

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

#### **A. Identitas Pasien**

Pasien atas nama ibu A, Usia 69 tahun ibu A lahir pada tanggal 1 Januari 1953 dirawat di RSUD A.M. Parikesit Tenggarong dengan nomor RM 071900\*\*, Pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 pada puku 14.30 Wita, berat badan ibu A 59 kg dan tinggi badan ibu A 154 cm, Ibu A beragama islam, status ibu A sudah menikah, ibu A tinggal di jalan S.parman, ibu A adalah seorang tamatan SLTP, Pekerjaan ibu A adalah sebagai ibu rumah tangga, dan untuk diagnosa medis ibu A adalah *Stroke Non Hemoragik* + Riwayat Diabetes Militus + Hipertensi

#### **B. Keluhan Utama**

##### **1. Saat MRS (11/12/2022)**

Anak klien menceritakan pasien awalnya sudah mengeluhkan pusing saat di dapur, dan saat mencoba berjalan ke ruang tamu pasien tiba-tiba saja terjatuh dan kehilangan kesadaran.

##### **2. Saat pengkajian (12/12/2022)**

Klien terlihat sulit menggerakkan ekstremitas atas dan ekstremitas bawah nya. Pasien mengatakan iya saat ditanya apakah tangan dan kaki nya sulit digerakan atau tidak, Pasien mengatakan iya saat ditanya pusing atau tidak, bicara klien kadang kurang jelas karena bibir pelo namun masih dapat dipahami terkadang saat mencoba bicara klien tidak ada suara nya, klien memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan darah 150/90 mmhg, MAP pasien 110 Mmhg. CRT: <3 detik.

### **3. Alasan dirawat di ruang intermediate**

keadaannya. Awalnya pasien masuk di ruang IGD pada malam hari jam 19.00 tanggal 11 desember, dengan kondisi kesadaran yang menurun dan juga saat di igd sempat menggigil dan juga tekanan darah pasien sempat cukup tinggi 170/100, dan saat tanggal 12 desember karena kondisi tersebut pasien di pindahkan ke ruang intermediate untuk di observasi keadaannya.

## **C. Primary Survey**

### **1. Airway**

Pasien tidak ada keluhan dan juga tidak ada tanda-tanda pasien mengalami sesak napas, tidak terlihat sumbatan pada jalan napas berupa sekret dan darah, RR pasien 20x/menit, dan SpO<sub>2</sub> pasien normal : 96%

### **2. Breathing**

Pasien menggelengkan kepala saat ditanya sesak atau tidak, tidak ada keluhan sesak saat pengkajian, Pola napas pasien normal, pasien bernapas tanpa bantuan otot bantu napas serta tidak ada pernapasan cuping hidung, (RR 20X/menit, SpO<sub>2</sub>: 96%). Suara napas pasien vesikuler, tidak ada bunyi napas tambahan berupa wheezing dan ronchi

### **3. Circulation**

Tekanan darah pasien 150/90 MmHg, MAP: 110 MmHg. CRT: <3 detik. Nadi teraba kuat dengan frekuensi reguler, teraba ictus cordis di ICS 5, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan.

#### **4. Fluid**

Pasien terpasang cairan infus di tangan kanan semenjak tanggal 11/12/2022, dengan cairan 16 tpm dan mendapat obat sesuai dengan anjuran dokter. dan pasien meminum amlhodipine 10 mg sesuai dengan anjuran yang diresepkan dokter. Pasien terpasang NGT dengan diit susu rendah garam sebanyak 200 cc dengan 4x pemberian

#### **D. Secondary Survey**

##### **1. Brain (Pensyarafan)**

Saat pengkajian pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, pasien tidak ada riwayat kejang. Kesadaran pasien Compos Mentis (E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub>), pupil mata pasien isokor, pasien tidak ada tremor, indra penginderaan, pengecap dan penciuman pasien normal

##### **2. Breating (Pernapasan)**

Pada saat pengkajian pasien tampak tidak ada keluhan sesak napas, napas pasien teratur (20x/menit), Spo<sub>2</sub>: 96%, pasien tidak terlihat sedang cemas, tidak terlihat otot bantu napas, dan suara napas pasien vesikuler.

##### **3. Blood (Kardiovaskuler)**

Pada saat pengkajian CRT pasien kembali < 3 detik, tekanan darah pasien : 150/90 MmHg, MAP pasien: 110 MmHg, pasien memiliki riwayat penyakit Hipertensi nadi pasien 77x/menit, bunyi jantung pasien reguler, akral teraba hangat, konjungtive tidak anemis serta sklera tidak ikterik.

#### 4. Bladder (Perkemihan)

Pada saat pengkajian pasien menggunakan pampers dan terpasang kateter tidak ada keluhan saat berkemih dan urin berwarna kuning, jumlah, volume cairan selama 8 jam input cairan 310cc, dan output urin: 275cc, balance cairan +35cc.

#### 5. Bowel (Usus)

Pasien terpasang NGT dari tanggal 11/12/2022, pasien terpasang pampers, Pasien baru 1x BAB saat di rumah sakit dengan konstipasi encer Bising usus pasien normal 8x/menit, klien mendapat diet susu dari rumah sakit makanan rendah garam 200cc dengan pemberian 4x/hari.

#### 6. Bone (Muskuloskeletal)

Rom pasif, pasien mengalami kelemahan saat mencoba menggerakkan tangan dan kaki kanan dan kirinya ,tidak ada luka pada kaki dan tangan pasien Mobilisasi pasien dibantu oleh perawat karena pasien mengalami kelemahan ekstremitas. Tidak terdapat cedera pada ekstremitas pasien. Kekuatan otot pasien:

1	3
1	3

### E. Pengkajian Pola Fungsi

#### 1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien terlihat mengerti dengan keadaan atau penyakit yang dialami oleh pasien berupa Stroke non hemoragik, Pasien terlihat mengeluh sulit untuk menggerakkan ekstremitas dan juga sulit untuk berbicara (dapat berbicara namun terkadang terstop saat berbicara seperti kesulitan), Anak

pasien mengatakan pasien memiliki menderita penyakit diabetes militus dan juga hipertensi yang juga diderita oleh nenek nya dahulu, Pasien mengatakan “iya” ingin di beri edukasi seputar penyakit stroke non hemoragik karena ingin lebih memahami tentang bagaimana cara menangani penyakit tersebut, Keluarga pasien mengatakan jika sakitnya belum begitu parah bisa ditangani dirumah px bisa merawatnya sendiri dengan anaknya, Anak pasien mengatakan hanya berolahraga pada pagi hari yaitu jalan pagi saja, dan sang ibu terkadang hanya membersihkan lingkungan rumah, Pasien dan anak tampak bingung dengan terapi apa yang dapat menjadi solusi selain mengkonsumsi obat yang di resepkan dari dokter.

Berikut penilaian skala NIHSS/ *National Institute Health Stroke Scale* terkait dengan indikator penilaian gangguan neurologis, yaitu:

**tabel 3 1 Skala NIHSS**

No	Parameter Yang Dinilai	Skala	Skor
1a.	Tingkat Kesadaran	0 = Sadar penuh 1 = Samnolen 2 = Stupor 3 = Koma	0
1b.	Menjawab pertanyaan (tanyakan bulan dan usia pasien)	0 = Benar semua 1 = 1 Benar/ETT/Disatria 2 = Salah semua/Afasia/Stupor/coma/Ggn Pemahaman	2
1c.	Mengikuti perintah (Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain)	0 = Mampu melakukan 2 perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan	1
2.	Gaze (Melihat gerakan jari telunjuk)	0 = Normal 1 = Abnormal pada 1 mata 2 = Deviasi konyugat kuat/paresis konyugat pada 2 mata (diam)	0
3.	Visual (Lakukan dengan mata ditutup sebelah,	0 = Normal 1 = Kuadrianopsis 2 = Hemianopia total	0

	menghitung jari pemeriksa 1,2,5)	3 = Hemianopia bilateral/butakortikal	
4.	Paresis Wajah (Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan menutup mata). Nb. Coma lakukan dengan rangsang nyeri	0 = Normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum simetris) 2 = Paresis wajah partial (Paresis wajah bawah total atau hampir total) 3 = Paresis wajah total (Paresis wajah sesisi atau 2 sisi)	0
5.	Motorik lengan (Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 45 bila tidur berbaring atau 90 bila posisi duduk)	0 = Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 = Lengan terjatuh sebelum 10 detik 2 = Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 atau 45 3 = Tidak mampu mengangkat hanya bergeser 4 = Tidak ada gerakan	Kiri :3 Kanan : 1
6.	Motorik Tungkai (Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30)	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ketempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 = Tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 3 = Tidak mampu melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan	Kiri: 3 Kanan: 0
7.	Ataksia Anggota Badan (Menggunakan tes tunjuk jari dengan jari telunjuk ke hidung)	0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstremitas 2 = Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	0
8.	Sensori (Lakukan tes tajam-tumpul pada seluruh tubuh dari wajah, lengan, badan, hingga tungkai) Pasien afasia diberi nilai 1 Pasien stupor atau coma diberi nilai 2	0 = Normal 1 = Gangguan sensori ringan hingga sedang. (Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh) 2 = Gangguan sensori berat atau total	1
9.	Kemampuan Berbahasa (Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar)	0 = Normal 1 = Afasia ringan hingga sedang (Ada bolong-bolong jawabanya) 2 = Afasia berat (Tidak ada respon) 3 = Mutediam, Afasia global, coma	1
10.	Disartria (Baca tulisan)	0 = Normal / artikulasi baik 1 = Disartria ringan 2 = Disartria berat	1
11.	(Pengabaian)	0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut : Visual, Taotile, Auditory 2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas	0
Total Nilai			13

Keterangan:

Skor < 5 : Defisit Neurologis Ringan

Skor 6-14 : Defisit Neurologis Sedang/Cukup Berat

Skor 15-24 : Defisit Neurologis Berat

Skor > 25 : Defisit Neurologis Sangat Berat

## 2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mendapat diet dan makan melalui NGT, pasien terpasang NGT. pasien mengangguk saat ditanya apakah mendapat diit dari rumah sakit atau tidak, pasien mendapat diit susu, dan diet rendah garam, pasien tidak ada nyeri ulu hati

## 3. Pola Eliminasi

Pasien BAB sehari 1 kali dengan konsistensi lunak dan warna kuning kecoklatan, untuk BAK menggunakan selang kateter.

## 4. Pola Aktivitas dan Latihan

untuk aktivitas perlu dibantu oleh perawat karena tidak dapat berjalan. Dari hasil penilaian skala *Indeks Barthel* berikut pasien adalah ketergantungan berat terhadap orang lain, indikator yang dinilai sebagai berikut:

**Tabel 3 2 Pengkajian Skala *Barthel Indeks***

<i>Activity Daily Living (ADL)</i>	0	1	2	3
Makan ( <i>Feeding</i> ) Keterangan skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri		√		
Mandi ( <i>Bathing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain	√			

1 = Mandiri				
Perawatan diri ( <i>Grooming</i> ) Keterangan Skor: 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur	√			
Berpakaian ( <i>Dressing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (mengancing baju) 2 = Mandiri		√		
Buang air kecil ( <i>Bladder</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)	√			
Buang air besar ( <i>Bowel</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)		√		
Transfer Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri			√	
Moobilisasi Keterangan Skor: 0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)	√			
Naik Turun Tangga Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri	√			
Total			5	

Keterangan:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan ringan

9-11 : Ketergantungan sedang

5-8 : Ketergantungan berat

0-4 : Ketergantungan total

5. Pola Tidur dan Istirahat

Pasien tidak ada kesulitan tidur siang atau malam. Pasien tidur siang ba'da dzuhur hingga adzan sholat ashar lalu tidur malam jam 21:00 WITA dan jam 05:00 WITA.

6. Pola Kognitif dan Perseptual

Pasien tidak mampu berkomunikasi secara jelas dengan perawat , suara yang dikeluarkan pasien tidak jelas, terkadang pasien hanya mengangguk atau menggelengkan kepala, pasien hanya mengatakan iya atau tidak, dan terkadang pasien kurang dapat menyusun kalimat dengan baik dan benar. Pasien tidak memiliki gangguan penglihatan dan pendengaran.

7. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

- a) Citra diri : Pasien tidak puas dengan kesehatan saat ini, dan mengangguk saat ditanya ingin sembuh
- b) Identitas diri : Pasien merupakan seorang wanita dan seorang ibu dari 2 orang anak
- c) Ideal diri : Pasien mengalami masalah gerak pada anggota gerak atas dan bawah
- d) Harga diri : tidak dapat dikaji

8. Pola Peran dan Hubungan

Pasien berperan sebagai ibu dari 2 orang. Pasien tinggal Bersama kedua anaknya. Hubungan antara keluarga dibina dengan baik.

9. Pola Seksualitas dan Reproduksi

Pasien sudah pernah menikah dan memiliki dua orang anak

semuanya laki-laki.

#### 10. Pola Koping dan Ketahanan Stress

pasien mengatakan iya jika ada masalah mereka menyelesaikan masalah secara bersama-sama. dan saat jam besuk kembali ditanyakan pertanyaan yang sama kepada anaknya dan jawabannya pun sama

#### 11. Pola Nilai dan Keyakinan

Saat ditanya apakah pasien beragama islam pasien mengangguk dan menjawab iya

### **F. Pengkajian Fisik**

1. Keadaan umum : lemah
2. Kepala : Bentuk normal (mesocephal), tidak ada massa, tidak ada trauma kranial, tidak ada luka, rambut berwarna hitam dan beruban, rambut ikal, penyebaran rambut merata.
3. Mata : Mata pasien simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva mata tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, pupil mata isokor, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mengatakan tidak ada gangguan penglihatan
4. Telinga : Telinga pasien antara kanan dan kiri simetris, telinga bersih tidak terdapat serumen, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar, dan pasien tidak ada gangguan pendengaran.
5. Hidung : Pada hidung pasien tidak ada polip.

6. Mulut : bibir pasien pelo, bibir tidak simetris, mulut pasien bersih, mukosa bibir kering, lidah pasien berwarna merah, tidak ada sariawan, dan tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada karies dan kalkulus pada gigi
7. Leher : Tidak ada nyeri tekan pada leher pasien dan pembesaran kelenjar tiroid tidak ada.
8. Jantung : pada dada tidak nampak pulsasi ictus cordis dan tidak terdapat bendungan vena pada dinding dada, ictus cordis teraba di midklavikula sinistra pada ICS IV dan V, bunyi jantung saat di perkusi pekak, bunyi jantung 1 dan 2 reguler tidak ada bunyi jantung tambahan
9. Paru-paru : Bentuk dada antara kanan dan kiri simetris, tidak ada memar atau luka pada dada, tidak ada otot bantu pernapasan, Taktil remitus tidak tertinggal, tidak ada nyeri tekan pada dada, dan tidak ada retraksi pada dinding dada, Bunyi ketukan pada paru terdengar sonor, Suara paru vesikuler.
10. Abdomen : Pada perut pasien tidak ada asites, umbilikus pasien bersih, terdapat guratan/ striae, tidak terdapat tanda trauma, tidak ada tanda ikterik, dan tidak ada distensi pada abdomen, Bising usus 8 kali/menit, Bunyi abdomen tympani, Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba massa, dan abdomen terasa hangat
11. Genetalia : Tidak terdapat hemoroid, area genetalia bersih, pasien tidak terpasang kateter, warna urine kuning jernih, dan tidak terdapat luka pada area genetalia.
12. Integumen : Turgor kulit pasien baik (kembali dalam 3 detik),

tidak ada luka pada tubuh pasien, tidak ada edema, tidak ada ikterik, dan persebaran warna kulit merata. Hasil dari pengkajian integument didapatkan bahwa, suhu kulit sedikit panas, dan tampak sedikit kemerahan. pasien risiko sedang mengalami dekubitus, untuk penilaian risiko dekubitus menggunakan skala norton, berikut indikator penilaiannya:

1) Kondisi kulit: Normal (√) / Tidak Normal (X)

**Tabel 3 3 Skala Norton**

Penilaian	4	3	2	1
Kondisi Fisik	Baik	Sedang(√)	Buruk	Sangat buruk
Status Mental	Sadar (√)	Apatis	Bingung	Stupor
Aktivitas	Jalan Sendiri	Jalan Dengan Bantuan	Kursi Roda	Di tempat Tidur(√)
Mobilitas	Bebas Bergerak	Agak Terbatas	Sangat Terbatas (√)	Tidak Mampu Bergerak
Inkontensia	Kontenensia	Kadang Inkontenensia urin(√)	Selalu Inkontenensia Urin	Inkontensia
Skore	4	3	2	1
Total Skore	13			

Keterangan:

<12 : Risiko tinggi terjadi dekubitus

12-15 : Risiko sedang terjadi dekubitus

16-20 : Risiko rendah terjadi dekubitus

Pada kekuatan otot pasien ekstermitas atas dan bawah

pasien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas

1	3
1	3

**Gambar 3.1 Skala Kekuatan Otot**

Keterangan:

5: Normal

4: Hanya mampu melakukan gerakan normal dan tidak bisa melawan tahanan maksimal

3: Hanya mampu melakukan gerakan mengangkat dan tidak bisa melawan tahanan sedang

2: Hanya mampu melakukan gerakan dua sendi atau lebih

1: Hanya mampu menggerakkan ujung jari

0: Tidak mampu

Pada pengkajian risiko jatuh pada pasien didapatkan bahwa pasien merupakan pasien dengan skala risiko jatuh tinggi, dengan intervensi pencegahan jatuh standar. Berikut dibawah ini nilai indikator penilaian:

**Tabel 3 4 Resiko Jatuh**

Faktor Risiko	Skala	skor
Riwayat jatuh akibat penyakit akut, pembedahan dan geropsyhiatric dalam 3 bulan	Ya (25) Tidak (0)	25
Diagnosa sekunder lebih dari satu diagnosa	Ya (15) Tidak (0)	15
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda – benda sekitar (30) Furniture Kruk, Tongkat, Walker (15) Tidak menggunakan /	0

	<i>Bed rest</i> selalu dibantu (0)	
Menggunakan IV Cateter	Ya (20)	20
	Tidak (0)	
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang/diseret) (20)  Lemah (10)  Normal, <i>Bed rest</i> , Kursi roda (0)	0
Status mental	Tidak sadar akan kemampuannya (15)  Orientasi sesuai kemampuan diri 0	0
Skor		60

0-24 : Tidak berisiko jatuh

25-50 : Berisiko jatuh rendah/sedang

>51 : Berisiko jatuh tinggi

13. Neurologis : Pasien tidak mengalami penurunan kesadaran (compos mentis), GCS (mata: 4, verbal: 5, dan motorik: 5), untuk pengkajian 12 saraf kranial sebagai berikut:

**Tabel 3 5 Pengkajian 12 Saraf kranial**

No Urut	Nama Saraf	Hasil Pengkajian
I	Nervus Olfactorius	Pasien dapat membedakan bau (minyak kayu putih dan bau kopi)
II	Nervus Optikus	Pasien mampu melihat objek kertas dari jarak 50 cm
III	Nervus Okulomotorik	Pasien mampu menggerakkan bola mata dengan memutar
IV	Nervus Troklearis	
V	Nervus Trigeminus	Pasien mengatakan dapat

		merasakan sensasi sentuhan di wajah tetapi belum dapat dikaji menguyah karena menggunakan NGT
VI	Nervus Abdusen	Pasien mampu melirikan mata ke kanan dan kiri
VII	Nervus Fasialis	Pasien mampu menggerakkan lidah keluar tapi tidak bisa sepenuhnya, susah mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi
VIII	Nervus Auditorius/ Vestibulokohlear	Pasien mampu mendengarkan suara petikan jari dari jarak 50 cm dan 1 meter
IX	Nervus Glosfaringeal	Pasien terpasang NGT
X	Nervus Vagus	Pasien tidak dapat berbicara dengan jelas karena bibir pelo
XI	Nervus Asesorius	Pasien dapat menganggukan kepala tanpa ada rasa sakit
XII	Nervus Hipoglosus	Pasien dapat mendorong salah satu pipi dengan lidah

### G. Pemeriksaan Penunjang

#### Hasil pemeriksaan Ct. Scan ( 12 Desember 2022)

Telah dilakukan pemeriksaan MSCT kepala tanpa kontras dengan hasil seperti berikut:

- Tampak lesi hipodens, batas tegas pada regio parietalis kanan
- Tampak lesi hiipodens kecil-kecil pada capsula interna dan nukleus lentiformis kanan kiri
- Sulkus kortikalis dan fissura silvyy kanan kiri tampak melebar
- Ventrikel lateral kanan kiri, III dan IV tampak melebar
- Cisterna perimeschenpalic tampak melebar
- Tak tampak midline sifting
- Pons dan cerebellum baik
- Tak tampak kesuraman pada sinus paranalisis maupun mastroid kanan kiri

### Kesan

- Lesi hipodens batas tegas pada regio paritealis kanan
- Infark lakuner pada capsula interna dan nukleus leniformis kanan dan kiri
- Gambaran aging atrofi cerebri
- Tak tampak tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial
- Tak tampak gambaran sinusitis paranasalis kanan kiri

### Pemeriksaan Laboratorium (12- desember-2022)

**Tabel 3 6 Hasil Pemeriksaan Penunjang**

Jenis pemeriksaan	Hasil	satuan	Nilai normal
Hemoglobin	12,0	Gr/100ml	P 13-16 – W 12-14
Hematokrit	27	vol%	P 40-48- W 37-43
Leukosit	9.000	/mm <sup>3</sup>	5.000-10.000
Granulosit	84,9	%	50-70
limfosit	9,8	%	20-40
Monosit	5,3	%	2-8
Thrombosit	216.000	/mm <sup>3</sup>	150.000-450.000
Glukosa sewaktu	134	Mg/dl	60-150
Albumin	2,7	g/dl	3,5-5,2
SGOT	12	U/L	P<35 – W<31
SGPT	8	U/L	P<41 – W<31
Ureum	74	Mg/dl	17-43
Creatinin	1,0	Mg/dl	P 0,7-1,2 W 0,5-0,9
Na <sup>+</sup>	131	Mmol/L	135-155
K <sup>+</sup>	3,9	Mmol/L	3,4-5,3
Cl <sup>-</sup>	103	Mmol/L	98-106
HBSAG	Negati (-)		

**Terapi Obat-obatan****Infus**

- Ringer Laktat 16 tpm

**NGT**

- Amlhodipine 1x 10 mg
- CPG 1 X 1 tablet
- Aspilet 1X1 tablet

**Injeksi**

- Citicolin 2x500 mg
- Omeprazole 2x1 vial
- Ceftriaxone 2x1 vial

**Diit**

- Rendah garam 4x200cc

## H. Analisis Data

**Tabel 3 7 Analisis Data**

No	Data	Etiologi	Problem				
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasieng mengatakan iya saat ditanya pusing atau tidak</li> <li>- anak pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi yang diturunkan dari neneknya</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tekanan darah pasien : 150/90 Mmhg</li> <li>-Mendapat terapi</li> <li>- Amlodhipine 10 mg</li> <li>- RR : 20X/menit</li> <li>- Suhu tubuh : 36,7°c</li> <li>- Gcs Compos Mentis ( Mata : 4, verbal:5, dan motorik:5)</li> <li>- pupil isokor</li> <li>- HR : 77X/menit</li> </ul>	Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)				
2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien mengatakan iya dan menganggu saat ditanya tangan dan kaki nya sulit digerakan atau tidak</li> </ul> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien bed rest di tempat tidur</li> <li>-kekuatan otot klien</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien menganggu saat ditanya tangan tidak dapat digerakan</li> <li>-aktivitas pasien selama diruangan dibantu oleh perawat</li> </ul>	1	3	1	3	Gangguan neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
1	3						
1	3						
3	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien mengatakan iya saat ditanya ingin diseka atau tidak</li> </ul> <p>Do:</p>	Gangguan Neuromuskuler	Defisit Perawatan Diri (D.0109)				

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nilai skala indeks barthel pasien adalah 5 (ketergantungan berat)</li> <li>- pasien setiap pagi di seka oleh perawat diruangan intermediate</li> <li>- Nilai skala jatuh 65 (resiko jatuh tinggi)</li> <li>- pasien menggunakan selang kateter</li> </ul>		
4	<p>Ds :-</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- saat berbicara dengan pasien terkadang kurang jelas</li> <li>- pasien terkadang hanya mengangguk atau mengatakan ya atau tidak</li> <li>- saat ingin mengungkapkan sesuatu terkadang pasien terbalik-balik menyampaikannya</li> </ul>	Penurunan perfusi serebral	Gangguan komunikasi verbal (D.0119)
5	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien mengatakan iya saat ditanya apakah kegiatannya dibantu oleh perawat atau tidak</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-aktivitas pasien selama diruang intermediate dibantu oleh perawat diruangan</li> <li>- pasien hanya berbaring di tempat tidur</li> <li>- Nilai skala norton 13(resiko sedang terjadi dekubitus)</li> <li>- suhu kulit teraba panas</li> <li>- terlihat kemerahan pada kulit pasien</li> </ul>	Penurunan Mobilisasi	Resiko Luka Tekan (D.0144)
6	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-anak klien mengatakan saat di rumah klien terjatuh karena tersandung kabel terminal saat berjalan dan tiba-tiba mengalami kelemahan saat berjalan</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien ada riwayat jatuh saat dirumah karena mengalami kelemahan saat berjalan</li> <li>- seluruh aktivitas selama diruangan pasien dibantu oleh perawat</li> </ul>	Kekuatan otot menurun	Risiko Jatuh (D.0.143)

## I. Diagnosa Prioritas Masalah Keperawatan

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Hipertensi (D.0017)
2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)
3. Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)
4. Gangguan komunikasi verbal Berhubungan Dengan penurunan perfusi serebral (D.0119)
5. Risiko luka tekan Berhubungan dengan Penurunan Mobilisasi (D.0144)
6. Risiko Jatuh Berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0.143).

## J. Intervensi Keperawatan

**Tabel 3 8 Intervensi Keperawatan**

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Hipertensi (D.0017)	<p><b>Perfusi Serebral (L. 02014)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan aliran darah serebral adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit kepala (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p><b>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>1.2 Monitor nadi</li> <li>1.3 Monitor irama pernapasan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)</li> </ol> <p><b>Pemberian obat (1.02062)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5 Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)</li> </ol>
2	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan	<p><b>Mobilitas Fisik (L. 05042)</b></p> <p>Setelah dilakukan</p>	<p><b>Dukungan mobilisasi (1.05173)</b></p> <p>Observasi</p>

	Neuromuskular (D.0054)	<p>tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan gerak dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakkan ekstemitas (4)</li> <li>- Kekuatan otot (4)</li> <li>- Rentang rom (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelemahan fisik (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 identifikasi toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan</li> <li>1.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><b>teknik latihan penguatan otot (1.05184)</b></p> <p>terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.3 lakukan latihan sesuai program yang ditentukan (<i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i>)</li> <li>1.4 jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakanya otot</li> </ol>
3	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)	<p><b>Perawatan Diri (L.1113)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat peningkatan perawatan diri dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan mandi (4)</li> <li>- Kemampuan menggunakan pakaian (4)</li> <li>- Kemampuan makan (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol>	<p><b>Dukungan perawatan diri (1.11348)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 identifikasi kebiasaan akvitas perawatan diri sesuai usia</li> <li>3.2 monitor tingkat kemandirian</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 sediakan lingkungan yang privasi (mis. Lingkungan yang hangat, rileks dan privasi)</li> <li>3.4 siapkan keperluan pribadi</li> <li>3.5 dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</li> <li>3.6 fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.7 anjurkan melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan</li> </ol>
4	Gangguan komunikasi verbal (D.0119) Berhubungan Dengan penurunan sirkulasi serebral	<p><b>Komunikasi verbal (L.13118)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat</p>	<p><b>Promosi komunikasi (Defisit Bicara)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan volume</li> </ol>

		<p>peningkatan komunikasi verbal dengan kriteria hasil: -kemampuan berbicara (4) keterangan 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan -afasia Keterangan : 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun</p>	<p>bicara 1.2 identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi <b>terapeutik</b> 1.3 gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip ) 1.4 sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan pasien dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasanatau pemikiran sekaligusbicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan) 1.5 berikan dukungan psikologis <b>edukasi</b> 1.6 anjurkan bicara perlahan</p>
5	Risiko luka tekan berhubungan dengan penurunan mobilisasi(D.0144)	<p><b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat peningkatan perawatan kulit dengan kriteria hasil : - Suhu kulit (4) - Kemerahan (4) Keterangan: 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun</p>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (L.11353)</b> <b>Observasi</b> 12.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit <b>Terapeutik</b> 12.2 Gunakan minyak pada kulit kering 12.3 Gunakan produk bahan ringan agar kulit tidak sensitif <b>Perawatan Luka Tekan</b> 12.4 Ubah posisi dengan hati-hati <b>Edukasi</b> 12.5 Anjurkan minum air yang cukup <b>12.6</b> Anjurkan kecukupan nutrisi</p>
6	Risiko Jatuh Berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0.143)	<p><b>Tingkat Jatuh (L.14138)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan otot menggerakkan tubuh dengan kriteria hasil : 1. jatuh dari tempat tidur (4)</p>	<p><b>Pencegahan jatuh (1.14540)</b> <b>Observasi</b> 14.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 14.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>) <b>Terapeutik</b> 14.3 orientasikan ruangan kepada keluarga dan pasien 14.4 pasang handrall tempat tidur</p>

		2. jatuh saat duduk (4) Keterangan: 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun	14.5 tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station  <b>Edukasi</b> <b>14.6</b> anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
--	--	--	---

### K. Intervensi Inovasi Keperawatan

Intervensi inovasi yang dilakukan adalah dengan menggunakan metode terapi *Range Of Motion* yang dikombinasikan dengan *mirror therapy* sebagai salah satu intervensi dalam mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik dan meningkatkan kekuatan otot pada pasien Ny. A yaitu pasien yang berada di ruang intermediate tepatnya di Rs. Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, intervensi dimulai dari senin sampai rabu 12-15 desember 2022 yang akan dilakukan sebanyak 2x dalam 1 hari.

**Tabel 3 9 Intervensi Inovasi Keperawatan**

Diagnosis keperawatan	Intervensi inovasi	Intervensi keperawatan
Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Terapi <i>Range Of Motion</i> yang dikombinasikan dengan <i>mirror therapy</i> dilakukan pada:  <b>Senin 12/12/22</b> <b>Selasa 13/12/22</b> <b>Rabu 14/12/22</b>	Pengkajian - Kaji status sensori klien, apakah ada kelemahan pada ekstremitas klien - Kaji keluhan sebelum terapi diberikan - Kaji kesiapan klien - Kaji kesiapan perawat - Kaji adanya nyeri pada daerah persendian  Pra interaksi - Mencuci tangan  Orientasi - Memberi salam dan menyapa nama klien - Memperkenalkan diri - Melakukan kontrak menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan - Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan kesempatan kepada klien/ keluarga untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai</li> <li>- Mendekatkan alat-alat Kerja</li> <li>- Membaca basmallah</li> <li>- Memposisikan klien nyaman mungkin</li> <li>- Melakukan pengukuran kekuatan otot klien sebelum pemberian terapi <i>range of motion</i> dan <i>mirror therapy</i></li> <li>- Klien diposisikan baring dengan tenang nyaman mungkin</li> <li>- Lakukan Rom pasif Melatih pergerakan otot dan persendian dimulai dari kepala dan leher       <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Fleksi dan ekstensi           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakan salah satu telapak di bawah kepala klien dan telapak tangan lainnya dibawah dagu</li> <li>• Tekuk kepala ke depan hingga dagu menempel di dada, kemudian kembali ke posisi tegak</li> </ul> </li> <li>b. Fleksi lateral           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakan kedua tangan pada pipi kiri dan kanan klien</li> <li>• Tekuk kepala ke arah samping (ke bahu) kanan dan kiri bergantian</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Melatih pergerakan otot dan persendian pada daerah bahu       <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Rotasi Lateral           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakan kedua telapak tangan pada pipi kanan dan kiri pasien</li> <li>• Palingkan muka kearah kiri dan kanan secara bergantian</li> </ul> </li> <li>b. Fleksi ekstensi           <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pegang tangan klien di bawah siku dengan satu</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
--	--	---

		<p>tangan, sementara tangan lain memegang pergelangan tangan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angkat tangan ke atas hingga mencapai bagian kepala tempat tidur, kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>c. Abduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angkat tangan klien ke samping hingga mencapai bagian kepala tempat tidur</li> </ul> <p>d. Abduksi anterior dan posterior</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerakan tangan klien melewati tubuh hingga mencapai tangan klien yang lain , kembali ke posisi semula</li> </ul> <p>e. Rotasi internal dan eksternal bahu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerakan tangan ke samping setinggi bahu hingga membentuk sudut 90 derajat dengan tubuh. Tekuk sendi siku sehingga jari-jari menghadap ke atas</li> <li>• Gerakan tangan ke rah bawah sehingga telapak tangan menyentuh tempat tidur. Naikan tangan hingga punggung</li> </ul> <p>Melatih pergerakan otot dan persendian pada daerah siku</p> <p>a. Fleksi eksternal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekuk siku hingga jari-jari menyentuh dagu dan kemudian luruskan</li> </ul> <p>b. Supinasi-pronasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan</li> </ul>
--	--	---

		<p>menghadap ke atas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar lengan bawah ke arah sebaliknya sehingga telapak tangan menghadap ke bawah</li> </ul> <p>Melatih pergerakan otot dan persendian pada daerah pergelangan tangan</p> <p>Untuk memberikan latihan pada pergelangan tangan, tekuk tangan klien pada siku. Pegang pergelangan tangan klien dengan satu tangan dan tangan lainnya digunakan untuk memberikan latihan</p> <p>a. Fleksi-ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tekuk telapak tangan ke arah bagian dalam lengan bawah dan kemudian luruskan telapak tangan sehingga sebidang dengan lengan bawah</li> </ul> <p>b. Abduksi/fleksi radial/deviasi radial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bengkokkan telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan luruskan kembali</li> </ul> <p>c. Adduksi/fleksi/deviasi ulnar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bengkokkan telapak tangan ke samping ke arah kelingking dan luruskan kembali</li> </ul> <p>d. Sirkumduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar telapak tangan dengan pergelangan tangan sebagai poros</li> </ul> <p>Melatih pergerakan otot dan persendian pada daerah jari-jari tangan dan ibu jari</p> <p>Cara memegang tangan klien sama dengan pada saat menggerakkan pergelangan tangan</p> <p>a. Fleksi-ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kepalkan jari-jari tangan klien dan kemudian luruskan kembali</li> </ul> <p>b. Hiperekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bengkokkan jari-jari ke belakang sejauh mungkin</li> </ul> <p>c. Abduksi-adduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kembangkan jari-jari tangan dan kemudian rapatkan kembali</li> </ul> <p>d. Oposisi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentuhkan ujung ibu jari dengan jari-jari lainnya secara bergantian</li> </ul>
--	--	---

		<p>e. Sirkumduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar ibu jari klien dengan sumbu sendi metakarpal</li> </ul> <p>f. Abduksi-adduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rentangkan ibu jari ke samping. Dekatkan kembali dengan jari lain</li> </ul> <p>Melatih pergerakan otot dan persendian pada panggul Latihan pasif panggul dan lutut dapat dilakukan bersamaan. Untuk memberikan latihan pada panggul dan lutut, letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan tangan lainnya di bawah tumit</p> <p>a. Fleksi-ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angkat kaki dan tekuk lutut</li> <li>• Gerakkan lutut ke arah dada sejauh mungkin</li> <li>• Turunkan kaki, luruskan, dan kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>b. Abduksi-adduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh dan ke arah sebaliknya hingga menyilang kaki lainnya di depan</li> </ul> <p>c. Rotasi internal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar kaki ke arah dalam</li> </ul> <p>d. Rotasi eksternal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar kaki ke arah samping tubuh</li> </ul> <p>Melatih pergerakan otot dan persendian pada lutut</p> <p>a. Fleksi-ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dilakukan bersamaan dengan fleksi-ekstensi panggul</li> </ul> <p>Melatih pergerakan otot dan persendian pada pergelangan kaki Tempatkan satu tangan di bawah tumit dan tangan lainnya di bagian atas telapak kaki</p> <p>a. Dorso fleksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dorong telapak kaki ke arah kaki dan kembalikan ke posisi semula</li> </ul> <p>b. Plantar fleksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dorong telapak kaki ke arah bawah dan kembalikan ke posisi semula</li> </ul>
--	--	---

		<p>c. Eversi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar telapak kaki ke arah luar</li> </ul> <p>d. Inversi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar telapak kaki ke arah dalam</li> </ul> <p>e. Sirkumduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Putar telapak kaki dengan poros pada sendi tumit</li> </ul> <p>Melatih pergerakan otot dan persendian pada jari-jari kaki</p> <p>a. Fleksi-ekstensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakkan jari-jair tangan perawat di bawah jari-jari klien</li> <li>• Dorong jari-jari ke arah atas dan kemudian ke arah bawah</li> </ul> <p>b. Abduksi-adduksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lebarkan jari-jari kaki bersama-sama</li> <li>• Dekatkan jari kaki bersama-sama</li> </ul>
		<p>Mirror Therapy</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letakan cermin di tempat yang pasien dapat melihat cermin tersebut</li> <li>• Selanjutnya perawat menginstruksikan kepada pasien agar lengan / tungkai yang sehat digerakkan fleksi dan ekstensi / keatas atau kebawah</li> <li>• Saat lengan / tungkai yang sehat digerakkan, pasien dianjurkan untuk melihat cermin yang ada, kemudian pasien disarankan untuk merasakan bahwa lengan / tungkai yang mengalami kelemahan turut bergerak.</li> </ul> <p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membaca hamdallah</li> <li>- Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman</li> <li>- Mengevaluasi respon klien memberikan reirfocemen positif</li> <li>- Membuat kontrak pertemuan selanjutnya</li> <li>- Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama</li> </ul>

		klien dan membaca doa - Melepas handscoon - Mencuci tangan  Evaluasi - Evaluasi perasaan klien - Simpulkan hasil kegiatan - Evaluasi respon klien - Evaluasi diri perawat  Dokumentasi - Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan catat pula data hasil pengkajian dan respon klien.
--	--	---

#### L. Implementasi keperawatan

Implementasi tindakan inovasi terapi *Range of motion* dan *mirror therapy* pada Ny. A. dilakukan untuk meningkatkan skala kekuatan otot . sebelum tindakan intervensi penulis telah mencatat hasil pretest terlebih dahulu untuk mengetahui skala kekuatan otot klien. Tindakan inovasi dilakukan selama 3 hari dengan rentang waktu pemberian 10-15 menit di ruang intermediate RS Muhammad Aji Parikesit. Hasil dari intervensi tersebut dapat dilihat sebagai berikut:

**Tabel 3 10 hasil pre dan post skala kekuatan otot klien**

NO	Hari dan tanggal	Nilai Skor sebelum terapi		Nilai skor sesudah terapi	
		Diukur dengan skala MMT		Diukur dengan skala MMT	
1	Senin, 12 Desember 2022	$\frac{1}{1}$	$\frac{3}{3}$	$\frac{1}{1}$	$\frac{3}{3}$
2	Selasa, 13 desember 2022	$\frac{1}{1}$	$\frac{3}{3}$	$\frac{2}{2}$	$\frac{3}{3}$
3	Rabu 14 desember 2022	$\frac{3}{2}$	$\frac{4}{3}$	$\frac{3}{3}$	$\frac{4}{4}$

Tabel 3 11 Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	No dx	implementasi	Evaluasi proses	Ttd				
Senin 12/12/22  14.30	I	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S: - O: tekanan darah klien 150/90 MmHg					
14.30		1.2 Memonitor denyut nadi	S:- O:- Nadi klien 77x/menit					
14.30		1.3 Monitor irama pernapasan	S: O: suara napas normal, tidak ada gurgling, whesing dan suara napas abnormal lainnya, pasien tidak ada keluhan sesah rr tertur :20x/menit					
18.00		1.5 Melakukan prinsip 6 benar sebelum memberikan obat antihipertensi (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)	S: O: obat yang diberikan benar amlhodipine 10 mg					
15.00	II	1.1 Meng identifikasi toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan	S: klien mengatakan "iya" dan mengangguk saat ditanya apakah tangan kiri dan kaki kiri sulit digerakan atau tidak O: kekuatan otot klien <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</td><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td></tr></table>	1	3	1	3	
1	3							
1	3							
15.00		1.2 Memonitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi	S:- O: kondisi klien terlihat sedikit lemah					
15.10		1.3 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan ( <i>Range Of Motion kombinasi dengan mirror therapy</i> )	S: klien mengangguk dan ingin melakukan program latihan Rom dan <i>Mirror Therapy</i> dan pasien mengatakan ingin cepat sembuh O: klien tampak santai dan rileks saat diberi terapi Rom dan <i>Mirror Therapy</i>					
15.00	IV	4.1 Memonitor kecepatan,tekanan, kuantitas, dan volume	S: O: pasien tampak hanya bisa bicara					

		bicara	pelan, mengatakan iya dan tidak, terkadang mengangguk dan menggelengkan kepala	
<b>15.05</b>		4.2 Mengidentifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi	S: O: wajah pasien tampak ingin menyampaikan sesuatu namun sulit menyusun kalimat	
<b>15.06</b>		4.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip )	S: klien mengatakan iya saat disuruh menggunakan isyarat mengedipkan mata saat sulit untuk menyampaikan sesuatu O: pasien tampak menggunakan isyarat mata dan melambatkan tangan ke perawat	
<b>16.00</b>	<b>III</b>	3.1 mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	S: klien mengatakan iya saat ditanya apakah aktivitas dibantu perawat atau tidak O: tampak segala aktivitas pasien dibantu oleh perawat diruangan	
<b>16.03</b>		3.2 memonitor tingkat kemandirian	S:- O: skala indeks barthel pasien mendapat skor 5 (ketergantungan berat)	
<b>16.30</b>		3.3 Menyiapkan keperluan pribadi	S: keluarga pasien mengatakan akan menyiapkan keperluan seperti (popok, sabun, dan kebutuhan perawatan diri lainnya) O: terlihat peralatan yang sudah disiapkan keluarga pasien di dalam laci pasien	
<b>16.40</b>	<b>V</b>	5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S: klien mengatakan iya saat ditanya apakah seluruh kegiatan dibantu oleh perawat O: pasien hanya berbaring di tempat tidur	

			Hasil skala norton 13 (resiko sedang dekubitus)	
16.45		5.2 Menggunakan minyak pada kulit kering	S: klien mengatakan iya dan mau bagian punggung dan kulit kering nya di beri baby oil O: punggung klien diberi minyak baby oil agar mengurangi resiko luka karena hanya berbaring di tempat tidur	
17.00		4.4 mengubah posisi dengan hati-hati	S: O: mika-miki pasien perdua jam dengan hati-hati	
16.18	VI	6.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S: anak klien mengatakan saat di rumah klien terjatuh karena tersandung kabel terminal saat berjalan dan tiba-tiba mengalami kelemahan saat berjalan O: Pasien ada riwayat terjatuh saat di rumah	
16.20		6.2 Menghitung nilai skala jatuh (skala morse)	S: anak klien mengatakan saat di rumah klien terjatuh karena tersandung kabel terminal saat berjalan dan tiba-tiba mengalami kelemahan saat berjalan O: Pasien ada riwayat terjatuh saat di rumah	
16.35		6.3 mengorientasikan ruangan kepada keluarga dan pasien	S:keluarga pasien mengatakan sudah diperkenalkan tentang ruangan intermediate O: keluarga sudah tampak paham tentang ruangan intermediate	
16.40		6.4 Memasang Handrall tempat tidur	S: O: Handrall tempat tidur klien selalu terpasang, dan jika sudah selesai tindakan selalu di pasang kembali	
19.00	II	2.2 Memonitor Kondisi umum sebelum	S: -Klien mengatakan tidak ada nyeri saat	

		melakukan mobilisasi	ditanya apakah ada sakit atau tidak di tangan dan kaki pasien O:- wajah tidak meringis dan kondisi cukup membaik					
19.15		2.3 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan ( <i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i> )	S: klien mengatakan ingin lagi melakukan therapy yang kedua di hari pertama agar fungsi ototnya dapat kembali normal O: klien tampak dapat mengikuti arahan dan mengikuti latihan rom dan <i>mirror therapy</i> pada therapy kedua di hari pertama					
19.45		2.1 Mengidentifikasi toleransi fisik sesudah melakukan pergerakan	S: Klien mengatakan iya saat ditanya apakah tangannya menjadi lebih nyaman setelah diberi terapi ROM dan <i>Mirror Therapy</i> O: Kekuatan otot klien meningkat pada tangan kiri dan kaki kanan <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table>	1	3	1	3	
1	3							
1	3							
Selasa 13/12/22 14.20	I	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S:- O: tekanan darah pasien 140/85 Mmhg					
14.20		1.2 Memonitor denyut nadi	S: klien menganguk mengatakan tidak saat ditanya apakah dada pasien berdebar-debar O: nadi klien 78x/menit					
14.20		1.3 Memonitor irama pernapasan	S: klien mengatakan tidak ada sesak napas O: suara napas pasien hari ini normal tidak ada mengi, gurgling dan suara abnormal lainnya.					
14.25		1.4 Mempertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)	S: klien mengatakan iya saat ditanya apakah nyaman berbaring dengan posisi sekarang O: pasien tampak nyaman dan tenang					

18.00		1.5 Melakukan prinsip 6 benar sebelum memberikan obat antihipertensi (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)	S: O: obat yang diberikan benar amlhodipine 10mg setelah makan					
15.00	II	2.1 Mengidentifikasi toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan	S: Klien mengatakan iya saat ditanya apakah tangannya menjadi lebih nyaman saat diberi terapi ROM dan <i>Mirror Therapy</i> O: Kekuatan otot klien meningkat pada tangan kiri dan kaki kanan <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table>	1	3	1	3	
1	3							
1	3							
15.05		2.2 memonitor keadaan umum pasien sebelum melakukan mobilisasi	S: Klien mengatakan tidak ada nyeri pada bagian ekstremitas  O: keadaan klien tampak membaik					
15.10		2.3 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan ( <i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i> )	S: klien mengatakan iya dan mau untuk melakukan latihan Rom dan <i>Mirror therapy</i> yang ke 3 di hari ke dua O: klien tampak santai dan mengikuti latihan sampai selesai, dan klien mencoba mengangkat tangannya sendiri namun belum kuat menahan tahanan sedang					
15.40	IV	4.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan volume bicara	S: O: klien berbicara sedikit lebih keras suaranya daripada kemarin dan mengatakan "ingin mengucapkan terimakasih"					
15.40		4.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip)	S:- O: klien tampak melambatkan tangan dan mencoba berkomunikasi sedikit-demi sedikit walaupun belum dapat terlalu dipahami apa yang ia sampaikan					

15.40		4.4 Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan pasien dengarkan dengan seksama, tunjukan satu gagasanatau pemikiran sekaligusbicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan)	S:- O: tampak pasien lebih mendengarkan saat perawat berbicara di depan pasien dengan suara yang sedikit nyaring namun bukan berteriak	
15.45		4.5 Memberikan dukungan psikologis	S: klien mengatakan iya saat ditanya apakah dengan ditemani klien merasa senang O: klien tampak senang dan tenang saat diberi dukungan dan diajak berbicara	
16.00	III	3.2 Memonitor tingkat kemandirian	S:- O: skala ketergantungan pasien masih berada di skala 5	
16.05		3.4 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	S: klien mengatakan iya dan mengangguk saat ditanya ingin diseka atau tidak O: seka pasien dibantu oleh perawat dan didampingi oleh perawat	
16.10		3.6 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.	S: Klien mengatakan meminta tolong untuk diambikan minum yang ada disampingnya O: tampak klien minum melalui oral karena NGT nya sudah di lepas	
16.12		3.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan	S: klien mengangguk saat dianjurkan melakukan sesuatu yang dapat dia lakukan sendiri O: klien tampak memperbaiki selimutnya sendiri	
16.15	V	5.2 Menggunakan minyak pada kulit kering	S: Klien mengatakan iya dan mau saat ditawarkan apakah kulitnya ingin diberi baby oil agar mengurangi resiko terjadinya luka O: punggung tangan	

			dan kaki klien diberi baby oil	
<b>16.15</b>		5.3 Menggunakan produk bahan ringan agar kulit tidak sensitif	S:- O: produk yang digunakan untuk melembapkan kulit adalah baby oil	
<b>16.30</b>		5.4 mengubah posisi dengan hati-hati	S: O: mika-miki pasien perdua jam dengan hati-hati	
<b>16.35</b>		5.5 Menganjurkan minum air yang cukup	S: klien mengganggu saat diberi anjuran untuk minum cukup air putih agar dapat melembapkan kulit O: tampak klien minum aqua botol ukuran 600 ml menggunakan sedotan	
<b>16.40</b>		5.6 Menganjurkan memenuhi kecukupan nutrisi	S: Klien mengatakan iya apakah sudah memakan makanan yang diberikan sesuai oleh rumah sakit O: tampak makanan yang tersedia adalah sayur bubur saring dimakan oleh pasien	
<b>17.00</b>	<b>VI</b>	6.3 Menempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station	S:- O: tempat tidur klien berada di bed 2 dekat dengan Nurse station dan berada dalam pengawasan perawat	
<b>17.00</b>		6.4 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: klien mengatakan iya saat di beritahu untuk memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu atau meminta posisi di pindahkan O: tampak klien melambaikan tangan dan memanggil perawatbuntut menaikkan posisi bed nya.	
<b>19.00</b>	<b>II</b>	2.2 Memonitor keadaan umum pasien sebelum melakukan mobilisasi (latihan Rom dan Mirror Therapy)	S: klien mengatakan tidak ada pusing saat ditanya ada pusing atau tidak O: keadaan pasien tampak baik dan tidak ada keluhan nyeri	

19.05		2.3 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan ( <i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i> )	S: klien mengatakan iya dan mengatakan mau saat ditanya apakah ingin melakukan therapy ROM dan Mirror Therapy O: klien tampak rileks dan mengikuti terapi sampai selesai dan klien tidak ada mengeluh kesakitan saat ditanya apakah ada nyeri saat tangan dan kaki coba untuk digerakan					
19.45		2.1 Meng identifikasi toleransi fisik sebelum/sesudah melakukan pergerakan	S: Klien mengatakan iya saat ditanya apakah tangan dan kakinya nya menjadi lebih nyaman setelah diberi terapi ROM dan <i>Mirror Therapy</i> O: Kekuatan otot klien meningkat pada tangan kiri dan kaki kanan <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>	2	3	2	3	
2	3							
2	3							
Rabu 14/12/22 (14.25)	I	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S: klien mengatakan tidak ada pusing dan menggelengkan kepala saat ditanya pusing atau tidak O: TD : 130/95 Mmhg					
14.25		1.2 Memonitor denyut nadi	S: O: nadi 72x/menit					
14.25		1.3 Memonitor irama pernapasan	S: klien mengatakan tidak ada saat ditanya apakah ada keluhan sesak napas O: irama pernapasan teratur, RR: 19X/menit					
14.27		1.4 Mempertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)	S: Klien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini saat ditanya apakah sudah nyaman atau tidak pasien mengangguk dan mengatakan iya O: tampak pasien lebih tenang dan nyaman					
18.00		1.5 Melakukan prinsip 6	S:					

		benar sebelum memberikan obat antihipertensi (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)	O: Klin mendapat obat amlhodipine 10 mg					
14.45	II	2.1 mengidentifikasi toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan	S: klien mengatakan iya dan menganggukan kepala saat ditanya apakah otot terasa lebih nyaman setelah dilakukan terapi inovasi rom dan <i>mirror therapy</i> dan klien mengatakan tidak ada sakit setelah diberikan terapi  O: Kekuatan Otot meningkat dari kemarin pada tangan dan kaki pasien <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	3	4	2	3	
3	4							
2	3							
14.48		2.2 Memonitor keadaan umum sebelum melakukan mobilisasi	S: pasien mengatakan tidak ada pusing saat ditanya hari ini ada pusing atau tidak O: pasien terlihat keadaanya lebih baik dan siap untuk melakukan terapi rom dan <i>mirror therapy</i>					
15.00		2.3 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan ( <i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i> )	S: Klien mengatakan iya dan mau melakukan latihan therapy Rom dan kombinasi dengan <i>Mirror Therapy</i> untuk memperkuat kekuatan otot pasien O: pada latihan ke 5 dihari ke 3 pasien tampak rileks dan mengikuti latihan Rom dan <i>Mirror Therapy</i> sampai selesai dan pasien tidak ada terlihat keluhan nyeri saat dilakukan terapi Rom dan <i>mirror therapy</i>					
15.45		2.4 Menjelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakanya otot	S: klien mengatakan iya dan ingin mendengarkan edukasi tentang					

			kenapa otot harus digunakan O: tampak klien mendengarkan dengan baik apa yang disampaikan	
15.50	IV	4.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, dan volume bicara	S: O: Klien sudah dapat berbicara namun untuk penyusunan kalimat masih belum jelas dan terkadang belum bisa dipahami	
15.50		4.2 Menggunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip )	S: Klien mengatakan iya saat dianjurkan apakah ingin mencoba menulis atau tidak O: Klien mencoba untuk menulis sesuatu namun tulisanya masih belum jelas	
15.50		4.4 Menyesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan pasien dengarkan dengan seksama, tunjukan satu gagasanatau pemikiran sekaligusbicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan)	S: O: klien tampak mengerti saat berbica didepannya dan agak mendekatkan wajah ke pasien dan berbicara sedikit lebih keras namun dihindari dalam berteriak	
15.55		4.5 memberikan dukungan psikologis	S: klien mengatakan iya ingin diajak berdoa agar meningkatkan keinginanya untuk sembuh O: klien tampak mengikuti saat berdoa	
15.57		4.6 menganjurkan untuk bicara perlahan	S: klien mengatakan iya saat dianjurkan untuk mencoba bicara perlahan O: terlihat klien mencoba untuk bicara perlahan namun terkadang kalimat yang diucapkan sulit untuk dipahami	
16.00	III	3.2 Memonitor tingkat kemandirian pasien	S: Klien mengatakan iya saat ditanya apakah ingin mencoba makan	

			sendiri pada hari ini O: terlihat klien mencoba makan sendiri namun tidak sampai habis dan tangan pasien masih gemetar	
<b>16.05</b>		3.5 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	S:- O: Klien tampak mencoba minum dan memegang botol sendiri dan sambil didampingi karena jika ada yang dibutuhkan oleh pasien	
<b>16.07</b>		3.7 Menganjurkan melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan	S: hari ini klien mengangguk saat ditanya apakah minum memegang botolnya sendiri O: tampak klien minum sendiri	
<b>16.30</b>	<b>V</b>	5.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S: klien mengatakan iya saat ditanya apakah kulitnya yang kering diberi oil merasa lebih nyaman O : Hasil skala norton 13 (resiko sedang dekubitus)	
<b>16.35</b>		5.2 Menggunakan minyak pada kulit kering	S: klien mengatakan mau kulitnya dioleskan baby oil lagi hari ini O: klien tampak nyaman saat kulit nya di oleskan minyak baby oil	
<b>16.35</b>		1.3 Menggunakan produk bahan ringan agar kulit tidak sensitif	S: O: oil yang digunakan adalah baby oil	
<b>16.45</b>		5.4 mengubah posisi dengan hati-hati	S: O: mika-miki pasien perdua jam dengan hati-hati	
<b>16.50</b>		5.5 Menganjurkan minum air yang cukup	S: klien mengatakan iya saat dianjurkan minum air yang cukup O: klien tampak minum air yang cukup hari ini	
<b>16.50</b>		5.6 Menganjurkan memenuhi kebutuhan nutrisi	S: klien mengatakan iya setelah disarankan untuk	

			mengonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan nutrisi O: tampak klien mengonsumsi makanan yang sudah disediakan rumah sakit	
17.00	VI	6.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S: O: klien memiliki riwayat jatuh	
17.05		6.2 Menghitung skala jatuh ( <i>morse</i> )	S: O: skala jatuh pasien mendapat skor 60 (beresiko tinggi)	
17.08		6.4 memasang handrall tempat tidur	S: O: tempat tidur pasien handrall nya selalu terpasang	
17.08		6.5 Menempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station	S: O: tempat tidur klien berada d bed 2 dekat dengan nurse station	
17.08		6.6 menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan	S: klien mengatakan iya dan mengganggu saat diberitahu jika membutuhkan bantuan silahkan memanggil atau melambaikan tangan ke perawat di nurse station O: hari ini klien terlihat memanggil perawat saat ingin berubah posisi	
19.30	II	2.2 Memonitor keadaan umum sebelum melakukan mobilisasi (latihan Rom dan mirror therapy)	S: klien mengatakan tidak dan menggelengkan kepala saat ditanya apakah sekarang tidak ada merasa pusing, dan nyeri O: keadaan pasien tampak baik	
19.40		2.4 Melakukan latihan sesuai program yang ditentukan ( <i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i> )	S: Klien mengatakan iya dan mengganggu kepala saat ditanya apakah mau melakukan lagi terapi Rom yang ke 6 dihari ke 3 kombinasi dengan mirror therapy untuk memperkuat kekuatan otot pasien	

			O: Tampak klien mengikuti gerakan sampai selesai dan rileks dan saat melakukan gerakan pasien tidak ada keluhan nyeri ataupun kesakitan.					
20.15	II	2.1 mengidentifikasi toleransi fisik sebelum/sesudah melakukan pergerakan	<p>S: klien mengatakan iya dan menganggukan kepala saat ditanya apakah otot terasa lebih nyaman setelah dilakukan terapi inovasi rom dan mirror therapy dan klien mengatakan tidak ada sakit setelah diberikan terapi</p> <p>O: Kekuatan Otot meningkat dari kemarin pada tangan dan kaki pasien</p> <table border="1"> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table>	3	4	3	4	
3	4							
3	4							

## M. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3 12 Evaluasi Keperawatan**

TANGGAL	NO.DX	EVALUASI	TTD												
<p>Senin 12/12/22</p> <p>(18.00)</p>	I	<p>S: - pasien mengatakan iya saat ditanya pusing atau tidak</p> <p>O: - Tekanan darah klien 150/90 Mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nadi klien 77x/menit</li> <li>- Suara napas normal,tidak ada whezing gurgling dan suara abnormal napas lainnya pasien tidak ada keluhan sesah rr tertur :20x/menit</li> <li>- obat yang diberikan benar amlhodipine 10mg</li> </ul> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>KH</td> <td>sb</td> <td>ss</td> <td>tgt</td> </tr> <tr> <td>Sakit Kepala</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawayan resiko perfusi serebral tidak efektif teratas sebagian lanjutkan intervensi</p> <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>1.2 monitor nadi</li> </ul>	KH	sb	ss	tgt	Sakit Kepala	2	2	4	Tekanan Darah	2	3	4	
KH	sb	ss	tgt												
Sakit Kepala	2	2	4												
Tekanan Darah	2	3	4												

		<p>1.3 monitor irama pernapasan</p> <p>1.4 pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)</p> <p>1.5 Melakukan prinsi 6 benar sebelum memberikan obat amlhodipine (pasien, obat, rute,dosis, waktu dan dokumentasi)</p>																									
19.45	II	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengangguok mengatakan iya apakah sulit menggerakan kaki dan tangannya</li> <li>- klien mengangguok dan ingin melakukan program latihan Rom dan Miror Therapy dan pasien mengatakan ingin cepat sembuh</li> <li>- klien mengatakan ingin lagi melakukan terapi kedua dihari pertama agar fungsi ototnya kembali normal</li> <li>- Klien mengatakan tidak ada nyeri saat ditanya apakah ada sakit atau tidak di tangan dan kaki pasien</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak santai dan rileks saat diberi terapi Rom dan <i>Mirror Therapy</i></li> <li>- Kondisi terlihat sedikit lemah</li> <li>- Wajah klien tidak meringis dan kondisi cukup membaik</li> <li>- Klien tampak rileks dan santai saat diberi terapi ROM dan Miror Therapy</li> <li>- Skala kekuatan otot pasien sebelum dilakukan terapi</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien sesudah dilakukan terapi</li> </ul> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; text-align: center;">3</td> </tr> </table> <p>A:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> <tr> <td>Rentang Rom</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi toleransi fisik sebelum</p>	1	3	1	3	1	3	1	3	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Pergerakan Ekstremitas	1	1	4	Kekuatan otot	1	2	4	Rentang Rom	1	2	4	
1	3																										
1	3																										
1	3																										
1	3																										
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																								
Pergerakan Ekstremitas	1	1	4																								
Kekuatan otot	1	2	4																								
Rentang Rom	1	2	4																								

		<p>melakukan pergerakan</p> <p>2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>2.3 lakukan latihan sesuai program yang ditentukan (<i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i>)</p> <p>2.4 jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakanya otot</p>																	
16.35	III	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan iya dan mengangguk saat ditanya apakah diseka atau tidak</li> <li>- keluarga pasien mengatakan akan menyiapkan kebutuhan klien seperti (popok, sabun dan kebutuhan keperawatan diri lainnya)</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tampak segala aktivitas pasien dibantu oleh perawat ruangan</li> <li>- skala indeks barthel pasien mendapat skor 5 (skala ketergantungan berat)</li> <li>- terlihat keperluan pribadi pasien sudah disiapkan oleh keluarga pasien di dalam laci pasien</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Mandi</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan makan</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi lanjutkan intervensi</p> <p><b>P: Lanjutkan Intervensi</b></p> <p>3.1 identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>3.2 monitor tingkat kemandirian</p> <p>3.3 sediakan lingkungan yang privasi (mis. Lingkungan yang hangat, rileks dan privasi)</p> <p>3.4 siapkan keperluan pribadi</p> <p>3.5 dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>3.6 fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.</p> <p>3.7 anjurkan melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kemampuan Mandi	1	1	4	Kemampuan mengenakan pakaian	1	1	4	Kemampuan makan	1	1	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																
Kemampuan Mandi	1	1	4																
Kemampuan mengenakan pakaian	1	1	4																
Kemampuan makan	1	1	4																
15.07	IV	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan iya saat disuruh menggunakan isyarat mengedipkan mata ataupun mencoba bicara saat sulit untuk menyampaikan sesuatu</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak hanya bisa bicara pelan mengatakan iya dan tidak, terkadang mengangguk dan menggelengkan kepala</li> </ul>																	

		<p>- Wajah pasien tampak ingin menyampaikan sesuatu namun sulit menyusun kalimat</p> <p>- Pasien nampak menggunakan isyarat mata dan melambaikan tangan ke perawat</p> <p><b>A:</b></p> <table border="1" data-bbox="767 472 1251 568"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Berbicara</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Masalah Gangguan Komunikasi verbal belum teratasi</b></p> <p><b>P:</b></p> <p><b>Lanjutkan intervensi</b></p> <p>4.1 monitor kecepatan,tekanan, kuantitas, dan volume bicara</p> <p>4.2 identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</p> <p>4.3 gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip )</p> <p>4.4 sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan pasien dengarkan dengan seksama, tunjukan satu gagasanatau pemikiran sekaligusbicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan)</p> <p>4.5 berikan dukungan psikologis</p> <p>4.6 anjurkan bicara perlahan</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kemampuan Berbicara	1	1	4					
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Kemampuan Berbicara	1	1	4												
17.10	V	<p><b>S:</b></p> <p>-Klien mengatakan iya apakah semua kegiatan nya selama diruangan dibantu oleh perawat</p> <p>-klien mengatakan iya dan mau bagian punggung dan kulit kering diberi baby oil</p> <p><b>O:</b></p> <p>-pasien hanya berbaring ditempat tidur</p> <p>-hasil skala norton 13 (resiko Sedang terjadi dekubitus)</p> <p>- ubah posisi pasien (mika-miki per 2 jam)</p> <p><b>A:</b></p> <table border="1" data-bbox="767 1547 1251 1644"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan resiko gangguan integritas kulit teratasi sebagian</p> <p><b>P :</b></p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <p>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>5.2 Gunakan minyak pada kulit kering</p> <p>5.3 Gunakan produk bahan ringan agar kulit tidak sensitif</p> <p>5.4 Ubah posisi pasien dengan hati-hati</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Suhu kulit	1	2	4	Kemerahan	1	2	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Suhu kulit	1	2	4												
Kemerahan	1	2	4												

		5.5 Anjurkan minum air yang cukup 5.6 Anjurkan kecukupan nutrisi													
16.35	VI	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Anak klien mengatakan saat dirumah klien terjatuh karena tersandung kabel terminal saat berjalan dan mengalami kelemahan saat berjalan</li> <li>- keluarga pasien sudah di kenalkan tentang ruang intermediate</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-pasien ada riwayat terjatuh saat di rumah</li> <li>-nilai skala jatuh pasien 60 ( beresiko jatuh tinggi)</li> <li>-kelurga tampak sudah paham dengan ruang intermediate</li> <li>-handrall tempat tidur klien selalu terpasang dan setelah selesai tindakan selalu dipasang kembali</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat di tempat tidur</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p><b>P: Lanjutkan Intervensi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>6.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>)</li> <li>6.3 orientasikan ruangan kepada keluarga dan pasien</li> <li>6.4 pasang handrall tempat tidur</li> <li>6.5 tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station</li> <li>6.6 anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ul>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Jatuh saat di tempat tidur	1	1	4	Jatuh saat duduk	1	1	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Jatuh saat di tempat tidur	1	1	4												
Jatuh saat duduk	1	1	4												

<p>Selasa 13/12/22</p> <p>18.00</p>	<p>I</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak saat ditanya apakah dada pasien berdebar atau tidak</li> <li>- klien mengatakan tidak dan menggelengkan kepala saat ditanya sesak napas atau tidak</li> <li>- klien mengatakan iya nyaman posisi baring seperti ini dan tidak ada pusing</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah pasien 140/85</li> <li>- nadi klien 78x/menit</li> <li>- pasien tampak nyaman dan tenang</li> <li>- melakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) pasien mendapat terapi amlodipine 10 mg</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1" data-bbox="767 745 1251 842"> <thead> <tr> <th>KH</th> <th>sb</th> <th>ss</th> <th>tgt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit Kepala</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>p:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>1.2 monitor nadi</li> <li>1.3 monitor irama pernapasan</li> <li>1.4 pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)</li> <li>1.5 Melakukan prinsi 6 benar sebelum memberikan obat amlhodipine (pasien, obat, rute,dosis, waktu dan dokumentasi)</li> </ol>	KH	sb	ss	tgt	Sakit Kepala	2	3	4	Tekanan Darah	2	3	4	
KH	sb	ss	tgt												
Sakit Kepala	2	3	4												
Tekanan Darah	2	3	4												
<p>19.45</p>	<p>II</p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan iya saat ditanya apakah tangan nya menjadi lebih nyaman saat diberi terapi ROM dan Mirror Therapy</li> <li>- klien menggelengkan kepala saat ditanya apakah ada pusing atau tidak ada pusing</li> <li>- klien menggelengkan kepala saat ditanya apakah ada pusing atau tidak ada pusing</li> <li>- klien mengatakan tidak ada pusing dan tidak berdebar-debar</li> <li>- klien mengatakan tidak ada pusing dan tidak berdebar-debar</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kekuatan otot klien sebelum terapi</li> </ul> <table border="1" data-bbox="895 1697 1166 1765"> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot klien meningkat setelah dilakukan terapi</li> </ul> <table border="1" data-bbox="874 1912 1142 1980"> <tbody> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien tampak santai dan mengikuti</li> </ul>	1	3	1	3	2	3	2	3					
1	3														
1	3														
2	3														
2	3														

		<p>latihan sampai selesai, dan klien mencoba mengangkat tangannya sendiri namun belum kuat menahan tahanan sedang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- keadaan pasien tampak baik dan tidak ada keluhan nyeri</li> <li>- klien tampak rileks dan mengikuti terapi sampai selesai dan klien tidak ada mengeluh kesakitan saat ditanya apakah ada nyeri saat tangan dan kaki coba untuk digerakan</li> </ul> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang Rom</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 identifikasi toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan</li> <li>2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</li> <li>2.3 lakukan latihan sesuai program yang ditentukan (<i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i>)</li> <li>2.4 jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakannya otot</li> </ol>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Pergerakan Ekstremitas	1	3	4	Kekuatan otot	1	3	4	Rentang Rom	1	2	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																
Pergerakan Ekstremitas	1	3	4																
Kekuatan otot	1	3	4																
Rentang Rom	1	2	4																
16.12	III	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan iya dan mengangguk saat ditanya ingin diseka atau tidak hari ini</li> <li>- klien mengatakan iya dan mengangguk saat ditanya ingin diseka atau tidak</li> <li>- klien mengatakan iya dan mengangguk saat ditanya ingin diseka atau tidak</li> <li>-</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ketergantungan pasien berada di skala 5</li> <li>- klien mengatakan iya dan mengangguk saat ditanya ingin diseka atau tidak</li> <li>- tampak klien minum melalui oral karena NGT nya sudah di lepas</li> </ul> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Mandi</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kemampuan Mandi	1	1	4	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	4					
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																
Kemampuan Mandi	1	1	4																
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	4																



		<p>4.4 sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan pasien dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan)</p> <p>4.5 berikan dukungan psikologis</p> <p>4.6 anjurkan bicara perlahan</p>													
16.40	V	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan iya dan mau saat ditawarkan apakah kulitnya ingin diberi baby oil agar mengurangi resiko terjadinya luka</li> <li>- klien mengangguk saat diberi anjuran untuk minum cukup air putih agar dapat melembapkan kulit</li> <li>- Klien mengatakan iya apakah sudah memakan makanan yang diberikan sesuai oleh rumah sakit</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- produk yang digunakan untuk melembapkan kulit adalah baby oil</li> <li>- tampak klien minum aqua botol ukuran 600 ml menggunakan sedotan</li> <li>- ubah posisi pasien (mika-miki per 2 jam)</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Masalah keperawatan resiko Luka Tekan teratasi sebagian</b></p> <p><b>P:</b> <b>Lanjutkan Intervensi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>5.2 Gunakan minyak pada kulit kering</li> </ul>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Suhu kulit	1	3	4	Kemerahan	1	3	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Suhu kulit	1	3	4												
Kemerahan	1	3	4												

		<p>5.3 Gunakan produk bahan ringan agar kulit tidak sensitif</p> <p>5.4 Ubah posisi pasien dengan hati-hati</p> <p>5.5 Anjurkan minum air yang cukup</p> <p>5.6 Anjurkan kecukupan nutrisi</p>													
17.05	VI	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan iya saat di beritahu untuk memanggil perawat jika membutuhkan sesuatu atau meminta posisi di pindahkan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tempat tidur klien berada di bed 2 dekat dengan Nurse station dan berada dalam pengawasan perawat</li> <li>- tampak klien melambatkan tangan dan memanggil perawat untuk menaikkan posisi bed nya</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat di tempat tidur</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Keperawatan Resiko jatuh teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> <b>Lanjutkan intervensi</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>6.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>)</li> <li>6.3 orientasikan ruangan kepada keluarga dan pasien</li> <li>6.4 pasang handrall tempat tidur</li> <li>6.5 tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station</li> <li>6.6 anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</li> </ul>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Jatuh saat di tempat tidur	1	2	4	Jatuh saat duduk	1	2	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Jatuh saat di tempat tidur	1	2	4												
Jatuh saat duduk	1	2	4												

<p><b>Rabu</b> <b>14/12/22</b></p> <p><b>18.00</b></p>	<p><b>I</b></p>	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan tidak ada pusing dan menggelengkan kepala saat ditanya pusing atau tidak</li> <li>- klien mengatakan tidak ada saat ditanya apakah ada keluhan sesak napas</li> <li>- Klien mengatakan nyaman dengan posisi saat ini saat ditanya apakah sudah nyaman atau tidak pasien mengangguk dan mengatakan iya</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 130/95 MmHg</li> <li>- nadi 72x/menit</li> <li>- irama pernapasan teratur, RR: 19X/menit</li> <li>- tampak pasien lebih tenang dan nyaman</li> <li>- melakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi) amlodhipine</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1" data-bbox="767 902 1249 996"> <thead> <tr> <th>KH</th> <th>sb</th> <th>ss</th> <th>tgt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit Kepala</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p>Lanjutkan intervensi Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>1.2 monitor nadi</li> <li>1.3 monitor irama pernapasan</li> <li>1.4 pertahankan posisi kepala dan leher nertral (nyaman)</li> <li>1.5 Melakukan prinsi 6 benar sebelum memberikan obat amlhodipine (pasien, obat, rute,dosis, waktu dan dokumentasi)</li> </ol>	KH	sb	ss	tgt	Sakit Kepala	2	4	4	Tekanan Darah	2	3	4	
KH	sb	ss	tgt												
Sakit Kepala	2	4	4												
Tekanan Darah	2	3	4												

20.15	II	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan iya dan menganggukan kepala saat ditanya apakah otot terasa lebih nyaman setelah dilakukan terapi inovasi rom dan mirror therapy dan klien mengatakan tidak ada sakit setelah diberikan terapi</li> <li>- pasien mengatakan tidak ada pusing saat ditanya hari ini ada pusing atau tidak</li> <li>- Klien mengatakan iya dan mau melakukan latihan therapy Rom dan kombinasi dengan <i>Mirror Therapy</i> untuk memperkuat kekuatan otot pasien</li> <li>- klien mengatakan iya dan ingin mendengarkan edukasi tentang kenapa otot harus digunakan</li> <li>- Klien mengatakan iya dan menganggukan kepala saat ditanya apakah mau melakukan lagi terapi Rom yang ke 6 dihari ke 3 kombinasi dengan <i>mirror therapy</i> untuk memperkuat kekuatan otot pasien</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot pasien sebelum dilakukan terapi           <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">2</td> <td style="padding: 0 10px;">3</td> </tr> </table> </li> <li>- kekuatan otot pasien sesudah dilakukan tindakan meningkat pada tangan dan kaki pasien           <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">3</td> <td style="padding: 0 10px;">4</td> </tr> </table> </li> <li>- pada latihan ke 5 dihari ke 3 pasien tampak rileks dan mengikuti latihan Rom dan <i>Mirror Therapy</i> sampai selesai dan pasien tidak ada terlihat keluhan nyeri saat dilakukan terapi Rom dan <i>mirror therapy</i></li> <li>- tampak klien mendengarkan dengan baik apa yang disampaikan</li> <li>- pasien terlihat keadaanya lebih baik dan siap untuk melakukan therapy rom dan <i>mirror therapy</i></li> <li>- keadaan pasien tampak baik (sebelum latihan ke 6 dihari ke 3)</li> <li>- Tampak klien mengikuti gerakan sampai selesai dan rileks dan saat melakukan gerakan pasien tidak ada keluhan nyeri ataupun kesakitan.</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Kriteria hasil</td> <td style="width: 10%;">Sb</td> <td style="width: 10%;">SS</td> <td style="width: 10%;">TGT</td> </tr> </table>	3	4	2	3	3	4	3	4	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	
3	4														
2	3														
3	4														
3	4														
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												

		<table border="1"> <tr> <td>Pergerakan Ekstremitas</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang Rom</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Masalah Keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.1 identifikasi toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan</p> <p>2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>2.3 lakukan latihan sesuai program yang ditentukan (<i>Range Of Motion</i> kombinasi dengan <i>mirror therapy</i>)</p> <p>2.4 jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakanya otot</p>	Pergerakan Ekstremitas	1	3	4	Kekuatan otot	1	4	4	Rentang Rom	1	2	4					
Pergerakan Ekstremitas	1	3	4																
Kekuatan otot	1	4	4																
Rentang Rom	1	2	4																
16.07	III	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan iya saat ditanya apakah ingin mencoba minum sendiri pada hari ini</li> <li>- hari ini klien mengangguk saat ditanya apakah bisa makan sendiri dan minum memegang botolnya sendiri</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak mencoba minum dengan sendiri dan sambil didampingi karena jika ada yang dibutuhkan oleh pasien</li> <li>- Tangan pasien masih gemetar saat mencoba memegang sendok</li> <li>- tampak klien minum sendiri</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Mandi</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemampuan makan</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah keperawatan defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p><b>Lanjutkan Intervensi</b></p> <p>3.1 identifikasi kebiasaan akvitas perawatan diri sesuai usia</p> <p>3.2 monitor tingkat kemandirian</p> <p>3.3 sediakan lingkungan yang privasi (mis. Lingkungan yang hangat, rileks dan</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kemampuan Mandi	1	2	4	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	4	Kemampuan makan	1	3	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																
Kemampuan Mandi	1	2	4																
Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	4																
Kemampuan makan	1	3	4																

		<p>privasi)</p> <p>3.4 siapkan keperluan pribadi</p> <p>3.5 dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>3.6 fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri.</p> <p>3.7 anjurkan melakukan perawatan diri sesuai dengan kemampuan</p>									
15.57	IV	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan iya saat dianjurkan apakah ingin mencoba menulis atau tidak</li> <li>- klien mengatakan iya ingin diajak berdoa agar meningkatkan keinginannya untuk sembuh</li> <li>- klien mengatakan iya saat dianjurkan untuk mencoba bicara perlahan</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sudah dapat berbicara namun untuk penyusunan kalimat masih belum jelas dan terkadang belum bisa dipahami</li> <li>- Klien mencoba untuk menulis sesuatu namun tulisanya masih belum jelas</li> <li>- klien tampak mengerti saat berbicara didepannya dan agak mendekatkan wajah ke pasien dan berbicara sedikit lebih keras namun dihindari dalam berteriak</li> <li>- klien tampak mengikuti saat berdoa</li> <li>- terlihat klien mencoba untuk bicara perlahan namun terkadang kalimat yang diucapkan sulit untuk dipahami</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan Berbicara</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kemampuan Berbicara	1	3	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT								
Kemampuan Berbicara	1	3	4								

		<p>Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 monitor kecepatan,tekanan, kuantitas, dan volume bicara</li> <li>4.2 identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> <li>4.3 gunakan metode komunikasi alternatif (mis. Menulis, mata berkedip )</li> <li>4.4 sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. Berdiri di depan pasien dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasanatau pemikiran sekaligusbicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan)</li> <li>4.5 berikan dukungan psikologis</li> <li>4.6 anjurkan bicara perlahan</li> </ol>									
16.50	V	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan iya saat ditanya apakah kulitnya yang kering diberi oil merasa lebih nyaman</li> <li>- klien mengatakan mau kulitnya dioleskan baby oil lagi hari ini</li> <li>- klien mengatakan iya saat dianjurkan minum air yang cukup</li> <li>- klien mengatakan iya setelah disarankan untuk mengkonsumsi makanan yang diberikan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan nutrisi</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil skala norton 13 (resiko sedang dekubitus)</li> <li>- klien tampak nyaman saat kulit nya di oleskan minyak baby oil</li> <li>- oil yang digunakan adalah baby oil</li> <li>- klien tampak minum air yang cukup hari ini</li> <li>- tampak klien mengkonsumsi makanan yang sudah disediakan rumah sakit</li> <li>- ubah posisi pasien (mika-miki per 2 jam)</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Suhu kulit	1	4	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT								
Suhu kulit	1	4	4								

		<table border="1"> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Masalah Keperawatan Resiko Luka Tekan teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b></p> <p><b>Lanjutkan Intervensi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</li> <li>5.2 Gunakan minyak pada kulit kering</li> <li>5.3 Gunakan produk bahan ringan agar kulit tidak sensitif</li> <li>5.4 Ubah posisi pasien dengan hati-hati</li> <li>5.5 Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>5.6 Anjurkan kecukupan nutrisi</li> </ol>	Kemerahan	1	3	4									
Kemerahan	1	3	4												
17.08	VI	<p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klien mengatakan iya dan mengangguk saat diberitahu jika membutuhkan bantuan silahkan memanggil atau melambaikan tangan ke perawat</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- tempat tidur klien berada d bed 2 dekat dengan nurse station</li> <li>- hari ini klien terlihat memanggil perawat saat ingin berubah posisi</li> <li>- skala jatuh pasien mendapat skor 60</li> <li>- tempat tidur pasien handrall nya selalu terpasang</li> <li>- tempat tidur klien berada d bed 2 dekat dengan nurse station</li> <li>- hari ini klien terlihat memanggil perawat saat ingin berubah posisi</li> </ul> <p><b>A:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh saat di tempat tidur</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Keperawatan resiko jatuh teratasi</p> <p><b>P:</b></p> <p>Hentikan Intervensi</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Jatuh saat di tempat tidur	2	4	4	Jatuh saat duduk	2	4	4	
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Jatuh saat di tempat tidur	2	4	4												
Jatuh saat duduk	2	4	4												