

## **BAB III**

### **LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA**

#### **A. Pengkajian Kasus**

Pengkajian dilakukan pada tanggal 28 November 2021 jam 10.00 WITA menggunakan format pengkajian keperawatan kritis.

##### **1. Identitas Klien**

Nama : Tn. S

Umur : 57 Tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Status : Menikah

Agama : Islam

Pendidikan : SD

Pekerjaan : Tidak Bekerja

Alamat : Jl. Slamet Riyadi Karang Asam GG.5 Rt.14

Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

##### **2. Keluhan Utama**

###### **a. Saat Masuk Rumah Sakit**

Keluarga mengatakan Tn.S masuk RS pada tanggal 18 Desember 2015 karena mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri dan penurunan kesadaran secara mendadak dan tekanan darah yang tinggi, keluarga mengatakan di rawat di RS selama 6 hari di ruang stroke center dan ruang perawatan 6 hari.

b. Saat Pengkajian

Keluarga dan Tn.S mengatakan saat ini keluhan yang dirasakan yakni anggota tubuh sebelah kiri yang tidak bisa bergerak dan ada keluhan batuk tidak berdahak yang hilang timbul dan sudah lumayan lama.

Keluarga mengatakan Tn.S memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi dan kencing manis, keluarga mengatakan tidak memiliki penyakit keturunan seperti kencing manis dan tekanan darah tinggi tetapi beberapa saudara Tn.S memiliki penyakit tekanan darah tinggi.

Setelah keluar dari RS tahun 2015 Tn.S tidak dirawat di RS lagi setelah itu, Tn.S hanya melakukan perawatan tradisional seperti akupunktur, dan pernah terapi di RS, saat ini Tn.S hanya di rawat dirumah dan diberikan obat anti hipertensi dan obat anti diabetes yang dibeli sendiri.

3. Data Khusus

a. *Primary Survey*

1) *Airway*

Pada saat pengkajian Tn.S tidak ada sumbatan pada jalan napas klien baik berupa secret atau darah.

2) *Breathing*

Saat pengkajian Tn.s bernapas spontan, RR : 22x/menit, suara napas vesikuler, tidak ada napas cuping hidung, tidak ada sianosis, tidak ada ronkhi, tidak ada wheezing, tidak terdapat otot bantu pernapasan, SpO2 97%.

3) *Circulation*

TD : 170/110 mmHg, Suhu Tubuh : 36,2°C, akral hangat,

Nadi : 73x/menit, CRT : <2 detik.

b. *Secondary Survey*

1) *Brain*

Kesadaran Tn.S : Composmentis, dengan GCS E4V5M6.

Tn.S tidak memiliki kelainan pada berbicara,

2) *Breathing*

Klien tidak mengalami sesak napas, Respirasi 22x/menit, auskultasi paru vesikuler, tidak ada retraksi dinding dada, pergerakan dada simetris, tidak ada sumbatan jalan napas. Tidak ada penumpukan sputum/secret pada saluran pernapasan.

3) *Blood*

Tekanan Darah(TD) : 170/110 mmHg, Suhu(S) : 36,2°C,

Nadi(N) : 73 x/menit, MAP : 150 mmHg, Capillary Refil

Time(CRT) : < 2 detik, akral hangat, saturasi oksigen 97%.

4) *Bladder*

Tn.S menggunakan popok dan berkemih di popoknya, urine berwarna kuning, tidak ada riwayat penyakit Infeksi Saluran Kemih (ISK) dan batu saluran kemih, tidak terdapat nyeri tekan pada *bladder*. Keluarga mengatakan sehari Tn.S mengganti popok 4 kali, tidak mengalami rembesan atau urine yang terlalu banyak.

5) *Bowel*

Abdomen Tn.S simetris, tidak terdapat distensi abdomen, bising usus 15x/menit, keluarga mengatakan tidak ada masalah dalam BAB nya klien tidak mengalami konstipasi, Tn.S BAB 2 hari sekali, tadi pagi sudah BAB 1 kali, warna kuning kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada nyeri tekan di semua kuadran

Berat Badan(BB) : 70 kg

Tinggi Badan(TB) : 170 cm

Indeks Massa Tubuh(IMT) : 24,22 (Normal)

6) *Bone*

Ditemukannya kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri klien. Kekuatan otot klien :

5		1
5		1

Keluarga mengatakan Tn.S tidak pernah jatuh sebelumnya, tidak ada fraktur, tidak ada keluhan nyeri, bengkak ataupun kemerahan pada sendi Tn.S.

4. Pengkajian Tambahan

a. Pola persepsi kesehatan- manajemen Kesehatan

Keluarga mengatakan Tn.S sebelumnya tidak pernah mengalami penyakit seperti ini (stroke), tetapi klien memiliki riwayat penyakit tekanan darah tinggi dan kencing manis. Klien mengalami kelumpuhan pada anggota gerak tubuhnya sebelah kiri

secara mendadak kemudian keluarga memutuskan untuk membawa ke Rumah Sakit. Tn.S mengatakan ini diterapi agar mempunyai kesempatan untuk sembuh dari penyakitnya.

b. Pola metabolik-nutrisi

Keluarga mengatakan Tn.S tidak memiliki masalah dalam nafsu makannya klien makan sehari 3 kali, keluarga mengatakan Tn.S tidak memiliki riwayat alergi terhadap makanan, klien mengatakan nafsu makannya baik dan selalu habis jika diberi makan. Klien mengatakan makan nasi sayur dan lauk ikan, telur atau tahu, tempe dan minum air putih +- 6-8 gelas dalam sehari.

c. Pola eliminasi

Klien menggunakan popok, keluarga mengatakan Tn.S sehari mengganti popok 4 kali dan tidak ada rembesan yang berlebih pada popok klien, kencing klien berwarna kuning dan berbau khas. Keluarga mengatakan klien BAB 2 hari sekali dengan konsistensi lunak berwarna kuning kecoklatan, tidak ada kesulitan atau keluhan dalam berkemih dan BAB

d. Pola aktivitas dan Latihan

Pada pola aktivitas dan pemenuhan ADL Tn.S dibantu oleh istrinya karena Tn.S mengalami kelumpuhan pada anggota gerak sebelah kiri karena penyakit stroke.

Berdasarkan pengkajian pada indeks Barthel didapatkan total hasil interpretasi 6, yaitu pemenuhan ADL klien mengalami

ketergantungan berat. Skor NIHSS didapatkan skor 9, yang artinya klien mengalami defisit neurologis sedang.

Pengkajian luka dekubitus dengan menggunakan skala Norton didapatkan skor 13, yakni klien mengalami resiko sedang terjadinya dekubitus. Dan untuk pengkajian risiko jatuh didapatkan skor 0, yang artinya klien beresiko rendah untuk jatuh. (Tabel hasil skor terlampir)

e. Pola istirahat dan tidur

Tn.S mengatakan tidak ada masalah dalam tidurnya, keluarga mengatakan Tn.S sering tidur terlalu malam karena menonton tv. Tn.S mengatakan tidur malam sekitar jam 11.00 - jam 12.00 dan bangun jam 04.00 pagi dan biasanya tidur siang jam 14.00 – 16.00 WITA.

f. Pola persepsi-kognitif

Tn.S dapat berorientasi terhadap waktu, tempat, dan orang. Tidak terdapat masalah komunikasi pada klien, klien dapat memahami dan berbicara dengan baik. Klien mampu mengingat memori jangka pendek dan tidak mampu mengingat kejadian 1 bulan yang lalu.

g. Pola persepsi-konsep diri

1) *Body Image*

Klien mengatakan anggota gerak sebelah kirinya tidak dapat digerakan.

2) Identitas Diri

Seorang laki-laki dan suami serta seorang ayah bagi anak-anaknya.

3) Peran Diri

Klien merupakan suami serta ayah bagi anak-anaknya.

4) Ideal Diri

Klien mengatakan ingin sembuh dari penyakitnya.

5) Harga Diri

Klien mengatakan tidak malu dengan kondisinya, klien mengatakan hanya bisa pasrah akan kondisinya yang sekarang ini, hanya saja merasa tidak enak dengan istrinya karena harus menggantikan perannya sebagai tulang punggung keluarga.

h. Pola hubungan-peran

Klien mengatakan hubungan antar keluarga dan klien terjalin dengan baik, Tn.S dirawat dengan istrinya selama sakit dan selama sakit istrinya yang menggantikan perannya menjadi tulang punggung keluarga.

i. Pola reproduksi-seksualitas

Tn.S mengatakan memiliki 2 orang anak (1 perempuan dan 1 laki-laki).

j. Pola koping dan toleransi stress

Klien mengatakan jika ada masalah atau sedang banyak pikiran klien akan menceritakannya ke istrinya dan memecahkan masalah bersama istrinya.

k. Pola nilai dan keyakinan

Klien beragama islam, klien mengatakan sholat 5 waktu di atas tempat tidurnya dan klien percaya penyakitnya merupakan cobaan dari yang maha kuasa dan klien selalu berdoa untuk meminta kesembuhan kepada Allah.

5. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

Bentuk kepala normal tidak terdapat massa, tidak terdapat lesi, tidak terdapat ketombe, distribusi rambut merata, rambut berwarna hitam keputihan.

b. Mata

Penglihatan klien dalam batas normal, terdapat refleks cahaya (+), pupil isokor kiri dan kanan, diameter 3 mm pada mata kanan dan kiri, konjungtiva Tn.S berwarna pink tidak anemis dan sklera Tn.S tidak ikterik, tidak ditemukan oedem pada palpebra

c. Hidung

Penciuman klien baik, tidak terdapat secret atau cairan pada hidung Tn.S, tidak ada polip, septum nasal berada di tengah, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak terdapat massa.

d. Mulut

Mulut Tn.S bersih, membran mukosa bibir lembab dan tidak berbau, tidak terdapat stomatitis, gigi tidak lengkap pada bagian gigi belakang sudah tidak ada, tidak ada sianosis, klien tidak pelo.

e. Telinga

Pendengaran klien baik(kanan/kiri), tidak ditemukannya massa, tidak ada cairan atau serumen, telinga simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar.

f. Leher

Tidak ada pembesaran vena jugularis tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid.

g. Dada

Bentuk dada Tn.S normal, ekspansi dada simetris antara kanan dan kiri, retraksi dinding dada tidak ada. Perkusi pada lapang paru terdengar sonor. Auskultasi pernapasan klien terdengar vesikuler, tidak ada suara napas tambahan. RR: 22x/menit.

h. Abdomen

Pada inspeksi abdomen tampak datar, tidak terdapat jejas, tidak terdapat lesi. Tidak ada distensi abdomen maupun kandung kemih.  
Bising usus 15x/menit

i. Genetalia

Tidak ada masalah ketika BAK (tidak ada nyeri, rasa panas ketika BAK), tidak ada benjolan.

j. Integument

Kulit Tn.S berwarna sawo matang, turgor kulit Kembali < 2 detik, tidak tampak ikterik, dan teraba hangat, tidak terdapat lesi

k. Ekstremitas

Anggota gerak klien sebelah kiri tidak dapat bergerak, tidak terdapat edema pada ekstremitas klien baik kiri maupun kanan.

Kekuatan otot klien :

5		1
<hr/>		
5		1

1. Pemeriksaan Neurologis

1) Tingkat Kesadaran

Kesadaran klien composmentis, GCS : 15 (E4V5M6).

2) Pupil

Pupil isokor pada mata kanan dan kiri, berespon positif terhadap cahaya, tidak terdapat strabismus atau nistagmus.

3) Motorik

Ditemukan kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri sehingga mengalami penurunan pada fungsi motorik pada tangan dan kaki bagian kiri. Pada anggota gerak sebelah kanan klien tidak terdapat masalah dan dapat digerakan oleh klien.

4) Sensorik

Klien masih dapat merasakan sensasi tajam dan tumpul

m. Pemeriksaan Saraf Kranial

1) Saraf Kranial I (Olfaktorius)

Klien dapat mengidentifikasi perbedaan bau-bauan. Klien dapat membedakan aroma dari minyak kayu putih dan kopi yang diberikan dengan mata tertutup.

2) Saraf Kranial II (Optikus)

Ketajaman penglihatan klien baik. Klien dapat menyebutkan dan menghitung jari-jari dari jarak 50 cm.

3) Saraf Kranial III, IV dan VI (Okulomotor, troklearis, abduksen)

Pupil klien berespon terhadap cahaya pada mata kanan dan kiri, isokor 3mm pada mata kiri dan kanan. Klien dapat menggerakkan mata ke segala arah. Klien dapat melirik ke kanan dan ke kiri serta ke atas dan kebawah.

4) Saraf Kranial V (Trigeminus)

Klien dapat mengunyah dengan baik. Klien dapat merasakan sensasi sentuhan benda tajam dan tumpul pada maksila mandibula serta kelopak mata. Refleks menelan klien cukup baik

5) Saraf Kranial VII (Fasialis)

Klien dapat memejamkan mata, mengangkat alis dan mengerutkan dahi. Terdapat sedikit penurunan pada wajah sebelah kiri yang terlihat ketika klien tersenyum dan berbicara.

6) Saraf Kranial VIII (Vestibulokoklearis)

Klien dapat mendengarkan suara dari jentikan jari pada telinga kanan dan kiri. Tidak melakukan uji rinne dan webber karena tidak memiliki garpu tala. Tidak melakukan tes Romberg karena pasien tidak dapat berdiri.

7) Saraf Kranial IX dan X (Glosofaringeal, Fagus)

Klien dapat menelan dan pengecapan klien baik. Klien dapat membedakan rasa manis dan asin pada lidah.

8) Saraf Kranial XI (Aksesorius)

Klien dapat mengangkat bahunya, akan tetapi bahu sebelah kiri tidak maksimal. Klien dapat menoleh serta menahan tahanan ringan

9) Saraf Kranial XII (Hipoglosus)

Klien dapat mengeluarkan lidah dan memasukan lidah. Lidah klien simetris.

6. Pemeriksaan Tambahan (28-11-2021)

Asam urat : 3,7 mg/dL (Laki-laki : 2-7.5 mg/dL)

Kolesterol : 131 mg/dL (<200 mg/dL)

Gula Darah Sewaktu : 222 mg/dL (<200 mg/dL)

7. Terapi/ Obat-obatan

Tabel 3.1 Terapi/Obat-obatan

Nama Obat	Dosis	Rute Pemberian	Diberikan
Metformin HCl	500 mg	Oral	1 kali sehari (pagi)
Amlodipine Besilate	5 mg	Oral	1 kali sehari (malam)

**B. Analisa Data**

Tabel 3.2 Analisa Data

No	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	Data Subyektif : -Keluarga mengatakan klien masuk RS (18 Desember 2015) karena mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri secara mendadak dan penurunan kesadaran -Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat		Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dengan faktor risiko Hipertensi

	<p>hipertensi</p> <p>-Keluarga mengatakan sudah hampir 6 tahun klien mengalami kondisi stroke seperti ini dan hanya di rawat di rumah setelah keluar dari RS tahun 2015</p> <p>Data Objektif :</p> <p>-TD : 170/110 mmHg</p> <p>-Nadi : 73 x/menit</p> <p>-RR: 22x/menit</p> <p>-S: 36,2°C</p> <p>-MAP: 150 mmHg</p> <p>-GCS : E4V5M6</p> <p>-Kolesterol : 131 mg/dL</p> <p>-Asam urat : 3,7 mg/dL</p> <p>-Skor NIHSS : 9 (Defisit neurologis sedang)</p>						
2.	<p>Data Subyektif :</p> <p>-Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat DM</p> <p>-Keluarga mengatakan untuk obat DM yang disarankan oleh PKM di minum sehari sekali pada pagi hari</p> <p>Data Objektif :</p> <p>-GDS : 222 mg/dL</p>	Gangguan Toleransi Glukosa Darah	Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah				
3.	<p>Data Subyektif :</p> <p>-Keluarga mengatakan sudah hampir 6 tahun klien mengalami stroke</p> <p>-Klien dan keluarga mengeluhkan kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri</p> <p>Data Objektif :</p> <p>-Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri</p> <p>-Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">1</td> </tr> </table> <p>-Skor ADL : 6 (Ketergantungan berat)</p>	5	1	5	1	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik
5	1						
5	1						
4.	<p>Data Subyektif :</p> <p>-Keluarga mengatakan untuk aktivitas klien dibantu oleh istrinya</p> <p>-Keluarga mengatakan anggota gerak sebelah kiri klien mengalami kelemahan</p> <p>-Klien dapat menggunakan tangan kanan untuk makan</p> <p>Data Objektif :</p> <p>-Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri</p> <p>-Skor ADL : 6 (Ketergantungan berat)</p>	Gangguan Neuromuskular	Defisit Perawatan Diri				
5.	<p>Data Subyektif :</p> <p>-Keluarga mengatakan klien sudah hampir 6 tahun mengalami stroke dan hanya di rawat dirumah</p> <p>-Keluarga mengatakan tidak ada luka pada punggung belakang klien</p> <p>Data Objektif :</p> <p>-Klien tirah baring</p>		Risiko Luka Tekan dengan faktor risiko Penurunan Mobilisasi dan Skor Skala Norton <16				

-Skor skala Norton : 13 (risiko sedang terjadinya dekubitus -Tidak ada tanda-tanda dekubitus		
---	--	--

### C. Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dengan faktor risiko Hipertensi
2. Ketidakseimbangan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah
3. Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular
4. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular
5. Risiko Luka Tekan dengan faktor risiko Penurunan Mobilisasi dan Skor Skala Norton <16

### D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	SLKI	SIKI
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dengan faktor risiko Hipertensi (D.0017) Katagori : Fisiologis Subkatagori : Sirkulasi	SLKI : Perfusi Serebral (L.02014) Setelah melakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam klien dapat menunjukkan perfusi serebral yang meningkat dengan kriteria hasil : -Nilai rata-rata tekanan darah (5) -Kesadaran (5) -Tekanan darah sistolik (5) -Tekanan darah diastolik (5) -Refleks saraf (5) Indikator : (1) : Memburuk (2) : Cukup Memburuk (3) : Sedang (4) : Cukup Membaik (5) : Membaik	SIKI : Pemantauan Neurologis (I.06197) Observasi 1.1 Monitor ukuran,, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil 1.2 Monitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan Skala Koma Glasgow) 1.3 Monitor tanda-tanda vital 1.4 Monitor keluhan sakit kepala Terapeutik 1.5 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial 1.6 Dokumentasikan

			<p>hasil pemantauan</p> <p>Edukasi</p> <p>1.7 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p> <p>1.8 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>1.9 Ajarkan cara dan berikan Terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> untuk menurunkan tekanan darah</p> <p>SIKI : Perawatan Sirkulasi (I.02079)</p> <p>Observasi</p> <p>1.10 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1.11 Lakukan hidrasi</p> <p>1.12 Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu</p> <p>1.13 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>1.14 Anjurkan program rehabilitasi vaskular</p> <p>1.15 Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p>
2	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah berhubungan dengan Gangguan Toleransi Glukosa Darah (D.0027)</p> <p>Kategori : Fisiologis</p> <p>Subkategori : Nutrisi dan Cairan</p>	<p>SLKI : Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022)</p> <p>Setelah melakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam klien dapat menunjukkan kestabilan kadar glukosa darah yang meningkat dengan kriteria hasil :</p> <p>-Kadar glukosa dalam darah (5)</p> <p>Indikator :</p> <p>(1) : Memburuk</p> <p>(2) : Cukup Memburuk</p> <p>(3) : Sedang</p>	<p>SIKI : Pelibatan Keluarga (I.14525)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Identifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.2 Ciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan</p> <p>2.3 Diskusikan cara</p>

		<p>(4) : Cukup Membaik  (5) : Membaik  -Berkeringat (5)  -Mengantuk (5)  -Keluhan lapar (5)  Indikator :</p> <p>(1) : Meningkatkan  (2) : Cukup Meningkatkan  (3) : Sedang  (4) : Cukup Menurun  (5) : Menurun</p>	<p>perawatan di rumah  (mis. Kelompok, perawatan di rumah, atau rumah singgah)  2.4 Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan  2.5 Fasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan  Edukasi  2.6 Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga  2.7 Informasikan tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga  2.8 Informasikan harapan pasien kepada keluarga  2.9 Anjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan  2.10 Anjurkan keluarga terlibat dalam perawatan</p>
3	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)  Katagori : Fisiologis  Subkatagori : Aktivitas/Istirahat</p>	<p>SLKI : Mobilitas Fisik (L.05042)  Setelah melakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam klien dapat menunjukkan mobilitas fisik yang membaik dengan kriteria hasil :</p> <p>-Pergerakan ekstremitas (5)  -Kekuatan otot (5)  -Rentang gerak (ROM) (5)  Indikator :</p> <p>(1) : Menurun  (2) : Cukup Menurun  (3) : Sedang  (4) : Cukup Meningkatkan  (5) : Meningkatkan</p>	<p>SIKI : Perawatan Tirah Baring (I.14572)  Observasi  3.1 Monitor kondisi kulit  3.2 Monitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang air kecil, pneumonia)  Terapeutik  3.3 Posisikan senyaman mungkin  3.4 Pertahankan seprei tetap kering, bersih, dan tidak kusut  3.5 Dekatkan posisi meja tempat tidur  3.6 Berikan Latihan gerak aktif atau pasif  3.7 Pertahankan kebersihan pasien</p>

			<p>3.8 Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p> <p>3.9 Ubah posisi setiap 2 jam</p>
4	<p>Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0109)</p> <p>Kategori : Perilaku</p> <p>Subkategori : Kebersihan Diri</p>	<p>SLKI : Perawatan Diri (L.11103)</p> <p>Setelah melakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam klien dapat menunjukkan perawatan diri yang meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kemampuan makan (5)</li> <li>-Mempertahankan kebersihan diri (5)</li> <li>-Mempertahankan kebersihan mulut (5)</li> </ul> <p>Indikator :</p> <ul 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> </ul>	<p>SIKI : Dukungan Perawatan Diri (I.11348)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.1 Monitor tingkat kemandirian</li> <li>4.2 Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.3 Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</li> <li>4.4 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</li> <li>4.5 Jadwalkan rutinitas perawatan diri</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</li> </ul>
5	<p>Risiko Luka Tekan dengan faktor risiko Penurunan Mobilisasi dan Skor Skala Norton &lt;16 (D.0144)</p> <p>Kategori : Lingkungan</p> <p>Subkategori : Keamanan</p>	<p>SLKI : Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah melakukan Tindakan keperawatan 3x24 jam klien dapat menunjukkan integritas kulit dan jaringan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Kerusakan jaringan (5)</li> <li>-Kerusakan lapisan kulit (5)</li> <li>-Nyeri (5)</li> <li>-Kemerahan (5)</li> <li>-Pigmentasi abnormal (5)</li> </ul> <p>Indikator :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) : Meningkatkan</li> <li>(2) : Cukup Meningkatkan</li> <li>(3) : Sedang</li> <li>(4) : Cukup Menurun</li> <li>(5) : Menurun</li> </ul>	<p>SIKI : Pencegaha Luka Tekan (I.14543)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1 Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala Norton, skala braden)</li> <li>5.2 Periksa adanya luka tekan sebelumnya</li> <li>5.3 Monitor suhu kulit yang tertekan</li> <li>5.4 Monitor status kulit harian</li> <li>5.5 Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.6 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat,</li> </ul>

			<p>cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</p> <p>5.7 Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>5.8 Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</p> <p>5.9 Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>5.10 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>5.11 Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</p> <p>5.12 Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>5.13 Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>5.14 Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>Edukasi</p> <p>5.15 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>5.16 Ajarkan cara merawat kulit</p> <p>5.17 Ajarkan cara pencegahan dekubitus dengan <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i></p>
--	--	--	---

### **E. Intervensi Inovasi**

Slow Stroke Back Massage adalah perawatan manipulatif dengan metode pemijatan jaringan lembut yang bertujuan memberikan efek relaksasi pada pembuluh darah tubuh, sistem otot, dan sistem saraf. Mekanisme SSBM adalah pelepasan endorfin, vasodilatasi sistemik, dan penurunan

kontraktilitas yang disebabkan oleh peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis, yang melepaskan neurotransmitter asetilkolin, yang dapat mendepolarisasi SA node. yang mengakibatkan aktivitas saraf parasimpatis melepaskan norepinefrin, yang menyebabkan penurunan denyut serta curah jantung dan volume sekuncup yang menyebabkan perubahan tekanan darah, yakni penurunan tekanan darah. *SSBM* dapat diterapkan selama 3-10 menit (Samosir *et al.*, 2021)

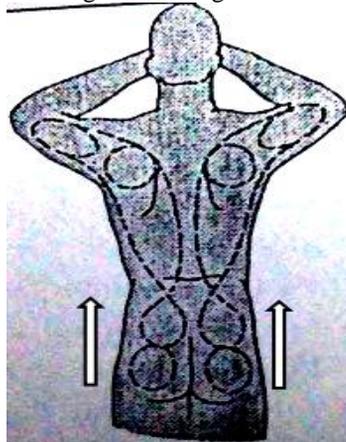
Intervensi yang dilakukan pada Tn. S, diawali dengan monitoring status klien terhadap tekanan darah dan intervensi *SSBM*. Sebelum melakukan intervensi inventif, penulis mengamati tanda-tanda vital klien yang terdiri dari nilai tekanan darah, nadi, suhu, respirasi, dan tekanan arteri rata-rata (MAP). Selanjutnya, tempatkan klien pada posisi yang nyaman sebelum melakukan inovasi *SSBM*. Kemudian membantu klien untuk membuka pakaiannya lalu mengoleskan minyak zaitun di punggungnya dan melakukan pijat punggungnya selama 3-10 menit. Setelah intervensi, Penulis mengamati kembali tanda-tanda vital klien, terutama tekanan darah untuk perbandingan saat memberikan intervensi *SSBM* yang inovatif. Menurut penelitian Mobalen *et al.*, (2020) “Pengaruh Skin Stimulation Slow Stroke Back Massage (*SSBM*) terhadap Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Hipertensi”, *SSBM* berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah pada pasien hipertensi. Tiga puluh subjek mendapat stimulasi kulit Responden terhadap intervensi Slow Back Massage (*SSBM*) memiliki nilai signifikan ( $p = 0,043$ ). Perubahan tekanan darah pada subjek sebelum dan sesudah intervensi stimulasi kulit *SSBM*. Pada 30 pasien dengan hipertensi derajat I

dan II, tekanan darah menurun 96,7% setelah intervensi. Pengaruh SSBM terhadap proses hipotensi sangat besar ( $P = 0,043$ ) karena salah satu pengaruh SSBM yakni memiliki efek relaksasi yang menyebabkan pelebaran pada pembuluh darah dimana SSBM dapat merangsang sistem saraf parasimpatis dengan respons kompleks yang dikomunikasikan melalui sumsum tulang belakang ke neurohormon di sumbu hipotalamus (HPA) sehingga endorfin dilepaskan dan memberikan efek relaksasi (Mobalen *et al.*, 2020).

Tabel 3.4 Tindakan *Slow Stroke Back Massage (SSBM)*

No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi Inovasi
1	<p>-Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dengan faktor risiko Hipertensi (D.0017)</p> <p>-Risiko Luka Tekan dengan faktor risiko Penurunan Mobilisasi dan Skor Skala Norton &lt;16</p>	<p>Langkah-langkah terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i></p> <p>A. Fase Pra Interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Persiapan alat <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Selimut mandi</li> <li>b. Handuk mandi</li> <li>c. Minyak zaitun</li> </ol> </li> <li>2. Persiapan lingkungan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Persiapan tempat</li> <li>b. Persiapan posisi klien</li> <li>c. Persiapan ruangan</li> </ol> </li> <li>3. Persiapan pasien <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mengatur posisi klien</li> <li>b. Mengkaji kondisi klien</li> <li>c. Mengkaji kondisi kulit</li> <li>d. Mengkaji tekanan darah</li> </ol> </li> <li>4. Persiapan perawat <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Mencuci tangan</li> <li>b. Persiapan diri perawat</li> </ol> </li> </ol> <p>B. Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beri salam dan perkenalkan diri</li> <li>2. Jelaskan tujuan serta meminta persetujuan dilakukannya tindakan</li> <li>3. Menjaga privasi</li> <li>4. Mencuci tangan</li> </ol> <p>C. Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beritahu pasien bahwa prosedur akan segera dimulai</li> <li>2. Periksa alat yang akan digunakan</li> <li>3. Bawa instrument ke samping tempat tidur pasien</li> <li>4. Tempatkan pasien pada posisi senyaman mungkin</li> <li>5. Cuci tangan</li> <li>6. Periksa kondisi kulit dan tekanan darah sebelum memulai masase punggung</li> <li>7. Membantu klien membuka pakaian</li> <li>8. Membantu pasien dalam posisi miring</li> </ol>

9. Buka punggung pasien, bahu, lengan atas tutup sisanya dengan selimut mandi
10. Mengaplikasikan minyak zaitun pada bahu dan punggung pasien.
11. Meletakkan tangan pada bokong kemudian mulai masase dengan gerakan melingkar ke atas dari bokong ke bahu. Masase di atas skapula dengan gerakan lembut dan tegas.
12. Melanjutkan ke arah lengan atas dan dalam satu usapan lembut secara lateral sepanjang sisi punggung dan kembali ke bawah ke puncak iliaka.
13. Mengulangi gerakan yang sama tanpa melepaskan tangan dari kulit hingga masase selesai dilakukan
14. Akhiri gerakan dengan masase memanjang ke bawah.



Gambar 1. Alur usapan SSBM

15. Bersihkan sisa lotion pada punggung dengan handuk
16. Bantu klien memakai baju kembali
17. Bantu klien ke posisi semula
18. Mengukur kembali tensi darah klien
19. Beritahu bahwa tindakan sudah selesai
20. Bereskan alat-alat yang telah digunakan

D. Fase Terminasi

1. Membaca Hamdalah
2. Merapikan klien dan memberikan posisi nyaman
3. Berikan *reinforcement* positif
4. Mengakhiri pertemuan dengan baik : bersama klien membaca doa

بِ النَّاسِ أَذْهِبِ الْبَاسَ إِشْفِ أَنْتَ الشَّافِي فِي  
إِلَّا شِفَائِكَ شِفَاءً لَا يُعَادِرُ سَقَمًا

Artinya (Ya Allah Tuhan segala manusia, hilangkan segala penyakitnya, angkat penyakitnya, sembuhkan lah ia, engkau maha penyembuh, tiada yang menyembuhkan selain engkau, sembuhkanlah dengan kesembuhan yang tidak meninggalkan sakit lagi)

Tabel 3.5 Hasil Intervensi Inovasi pada Penurunan Tekanan Darah

Hari ke-1 (Tgl : 29-11-2021)	Hari Ke-2 (Tgl : 30-11-2021)	Hari Ke-3 (Tgl : 31-11-2021)
Sebelum Intervensi Inovasi <i>SSBM</i>	Sebelum Intervensi Inovasi <i>SSBM</i>	Sebelum Intervensi Inovasi <i>SSBM</i>
-TD : 180/100 mmHg -Nadi : 88x/menit -Suhu : 36,2°C -RR : 22x/menit -MAP : 126 mmHg -Tanda-tanda Luka Tekan : Tidak ada (kemerahan, luka pada kulit, demam)	-TD : 160/100 mmHg -Nadi : 86x/menit -Suhu : 36,5°C -RR : 24x/menit -MAP : 120 mmHg -Tanda-tanda Luka Tekan : Tidak ada (kemerahan, luka pada kulit, demam)	-TD : 170/90 mmHg -Nadi : 88x/menit -Suhu : 36,4°C -RR : 24x/menit -MAP : 116 mmHg -Tanda-tanda Luka Tekan : Tidak ada (kemerahan, luka pada kulit, demam)
Sesudah Intervensi Inovasi <i>SSBM</i>	Sesudah Intervensi Inovasi <i>SSBM</i>	Sesudah Intervensi Inovasi <i>SSBM</i>
-TD : 170/90 mmHg -Nadi : 82x/menit -Suhu : 36°C -RR : 22x/menit -MAP : 116 mmHg -Tanda-tanda Luka Tekan : Tidak ada (kemerahan, luka pada kulit, demam)	-TD : 150/90 mmHg -Nadi : 80x/menit -Suhu : 36,4°C -RR : 20x/menit -MAP : 110 mmHg -Tanda-tanda Luka Tekan : Tidak ada (kemerahan, luka pada kulit, demam)	-TD : 160/90 mmHg -Nadi : 80x/menit -Suhu : 36,2°C -RR : 20x/menit -MAP : 113 mmHg -Tanda-tanda Luka Tekan : Tidak ada (kemerahan, luka pada kulit, demam)

## F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.6 Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	No.Dx	Implementasi	Evaluasi	TTD
29-11-2021 19.00	I	<p>1.1 Memonitor ukuran,, bentuk, kesimetrisan, dan reaktifitas pupil</p> <p>1.2 Memonitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan Skala Koma Glasgow)</p> <p>1.3 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>1.4 Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>1.6 Mendokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>1.7 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</p>	<p>S:- O:-pupil isokor 3mm kiri dan kanan -pupil bereaksi terhadap cahaya</p> <p>S:- O:- GCS: E4V5M6 -Kesadaran : Composmentis</p> <p>S:- O:-TTV: -TD : 170/110 mmHg -Nadi : 73 x/menit -RR: 22x/menit -S: 36,2°C -MAP: 150 mmHg</p> <p>S:-klien mengatakan tidak merasakan atau mengeluh sakit kepala . O:-</p>	

		<p>1.8 Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu</p> <p>1.9 Mengajarkan cara dan memberikan Terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> untuk menurunkan tekanan darah</p> <p>1.10 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>1.11 Melakukan hidrasi</p> <p>1.12 Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah, antikoagulan, dan penurunan kolesterol, jika perlu</p>	<p>S:- O:- -TD : 170/110 mmHg -Nadi : 73 x/menit -RR: 22x/menit -S: 36,2°C -MAP: 150 mmHg -GCS : E4V5M6 -Kolesterol : 131 mg/dL -Asam urat : 3,7 mg/dL -Skor NIHSS : 9 (Defisit neurologis sedang)</p> <p>S:-klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i></p> <p>O: TTV setelah terapi SSBM -TD :170/90 mmHg -Nadi : 82x/menit -Suhu : 36 °C -RR : 22x/menit -MAP : 116 mmHg</p> <p>S:-keluarga mengatakan klien memiliki riwayat tekanan darah tinggi dan kencing manis O:-menganjurkan klien untuk menggunakan obat penurun tekanan darah.</p>	
II		<p>2.1 Mengidentifikasi kesiapan keluarga untuk terlibat dalam perawatan</p> <p>2.2 Menciptakan hubungan terapeutik pasien dengan keluarga dalam perawatan</p> <p>2.3 Mendiskusikan cara perawatan di rumah (mis. Kelompok, perawatan di rumah, atau rumah singgah)</p>	<p>S:-keluarga mengatakan klien memiliki riwayat DM dan hipertensi -keluarga mengatakan sudah memberikan obat gula metformin 500 mg kepada klien setiap pagi 1 kali sehari sesuai anjuran dari puskesmas O:-GDS : 222 mg/dL -menjadwalkan Pendidikan</p>	

		kesahatan DM besok	
III	<p>3.1 Memonitor kondisi kulit</p> <p>3.2 Memonitor komplikasi tirah baring (mis. Kehilangan massa otot, sakit punggung, konstipasi, stress, depresi, kebingungan, perubahan irama tidur, infeksi saluran kemih, sulit buang air kecil, pneumonia)</p> <p>3.3 Memposisikan senyaman mungkin</p> <p>3.4 Mempertahankan seprei tetap kering, bersih, dan tidak kusut</p> <p>3.5 Mendekatkan posisi meja tempat tidur</p> <p>3.6 Memberikan Latihan gerak aktif atau pasif</p> <p>3.7 Mempertahankan kebersihan pasien</p> <p>3.8 Memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p> <p>3.9 Mengubah posisi setiap 2 jam</p>	<p>S:-keluarga mengatakan selalu memperhatikan belakang klien ketika menggantu pampers</p> <p>-keluarga mengatakan tidak ada luka pada belakang klien</p> <p>O:-tidak terdapat luka dekubitus</p> <p>-tidak ada tanda-tanda peradangan</p> <p>-menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien setiap 2 jam</p> <p>-mengajarkan dan memberikan ROM pasif</p>	
IV	<p>4.1 Memonitor tingkat kemandirian</p> <p>4.2 Mengidentifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan</p> <p>4.3 Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>4.4 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri</p> <p>4.5 Menjadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>4.6 Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	<p>S:-keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga</p> <p>-keluarga mengatakan untuk makan klien dapat menggunakan tangan kanannya</p> <p>O:-Skor ADL 6 (ketergantungan berat)</p> <p>-menganjurkan keluarga untuk membantu pemenuhan ADL klien sesuai kebutuhan</p>	
V	<p>5.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala Norton, skala braden)</p> <p>5.2 Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>5.3 Memonitor suhu kulit yang tertekan</p>	<p>S:-</p> <p>O:-skor skala Norton 13 (risiko sedang terjadinya dekubitus)</p> <p>S:-keluarga mengatakan klien tidak memiliki luka pada bagian belakang</p> <p>O:-tidak terdapat luka tekan</p>	

		<p>5.4 Memonitor status kulit harian</p> <p>5.5 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>5.6 Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</p> <p>5.7 Menggunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>5.8 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</p> <p>5.9 Membuat jadwal perubahan posisi</p> <p>5.10 Memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>5.11 Menjaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</p> <p>5.12 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>5.13 Menghindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>5.14 Menghindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>5.15 Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>5.16 Mengajarkan cara merawat kulit</p> <p>5.17 Mengajarkan cara pencegahan dekubitus dengan <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i></p>	<p>S:- O:-Suhu : 36,2°C</p> <p>S:- O:-mengajarkan dan memberikan terapi slow stroke back massage (SSBM) untuk mencegah terjadinya luka tekan (luka dekubitus)</p>	
30-11-2021 19.00	I	<p>1.2 Memonitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan Skala Koma Glasgow)</p> <p>1.3 Memonitor tanda-tanda vital</p> <p>1.4 Memonitor keluhan sakit kepala</p> <p>1.9 Mengajarkan cara dan memberikan Terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> untuk menurunkan tekanan darah</p>	<p>S:- O:-Kesadaran: compos mentis -GCS E4V5M6</p> <p>S:- O:-TTV : -TD : 160/100 mmHg -Nadi : 86x/menit -Suhu : 36,5 °C -RR : 24x/menit -MAP : 120 mmHg</p> <p>S:-klien mengatakan tidak merasakan sakit kepala O:- S:-klien mengatakan nyaman setelah diberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> -keluarga mengatakan melakukan SSBM</p>	

		<p>1.13Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>1.14Menganjurkan program rehabilitasi vaskular</p> <p>1.15Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi (mis. Rendah lemak jenuh, minyak ikan omega 3)</p>	<p>yang telah diajarkan setelah memandikan klien</p> <p>O: TTV setelah diberikan terapi</p> <p>SSBM :</p> <p>-TD : 150/90 mmHg</p> <p>-Nadi : 80x/menit</p> <p>-Suhu : 36,4 °C</p> <p>-RR : 20x/menit</p> <p>-MAP : 110 mmHg</p> <p>S:-keluarga mengatakan klien sudah meminum obat amlodipine 5 mg setelah makan</p> <p>O:-mendidikasi program diet pada pasien hipertensi</p>	
	II	<p>2.4 Memotivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan</p> <p>2.5 Memfasilitasi keluarga membuat keputusan perawatan</p> <p>2.6 Menjelaskan kondisi pasien kepada keluarga</p> <p>2.7 Menginformasikan tingkat ketergantungan pasien kepada keluarga</p> <p>2.8 Menginformasikan harapan pasien kepada keluarga</p> <p>2.9 Menganjurkan keluarga bersikap asertif dalam perawatan</p> <p>2.10Menganjurkan keluarga terlibat dalam perawatan</p>	<p>S:-keluarga mengatakan mengerti dengan kondisi klien saat ini yang memerlukan bantuan total keluarga dalam perawatan</p> <p>-keluarga mengatakan memberikan obat DM metformin 500 mg di pagi hari 1 kali sehari sesuai anjuran puskesmas</p> <p>O:-GDS : 201 mg/dL</p> <p>-mengajarkan keluarga tentang DM</p>	
	III	<p>3.1 Memonitor kondisi kulit</p> <p>3.2 Memosisikan senyaman mungkin</p> <p>3.6 Memberikan Latihan gerak aktif atau pasif</p> <p>3.9 Mengubah posisi setiap 2 jam</p>	<p>S:-</p> <p>O:-tidak terdapat luka dekubitus</p> <p>S:-</p> <p>O:-memberikan dan mengajarkan ROM pasif</p> <p>S:-keluarga mengatakan selalu memperhatikan belakang klien dan mengubah posisi klien</p>	

			O:-menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi setiap 2 jam	
	IV	4.3 Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 4.4 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri	S:-keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga -keluarga mengatakan untuk makan klien dapat menggunakan tangan kanannya O:-Skor ADL 6 (ketergantungan berat) -menganjurkan keluarga untuk membantu pemenuhan ADL klien sesuai kebutuhan	
	V	5.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala Norton, skala braden) 5.4 Memonitor status kulit harian  5.17 Mengajarkan cara pencegahan dekubitus dengan <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i>	S:-keluarga mengatakan tidak ada luka pada bagian belakang klien O:-tidak terdapat luka tekan -Suhu : 36,5°C  S:-klien mengatakan mengerti dan sudah menerapkan SSBM setelah klien habis mandi. O:-memberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i>	
31-11-2021 19.00	I	1.2 Memonitor tingkat kesadaran (mis. Menggunakan Skala Koma Glasgow)  1.3 Memonitor tanda-tanda vital  1.4 Memonitor keluhan sakit kepala	S:- O:-Kesadaran : composmentis -GCS: E4V5M6  S:- O:TTV : -TD : 170/90 mmHg -Nadi : 88x/menit -Suhu : 36,4 °C -RR : 24x/menit -MAP : 116 mmHg  S:-klien	

		<p>1.9 Mengajarkan cara dan memberikan Terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> untuk menurunkan tekanan darah</p> <p>1.13 Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>1.14 Menganjurkan program rehabilitasi vaskular</p>	<p>mengatakan tidak ada sakit kepala</p> <p>O:-</p> <p>S:-klien mengatakan nyaman setelah diberikan terapi</p> <p>O:-TTV setelah diberikan terapi SSBM :</p> <p>-TD : 160/90 mmHg</p> <p>-Nadi : 80x/menit</p> <p>-Suhu : 36,2°C</p> <p>-RR : 20x/menit</p> <p>-MAP : 113 mmHg</p> <p>S:-klien mengatakan sudah minum obat penurun tekanan darah amlodipine 5 mg</p> <p>O:-</p>	
	II	2.3 Mendiskusikan cara perawatan di rumah (mis. Kelompok, perawatan di rumah, atau rumah singgah)	<p>S:-keluarga mengatakan sudah memberikan obat gula metformin 500 mg tadi pagi</p> <p>-keluarga mengatakan klien makan 3 kali sehari</p> <p>O:-GDS : 213 mg/dL</p>	
	III	<p>3.1 Memonitor kondisi kulit</p> <p>3.2 Memosisikan senyaman mungkin</p> <p>3.3 Memberikan Latihan gerak aktif atau pasif</p> <p>3.9 Mengubah posisi setiap 2 jam</p>	<p>S:-</p> <p>O:-tidak terdapat luka dekubitus</p> <p>S:-</p> <p>O:-memberikan dan mengajarkan ROM pasif</p> <p>S:-keluarga mengatakan selalu memperhatikan belakang klien dan mengubah posisi klien</p> <p>O:-menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi setiap 2 jam</p>	
	IV	<p>4.3 Memfasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan</p> <p>4.4 Memfasilitasi kemandirian, bantu jika</p>	<p>S:-keluarga mengatakan semua aktivitas klien</p>	

		tidak mampu melakukan perawatan diri	dibantu oleh keluarga -keluarga mengatakan untuk makan klien dapat menggunakan tangan kanannya O:-Skor ADL 6 (ketergantungan berat) -menganjurkan keluarga untuk membantu pemenuhan ADL klien sesuai kebutuhan
	V	5. 1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala Norton, skala braden) 5.4 Memonitor status kulit harian  5. 17 Mengajarkan cara pencegahan dekubitus dengan <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i>	S:-keluarga mengatakan tidak ada luka pada bagian belakang klien O:-tidak terdapat luka tekan -Suhu : 36,4°C  S:-klien mengatakan mengerti dan sudah menerapkan SSBM setelah klien habis mandi. O:-memberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i>

## G. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.7 Evaluasi Keperawatan

Tgl/jam	No.Dx	Evaluasi	TTD						
29-11-2021 21.00	I	S:-klien mengatakan merasa lebih nyaman setelah diberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> O: TTV setelah terapi SSBM -TD :170/90 mmHg -Nadi : 82x/menit -Suhu : 36 °C -RR : 22x/menit -MAP : 116 mmHg -Kesadaran :Composmentis -GCS:E4V5M6 A: Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi sebagian							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Nilai rata-rata tekanan darah	4	5	
Kriteria Hasil	Sekarang	Target							
Nilai rata-rata tekanan darah	4	5							

		<table border="1"> <tr><td>Kesadaran</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>TD Sistolik</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>TD Diastolik</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Refleks saraf</td><td>4</td><td>5</td></tr> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 1.2, 1.3, 1.4, 1.9, 1.10, 1.11, 1.12, 1.13, 1.14, 1.15</p>	Kesadaran	5	5	TD Sistolik	3	5	TD Diastolik	4	5	Refleks saraf	4	5			
Kesadaran	5	5															
TD Sistolik	3	5															
TD Diastolik	4	5															
Refleks saraf	4	5															
II	<p>S:-keluarga mengatakan klien memiliki riwayat DM dan hipertensi -keluarga mengatakan sudah memberikan obat gula metformin 500 mg kepada klien setiap pagi 1 kali sehari sesuai anjuran dari puskesmas O:-GDS : 222 mg/dL -menjadwalkan Pendidikan kesehatan DM besok A: Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah teratasi Sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Kriteria Hasil</th><th>Sekarang</th><th>Target</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Kadar glukosa dalam darah</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>Berkeringat</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>Mengantuk</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Keluhan lapar</td><td>5</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9, 2.10</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kadar glukosa dalam darah	3	5	Berkeringat	5	5	Mengantuk	4	5	Keluhan lapar	5	5	
Kriteria Hasil	Sekarang	Target															
Kadar glukosa dalam darah	3	5															
Berkeringat	5	5															
Mengantuk	4	5															
Keluhan lapar	5	5															
III	<p>S:-keluarga mengatakan selalu memperhatikan belakang klien ketika menggantu pampers -keluarga mengatakan tidak ada luka pada belakang klien O:-tidak terdapat luka dekubitus -tidak ada tanda-tanda peradangan -menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi klien setiap 2 jam -mengajarkan dan memberikan ROM pasif A: Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Kriteria Hasil</th><th>Sekarang</th><th>Target</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>Kekuatan otot</td><td>3</td><td>5</td></tr> <tr><td>Rentang gerak (ROM)</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.1, 3.3, 3.6, 3.9</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Pergerakan ekstremitas	3	5	Kekuatan otot	3	5	Rentang gerak (ROM)	4	5				
Kriteria Hasil	Sekarang	Target															
Pergerakan ekstremitas	3	5															
Kekuatan otot	3	5															
Rentang gerak (ROM)	4	5															
IV	<p>S:-keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga -keluarga mengatakan untuk makan klien dapat menggunakan tangan kanannya O:-Skor ADL 6 (ketergantungan berat) -menganjurkan keluarga untuk membantu pemenuhan ADL klien sesuai kebutuhan A: Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>Kriteria Hasil</th><th>Sekarang</th><th>Target</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Kemampuan makan</td><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>Mempertahankan kebersihan diri</td><td>4</td><td>5</td></tr> <tr><td>Mempertahankan kebersihan mulut</td><td>4</td><td>5</td></tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 4.3, 4.4</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kemampuan makan	5	5	Mempertahankan kebersihan diri	4	5	Mempertahankan kebersihan mulut	4	5				
Kriteria Hasil	Sekarang	Target															
Kemampuan makan	5	5															
Mempertahankan kebersihan diri	4	5															
Mempertahankan kebersihan mulut	4	5															
V	<p>S:-keluarga mengatakan klien tidak memiliki luka pada bagian belakang O:- skor skala Norton 13 (risiko sedang terjadinya dekubitus) - Suhu : 36,2°C</p>																

		<p>- tidak terdapat luka tekan</p> <p>-mengajarkan dan memberikan terapi slow stroke back massage (SSBM) untuk mencegah terjadinya luka tekan (luka dekubitus)</p> <p>A: Masalah Keperawatan Risiko Luka Tekan teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pigmentasi abnormal</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan Intervensi 5.1, 5.4, 5.17</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kerusakan jaringan	5	5	Kerusakan lapisan kulit	5	5	Nyeri	5	5	Kemerahan	5	5	Pigmentasi abnormal	5	5	
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Kerusakan jaringan	5	5																			
Kerusakan lapisan kulit	5	5																			
Nyeri	5	5																			
Kemerahan	5	5																			
Pigmentasi abnormal	5	5																			
30-11-2021 21.00	I	<p>S:-klien mengatakan tidak merasakan sakit kapala</p> <p>-klien mengatakan nyaman setelah diberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i></p> <p>-keluarga mengatakan melakukan SSBM yang telah diajarkan setelah memandikan klien</p> <p>O: TTV setelah diberikan terapi SSBM :</p> <p>-TD : 150/90 mmHg</p> <p>-Nadi : 80x/menit</p> <p>-Suhu : 36,4 °C</p> <p>-RR : 20x/menit</p> <p>-MAP : 110 mmHg</p> <p>-Kesadaran: compos mentis</p> <p>-GCS E4V5M6</p> <p>A: Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi Sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD Sistolik</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD Diastolik</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Refleks saraf</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 1.2, 1.3, 1.4, 1.9, 1.13, 1.14, 1.15</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Nilai rata-rata tekanan darah	4	5	Kesadaran	5	5	TD Sistolik	4	5	TD Diastolik	5	5	Refleks saraf	4	5	J
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Nilai rata-rata tekanan darah	4	5																			
Kesadaran	5	5																			
TD Sistolik	4	5																			
TD Diastolik	5	5																			
Refleks saraf	4	5																			
	II	<p>S:-keluarga mengatakan mengerti dengan kondisi klien saat ini yang memerlukan bantuan total keluarga dalam perawatan</p> <p>-keluarga mengatakan memberikan obat DM metformin 500 mg di pagi hari 1 kali sehari sesuai anjuran puskesmas</p> <p>O:-GDS : 201 mg/dL</p> <p>-mengajarkan keluarga tentang DM</p> <p>A: Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Berkeringat</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengantuk</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.3</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kadar glukosa dalam darah	4	5	Berkeringat	5	5	Mengantuk	4	5	Keluhan lapar	5	5				
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Kadar glukosa dalam darah	4	5																			
Berkeringat	5	5																			
Mengantuk	4	5																			
Keluhan lapar	5	5																			
	III	<p>S:-keluarga mengatakan selalu memperhatikan belakang klien dan mengubah posisi klien</p> <p>O:-menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi setiap 2 jam</p> <p>- tidak terdapat luka dekubitus</p> <p>-memberikan dan mengajarkan ROM pasif</p> <p>A: Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik belum</p>																			

		<p>teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.1, 3.3, 3.6, 3.9</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Pergerakan ekstremitas	4	5	Kekuatan otot	4	5	Rentang gerak (ROM)	4	5							
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Pergerakan ekstremitas	4	5																			
Kekuatan otot	4	5																			
Rentang gerak (ROM)	4	5																			
	IV	<p>S:-keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga -keluarga mengatakan untuk makan klien dapat menggunakan tangan kanannya O:-Skor ADL 6 (ketergantungan berat) -menganjurkan keluarga untuk membantu pemenuhan ADL klien sesuai kebutuhan A: Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan makan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 4.3, 4.4</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kemampuan makan	5	5	Mempertahankan kebersihan diri	4	5	Mempertahankan kebersihan mulut	4	5							
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Kemampuan makan	5	5																			
Mempertahankan kebersihan diri	4	5																			
Mempertahankan kebersihan mulut	4	5																			
	V	<p>S:-keluarga mengatakan tidak ada luka pada bagian belakang klien -klien mengatakan mengerti dan sudah menerapkan SSBM setelah klien habis mandi. O: -tidak terdapat luka tekan -Suhu : 36,5°C -memberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> A: Masalah Keperawatan Risiko Luka Tekan teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pigmentasi abnormal</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Pertahankan Intervensi 5.1, 5.4, 5.17</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kerusakan jaringan	5	5	Kerusakan lapisan kulit	5	5	Nyeri	5	5	Kemerahan	5	5	Pigmentasi abnormal	5	5	
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Kerusakan jaringan	5	5																			
Kerusakan lapisan kulit	5	5																			
Nyeri	5	5																			
Kemerahan	5	5																			
Pigmentasi abnormal	5	5																			
31-11-2021 21.00	I	<p>S:-klien mengatakan tidak ada sakit kepala -klien mengatakan nyaman setelah diberikan terapi O:-TTV setelah diberikan terapi SSBM : -TD : 160/90 mmHg -Nadi : 80x/menit -Suhu : 36,2°C -RR : 20x/menit -MAP : 113 mmHg - Kesadaran : composmentis -GCS: E4V5M6 A: Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD Sistolik</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>TD Diastolik</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Refleks saraf</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Nilai rata-rata tekanan darah	4	5	Kesadaran	5	5	TD Sistolik	5	5	TD Diastolik	5	5	Refleks saraf	4	5	
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Nilai rata-rata tekanan darah	4	5																			
Kesadaran	5	5																			
TD Sistolik	5	5																			
TD Diastolik	5	5																			
Refleks saraf	4	5																			

		<p>P: Lanjutkan Intervensi 1.2, 1.3, 1.4, 1.9, 1.13, 1.14, 1.15</p>														
II	<p>S:-keluarga mengatakan sudah memberikan obat gula metformin 500 mg tadi pagi -keluarga mengatakan klien makan 3 kali sehari O:-GDS : 213 mg/dL A: Masalah Keperawatan Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah teratasi Sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Berkeringat</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mengantuk</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Keluhan lapar</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.3</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kadar glukosa dalam darah	4	5	Berkeringat	5	5	Mengantuk	5	5	Keluhan lapar	5	5
Kriteria Hasil	Sekarang	Target														
Kadar glukosa dalam darah	4	5														
Berkeringat	5	5														
Mengantuk	5	5														
Keluhan lapar	5	5														
III	<p>S:-keluarga mengatakan selalu memperhatikan belakang klien dan mengubah posisi klien O:-menganjurkan keluarga untuk mengubah posisi setiap 2 jam -memberikan dan mengajarkan ROM pasif A: Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 3.1 Monitor kondisi kulit 3.3 Posisikan senyaman mungkin 3.6 Berikan Latihan gerak aktif atau pasif 3.9 Ubah posisi setiap 2 jam</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Pergerakan ekstremitas	4	5	Kekuatan otot	4	5	Rentang gerak (ROM)	5	5			
Kriteria Hasil	Sekarang	Target														
Pergerakan ekstremitas	4	5														
Kekuatan otot	4	5														
Rentang gerak (ROM)	5	5														
IV	<p>S:-keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga -keluarga mengatakan untuk makan klien dapat menggunakan tangan kanannya O:-Skor ADL 6 (ketergantungan berat) -menganjurkan keluarga untuk membantu pemenuhan ADL klien sesuai kebutuhan A: Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan makan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Mempertahankan kebersihan mulut</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi 4.3, 4.4</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kemampuan makan	5	5	Mempertahankan kebersihan diri	4	5	Mempertahankan kebersihan mulut	4	5			
Kriteria Hasil	Sekarang	Target														
Kemampuan makan	5	5														
Mempertahankan kebersihan diri	4	5														
Mempertahankan kebersihan mulut	4	5														

	V	<p>S:-keluarga mengatakan tidak ada luka pada bagian belakang klien  -klien mengatakan mengerti dan sudah menerapkan SSBM setelah klien habis mandi.  O:-tidak terdapat luka tekan  -Suhu : 36,4°C  -memberikan terapi <i>Slow Stroke Back Massage (SSBM)</i> untuk mencegah luka tekan  A: Masalah Keperawatan Risiko Luka Tekan teratasi</p> <table border="1" data-bbox="581 506 1243 696"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Sekarang</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan jaringan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Nyeri</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Pigmentasi abnormal</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: P: Pertahankan Intervensi  5.4, 5.17</p>	Kriteria Hasil	Sekarang	Target	Kerusakan jaringan	5	5	Kerusakan lapisan kulit	5	5	Nyeri	5	5	Kemerahan	5	5	Pigmentasi abnormal	5	5	
Kriteria Hasil	Sekarang	Target																			
Kerusakan jaringan	5	5																			
Kerusakan lapisan kulit	5	5																			
Nyeri	5	5																			
Kemerahan	5	5																			
Pigmentasi abnormal	5	5																			