

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN

#### A. Pengkajian Status

##### 1. Identitas Klien

Nama	: Tn.E
Umur	: 60 Tahun
No. MR	: 1724xxx
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Tanggal Pengkajian	: Jumat, 9 Desember 2022 (09.00)
BB/TB	: 60kg/170cm
Agama	: Islam
Status	: Menikah
Alamat	: Jl. Jembayan Loa Kulu
Pendidikan	: SMP
Pekerjaan	: Swasta
Diagnosis Medis	: Penurunan kesadaran, Suspek SH dd SNH

##### 2. Keluhan Utama

- a. Saat Masuk Rumah Sakit (tanggal 07/12/2022 jam 13.40 WITA) pasien rujukan dari puskesmas Kembang Janggut dengan keluhan tidak sadarkan diri saat dirumah, tergeletak di lantai, lalu warga membawanya ke puskesmas dan pihak puskesmas mengantarkannya ke Rumah Sakit Parikesit. Saat di IGD kesadaran pasien Somnolen

- b. Saat Pengkajian (tanggal 09/12/2022 jam 08.30 WITA) Pasien hanya bisa mengangguk dan berucap beberapa kata, yang dipahami adalah, pasien mengatakan badannya lemas dan sulit bergerak.

## **B. Primary Survey**

### **1. Airway**

Look : Adanya pengembangan dada

Listen : Adanya suara hembusan napas

Feel : Terasanya hembusan nafas

Tidak menggunakan alat bantu napas, tidak adanya sumbatan jalan napas, pasien dapat berbicara tanpa adanya halangan dari saluran napas

### **2. Breathing**

- Inspeksi : Bentuk dada normal chest, pergerakan simetris kanan dan kiri, RR 18X/menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, ekspansi pengembangan paru kanan dan kiri simetris
- Perkusi : Suara sonor.
- Auskultasi : Suara vesikuler.

### **3. Circulation**

Nadi: 86x, tekanan darah 154/98, CRT < 2 detik, akral hangat, suhu 36,6°C.

MAP: 117

### **4. Fluid**

Terpasang infus ditangan kiri sejak tanggal 08/12/2022, dengan cairan Asering 500ml 20tpm, Terpasang DC sejak 08/12/2022, urin 24 jam 2200cc.

Terpasang NGT dengan diit susu rendah garam sebanyak 200 dengan 4 kali pemberian.

### **C. Secondary Survey**

#### **1. Brain**

Keadaan umum : Lemah, GCS: E4 V5 M6 : 15 (Composmentis), pupil isokor, reflek terhadap cahaya, bibir pasien pelo sehingga sulit untuk berbicara, reflek Babinski (+).

#### **2. Breathing**

- Inspeksi : Bentuk dada normal chest, pergerakan simetris kanan dan kiri, RR 18X/menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan.
- Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, ekspansi pengembangan paru kanan dan kiri simetris
- Perkusi : Suara sonor.
- Auskultasi : Suara vesikuler. Pasien diposisikan supine, tidak ada sekret, tidak menggunakan alat bantu napas.

#### **3. Blood**

Tekanan darah : 154/98 mmHg, Nadi : 86x/menit, Suhu 36,1 C, Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, akral hangat, tidak ada nyeri dada dan juga edema, pulsasi nadi teraba kuat dan teratur, bunyi jantung S1 & S2 reguler, GDS : 128mg/dl.

#### **4. Bladder**

Terpasang DC sejak 08/12/2022, urin 24 jam 2200cc, warna urin kuning keruh, tidak ada distensi kandung kemih.

### **5. *Bowel***

Pasien terpasang NGT dari tanggal 08/12/2022, terpasang pampers, bab sehari sekali, persialtik usus 15x/menit, tidak ada nyeri tekan abdomen, mendapatkan diet susu rendah garam 200cc dengan pemberian 4 kali/ hari.

### **6. *Bone***

Terjadi penurunan kekuatan otot pada pasien, ekstremitas kanan dengan skala 3, ekstremitas kiri dengan skala 1. Pasien tidak mampu mengubah posisinya secara mandiri, dari awal masuk RS, pasien sudah *bed rest*, Segala aktivitas dibantu oleh perawat, kulit teraba hangat, tidak terdapat cedera pada ekstremitas pasien.

## **D. Pengkajian Pola Fungsi Gordon**

### **1. Pola Persepsi Kesehatan – Manajemen Kesehatan**

#### **Data Subjektif :**

Pasien sulit dikaji karena bibir pelo, tetapi saat ditanya ingin sembuh, pasien mengangguk dan berkata ingin sembuh

#### **Data Objektif :**

Kesadaran Pasien Compos Mentis, pupil isokor, pasien dapat mendengar dengan baik, penampilan umum pasien, rambut putih dengan botak ditengah serta memiliki jenggot dan kumis, pasien menggunakan pakaian yang disediakan oleh ruangan. Dilakukan penilaian menggunakan skala NIHSS, pasien mengalami gangguan neurologis sedang. Saat didengarkan terapi musik klasik, pasien merasa tenang dan tidak gelisah, begitupun saat diberikan aromaterapi mawar.

**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	0
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, menghitung jari pemeriksa 1,2,5)	0 = Normal 1 = Kuadrianopsis 2 = Hemianopia total 3 = Hemianopia bilateral/butakortikal	0
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 sisi atau 2 sisi)	2
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 5a untuk nilai lengan kiri 5b untuk nilai lengan atas	3

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 6a Nilai tungkai kiri 6b Nilai tungkai kanan	2
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	2
11.	(Pengabaian)	0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut : Visual, Taotile, Auditory 2 = Tidak ada atensi pada lebih darisatu modalitas	0
TOTAL			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 – Metabolik**

### **Data Subjektif :**

Sulit dikaji karena mulut pasien pelo, tetapi saat ditanya apakah hanya makan dari yang disediakan rumah sakit saja, pasien mengangguk.

### **Data Objektif :**

BB = 60 kg, TB = 170 cm, IMT = 20,76 (Normal). Kulit kering, mukosa bibir kering. Peristaltic usus 14x/Menit, terpasang NGT dan mendapat diit susu sehari 4 kali, tidak ada mual maupun muntah, tidak ada edema dan turgor kulit < 2 detik.

## **3. Pola Eliminasi**

### **Data Subjektif :**

Saat ditanya apakah pasien ada mengalami nyeri terpasang kateter, pasien menggelengkan kepala.

### **Data Objektif :**

Selama di rawat, pasien dibantu total dalam memenuhi kebutuhan eliminasinya, pasien menggunakan pampers karena tidak bisa berjalan ke wc, pasien terpasang DC untuk BAK. Pampers diganti sehari sekali, karakteristik feses lunak, berwarna coklat, tidak ada darah. Untuk BAK, urin berwarna kuning gelap, tidak ada distensi kandung kemih, produksi urin 24 jam sebanyak 2200cc.

## **4. Pola Aktivitas dan Latihan**

### **Data Subjektif :**

Pasien mengatakan hanya di tempat tidur saja

**Data Objektif :**

Seluruh aktivitas pasien dibantu oleh perawat, mulai dari pemenuhan nutrisi, mandi, berpakaian, toileting, mobilisasi di tempat tidur, hingga ambulasi/ROM. Pasien bedrest dengan posisi semi fowler, kekuatan otot tangan dan kaki kiri 2, tangan dan kaki kanan 4. Pasien tidak dapat merubah posisi sendiri. Akral terasa hangat, CRT < 2 detik, tidak ada sianosis.

**5. Pola Tidur dan Istirahat****Data Subjektif :**

Saat ditanya apakah selama di rumah sakit tidurnya nyenyak, pasien menjawab ya dan mengangguk, pasien mengatakan tidak tau berapa jam ia tidur sehari karena tidak melihat jam.

**Data Objektif :**

Keadaan umum lemah, pasien dapat tertidur pagi dan siang hari.

**6. Pola Persepsi Kognitif****Data Subjektif :**

ketika di tanya apakah ada nyeri, pasien mengatakan tidak, pasien mengatakan tidak ada kekecewaan dengan kondisinya, karena sudah lama menderita stroke.

**Data Objektif :**

Tidak ada nyeri

**7. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri****Data Subjektif :**

Sulit di kaji secara menyeluruh, tetapi saat ditanya apakah pasien menerima kondisinya dan berhadap bisa cepat sembuh

**Data Objektif**

Selama pengkajian pasien menunjukkan ekspresi tenang, pasien sangat sulit untuk berbicara karena bibir pelo, pasien hanya mengangguk dan memberikasan bahasa isyarat serta diinstruksikan untuk mengulangi jawaban.

**8. Pola Hubungan Peran****Data Subjektif :**

Sulit di kaji, saat di tanya terkait dengan hubungan dengan keluarga dan lain-lain, saat di tanya pasien hanya mengangguk saja. Pasien mengatakan tinggal bersama anaknya.

**Data Objektif :**

Data dari rekam medik, didapatkan bahwa pasien sudah bercerai dengan istrinya, dan sekarang tinggal bersama anaknya yang berusia 12 tahun.

**9. Pola Reproduksi – Seksualitas****Data Subjektif :**

Pasien mengatakan sudah bercerai dengan istrinya

**Data Objektif :**

Pasien tidak ada masalah dengan prostat, tidak ada riwayat penyakit menular seksual, pasien terpasang DC. Informasi di rekam medik, bahwa pasien telah cerai dengan istrinya

**10. Pola Toleransi terhadap stress – koping****Data Subjektif :**

Pasien mengatakan tidak stress, pasien merasa tenang jika mendengarkan alunan musik yang slow seperti yang peneliti tawarkan yaitu musik klasik.

Pasien juga mengatakan merasakan nyaman jika diberikan aromaterapi mawar.

**Data Objektif :**

Pasien terlihat tenang saat pengkajian.

**11. Pola Keyakinan – Nilai**

**Data Subjektif :**

Saat ditanya apa agama bapak, pasien menjawab islam, lalu untuk memastikannya ditanya kembali, apakah bapak beragama islam, pasien menganggukan kepalanya. Pasien mengatakan tidak melaksanakan sholat selama di RS.

**Data Objektif :**

Pasien tidak melakukan ibadah selama di RS karena duduk saja tidak mampu.

**E. Pemeriksaan Fisik**

1. Keadaan Umum : Baik
2. Kepala : Bentuk normal, tidak ada benjolan, tidak ada trauma maupun lesi, rambut berwarna hitam dan beruban. Rambut atas botak dan penyebaran rambut tidak merata.
3. Mata : Mata pasien simetris, bereaksi terhadap cahaya, pupil isokor, pasien tidak menggunakan kacamata.
4. Telinga : Telinga pasien antara kanan dan kiri simetris, tidak ada kecacatan, telinga terdapat serumen, pasien tidak menggunakan alat bantu.
5. Hidung : Pada hidung pasien tidak ada polip,

6. Mulut : Mulut pasien terdapat mukosa, gigi kotor, tidak ada sariawan, tidak ada konsil.
7. Leher : Tidak ada nyeri pada leher, tidak ada distensi vena jugularis, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
8. Jantung :
  - a) Inspeksi : iktus cordis tidak tampak
  - b) Palpasi : Iktus cordis teraba di ics 5 mid klavikula
  - c) Perkusi : Suara redup
  - d) Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2
9. Paru-paru :
  - a) Inspeksi : Bentuk dada normal chest, pergerakan simetris kanan dan kiri, RR 18X/menit, tidak menggunakan otot bantu pernapasan.
  - b) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, ekspansi pengembangan paru kanan dan kiri simetris
  - c) Perkusi : Suara sonor.
  - d) Auskultasi : Suara vesikuler.
10. Abdomen :
  - a) Inspeksi : Tidak ada lesi, tidak ada distensi
  - b) Auskultasi : Bising usus 13x/menit
  - c) Perkusi : Suara tympani
  - d) Palpasi : Tidak teraba massa, tidak ada pembengkakan
11. Genetalia : Tidak terdapat hemoroid, genetalia bersih, terpasang kateter,

12. Integumen : Turgor kulit pasien baik, kembali < 2 detik, terdapat luka pada bokong klien, luka kemerahan dan ada lecet tetapi tidak terlalu besar. Kulit tidak edema, warna kulit sawo matang, Hasil dari pengkajian, dengan kondisi pasien yang bedrest, bahwa pasien risiko tinggi mengalami luka decubitus. Untuk penilaiannya dapat dilihat sebagai berikut:

**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	Selalu Inkontenensia Urin (√)	Inkontensia
Skore	8	3	2	1
Total Skore	11			

**Keterangan:**

<12 : Risiko tinggi terjadi dekubitus

12-15 : Risiko sedang terjadi dekubitus

16-20 : Risiko rendah terjadi dekubitus

Pada kekuatan otot pasien, didapatkan penurunan kualitas pada ekstermitas atas dan bawah. Untuk penilaian skala kekuatan otot pasien, dapat dilihat sebagai berikut.

3	1
3	1

**Tabel 3.4 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 tekanan sedang
- 2 : Hanya mampu melakukan gerakan dua sendi atau lebih
- 1 : Hanya mampu menggerakkan ujung jari
- 0 : Tidak mampu

Pasien mengalami bedrest di tempat tidur, sehingga perlu dilakukan pengkajian risiko jatuh. Didapatkan hasil bahwa pasien berisiko jatuh tinggi, dengan indikator penilaian sebagai berikut :

Faktor Risiko	Skala	Skor
Riwayat jatuh akibat penyakit akut, pembedahan dan geropsyhiatric dalam 3 bulan	Ya (25)	25
	Tidak (0)	0
Diagnosis sekunder lebih dari satu	Ya (15)	15
	Tidak (0)	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda – bendasekitar (30)	0
	Furniture Kruk, Tongkat, Walker(15)	0
	Tidak menggunakan / <i>Bed rest</i> selaludi bantu (0)	0
Menggunakan IVCateter	Ya (20)	20
	Tidak (0)	0
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang/diseret) (20)	0
	Lemah (10)	0
Status mental	Normal, <i>Bed rest</i> , Kursi roda (0)	0
	Tidak sadar akan kemampuannya (15)	0
	Orientasi sesuai kemampuan diri (0)	0
Total skor		60

**Tabel 3.5 Pengkajian Skala Morse**

**Keterangan:**

0-24 : Tidak berisiko jatuh

25-50 : Berisiko jatuh rendah

>51 : Berisiko jatuh tinggi

13. Neurologis : Pasien sempat mengalami penurunan kesadaran saat awal masuk RS, tetapi saat pengkajian kesadaran pasien composmentis. Untuk pengkajian 12 saraf kranialis pada Tn E dapat dinilai sebagai berikut:

**Tabel 3.6 Pengkajian 12 Saraf Kranialis**

No Urut	Nama Saraf	Hasil Pengkajian
I	Nervus Olfaktorius	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 tidak dapat mengunyah makanan
VI	Nervus Abdusen	Pasien mampu melirikkan 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 Glosofaringeal	Pasien mampu menelan minuman, pasien mengatakan dapat merasakan rasa manis dari gula dan asin dari garam.
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

## F. Pemeriksaan Penunjang

### 1. Hasil pemeriksaan CT SCAN tanggal 08/12/2022

**Telah dilakukan pemeriksaan MSCT kepala tanpa kontras irisan axial, coronal, sagittal dan reformat 3D dengan hasil sebagai berikut:**

- Tampak lesi hipodens (CT Number 26 HU) pada lobus frontotempoparietal kanan, kapsula externa kanan, N. Caudatus kanan dan N. Lentiformis kanan
- Sulci dan gyri prominent
- Tidak tampak midline shift
- Sistem, ventrikel dan ruang subarachnoid yang terscan dalam batas normal
- CPA, pons dan cerebellum yang terscan dalam batas normal
- Sinus paranasalis dan aircell mastoid yant terscan dalam batas normal
- Kedua bulbus oculi dan ruang retrobulbar yang terscan dalam batas normal
- Tulang-tulang intak

### **Kesan**

- Infark lobus frontotemporoparietal kanan, kapsula ecxterna kanan, N. Caudatus kanan dan N. Lentiformis kanan.
- Brain atrophy

- Tidak tampak lesi hiperdens patologik
- Tidak tampak tanda-tanda peningkatan TIK.

2. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 9/12/2022

### G. Terapi obat

1. Melalui NGT

- Micardis 1x40 mg
- CPG 1X1 tablet
- Aspilet 1x1 tablet
- Atorvastatin 1x40 mg
- Amlodipin 1x10 mg

2. Parentral

- Injeksi Omeprazol 2x1 vial
- Injeksi Ceftriaxone 2x1 vial
- Injeksi Kutoin 2x1 vial
- Injeksi Citicolin 2x500 mg

3. Diet

Diet rendah garam 3 (4x200cc)

### H. Analisis Data

**Tabel 3.9 Analisis Data**

No	Data	Etiologi	Problem
1	DS : - pasien mengatakan sudah lama menderita hipertensi - Pasien mengatakan sudah lama menderita stroke DO : - Tekanan darah pasien 154/98 mmHg - GCS/ Compos mentis (mata: 4, verbal: 5 dan motorik: 6)	Faktor Risiko Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pupil isokor</li> <li>- Skala NHSS pasien menunjukkan defisiit neurologis berat</li> </ul>		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan tangan kirinya, tetapi untuk menggerakkan jari masih bisa</li> <li>- pasien mengatakan merasa lemah</li> <li>- Pasien mengatakan tangan kanannya hanya bisa diangkat beberapa detik saja</li> <li>- Pasien mengatakan tidak bisa duduk sendiri</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobilisasi di bantu total oleh perawat, mulai dari mandi hingga mengganti pampers</li> <li>- Nilai skala indkes barthel 1 yaitu ketergantungan total</li> <li>- Pasien mengalami kelemahan otot pada ekstremitas kanan dengan skala 3 dan ekstremitas kiri skala 1</li> </ul>	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ditanya, apakah untuk mandi, membersihkan gigi dan mengganti pampers semua di bantu oleh perawat, pasien mengangguk dan berkata ya</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kegiatan empat tidur dibantu sepenuhnya oleh perawat</li> <li>- Pasien bed rest dan tidak mampu bergerak leluasa karena penurunan kekuatan otot</li> </ul>	Gangguan Neuromuskuler	Defisit Perawatan Diri (D.0109)
4	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat luka lecet pada bokong pasien</li> <li>- Luka terlihat kemerahan</li> <li>- Luka hanya sampai lapisan epidermis</li> <li>- Skala Norton 11 (risiko tinggi terjadinya decubitus)</li> </ul>	Penurunan mobilitas	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0129)
5	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ditanya apakah pasien sudah lama mengalami stroke, pasien menjawab ya</li> </ul>	Gangguan Neuromuskuler	Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119)

	DO : - Pasien sulit untuk bicara - Mulut pasien pelo - Artikulasi pengucapan kata tidak terlalu jelas - Pasien hanya bisa menyebutkan 1 sampai 2 kata saja		
6	DS : - Pasien mengatakan seluruh aktivitasnya dibantu oleh perawat - Pasien mengatakan sulit untuk menggerakkan tangannya, untuk menggenggam saja sangat susah DO : - Seluruh aktivitas dibantu oleh perawat - Pasien berada di bed yang cukup tinggi - Pasien mengalami kelemahan otot - Nilai skala jatuh pasien 60, yaitu risiko jatuh tinggi	Kekuatan Otot Menurun	Risiko Jatuh (D.0.143)

### I. **Diagnosis Prioritas Masalah Keperawatan**

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko 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 Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas (D.0139)
5. Gangguan Komunikasi Verbal Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0119)
6. Risiko Jatuh Berhubungan dengan Kekuatan Otot Menurun (D.0.143)

## J. Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.10 Intervensi Keperawatan**

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	<b>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Gangguan Neuromuskular</b>	<b>Perfusi Serebral (L.02014)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan aliran darah serebral adekuat dengan kriteria hasil : - Nilai rata-rata tekanan darah dari 2 menjadi 5 - Tekanan darah sistolik dari 2 menjadi 5 - Tekanan darah diastolic dari 2 menjadi 5 Keterangan 1. Memburuk 2. Cukup Memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik	<b>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</b> <b>Observasi</b> 1.1 Monitor peningkatan tekanan darah 1.2 Monitor nadi <b>Terapeutik</b> 1.3 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman) 1.4 Dokumentasikan hasil pemantauan <b>Edukasi</b> 1.5 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <b>Pemberian Obat (L.02062)</b> <b>Observasi</b> 1.6 Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat <b>Terapeutik</b> 1.7 Fasilitasi minum obat <b>Edukasi</b> 1.8 Jelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian obat
2.	<b>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</b>	<b>Mobilitas Fisik (L. 05042)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan adanya peningkatan kekuatan otot dengan kriteria hasil: - Pergerakan ekstremitas dari 1 menjadi 4 - Rentang ROM dari 1 menjadi 4 - Kekuatan otot dari 1 menjadi 4 Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	<b>Dukungan Ambulasi (I.05171)</b> <b>Observasi</b> 1.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 1.2 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi <b>Terapeutik</b> 1.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik 1.4 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu <b>Edukasi</b> 1.5 Anjurkan melakukan mobilisasi dini
3	<b>Defisit Perawatan Diri b.d Gangguan Neuromuskuler (D.0109)</b>	<b>Perawatan Diri (L.1113)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan adanya	<b>Dukungan Perawatan Diri (09268)</b> <b>Observasi</b> 3.1 Monitor tingkat kemandirian

		<p>peningkatan perawatan diri dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan menggunakan pakaian dari 1 menjadi 4</li> <li>- Mempertahankan kebersihan mulut dari 1 menjadi 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>3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>3.3 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu</p> <p>3.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>3.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>
4	<p><b>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan b.d Penurunan Mobilitas (D.0139)</b></p>	<p><b>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan terdapat peningkatan perawatan kulit dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemerahan dari 2 menjadi 4</li> <li>- Kerusakan lapisan kulit dari 2 menjadi 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>	<p><b>Perawatan Integritas Kulit (L.11353)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1.2 Gunakan minyak pada kulit kering</p> <p>1.3 Ubah posisi tiap 2 jam</p> <p>1.4 Hindari produk berbahan dasar alkohol</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1.5 Anjurkan menggunakan pelembab</p>
5	<p><b>Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular</b></p>	<p><b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan kemampuan untuk berkomunikasi dapat meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan bicara dari 1 menjadi 4</li> <li>2. Kesesuaian ekspresi wajah dari 1 menjadi 4</li> </ol> <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 Meningkatkan</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol>	<p><b>Promosi Komunikasi : Defisit Bicara (I.13492)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>5.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</p> <p>5.2 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>5.3 Gunakan metode komunikasi alternatif</p> <p>5.4 Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>5.5 Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>5.6 Anjurkan bicara perlahan</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>5.7 Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis</p>
6	<p><b>Risiko Jatuh d.d Kekuatan otot menurun</b></p>	<p><b>Tingkat Jatuh (L. 14138)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan</p>	<p><b>Pencegahan Jatuh (I.14540)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <p>6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>6.2 Hitung skala jatuh (morse)</p> <p><b>Terapeutik</b></p>

	<p>otot untuk menggerakkan tubuh dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatuh dari tempat tidur dari 1 menjadi 4</li> <li>- Jatuh saat duduk dari 2 menjadi 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> </ol> <p>Menurun</p>	<p>6.3 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>6.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>
--	--	---

## K. Intervensi Inovasi Keperawatan

### 3.11 Table Intervensi Inovasi Keperawatan

Diagnosis	Intervensi Inovasi	Intervensi
Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Faktor Hipertensi	<p>Terapi Musik Klasik dan Aromaterapi Mawar yang dilakukan pada</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sabtu 09/12/2022 pukul 11.30</li> <li>- Senin 11/12/2022 pukul 15.00</li> <li>- Selasa 12/12/2022 pukul 15.00</li> </ul>	<p>Pengkajian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kaji status sensori klien, apakah ada defisit kognitif seperti gangguan pendengaran dan penciuman</li> <li>- Kaji keluhan sebelum terapi diberikan</li> <li>- Kaji kesiapan klien</li> <li>- Kaji kesiapan perawat</li> </ul> <p>Pra Interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mencuci tangan</li> <li>- Mempersiapkan alat: berupa pulpen, kertas, lembar checklist, handscoon, headset, handphone berisikan musik</li> </ul> <p>Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberi salam dan menyapa nama klien</li> <li>- Memperkenalkan diri</li> <li>- Melakukan kontrak</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan</li> <li>- Menanyakan kesediaan klien untuk dilakukan tindakan</li> <li>- Memberikan kesempatan pada klien/keluarga untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai</li> <li>- Mendekatkan alat-alat</li> </ul> <p>Kerja</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Membaca basmallah</li> <li>- Memposisikan klien senyaman mungkin</li> <li>- Melakukan pengukuran tekanan darah klien sebelum pemberian terapi musik kombinasi dengan aromaterapi lalu tulis hasil tekanan darah di lembar ceklist pre test</li> <li>- Klien diposisikan baring dengan tenang, rileks dan tidak berbicara</li> <li>- Menyiapkan tisu dan kemudian teteskan sebanyak 2-3 tetes minyak aromaterapi</li> <li>- Kemudian arahkan tisu yang sudah ditetesi minyak esensial ke arah hidung klien kemudian hirup secara perlahan.</li> <li>- Menganjurkan responden menghirup aroma terapi yang diberikan</li> <li>- Anjurkan kepada responden menghirup aroma terapi tersebut</li> <li>- pastikan klien dalam posisi nyaman dan rileks</li> <li>- Dengarkan rekaman suara musik klasik</li> <li>- Setelah 10-15 menit mendengarkanmawar musik klasik, pastikan pasien dalam kondisi rileks setelah terapi</li> <li>- Bandingkan hasil pengukuran tekanan darah sebelum dan setelah pemberian terapi</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 reinforcement positif</li> <li>- Membuat kontrak pertemuan selanjutnya</li> <li>- Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien membaca doa</li> <li>- Melepas handscoon</li> <li>- Mencuci tangan</li> </ul> <p>Evaluasi</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evaluasi perasaan klien</li> <li>- Simpulkan hasil kegiatan</li> <li>- Evaluasi respon klien</li> <li>- Evaluasi diri perawat</li> </ul> <p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan, catat pula data hasil pengkajian dan respons klien</li> </ul>
--	--	---

#### L. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan inovasi terapi musik klasik dan aromaterapi mawar pada Tn. E dilakukan untuk menurunkan tekanan darah. Sebelum dilakukan tindakan intervensi, penulis telah mencatat hasil *pre test* terlebih dahulu untuk mengetahui hasil tekanan darah. Tindakan inovasi dilakukan selama 3 hari dengan rentang waktu pemberian kurang lebih 15 menit di ruang intermediate RS Muhammad Aji Parikesit. Hasil dari intervensi inovasi tersebut dapat dilihat sebagai berikut :

**Tabel 3.12 Hasil pre dan post tekanan darah**

Hari perawatan	Sebelum diberi terapi inovasi		Sesudah diberi terapi inovasi		selisih	
	sistolik	diastolik	sistolik	diastolik	sistolik	diastolik
Sabtu 09/12/2022	154	98	142	91	12	7
Senin 11/12/2022	145	91	133	85	12	6
Selasa 12/12/2022	132	87	127	83	5	4

**Tabel 3.13 Implementasi Keperawatan**

No	Tanggal/jam	Diagnosis Kep	Implementasi	Evaluasi Respon	TTD
1.	Sabtu, 09/12/2022 10.00	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Faktor Risiko Hipertensi	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S : - O : 154/98 MmHg	
	10.05		1.2 Memonitor nadi	S : - O:86X/Menit	

	10.10		1.3 Mempertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)	S : Pasien mengatakan nyaman O : Posisi kepala di atur senyaman mungkin menggunakan bantal
	10.16		1.4 Mendokumentasikan hasil pemantauan	S : - O : Nadi 86, TD 154/98, MAP 116, Kepala pasien diatur lebih tinggi.
	09.58		1.5 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	S : Saat dijelaskan, pasien menjawab dan mengangguk kepala O : Pasien terlihat kooperatif
	07.40		1.6 Memonitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat	S : O: TD 154/98, N 86x, RR 18, Suhu 36,5.
	07.46		1.7 Memfasilitasi minum amlodipine 10 mg	S: Pasien mengatakan terimakasih O: pasien diberikan amlodipine 10mg
	07.44		1.8 Menjelaskan jenis obat, alasan pemberian, tindakan yang diharapkan dan efek samping sebelum pemberian obat	S: Pasien mengatakan paham akan penjelasan terkait dengan obat O: Pasien Kooperatif
Sabtu, 09/12/2022  10.06		Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromukular	2.1 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	S : Saat ditanya, apakah pasien dapat menggerakkan tangan dan kakinya, pasien menjawab susah O : Pasien sulit menggerakkan tangan dan kakinya, kekuatan otot ekstremitas kiri 1 dan ekstremitas kanan 3



	10.00		2.2 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	S : - O : TD 154/98, Nadi 86x/menit	
	10.20		2.3 Memfasilitasi melakukan Mobilitas fisik	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu untuk menggerakkan tangan dan kakinya ditempat tidur	
	10.25		2.4 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu pegangan ke handrail tempat tidur	
	10.26		2.5 Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	S: Saat ditanya apakah pasien siap untuk menggerakkan tangan dan kakinya secara pelahan, pasien menganggukan kepala O : Pasien terlihat kooperatif saat dijelaskan	
	Sabtu, 09/12/2022  10.08	Risiko Jatuh b.d Kekuatan Otot Menurun	6.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S : Saat ditanya apakah pasien sulit menggerakkan tangannya, pasien menjawab ya O : Pasien menderita stroke, pasien mengalami penurunan kekuatan otot, usia pasien 60 tahun.	
	10.29		6.2 Menghitung skala jatuh (morse)	S: - O : - Skala morse pasien 60 yaitu risiko tinggi jatuh	
	10.00		6.3 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	S: - O:Roda tempat tidur terkunci semua	
	10.12		6.4 Memasang handrail tempat tidur	S: - O: Handrail kanan dan kiri terpasang	
	10.34		6.5 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Pasien mengangguk saat dijelaskan jika membutuhkan bantuan perawat O: Pasien diinstruksikan untuk mengangkat jempolnya jika membutuhkan bantuan perawat	

	Sabtu, 09/12/2022  10.14	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler	3.1 Memonitor tingkat kemandirian	S : Saat ditanya apakah semua aktivitas ditempat tidur dibantu, pasien menjawab ya O : Pasien bedrest di tempat tidur dengan ketergantungan total	
	11.18		3.2 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	S : Saat ditanya untuk kebersihan diri dan mengganti pakaian apakah dibantu semua, pasien menjawab ya. O : Aktifitas mandi, membersihkan gigi, berpakaian semua dibantu oleh perawat	
	11.20		3.3 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu	S : Pasien mengatakan semua kegiatan dibantu perawat O : Semua kegiatan di tempat tidur dibantu oleh perawat.	
	11.16		3.4 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu untuk melakukan oral hygiene dan mengganti pampers	
	11.19		3.5 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsistem sesuai kemampuan	S: Pasien mengganggu kepala O: Pasien terlihat kooperatif	
	Sabtu, 09/12/2022  11.20	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas	4.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S : - O : Pasien bedrest di rumah sakit dan sulit untuk bergerak	
	11.24		4.2 Menggunakan minyak pada kulit kering	S: saat ditanya apakah pasien merasa nyaman saat diberikan pijat pada punggung kulit, pasien menjawab ya O : Pasien diberikan pijat menggunakan <i>coconut oil</i>	
	11.35		4.3 Mengubah posisi tiap 2 jam	S : Pasien mengatakan bersedia O : Pasien diposisikan miki miki per 2 jam	

	Sabtu, 09/12/2022  10.00	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	5.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara	S : Saat ditanya apakah pasien dapat bercerita tentang keadannya, pasien mengatakan tidak. O : Pasien berbicara dengan sangat pelan karena bibir pelo, berbicara hanya beberapa kata saja dan artikulasi kurang jelas	
	10.00		5.2 Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	S : - O : Mulut pasien pelo sehingga sulit untuk berkomunikasi	
	10.12		5.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif	S : - saat ditanya apakah pasien dapat menganggukan dan menggelengkan kepala saat ditanya, pasien menjawab ya O: Pasien menganggukan kepala saat menjawab ya dan menggelengkan kepala saat menjawab tidak	
	10.14		5.5 Mengulangi apa yang disampaikan pasien	S : Saat ditanya apakah pasien bersedia mengulangi apa yang disampaikan jika dirasa kurang jelas, pasien menjawab ya O: Pasien mengulangi perkataannya jika dirasa jawabannya kurang jelas	
	10.15		5.6 Menganjurkan bicara perlahan	S : Pasien mengatakan bersedia berbicara perlahan O :Pasien dilanjutkan bicara perlahan	
2	Senin 11/12/2022  14.22	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Faktor Risiko Hipertensi	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S : - O : 145/91mmHg	

	14.25		1.2 Memonitor nadi	S :- O:82X/Menit	
	14.27		1.3 Mempertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)	S : Pasien mengatakan nyaman O : Posisi kepala di atur senyaman mungkin menggunakan bantal	
	14.30		1.4 Mendokumentasikan hasil pemantauan	S :- O : Nadi 82X, TD 145/91, Kepala pasien diatur lebih tinggi.	
	14.20	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromukular	2.1 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	S : Saat ditanya, apakah pasien dapat menggerakkan tangan dan kakinya, pasien menjawab susah O : Pasien sulit menggerakkan tangan dan kakinya, kekuatan otot ekstremitas kiri 1 dan ekstremitas kanan 3	
	14.22		2.2 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	S :- O : TD 144/90, Nadi 84x	
	14.26		2.3 Memfasilitasi melakukan mobilitas fisik	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu untuk menggerakkan tangan dan kakinya ditempat tidur	
	14.53		2.4 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu pegangan ke handrail tempat tidur	

	14.55		2.5	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	S : Saat ditanya apakah pasien siap untuk menggerakkan tangan dan kakinya secara pelahan, pasien menganggukan kepala O : Pasien terlihat kooperatif saat dijelaskan	
	Senin, 11/12/2022 14.20	Risiko Jatuh d.d Kekuatan Otot Menurun	6.1	Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S : Saat ditanya apakah pasien sulit menggerakkan tangannya, pasien menjawab ya O : Pasien menderita stroke, pasien mengalami penurunan kekuatan otot, usia pasien 60 tahun.	
	14.30		6.2	Menghitung skala jatuh (morse)	S: - O : - Skala morse pasien 60 yaitu risiko tinggi jatuh	
	15.22		6.3	Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci semua	S: - O:Roda tempat tidur terkunci	
	15.21		6.4	Memasang handrail tempat tidur	S: - O: Handrail kanan dan kiri terpasang	
	15.36		6.5	Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Pasien mengangguk saat dijelaskan jika membutuhkan bantuan perawat O: Pasien diinstruksikan untuk mengangkat jempolnya jika membutuhkan bantuan perawat	

	Senin, 11/12/2022  15.25	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler	3.1	Memonitori ng tingkat kemandirian pasien	S : Saat ditanya apakah semua aktivitas ditempat tidur dibantu, pasien menjawab ya O : Pasien bedrest di tempat tidur dengan ketergantungan total	
	15.27		3.2	Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan	S : Saat ditanya untuk kebersihan diri dan mengganti pakaian apakah dibantu semua, pasien menjawab ya. O : Aktifitas mandi, membersihkan gigi, berpakaian semua dibantu oleh perawat	
	15.29		3.3	Memfasilitasi kemandirian , bantu jika tidak mampu	S : Pasien mengatakan semua kegiatan dibantu perawat O : Semua kegiatan di tempat tidur dibantu oleh perawat.	
	15.35		3.4	Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu untuk melakukan oral hygiene dan mengganti pampers	
	15.45		3.5	Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	S: Pasien mengatakan akan berusaha melakukannya O: Pasien terlihat kooperatif	
	Senin, 11/12/2022 14.25	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas	4.1	Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S : - O : Pasien bedrest di rumah sakit dan sulit untuk bergerak	
	14.27		4.2	Menggunakan minyak pada kulit kering	S: Saat ditanya apakah pasien merasa nyaman saat diberikan pijat pada punggung kulit, pasien menjawab ya O : Pasien diberikan pijat menggunakan <i>coconut oil</i>	

	14.33		4.3 Mengubah posisi miring kanan	S : Pasien mengatakan bersedia O : Pasien diposisikan miring kanan	
	Senin, 11/12/2022  14.20	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	5.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara	S : Saat ditanya apakah pasien dapat bercerita tentang keadannya, pasien mengatakan tidak. O : Pasien berbicara dengan sangat pelan karena bibir pelo, berbicara hanya beberapa kata saja dan artikulasi kurang jelas	
	14.22		5.2 Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	S : - O : Mulut pasien pelo sehingga sulit untuk berkomunikasi	
	14.24		5.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif	S : - saat ditanya apakah pasien dapat menganggukan dan menggelengkan kepala saat ditanya, pasien menjawab ya O: Pasien menganggukan kepala saat menjawab ya dan menggelengkan kepala saat menjawab tidak	
	14.26		5.5 Mengulangi apa yang disampaikan pasien	S : Saat ditanya apakah pasien bersedia mengulangi apa yang disampaikan jika dirasa kurang jelas, pasien menjawab ya O: Pasien mengulangi perkataannya jika dirasa kurang jelas	
	14.27		5.6 Menganjurkan bicara perlahan	S : Pasien mengatakan bersedia berbicara perlahan O :Pasien dilanjutkan bicara perlahan	

3	Selasa 12/12/2022  14.30	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Faktor Risiko Hipertensi	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S : - O : 132/87mmHg	
	14.30		1.2 Memonitor Nadi	S : O : 78x/menit	
	14.32		1.3 Mempertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)	S : Pasien mengatakan nyaman O : Posisi kepala di atur nyaman mungkin menggunakan bantal	
	14.35		1.4 Mendokumentasikan hasil pemantauan	S : O : Nadi 78X, TD 132/87, Kepala pasien diatur lebih tinggi.	
	Selasa, 12/12/2022  14.30	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular	2.1 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi	S : Saat ditanya, apakah pasien dapat menggerakkan tangan dan kakinya, pasien menjawab susah O : Pasien sulit menggerakkan tangan dan kakinya, kekuatan otot ekstremitas kiri 1 dan ekstremitas kanan 3	
	14.30		2.2 Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi	S : - O : TD 132/87 Nadi 78x	
	14.32		2.3 Memfasilitasi melakukan mobilitas fisik	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu untuk menggerakkan tangan dan kakinya ditempat tidur	
	14.34		2.4 Memfasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu	S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu pegangan ke handrail tempat tidur	

	14.37		2.5 Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	S: Saat ditanya apakah pasien siap untuk menggerakkan tangan dan kakinya secara pelahan, pasien menganggukan kepala O : Pasien terlihat kooperatif saat dijelaskan
	Selasa, 12/12/2022 14.30	Risiko Jatuh d.d Kekuatan Otot Menurun	6.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S : Saat ditanya apakah pasien sulit menggerakkan tangannya, pasien menjawab ya O : Pasien menderita stroke, pasien mengalami penurunan kekuatan otot, usia pasien 60 tahun.
	14.50		6.2 Menghitung skala jatuh (morse)	S: - O : - Skala morse pasien 60 yaitu risiko tinggi jatuh
	14.32		6.3 Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	S: - O:Roda tempat tidur terkunci semua
	14.34		6.4 Memasang handrail tempat tidur	S: - O: Handrail kanan dan kiri terpasang
	14.36		6.5 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Pasien mengatakan akan melakukannya O: Pasien diinstruksikan untuk mengangkat jempolnya jika membutuhkan bantuan perawat

	<p>Selasa, 12/12/2022 14.30</p>	<p>Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler</p>	<p>3.1 Memonitor tingkat kemandirian pasien</p>	<p>S : Saat ditanya apakah semua aktivitas ditempat tidur dibantu, pasien menjawab ya O : Pasien bedrest di tempat tidur dengan ketergantungan total</p>	
	<p>14.32</p>		<p>3.2 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p>	<p>S : Saat ditanya untuk kebersihan diri dan mengganti pakaian apakah dibantu semua, pasien menjawab ya. O : Aktifitas mandi, membersihkan gigi, berpakaian semua dibantu oleh perawat</p>	
	<p>14.37</p>		<p>3.3 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu</p>	<p>S : Pasien mengatakan semua kegiatan dibantu perawat O : Semua kegiatan di tempat tidur dibantu oleh perawat.</p>	
	<p>14.39</p>		<p>3.4 Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p>	<p>S : Pasien mengatakan terimakasih O : Pasien dibantu untuk melakukan oral hygiene dan mengganti pampers</p>	

	14.41		3.5 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	S: Pasien mengganggu kepala O: Pasien terlihat kooperatif	
	Selasa, 12/12/2022 14.45	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas	4.1 Mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit	S : O : Pasien bedrest di rumah sakit dan sulit untuk bergerak	
	14.47		4.2 Menggunakan minyak pada kulit kering	S: saat ditanya apakah pasien merasa nyaman saat diberikan pijat pada punggung kulit, pasien menjawab ya O : Pasien diberikan pijat menggunakan <i>coconut oil</i>	
	14.53		4.3 Mengubah posisi miring kiri	S : Pasien mengatakan bersedia O : Pasien diposisikan miring kiri	
	Selasa 11/12/2022 14.20	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	5.1 Memonitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara	S : Saat ditanya apakah pasien dapat bercerita tentang keadannya, pasien mengatakan tidak. O : Pasien berbicara dengan sangat pelan karena bibir pelo, berbicara hanya beberapa kata saja dan artikulasi kurang jelas sehingga perlu beberapa kali pengulangan	
	14.22		5.2 Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara	S : - O : Bibir pasien pelo sehingga sulit untuk berkomunikasi, pasien mengalami stroke sehingga berdampak pada fungsi berbicara	

	14.24	5.3 Menggunakan metode komunikasi alternatif	S : saat ditanya apakah pasien dapat menganggukan dan menggelengkan kepala saat ditanya, pasien menjawab ya O: Pasien menganggukan kepala saat menjawab ya dan menggelengkan kepala saat menjawab tidak
	14.26	5.5 Mengulangi apa yang disampaikan pasien	S : Saat ditanya apakah pasien bersedia mengulangi apa yang disampaikan jika dirasa kurang jelas, pasien menjawab ya O: Pasien mengulangi perkataannya jika dirasa kurang jelas
	14.27	5.6 Menganjurkan bicara perlahan	S : Pasien mengatakan bersedia berbicara perlahan O :Pasien dilanjutkan bicara perlahan

## M. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.14 Evaluasi Keperawatan**

Tanggal/jam	Diagnosis Keperawatan	Evaluasi	TTD																
Sabtu, 09/12/2022  10.00	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Faktor Hipertensi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan tidak merasa pusing.</li> <li>- Pasien mengatakan merasa lemas</li> <li>- Pasien mengatakan paham akan informasi yang diberikan terkait dngan obat yang diberikan</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 154/98 mmHg berubah menjadi 142/91 mmHg</li> <li>- Nadi 84 x/ menit</li> <li>- Pasien diberikan amlodipin 10mg</li> </ul> <p>A :</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD sistolik</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD Diastolik</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor peningkatan Tekanan darah</li> <li>1.2 Monitor Nadi</li> <li>1.3 Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>1.4 Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Rata-rata tekanan darah	2	3	5	TD sistolik	2	3	5	TD Diastolik	2	3	5	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Rata-rata tekanan darah	2	3	5																
TD sistolik	2	3	5																
TD Diastolik	2	3	5																

10.20	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular	<p>S: Saat ditanya apakah pasien dapat menggerakkan anggota gerakanya, pasien menjawab sulit.</p> <p>O: Pasien bed rest, seluruh aktivitas dibantu oleh perawat, kekuatan otot ekstremitas kiri 1 dan ekstremitas kanan 3</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="815 533 1310 703"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, lanjutkan intervensi</p> <p>P: 2.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2.2 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 2.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik 2.4 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 2.5 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Pergerakan ekstremitas	1	1	4	Kekuatan otot	1	1	4	Rentang ROM	1	1	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Pergerakan ekstremitas	1	1	4																
Kekuatan otot	1	1	4																
Rentang ROM	1	1	4																
11.05	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler	<p>S: Saat ditanya apakah pasien dapat melakukan perawatan mandiri, seperti membersihkan gigi, mandi dan mengganti pakaian, pasien menjawab tidak</p> <p>O: Pasien bedrest, pasien mengalami penurunan otot, pasien terpasang NGT, pasien mengalami hemiparesis di alat gerak kiri.</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="815 1480 1310 1697"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menggunakan pakaian</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan Kebersihan mulut</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Defisit Perawatan Diri belum teratasi</p> <p>P: 3.1 Monitor tingkat kemandirian pasien 3.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan 3.3 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan menggunakan pakaian	1	1	4	Mempertahankan Kebersihan mulut	1	1	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Kemampuan menggunakan pakaian	1	1	4																
Mempertahankan Kebersihan mulut	1	1	4																

		<p>3.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>3.5 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>													
11.40	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas	<p>S : Saat ditanya apakah pasien sulit bergerak, pasien menjawab ya</p> <p>O: Pasien bed rest, pasien sulit untuk bergerak, pasien sudah dilakukan miring kanan dan miring kiri, pasien diberikan minyak pada punggung dan lipatan paha serta kaki</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan Integritas Kulit</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Gangguan Integritas kulit teratasi Sebagian</p> <p>P:</p> <p>4.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>4.2 Gunakan minyak pada kulit kering</p> <p>4.3 Ubah posisi tiap 2 jam</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemerahan	2	3	4	Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Kemerahan	2	3	4												
Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4												
12.10	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	<p>S: - Saat ditanya apakah pasien memiliki keterbatasan bicara, pasien menjawab ya. - Saat dianjurkan untuk berbicara perlahan, pasien mengangguk bersedia</p> <p>O: Pasien mengalami stroke sehingga sulit untuk berbicara, mulut pasien pelo, artikulasi suara pasien terkadang tidak jelas, pasien dapat berbicara perlahan</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan bicara</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian Ekspresi wajah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi Sebagian</p> <p>P:</p> <p>5.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</p> <p>5.2 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan bicara	1	2	4	Kesesuaian Ekspresi wajah	1	2	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Kemampuan bicara	1	2	4												
Kesesuaian Ekspresi wajah	1	2	4												

		<p>5.3 gunakan metode komunikasi alternatif</p> <p>5.5 ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>5.6 anjurkan bicara perlahan</p>																	
10.40	Risiko Jatuh d.d Penurunan Kekuatan Otot	<p>S:</p> <p>Saat ditanya apakah pasien dapat duduk secara mandiri, pasien menjawab tidak.</p> <p>O:</p> <p>Pasien terlihat lemah, pasien mengalami hemiparesis di sebelah kiri, pasien mengalami penurunan otot, pasien bedrest, segala aktivitas pasien dibantu, skala morse pasien 60 (Risiko Jatuh Tinggi), handrail terpasang, roda terkunci, bed diatur agar tidak terlalu tinggi</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko jatuh teratas Sebagian</p> <p>P:</p> <p>6.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>6.2 Hitung skala jatuh (morse)</p> <p>6.3 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci</p> <p>6.4 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>6.5 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Jatuh dari tempat tidur	1	4	4	Jatuh saat duduk	1	4	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Jatuh dari tempat tidur	1	4	4																
Jatuh saat duduk	1	4	4																
Senin, 11/12/2022 14.50	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Faktor Hipertensi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ditanya apakah pasien merasa pusing, pasien menjawab tidak</li> <li>- Saat ditanya apakah pasien merasa sesak, pasien menggelengkan kepala</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 142/88 mmHg berubah menjadi 133/85 mmHg</li> <li>- Nadi 82 x/ menit</li> </ul> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rata-rata tekanan darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD sistolik</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD Diastolik</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi Sebagian,</p> <p>P :</p> <p>1.1 Monitor peningkatan Tekanan darah</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Rata-rata tekanan darah	3	4	5	TD sistolik	3	4	5	TD Diastolik	3	4	5	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Rata-rata tekanan darah	3	4	5																
TD sistolik	3	4	5																
TD Diastolik	3	4	5																

		<p>1.2 Monitor Nadi 1.3 Pertahankan posisi kepala dan leher netral 1.4 Dokumentasikan hasil pemantauan</p>																	
15.00	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular	<p>S: Saat ditanya apakah pasien dapat menggerakkan anggota gerakanya, pasien menjawab sulit.</p> <p>O: Pasien bed rest, seluruh aktivitas dibantu oleh perawat, kekuatan otot ekstremitas kiri 2 dan ekstremitas kanan 3, rentang rom sudah lebih membaik</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: 2.1 Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 2.2 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 2.3 Fasilitasi melakukan mobilitas fisik 2.4 Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu 2.5 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Pergerakan ekstremitas	1	2	4	Kekuatan otot	1	2	4	Rentang ROM	1	2	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Pergerakan ekstremitas	1	2	4																
Kekuatan otot	1	2	4																
Rentang ROM	1	2	4																
15.40	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler	<p>S: Saat ditanya apakah pasien dapat melakukan perawatan mandiri, seperti membersihkan gigi, mandi dan mengganti pakaian, pasien menjawab tidak</p> <p>O: Pasien bedrest, pasien mengalami penurunan otot, pasien terpasang NGT, pasien mengalami hemiparesis di alat gerak kiri. Pasien lakukan <i>oral hygiene</i></p> <p>A ;</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menggunakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan Kebersihan mulut</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Defisit Perawatan Diri teratasi Sebagian</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan menggunakan pakaian	1	2	4	Mempertahankan Kebersihan mulut	1	2	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Kemampuan menggunakan pakaian	1	2	4																
Mempertahankan Kebersihan mulut	1	2	4																

		<p>P:</p> <p>3.1 Monitor tingkat kemandirian pasien</p> <p>3.2 identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias dan makan</p> <p>3.3 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu</p> <p>3.4 Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri</p> <p>Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>													
15.50	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas	<p>S :</p> <p>Saat ditanya apakah pasien sulit bergerak, pasien menjawab ya</p> <p>O:</p> <p>Pasien bed rest, pasien sulit untuk bergerak, pasien sudah dilakukan miring kanan dan miring kiri, pasien diberikan minyak pada punggung dan lipatan paha serta kaki</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan Integritas Kulit</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Gangguan Integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>4.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit</p> <p>4.2 Gunakan minyak pada kulit kering</p> <p>4.3 Ubah posisi tiap 2 jam</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemerahan	2	3	4	Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Kemerahan	2	3	4												
Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4												
16.00	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ditanya apakah pasien memiliki keterbatasan bicara, pasien menjawab ya.</li> <li>- Saat dianjurkan untuk berbicara perlahan, pasien mengangguk bersedia</li> </ul> <p>O:</p> <p>Pasien mengalami stroke sehingga sulit untuk berbicara, mulut pasien pelo, artikulasi suara pasien terkadang tidak jelas, pasien dapat berbicara perlahan</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan bicara</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan bicara	1	2	4	Kesesuaian				
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Kemampuan bicara	1	2	4												
Kesesuaian															

		<table border="1"> <tr> <td>Ekspresi wajah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi Sebagian</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</li> <li>1.2 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> <li>1.3 gunakan metode komunikasi alternatif</li> <li>5.5 ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>5.6 anjurkan bicara perlahan</li> </ol>	Ekspresi wajah	1	2	4									
Ekspresi wajah	1	2	4												
15.10	Risiko Jatuh d.d Penurunan Kekuatan Otot	<p>S:</p> <p>Saat ditanya apakah pasien dapat duduk secara mandiri, pasien menjawab tidak.</p> <p>O:</p> <p>Pasien terlihat lemah, pasien mengalami hemiparesis di sebelah kiri, pasien mengalami penurunan otot, pasien bedrest, segala aktivitas pasien dibantu, skala morse pasien 60 (Risiko Jatuh Tinggi), handrail terpasang, roda terkunci, bed diatur agar tidak terlalu tinggi</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6.1 Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume dan diksi bicara</li> <li>6.2 Monitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> <li>6.3 gunakan metode komunikasi alternatif</li> <li>6.5 ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>6.6 anjurkan bicara perlahan</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Jatuh dari tempat tidur	3	4	4	Jatuh saat duduk	3	4	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Jatuh dari tempat tidur	3	4	4												
Jatuh saat duduk	3	4	4												
Selasa, 12/12/2022 14.50	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif b.d Faktor Hipertensi	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ditanya apakah pasien merasa pusing, pasien menjawab tidak</li> <li>- Saat ditanya apakah pasien merasa sesak pasien menggelengkan kepala</li> </ul> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 132/87 mmHg berubah menjadi 127/83 mmHg</li> <li>- Nadi 78 x/ menit</li> </ul> <p>A :</p>													

		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rata-rata tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD sistolik</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD Diastolik</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko perfusi serebral teratasi</p> <p>P :</p> <p>Hentikan Intervensi</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Rata-rata tekanan darah	4	5	5	TD sistolik	4	5	5	TD Diastolik	4	5	5	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Rata-rata tekanan darah	4	5	5																
TD sistolik	4	5	5																
TD Diastolik	4	5	5																
15.20	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular	<p>S:</p> <p>Saat ditanya apakah pasien dapat menggerakkan anggota gerakanya, pasien menjawab sulit.</p> <p>O:</p> <p>Pasien bed rest, seluruh aktivitas dibantu oleh perawat, kekuatan otot ekstremitas kiri 2 dan ekstremitas kanan 3</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi Sebagian</p> <p>P:</p> <p>Hentikan Intervensi</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Pergerakan ekstremitas	2	2	4	Kekuatan otot	2	2	4	Rentang ROM	2	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Pergerakan ekstremitas	2	2	4																
Kekuatan otot	2	2	4																
Rentang ROM	2	3	4																
16.10	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler	<p>S:</p> <p>Saat ditanya apakah pasien dapat melakukan perawatan mandiri, seperti membersihkan gigi, mandi dan mengganti pakaian, pasien menjawab tidak</p> <p>O:</p> <p>Pasien bedrest, pasien mengalami penurunan otot, pasien terpasang NGT, pasien mengalami hemiparesis di alat gerak kiri.</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan menggunakan pakaian</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan Kebersihan mulut</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan menggunakan pakaian	2	2	4	Mempertahankan Kebersihan mulut	2	2	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Kemampuan menggunakan pakaian	2	2	4																
Mempertahankan Kebersihan mulut	2	2	4																

		<p>Masalah Defisit Perawatan Diri Teratasi Sebagian</p> <p>P:</p> <p>Hentikan Intervensi</p>													
16.15	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas</p>	<p>S : Saat ditanya apakah pasien sulit bergerak, pasien menjawab ya</p> <p>O: Pasien bed rest, pasien sulit untuk bergerak, pasien sudah dilakukan miring kanan dan miring kiri, pasien diberikan minyak pada punggung dan lipatan paha serta kaki</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan Integritas Kulit</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Gangguan Integritas kulit teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Hentikan Intervensi</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemerahan	2	3	4	Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Kemerahan	2	3	4												
Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4												
16.15	<p>Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas</p>	<p>S : Saat ditanya apakah pasien sulit bergerak, pasien menjawab ya</p> <p>O: Pasien bed rest, pasien sulit untuk bergerak, pasien sudah dilakukan miring kanan dan miring kiri, pasien diberikan minyak pada punggung dan lipatan paha serta kaki</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan Integritas Kulit</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Gangguan Integritas kulit teratasi Sebagian</p> <p>P:</p> <p>Hentikan Intervensi</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemerahan	2	3	4	Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Kemerahan	2	3	4												
Kerusakan Integritas Kulit	2	3	4												

16.25	Gangguan Komunikasi Verbal b.d Gangguan Neuromuskular	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Saat ditanya apakah pasien memiliki keterbatasan bicara, pasien menjawab ya.</li> <li>- Saat dianjurkan untuk berbicara perlahan, pasien mengangguk bersedia</li> </ul> <p>O:</p> <p>Pasien mengalami stroke sehingga sulit untuk berbicara, mulut pasien pelo, artikulasi suara pasien terkadang tidak jelas, pasien dapat berbicara perlahan, kemampuan bicara lebih baik dari hari sebelumnya</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="815 658 1310 846"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan bicara</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian Ekspresi wajah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan komunikasi verbal teratasi Sebagian</p> <p>P:</p> <p>Hentikan Intervensi</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kemampuan bicara	1	2	4	Kesesuaian Ekspresi wajah	1	2	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Kemampuan bicara	1	2	4												
Kesesuaian Ekspresi wajah	1	2	4												
15.40	Risiko Jatuh d.d Penurunan Kekuatan Otot	<p>S:</p> <p>Saat ditanya apakah pasien dapat duduk secara mandiri, pasien menjawab tidak.</p> <p>O:</p> <p>Pasien terlihat lemah, pasien mengalami hemiparesis di sebelah kiri, pasien mengalami penurunan otot, pasien bedrest, segala aktivitas pasien dibantu, skala morse pasien 60 (Risiko Jatuh Tinggi), handrail terpasang, roda terkunci, bed diatur agar tidak terlalu tinggi</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="815 1608 1310 1733"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Jatuh saat duduk</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko jatuh teratasi</p> <p>P:</p> <p>Hentikan Intervensi</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Jatuh dari tempat tidur	4	4	4	Jatuh saat duduk	4	4	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target												
Jatuh dari tempat tidur	4	4	4												
Jatuh saat duduk	4	4	4												