

## **BAB III**

### **STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

Pengkajian awal dilakukan pada Sabtu, 06 November 2021 pukul 09.00 menggunakan format pengkajian kritis di kediaman klien.

##### **1. identitas pasien**

Nama: Tn.K

Tgl Lahir: 8 July 1978

Usia: 43 Tahun

Jenis Kelamin: Laki-Laki

Suku: Bugis

Pekerjaan: Wirausaha

Alamat: Jl. Marsdah ahsaleh

Tanggal Pengkajian: 6 november 2020

Sumber Informasi: Pasien & Keluarga

Diagnosa Medis: Stroke-Non Hemoragik

##### **2. riwayat penyakit**

###### **a. keluhan utama saat pengkajian**

klien mengatakan kaku pada tubuh sebelah kanan, sulit beraktivitas

###### **b. riwayat penyakit sekarang**

klien mengatakan pasien mengatakan jatuh saat di kamar mandi dan pingsan. keluarga pasien membawa pasien ke rumah sakit, ketika

bangun pasien mengalami kaku di bagian badan sebelah kanan. Dokter mendiagnosa pasien dengan stroke non hemoragik pada Januari, 23 2021.

**c. riwayat penyakit dahulu**

Kolesterol

**d. riwayat penyakit keluarga & genogram**

klien mengatakan tidak ada keluarga yang menderita stroke dan kolesterol. Klien merupakan anak kedua dari 5 bersaudara dan istri klien anak kedua dari 4 bersaudara, klien mengatakan mempunyai 4 anak.

**3. data khusus**

**a. primari survey**

- 1) Airway : jalan nafas bebas, sumbatan (-), benda asing
- 2) Breathing : RR : 22x/I, pola nafas teratur (+),
- 3) Circulation : TD: 135/70 mmHg, N: 97 x/I, nadi kuat (+), akral hangat(+), kulit pucat (-), CRT < 2 detik, edema (-)

**b. secondary survey**

**1) breathing**

RR: 22 x/mnt. Tidak terdapat suara tambahan, tidak ada pernafasan cuping hidung dada simetris.

**2) Brain**

Saat pengkajian kesadaran composmentis dengan GCS: E4 M6 V5.

Penglihatan klien dalam batas normal tanpa refleks cahaya ( +/+ ) dan respon pupil isokor (kanan/kiri) ukuran pupil (3mm/3mm).

**3) Blood**

TD: 135/70 mmHg, N: 87 x/mnt. Konjungtiva tidak anemis, tidak ada tanda-tanda sianosis CRT <2 dtk. Tidak ada distensi vena jugularis.

**4) Blader**

Saat pengkajian klien mengatakan BAK  $\pm$  7 kali sehari, klien mengatakan makan 3 kali sehari dan minum 2 botol setengah  $\pm$  1800 ml/hari.

**5) Bowel**

Selama evaluasi, klien mengalami dispepsia, tidak ada sekret oral, tidak ada lesi oral, mukosa bibir lembab, tidak ada kelainan gigi, tidak ada gusi bengkak, tidak ada pembesaran amandel, perut rata, tidak ada usus Bunyi x disebutkan x/menit perkusi gendang telinga tidak halus . Klien mengatakan buang air besar normal dan tidak ada wasir.

**6) Bone**

Tidak ada lecet, tip hangat, atau patah tulang saat evaluasi dilakukan.

#### 4. Pengkajian pola fungsional gordon

##### a. pola persepsi kesehatan

**Subyektif :** klien mengatakan, gambaran status kesehatan sebelum sakit baik, klien mengatakan sejak terkena stroke klien mengatakan kurang puas dengan status kesehatan nya sekarang karena tidak bisa leluasa bergerak atau ber aktivitas karena klien hanya bisa berjalan mandiri namun lamban, duduk dan baring saja di tempat tidur karena kaku pada tubuh sebelah kanan.

**Obyektif:** klien dapat berorientasi dengan baik, tau waktu dan tempat saat dilakukannya pengkajian. Sensori klien baik tidak ada kelainan, klien sadar saat dilakukan pengkajian dan klien dapat merespon saat diberi rangsangan. Memori klien baik tidak terdapat kelainan. Pengelihatn klien baik tidak terdapat kelainan, mata kanan dan kiri klien baik tidak ada kelainan, klien tidak menggunakan kacamata. Pendegaran klien baik tidak ada kelainan pada telinga kiri dan kanan tidak ada gangguan. Rasa, klien dapat merasakan pahit, manis dan asam. Saat diberikan reflek sentuhan klien dapat merasakan sentuhan tumpul yang berikan dan tubuh klien teraba hangat. Anggota tubuh klien dapat menerima rangsangan dan reflek bagus. ROM klien pada sebelah kanan tidak dapat berfungsi dengan baik .Tidak ada gangguan dalam pembau, klien dapat mencium aroma yang pengkaji berikan saat pengkajian dilakukan (Minyak kayu putih). Reflek menelan klien baik tidak ada

gangguan, tidak terdapat kemerahan dan pembengkakan pada tonsil klien. Rambut klien hitam, lurus terikat rapi, kuku klien rapi, tidak ada bau badan.

**b. pola nutrisi**

**Subyektif:** klien mengatakan tidak ada mengalami penurunan berat badan maupun kenaikan berat badan selama 6 bulan terakhir. Klien mengatakan selama sakit klien makan teratur 3x dalam sehari.

**Obyektif:** kulit klien teraba hangat, tidak ada lesi dan tidak ada ruam, turgor kulit kembali < 2 detik, warna pucat. Membran mukosa terlihat kering warna pink, gigi normal tidak ada kelainan, gusi normal tidak ada lesi, lidah normal tidak ada kelainan. Mata klien terlihat berair dan agak cekung, konjungtiva baik, sklera tidak ikterus dan tidak terdapat lesi pada mata. Tidak terdapat edema.

**c. pola eliminasi**

**Subyektif:** klien mengatakan mengejan saat BAB , klien mengatakan BAB 2 hari sekali, klien mengatakan tidak terjadi perubahan BAB pada minggu terakhir ini, klien mengatakan konsistensi feses lembek/lunak berwarna coklat tidak terdapat nyeri.

**Obyektif :** peristaltik usus 10x/menit, tidak ada nyeri tekan pada abdomen saat di lakukan palpasi, tidak terdapat massa dan distensi.

#### d. pola aktivitas-latihan

**Subyektif:** klien mengatakan selama dirumah klien mampu beraktivitas sehari-hari seperti biasa. Namun, selama terkena stroke aktivitas klien jadi terbatas, klien dapat berjalan mandiri namun lamban dan duduk.

**Obyektif:** tidak terdapat sianosis pada jari, kuku dan bibir klien, denyut nadi klien dapat teraba dengan mudah namu lemah. Ekstremitas klien teraba hangat, pengembalian kapiler normal berwarna pink, kuku normal sebaran rambut normal, letak jantung iktus cordis tidak terdapat suara tambahan dan tidak adanya irama tambahan pada jantung. Pernapasan 22x/mnt, klien mengatakan tidak ada batuk, pergerakan dada simetris tidak ada suara tambahan. Muskuloskeletal rentang gerak (ROM) mengalami kelemahan bagian kanan.

Table 3.1 status fungsional/aktivitas

Aktivitas	Elemen Penilaian	Skor
Makan	0 = Tidak efektif	10
	5 = Perlu bantuan seperti mengoleskan mentega, atau memerlukan bentuk diet khusus	
	10= Mandiri/ tanpa bantuan	
Mandi	0= Tergantung	5
	5= Mandiri	
Kerapian/ Penampilan	0= Perlu bantuan untuk menata penampilan diri	5
	5= Mandiri (dapat menyikat gigi, menggelap wajah, menata rambut, bercukur)	
Berpakaian	0 = Tergantung/ tidak mampu	0
	5= Mandiri (Mampu mengancingkan baju,menutup resleting)	
Buang Air besar	0= inkontinesia	10
	5= Sewaktu-waktu mengalami kesulitan	
	10= Mandiri	
Buang air kecil	0= Inkontinesia, harus dipasang kateter, tidak mampu mengontrol BAK secara mandiri	10
	5= Kadang mengalami kesehatan	

	10= Mandiri	
Penggunaan Kamar mandi/ Toilet	0= Tergantung	5
	5= Perlu dibantu tapi tidak tergantung penuh	
	10= Mandiri	
Berpindah tempat (dari tempat tidur ke tempat duduk atau sebaliknya)	0 = tidak mampu, mengalami gangguan keseimbangan	10
	5= memerlukan bantuan (perlu satu atau dua orang) untuk bisa duduk	
	10= Memerlukan sedikit bantuan (hanya diarahkan secara verbal)	
Mobilitas (berjalan pada permukaan yang rata)	15= Mandiri	0
	0 = tidak mampu atau berjalan kurang dari 50 meter	
	5 = hanya bisa bergerak dengan kursi roda, lebih dari 50 meter	
	10 = berjalan dengan bantuan lebih dari 50 meter	
	15 = Mandiri (meski menggunakan alat bantu)	
Menaiki/ menuruni tangga	0 = Tidak mampu	5
	5 = Memerlukan bantuan	
	10 = Mandiri	
	Total	60

#### Kriteria Hasil:

- 0 – 20 = Ketergantungan penuh
- 21 – 61 = Ketergantungan berat (sangat tergantung)
- 62 – 90 = Ketergantungan moderat
- 91 – 99 = Ketergantungan ringan
- 100 = Mandiri

#### e. polat tidur-istirahat

**Subyektif:** klien mengatakan selama dirumah pola tidur klien baik, klien tidur 7-8 jam. Klien mengatakan jarang tidur siang.

**Obyektif:** tidak ada pembengkakan pada palpebra, TTV: TD: 135/70 mmHg, N: 87x/mnt, RR: 22x/mnt, S: 36.1<sup>0</sup>

**f. pola persepsi-kognitif**

**Subyektif:** klien mengatakan tidak memiliki masalah pada pendengaran, pengelihatn, perabaan pengecapn dan penghidu, klien mengatakan tidak ada nyeri.

**Obyektif:** Sensori klien baik tidak ada kelainan, klien sadar saat dilakukan pengkajian dan klien dapat merespon saat diberi rangsangan. Memori klien baik tidak terdapat kelainan. Pengelihatn klien baik tidak terdapat kelainan, mata kanan dan kiri klien baik tidak ada kelainan, klien tidak menggunakan kacamata. Pendegaran klien baik tidak ada kelainan pada telinga kiri dan kanan tidak ada gangguan. Rasa, klien dapat merasakan pahit, manis dan asam

**g. pola persepsi diri**

**Subyektif:** klien mengatakan bahwa dia bersyukur pada dirinya sendiri

**Obyektif:** pada saat pengkajian dilakukan klien terlihat tenang dan kondusif, tidak ada perubahan dalam volume suara saat berbicara.

**h. pola peran-hubungan**

**Subyektif:** klien mengatakan tinggal bersama istri nya. Pada situasi sekarang klien mengatakan merasa kurang nyaman karena tidak dapat beraktivitas seperti biasanya.



**i. pola koping**

**Subjektif:** klien mengatakan tidak pernah mengalami kejadian yang penuh dengan stress atau trauma, klien mengatakan tidak mengalami stress atau trauma terhadap tindakan perawatan yang pernah dilakukan.

**Obyektif:** tidak terdapat tanda-tanda jelas tentang stress pada klien.

**j. pola nilai-keyakinan**

**Subjektif :** klien mengatakan beragam islam, klien mengatakan tidak ada gangguan atau pembatasan dalam melakukan ibadah.

**Obyektif :** tidak terdapat tanda-tanda gangguan alam perasaan pada klien.

**1. pemeriksaan fisik**

**a) keadaan umum:**

- i. TTV :** TD: 135/70 mmHg, N: 87X/mnt, S: 36,1 °C, RR: 22 x/mnt
- ii. Kesadaran:** Composmentis, GCS: E4 M6 V5.
- iii. Kepala:** tidak ada benjolan dan lesi pada daerah kepala.
- iv. Mata:** Konjungtiva tidak anemis, tidak ada pembengkakan palpebra, sclera sedikit kekuningan, tidak ada kelainan pada reflek pupil.
- v. Telinga:** tidak ada serumen berlebih
- vi. Hidung:** tidak ada sekret

- vii. Mulut:** tidak terdapat stomatitis pada lidah klien, mukosa bibir klien kering, tidak terdapat kelainan pada gigi klien dan tidak terdapat lesi dan pembengkakan pada gusi klien.
- viii. Leher:** tidak terdapat kelenjar tiroid
- ix. Dada**
- Paru-paru: bentuk dada normal, simetris dan tidak ada otot nafas tambahan. Tidak ada benjolan atau massa. Perkusi sonor, tidak terdapat ronkhi.
  - Jantung: terdapat ictus cordis, ictus cordis teraba, suara redup suara jantung lub, dub irama cepat
  - Abdomen: tidak ada luka dan massa, bising usus 10 x/mnt tidak terdapat benjolan dan tidak ada asites, suara timpani.
- x. Kulit turgor:** turgor kembali dalam 2 detik
- xi. Genetalian:** klien mengatakan tidak memiliki kelainan pada genetalia, tidak ada pembengkakan pada kelenjar prostat.
- xii. Extermitas:**
- Ekstermitas atas: lengan kanan lambat dan lengan kiri bisa bergerak bebas. Kekuatan otot kanan 3 dan kiri 5. Kuku pada jari tangan terlihat bersih.
- Ekstremitas bawah: tungkai kanan lemah, tungkai kiri tidak ada, tungkai utuh, tidak bengkak, kekuatan otot tungkai kiri dan kanan 5. Kuku kaki tampak bersih.

- Lengan kanan : 3
- Lengan kiri : 5
- Tungkai kanan : 4
- Tungkai kiri : 5

Nilai	Kekuatan otot
0	Tidak didapatkan sedikitpun kontraksi otot; lumpuh total.
1	Terlihat kontraksi tetap; tidak ada Gerakan pada sendi.
2	Ada Gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi.
3	Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa.
4	Bisa bergerak melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatan berkurang.
5	Dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan maksimal.

Sumber: Doenges, Marilyn E., Mary F. M, Alice, C. M. (2014).

## 2. Pemeriksaan 12 syaraf

- a) Saraf Ke-I: pada penderita stroke tidak terdapat keanehan pada fungsi penciuman.
- b) Saraf Ke-II. Gangguan pengelihatian diakibatkan adanya gangguan pada jalur sensorik primer antara mata dan korteks visual. Gangguan juga terjadi pada visual-spasial yaitu hubungan antara dua atau lebih objek dalam suatu area spasial hal sering terjadi pada subjek dengan kelemahan pada bagian kiri.
- c) Saraf Ke-III, IV, dan VI. Pada pengidap Stroke dapat menyebabkan kelumpuhan tubuh. Di satu sisi otot mata, kemampuan gerakan terkonjugasi hemi berkurang di sisi yang terkena.
- d) Saraf Ke-V. Dalam beberapa situasi, kecelakaan serebrovaskular dapat menyebabkan kelumpuhan saraf trigeminal, penurunan koordinasi

gerakan mengunyah, pergeseran sisi mandibula, dan kelumpuhan unilateral pterigium internal dan eksternal.

- e) Saraf Ke-VII. Sensasi perasa dalam batas normal, wajah tidak simetris, dan otot wajah tertarik ke sisi yang sehat.
- f) Saraf Ke-VIII. Tidak ada gangguan pendengaran konduktif dan gangguan pendengaran sensorineural yang diamat.
- g) Saraf Ke-IX dan X. Kemampuan menelan yang buruk dan kesulitan membuka mulut.
- h) Saraf Ke-XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- i) Saraf Ke-XII. Lidah simetris, menyimpang ke satu sisi dan melengkung, sensasi rasa masih normal.

### 3. Penilaian resiko jatuh

Faktor Resiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Jatuh yang baru atau dalam 3 bulan	Ya	25	25
Dx sekunder lebihdari 1 diagnosa	Ya	15	15
Menggunakan alatbantu	Tidak	0	0
Menggunaka nIv/Cateter	Tidak	0	0
Kemampuan berjalan	Lemah	10	10
Status mental	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	0
Total skor			50

Keterangan Skala :

>45 : Tinggi      0-24 :Rendah

25-44 : Sedang

## B. Analisa data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kekakuan pada bagian tubuh sebelah kanan</li> <li>- Klien mengatakan pernah jatuh dan pingsan di kamar mandi</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien terlihat lemas</li> <li>- tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan</li> <li>- TTV: TD: 135/70 mmHg</li> <li>N: 87x/mnt, RR: 22x/mnt</li> <li>S: 36.1<sup>0</sup></li> </ul>	Aneurisma Serebri	Resiko perfusi serebral tidak efektif
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan sebelah kanan</li> <li>- klien mengatakan hanya mampu berjalan kurang dari 50 meter</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- skor pola fungsional dan aktivitas 60 ( ketergantungan berat)</li> <li>- nilai kekuatan otot lengan kanan: 3, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5</li> </ul>	Gangguan muskuloskeletal	Gangguan mobilitas fisik
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien merasa gelisah karena kekakuan dan kelemahan yang alami</li> <li>- Klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi</li> </ul> <p>DO :</p>	Kekuatan otot menurun	Resiko jatuh

	<ul style="list-style-type: none"><li>- klien terlihat sering berlatih berjalan.</li><li>- skor resiko jatuh 50 (tinggi)</li><li>- kekuatan otot lengan kanan: 3, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5</li></ul>		
--	--	--	--

### **C. diagnosa keperawatan**

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Aneurisma Serebri
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal
3. Resiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun.

### D. intervensi keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Aneurisma Serebri	SLKI: - Perfusi Serebral L.02014 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam Perfusi serebral menurun dengan kriteria hasil: - Gelisah sedang (3) menurun menjadi (5) - kecemasan sedang (3) menurun menjadi (5) - Nilai rata-rata TD sedang (3) membaik menjadi (5)	SIKI : Manajemen peningkatan tekanan intrakranial I.09325 1.1 Monitor TD 1.2 monitor status pernapasan 1.3 minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 1.4 pertahankan suhu tubuh pada batas normal
2	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	SLKI : Mobilitas fisik L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam mobilitas fisiki membaik dengan kriteria hasil: - pergerakan ekstermitas sedang (3) meningkat menjadi (5) - kekuatan oto sedang (3) meningkat menjadi (5) -ROM sedang (3) meningkat menjadi (5)	SIKI : Dukungan Mobilisasi I.09265 2.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.2 identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2.3 fasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2.4 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2.5 anjurkan mobilisasi sederhana 2.6 terapi inovasi MT
3	Reiko jatuh berhubungan dengan kekuatan otot menurun	SLKI : Tingkat Jatuh L.14138 Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil: - jatuh dari tempat tidur sedang (3) menurun menjadi (1) - jatuh saat duduk sedang (3) menurun menjadi (1) - jatuh saat di pindahkan sedang (3) menurun menjadi (1)	SIKI : Pencegahan Jatuh I.14540 3.1 identifikasi faktor resiko jatuh 3.2 hitung resiko jatuh 3.3 atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 3.4 anjurkan menggunakan alas kaki tidak licin

### **E. intervensi inovasi**

Intervensi inovasi yang dilakukan adalah *Mirror Therapy* terhadap peningkatan fungsi motorik tangan pada klien post-stroke. MT dilakukan 2 kali dalam sehari dengan durasi 5-10 menit dilakukan selama tiga hari. Sesuai dengan penerapan prosedur sebelum dan sesudah dilakukannya intervensi selama tiga hari 06, 07, 08 november 2021 pada pukul 11.00 WITA untuk melihat keefektifan terapi yang telah dilakukan.

Tindakan keperawatan yang dilakukan diawali dengan mengatur posisi klien senyaman mungkin setelah itu dilakukan *mirror therapy* untuk melatih pergerakan ekstermitas atas klien selama  $\pm 10$  menit, lalu istirahat 20-30 menit. Didapatkan hasil bahwa pada hari pertama klien tidak mampu untuk menggerakkan tangan dan jari di hari ketiga setelah dilakukan intervensi klien mampu menggerakkan tangan serta jari yang awalnya mengalami kelemahan. Lalu pada skor pola fungsional yang awalnya 60 (ketergantungan berat) dan di hari ketiga memiliki skor 75 (ketergantungan moderet). Dan pada kekuatan otot yang awalnya pada lengan kanan dengan skor 3, lengan kanan 5, tungkai kanan 4 dan tungkai kiri 5 pada hari ketiga didapatkan hasil pada lengan kanan 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4 dan tungkai kiri 5.



Tabel 3.2 Latihan Inovasi Terapi *Mirror* untuk meningkatkan fungsimotorik tangan

Hari Penerapan	Jam	Fungsi lengan Sebelum latihan	Fungsi lengan Setelah latihan
Hari-1 (Sabtu, 06 november 2021)	11.00	0	0
Hari-2 (minggu, 07 november, 2021)	11.20	4	3
Hari-3 (senin, 08 novemb\er, 2021)	11.00	3	2

Sumber: Camila Biering Lundquist & Thomas Maribo 2016

Indikator: 1 = Baik

2 = lebih baik

3 = sedikit lebih baik

4 = tidak berubah

#### F. implementasi keperawatan

No	Hari /tgl /jam	Diagnosa Kep	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
1.	sabtu/ 06-11- 21 10.30	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial I.09325 1.1 Memonitor TD 1.2 Memonitor status permapasan 1.3 Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	S : - klien mengatakan kekakuan dan kelemahan tubuh sebelah kanan  O : -klien terlihat lemah - tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan - TD: 135/70 mmHg N: 87x/mnt, RR: 22x/mnt S: 36.1 <sup>0</sup>	
2	11.00	Gangguan mobilitas fisik	Dukungan Mobilisasi I.09265 2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.2 Mengidentifikasi	S : - klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan sebelah kanan -, klien mengatakan	

			<p>toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>2.3 Memfasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i></p> <p>2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>2.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana</p> <p>2.6 Memberikan terapi inovasi</p>	<p>tidak ada nyeri</p> <p>O : - skor pola fungsional dan aktivitas 60 ( ketergantungan berat)</p> <p>- klien hanya mampu berjalan kurang dari 50 meter</p> <p>- kekuatan otot lengan kanan: 3, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5</p> <p>- klien kesulitan untuk menggerakkan jari-jarinya namun masih dapat digerakan dan lengan kanan dapat melawan gravitasi tapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa pemeriksa tetapi kekuatan berkurang</p>
3	11.30	Resiko jatuh	<p>Pencegahan Jatuh I.14540</p> <p>3.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh</p> <p>3.2 menghitung resiko jatuh</p> <p>3.3 mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>	<p>S : - klien merasa gelisah karena kekakuan dan kelemahan yang alami</p> <p>- klien mengatakan pernah jatuh di kamar mandi</p> <p>O : - klien terlihat sering berlatih berjalan sendiri</p> <p>- skor resiko jatuh 50 (tinggi)</p> <p>- kekuatan otot lengan kanan: 3, lengan kiri 5, kaki kanan 4, kaki kiri 5</p>
1	minggu/ 07-11- 21 10.30	Resiko perfusi serebral tidak efektif	<p>Manajemen peningkatan tekanan intrakranial I.09325</p> <p>1.1 Memonitor TD</p> <p>1.2 Memonitor status</p>	<p>S : - klien mengatakan kekakuan dan kelemahan tubuh sebelah kanan</p> <p>O : -klien terlihat lemah</p>

2	11.00	Gangguan mobolitas fisik	<p>permapasan 1.3 Meminimalkan stimulus dengan meyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Dukungan Mobilisasi I.09265 2.3 Memfasilitasi dalam melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pasien 2.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana 2.6 Memberikan terapi inovasi</p>	<p>- tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan - TD : 134/70 N: 85x/mnt, RR: 22x/mnt, S: 36,0<sup>0</sup></p> <p>S : - klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan sebelah kanan</p> <p>O : - skor pola fungsional dan aktivitas 75 ( ketergantungan moderat) -, klien mampu berjalan mandiri yang awalnya hanya mampu berjalan kurang dari 50 meter - kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5 - klien mulai bisa menggerakkan jari-jari dan lengan kanan dapat menahan tahanan pemeriksa tetapi kekuatan berkurang</p>
3	11.30	Resiko jatuh	<p>Pencegahan Jatuh I.14540 3.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh 3.2 menghitung resiko jatuh 3.3 mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>	<p>S : - klien merasa gelisah karena kekakuan dan kelemahan yang alami O : - klien terlihat sering berlatih berjalan sendiri -skor resiko jatuh masih 50 (tinggi) tidak ada perubahan yang signifikan - kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5</p>

1	senin/0 8-11-21 10.30	Resiko perfusi serebral tidak efektif	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial I.09325 1.1 Memonitor TD 1.2 Memonitor status permapasan 1.3 Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	S : - klien mengatakan kekakuan dan kelemahan tubuh sebelah kanan O : -klien terlihat lemah - tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan - TD : 130/80 N: 88x/mnt, RR: 23x/mnt, S: 36,2 <sup>0</sup>
2	11.00	Gangguan mobilitas fisik	Dukungan Mobilisasi I.09265 2.3 Memfasilitasi saat melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pasien 2.5 Mengajarkan mobilisasi sederhana 2.6 Memberikan terapi inovasi	S : - klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan sebelah kanan  O : - skor pola fungsional dan aktivitas 75 ( ketergantungan moderet) - kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5 - klien mulai bisa menggerakkan jari-jari dan lengan kanan dapat menahan tahanan pemeriksa tetapi kekuatan berkurang
3	11.30	Resiko jatuh	Pencegahan Jatuh I.14540 3.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh 3.2 menghitung resiko jatuh 3.3 mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah	S : - klien merasa gelisah karena kekakuan dan kelemahan yang alami O : - klien terlihat sering berlatih berjalan sendiri -skor resiko jatuh masih 50 (tinggi) tidak ada

				perubahan yang signifikan - kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5	
--	--	--	--	--	--

### G. implementasi inovasi

Tgl/ jam	No Dx	Tindakan	Evaluasi Proses	Paraf
<b>Hari Ke 1 06/11/21 11.00</b>	<b>1</b>	<b>Mirror therapy</b>  Dukungan Mobilisasi I.09265 2.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2.2 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2.3 Memfasilitasi melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 2.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana 2.6 Memberikan terapi inovasi	S : - klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan sebelah kanan -, klien mengatakan tidak ada nyeri  O : - skor pola fungsional dan aktivitas 60 ( ketergantungan berat) -, klien hanya mampu berjalan kurang dari 50 meter - kekuatan otot lengan kanan: 3, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5 - klien kesulitan untuk menggerakkan jari-jarinya namun masih dapat digerakan dan lengan kanan dapat melawan gravitasi tapi tidak dapat menahan tahanan pemeriksa pemeriksa tetapi kekuatan berkurang	
<b>Hari Ke 2</b>	<b>2</b>	Dukungan Mobilisasi I.09265 2.3 Memfasilitasi saat	S : - klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan	

<p><b>07/11/21 11.20</b></p>		<p>melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pada pasien 2.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana 2.6 Memberikan terapi inovasi</p>	<p>sebelah kanan  O : - skor pola fungsional dan aktivitas 75 ( ketergantungan moderat) -, klien mampu berjalan mandiri yang awalnya hanya mampu berjalan kurang dari 50 meter - kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5 - klien mulai bisa menggerakkan jari-jari dan lengan kanan dapat menahan tahanan pemeriksa tetapi kekuatan berkurang</p>	
<p><b>Hari Ke 3 08/11/21 11.00</b></p>	<p><b>3</b></p>	<p>Dukungan Mobilisasi I.09265 2.3 Memfasilitasi saat melakukan pergerakan, <i>jika perlu</i> 2.4 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan pada pasien 2.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana 2.6 Memberikan terapi inovasi</p>	<p>S : - klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan sebelah kanan O : - skor pola fungsional dan aktivitas 75 ( ketergantungan moderet) - kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5 - klien mulai bisa menggerakkan jari-jari dan lengan kanan dapat menahan tahanan pemeriksa tetapi kekuatan berkurang</p>	

## H. Evaluasi

NO	Hari/tgl/jam	Diagnosa Kep	Evaluasi	paraf
1	Senin 08-11-21 12.00	Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko berhubungan dengan Aneurisma Serebri	<p>S : - klien mengatakan kekakuan dan kelemahan tubuh sebelah kanan</p> <p>O : -klien terlihat lemah</p> <p>- tidak dapat menggerakkan tubuh sebelah kanan</p> <p>- TD : 130/80 N: 88x/mnt, RR: 23x/mnt, S: 36,2<sup>0</sup></p> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p>	
2	12.30	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal	<p>S : - klien mengatakan sulit beraktivitas karena kekakuan dan kelemahan sebelah kanan</p> <p>O : - skor pola fungsional dan aktivitas 75 ( ketergantungan moderat)</p> <p>-, klien mampu berjalan mandiri yang awalnya hanya mampu berjalan kurang dari 50 meter</p> <p>- kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5</p> <p>- klien mulai bisa menggerakkan jari-jari dan lengan kanan dapat menahan tahanan pemeriksa tetapi kekuatan berkurang</p> <p>A: masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 2.5 &amp; 2.6</p> <p>S : - klien merasa gelisah karena kekakuan dan kelemahan yang alami</p>	
3	13.00	Resiko Jatuh	<p>O : - klien terlihat sering berlatih berjalan sendiri</p>	

			<p>-skor resiko jatuh masih 50 (tinggi) tidak ada perubahan yang signifikan</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- kekuatan otot lengan kanan: 4, lengan kiri 5, tungkai kanan 4, tungkai kiri 5</li></ul> <p>A : masalah keperawatan resiko jatuh belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p>	
--	--	--	---	--