

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

Pengkajian awal dilakukan pada tanggal 30 Mei 2022 dengan menggunakan format pengkajian klien keperawatan

1. Identitas

Nama : Tn. S
Umur : 60 tahun
Jenis kelamin : laki – laki
Tanggal pengkajian : 30 Mei 2022
Berat badan : 60 Kg
Agama : Islam
Status perkawinan : Menikah
Pendidikan : SLTA
Pekerjaan : Wirasuwasta
Alamat : Jl. Apalaran
Diagnosa medis : SNH

2. Riwayat Penyakit Sekarang

a. Keluhan utam

Klien mengatakan merasa Kelemahan anggota gerak sebelah kiri.

b. Keluhan penyakit Sekarang

Pada tanggal 30 Mei 2022 saat di kaji keluarga klien mengatakan klien sulit menggerakkan anggota tubuh sebelah kiri dan klien mengatakan merasa kaku pada pergelangan tangan sebelah kiri serta

merasa terbatas untuk bergerak .TD: 170/110mmHg, N:100x/mnt,
RR: 22 x/mnt, T: 37°C.

3. Riwayat Penyakit

a. Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga mengatakan klien pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya. Tahun 2020 di RS.MOIES.

b. Riwayat Alergi

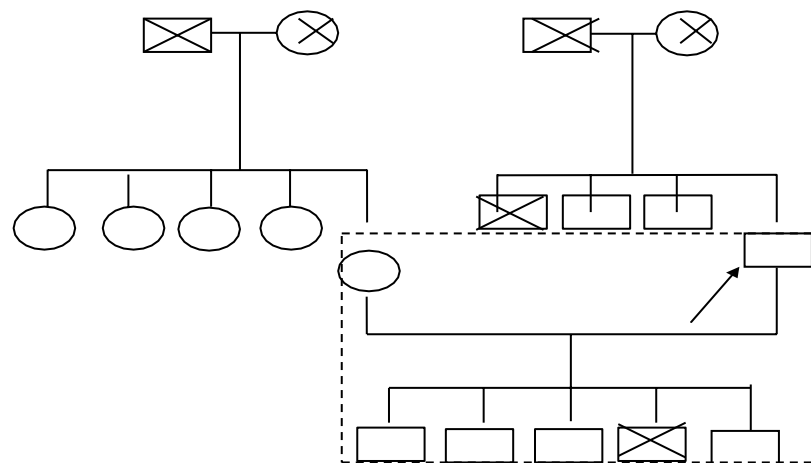
Klien mengatakan tidak ada riwayat alergi makanan ataupun obat.

c. Riwayat oprasi

istri pasien mengatakan pasien tidak pernah dilakukan tindakan operasi sebelumnya.

4. Riwayat Penyakit Keluarga






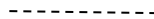
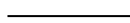
Anak klien mengatakan ada anggota keluarga yang menderita penyakit DM dan hipertensi.



Genogram :

Gambar 3. 1 Genogram

Ket :

	: Laki-laki meninggal
	: Perempuan Meninggal
	: Laki-laki
	: Perempuan
	: Klien
	: Serumah
	: Menikah

5. Perilaku Yang Mempengaruhi Kesehatan

Anak klien mengatakan klien tidak mengonsumsi minuman yang beralkohol dan juga klien tidak merokok, klien mengatakan obat yang dikonsumsi secara rutin sejak 2 tahun ini adalah almodiphin 10 mg.

6. Observasi Dan Pemeriksaan Fisik

- Keadaan Umum : Sedang
- Kesadaran : Compos Mentis E₄M₆V₅
- Tanda –tanda vital : TD:170/110mmHg, N: 100X/menit, RR : 22 x/menit S: 37°C, 165 cm BB : 60 kg
- Kenyamanan/ Nyeri : Klien tidak ada nyeri
- Status Fungsional Barthel Indeks

Tabel 3. 1 Bathel Ideks

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai Skor
1.	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang tak terkendali	
		2	Mandiri	2
2.	Mengendalikan rangsang berkemih (BAK)	0	Tak terkendali/pakai kateter	
		1	Kadang-kadang tak terkendali (1 x 24 jam)	
		2	Mandiri	2

3.	Membersihkan diri (cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0
		1	Mandiri	
4.	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	0
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	
5.	Makan	0	Tidak mampu	
		1	Perlu ditolong memotong makanan	1
		2	Mandiri	
6.	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	2
		3	Mandiri	
7.	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	0
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8.	Memakai baju	0	Tidak mampu	
		1	Sebagian dibantu (misalnya mengancing baju)	1
		2	Mandiri	
9.	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	0
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10.	Mandi	0	Tergantung orang lain	0
		1	Mandiri	
Total skor		8		8

Kategori tingkat ketergantungan pasien: ketergantungan berat.

Keterangan:

20 = Mandiri

12 – 19 = Ketergantungan ringan

9 – 11 = Ketergantungan sedang

5 – 8 = Ketergantungan berat

0– 4 = Ketergantungan total

7. Pemeriksaan kepala

- a. Kepala :Bentuk kepala oval. Warna rambut hitam putih, warna kulit

putih, dan kulit kepala bersih tidak ada lesi dan tidak ada kelainan.

- b. Mata :Sklera putih, konjungtiva anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +, pupil isokor.
- c. Hidung :Tidak ada cuping hidung, tidak ada sekret / septum nasi simetris tidak ada polip dan tidak ada kelainan
- d. Rongga Mulut dan Lidah : Warna bibir merah muda, lidah warna merah muda, mukosa lembab, ukuran tonsil normal, letak uvula simetris ditengah.

8. Pemeriksaan Fisik Thorax

- a. Keluhan: Klien mengatakan tiak ada keluhan Inspeksi : Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 22 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada.
- b. Palpasi : Vokal premitus teraba diseluruh lapang paru Ekspansi paru simetris, pengembangan sama di paru kanan dan kiri Tidak ada kelainan
- c. Perkusi :Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra
- d. Auskultasi :Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan

9. Pemeriksaan jantung

- a. Keluhan : Tidak ada keluhan nyeri dada
- b. Inspeksi : Tidak terlihat adanya pulsasi iktus kordis CRT < 2 detik , Tidak ada sianosis
- c. Palpasi : Ictus Kordis teraba di ICS 5 , Akral HangatPerkusi : Batas

- atas : ICS II line sternal dekstra, Batas bawah : ICS V line midclavicula sinistra, Batas kanan : ICS III line sternal dekstra, Batas kiri : ICS III line sternal sinistra
- d. Auskultasi : BJ II Aorta : Tunggal, reguler dan intensitas kuat, BJ II Pulmonal : Tunggal , reguler dan intensitas kuat, BJ I Trikuspid : Tunggal, reguler dan intensitas kuat, BJ I Mitral : Tunggal, reguler dan intensitas kuat, Tidak ada bunyi jantung tambahan, Tidak ada kelainan

10. Pemeriksaan Abdomen

- a. Inspeksi: Bentuk : Bulat, Tidak ada bayangan vena, Tidak terlihat adanya benjolan, Tidak ada luka operasi pada abdomen, Tidak terpasang drain
- b. Auskultasi: Peristaltik 10 kali/menit
- c. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan, Tidak teraba adanya massa, Tidak ada pembesaran pada hepar dan lien
- d. Perkusi: Shifting Dullness (-), Tidak ada nyeri pada pemeriksaan perkusi ginjal

11. Pemeriksaan Sistem Pencernaan dan Status Nutrisi

- a. BB : 55 Kg
- b. TB : 150 Cm
- c. MT : 24,4
- d. Diet :Frekuensi makan 3 kali sehari, Porsi makan dihabiskan
- e. BAB : 1 kali sehari

12. Pemeriksaan Sistem Syaraf

- a. Memori : Panjang
- b. Perhatian: Dapat mengulang
- c. Bahasa : Baik (dengan komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia)
- d. Kognisi : Baik
- e. Orientasi: Baik (Terhadap orang, tempat dan waktu)
- f. Tidak ada keluhan pusing
- g. Istirahat/ tidur 5 jam/hari

13. Pemeriksaan syaraf kranial

- a. N1 Olfaktori
Normal (Klien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol)
- b. N2 Optik
Klien mampu tidak mampu membaca dalam jarak 30 cm
- c. N3 Okulomotor
Normal (Klien mampu mengangkat kelopak mata)
- d. N4 Troklear
Normal (Klien mampu menggerakkan bola mata kebawah)
- e. N5 Trigeminal
Normal (Klien mampu mengunyah)
- f. N6 Abdusen
Normal (Klien mampu menggerakkan mata kesamping)
- g. N7 Vasioalis

Normal (Klien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata)

h. N8 Vestibulococlear

Normal (Klien mampu mendengar dengan baik)

i. N9 Glossofaringeal

Normal (Klien mampu membedakan rasa manis dan asam)

j. N10 Vagus

Klien susah menelan

k. N11 Aksesoris Tulang Belakang

Normal (Klien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan)

l. N12 Hipoglosus

Lidah klien tidak simetris lebih condong ke arah sebelah kiri

14. Pemeriksaan Sistem Perkemihan

Bersih, mampu berkemih menggunakan alat, Produksi urine 2200ml/hari, Warna : Kuning cerah, Bau : Khas urine, Tidak ada distensi kandung kemih, Tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih

15. Pemeriksaan Sistem Muskuloskeleta dan Integumen

Pergerakan sendi bebas, Kekuatan **otot** dibagian kiri 3 kanan 5, Tidak ada kelainan tulang belakang, Turgor kulit baik

16. Pemeriksaan Sistem Endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, Tidak ada trias DM.

17. Kemanan Lingkungan (Risiko Jatuh)

Tabel 3. 2 Skala Resiko Jatuh

Faktor Risiko	Skala	Skor	
		Hasil	Standar
Riwayat jatuh yang baru atau 3 bulan terakhir	Ya	Ya	25
	Tidak		0

Diagnosa sekunder lebih dari 1 Diagnosa	Ya		15
	Tidak	Tidak	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar		30
	Kruk, tongkat, walker	Tongkat	15
Menggunakan IV dan cateter	Bedrest/dibantu perawat	Bedrest	0
	Ya		20
Kemampuan berjalan	Tidak		0
	Gangguan (pincang/diseret)	Gangguan	20
Status mental	Lemah		10
	Normal/bedrest/imobilisasi	Bedrest	0
	Tidak sadar akan kemampuan/post op 24 jam		15
	Orientasi sesuai kemampuan diri		0
Total skor		60	

Kesimpulan : Kategori pasien : 60 klien dalam kategori risiko

Risiko = ≥ 45

Sedang = 25 – 44

Rendah = 0 – 24

18. Pengkajian Psikososial dan Spiritual

a. Psikososial

- 1) Persepsi klien merasa khawatir dengan akibat dari kondisinya saat ini tapi klien berpendapat bahwa penyakitnya adalah merupakan cobaan Tuhan,
- 2) Ekspresi klien terhadap penyakitnya adalah murung dan merasa bingung
- 3) Klien kooperatif saat interaksi
- 4) Klien tidak mengalami gangguan konsep diri

b. Spiritual/Kebiasaan beribadah

Sebelum sakit klien sering beribadah, Setelah sakit klien beribadah hanya kadang – kadang

19. Personal Hygiene

Mandi 1 kali sehari, Keramas 1 kali hari, Memotong kuku setiap 1 minggu sekali, Ganti pakaian 2 kali sehari, Sikat gigi 2 hari sekali

20. Pemeriksaan seksualitas dan Reproduksi

Tidak ada kelainan pada sistem reproduksi pasien semua dalam kondisi normal.

B. Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data

No.	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif: anak klien mengatakan ada keluarganya yang memilikirwayat HT dan juga DM</p> <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran compos mentis GCS 15 (E₄M₆V₅) - Tanda-Tanda Vital: TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 22 x/menit S: 37°C 	Hipertensi	(D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif
2.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemah - Klien mengatakan lemah untuk beraktifitas - klien mengatakan merasa kaku pada pergelangan tangan sebelah kiri serta merasa terbatas untuk bergerak - Klien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot klien menurun $\frac{5}{3}$ <ul style="list-style-type: none"> - Aktifitas klien dibantu oleh keluarga - Rentang gerak (ROM) menurun - Klien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur Klien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLnya 	Kekuatan otot meurun	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
3.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tangan dan kaki kiri terasa lemah - Klien mengatakan lemah untuk beraktifitas - klien mengatakan merasa kaku pada pergelangan tangan sebelah kiri serta merasa terbatas untuk bergerak 	Kekuatan otot meurun	(D. 0143) Risiko jatuh

	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala morse klien kategori risiko tinggi 60 - Pagar pengaman klien selalu terpasang - Kekuatan otot klien menurun <p style="text-align: center;"> $\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$ </p>		
4.	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa khawatir dengan akibat dari kondisinya saat ini - Anak klien mengatakan melarang mengomsumsi obat yang bukan dari resep dokter karna takut ada efek sampingnya yang dapat mempengaruhi kesembuhan klien. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - TTV klien: - Tanda-Tanda Vital: TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 22 x/menit S: 37°C 	Kekhawatiran mengalami kegagalan	(D.0080) Ansietas

C. Diagnosa Prioritas Masalah Keperawatan

1. (D. 0017)Risiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi.
2. (D.0054) Gangguan mobilitas fisik b/d kekuatan otot menurun.
3. (D.0143) Resiko jatuh b/d kekuatan otot menurun.
4. (D.0080) Ansietas b/d Kekhawatiran mengalami kegagalan.

D. Rencana Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Rencana Intervensi Keperawatan

SDKI	SLKI	SIKI
(D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d hipertensi	Perfusi serebral I.02014 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Nilai rata-rata tekanan darah ditingkatkan (4) 2. Tekanan intrakranial ditingkatkan(4)	Manajemen TIK (pemantauan neurologis) I.06197 Observasi : 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran 1.3 Monitor adanya keluhan sakit kepala 1.4 Monitor sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas 1.5 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK Terapeutik :

		1.6 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial
(D.0054) Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	Mobilitas fisik L.05042 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 30 menit, diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. kaku sendi menurun (5) 5. kelemahan fisik menurun (5)	Latihan Rentang Gerak (I.05177) Observasi 2.1 Identifikasi indikasi dilakukan Latihan 2.2 Identifikasi keterbatasan pergerakan Sendi 2.3 Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak Terapeutik 1.4 Gunakan pakaian yang longgar 1.5 Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan 1.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 1.7 Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi Edukasi 1.8 Jelaskan tujuan dan prosedur latihan 1.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis Kolaborasi 1.10 Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan, jika perlu
(D.0143) Resiko jatuh b.d faktor risiko kekuatan otot menurun	Tingkat Jatuh L. 14138 Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 8 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan Kriteria hasil: 1. Jatuh dari tempat tidur menurun (5) 2. Jatuh saat berdiri menurun (5) 3. Jatuh saat berjalan menurun (5) 4. Jatuh saat dikamar mandi menurun (5)	Pencegahan Jatuh (I. 14540) Observasi 3.1 Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan kesadaran, defisit kognitif) 3.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 3.3 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Terapeutik 3.4 Pasang handrail tempat tidur 3.5 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah Edukasi 3.6 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 3.7 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
(D.0080) Ansietas b.d Kekhawatiran mengalami kegagalan	Tingkat Ansietas (L.09093) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 30 menit diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: 1. verbalisasi kekhawatiran Akibat kondisi yang diha	Reduksi Ansietas (I.09314) Observasi: 4.1 identifikasi kemampuan mengambil keputusan Terapeutik : 4.2 ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4.3 pahami situasi yang membuat ansietas 4.4 motivasi mengidentifikasi situasi

	2. dapi menurun (5) 3. perilaku gelisah menurun (5) 3. perasaan keberdayaan membaik (5)	yang memicu kecemasan Edukasi : 4.1 jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami 4.2 anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
--	---	---

E. Intervensi Inovasi

Tabel 3. 5 Intervensi Inovasi

No	Diagnosa	Intervensi inovasi	Intervensi
	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	Penerapan terapi Rom exercise bola karet untuk meningkatkan Kekuatan otot genggam pasien. Dilakukan pada tanggal: ➤ 30 – 05- 2022 pukul 10.30 wita ➤ 31 – 05 – 2022 pukul 10.15 wita ➤ 01 – 06 – 2022 pukul 10.35 wita 02 – 06 -2022 pukul 11.45 wita	1. Mengkaji keadaan pasien dan pra Interaksi 2. Mencuci tangan 3. Mempersiapkan alat Fase Orientasi 4. Memberikan salam dan menyapa pasien 5. Memperkenalkan diri dan melakukan kontrak 6. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 7. Menanyakan kesiapan pasien Fasa Kerja 8. Membaca basmalah dan menjaga privasi pasien 9. posisikan klien nyaman mungkin 10. Instruksikan klien untuk menggenggam atau mencengkeram bola karet 11. Kemudian kendurkan genggamannya atau cengkraman tangan 12. Instruksikan klien untuk mengulangi menggenggam atau mencengkram bola karet, lakukan secara berulang ulang selama durasi satu sampai dua menit. 13. Setelah selesai instruksikan klien untuk melepaskan genggamannya atau cengkraman bola karet pada tangan Tahap Terminasi 14. Melakukan evaluasi tindakan 15. Menganjurkan anak untuk melakukan kembali terapi menggenggam bola karet dan bisa dilakukan tiga sampai lima kali 16. Mengucapkan salam 17. Mencuci tangan

F. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan inovasi penerapan *Rom exercise* bola karet pada pasien Tn. Y tindakan *Rom exercise* bola karet dilakukan untuk meningkatkan kekuatan otot genggam klien akibat kaku yang disebabkan oleh stroke yang dialaminya. sebelum dilakukan tindakan inovasi peneliti mencatat lebih dahulu kekuatan otot yang dirasakan klien. Setelah skala kekuatan otot,

pasien terlebih dahulu diposisikan ditempat yang aman dan nyaman agar memudahkannya untuk dilakukan tindakan inovasi *Rom exercise* bola karet.

Hasil implementasi inovasi Rom exercise bola karet Selama kurun waktu 3 hari dengan pemberian penerapan Rom exercise bola karet selama kurang lebih 1 sampai 2 menit dilakukan dalam 5 kali latihan jadi kurang lebih dalam waktu 15 menit dirumah klien, sebelum dan sesudah intervensi dilakukan pencatatan hasil pengukuran skala kekuatan otot yang dirasakan klien.

Tabel 3. 6 Pencatatan Hasil Pengukuran Kekuatan Otot

No	Hari Dan Tanggal	Sebelum	Sesudah
1.	Senin, 31 Mei 2022	3	3
2.	Selasa, 01 juni 2022	3	4
3.	Rabu,02 juni 2022	4	4

Tabel 3. 7 Implementasi Keperawatan

No.	Hari/Tanggal /Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Minggu ,30 Mei 2022 Pukul 10.30	1.1 Memonitor tanda-tanda vital 1.2 Memonitor tingkat kesadaran 2.2 Menilai keterbatasan pergerakan sendi dan kekuatan otot 2.1 Menilai indikasi dilakukannya latihan rentang gerak	S: klien mengatakan tidak ada merasa pusing O : TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 22 x/menit S:37°C S: klien mengatakan tidak keluhan O: E ₄ M ₆ V ₅ compos mentis S: klien mengatakan merasa kaku dan sulit menggerakkan kaki dan tangan sebelah kirinya O: Nilai kekuatan otot $\begin{array}{r} 5 \ 3 \\ \hline 5 \ 3 \end{array}$ S: istri klien mengatakan klien butuh latihan dan perlu bimbingan juga. O: Karena terjadi penurunan kekuatan otot pada ekstremitas sebelah kiri klien , maka dibutuhkan latihan rentang gerak (ROM) pasif

		<p>3.3 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse</p> <p>1.1 Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan</p> <p>1.2 Menanyakan kepada klien apakah ada riwayat tekanan darah tinggi sebelumnya</p> <p>4.3 Memahami situasi yang membuat ansietas</p>	<p>S: anak klien mengatakan klien sering jatuh O: Skala morse klien adalah 60 kategori risiko tinggi</p> <p>S: Klien mengatakan kepalanya sedikit pusing O: klien tampak memijak kepalanya</p> <p>S: Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi O: TD: 170/110mmHg, N: 80 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37°C</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan takut membiarkan klien mengonsumsi obat sebarang yang tidak pasti karena takut dengan efeknya O: keluarga klien tampak khawatir</p>
2.	Senin, 31 Mei 2022 pukul 10.35	<p>2.8 Menjelaskan pada keluarga tujuan dan prosedur sebelum dilakukannya ROM pasif</p> <p>2.6 Mempraktekkan dan membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada klien</p> <p>2.5 Mengajukan pada keluarga untuk latihan secara perlahan agar klien terhindar dari cedera</p> <p>2.9 Mengajukan keluarga untuk melakukan ROM pada klien secara sistematis dan berkelanjutan</p> <p>3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</p>	<p>S: anak klien mengatakan siap mendengarkan O: Keluarga klien antusias mendengarkan penjelasan</p> <p>S:- O: Keluarga sangat kooperatif saat latihan</p> <p>S: anak klien mengatakan mau melakukan dengan apa yang sudah dilatih tadi O: Keluarga klien sangat kooperatif dan mau menerima anjuran yang diajarkan</p> <p>S: istri klien mengatakan siap menerima pelajaran O: Keluarga klien antusias menerima anjuran dari perawat</p> <p>S: klien mengatakan aman ditempat tidur O: Lingkungan sekitar klien aman</p>

		<p>3.1 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse</p> <p>1.2 Memeriksa tingkat kesadaran</p> <p>1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu klien , menghitung nadi dan pernafasan</p> <p>1.3 Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan</p> <p>4.2 Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan</p> <p>4.4 Menjelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p>	<p>S:klien mengatakn sudah jatuhnya sudah berkurang saat dibantu untuk melakukan aktivitas O:Skala morse klien adalah 56 kategori risiko</p> <p>S: klien mengatakan tidak keluhan O:E₄M₆V₅ compos mentis</p> <p>S: klien mengatakan merasa pusing O:TD:180/100mmHg, N: 72 x/menit , RR: 22 x/menit, S: 37,5°C</p> <p>S:Klien mengatakan ada keluhan pusing O:klien tampak baring dan menutup matanya</p> <p>S:anak klien mengatakan siap menerima penyampain dari perawat O:Keluarga klien antusias untuk mendengarkan penyampain dari perawat</p> <p>S: Keluarga klien mengatakan sudah mengerti tentang latihan serta pengomsumsian obat dan mengatakan sangat terbantu dengan adanya penkes O: keluarga klien tampak mengerti terkait latihan yang diajarkan.</p>
3.	Selasa, 01 juni 2022 pukul 10.55	<p>2.6 Membantu keluarga untuk latihan rentang gerak (ROM) pasif pada klien</p> <p>3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</p> <p>3.1 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse</p>	<p>S:klien mengatakan tangan kirinya sudah bisa bergerak namun masih sangat lemah O: Keluarga klien sangat antusias dan kooperatif</p> <p>S: klien mengatakan aman dengan berbaring ditempat tidur O: Lingkungan sekitar klien aman</p> <p>S: klien mengatakan bergerak harus dibantu karna takut jatuh O:Skala morse klien</p>

		<p>1.2 Memeriksa tingkat kesadaran</p> <p>1.1 Mengukur tekanan darah, dan suhu klien , menghitung nadi dan pernafasan</p> <p>1.3 Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan</p> <p>4.1 Mengidentifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>4.5 menganjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi</p>	<p>adalah 54 kategori risiko</p> <p>S: klien mengatakan tidak ada keluhan pusing O: Compos Mentis</p> <p>S: klien mengatakan sudah merasa sehat O: TD: 150/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37,1°C</p> <p>S: Klien mengatakan tidak ada keluhan pusing O: klien tampak rileks</p> <p>S : anak klien mengatakan akan memberikan pengobatan yang terbaik pada klien O : klien beserta keluarga terlihat bersemangat</p> <p>S : klien mengatakan tidak ada keluhan dan merasa tenang O : klien tampak rileks</p>
--	--	---	---

G. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 8 Evaluasi Keperawatan

No.DX	Tanggal / Jam	Evaluasi												
1.	30 – 05 – 2022 10.30	<p>S: klien mengatakan tidak ada merasa pusing O : TD: 170/110mmHg N: 100 x/menit RR: 22 x/menit S:37°C - Compos Mentis E₄M₆V₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekanan intrakranial</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.1 Monitor tanda-tanda vital 1.2 Monitor tingkat kesadaran</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Nilai rata-rata tekanan darah	2	3	Tekanan intrakranial	1	2			
Indikator	Sebelum	Sesudah												
Nilai rata-rata tekanan darah	2	3												
Tekanan intrakranial	1	2												
2.		<p>S : Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan O : Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat Klien hanya berbaring ditempat tidur A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>rentang gerak (ROM)</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Indikator	Sebelum	Sesudah	pergerakan ekstremitas	2	3	kekuatan otot	2	3	rentang gerak (ROM)		
Indikator	Sebelum	Sesudah												
pergerakan ekstremitas	2	3												
kekuatan otot	2	3												
rentang gerak (ROM)														

		<table border="1"> <tr> <td>kaku sendi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 2.6 Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 2.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>	kaku sendi	2	3	kelemahan fisik	2	3									
kaku sendi	2	3															
kelemahan fisik	2	3															
3.		<p>S: anak klien mengatakan klien sering jatuh O: Terjadi penurunan kekuatan otot 5 3 5 3 Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor = 60 Lingkungan klien aman A: Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>jatuh dari tempat tidur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat berdiri</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat berjalan</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat dikamar mandi</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 3.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 3.1 Pasang handrail tempat tidur 3.2 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	jatuh dari tempat tidur	1	2	jatuh saat berdiri	1	2	jatuh saat berjalan	1	2	jatuh saat dikamar mandi	1	2
Indikator	Sebelum	Sesudah															
jatuh dari tempat tidur	1	2															
jatuh saat berdiri	1	2															
jatuh saat berjalan	1	2															
jatuh saat dikamar mandi	1	2															
4.		<p>S: Keluarga klien mengatakan takut membiarkan klien mengonsumsi obat sebarang yang tidak pasti karena takut dengan efeknya O: Keluarga klien tampak khawatir A: Masalah keperawatan Ansietas belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>perilaku gelisah</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>perasaan keberdayaan</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 4.2 ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan 4.4 motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan.</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi	2	3	perilaku gelisah	2	3	perasaan keberdayaan	2	3			
Indikator	Sebelum	Sesudah															
Verbalisasi kekhawatiran akibat kondisi yang dihadapi	2	3															
perilaku gelisah	2	3															
perasaan keberdayaan	2	3															

No.DX	Tanggal / Jam	Evaluasi									
1.	31 – 05 – 2022 10.30	<p>S : : klien mengatakan merasa pusing O: TD: 180/100mmHg, N: 72x/menit, RR: 22 x/menit, S: 37,5°C - Compos Mentis E₄M₆V₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan intrakranial</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.4 Monitor tingkat kesadaran</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Nilai rata-rata tekanan darah	3	4	Tekanan intrakranial	2	3
Indikator	Sebelum	Sesudah									
Nilai rata-rata tekanan darah	3	4									
Tekanan intrakranial	2	3									
2.		S : Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih									

		<p>belum bisa digerakan</p> <p>O :Aktivitas klien dibantu oleh keluarga , Klien hanya berbaring ditempat tidur</p> <p>A : Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratas</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pergerakan ekstremitas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>rentang gerak (ROM)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>kaku sendi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>2.6Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi.</p> <p>2.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	pergerakan ekstremitas	3	3	kekuatan otot	3	3	rentang gerak (ROM)			kaku sendi	2	3	kelemahan fisik	2	3
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
pergerakan ekstremitas	3	3																		
kekuatan otot	3	3																		
rentang gerak (ROM)																				
kaku sendi	2	3																		
kelemahan fisik	2	3																		
3.		<p>S:klien mengatakan riwayat jatuhnya sudah berkurang</p> <p>O: Terjadi peningkatan kekuatan otot</p> <p>$\frac{53}{53}$</p> <p>Pada penilaian skala morse, klien berisiko tinggi jatuh dengan skor= 56</p> <p>Lingkungan klien aman</p> <p>A: Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>jatuh dari tempat tidur</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat berdiri</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat berjalan</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat dikamar mandi</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>3.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh</p> <p>3.3 Pasang handrail tempat tidur</p> <p>3.4 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	jatuh dari tempat tidur	2	3	jatuh saat berdiri	2	2	jatuh saat berjalan	1	2	jatuh saat dikamar mandi	2	2			
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
jatuh dari tempat tidur	2	3																		
jatuh saat berdiri	2	2																		
jatuh saat berjalan	1	2																		
jatuh saat dikamar mandi	2	2																		
		<p>S: Keluarga klien siap menerima masukan dari perawat pasti karna takut dengan efeknya</p> <p>O:Keluarga klien tampak antusias</p> <p>A: Masalah keperawatan Ansietas teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kekhawatiran Akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>perilaku gelisah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>perasaan keberdayaan</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.1 identifikasi kemampuan mengambil keputusan</p> <p>4.4 jelaskan prosedur,termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> <p>4.5 anjurkan mengungkapkan perasaan dan presepsi</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi kekhawatiran Akibat kondisi yang dihadapi	3	4	perilaku gelisah	3	4	perasaan keberdayaan	3	4						
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
Verbalisasi kekhawatiran Akibat kondisi yang dihadapi	3	4																		
perilaku gelisah	3	4																		
perasaan keberdayaan	3	4																		

No.DX	Tanggal / Jam	Evaluasi
1.	01 – 06 – 2022 10.30	<p>S : klien mengatn tidak ada keluhan pusing</p> <p>O :TD: 150/90mmHg</p> <p>- N: 70 x/menit</p> <p>- RR: 22 x/menit</p>

		<p>- S: 37,5°C - Compos Mentis E₄M₆V₅ A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan intrakranial</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi di pertahankan 1.5 Monitor tanda-tanda vital</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Nilai rata-rata tekanan darah	3	4	Tekanan intrakranial	3	4									
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
Nilai rata-rata tekanan darah	3	4																		
Tekanan intrakranial	3	4																		
2.		<p>S :Klien mengatakan anggota tubuh bagian sudah bisa digerak gerakkan sedikit O :Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat Klien hanya berbaring ditempat tidur A : Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pergerakan ekstremitas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>rentang gerak (ROM)</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>kaku sendi</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>kelemahan fisik</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi dan dipertahankan 2.6Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi. 2.9 Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	pergerakan ekstremitas	3	4	kekuatan otot	3	4	rentang gerak (ROM)	3	4	kaku sendi	3	3	kelemahan fisik	3	3
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
pergerakan ekstremitas	3	4																		
kekuatan otot	3	4																		
rentang gerak (ROM)	3	4																		
kaku sendi	3	3																		
kelemahan fisik	3	3																		
3.		<p>S : anak klien mengatakan klien aman O :Skala morse kategori risiko - Pagar pengaman klien selalu terpasang A: Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>jatuh dari tempat tidur</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat berdiri</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat berjalan</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>jatuh saat dikamar mandi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : intervensi tetap diLanjutkan 3.2 Identifikasi faktor lingkungan yang dapat meningkatkan risiko jatuh 4.6 Pasang handrail tempat tidur 4.7 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	jatuh dari tempat tidur	3	3	jatuh saat berdiri	2	3	jatuh saat berjalan	2	2	jatuh saat dikamar mandi	2	3			
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
jatuh dari tempat tidur	3	3																		
jatuh saat berdiri	2	3																		
jatuh saat berjalan	2	2																		
jatuh saat dikamar mandi	2	3																		
4.		<p>S :anak klien mengatakan akan memberikan pengobatan yang terbaik pada klien O :klien beserta keluarga terlihat bersemangat A: Masalah keperawatan Ansietas teratasi s</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbalisasi kekhawatiran Akibat kondisi yang dihadapi</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>perilaku gelisah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>perasaan keberdayaan</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: intervensi dihentikan</p>	Indikator	Sebelum	Sesudah	Verbalisasi kekhawatiran Akibat kondisi yang dihadapi	4	5	perilaku gelisah	4	5	perasaan keberdayaan	4	5						
Indikator	Sebelum	Sesudah																		
Verbalisasi kekhawatiran Akibat kondisi yang dihadapi	4	5																		
perilaku gelisah	4	5																		
perasaan keberdayaan	4	5																		