga	0	4

Ket : 0: mandiri, 1: Alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

b. Pola Nutrisi-Metabolik

Keterangan	SMRS	MRS
Jenis makanan/diet	Keluarga pasien mengatakan tidak ada diet	Setelah masuk rumah sakit pasien diberikan diet dengan bubur cair
Frekuensi	Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya makan 3-5 kali dalam sehari.	Setelah masuk rumah sakit pasien makan melalui selang NGT sebanyak 3 kali dalam sehari
Porsi yang dihabiskan	Keluarga pasien mengatakan pasien biasanya makan 1 piring	Setelah masuk rumah sakit pasien makan melalui selang NGT dengan porsi 200 cc dalam 1 kali makan
Komposisi Menu	Keluarga pasien mengatakan pasien lebih suka makan dengan lebih banyak mengonsumsi lauk dari pada nasi dan sayur-sayuran	Setelah masuk rumah sakit pasien makan dengan komposisi menu diet yang diberikan bubur cair dan jus buah sesuai dengan ahli gizi
Pantangan	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada pantangan sebelumnya	Saat masuk rumah sakit pasien diberikan diet bubur cair dan jus buah yang sudah dihaluskan
Nafsu makan	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki nafsu makan yang bagus dan sering ngemil lauk	Setelah masuk rumah sakit pasien mengalami perubahan nafsu makan dan sukar menelan sehingga dilakukan pemasangan NGT
Fluktuasi BB 6 bln terakhir	Keluarga pasien mengatakan BB	Setelah masuk rumah sakit keluarga pasien mengatakan

	pasien 90 Kg sebelum sakit	turun mejadi 70 kg
Sukar menelan	Sebelum sakit pasien tidak ada sukar menelan	Setelah masuk rumah sakit pasien sukar menelan dan kesulitan untuk makan dan minum sehingga di pasang NGT
Riw. penyembuhan luka		

c. Pola Eliminasi

NO	SMRS	MRS
Buang Air Besar (BAB) :		
1	Frekuensi	Keluarga pasien mengatakan biasanya pasien BAB 2 kali dalam sehari di pagi hari saat bangun pagi dan kadang sore hari
		Setelah masuk rumah sakit pasien tidak dapat melakukan BAB secara mandiri dan di bantu secara total biasanya pasien BAB 2x dalam sehari di gantikan pokoknya
2	Warna	Keluarga pasien mengatakan warna BAB pasien normal coklat tua
		Setelah masuk rumah sakit warna BAB pasien coklat tua dan cair
3	KesulitanBAB	Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya tidak ada mengalami kesulitan BAB
		Setelah masuk rumah sakit pasien tidak ada masalah dalam masalah pencernaannya dan BAB lancar
Upaya Mengatasi:		
4	Buang Air Kecil(BAK):	Normal
		Setelah masuk rumah sakit pasien menggunakan DC

			karena tidak dapat melakukan aktivitas kesadaran apatis
5	Frekuensi	Keluarga pasien mengatakan biasanya pasien BAK 2-4 kali dalam sehari	Setelah masuk rumah sakit pasien terpasang DC dan akan di buang pergantian shif dinas dan di lihat berapa cc sekali pembuangannya
6	Jumlah	-	Saat di rumah sakit pasien terpasang DC biasanya jumlah urien 500 cc – 1.000 cc pershif dinas
7	Warna	Keluarga pasien mengatakan warna kuning pucat	Setelah masuk rumah sakit warna urien pasien berwarna merah keruh
8	Kesulitan BAK	Keluarga pasien mengatakan tidak ada memiliki kesulitan BAK	Saat di rumah sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan kesadaran pasien Apatis dan pasien terpasang DC untuk menilai input output
6	Jumlah	-	Saat di rumah sakit pasien terpasang DC biasanya jumlah urien 500 cc – 1.000 cc pershif dinas
	Upaya Mengatasi :		

d. Pola Tidur-Istirahat

NO	Kegiatan	SMRS	MRS
1	Tidur siang	Keluarga pasien mengatakan selalu tidur siang selama 3 jam	Setelah masuk rumah sakit pasien tidur siang tetapi masih sering gelisah paling lama 30 menit untuk tidur siang
2	Tidur malam	Keluarga pasien mengatakan pasien saat malam hari tidur biasanya di atas jam 22.00	Setelah masuk rumah sakit pasien sering gelisah saat tidur dimalam hari
3	Kebiasaan sebelum tidur	Keluarga pasien mengatakan kebiasaan tidur pasien sering menyetel televisi agar tidur dengan nyenyak	Setelah masuk rumah sakit pasien lebih sering meminta tempat tidur ditinggikan
4	Kesulitan tidur	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada kesulitan untuk tidur	Setelah masuk rumah sakit pasien banyak gelisah saat tidur
Upaya mengatasi:			

e. Pola Kebersihan Diri

Keterangan	SMRS	MRS
Mandi	Keluarga pasien mengatakan pasien mandi 2 kali dalam sehari	Setelah masuk rumah sakit pasien di bantu untuk perawatan diri pada pagi hari
Handuk	Keluarga pasien mengatakan handuk pasien dan yang lainnya di pisah masing-masing	Setelah masuk rumah sakit pasien dapat handuk yang di ganti 1 kali pemakaian
Keramas	Keluarga pasien mengatakan pasien selalu berkeramas rambut setiap kali mandi	Setelah masuk rumah sakit pasien dibantu untuk berkeramas 1 kali dalam sehari

Gosok gigi	Keluarga pasien mengatakan pasien selalu gosok gigi setiap kali habis makan	Setelah masuk rumah sakit pasien di bantu untuk memberisihkan gigi di pagi hari
Kesulitan	Keluarga pasien mengatakan tidak ada kesulitan sebelum pasien sakit	Setelah masuk rumah sakit pasien memerlukan bantuan total untuk melakukan perawatan diri
Upaya Mengatasi		

f. Pola Toleransi-Koping Stress

1. Pengambil keputusan :
Istri pasien mengatakan saat mengambil keputusan selalu direbukan secara bersama-sama
2. Masalah utama terkait dengan perawatan di RS / penyakit :
Istri pasien mengatakan untuk masalah perawatan lebih sering di paksa karena pasien jarang ingin melakukan pengobatan jika tidak parah
3. Hal yang biasa dilakukan jika mengalami stress/ masalah :
Istri pasien mengatakan jika merasa stress biasanya akan mendengarkan zikir dan mendengarkan siraman rohani
4. Harapan setelah menjalani perawatan :
Keluarga pasien mengatakan berharap dengan dilakukan perawatan pasien dapat kembali pulih secara perlahan dengan pengobatan yang dijalani
5. Perubahan yang dirasakan setelah sakit :
Keluarga pasien mengatakan setelah pasien sakit pasien mengalami penurunan berat badan 6 bulan terakhir, dan kelemahan fisik pasien bagian tubuh sebelah kiri menurun bicara tidak jelas

g. Pola Peran Hubungan

1. Peran dalam keluarga :

Keluarga pasien mengatakan pasien selalu menjaga hubungan baik antar keluarga baik dengan saudara dan anak-anaknya

2. Sistem pendukung :

Keluarga pasien mengatakan sistem pendukung untuk pasien adalah keluarga

3. Masalah peran/hubungan dengan keluarga selama perawatan di RS:

istri pasien mengatakan peran kepala keluarga sekarang adalah anak pasien karena anak-anak pasien yang sudah berkeluarga tetap tinggal bersama pasien dan istri pasien di satu rumah.

h. Pola Komunikasi

1. Bahasa utama : istri pasien mengatakan bahasa yang sering di gunakan adalah bahasa indonesia dan banjar

2. Bicara : istri pasien mengatakan pasien masih berbicara tidak jelas

3. Afek : istri pasien mengatakan keluarga dan pasien menerima keadaan pasien saat ini

4. Tempat tinggal : istri pasien mengatakan tempat tinggal di rumah sendiri dan sebagian anak-anak pasien yang sudah menikah tetap tinggal di rumah pasien karena pasien suka banyak orang di sekitarnya

i. Pola Nilai & Kepercayaan

1. Apakah Tuhan, agama penting untuk anda :

Istri pasien mengatakan kesembuhan pasien tidak hanya dari medis tetap dengan berikhtiar ke Allah karena semua atas ridhonya untuk sembuh.

2. Kegiatan agama yang dilakukan selama di RS :

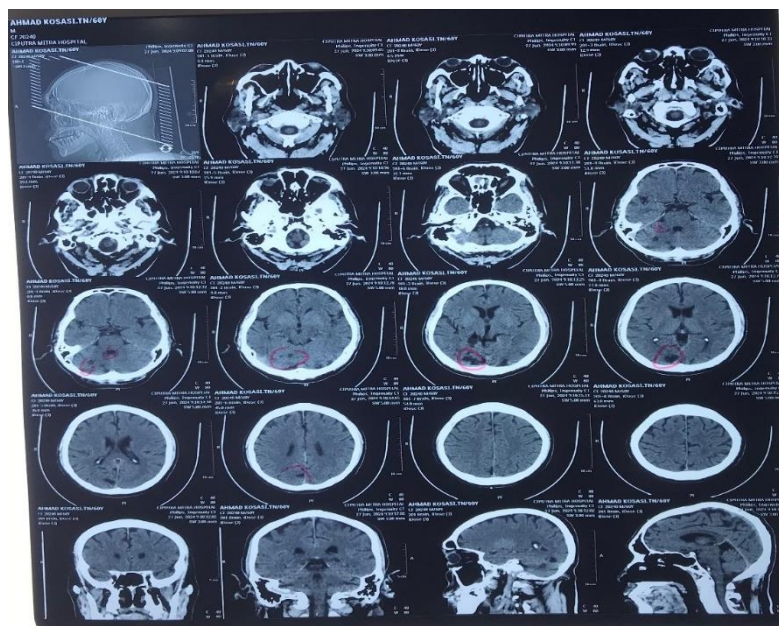
Istri pasien saat ini pasien hanya bisa berdoa di tempat tidur.

B. PROSEDUR DIAGNOSTIK

1) Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Analisa
Hemoglobin	15,6	11,5-16,5	g/dl	Normal
Hematokrit	45,1	40-48	%	normal
Leokosit	9,1	4-10	ribu/uL	High
Trombosit	304	150-400	ribu/uL	Normal
Eritrosit	6,28	4,5-5,5	juta/uL	Normal
MCV	71,8	81-99	fl	Normal
MCH	25,3	28-33	pg	Normal
MCHC	35,3	32-36	g/dl	Normal
Neutrofil limposit ration (NLR)	2,13	≤3,14		Normal
Absolute limposit count (ALC)	2,730	≥1,500	/ul	Normal
Kimia darah				
Gula darah sewaktu	210	≤180	mg/dl	High
Kolestrol total	190	≤200	mg/dl	Normal
Trigliserida	150	≤150	mg/dl	Normal
Asam urat	5,7	3,5-7,2	mg/dl	Normal
kreatinin	0,67	0,07-1,20	mg/dl	Normal

2) Pemeriksaan CT Scan Kepala



Hasil :

MSCT kepala potongan axial ketebalan 1mm tanpa pemberian kontras media intravena

Dibuat rekonstruksi koronal dan sagittal

Calvaria dan soft tissue extracalvarial normal

Sulci dan gyri normal

Fissura Sylvii dan interhemister normal

Tampak lesi tipodens batas tak tegas di subcortical occipital kanan/kin, pons, periventi suler kin. Dan cerebellum kanan ventrikel later als kanan dan kin, II, dan IV normal

Sisterna ambien dan basalis normal

Cerebellopontine angle dan sellaljukstasella normal

Sinun paranasalis, cavum nasi, dan cellulae mastoidea normal

Bolbar dan retrobulbar normal

Tak tampak pergeseran struktur garis tengah

Infark subakut di subcortical occipital kanan/kiri, pons, periventrikuler ki, dan cerebellum kanan

Kesimpulan

Tak tampak ICH

C. DRUG STUDY

Nama Obat	Dosis/ rute	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping	Peran perawat
pantoprazole	2 x 1 vial/ IV	pantoprazole adalah sebagai penghambat pompa proton pada kasus gastritis akibat <i>Helicobacter pylori</i> , ulkus peptikum, refluks esofagitis, GERD (gastroesophageal reflux disease), dan sindrom Zollinger-Ellison.	Penggunaan yang bersamaan dengan atazanavir dan rilpivirine. Interaksi Obat Agar manfaat Pantoprazole diperoleh secara optimal, penggunaannya tidak boleh dilakukan bersamaan jenis obat tertentu, seperti: <ul style="list-style-type: none"> • Atazanavir. • Rilpivirine. • Diuretik. • Digoxin. • Erlotinib. • Dan lainnya. 	Efek samping yang sering dilaporkan akibat penggunaan pantoprazole adalah diare, mual, muntah, ketidaknyamanan perut, perut kembung, ruam kulit, sakit kepala, dan pusing.	1. sebelum pemberian obat perhatikan prinsip 6 benar obat 2. observasi adanya efek samping obat
furamin	2 x 1 amp/IV	<i>Furamin</i> adalah obat yang berguna untuk mengatasi tubuh kekurangan vitamin B seperti pada penderita penyakit beri-beri atau neuritis.	Hindari penggunaan suplemen pada pasien dengan kondisi hipersensitif terhadap salah satu	efek samping Furamin yang mungkin terjadi adalah: Hipersensitif dengan kandungan Furamin	Sebelum pemberian obat, kaji adanya riwayat alergi untuk kandungan Alinamin

			<p>kandungan Alinamin.</p> <p>Interaksi Obat</p> <p>Berikut obat yang dapat berinteraksi dengan Alinamin:</p> <p>Dextrose</p> <p>Propantheline bromide pada penggunaan bersama Alinamin-F</p>	<p>Mual</p> <p>Muntah</p> <p>Gatal-gatal</p> <p>Biduran</p> <p>Ruam Kulit</p> <p>Nyeri di tempat injeksi</p>	<p>Perhatikan prinsip 6 benar obat</p> <p>Observasi adanya efek samping</p>
Blopress	16 mg 1x1/PO	<p>membantu mengobati tekanan darah tinggi (hipertensi), membantu mencegah stroke, serangan jantung, dan masalah ginjal. Blopress bekerja dengan merelaksasi (melemaskan) pembuluh darah sehingga darah dapat mengalir lebih mudah.</p>	<p>Hindari penggunaan Blopress pada pasien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diketahui hipersensitif terhadap Candesartan. • Penderita gangguan hati berat & / atau kolestasis. • Pada wanita hamil dan menyusui. <p>Interaksi Obat</p> <p>Tidak boleh diberikan bersamaan</p>	<p>Mengingat Blopress mengandung candesartan, ada efek samping yang mungkin terjadi setelah mengonsumsi obat ini, antara lain:</p> <p>Sakit kepala.</p> <p>Pusing.</p> <p>Nyeri punggung.</p> <p>Mual.</p> <p>Bersin-bersin.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji blood pressure tekanan darah 2. Perhatikan 6 prinsip benar pemberian obat 3. Observasi adanya efek samping 4. Observasi nilai SGOT & SGPT

			dengan golongan obat diuretik hemat-Kalium.	Hidung meler atau justru tersumbat. Sakit tenggorokan.	
manitol	6 x 100 cc	Manitol adalah obat diuretik digunakan pada pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial yang disebabkan oleh volume cairan yang lebih besar atau terjadinya pembengkakan di otak	Manitol dikontraindikasikan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap obat ini, kondisi anuria, edema paru yang berat, gagal ginjal, dehidrasi berat, edema metabolik, penyakit ginjal progresif, dan perdarahan intrakranial aktif	Manitol akan menyebabkan Anda sering buang kecil. Namun, Anda tidak perlu khawatir, karena efek samping ini sejalan dengan tujuan yang diharapkan. Beberapa efek samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: <ul style="list-style-type: none"> • Demam, menggigil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan kabur 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi terhadap manitol 2. Observasi adanya edema 3. Perhatikan 6 prinsip benar pemberian obat 4. Observasi adanya efek samping

				<ul style="list-style-type: none"> • Mual atau muntah • Nyeri dada • Ruam 	
Bisolvon + NSS	12 jam/ Nebu	meredakan gejala batuk berdahak yang bisa terjadi saat pilek, flu, atau infeksi saluran pernapasan. Obat ini tersedia dalam bentuk tablet, sirup, dan larutan.	Hindari penggunaan Bisolvon pada anak-anak dibawah usia 2 tahun. Bisolvon tersedia dalam beberapa bentuk sediaan, yaitu Bisolvon Kids, Bisolvon Elixir, Bisolvon Solution, Bisolvon Tablet dan Bisolvon Injeksi.	<p>Kandungan bromhexine di dalam Bisolvon dapat menimbulkan sejumlah efek samping, seperti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kembung • Diare • Mual dan muntah • Pusing, sakit kepala, atau vertigo • Gangguan pencernaan • Tubuh berkeringat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhatikan 6 prinsip benar pemberian obat 2. Observasi adanya efek samping
Neuroaid	3x1/PO	obat berbasis herbal yang digunakan untuk menunjang perbaikan fungsional pada pemulihan pasca-stroke secara	Pada pasien yang memiliki riwayat hipersensitifitas terhadap kandungan komposisi pada produk	<p>Beberapa efek samping Neuroaid :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mual dan muntah • Sakit perut • Diare • Mulut kering 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi obat Neuroaid 2. Perhatikan 6 prinsip benar pemberian obat 3. Observasi

		<p>• penuh. NeuroAid bekerja dengan memberikan efek neurogenesis yaitu memicu produksi neuron baru pada otak dan neuroplastisitas yaitu mendukung hubungan antara neuron dengan menstimulasi pembentukan sinaps dan dendrit baru. Hal tersebut dapat mendukung pembentukan sirkuit neuronal baru untuk mencapai perbaikan fungsi neurologis secara cepat selama rehabilitasi.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Sakit kepala ringan 	<p>adanya efek samping</p>
Lasix	1 x 1 amp/ IV	<p>Lasix merupakan obat yang digunakan untuk mengeluarkan cairan berlebih pada kondisi udem (edema) pada penderita gagal</p>	<p>Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan kondisi: Hipersensitif terhadap Furosemide dan Sulfonamide.</p>	<p>Efek samping Lasix yang umum mungkin termasuk:diare , sembelit, kehilangan nafsu makan; mati</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji blood pressure/ tekanan darah 2. Sebelum pemberian obat , kaji adanya

		ginjal ataupun gagal jantung. Lasix mengandung zat aktif Furosemid yaitu obat golongan Diuretik Loop yang bekerja dengan menghambat penyerapan kembali zat Natrium oleh sel tubulus ginjal dan meningkatkan pengeluaran air, Natrium, Klorida, dan Kalium tanpa mempengaruhi tekanan darah.	Anuria atau gagal ginjal. Memiliki penyakit Addison. Mengalami Hipovolema atau dehidrasi. Keadaan prekomatosa yang berhubungan dengan sirosis hati	rasa atau kesemutan; sakit kepala, pusing; atau. penglihatan kabur.	riwayat alergi untuk kandungan Furosemide dan Sulfonamide 3. Perhatikan 6 prinsip benar pemberian obat 4. Observasi adanya efek samping
Novorapid	1x1 unit/IM	Mengontrol kadar gula darah pada pasien diabetes mellitus	Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien yang mengalami: Hipoglikemia - Alergi atau hipersensitif terhadap komponen obat ini	Obat ini tidak boleh diberikan kepada pasien yang mengalami: Hipoglikemia - Alergi atau hipersensitif terhadap komponen obat ini	1. Kaji adanya alergi obat Novorapid 2. Perhatikan 6 prinsip benar pemberian obat 3. Observasi adanya efek samping

D. Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>DS: keluarga pasien mengatakan pasien sering terdengar suara ngorok dan banyak dahak serta liur</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Terdengar suara snoring (mengorok)b. Tampak hipesekresi sputum dan hipersalivasic. Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V3d. T: 36°Ce. P: 75 x/menitf. R: 19 x/menitg. BP: 150/74 mmHg	Hiperekresi jalan napas	D.0001 Hal 18 Bersihkan jalan napas tidak efektif
2	<p>DS: Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya sering mengalami sakit kepala yang berlebih dan pasien langsung mengalami penurunan kesadaran di rumah.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none">1. Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra2. Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V33. ROM : kanan atas 5, kanan bawah 5, kiri atas 1, kiri bawah 14. Hasil CT Scan Kepala menunjukkan	Penurunan sirkulasi oksigen ke otak	D.0017 Hal 51 Gangguan perfusi jaringan serebral

	<p>Infark subakut di subcortical occipital kanan/kiri, pons, periventrikuler ki, dan cerebellum kanan</p> <p>5. T: 36°C</p> <p>6. P: 75 x/menit</p> <p>7. R: 19 x/menit</p> <p>8. BP: 150/74 mmHg</p> <p>9. Pemeriksaan 12 saraf kranial</p> <ol style="list-style-type: none"> Terdapat gangguan pada saat bicara (VII fasial) Terdapat kesulitan dalam menelan (IX glosfaringeus) Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra (XI asesorius spinal) 		
3	<p>DS:-</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V3 Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra 	Kelemahan fisik	Defisit perawatan diri
4	<p>Data potensial</p> <ol style="list-style-type: none"> MSF (Morse Fall Scale) skor sebanyak 50 resiko tinggi pasien jatuh Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V3 	Penurunan Tingkat Kesadaran	D.0143 Hal 306 Resiko jatuh

E. **Diagnosis Keperawatan**

- Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sputum berlebih ditandai dengan hyper saliva berlebih

2. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan proses penyakit stroke non hemoragik ditandai dengan kesadaran pasien apatis dengan GCS 4,0,3
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan ketidakmampuan untuk melakukan ADL secara mandiri
4. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran ditandai dengan GCS 4,0,3

F. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Kriteria hasil	Intervensi	Implementasi	Evaluasi
1	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sputum berlebih ditandai dengan hyper saliva berlebih	Bersihan jalan nafas L.01001 Hal 18 Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1-2 jam diharapkan 1. Produksi sputum menurun 2. Frekuensi nafas membaik 3. Pola nafas membaik	Manajemen Jalan Nafas 1.01011 Hal 186 Observasi 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik	1. Memantau frekuensi, kedalaman pola nafas pasien 2. Memantau suara napas tambahan 3. memantau dahak (jumlah, warna, bau) 4. Posisikan semi-fowler atau fowler pada pasien 5. Menjadwalkan fisioterapi dada	S: keluarga pasien mengatakan pasien sering terdengar suara ngorok dan banyak dahak serta liur O: 1. Terdengar suara snoring (mengorok) 2. Tampak hipesekresi sputum dan hipersalivasi 3. Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V3 4. T: 36°C

			<ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal) 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 7. memberikan oksigen pada pasien 3 liter/menit 	<ol style="list-style-type: none"> 5. P: 75 x/menit 6. R: 19 x/menit 7. BP: 150/74 mmHg <p>A: Bersihan jalan nafas tidak efektif</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau frekuensi, kedalaman pola nafas pasien 2. Memantau suara napas 3. tambahkan 4. memantau dahak (jumlah, warna, bau) 5. Posisikan semi-fowler atau fowler pada pasien 6. Menjadwalkan fisioterapi dada 7. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. memberikan oksigen pada pasien 3 liter/menit
--	--	--	--	---	--

			<p>1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.</p>		
2	<p>Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan proses penyakit stroke non hemoragik ditandai dengan kesadaran pasien apatis dengan GCS 4,0,3</p>	<p>Perfusi serebral L.02014 Hal 86</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 1-2 jam diharapkan</p> <p>1. Tingkat kesadaran meningkat</p> <p>2. Kognitif meningkat</p> <p>3. Sakit kepala menurun</p> <p>4. Gelisah menurun</p>	<p>Pemantauan tekanan intracranial (I.06198)</p> <p>Observasi</p> <p>1. indentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, edema serebral, peningkatan tekanan darah, hipertensi, intracranial idiopstik</p> <p>2. monitor penurunan tingkat kesadaran</p>	<p>1. mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK</p> <p>2. Mengkaji tingkat kesadaran</p> <p>3. mengatur posisi kepala dan leher rata di atas tempat tidur</p>	<p>S:</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien sebelumnya sering mengalami sakit kepala yang berlebih dan pasien langsung mengalami penurunan kesadaran di rumah.</p> <p>O:</p> <p>1. Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra</p>

		<p>5. Tekanan darah sistolik membaik</p> <p>6. Tekanan darah diastolik membaik</p> <p>7. Refleks saraf membaik</p>	<p>Terapeutik</p> <p>1. pertahankan posisi kepala dan leher netral</p> <p>Edukasi</p> <p>1. jelaskan tujuan presedur pemantauan</p> <p>2. informasi hasil pemantauan</p>		<p>2. Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V3</p> <p>3. ROM : kanan atas 5, kanan bawah 5, kiri atas 1, kiri bawah 1</p> <p>4. T: 36°C</p> <p>5. P: 75 x/menit</p> <p>6. R: 19 x/menit</p> <p>7. BP: 150/74 mmHg</p> <p>8. Terdapat gangguan pada saat bicara (VII fasial)</p> <p>9. Terdapat kesulitan dalam menelan (IX glosofaringeu)</p> <p>10. Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra (XI asesorius spinal)</p> <p>A :</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>Gangguan perfusi jaringan serebral</p> <p>P :</p> <p>Intervensi</p> <p>Dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Mengkaji tingkat kesadaran 3. mengatur posisi kepala dan leher rata di atas tempat tidur
3	<p>Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan ketidakkemampuan untuk melakukan ADL secara mandiri</p>	<p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan selama 30 menit -1 jam diharapkan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien terbebas dari bau 2. Pasien menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk 	<p>Self care assistance :</p> <p>ADLs</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan pasien untuk perawatan diri yang mandiri 2. Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri 3. Sediakan bantuan sampai pasien mampu secara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau kemampuan yang dimiliki pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri 2. Memberikan bantuan kepada pasien untuk kebutuhan 	<p>DS:keluarga pasien mengatakan pasien tidak dapat melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V3 2. Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra

		<p>melakukan ADLS</p> <p>3. Dapat melakukan ADLS dengan bantuan minimal</p> <p>4. Melakukan latihan Rom pasif</p>	<p>utuh untuk melakukan perawatan diri</p> <p>4. Ajarkan pasien atau keluarga pasien untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan pada pasien jika tidak mampu melakukannya</p> <p>5. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan</p>	<p>kebersihan diri mulai dari berpakaian, berhias, toileting, dan makan</p> <p>3. Memberikan bantuan kepada pasien sampai pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan mandiri</p> <p>4. Memberikan edukasi kepada pasien atau keluarga pasien untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan pada pasien</p>	<p>A:Defisit perawatan diri</p> <p>P:Intervensi di lanjutkan</p> <p>1. Memantau kemampuan yang dimiliki pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>2. Memberikan bantuan kepada pasien untuk kebutuhan kebersihan diri mulai dari berpakaian, berhias, toileting, dan makan</p> <p>3. Memberikan bantuan kepada pasien sampai pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan mandiri</p> <p>4. Memberikan edukasi kepada pasien atau</p>
--	--	---	---	---	--

				<p>jika tidak mampu melakukannya</p> <p>5. membantu pasien untuk melakukan latihan ROM pasif</p> <p>6. memberikan edukasi pada keluarga pasien untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat</p>	<p>keluarga pasien untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan pada pasien jika tidak mampu melakukannya</p> <p>5. membantu pasien untuk melakukan latihan ROM pasif</p> <p>6. memberikan edukasi pada keluarga pasien untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat</p>
4	Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran ditandai	Tingkat jatuh L.14138 Hal 140 Selama dilakukan pemberian asuhan	Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat	<p>1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>2. Menghitung skala resiko jatuh pada pasien</p>	<p>Data potensial</p> <p>1. MSF (Morse Fall Scale) skor sebanyak 50 resiko tinggi pasien jatuh</p> <p>2. Kesadaran</p>

	<p>dengan GCS 4,0,3</p> <p>keperawatan diharapkan tidak terjadi resiko jatuh dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Resiko Jatuh dari tempat tidur tidak terjadi 2. Resiko Jatuh saat duduk tidak terjadi 	<p>kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall 	<p>(skala Morse Fall Scale)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Mengidentifikasi lingkungan yang dapat menjadi faktor penyebab resiko jatuh 4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Morse Fall Scale 5. Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. mendekatkan bel pemanggil 	<p>pasien apatis, dengan GCS= E4, M0,V3</p> <p>A:resiko jatuh</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 2. Meghitung skala resiko jatuh pada pasien (skala Morse Fall Scale) 3. Mengidentifikasi lingkungan yang dapat menjadi faktor penyebab resiko jatuh 4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Morse Fall Scale 5. Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan 	
--	--	---	--	--	--

			<p>morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu</p> <p>5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>2. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>3. Pasang handrail tempat tidur</p> <p>4. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan</p>	<p>dalam jangkauan pasien</p> <p>7. memasang handrail tempat tidur</p>	<p>perawat dari nurse station</p> <p>6. mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>7. memasang handrail tempat tidur</p>
--	--	--	--	--	---

			<p>pantauan perawat dari nurse station</p> <p>6. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker)</p> <p>7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>2. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>3. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>4. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk</p>		
--	--	--	--	--	--

			meningkatkan keseimbangan saat berdiri		
			5. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat		

G. Catatan perkembangan

No	Hari/Tanggal	EVALUASI	Paraf
1	Selasa /9 Juli 2024 09.00 wita	<p>Diagnosa : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sputum berlebih ditandai dengan hyper saliva berlebih</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien sering ingin batuk tetapi tidak bisa mengeluarkan lendir</p> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlihat banyak lendir dahak pasien 2. Kesadaran pasien tampak samnolen 3. GCS : E3, M0, V6 4. TD : 174/66 mmHg 5. N : 110 x/menit 6. SPO²: 100 x/menit 7. Suhu : 36°C 8. Respirasi :28 x/menit <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalan diri dengan salam terapeutik 	

	<p>Jam 09.15 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 2. Memantau frekuensi, kedalaman pola nafas pasien 3. Memantau suara napas tambahan 4. memantau dahak (jumlah, warna, bau) 5. Posisikan semi-fowler atau fowler pada pasien 6. Menjadwalkan fisioterapi dada 7. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. memberikan oksigen pada pasien 3 lilter/menit <p>E:</p> <p>s:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga pasien mengatakan pasien masih batuk dan lendir masih ada <p>o:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Terlihat banyak lendir dahak pasien 2. Kesadaran pasien tampak samnolen 3. GCS : E3, M0, V6 4. TD : 142/71 mmHg 5. N : 70 X/Menit 6. Suhu : 35,2°c 7. Respirasi : 28 X/Menit <p>a: masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>p:intervensi di lanjutkan</p>	
	<p>Selasa, 09 juli 2024 Jam 09.30 wita</p>	<p>Diagnosa :</p> <p>Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan proses penyakit stroke non hemoragik ditandai dengan kesadaran pasien apatis dengan GCS 4,0,3</p> <p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa sakit kepala</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran pasien tampak samnolen 	

	<p>Jam 09.50 wita</p>	<p>2. GCS : E3, M0, V6 3. TD : 174/66 mmHg 4. N : 110 x/menit 5. SPO₂: 100 x/menit 6. Suhu : 36°C 7. Respirasi :28 x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Mengkaji tingkat kesadaran 3. mengatur posisi kepala dan leher rata di atas tempat tidur 4. pemberian manitol 5. pemberian insulin/unit <p>E :</p> <p>s :keluarga pasien mengatakan pasien masih sering memegang kepala</p> <p>o :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kesadaran pasien masih apatis 2. pasien terlihat kadang-kadang memegang kepala <p>a :masalah gangguan perfusi jaringan serebral belum teratasi</p> <p>p: intervensi di lanjutkan</p>	
	<p>Selasa, 09 juli 2024 Jam 07.40 wita</p>	<p>Diagnosa : Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan ketidakmampuan untukmelakukan ADL secara mandiri</p> <p>DS:keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak dapat melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>DO:</p>	

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0,V3 2. Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra 3. ADL (activity daily living) dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat <p>A:Defisit perawatan diri</p> <p>P:Intervensi di lanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau kemampuan yang dimiliki pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri 2. Memberikan bantuan kepada pasien untuk kebutuhan kebersihan diri mulai dari berpakaian, berhias, toileting, dan makan 3. Memberikan bantuan kepada pasien sampai pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan mandiri 4. Memberikan edukasi kepada pasien atau keluarga pasien untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan pada pasien jika tidak mampu melakukannya 5. membantu pasien untuk melakukan latihan ROM pasif 6. memberikan edukasi pada keluarga pasien untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat <p>E:</p> <p>s: keluarga pasien mengatakan pasien terlihat segar dan bersih setelah dilakukan perawatan diri, dan keluarga pasien mengatakan latihan Rom pasif efektif untuk membantu melatih pergerakan pasien</p>	
--	--	--	--

	<p>Jam 07.55 wita</p>	<p>o: pasien terlihat bersih dan segar setelah dilakukan perawatan diri, pasien terlihat mengikuti arahan untuk latihan rom pasif</p> <p>a: masalah teratasi sebagian</p> <p>p: intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Selasa,09 juli 2024</p>	<p>Diagnosa : Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran ditandai dengan GCS 4,0,3</p> <p>S:-</p> <p>O:pasien tampak berbaring di tempat tidur, pagar tempat tidur terpasang dengan benar</p> <p>A:masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh 2. Meghitung skala resiko jatuh pada pasien (skala Morse Fall Scale) 3. Mengidentifikasi lingkungan yang dapat menjadi faktor penyebab resiko jatuh 4. Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Morse Fall Scale 5. Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 6. mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien 7. memasang handrail tempat tidur <p>E :</p> <p>s:keluarga pasien mengatakan selama perawatan pasien tidak mengalami resiko jatuh</p> <p>o:terlihat tempat tidur pasin sudah dinaikan pagar agar mengurangi resiko jatuh</p> <p>a:masalah resiko jauh teratasi</p>	

		p: lanjutkan intervensi	
	Rabu, 10 juli 2024 Jam 09.00 wita	<p>Diagnosa : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sputum berlebih ditandai dengan hyper saliva berlebih</p> <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien terdengar suara ngorok dan banyak liur yang keluar</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat masih banyak lendir dahak pasien - Kesadaran pasien tampak samnolen - GCS : E3, M0, V6 - TD : 203/72 mmHg - N : 82 x/menit - SPO²: 96 x/menit - Suhu : 36,2°C - Respirasi :28 x/menit <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perkenalan diri dengan salam terapeutik 2. Memantau frekuensi, kedalaman pola nafas pasien 3. Memantau suara napas tambahan 4. memantau dahak (jumlah, warna, bau) 5. Posisikan semi-fowler atau fowler pada pasien 6. Menjadwalkan fisioterapi dada 7. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 8. memberikan oksigen pada pasien 3 lilter/menit <p>E: s:</p>	

	<p>Jam 09.15 wita</p>	<p>keluarga pasien mengatakan suara ngorok sudah berkurang dan liur pasien mulai berkurang</p> <p>o:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terlihat lendir dahak pasien berkurang - Kesadaran pasien tampak samnolen - GCS : E3, M0, V6 - TD : 203/72 mmHg - N : 82 x/menit - SPO₂: 96 x/menit - Suhu : 36,2°C <p>a: masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>p: intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Rabu, 10 juli 2024 Jam 09.30 wita</p>	<p>Diagnosa :</p> <p>Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan proses penyakit stroke non hemoragik ditandai dengan kesadaran pasien apatis dengan GCS 4,0,3</p> <p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak merasa sakit kepala</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kesadaran pasien tampak samnolen 2. GCS : E3, M0, V6 3. TD : 203/72 mmHg 4. N : 82 x/menit 5. SPO₂: 96 x/menit 6. Suhu : 36,2°C <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>I :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Mengkaji tingkat kesadaran 	

	<p>Jam 09.50 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. mengatur posisi kepala dan leher rata di atas tempat tidur 4. pemberian manitol 5. pemberian insulin/unit <p>E :</p> <p>s: keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada mengeluh sakit kepala</p> <p>o: pasien terlihat sering tertidur</p> <p>a: masalah gangguan perfusi jaringan serebral belum teratasi</p> <p>p: intervensi di lanjutkan</p>	
	<p>Rabu, 10 juli 2024 Jam 07.40 wita</p>	<p>Diagnosa : Defisit perawatan diri berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan ketidakmampuan untuk melakukan ADL secara mandiri</p> <p>DS: keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak dapat melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>DO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Kesadaran pasien apatis, dengan GCS= E4, M0, V3 5. Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah bagian sinistra 6. ADL (activity daily living) dibantu sepenuhnya oleh keluarga dan perawat <p>A: Defisit perawatan diri</p> <p>P: Intervensi di lanjutkan</p> <p>I:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memantau kemampuan yang dimiliki pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri 2. Memberikan bantuan kepada pasien untuk kebutuhan kebersihan diri mulai dari berpakaian, berhias, toileting, dan makan 	

	<p>Jam 07.55 wita</p>	<ol style="list-style-type: none"> 3. Memberikan bantuan kepada pasien sampai pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan mandiri 4. Memberikan edukasi kepada pasien atau keluarga pasien untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan pada pasien jika tidak mampu melakukannya 5. membantu pasien untuk melakukan latihan ROM pasif 6. memberikan edukasi pada keluarga pasien untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat <p>E:</p> <p>s: keluarga pasien mengatakan pasien terlihat segar dan bersih setelah dilakukan perawatan diri, dan keluarga pasien mengatakan latihan Rom pasif efektif untuk membantu melatih pergerakan pasien dan keluarga mengatakan membeli bola-bola jelly untuk menjadi latihan rangsangan sensori pasien</p> <p>o: pasien terlihat bersih dan segar setelah dilakukan perawatan diri, pasien terlihat mengikuti arahan untuk latihan rom pasif</p> <p>a: masalah teratasi sebagian</p> <p>p: intervensi dilanjutkan</p>	
	<p>Rabu, 10 juli 2024</p>	<p>Diagnosa : Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran ditandai dengan GCS 4,0,3</p> <p>S:-</p>	

		<p>O:pasien tampak berbaring di tempat tidur, pagar tempat tidur terpasang dengan benar, lingkungan tempat pasien aman dari resiko jatuh</p> <p>A:masalah teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memantau faktor resiko jatuh - Meghitung skala resiko jatuh pada pasien - Memperhatikan lingkungan yang dapat menjadi faktor penyebab resiko jatuh <p>Memberikan pengamanan pada pasien dengan pagar di naikan agar mengurangi resiko jatuh.</p> <p>E :</p> <p>s:-</p> <p>o:terlihat tempat tidur pasin sudah dinaikan pagar agar mengurangi resiko jatuh</p> <p>a:masalah resiko jauh teratasi</p> <p>p: lanjutkan intervensi</p>	
--	--	---	--

**LITERATUR REVIEW : PENGARUH PEMBERIAN POSISI ELEVASI
KEPALA 30° TERHADAP PENINGKATAN SATURASI OKSIGEN
PADA PASIEN STROKE**

Bagas Priagung¹,Wahidin²,Ahmad Muzaki³

Mahasiswa Akademi Keperawatan Pemkab Purworejo¹
Dosen Akademi Keperawatan Pemkab Purworejo ²
DosenAkademi Keperawatan Pemkab Purworejo³

Purworejo, (0275)3140576
Email: babyhoshi30@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Stroke merupakan defisit neurologis yang mempunyai awitan tiba-tiba, berlangsung lebih dari 24jam dan disebabkan oleh penyakit serebrovascular. Posisi *Head up* adalah posisi datar dengan kepala lebih tinggi 30⁰ dengan posisi tubuh dalam keadaan sejajar. Tujuan penulisan literatur *review* ini adalah untuk mengetahui efektifitas pemberian posisi elevasi kepala 30⁰ terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke. **Metode** : metode penulisan yang digunakan adalah metode literatur *review* yaitu mengumpulkan data dan menganalisis artikel-artikel. **Subjek** : subjek dalam literatur *review* ini adalah pasien stroke di ruang ICU yang diberikan posisi elevasi kepala 30⁰ untuk meningkatkan saturasi oksigen. **Hasil** : hasil dari literatur *review* yaitu adanya pengaruh pemberian posisi elevasi kepala 30⁰ terhadap peningkatan saturasi oksigen pada pasien stroke yaitu saturasi yang meningkat. **Kesimpulan** : saturasi oksigen dapat meningkat tetapi berbeda-beda untuk setiap penelitian yang dilakukan, yang berarti salah satu cara untuk meningkatkan saturasi oksigen adalah pemberian posisi elevasi kepala 30⁰.

Program Studi DIII Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
KTI, Agustus 2017
Rini Nur'aeni Yuliatun¹, Dadi Santoso S.Kep Ns, M.Kep²

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN CEREBRAL DI RUANG KENANGA RSUDDr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar belakang: Stroke merupakan gejala kerusakan otak yang mendadak, dan disebabkan oleh iskemik maupun hemoragik. Oksigenasi sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

Tujuan: Memberikan gambaran asuhan keperawatan pasien stroke non hemoragik dengan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

Metode: Penggunaan metode karya tulis ilmiah ini adalah deskriptif analitik dengan pendekatan studi kasus. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan dokumentasi. Subyek 2 pasien stroke non hemoragik dengan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.

Hasil: Setelah dilakukan pemberian oksigen dan posisi yang tepat pada pasien stroke non hemoragik, gangguan perfusi jaringan serebral pada pasien berkurang.

Kesimpulan: Asuhan keperawatan dengan pemberian oksigenasi dan posisi yang tepat pada pasien terbukti dapat mengurangi ketidakefektifan perfusi jaringan serebral pada stroke non hemoragik.

Kata kunci : Stroke, Oksigenasi, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

**PENERAPAN POSISI HEAD UP 30° TERHADAP NILAI SATURASI
OKSIGEN PADA PASIEN STROKE: LITERATURE REVIEW"**

Aida Sri Rachmawati¹, Yuyun Solihatin², Ubad Badrudin³, Ana Anisa Yunita⁴
^{1,2,3,4} Program Studi Diploma 3 Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas
Muhammadiyah Tasikmalaya

Informasi Artikel**Riwayat Artikel:**

Diterima : 1 Agustus 2022

Direvisi : 5 September 2022

Terbit : 20 Desember 2022

Kata kunci:Head up 30°, Saturasi oksigen,
Stroke

Phone: (+62) 821-1807-5000

E-mail: aidadadang@gmail.com**Abstrak**




Pasien stroke dimungkinkan mengalami gangguan transfer oksigen atau *cerebro blood flow* menurun, yang mengakibatkan penurunan perfusi jaringan, dan menyebabkan iskemik. Salah satu tindakan yang bisa dilakukan adalah *head up 30°*. Tujuan dilakukannya penelitian ini adalah mengetahui gambaran asuhan keperawatan dengan penerapan posisi *head up 30°* terhadap peningkatan nilai saturasi oksigen pada pasien stroke berdasarkan *literature review*. Metode penelitian ini menggunakan *literature review teks book* dan telaah artikel, 3 artikel penelitian dan 1 artikel asuhan keperawatan melalui penelusuran di internet dengan kata kunci *head up 30°*, saturasi oksigen, stroke. Subjek dalam literatur ini adalah semua artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Hasil *literature review* pengkajian didapatkan bahwa pada pasien stroke ditemukan data penurunan kesadaran, kelemahan anggota gerak, tekanan darah meningkat, respirasi meningkat dan nilai saturasi oksigen 87% - 97,07% Diagnosa keperawatan utamanya adalah resiko

LEMBAR KONSULATASI

Nama : Vela Anggreini, S.Kep

NIM : 113063J123084

Nama Pembimbing : Septi Machelia Champaca Nursery, S.Kep Ners.M.Kep

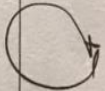

Hari/tgl	Bahan yang dikonsultasikan	masukan	Tanda tangan
senin, 08/07/2024	1. Persamaan persepsi pengambilan kasus 2. Lanjutkan pengkajian	1. Lanjutkan pengkajian 2. Lanjutkan catatan perkembangan	
Selasa, 09/07/2024	1. Conference 2. askep	1. isi pengkajian 2. buat diagnosa 3. buat intervensi, implementasi dan evaluasi hari pertama	
senin, 15/07/2024	1. konsultasi askep 2. konsultasi bab 1	1. masukan pada drug study peran perawat 2. pada analisa data perhatikan DS dan Do pasien untuk menegakan diagnosa 3. masukan 4 diagnosa keperawatan, bersihan jalan nafas, gangguan perfusi serebral tidak efektif, defisit perawatan diri dan resiko jatuh 4. sesuaikan intervensi dengan diagnosa yang digunakan 5. bisa kolaborasikan 3S dan 3 N 6. BAB 1 masukan keaslian penelitian 7. Masukan jumlah 1 tahun terakhir orang yang terkena SNH di rumah sakit	

LEMBAR KONSULATASI

Nama : Vela Anggreini, S.Kep

NIM : 113063J123084

Nama Pembimbing : Septi Machelia Champaca Nursery, S.Kep Ners.M.Kep

Hari/tgl	Bahan yang dikonsultasikan	masukan	Tanda tangan
Rabu, 16/07/2024	1. Konsultasi askep 2. Konsultasi bab 1, bab 2, bab 3, bab 4, dan bab 5	1. Sesuaikan implementasi yang dilakukan pada pasien 2. Bab 1 acc 3. Bab 2 buat dengan narasi anatomi fisiologi dan gambaran mengenai Snh dan masukan 12 saraf kranial 4. Bab 3 rapikan penulisan, pada pembahasan diagnosa dan intervensi buat menggunakan tabel 5. Masukan pembahasan EBP pada prioritas masalah yang di angkat	
kamis, 17/07/2024	1. Konsultasi askep 2. Konsultasi bab 2 dan bab 3, bab 4, bab 5	1. Rapikan pengetikan pada askep 2. Bab 2 acc 3. Bab 4 dan 5 Rapikan penulisan dan tanda baca masukan diagnosa yang menjadi prioritas dalam pembahasan EBP	
Jum'at, 18/07/2024	1. Konsultasi askep 2. Konsultasi bab 3, 4, 5 3. Konsultasi daftar pustaka	1. askep acc 2. bab 3,4,5 acc 3. daftar pustaka acc	