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

1. 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	:pasi	ien terlihat lemah, kesadaran pasien apatis, terlihat pasien			
	terp	terpasang NGT dan DC warna urine kemerahan				
b.	Riv	vayat	Penyakit Dahulu:			
	1)	Pen	yakit yang Pernah Dialami, sebutkan:			
	2)	Riw	ayat :			
		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				

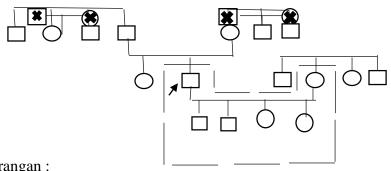
mengonsumsi alkohol

:

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 sebelumnnya
- c. Riwayat KeluargaGenogram:



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 &	Kepala :Bentuk kepela bulat simetris,	Pasien
	Leher	tidak terdapat luka pada kulit	terpasang
		kepala,kulit kepala warna merah muda,	NGT
		tidak ada ketombe.	dikarenakan
		Mata :Mata kiri kanan simetris,	pasien sukar
		konjungtiva tidak anemis, sklera tidak	menelan
		ikterik, terdapat kotoran mata kiri dan	
		kanan	
		Hidung: tidak ada polip, tidak ada cairan	
		secret, terpasang NGT	
		Mulut & Tenggorokan : Mulut simetris,	
		bibir tampak kering berwarna merah	
		muda,terdapat jamur pada lidah.	
		Telinga :Bentuk simetris mampu	
		mendengar dengan jelas, tidak ada nyeri,	
		tidak ada serumen dan tidak memakai	
		alat bantu dengar.	
		Leher: Tidak ada benjolan pada leher	
2	Dada/Thora	Inspeksi :	normal
	X	Dada simetris, dari rontgen hasil normal.	
		Palpasi : Tidak ada nyeri,tidak ada	
		benjolan	
		Perkusi :Bunyi murmur	
3	Payudarah	Inspeksi : Bentuk dada	normal
	dan Axila	simetris,tidak ada lesi/luka. Pada axila	
		bersih tidak kotor	
		Palpasi : Tidak ada pergeseran dan	
		tidak ada benjolan	
4	Abdomen	Inspeksi : kulit bersih tidak ada luka	normal
		pada daerah abdomen	
		Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan pada	

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

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 danalat, 4:tergantung total

b. Pola Nutrisi-Metabolik

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

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

c. Pola Eliminasi

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

			karena tidak dapat
			melakukan aktivitas
			kesadaran apatis
5	Frekuensi	Keluarga pasien	Setelah masuk rumah sakit
		mengatakan biasanya	pasien terpasang DC dan
		pasien BAK 2-4 kali	akan di buang pergantian
		dalam sehari	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	Setelah masuk rumah sakit
		mengatakan warna	warna urien pasien berwarna
		kuning pucat	merah keruh
8	Kesulitan	Keluarga pasien	Saat di rumah sakit pasien
	BAK	mengatakan tidak ada	tidak dapat melakukan
		memiliki kesulitan	aktivitas secara mandiri dan
		BAK	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 Mengatas	:	I

d. Pola Tidur-Istirahat

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

e. Pola Kebersihan Diri

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

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

- 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

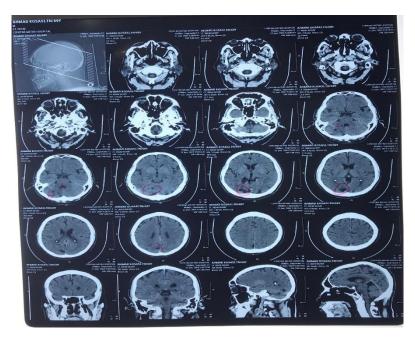
- Apakah Tuhan, agama penting untuk anda:
 Istri pasien mengatakan kesembuhan pasien tidak hanya dari medis tetap dengan berikhtiar ke Allah karena semua atas ridhonya untuk sembuh.
- 2. Kegiatan agama yang dilakukan selama di RS : Istri pasien saat ini pasien hanya bisa berdoa di tempat tidur.

B. PROSEDUR DIAGNOSTIK

1) Pemeriksaan Labolatorium

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	2,13	≤3,14		Normal
ration (NLR)				
Absolute limposit	2,730	≥1,500	/ul	Normal
count (ALC)				
Kimia darah			1	
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 Sylvi 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/	Indikasi	Kontraindikasi	Efek Samping	Peran perawat
	rute				
pantoprazole	2 x 1	pantoprazole adala	Penggunaan yang	Efek samping	1. sebelum
	vial/ IV	h sebagai	bersamaan dengan	yang sering	pemberian
		penghambat	atazanavir dan	dilaporkan	obat
		pompa proton	rilpivirine.	akibat	perhatikan
		pada kasus	Interaksi Obat	penggunaan	prinsip 6
		gastritis akibat	Agar manfaat	pantoprazole	benar obat
		Helicobacter	Pantoprazole	adalah diare,	2. observasi
		pylori, ulkus	diperoleh secara	mual, muntah,	adanya efek
		peptikum, refluks	optimal,	ketidaknyaman	samping
		esofagitis, GERD	penggunaannya	perut, perut	obat
		(gastroesophageal	tidak boleh	kembung, ruam	
		reflux disease),	dilakukan	kulit, sakit	
		dan sindrom	berbarengan jenis	kepala, dan	
		Zollinger-Ellison.	obat tertentu,	pusing.	
			seperti:		
			• Atazanavir.		
			• Rilpivirine.		
			• Diuretik.		
			• Digoxin.		
			• Erlotinib.		
			• Dan lainnya.		
furamin	2 x 1	Furamin adalah	Hindari	efek samping	Sebelum
	amp/IV	obat yang berguna	penggunaan	Furamin yang	pemberian obat
		untuk mengatasi	suplemen pada	mungkin terjadi	, kaji adanya
		tubuh kekurangan	pasien dengan	adalah:	riwayat alergi
		vitamin B seperti	kondisi	Hipersensitif	untuk
		pada penderita	hipersensitif	dengan	kandungan
		penyakit beri-beri	terhadap salah satu	kandungan	Alinamin
		atau neuritis.		Furamin	

			kandungan	Mual	Perhatikan
			Alinamin.	Muntah	prinsip 6 benar
			Interaksi Obat	Gatal-gatal	obat
			Berikut obat yang	Biduran	Observasi
			dapat berinteraksi	Ruam Kulit	adanya efek
			dengan Alinamin:	Nyeri di tempat	samping
			Dextrose	injeksi	
			Propantheline		
			bromide pada		
			penggunaan		
			bersama		
			Alinamin-F		
Blopress	16 mg	membantu	Hindari	Mengingat Blo	1. Kaji blood
	1x1/PO	mengobati tekanan	penggunaan	press mengand	pressure
		darah tinggi	Blopress pada	ung	tekanan
		(hipertensi),	pasien:	candesartan,	darah
		membantu	 Diketahui 	ada efek	2. Perhatikan 6
		mencegah stroke,	hipersensitif	samping yang	prinsip benar
		serangan jantung,	terhadap	mungkin terjadi	pemberian
		dan masalah	Candesartan.	setelah	obat
		ginjal. Blopress	 Penderita 	mengonsumsi	3. Observasi
		bekerja dengan	gangguan hati	obat ini, antara	adanya efek
		merelaksasi	berat & / atau	lain:	samping
		(melemaskan)	kolestasis.	Sakit kepala.	4. Observasi
		pembuluh darah	• Pada wanita	Pusing.	nilai SGOT
		sehingga darah	hamil dan	Nyeri	& SGPT
		dapat mengalir	menyusui.	punggung.	
		lebih mudah.	Interaksi Obat	Mual.	
			Tidak boleh di	Bersin-bersin.	
			berikan bersamaan		

obat diuretik dikasikan pada menyebabkan alergi digunakan pada pasien dengan hipersensitivitas buang kecil. manitol peningkatan terhadap obat ini, tekanan kondisi anuria, tidak perlu adanya intrakranial yang edema paru yang disebabkan oleh berat, gagal ginjal, karena efek volume cairan dehidrasi berat, samping ini yang lebih besar edema metabolik, sejalan dengan pemberian atau terjadinya penyakit ginjal tujuan yang diharapkan. 4. Observasi				dengan golongan	Hidung meler	
manitol 6 x 100 Manitol adalah cc obat diuretik dikasikan pada menyebabkan digunakan pada pasien dengan hipersensitivitas peningkatan terhadap obat ini, tekanan kondisi anuria, intrakranial yang disebabkan oleh volume cairan yang lebih besar atau terjadinya pembengkakan di otak perdarahan otak perdarahan otak perdarahan sering disebabkan oleh otak perdarahan beberatapa efek samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: Demam, mengggil, sakit tenggorokan. Manitol dikontrain Manitol akan menyebabkan di lergi terhadap buang kecil. Namun, Anda 2. Observasi adanya edema paru yang khawatir, edema dehidrasi berat, samping ini prinsip bena pembengkakan di progresif, dan diharapkan. Obat volume cairan pembengkakan di progresif, dan diharapkan. Otak perdarahan Beberapa efek samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: Demam, mengggil, sakit kepala, pillek Pusing atau penglihatan				obat diuretik	atau justru	
manitol 6 x 100 Manitol adalah co obat diuretik digunakan pada pasien dengan pasien dengan hipersensitivitas peningkatan terhadap obat ini, tekanan intrakranial yang disebabkan oleh volume cairan yang lebih besar atau terjadinya pembengkakan di otak perdarahan otak perdarahan intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan				hemat-Kalium.	tersumbat.	
manitol 6 x 100 Manitol adalah cc obat diuretik dikasikan pada pasien dengan pasien dengan hipersensitivitas peningkatan terhadap obat ini, tekanan kondisi anuria, intrakranial yang disebabkan oleh volume cairan yang lebih besar atau terjadinya pembengkakan di otak penbengkakan di otak pendengan penbengkakan di otak pendengan pendenga					Sakit	
cc obat diuretik dikasikan pada menyebabkan digunakan pada pasien dengan hipersensitivitas buang kecil. peningkatan terhadap obat ini, Namun, Anda tekanan kondisi anuria, tidak perlu intrakranial yang edema paru yang khawatir, edema dehidrasi berat, gagal ginjal, karena efek yolume cairan yang lebih besar edema metabolik, sejalan dengan tujuan yang pembengkakan di otak perdarahan beberapa efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan					tenggorokan.	
cc obat diuretik dikasikan pada menyebabkan digunakan pada pasien dengan hipersensitivitas buang kecil. peningkatan terhadap obat ini, Namun, Anda tekanan kondisi anuria, tidak perlu intrakranial yang edema paru yang khawatir, edema dehidrasi berat, gagal ginjal, karena efek yolume cairan yang lebih besar edema metabolik, sejalan dengan tujuan yang pembengkakan di otak perdarahan beberapa efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan						
digunakan pada pasien dengan hipersensitivitas buang kecil. Namun, Anda lintrakranial yang disebabkan oleh volume cairan yang lebih besar atau terjadinya pembengkakan di otak perdarahan otak perdarahan pembengkalan diberikan manitol adalah: Demam, mengggil, sakit kepala, pilek Pusing atau penglihatan	manitol	6 x 100	Manitol adalah	Manitol dikontrain	Manitol akan	1. Kaji adanya
pasien dengan hipersensitivitas buang kecil. Mamun, Anda 2. Observasi tekanan kondisi anuria, tidak perlu adanya edema paru yang disebabkan oleh volume cairan yang lebih besar atau terjadinya pembengkakan di otak perdarahan perdarahan berat, garahan perdarahan berat, garahan berat, garahan berat, samping ini prinsip benat pembengkakan di otak perdarahan beberapa efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan		cc	obat diuretik	dikasikan pada	menyebabkan	alergi
peningkatan terhadap obat ini, tekanan kondisi anuria, tidak perlu adanya edema paru yang disebabkan oleh volume cairan dehidrasi berat, yang lebih besar atau terjadinya pembengkakan di otak perdarahan betarak intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			digunakan pada	pasien dengan	Anda sering	terhadap
tekanan kondisi anuria, tidak perlu adanya edema paru yang khawatir, edema dehidrasi berat, gagal ginjal, karena efek volume cairan dehidrasi berat, samping ini yang lebih besar edema metabolik, sejalan dengan atau terjadinya penyakit ginjal tujuan yang obat diharapkan. 4. Observasi adanya efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			pasien dengan	hipersensitivitas	buang kecil.	manitol
intrakranial yang disebabkan oleh berat, gagal ginjal, karena efek volume cairan dehidrasi berat, samping ini yang lebih besar atau terjadinya penyakit ginjal tujuan yang obat diharapkan. Perdarahan beberapa efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			peningkatan	terhadap obat ini,	Namun, Anda	2. Observasi
disebabkan oleh volume cairan dehidrasi berat, samping ini yang lebih besar edema metabolik, sejalan dengan pemberian obat diharapkan. 4. Observasi adanya efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			tekanan	kondisi anuria,	tidak perlu	adanya
volume cairan dehidrasi berat, yang lebih besar edema metabolik, atau terjadinya penyakit ginjal tujuan yang obat quantujuan yang obat quantujuan yang otak perdarahan pantujuan yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			intrakranial yang	edema paru yang	khawatir,	edema
yang lebih besar atau terjadinya penyakit ginjal tujuan yang obat diharapkan. 4. Observasi otak perdarahan Beberapa efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			disebabkan oleh	berat, gagal ginjal,	karena efek	3. Perhatikan 6
atau terjadinya penyakit ginjal tujuan yang obat pembengkakan di progresif, dan diharapkan. 4. Observasi otak perdarahan Beberapa efek adanya efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			volume cairan	dehidrasi berat,	samping ini	prinsip benar
pembengkakan di progresif, dan diharapkan. otak perdarahan Beberapa efek adanya efek samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			yang lebih besar	edema metabolik,	sejalan dengan	pemberian
otak perdarahan Beberapa efek adanya efek intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			atau terjadinya	penyakit ginjal	tujuan yang	obat
intrakranial aktif samping lain yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			pembengkakan di	progresif, dan	diharapkan.	4. Observasi
yang dapat terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan			otak	perdarahan	Beberapa efek	adanya efek
terjadi setelah diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan				intrakranial aktif	samping lain	samping
diberikan manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan					yang dapat	
manitol adalah: • Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan					terjadi setelah	
• Demam, mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan					diberikan	
mengggil, sakit kepala, pilek • Pusing atau penglihatan					manitol adalah:	
sakit kepala, pilek Pusing atau penglihatan					• Demam,	
pilek • Pusing atau penglihatan					mengggil,	
• Pusing atau penglihatan					sakit kepala,	
penglihatan					pilek	
					 Pusing atau 	
kabur					penglihatan	
					kabur	

				• Mual	
				atau muntah	
				• Nyeri dada	
				• Ruam	
Bisolvon +	12 jam/	meredakan gejala	Hindari	Kandungan	1. Perhatikan 6
NSS	Nebu	batuk	penggunaan	bromhexine di	prinsip benar
		berdahak yang	Bisolvon pada	dalam Bisolvon	pemberian
		bisa terjadi saat	anak-anak	dapat	obat
		pilek, flu,	dibawah usia 2	menimbulkan	2. Observasi
		atau infeksi salura	tahun. Bisolvon	sejumlah efek	adanya efek
		n pernapasan.	tersedia dalam	samping,	samping
		Obat ini tersedia	beberapa bentuk	seperti:	
		dalam bentuk	sediaan, yaitu	 Kembung 	
		tablet, sirop, dan	Bisolvon Kids,	 Diare 	
		larutan.	Bisolvon Elixir,	 Mual dan 	
			Bisolvon Solution,	muntah	
			Bisolvon Tablet	 Pusing, sakit 	
			dan Bisolvon	kepala,	
			Injeksi.	atau vertigo	
				 Gangguan 	
				pencernaan	
				• Tubuh	
				berkeringat	
Neuroaid	3x1/PO	obat berbasis	Pada pasien yang	Beberapa efek	1. Kaji adanya
		herbal yang	memiliki riwayat	samping	alergi obat
		digunakan untuk	hipersensitifitas	Neuroaid:	Neuroaid
		menunjang	terhadap	• Mual dan	2. Perhatikan 6
		perbaikan	kandungan	muntah	prinsip benar
		fungsional pada	komposisi pada	 Sakit perut 	pemberian
		pemulihan pasca-	produk	• Diare	obat
		stroke secara		• Mulut kering	3. Observasi

		penuh. NeuroAid		• Sakit kepala	adanya efek
		bekerja dengan		ringan	samping
		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.			
Lasix	1 x 1	Lasix merupakan	Obat ini tidak	Efek samping	1. Kaji blood
	amp/ IV	obat yang	boleh diberikan	Lasix yang	pressure/
		digunakan untuk	kepada pasien	umum mungkin	tekanan
		mengeluarkan	dengan kondisi:	termasuk:diare,	darah
		cairan berlebih	Hipersensitif	sembelit,	2. Sebelum
		pada kondisi udem	terhadap	kehilangan	pemberian
		(edema) pada	Furosemide dan	nafsu	obat , kaji
		penderita gagal	Sulfonamide.	makan; mati	adanya

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

D. Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	DS:	Hipersekresi jalan	D.0001 Hal 18
	keluarga pasien mengatakan pasien sering	napas	Bersihan jalan
	terdengar suara ngorok dan banyak dahak		nafas tidak
	serta liur		efektif
	DO:		
	a. Terdengar suara snoring (mengorok)		
	b. Tampak hipesekresi sputum dan		
	hipersalivasi		
	c. Kesadaran pasien apatis, dengan		
	GCS= E4, M0,V3		
	d. T: 36°C		
	e. P: 75 x/menit		
	f. R: 19 x/menit		
	g. BP: 150/74 mmHg		
2	DS:	Penurunan sirkulasi	D.0017 Hal 51
	Keluarga pasien mengatakan pasien	oksigen ke otak	Gangguan
	sebelumnya sering mengalami sakit kepala		perfusi
	yang berlebih dan pasien langsung mengalami		jaringan
	penurunan kesadaran di rumah.		serebral
	DO:		
	1. Kelemahan pada ekstremitas atas dan		
	bawah bagian sinistra		
	2. Kesadaran pasien apatis, dengan		
	GCS= E4, M0,V3		
	3. ROM: kanan atas 5, kanan bawah 5,		
	kiri atas 1, kiri bawah 1		
	4. Hasil CT Scan Kepala menunjukan		

		Infark subakut di subcortical occipital		
		kanan/kiri, pons, periventrikuler ki,		
		dan cerebellum kanan		
	5.	T: 36°C		
	6.	P: 75 x/menit		
	7.	R: 19 x/menit		
	8.	BP: 150/74 mmHg		
		Pemeriksaan 12 saraf kranial		
		a. Terdapat gangguan pada saat		
		bicara (VII fasial)		
		b. Terdapat kesulitan dalam menelan		
		c. (IX glosofaringeus)		
		d. Kelemahan pada ekstremitas atas		
		dan bawah bagian sinistra (XI		
		asesorius spinal)		
3	DS:-		Kelemahan fisik	Defisit
	DO:			perawatan diri
	1.	Kesadaran pasien apatis, dengan		
		GCS= E4, M0,V3		
	2.	Kelemahan pada ekstremitas atas dan		
		bawah bagian sinistra		
4	Data p	otensial	Penurunan Tingkat	D.0143 Hal
	1.	MSF (Morse Fall Scale) skor	Kesadaran	306
		sebanyak 50 resiko tinggi pasien jatuh		Resiko jatuh
	2.	Kesadaran pasien apatis, dengan		
		GCS= E4, M0,V3		
		GCS= E4, M0,V3		

E. Diagnosis Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sputum berlebih ditandai dengan hyper saliva berlebih

- 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 ketidakkemampuan untukmelakukan ADL secara mandiri
- 4. Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran ditandai dengan GCS 4,0,3

F. Intervensi Keperawatan

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

	. Pertahankan	6. Melakukan	5. P: 75 x/menit
	kepatenan	penghisapa	6. R: 19 x/menit
	jalan napas	n lendiri	7. BP: 150/74
	dengan head-	kurang dari	mmHg
	tilt dan chin-	15 detik	A: Bersihan jalan
	lift (jaw thrust	7. memberika	nafas tidak
	jika curiga	n oksigen	efektif
	trauma fraktur	pada pasien	P:
	servikal)	3	1. Memantau
2	. Posisikan	lilter/menit	frekuensi,
	semi-fowler		kedalaman pola
	atau fowler		nafas pasien
3	. Berikan		2. Memantau
	minum hangat		suara napas
4	. Lakukan		3. tambahan
	fisioterapi		4. memantau
	dada, jika		dahak (jumlah,
	perlu		warna, bau)
5	. Lakukan		5. Posisikan semi-
	penghisapan		fowler atau
	lendir kurang		fowler pada
	dari 15 detik		pasien
6	5. Lakukan		6. Menjadwalkan
	hiperoksigenas		fisioterapi dada
	i sebelum		7. Melakukan
	penghisapan		penghisapan
	endotrakeal		lendiri kurang
7	. Berikan		dari 15 detik
	oksigen, jika		8. memberikan
	perlu		oksigen pada
	Edukasi		pasien 3
			lilter/menit
		<u> </u>	

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

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

					Gangguan perfusi
					jaringan serebral
					P :
					Intervensi
					Dilanjutkan
					1. mengidentifikas
					ikan penyebab
					peningkatan
					TIK
					2. Mengkaji
					tingkat
					kesadaran
					3. mengatur posisi
					kepala dan leher
					rata di atas
					tempat tidur
3	Defisit	Setelah	Self care	1. Memantau	DS:keluarga pasin
	perawatan	dilakukan	assistance:	kemampua	mengatakan
	diri	Tindakan	ADLs	n yang	pasien tidak dapat
	berhubungan	keperawatan	1. Monitor	dimiliki	melakukan
	dengan	selama 30	kemampuan	pasien	perawatan diri
	Kelemahan	menit -1 jam	pasien untuk	dalam	secara mandiri
	ditandai	diharapkan:	perawatan diri	melakukan	DO:
	dengan	1. Pasien	yang mandiri	perawatan	1. Kesadaran
	ketidakkema	terbebas	2. Memfasilitasi	diri secara	pasien apatis,
	mpuan	dari bau	pemenuhan	mandiri	dengan GCS=
	untukmelaku	2. Pasien	kebutuhan	2. Memberika	E4, M0,V3
	kan ADL	menyatakan	perawatan diri	n bantuan	2. Kelemahan
	secara	kenyamana	3. Sediakan	kepada	pada
	mandiri	n terhadap	bantuan	pasien	ekstremitas atas
		kemampua	sampai pasien	untuk	dan bawah
		n untuk	mampu secara	kebutuhan	bagian sinistra

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

mampu untuk melakukan nya kemandirian, 5. membantu untuk pasien untuk melakukan pada pasien jika tidak mampu melakukan pada pasien jika tidak nedukasi pada melakukan pada pasien untuk pasien untuk pasien untuk of memberikan melakukan pada pasien diri dengan bantuan pada pasien diri dengan bantuan pada pasien diri dengan bantuan pada pasien di bantu dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh Observasi l. Mengidenti perawat berhubungan L.14138 Hal (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 tesiko tinggi pasien jatuh ditandai asuhan tingkat pasien 2. Kesadaran						jika tidak		keluarga pasien
nya kemandirian, untuk pasien untuk pasien jika tidak melakukan latihan mampu ROM pasif 6. memberika n edukasi pada melakukan latihan ROM pasien untuk n edukasi pada melakukan latihan ROM pasien untuk n edukasi pada melakukan pasien untuk 6. memberikan edukasi pada keluarga pasien untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien diri dengan untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien di bantu dengan bantuan perawat berhubungan L.14138 Hal dengan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65 Meghitung sebanyak 50 resiko inggi pasien jatuh pada pasien jatuh pada pasien di						mampu		
5. membantu pasien untuk pasien jika tidak melakukan latihan melakukan nedukasi pada melakukan keluarga latihan ROM pasien untuk pasien untuk pasien untuk pasien untuk pasien untuk pasien pasif untuk 6. memberikan melakukan keluarga pasien untuk 6. memberikan melakukan perawatan diri dengan untuk bantuan pada pasien diri dengan untuk melakukan pada pasien diri dengan untuk bantuan pada pasien diri dengan untuk melakukan pada pasien diri dengan untuk bantuan pada pasien diri dengan untuk melakukan pada pasien diri dengan untuk bantuan pada pasien diri dengan bantuan pada pasien dengan perawat bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh Observasi I. Mengidenti Data potensial fikasi faktor I. MSF (Morse dengan 140 faktor jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi pasien jatuh pada pasien jatuh pada pasien jatuh						melakukan		mendorong
4 Resiko jatuh berhubungan dengan 140 Penurunan Selama (mis: usia > 65 Meghati bantuan pada pasien) itingkat dilakukan penurunan Selama (mis: usia > 65 Meghati bantuan pada pasien) ika tidak mampu ROM pasif melakukannya 6. memberika 5. membantu pada melakukan keluarga latihan ROM pasien untuk 6. memberikan edukasi pada pasien diri dengan untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien di bantu dengan bantuan pada pasien di perawat bantu oleh perawat bantu oleh perawat bantu oleh perawat bantu oleh perawat dengan 140 (mis: usia > 65 Meghitung sebanyak 50 resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh pada						nya		kemandirian,
untuk bantuan pada melakukan latihan mampu ROM pasif melakukannya 6. memberika pasien untuk pada melakukan keluarga latihan ROM pasien untuk pada melakukan keluarga pasien untuk pasien pasif untuk 6. memberikan melakukan perawatan diri dengan untuk melakukan pada pasien diri dengan untuk melakukan pada pasien diri dengan untuk dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal berhubungan dengan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65 taka aresiko jatuh Fall Scale) skor penurunan Selama (mis: usia > 65 taka aresiko resiko tinggi jatuh pada pasien jatuh pasien pasien jatuh pasien pasien pasien jatuh pasien pasien jatuh pasien pasien pasien pasien pasien pasien pasien pasien pasien jatuh pasien pasi					5.	membantu		untuk
melakukan latihan ROM pasif 6. memberika 5. membantu pasien untuk melakukan latihan ROM pasif 0. memberikan keluarga pasien untuk melakukan pasien untuk 6. memberikan edukasi pada keluarga pasien untuk melakukan pasien untuk melakukan pasien untuk 6. memberikan edukasi pada keluarga pasien diri dengan bantuan pada pasien diri dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal dengan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 resiko tinggi pasien jatuh pada pasien jatuh pada pasien jatuh pada pasien jatuh pasien jatuh pada pasien jatuh pada pasien jatuh pasien jatuh pada pasien jatuh pasien jatuh pada pasien datihan pada pasien datihan pasien dat						pasien		memberikan
latihan ROM pasif 6. memberika 1. deluarga						untuk		bantuan pada
ROM pasif ROM pasif ROM pasif ROM pasif ROM pasien n edukasi pada keluarga pasien nelakukan keluarga pasien nelakukan pada keluarga pasif nemberikan keluarga pasien nelakukan pada keluarga pasif nutuk 6. memberikan diri dengan bantuan pada pasien diri de						melakukan		pasien jika tidak
6. memberika n edukasi pasien untuk melakukan keluarga pasien untuk melakukan pasien untuk melakukan pasien untuk 6. memberikan melakukan pasien untuk 6. memberikan melakukan perawatan keluarga pasien diri dengan untuk melakukan pada pasien diri dengan untuk melakukan pada pasien diri dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal l. Identifikasi fikasi faktor l. MSF (Morse penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 resiko tinggi pasien jatuh pada pasien jatuh pada pasien jatuh						latihan		mampu
n edukasi pasien untuk melakukan keluarga latihan ROM pasien untuk melakukan keluarga latihan ROM pasien untuk 6. memberikan melakukan perawatan diri dengan untuk bantuan melakukan pada pasien di bantu dengan bantuan oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal berhubungan dengan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65 taka) Resiko jatuh pada pasien di sebanyak 50 tingkat dilakukan penurunan jatuh pada pasien jatuh						ROM pasif		melakukannya
pada melakukan keluarga latihan ROM pasien untuk 6. memberikan melakukan edukasi pada perawatan keluarga pasien diri dengan untuk bantuan melakukan pada pasien di bantu dengan bantuan oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal berhubungan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65) tingkat dilakukan penurunan jatuh pada pasien jatuh pada pasien itahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh					6.	memberika	5.	membantu
keluarga latihan ROM pasien untuk 6. memberikan melakukan perawatan keluarga pasien diri dengan untuk bantuan melakukan pada pasien di bantuan dengan bantuan oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal dengan l40 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65) tingkat dilakukan penurunan jatuh pada pasien jatuh pada pasien in penurunan siala keluarga pasien diri dengan untuk bantuan melakukan pada pasien di perawat dengan bantuan oleh perawat bantu oleh perawat 1. Mengidenti Data potensial fikasi faktor latikasi fikasi faktor latikasi fikasi faktor latikasi penurunan sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi pasien jatuh						n edukasi		pasien untuk
pasien untuk 6. memberikan edukasi pada perawatan keluarga pasien diri dengan untuk bantuan pada pasien di bantu dengan bantuan oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh Observasi berhubungan L.14138 Hal berhubungan dengan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65 tingkat dilakukan penurunan penurunan jatuh pada pasien jatuh						pada		melakukan
4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal berhubungan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65) tingkat dilakukan pemberian penurunan filakukan penurunan dilakukan penurunan pemberian penurunan jatuh pada pasien (mis: usia > 65) tingkat dilakukan pemberian perawat perawat perawat penurunan dilakukan pada pasien jatuh pada pasien jatuh pada pasien jatuh						keluarga		latihan ROM
melakukan edukasi pada keluarga pasien diri dengan untuk bantuan pada pasien di bantuan perawatan diri dengan bantuan oleh perawat 4 Resiko jatuh berhubungan L.14138 Hal berhubungan dengan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65 tingkat dilakukan penurunan jatuh pada pasien jatuh penurunan jatuh pada pasien oleh perawat 1 Mengidenti fikasi faktor 1 MSF (Morse Fall Scale) skor penurunan sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi penurunan jatuh pada pasien jatuh						pasien		pasif
perawatan diri dengan untuk bantuan pada pasien di bantuan pada pasien di bantuan oleh perawat bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh berhubungan dengan bantuan berhubungan dengan bantuan berhubungan dengan bantuan leh perawat 1. Mengidenti di bantu oleh perawat bantu oleh perawat bantu oleh perawat 1. Mengidenti di bantu oleh perawat bantu oleh perawat bantu oleh perawat bantu oleh perawat 2. Meghitung sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh						untuk	6.	memberikan
diri dengan untuk melakukan pada pasien di bantuan pada pasien di bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan dengan L.14138 Hal dengan latuh dengan bantuan dengan latuh penurunan Selama (mis: usia > 65 tingkat dilakukan penurunan jatuh pada pasien jatuh pada pasien di perawat latuh dengan latuh penurunan sebanyak 50 tingkat dilakukan penurunan penurunan jatuh pada pasien jatuh diri dengan perawat melakukan di bantu oleh perawat latuh perawat latuh perawat latuh perawat latuh penurunan sebanyak 50 tingkat dilakukan penurunan penurunan jatuh pada pasien jatuh						melakukan		edukasi pada
bantuan pada pasien di bantu dengan bantuan oleh perawat 4 Resiko jatuh berhubungan dengan bantuan di berhubungan dengan berhubungan dengan berhubungan dengan berhubungan dengan berhubungan berhubungan dengan denga						perawatan		keluarga pasien
pada pasien di bantu dengan bantuan oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan dengan bantuan dengan bantuan berhubungan dengan bantuan dengan bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan dengan 140 faktor jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor penurunan Selama (mis: usia > 65 dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh						diri dengan		untuk
di bantu dengan bantuan oleh pada pasien di bantu oleh perawat 4 Resiko jatuh Tingkat jatuh berhubungan L.14138 Hal l. Identifikasi fikasi faktor l. MSF (Morse dengan 140 faktor jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh						bantuan		melakukan
dengan 140 faktor jatuh penurunan Selama (mis: usia > 65 tingkat pasien di pada pasien di perawat Oleh pada pasien di perawat						pada pasien		perawatan diri
perawat Resiko jatuh berhubungan dengan penurunan Selama tingkat dilakukan pemberian perawat Data potensial 1. Mengidenti fikasi faktor fikasi faktor resiko jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor sebanyak 50 resiko tinggi patien jatuh pada pasien jatuh						di bantu		dengan bantuan
4 Resiko jatuh Tingkat jatuh Observasi 1. Mengidenti Data potensial berhubungan L.14138 Hal 1. Identifikasi fikasi faktor 1. MSF (Morse dengan 140 faktor jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh						oleh		pada pasien di
4 Resiko jatuh Tingkat jatuh Observasi 1. Mengidenti Data potensial berhubungan L.14138 Hal 1. Identifikasi fikasi faktor 1. MSF (Morse dengan 140 faktor jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh						perawat		bantu oleh
berhubungan L.14138 Hal 1. Identifikasi fikasi faktor 1. MSF (Morse dengan 140 faktor jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi penurunan jatuh pada pasien jatuh								perawat
dengan 140 faktor jatuh resiko jatuh Fall Scale) skor penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi penurunan jatuh pada pasien jatuh	4	Resiko jatuh	Tingkat jatuh	Observasi	1.	Mengidenti	Γ	Data potensial
penurunan Selama (mis: usia > 65 2. Meghitung sebanyak 50 tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh		berhubungan	L.14138 Hal	1. Identifikasi		fikasi faktor	1.	·
tingkat dilakukan tahun, skala resiko resiko tinggi kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh		dengan		, and the second		-		Fall Scale) skor
kesadaran pemberian penurunan jatuh pada pasien jatuh		-		(mis: usia > 65	2.			•
				tahun,				
ditandai asuhan tingkat pasien 2. Kesadaran			pemberian	penurunan		jatuh pada		
		ditandai	asuhan	tingkat		pasien	2.	Kesadaran

dengan GCS	keperawatan		kesadaran,		(skala		pasien apatis,
4,0,3	diharapkan		defisit		Morse Fall		dengan GCS=
	tidak terjadi		kognitif,		Scale)		E4, M0,V3
	resiko jatuh		hipotensi	3.	Mengidenti	A	A:resiko jatuh
	dengan		ortostatik,		fikasi	F	:
	kriteria hasil :		gangguan		lingkungan	1.	Mengidentifikas
	1. Resiko		keseimbangan,		yang dapat		i faktor resiko
	Jatuh dari		gangguan		menjadi		jatuh
	tempat tidur		penglihatan,		faktor	2.	Meghitung
	tidak terjadi		neuropati)		penyebab		skala resiko
	2. Resiko	2.	Identifikasi		resiko jatuh		jatuh pada
	Jatuh saat		risiko jatuh	4.	Menghitun		pasien (skala
	duduk tidak		setidaknya		g risiko		Morse Fall
	terjadi		sekali setiap		jatuh		Scale)
			shift atau		dengan	3.	Mengidentifikas
			sesuai dengan		menggunak		i lingkungan
			kebijakan		an skala		yang dapat
			institusi		Morse Fall		menjadi faktor
		3.	Identifikasi		Scale		penyebab resiko
			faktor	5.	Menempatk		jatuh
			lingkungan		an pasien	4.	Menghitung
			yang		berisiko		risiko jatuh
			meningkatkan		tinggi jatuh		dengan
			risiko jatuh		dekat		menggunakan
			(mis: lantai		dengan		skala Morse
			licin,		pantauan		Fall Scale
			penerangan		perawat	5.	Menempatkan
			kurang)		dari nurse		pasien berisiko
		4.	Hitung risiko		station		tinggi jatuh
			jatuh dengan	6.	mendekatka		dekat dengan
			menggunakan		n bel		pantauan
			skala (mis: fall		pemanggil		

	***	orga gasla	dalam	norozzot domi
		orse scale,	dalam	perawat dari
		mpty	jangkauan	nurse station
		mpty scale),	•	6. mendekatkan
		_	7. memasang	bel pemanggil
	5. Mo	onitor	handrail	dalam
	ker	mampuan	tempat tidur	jangkauan
	ber	rpindah dari		pasien
	ten	npat tidur		7. memasang
	ke	kursi roda		handrail tempat
	dar	n sebaliknya		tidur
	Tera	apeutik		
	1. Ori	rientasikan		
	rua	angan pada		
	pas	sien dan		
	kel	luarga		
	2. Pas	stikan roda		
	ten	npat tidur		
	dar	n kursi roda		
	sel	lalu dalam		
	kor	ndisi		
	ter	kunci		
	3. Pas	sang		
	har	ndrail		
	ten	npat tidur		
	4. Atı	ur tempat		
	tid	ur mekanis		
	pac	da posisi		
	tere	endah		
	5. Te	mpatkan		
	pas	sien berisiko		
	ting	ggi jatuh		
	del	kat dengan		

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

	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	Diagnosa: Bersihan jalan nafas tidak efektif	
	2024	berhubungan dengan sputum berlebih ditandai dengan	
	09.00 wita	hyper saliva berlebih	
		S:	
		keluarga pasien mengatakan pasien sering ingin batuk	
		tetapi tidak bisa mengeluarkan lendir	
		O:	
		 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. SPO ² : 100 x/menit	
		7. Suhu: 36°C	
		8. Respirasi :28 x/menit	
		A: masalah belum teratasi	
		P: lanjutkan intervensi	
		I:	
		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 lendiri kurang dari 15
	detik
	8. memberikan oksigen pada pasien 3 lilter/menit
	E:
	s:
	keluarga pasien mengatakan pasien masih batuk
	dan lendir masih ada
	o:
	Terlihat banyak lendir dahak pasien
	Kesadaran pasien tampak samnolen
	3. GCS : E3, M0, V6
	4. TD: 142/71 mmHg
	5. N : 70 X/Menit
	6. Suhu : 35,2°c
Jam 09.15	7. Respirasi : 28 X/Menit
wita	a: masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi
	sebagian
	p:intervensi di lanjutkan
Selasa, 09 juli	Diagnosa:
2024	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan
Jam 09.30	dengan proses penyakit stroke non hemoragik ditandai
wita	dengan kesadaran pasien apatis dengan GCS 4,0,3
	S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih merasa
	sakit kepala
	O :
	Kesadaran pasien tampak samnolen
 •	

	2. GCS : E3, M0, V6
	3. TD : 174/66 mmHg
	4. N : 110 x/menit
	5. SPO ² : 100 x/menit
	6. Suhu : 36°C
	7. Respirasi :28 x/menit
	A : Masalah belum teratasi
	P : lanjutkan intervensi
	I:
	1. mengidentifikasikan 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
	E :
	s :keluarga pasien mengatakan pasien masih sering
	memegang kepala
	o:
	1. kesadaran pasien masih apatis
Jam 09.50	pasien terlihat kadang-kadang memegang kepala
wita	a :masalah gangguan perfusi jaringan serebral belum
	teratasi
	p: intervensi di lanjutkan
Selasa, 09 juli	Diagnosa : Defisit perawatan diri berhubungan dengan
2024	Kelemahan ditandai dengan ketidakkemampuan
Jam 07.40	untukmelakukan ADL secara mandiri
wita	DS:keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak
	dapat melakukan perawatan diri secara mandiri
	DO:
 I	

- 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

A:Defisit perawatan diri

P:Intervensi di lanjutkan

T:

- 1. Memantau kemampuan yang dimiliki pasien dalam melakukan perawatan diri secara mandiri
- Memberikan bantuan kepada pasien untuk kebutuhan kebersihan diri mulai dari berpakaian, berhias, toileting, dan makan
- Memberikan bantuan kepada pasien sampai pasien mampu secara mandiri melakukan perawatan mandiri
- Memberikan edukasi kepada pasien atau keluarga pasien untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan pada pasien jika tidak mampu melakukannya
- membantu pasien untuk melakukan latihan ROM pasif
- memberikan edukasi pada keluarga pasien untuk melakukan perawatan diri dengan bantuan pada pasien di bantu oleh perawat

E:

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

J	Jam 07.55	o: pasien terlihat bersih dan segar setelah dilakukan
V	wita	perawatan diri, pasien terlihat mengikuti arahan untuk
		latihan rom pasif
		a: masalah teratasi sebagian
		p: intervensi dilanjutan
5	Selasa,09 juli	Diagnosa : Resiko jatuh berhubungan dengan
2	2024	penurunan tingkat kesadaran ditandai dengan GCS
		4,0,3
		S:-
		O:pasien tampak berbaring di tempat tidur, pagar
		tempat tidur terpasang dengan benar
		A:masalah teratasi
		P: Lanjutkan Intervensi
		I:
		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
		E:
		s:keluarga pasien mengatakan selama perawatan pasien
		tidak mengalami resiko jatuh
		o:terlihat tempat tidur pasin sudah dinaikan pagar agar
		mengurangi resiko jatuh
		a:masalah resiko jauh teratasi

	p: la	p: lanjutkan intervensi		
Rabu,	10 juli Diag	nosa: Bersihan jalan nafas tidak efektif		
2024	berh	ubungan dengan sputum berlebih ditandai dengan		
Jam 09	9.00 hype	r saliva berlebih		
wita	S:			
	kelua	arga pasien mengatakan pasien terdengar suara		
	ngor	ok dan banyak liur yang keluar		
	O:			
	-	Terlihat masih banyak lendir dahak pasien		
	-	Kesadaran pasien tampak samnolen		
	-	GCS : E3, M0, V6		
	-	TD : 203/72 mmHg		
	-	N : 82 x/menit		
	-	SPO ² : 96 x/menit		
	-	Suhu : 36,2°C		
	-	Respirasi :28 x/menit		
	A: m	asalah belum teratasi		
	P: la	njutkan intervensi		
	I:			
	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 lendiri kurang dari 15		
		detik		
	8	. memberikan oksigen pada pasien 3 lilter/menit		
	E:			
	s:			

	keluarga pasien mengatakan suara ngorok sudah			
	berkurang dan liur pasien mulai berkurang			
	0:			
	- Terlihat lendir dahak pasien berkurang			
	- Kesadaran pasien tampak samnolen			
	- GCS : E3, M0, V6			
	- TD : 203/72 mmHg			
	- N : 82 x/menit			
	- SPO ² : 96 x/menit			
	- Suhu : 36,2°C			
	a: masalah bersihan jalan nafas tidak efektif teratasi			
Jam 09.15	sebagian			
wita	p: intervensi dilanjutkan			
Rabu, 10 juli	Diagnosa:			
2024	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan			
Jam 09.30	dengan proses penyakit stroke non hemoragik ditandai			
wita	dengan kesadaran pasien apatis dengan GCS 4,0,3			
Wita				
	S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah tidak			
	merasa sakit kepala			
	O:			
	Kesadaran pasien tampak samnolen GCS - F2 MO MC			
	2. GCS : E3, M0, V6			
	3. TD : 203/72 mmHg			
	4. N : 82 x/menit			
	5. SPO ² : 96 x/menit			
	6. Suhu : 36,2°C			
	A : Masalah belum teratasi			
	P: lanjutkan intervensi			
	I:			
	1. mengidentifikasikan 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			
		E :			
		s: keluarga pasien mengatakan pasien tidak ada			
		mengeluh sakit kepala			
		o:pasien terlihat sering tertidur			
		a: masalah gangguan perfusi jaringan serebral belum			
		teratasi			
	Jam 09.50	p: intervensi di lanjutkan			
	wita				
	Rabu, 10 juli	Diagnosa : Defisit perawatan diri berhubungan dengan			
	2024	Kelemahan ditandai dengan ketidakkemampuan			
	Jam 07.40	untukmelakukan ADL secara mandiri			
	wita	DS:keluarga pasien mengatakan pasien masih tidak			
		dapat melakukan perawatan diri secara mandiri			
		DO:			
		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			
		A:Defisit perawatan diri			
		P:Intervensi di lanjutkan			
		I:			
		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			
L	l .	1			

	2 M 1 '1 1 4 1 1 '
	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. membentu nesion untuk melakukan letikan POM
	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
	E:
	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
Jam 07.55	mengatakan membeli bola-bola jelly untuk menjadi
wita	latihan rangsangan sensori pasien
	o: pasien terlihat bersih dan segar setelah dilakukan
	perawatan diri, pasien terlihat mengikuti arahan untuk
	latihan rom pasif
	a: masalah teratasi sebagian
	p: intervensi dilanjutan
Rabu, 10 juli	Diagnosa : Resiko jatuh berhubungan dengan
2024	penurunan tingkat kesadaran ditandai dengan GCS
	4,0,3
	S:-

O:pasien tampak berbaring di tempat tidur, pagar tempat tidur terpasang dengan benar, lingkungan tempat pasien aman dari resiko jatuh

A:masalah teratasi

P: Lanjutkan Intervensi

T

- Memantau faktor resiko jatuh
- Meghitung skala resiko jatuh pada pasien
- Memperhatikan lingkungan yang dapat menjadi faktor penyebab resiko jatuh

Memberikan pengamanan pada pasien dengan pagar di naikan agar mengurangi resiko jatuh.

E:

s:-

o:terlihat tempat tidur pasin sudah dinaikan pagar agar mengurangi resiko jatuh

a:masalah resiko jauh teratasi

p: lanjutkan intervensi

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 Purworejo² 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 30° dengan posisi tubuh dalam keadaan sejajar. Tujuan penulisan literatur *review* ini adalah untuk mengetahui efektifitas pemberian posisi elevasi kepala 30° 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 30° untuk meningkatkan saturasi oksigen. **Hasil**: hasil dari literatur *review* yaitu adanya pengaruh pemberian posisi elevasi kepala 30° 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 30°.

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 RSUDDI, SOEDIRMAN KEBUMEN

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

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

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

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

Kata kunci : Stroke, Oksigenasi, Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

Vol. 1 No.1. Hal 41-49



1NPS JOURNAL OF NURSING PRACTICE AND SCIENCE

UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH TASIKAMALYA Jl. Tamansari No.KM 2,5, Mulyasari, Kec. Tamansari, Tasikmalaya, Jawa Barat 46196

Availabel On: .https://journal.umtas.ac.id/index.php/jpns

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 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 dikonsultsikan	masukan	Tanda tangan
senin, 08/07/2024	Persamaan presepsi pengambilan kasus Lanjutkan pengkajian	Lanjutkan pengkajian Lanjutkan catatan perkembangan	to
Selasa, 09/07/2024	1. Conference 2. askep	isi pengkajian buat diagnosa buat intervensi, implementasi dan evaluasi hari pertama	>
senin, 15/07/2024		masukan pada drug study peran perawat pada analisa data perhatikan DS dan Do pasien untuk menegakan diagnosa masukan 4 diagnosa keperawatan, bersihan jalan nafas, gangguan perfusi serebral tidak efektif, defisit perawatan diri dan resiko jatuh sesuaikan intervensi dengan diagnosa yang digunakan bisa kolaborasikan 3S dan 3 N BAB 1 masukan keaslian penelitian 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 dikonsultsikan	masukan	Tanda tangan
Rabu, 16/07/2024	1. Konsultasi askep 2. Konsultasi bab 1, bab 2, bab 3, bab 4,dan bab 5	Sesuaikan implementasi yang dilakukan pada pasien Bab 1 acc Bab 2 buat dengan narasi anatomi fisiologi dan gambaran mengenai Snh dan masukan 12 saraf kranial Bab 3 rapikan penulisan, pada pembahasan diagnosa dan intervensi buat menggunakan tabel Masukan pembahasan EBP pada prioritas masalah yang di angkat	\
kamis, 17/07/2024	Konsultasi askep Konsultasi bab 2 dan bab 3, bab 4, bab 5	Rapikan pengetikan pada askep Bab 2 acc Bab 4 dan 5 Rapikan penulisan dan tanda baca masukan diagnosa yang menjadi prioritas dalam pembahasan EBP	<u></u>
	Konsultasi askep Konsultasi bab 3, 4, 5 Konsultasi daftar pustaka	 askep acc bab 3,4,5 acc daftar pustaka acc 	O