

BAB III
LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Nama Tn. S, umur 55 tahun, beragama islam, pendidikan terakhir SLTP, pekerjaan swasta, jenis kelamin laki-laki, menikah, berat badan 65 kg, tinggi badan 165, lingkar lengan 31 cm. alamat saat ini di kecamatan anggana, masuk rumah sakit pada tanggal 24 mei 2021 pukul 23.30, diagnosa awal medis susp SH dd SNH, no registrasi 05089121

2. Keluhan Utama

a. Saat MRS (24 mei 2021 jam 23.30)

Pasien masuk dengan keluhan bagian tubuh sebelah kiri tidak dapat di gerakkan, bicara pelo, muntah sebanyak 2 x, sebelum masuk rumah sakit klien jatuh di tempat kerja (ruang mesin) dan di kamar (didalam kapal) tempat bekerja.

b. Saat Pengkajian (31 mei 2021 jam 10.00)

Kaki dan tangan sebelah kiri tidak dapat digerakkan, makan hanya 3-4 sendok makan perhari, bab hanya sedikit.

3. Primary Survey

Airway : Tidak ada sumbatan pada jalan napas benda asing maupun obstruksi jalan napas.

Breathing : pernafasan 20 x / menit, pola napas regular, tidak ada sianosis, SpO₂ 99%

Circulation : Tekanan darah 140 / 80 mmHg, Nadi 87 x / menit, warna kulit normal, teraba hangat, dan lembab, suhu tubuh 36.5 derajat Celsius.

4. Secondary survey

a. Brain

GCS E4V4M6, pupil isokor, Berbicara pelo, tidak bisa menggerakkan bagian tubuh sebelah kiri, di rumah sakit setiap hari hanya tidur 2-3 jam menjelang subuh dan kadang siang tidur malam tidak, tangan kiri dan kaki kiri tidak dapat di gerakkan dan hanya kesemutan.

b. Breathing

Tidak ada batuk, suara nafas normal, tidak sesak, tidak ada cuping hidung, dada simetris, warna kulit merata, eksplorasi dada simetris, tidak terdapat nyeri tekan dan masa, pada saat perkusi sonor dan pada saat auskultasi terdengar vesikuler.

c. Blood

Tidak terdapat nyeri dada, sempat pingsan sebelum di bawa ke rumah sakit, tidak ada odema dan hematoma, tidak ada pembesaran vena jugularis.

d. Bladder

BAK menggunakan urine kateter, berwarna kuning terang, produksi urine 1000 cc / hari, tidak terdapat retensi, nyeri, dan inkontinensia

e. Bowel

BAB 1 x / hari, warna kuning dan berbau khas feces

f. Bone

Pergerakan tubuh bagian kiri tidak dapat di gerakkan, kekuatan otot tangan kanan 5, tangan kiri 0, kaki kanan 5, dan kaki kiri 0.

5. Riwayat penyakit

a. Riwayat penyakit sekarang

Anak pasien mengatakan sehari-hari sebelum masuk RS ayahnya mengeluh tangan dan kaki sebelah kiri kesemutan, pada keesokan harinya ayahnya tetap bekerja seperti biasa di kapal. Saat masuk ruang mesin kapal, ayahnya terjatuh tetapi tetap sadar. Setelah di bawa ke kamar ayahnya terjatuh kembali, pada saat sore harinya ayahnya makan ikan, setelah makan ikan ayahnya muntah 1 x, pada malam hari teman ayahnya membangunkan, ayahnya sudah tidak sadar lalu di bawa ke rumah sakit.

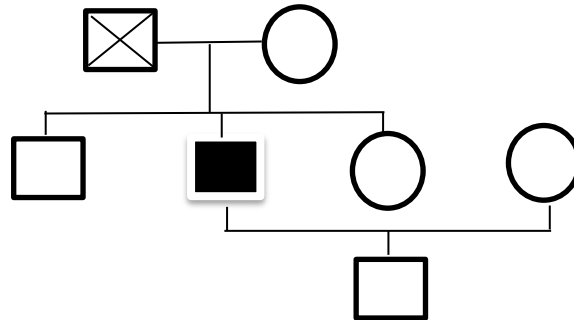
b. Riwayat penyakit dahulu

Anak pasien mengatakan dalam 2 tahun terakhir ayahnya menderita kolesterol dan dalam 1 tahun terakhir memiliki tekanan darah tinggi. 6 bulan yang lalu ayahnya mengeluh pengelihatana kabur dan meminta di buatka kaca mata.

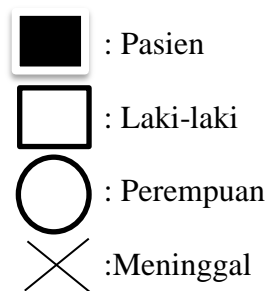
c. Riwayat penyakit keluarga dan genogram

Anak pasien mengatakan ayah dan ibunya menderita tekanan darah tinggi. Pasien anak ke 2 dari 3 bersaudara, ayah pasien telah

meninggal dikarenakan sudah tua, pasien menikah dan hanya memiliki satu orang anak.



Keterangan :



Gambar 3.1 Genogram Keluarga

6. Pengkajian saat ini

a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Anak pasien mengatakan ayahnya dalam satu tahun terakhir rutin memeriksakan kesehatannya saat pulang ke rumah, pasien bekerja di kapal 6 bulan sekali baru bisa pulang.

b. Pola nutrisi / metabolic

BB klien saat pengkajian 65 Kg, TB 165 cm, dan lingkar lengan 31 cm, IMT 23,9 (18,5 0 25,0 = Normal). Sebelum masuk RS pasien makan 3 x sehari, minum 6-7 gelas sehari (1.500 cc) air putih. Saat di rawat pasien makan 6-7 sendok, minum 5 gelas / hari. Nafsu makan menurun.

c. Pola eliminasi

Sebelum masuk RS 3-4 kali dalam sehari BAK, BAB 1kali sehari.
Selama masuk RS sehari 1000 cc di dalam kantong urine, BAB 1 kali sehari sedikit.

d. Pola aktifitas dan latihan

Semua kemampuan dari makan, minum, mandi, toileting, berpakaian, mobilisasi tempat tidur, berpindah dan ambulasi/ROM tergantung total.

e. Pola persptual

- 1) Pengelihatan : Mata buram 6 bulan yang lalu
- 2) Pendengaran : Normal pada saat di panggil nama pasien merespon
- 3) Pengecapan : tidak dapat terkaji pasien sulit berkomunikasi
- 4) Penciuman : tidak dapat terjaji pasien sulit berkomunikasi
- 5) Sensasi : tidak dapat terkaji pasien sulit berkomunikasi

f. Pola tidur dan istirahat

Sebelum sakit anak pasien mengatakan 5-6 jam pasien tidur karena kerja shift. Selama di rumah sakit tidur hanya 2-3 jam. Tidak tidur pada malam hari, saat menjelang subuh ayahnya tidur. Setelah dilakukan penilaian kualitas tidur menggunakan PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) didapatkan hasil >5 (buruk)

g. Pola persepsi kognitif

Dari body image, ideal diri, harga diri, peran, dan identitas diri tidak dapat terkaji karena pasien sulit berkomunikasi

h. Pola peran dan hubungan

Pasien saat ini bekerja di kapal memiliki 1 anak laki-laki, tinggal jauh dari anak dan istrinya. Baru pulang setelah 6 bulan bekerja di laut.

i. Pola seksual dan reproduksi

Anak pasien mengatakan dia anak tunggal.

j. Pola coping dan toleransi stress

Pasien tidak dapat berbicara, hanya merespon dengan anggukan terkadang tidak ada respon sama sekali

k. Pola nilai dan kepercayaan

Anak pasien mengatakan pada saat pasien sehat termasuk sering beribadah sholat 5 waktu di masjid saat pasien berada di rumah.

7. Pemeriksaan fisik

a. Keadaan umum : Sedang

b. TTV : Tekanan darah 140/80 mmHg, Nadi 87 x/menit, Suhu 36,5 °C, Pernafasan 2 x/menit.

c. Kesadaran : E4 V4 M6 = 14 (Compos Mentis)

d. Kepala : Rambut pendek beruban dan dalam keadaan bersih

e. Mata : Konjungtiva tidak anemis, Palpebral normal, Sclera baik, dan Pupil dilatasi normal

f. Telinga : Kedua lubang telinga bersih, tidak mengeluarkan cairan.

g. Hidung : Normal dan simetris dan tidak terdapat lesi

h. Mulut : Lidah bersih tidak berbau mulut, Bibir lembab, dan Gigi tidak terdapat gigi palsu, berwarna putih kekuningan.

- i. Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
- j. Dada :
 - a) Paru-paru
 - Inspeksi : Simetris, tidak ada pertumbuhan rambut, warna kulit merata, ekspansi dada simetris
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan massa
 - Perkusi : Suara sonor
 - Auskultasi : Vesikuler
 - b) Jantung
 - Inspeksi : Tidak ada lesi, wana kulit merata, penyebaran rambut merata
 - Palpasi : Teraba iktus kordis pada interkostalis ke 5, 2 cm dari midklavikula kiri
 - Perkusi : Suara redup
 - Auskultasi : suara s1 dan s2 (lupdup)
 - c) Abdomen
 - Inspeksi : Warna kulit sawo matang merata, tidak terdapat bekas luka
 - Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak terdapat edema, tidak terdapat massa dan benjolan yang abnormal
 - Perkusi : tympani di semua kuadran abdomen
 - Auskultasi : Peristaltik usus 6 x / menit
- k. Kulit turgor : Elastisitasnya baik

l. Genetalia : Sedikit kotor, tidak terdapat kelainan maupun luka

m. Ekstremitas

3.1 Tabel kekuatan otot

Skala	Nilai Kekuatan Otot	Keterangan
0	0 %	Paralisis, Tidak ada kontraksi otot sama sekali
1	10 %	Terlihat atau teraba getaran kontraksi otot tetapi tidak ada gerakan sama sekali
2	25 %	Dapat menggerakkan anggota gerak tanpa gravitasi
3	50 %	Dapat menggerakkan anggota gerak untuk menahan berat (gravitasi)
4	75 %	Dapat menggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan minimal
5	100 %	Dapat meggerakkan sendi dengan aktif dan melawan tahanan dengan maksimal/penuh (kekuatan normal)

Hasil pemeriksaan pada tn. S adalah :

- Terpasang infus pada kaki sebelah kiri
- Tangan kanan : kekuatan otot 5
- Tangan kiri : kekuatan otot 0
- Kaki kanan : kekuatan otot 5
- Kaki kiri : kekuatan otot 0

8. Pemeriksaan penunjang

a. Hasil pemeriksaan labooratorium

3.2 Tabel Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal	Satuan
Hemoglobin	15.5	13 - 16	gr/100ml
Hematokrit	42	40 - 48	Vol %
Leukosit	18.900	5.000 – 10.000	/mm ³

Thrombosit	304.000	150.000 – 450.000	/mm ³
Glukosa sewaktu	157	60 - 150	mg/dl
SGOT	37	< 35	u/L
SGPT	29	< 41	u/L
Cholestrol total	203	< = 200	mg/dl
Trigleserida	70	< 200	mg/dl

B. Masalah Keperawatan

3.3 Tabel Data dan Diagnosa Keperawatan

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<u>Data subyektif:</u> Anak pasien mengatakan kaki dan tangan ayahnya sebelah kiri tidak bisa di gerakkan hanya mengeluh kesemutan <u>Data obyektif:</u> TD : 140/80 mmHg, Kes E4V4M6 : 14 (compos mentis)	Embolisme	Resiko Perfusi serebral tidak efektif

2	<p><u>Data subyektif:</u></p> <p>Anak mengatakan setiap hari tidur hanya 2 – 3 jam. Tidur menjelang subuh dan kadang hanya siang tidur malam tidak</p> <p><u>Data obyektif:</u></p> <p>Tampak pada pagi hari sering tidur dan pada malam hari terjaga, hasil PSQI > 5 (buruk)</p>	Kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur
3	<p><u>Data subyektif:</u></p> <p>Tangan dan kaki kiri tidak bisa di gerakkan</p> <p><u>Data obyektif:</u></p> <p>Kekuatan otot: Tangan kanan 5, tangan kiri 0, kaki kanan 5, kaki kiri 0</p>	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
4	<p><u>Data subyektif :</u></p> <p>Makan 3 – 4 sendok / hari, minum 5 gelas / hari, buang air besar 1 x sehari, buang air kecil 1.000 cc</p> <p><u>Data obyektif:</u></p> <p>BB : 65 Kg, TB 165 Cm, Lila 31 cm, IMT 23,9</p>	Faktor psikologis	Risiko Defisit Nutrisi

5	<u>Data subyektif :</u> Pasien jatuh saat di tempat kerja (ruang mesin) dan di kamar <u>Data obyektif:</u> Terpasang infus pada kaki kiri, pasien bedrest	Kekuatan otot menurun	Resiko Jatuh
---	--	------------------------------	--------------

Prioritas masalah :

1. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular
2. Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur
3. Resiko perfusi serebral tidak efektif d/d embolisme
4. Resiko jatuh d/d kekuatan otot menurun
5. Risiko defisit nutrisi d/d faktor psikologis

C. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.4 Intervensi

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d Gangguan Neuro Muskular (D.0054)	Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 5 jam maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas (3) • Kekuatan otot (3) • Rentang gerak (3) Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 	Dukungan mobilisasi (I.05173) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 1.2 Fasilitasi melakukan pergerakan 1.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1.4 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 1.5 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

		<p>4. Cukup Meningkat</p> <p>5. Meningkat</p>	
2	<p>Gangguan pola tidur b/d kurang kontrol tidur (D.0055)</p>	<p>Pola tidur (L.05045)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 5 jam maka pola tidur membaik dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan sulit tidur (4) • Keluhan sering terjaga (4) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	<p>Terapi akupresur (I.06209) dengan Inovasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa kontra indikasi 2.2 Periksa tingkat kenyamanan 2.3 Tentukan titik akupresur (Nei Guan, Shen Men, dan Yong Quan) 2.4 Rangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai 2.5 Oleskan minyak Valerian pada titik akupresur yang telah di tentukan 2.6 Lakukan akupresur dititik yang telah di tentukan selama 15 – 20 detik 2.7 Anjurkan untuk rileks Ajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresur secara mandiri 2.8 Kolaborasi dengan terapis yang tersertifikasi (jika perlu)
3	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif d/d embolisme (D.0017)</p>	<p>Perfusi Serebral (L.02014)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 5 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tingkat kesadaran (4) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup Menurun 3. Sedang 4. Cukup 	<p>Pemantauan tekanan intra kranial (I.06198)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor peningkatan Tekanan Darah 3.2 Monitor penurunan tingkat kesadaran 3.3 Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 3.4 Dokumentasikan hasil pemantauan 3.5 Informasikan hasil pemantauan

		<p>Meningkat</p> <p>5. Meningkatkan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nilai rata-rata tekanan darah (4) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup Membaik 5. Membaik 	
4	Resiko jatuh d/d kekuatan otot menurun	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 5 jam maka tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jatuh saat duduk sedang (3) 	<p>Pencegahan jatuh</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 4.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan 4.3 Hitung resiko jatuh dengan skala morse 4.4 Pastikan roda tempat tidur dan kursi rode selalu dalam kondisi terkunci 4.5 Pasang handrall tempat tidur 4.6 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
5	Risiko defisit nutrisi d/d faktor psikologis (D.0032)	<p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3 x 5 jam maka status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porsi makan yang di habiskan (4) <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitro asupan makanan 5.2 Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5.3 Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 5.4 Anjurkan posisi duduk jika mampu 5.5 Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan

		<ul style="list-style-type: none"> • Nafsu makan (4) Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	
--	--	---	--

D. Implementasi

Tabel 3.5 Implementasi dan Evaluasi

TGL/JAM	DX. KEP	IMPLEMENTASI	RESPON
31 Mei 2021 07.00 s.d 12.00 wita	1	1.1 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 1.2 Memfasilitasi melakukan pergerakan 1.3 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 1.4 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 1.5 Mengajarkan mobilisasi sederhana	O : Ku sedang O : Keluarga mampu dan mau untuk ROM S : Setuju untuk dilakukan ROM O : Mengajarkan ROM pasif
	3	3.1 Memonitor peningkatan tekanan darah 3.2 Memonitor penurunan tingkat kesadaran 3.3 Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien 3.4 Mendokumentasi	O : TD : 150/100 mmHg, E4V4M6 : 14 (CM), N : 80 x/i

		kan hasil pemantauan 3.5 Menginformasikan hasil pemantauan	
4	4.1 Menidentifikasi faktor risiko jatuh 4.2 Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institus 4.3 Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse 4.4 Memastikan roda tempat tidur dan selalu dalam keadaan terkunci 4.5 Memasang handrall tempat tidur 4.6 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Keluarga mengatakan tempat tidur selalu terkunci rodanya dan pagar selalu dinaikkan O : Skor Morse >51 (Risiko tinggi)	
	5.1 Memonitor asupan makanan 5.2 Memberikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 5.3 Memberikan makanan tinggi kalori 5.4 Menganjurkan posisi duduk jika mampu 5.5 Berkolaborasi dengan ahli gizi menentukan	S : Pasien makan sedikit hanya 4 sendok dalam sehari O : Diet RG III 1900 Kkal lunak (ahli gizi)	

		jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan	
1 Juni 2021 07.00 s.d 12.00 wita	1	1.2 Memfasilitasi melakukan pergerakan 1.3 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S :Setiap pagi dilakukuan ROM pasif oleh anak pasien
	3		O : Ku sedang, TD 140/90 mmHg, N : 80 x / menit, Kes E4V4M6 (CM)
	4		
	5		
2 Juni 2021 07.00 s.d 12.00 wita		3.1 Memonitor peningkatan tekanan darah 3.2 Memonitor penurunan tingkat kesadaran 3.4 Mendokumentasi kan hasil pemantauan 3.5 Menginformasikan hasil pemantauan	
		4.3 Menghitung risiko jatuh menggunakan skala morse 4.6 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	O : Skala morse : > 51 (risiko tinggi)
		5.1 Memonitor asupan makanan	O : Diet RG III 1900 Kkal Lunak S : Makan 6 sendok makan dalam sehari
		1.2 Memfasilitasi melakukan pergerakan 1.3 Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan	S : Selalu melakukan ROM rencana ingin membeli kursi roda

		pergerakan	
		3.1 Monitor peningkatan tekanan darah 3.2 Monitor penurunan tingkat kesadaran 3.4 Mendokumentasikan hasil pemantauan	O : Ku sedang, kes CM E4V4M6, TD 140/90 mmHg, N 82 x/i
		4.3 Menghitung ridiko jstuh dengan menggunakan skala morse 4.6 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan	O : Skala morse 25-50 (skala rendah)
		5.1 Mmonitor asupan makanan	S : Makan 12 sendok hari ini O: Diet RG III 1900 Kkal

E. Implementasi Inovasi

Tabel 3.6 Implementasi Inovasi

TGL/JAM	DX. KEP	IMPLEMENTASI	RESPON
10 Desember 2021 (19:00)	2	2.1 Memeriksa kontra indikasi 2.2 Memeriksa tingkat kenyamanan 2.3 Menentukan titik akupresur (Nei Guan, Shen Men, dan Yong Quan) 2.4 Merangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai 2.5 Mengoleskan	O : Tidak ada kontra indikasi S : Klien mengatakan dalam posisi nyaman saat ini

		<p>minyak Valerian pada titik akupresur yang telah di tentukan</p> <p>2.6 Melakukan akupresur dititik yang telah di tentukan selama 15 – 20 detik</p>	<p>O : Klien tampak mengantuk sesekali (meгуap) dan memejamkan mata</p>
11 Desember 2021 (20:00)		<p>2.2 Memeriksa tingkat kenyamanan</p> <p>2.3 Menentukan titik akupresur (Nei Guan, Shen Men, dan Yong Quan)</p> <p>2.4 Merangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai</p> <p>2.5 Mengoleskan minyak Valerian pada titik akupresur yang telah di tentukan</p> <p>2.6 Melakukan akupresur dititik yang telah di tentukan selama 15 – 20 detik</p>	<p>S : Pasien mengatakan jika berbaring lebih nyaman</p> <p>O : pasien tampak rileks dan nyaman</p> <p>O : Setelah dilakukan beberapa kali pasien tampak mengantuk</p>
12 Desember 2021 (15:00)		<p>2.2 Memeriksa tingkat kenyamanan</p> <p>2.3 Menentukan titik akupresur (Nei Guan, Shen Men, dan Yong Quan)</p> <p>2.4 Merangsang titik akupresur dengan jari atau ibu jari dengan kekuatan tekanan yang memadai</p> <p>2.5 Mengoleskan</p>	<p>S : pasien mengatakan nyaman di lakukan pemijatan pada saat berbaring</p>

		<p>minyak Valerian pada titik akupresur yang telah di tentukan</p> <p>2.6 Melakukan akupresur dititik yang telah di tentukan selama 15 – 20 detik</p> <p>2.7 Menganjurkan untuk rileks</p> <p>2.8 Ajarkan keluarga atau orang terdekat melakukan akupresur secara mandiri</p> <p>Ket : untuk hari terakhir dilakukan evaluasi menggunakan kuesioner PSQI untuk mengetahui kualitas tidur pasien</p>	<p>O : Pasien tampak mengantuk setelah dilakukan akupresur secara berulang</p> <p>S : Klien dan keluarga mengatakan bisa melakukannya sendiri setelah diberikan contoh selama 3 hari ini.</p> <p>O : PSQI < 5 (baik)</p>
--	--	---	---

F. Evaluasi

Tabel 3.7 Evaluasi

TGL/JAM	NO.DX	EVALUASI	TTD
30 Mei 2021 (12.00)	1,3,4,5	<p>S : Anak pasien mengatakan setuju untuk diajarkan ROM, tempat tidur selalu terkunci rodanya dan pagar selalu di naikkan, makan hanya 4 sendok dalam sehari</p> <p>O : Ku sedang, TD : 150 / 100 mmHg, Nadi : 80 x per menit, keluarga mampu dan mau melakukan ROM, mengajarkan ROM Pasif , skala morse >51 (resiko tinggi), diet RG III 1.900 kKal lunak</p>	

		<p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi, risiko perfusi serebral belum teratasi, risiko jatuh belum teratasi, dan risiko deficit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.2, 1.3, 3.1, 3.2, 3.4, 3.5, 4.3, 4.6, dan 5.1</p>	
1 Juni 2021 (12.00)	1,3,4,5	<p>S : anak klien mengatakan setiap pagi dilakukan gerakan yang telah di ajarkan, makan hari ini sejak kemarin 6 sendok</p> <p>O : Ku sedang, TD : 140 / 90 mmHg, N : 86 x per menit, Kesadaran E4V4M6, skala morse > 51, diet RG III 1.900 kkal lunak</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik belum teratasi, risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, risiko jatuh belum teratasi, dan risiko defisit nutrisi belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1.2, 1.3, 3.1, 3.2, 3.4, 4.3, 4.6, dan 5.1</p>	
2 Juni 2021 (12.00)		<p>S : anak pasien mengatakan selalu melakukan ROM, rencana akan membeli kursi roda, makan hari ini 12 sendok habis</p> <p>O : Ku sedangn, kesadaran Compos mentis, Tekanan darah 140/90 mmHG, nadi 82 x per menit, skala morse 25-50 (risiko rendah), diet RG 1900 kkal lunak</p> <p>A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi, risiko jatuh teratasi, risiko defisit nutrisi teratasi</p>	

		P :Hentikan intervensi	
--	--	------------------------	--

G. Evaluasi (Intervensi Inovasi)

Tabel 3.8 Evaluasi (Intervensi Inovasi)

TGL/JAM	NO.DX	EVALUASI	TTD
10 Desember 2021 (21.00)	2	S : Klien mengatakan dalam kondisi dan posisi nyaman saat ini O : Tidak ada kontra indikasi untuk dilakukan akupresur, klien tampak mengantuk setelah dilakukan tindajan (menguap) A : Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur sebagian teratasi P : Pertahankan semua intervensi	
11 Desember 2021 (20.00)	2	S : Pasien mengatakan jika berbaring lebih nyaman O : pasien tampak rileks dan nyaman, Setelah dilakukan beberapa kali pasien tampak mengantuk A : Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur sebagian teratasi P : Pertahankan semua intervensi	
12 Desember 2021 (17.30)	2	S : pasien mengatakan nyaman di lakukan pemijatan pada saat berbaring, Klien dan keluarga mengatakan bisa melakukannya sendiri setelah diberikan contoh selama 3 hari ini. O : Pasien tampak mengantuk setelah dilakukan akupresur secara berulang, PSQI < 5 (baik) A : Masalah gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur sebagian teratasi P : Hentikan intervensi	