**LAMPIRAN**

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAl BEDAH 11 POLA GORDON**

# A. PENGKAJIAN

## Identitas Pasien

* 1. Nama : Tn. H
	2. Umur : 54 thn
	3. Jenis Kelamin : Laki-laki
	4. Pekerjaan : PNS
	5. Pendidikan : Sarjana
	6. Agama : Islam
	7. Suku/Bangsa : Banjar/Indonesia
	8. Status Perkawinan : Menikah
	9. Alamat : Kandangan
	10. Ruang rawat : Maria 15
	11. Tanggal Masuk : 3 Juli 2024
	12. Tanggal Pengkajian : 8 Juli 2024
	13. No. Register : 13-xx-xx
	14. Diagnosa Medis : SNH
	15. Dokter yang merawat : Dr. Z
	16. Sumber Informasi : Pasien Dan Istri
	17. Kontak Keluarga : 0822-xxxx-xxxx

## Riwayat Penyakit

* 1. Keluhan Utama

**Saat MRS** : Kelemahan tubuh sebelah kanan

## Saat Pengkajian :

DS : Istri pasien mengatakan sebelumnya pasien mengalam serang pertama stroke di labuhan bajo dan dilakukan perawatan di RSPAD Gatot Seobroto selama 14 hari, kemudian pasien pulang ke kandangan dan melakukan aktivitas yang berlebihan sehingga pasien mengalami

stroke serang yang kedua setelah di hari pulang dari RSPAD Gatot Soebroto Jakarta kelemahan tubuh sebelah kanan berbicara tidak jelas, mata sebelah kiri tidak bisa digerakan.

DO:

* + 1. Pasien tampak lemas
		2. Keadaan umum sakit sedang
		3. Akral teraba hangat
		4. Kaki kanan tampak bergerak sendiri tidak bisa dikontrol dengan kekuatan otot

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 5 | 4 |  |
| Kiri | 5 | 4 | Kanan |

* + 1. Tampak mata sebelah kiri tidak mampu mengikuti instruksi yang diberikan
	1. Riwayat Penyakit Dahulu :
1. Penyakit yang Pernah Dialami, sebutkan : Vertigo
2. Riwayat :
	1. Kecelakaan : Tidak ada
	2. Operasi : Tidak ada
	3. Alergi Obat : Tidak ada
	4. Alergi makanan : Tidak ada
	5. Alergi lain-lain : Tidak ada
	6. Merokok : Tidak ada
	7. Alkohol : Tidak ada
	8. Kopi : Tidak ada
	9. Lain-lain : Tidak ada
	10. Obat-obatan yang pernah digunakan: Tidak ada
	11. Riwayat Keluarga : Istri pasien mengatakan didalam keluarga suaminya tidak ada yang mengalami penyakit menular dan tidak menular seperti diabetes dan hipertensi
	12. Genogram :

Keterangan :

: Laki-laki

: Perempuan

: Pasien

: Meninggal

: Garis Menikah

: Garis Keturuna

: Tinggal Serumah

## Pemeriksaan Fisik Keadaan Umum :

Kesadaran : Compos Mentis TTV :

1. TD : 150/90 mmHg
2. Nadi : 73 x/menit
3. Suhu : 36,1 ⁰ c
4. Pernafasan : 20 x/menit
5. SPO2 : 98 x/menit

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | Area Fisik | Hasil Pemeriksaan | Analisa |
| 1 | Kepala & Leher | Kepala : Bentuk bulat, tidak ada luka,tidak kebiruan, tidak ada bekas operasi, kulit kepala bersih, rambut pendek.Mata : Mata kiri kanan simetris, tidak ada kotoran mata, tidak ada kemerahan pada mata, tidak kebiruan pada mata,Hidung : Hidung mancung, tidak ada kotoran pada hidung, tidak ada luka pada hidung Mulut & Tenggorakan : Tidak ada sariawan, tidak ada pembesaran tonsilitis,tampak bersih.Telinga : Tampak bersih, tidak ada kotoran pada telingaLeher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. |  |
| 2 | Dada/Thorax | Inspeksi : Simetris dada kiri dan kanan, tidak ada jejas pada dada, tidak ada lesi pada dadaPalpasi : Getaran dada kiri dan kanan samaAuskultasi : Normal vesikuler |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Perkusi : Bunyi sonor |  |
| 3 | Payudarah dan Axila | Inspeksi : Simetris, tidak ada luka pada payudara, tidak ada pembesaran pada payudaraPalpasi : Tidak sakit dan tidak keras Auskultasi: Tidak adaPalpasi : Tidak ada |  |
| 4 | Abdomen | Inspeksi : Simetris, tidak ada luka pada abdomen, tidak ada asitesPalpasi : Tidak ada pembesaran hepar Auskultasi : Bising usus normal 5-30 x/menitPerkusi : terdengar suara tympani |  |
| 5 | Genetalia | Pria |  |
| 6 | Rectum | Inspeksi : Tidak terkajiPalpasi : Tidak terkaji |  |
| 7 | Ekstremitas | Kanan 5555 4444 Kiri5555 4444 |  |
| 8 | Kulit dan Kuku | Kulit tampak berwarna putih kekuningan ( Putih langsat), kuku tampak pendek tidak adakebiruan pada kuku. |  |

1. **Pola Gordon**

## Pola Aktivitas – Latihan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **AKTIVITAS** | **SMRS****(SKOR)** | **MRS (SKOR)** |
| 1 | Makan/Minum | 0 | 2 |
| 2 | Mandi | 0 | 2 |
| 3 | Berpakaian/berdandan | 0 | 2 |
| 4 | Toileting | 0 | 2 |
| 5 | Berpindah | 0 | 2 |
| 6 | Berjalan | 0 | 2 |

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

* 1. **Pola Nutrisi-Metabolik**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Keterangan | **SMRS** | MRS |
| Jenis makanan/diet | Nasi | Nasi RLRGRP |
| Frekuensi | 3 x sehari | 3 x sehari |
| Porsi yang dihabiskan | 1 porsi | 1 porsi |
| Komposisi Menu | Protein,hewani,serat | Protein,hewani,serat |
| Pantangan | Tidak ada | Tidak ada |
| Nafsu makan | Baik | Baik |
| Fluktuasi BB 6 blnTerakhir | Baik | Baik |
| Sakit menelan | Tidak ada | Tidak ada |
| Riw.penyembuhan luka | Tidak ada | Tidak ada |

* 1. **Pola Eliminasi**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **SMRS** | **MRS** |  |
| Buang Air Besar (BAB) : |
| 1 | Frekuensi | 1 x | Tidak ada |
| 2 | Warna | Kuning | Tidak ada |
| 3 | KesulitanBAB | Tidak ada | Tidak ada |
| Upaya Mengatasi: Tidak ada masalah keperawatan |
| 4 | Buang Air Kecil(BAK): | Normal |  |
| 5 | Frekuensi | 3-5 x sehari | 3-6 x sehari |
| 6 | Jumlah | ≥ 500 cc | ≥ 500 cc |
| 7 | Warna | Kuning jernih | Kuning jernih |
| 8 | Kesulitan BAK | Tidak ada | Tidak ada |
| Upaya Mengatasi : Tidak ada masalah keperawatan |

* 1. **Pola Tidur-Istirahat**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **Kegiatan** | **SMRS** | **MRS** |
| 1 | Tidur siang | 15- 20 menit | 30 menit |
| 2 | Tidur malam | 6 jam | 7-8 jam |
| 3 | Kebiasaansebelum tidur | Menonton Tv dan membacaberita online | Menonton Tv |
| 4 | Kesulitantidur | Tidak ada | Tidak ada |
|  | Upaya mengatasi: Tidak ada masalah keperawatan |

* 1. **Pola Kebersihan Diri**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Keterangan** | **SMRS** | **MRS** |
| Mandi | 2 x sehari | 2 x sehari |
| Handuk | 1 minggu | Tiap hari |
| Keramas | Setiap hari | Setiap hari |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gosok gigi | 2 x sehari | 2 x sehari |
| Kesulitan | Tidak ada | Tidak ada |
| Upaya Mengatasi | Tidak ada masalah keperawatan |

* 1. **Pola Toleransi-Koping Stress**
1. Pengambil keputusan : Bersama –sama
2. Masalah utama terkait dengan perawatan di RS / penyakit : Istri pasien mengatakan bahwa pasien mengalami stroke pertama di labuhan bajo dan dilarikan ke RSPAD Gatot Soebroto Jakarta 14 hari dan dinyata sudah mulai sembuh hanya perlu kontrol saja dengan dokter saraf yang ada di banjarmasin, pasien selam 3 hari dikandangan pasien melakukan kegiatan yang berlebihan sehingga kelelahan dan pasien mengalami stroke serang kedua di rumah.
3. Hal yang biasa dilakukan jika mengalami stress/ masalah : Istri pasien mengatakan jika stress biasanya akam menjalan sholat, berzikir, dan mendengarkan siraman rohani.
4. Harapan setelah menjalani perawatan : Istri pasien mengatakan berharap dengan dilakukan perawatan pasien dapat pulih secara perlahan dengan pengobatan yang dijalankan
5. Perubahan yang dirasakan setelah sakit : Istri pasien mengatakan sedikit mengalami perubahan dalam melakukan aktivitas.

## Pola Peran Hubungan

1. Peran dalam keluarga : Istri pasien mengatakan pasien selalu menjaga hubungan baik antar keluarga pasien dan keluarga istri pasien, saudara dan anak-anaknya.
2. Sistem pendukung : Istri pasien mengatakan sistem pendukung untuk pasien adalah istri, anaknya, dan keluarga.
3. Masalah peran/ hubungan dengan keluarga selama perawatan di RS : Istri pasien mengatakan mengatakan peran kepala keluarga saat ini adalah istri pasien karena anak- anak pasien jauh dari pasien mereka tinggal di luar Banjarmasin.
4. Upaya mengatasi: Tidak ada masalah keperawatan

## Pola Komunikasi

1. Bahasa utama : Istri pasien mengatakan bahasa indonesia dan bahasa banjar.
2. Bicara : Istri pasien mengatakan pasien berbicara sudah jelas
3. Afek : Istri pasien mengatakan pasien sudah mulai menerima keadaan pasien saat ini.
4. Tempat tinggal : Istri pasien mengatakan tinggal di rumah di kabupaten kandangan.

## 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.
3. **PROSEDUR DIAGNOSTIK**

## Pemeriksaan Labolatorium

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pemeriksaan** | **Hasil** | **Nilai Rujukan** | **Satuan** | **Analisa** |
| **Hematologi** |
| Hemoglobin | 14,5 | 11,5-16,5 | g/dl |  |
| Lekosit | 7,3 | 3,5-10 | ribu/ul |  |
| Eritrosit | 6,0 | 3,5-5,5 | ribu/ul | High |
| Tromosit | 439 | 100 - 400 | ribu/ul | High |
| Hematokrit | 43 | 35-55 | % |  |
| **Diff Count** |
| Limfosit | 33,3 | 15-50 | % |  |
| Mid | 6,3 | 2-15 | % |  |
| Granulosit | 43 | 35-80 | % |  |
| **Kimia Klinik** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Gula darahsewaktu | 133 | ≤ 180 | mg/dl |  |
| Kolesteroltotal | 172 | ≤ 200 | mg/dl |  |
| Trigliserida | 240 | ≤ 150 | mg/dl | High |
| Asam urat | 7,9 | 3,5 -7,2 | mg/dl | High |
| Kreatinin | 0,71 | 0,70 – 1,20 | mg/dl |  |
| Golongandarah | A |  |  |  |

* 1. **Pemeriksaan Radiologi**

## CT. Kepala

lesi hypodens batas tidak tegas thalamus D-S sulci dan gyri normal.

Defferen siasi whitw gray matter tegas, Sistem ventrikel dan sisterna normal Tidak tampak deviasi midline

Cerebellum pons dan mesencehalon normal. Calvaria intact

Mastoid. Sinus paranalis dan orbita D/S dalam batas normal. Kesimpulan : Tampak Infark thalamus di Dextra dan Sinistra

1. **DRUG STUDY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nama****Obat** | **Dosis/****rute** | **Indikasi** | **Kontraindikasi** | **Efek Samping** | **Peran perawat** |
| Esomax | 2 x 1 vial (Iv) | Esomax adalah obat yang mengandung esomeprazole sebagai zat aktifnya. Esomax merupakan golongan obat PPI (Inhibitor pompaproton) yangdigunakan untuk mengobati masalah lambung dan kerongkongan (seperti refluks asam). | 1. Hipersensitif (alergi).
2. Penggunaan bersamaan dengan atazanavir dan nelfinavir
 | 1. Vertigo (nyeri kepala sebelah), nyeri sendi
2. Kebingungan
3. Insomnia (sulit tidur)
4. Perut kembung, mual atau muntah, mulut kering
5. Sakit kepala, pusing
6. Pansitopenia (penurunan jumlah eritrosit, leukosit, dan trombosit)
7. Gangguan rasa, penglihatan rasa sakit, penglihatan
8. Depresi, halusinasi
9. Leukopenia (rendahnya jumlah sel darah putih yang ada di dalam tubuh).
 | 1. Perawat harus memahami reaksi obat
2. Dosis yang diberikan untuk pasien
3. Melakukan verifikasi dan validasi sebelum diberikan kepada pasein
4. Pencekkan identitas pasien
5. Jenis obat
6. Cara pemberian
7. Waktu pemberian
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 1. Edema perifer (pembengkakan)
2. Agranulositosis (Sel darah putih berkurang akibat infeksi dari

mikroorganisme patogen).1. Trombositopenia ( kondisi yang terjadi akibat kurangnya kadar platelet atau trombosit)
 |  |
| Brain oct | 2 x500mg (Iv) | Untuk membantu menangani penurunan kognitif pada usia lanjut | Hindari penggunaan pada penderita hipertonia (meningkatnya ketegangan otot) pada sistem saraf parasimpatis | 1. Mual
2. Kulit kemerahan
3. Sakit kepala, pusing
4. Nyeri ulu hat
 | 1. Perawat harus memahami reaksi obat
2. Dosis yang diberikan untuk pasien
3. Melakukan verifikasi dan validasi sebelum diberikan kepada pasein
4. Pencekkan identitas
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | pasien1. Jenis obat
2. Cara pemberian
3. Waktu pemberian
 |
| Lipiton | 1 x 1 tablet | Lipitor adalah obat untuk mengurangi kadar kolesterol jahat (LDL) dan lemak darah (trigliserida), serta meningkatkan kadar kolesterol baik (HDL) di dalam tubuh. | 1. Anak usia dibawah 10 tahun
2. Wanita hamil
3. Wanita menyusui
4. Penyakit hati aktif atau [kronis](https://www.alomedika.com/penyakit/gastroentero-hepatologi/sirosis-hepatis/etiologi)
5. Riwayat alergi
 | 1. Nyeri sendi, nyeri otot, atau kram otot
2. Hidung tersumbat, sakit tenggorokan
3. Sakit perut
4. Diare
5. Mual
6. Sulit tidur
 | 1. Perawat harus memahami reaksi obat
2. Dosis yang diberikan untuk pasien
3. Melakukan verifikasi dan validasi sebelum diberikan kepada pasein
4. Pencekkan identitas pasien
5. Jenis obat
6. Cara pemberian
7. Waktu pemberian
 |
| Forneuro | 1 x 1 capsul | Untuk membantu memenuhikebutuhan vitamin | Hipersensitivitas terhadap komponen obatini | Belum ada efek samping yang dilaporkan. Jika terjadi reaksialergi, hentikan pemakaian | Perawat harus memahami reaksi obatDosis yang diberikan untuk |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | B kompleks, Vitamin E, serta asam folat. |  | vitamin Forneuro. Segera konsultasikan dengan dokter. | pasienMelakukan verifikasi dan validasi sebelum diberikan kepada paseinPencekkan identitas pasien Jenis obatCara pemberianWaktu pemberian |
| Cormega | 2 x 1 capsul | Untuk membantu memelihara kesehatan tubuh dan membantu menurunkan kadar lemak dalam darah | Cormega tidak boleh di gunakan pada pasien yang hipersensitif terhadap komponen yang terkandung dalam produk | 1. Bersendawa
2. Sakit perut
3. Perubahan indra perasa dan ruam kulit
 | 1. Perawat harus memahami reaksi obat
2. Dosis yang diberikan untuk pasien
3. Melakukan verifikasi dan validasi sebelum diberikan kepada pasein
4. Pencekkan identitas pasien
5. Jenis obat
6. Cara pemberian
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  | 7. Waktu pemberian |
| Cardio Asp | 2 x 1 tablet | Untuk mencegah pembekuan darah pasca seranganjantung sertamengurangi rasa nyeri dan demam. | 1. hipersensitif pada kandungan dari Cardio Aspirin
2. riwayat asma bronkial
3. bronkospasme
4. [tukak lambung](https://www.klikdokter.com/penyakit/masalah-pencernaan/tukak-lambung) dan usus
5. riwayat pendarahan pada saluran cerna
6. gangguan pembekuan darah
7. hamil dan menyusu
 | 1. bronkospasme
2. mual
3. muntah
4. pendarahan saluran cerna
5. pendarahan lain seperti [mimisan](https://www.klikdokter.com/penyakit/masalah-tht/mimisan)
6. anemia
7. ruam dan biduran
8. tinnitus
 | 1. Perawat harus memahami reaksi obat
2. Dosis yang diberikan untuk pasien
3. Melakukan verifikasi dan validasi sebelum diberikan kepada pasein
4. Pencekkan identitas pasien
5. Jenis obat
6. Cara pemberian
7. Waktu pemberian
 |
| Car Q 100 | 2 x 1 capsul | Suplemen yang dapat digunakan untuk memelihara kesehatan jantungsekaligus kesehatan | 1. Hipersensitif terhadap salah satu kandungan dari Car- Q 100.
2. Wanita hamil dan
 | Efek samping yang dapat muncul selama penggunaan Car-Q 100, yaitu [mual](https://www.klikdokter.com/penyakit/masalah-kesehatan-umum/mual) dan muntah. | 1. Perawat harus memahami reaksi obat
2. Dosis yang diberikan untuk pasien
3. Melakukan verifikasi dan
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | tubuh. | menyusui |  | validasi sebelum diberikan kepada pasein1. Pencekkan identitas pasien
2. Jenis obat
3. Cara pemberian
4. Waktu pemberian
 |
| Rampipril | 1x ½tablet | Untuk Gagal jantung, hipertensi, pasca Infark miokard, mencegah kejadian kardiovaskular pada pasien berisiko tinggi. | 1. Alergi atau hipersensitif terhadap Ramipril atau obat ACE inhibitor lainnya
2. Riwayat angioedema (herediter, idiopatik atau angioedema karena penggunaan obat ACE inhibitor sebelumnya)
3. Penggunaan bersama
 | 1. [Angioedema](https://www.klikdokter.com/penyakit/masalah-alergi/angioedema) (pembengkak an di bawah kulit) pada wajah dan lidah; angioedema usus
2. Penyakit kuning kolestatik
3. Asthenia/kelelahan
4. Sakit kepala
5. Pusing
6. Sinkop (kehilangan kesadaran sementara)
7. [Hiperkalemia](https://www.klikdokter.com/penyakit/masalah-metabolik/hiperkalemia) (kadar

kalium dalam darah lebih | 1. Perawat harus memahami reaksi obat
2. Dosis yang diberikan untuk pasien
3. Melakukan verifikasi dan validasi sebelum diberikan kepada pasein
4. Pencekkan identitas pasien
5. Jenis obat
6. Cara pemberian
7. Waktu pemberian
 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | dengan aliskiren pada pasien diabetes atau gangguan ginjal4. Kehamilan dan laktasi | tinggi dari normal)1. Neutropenia/agranulositosi s (sumsum tulang gagal membentuk granulosit)
2. Leukopenia (jumlah leukosit darah kurang dari normal)
3. Trombositopenia (jumlah trombosit dalam darah kurang dari normal)
4. Meningkatkan kadar BUN dan kreatinin serum
5. Reaksi anafilaksis
 |  |

1. **ANALISA DATA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA | ETIOLOGI | MASALAH |
| DS: Istri pasien mengatakan pasien sudah mulai membaik, hanya saja mata sebelah kiri tidak mampu mengikuti instruksi yang diberikanDO :1. Keadaan umum pasien sakit sedang
2. CT. Scan Kepala:

Tampak Infark thalamus di Dextra dan Sinistra1. Hasil labolatorium :
	* Trigliserida : 240 mg/dl
	* Asam urat : 7,9 mg/dl
2. Tanda –tanda vital : TD : 150/ 90 mmHg P : 73 x/menit

R : 20 x/menitT : 36,1 ocSpo2 : 98 x/menit | Tekanan darah meningkat | Resiko perfusi serebral tidak efektif |
| DS : Istri pasien mengatakan tubuh sebelah kanan pasien mengalami kelemahan .DO :1. Tampak kaki sebelah kanan bergerak sendiri tidak bisa dikontrol
2. Kekuatan otot
 | Penurunan kekuatan otot | Gangguan mobilitas fisik |
| Kiri 5 4 Kanan5 5 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3. Tanda –tanda vital : TD : 150/ 90 mmHg P : 73 x/menitR : 20 x/menitT : 36,1 ocSpo2 : 98 x/menit |  |  |

1. **DIAGNOSA PRIORITAS**
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d tekanan darah meningkat
3. Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
4. **INTERVENSI, IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Hari/tgl | Diag. Kep | Tujuan | Intervensi | Implementasi | Evaluasi |
| Senin, 08 Juli 24 | Risiko perfusiserebral tidak efektif b.d tekanan darah meningkat | Setelah dilakukantindakan asuhan keperawatan 2 x 24 jam diharapkan Risiko perfusi serebral tidak efektif menurun dengan kriteria hasil :1. Tingkat

kesadaran meningkat1. Tekanan intra kranial menurun
2. Kecemasan menurun
3. Gelisah menurun
4. Demam menurun
5. Tekanan darah
 | Manajemen pengkatan TIKObservasi :1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Mis. Tekanan darah meningkat)
2. Monitor MAP

*(Mean Arterial Pressure)*1. Monitor status pernafasan

Terapeutik :* 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang
 | 1. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Mis. Tekanan darah meningkat)
2. Memonitor MAP *(Mean Arterial Pressure)*
3. Memonitor status pernafasan
4. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
5. Memberikan posisi

*semi fowler* | S: Istri pasienmengatatakan pasien sudah mulai membaik, hanya saja mata sebelah kiri ketika dibuka masih melihat bayangan.O:1. Pasien tampak berbaring dengan mata di pejamkan mata
2. Akral teraba hangat
3. Keadaan umum pasien sakit sedang
4. Tanda –tanda vital : TD : 150/ 90 mmHg

P : 73 x/menit |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | sistolik sedang1. Tekanan darah diastolik sedang
2. Refleks saraf meningkat
 | tenang1. Berikan posisi

*semi fowler*1. Pertahankan suhu tubuh normal
2. Hindari

pemberian cairan hipotonik (Mis. NaCl 0,09%)Kolaborasi :* 1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis,

jika perlu | 1. Mempertahankan suhu tubuh normal
2. Menghindari pemberian cairan hipotonik (Mis. NaCl 0,09%).
3. Mengkolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
 | R : 20 x/menit T : 36,1 ocSpo2 : 98 x/menitA : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan |

1. **CATATAN PERKEMBANGAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hari/tgl/jam | DiagnosaKeperawatan | SOAPIE | Paraf |
| Selasa, 09Juli 2408.00 wita | Risiko perfusi serebral tidak efektif b.dtidak terjadi tekanan darah meningkat | S: Istri pasien mengatatakan mata sebelah kiri tidak bisa mengikui intruksiO :1. Keadaan umum pasien sakit sedang
2. CT. Scan Kepala:

Tampak Infark di Dextra dan Sinistra1. Hasil labolatorium :
	* Trigliserida : 240 mg/dl
	* Asam urat : 7,9 mg/dl
2. Tanda –tanda vital : TD : 120/ 90 mmHg P : 99 x/menit

R : 19 x/menitT : 36,1 ocSpo2 : 98 x/menitA : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d tidak terjadi tekanan darah meningkatP : Intervensi dilanjutkan I :1. Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (Mis. Tekanan darah meningkat)
2. Memonitor MAP *(Mean*

*Arterial Pressure)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 1. Memonitor status pernafasan
2. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
3. Memberikan posisi *semi fowler*
4. Mempertahankan suhu tubuh normal

E : Istri pasien mengatakan mata sebelah kiri pasien masih belum bisamengikuti intruksi. |  |
| Selasa, 09Juli 2412.00 wita | Risiko perfusi serebral tidak efektif b.dtidak terjadi tekanan darah meningkat | S : Istri pasien mengatakan mata sebelah kiri tidak bisa mengikuti intruksi.O :1. Keadaan umum pasien sakit sedang
2. CT. Scan Kepala:

Tampak Infark di Dextra dan Sinistra1. Hasil labolatorium :
	* Trigliserida : 240 mg/dl
	* Asam urat : 7,9 mg/dl
2. Tanda –tanda vital : TD : 120/ 90 mmHg P : 72 x/menit

R : 20 x/menitT : 36 ocSpo2 : 98 x/menitA : Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d tidak terjadi tekanan |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | darah meningkatP : Intervensi dihentikan |  |





