

**BAB III**  
**LAPORAN KASUS KELOLAAN**

**A. Pengkajian Status**

1. Identitas Klien

Pengkajian awal dilakukan pada Minggu, 29 Mei 2022 pada pukul 17:00 WITA. Dari data pengkajian pasien didapatkan hasil pasien bernama Ny. N berusia 53 tahun, jenis kelamin perempuan, agama islam, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, berat badan 56 kg, status perkawinan janda, pendidikan terakhir SMA/SLTA, alamat rumah Jl. A. Wahap Syahrani Gg. 3B, Ny. N terdiagnosa stroke sejak tahun 2020.

2. Data khusus

a. Subjektif

a) Keluhan utama

Berdasarkan keterangan yang disampaikan Ny. N bahwa ia merasakan lemah pada kaki sehingga tidak kuat berdiri, Ny. N mengatakan sudah tidak pernah terapi dan tidak pernah ke rumah sakit selama 1 tahun terakhir. Ny. N mengatakan memiliki riwayat tekanan darah dan gula, Ny. N mengatakan ingin dapat berjalan kembali.

1) SAMPLE

b) *Symptom*

Pasien mengeluh merasa lemah pada kaki kiri, pasien merasa telapa kaki terasa kebas.

c) *Allergies*

Pasien mengatakan tidak memiliki alergi terhadap makanan ataupun jenis obat-obatan.

d) *Medication*

Pasien mengatakan minum Amlodipine 5 mg 2x1, dan hanya menggunakan terapi herbal.

## e) Penyakit yang diderita

Pasien mengatakan memiliki penyakit hipertensi.

f) *Event* (kejadian sebelum cedera)

Pasien mengatakan sebelum menderita stroke ia tidak pernah mengontrol pola makan dan tidak pernah melakukan pemeriksaan kesehatan.

## b. Objektif

1) *Airway*

Manajemen jalan napas pada pasien paten, tidak ada keluhan sesak napas pada pasien, pasien tidak menggunakan alat bantu napas, dan pasien mengatakan tidak ada nyeri dalam menelan.

2) *Breathing*

Pola napas pada pasien efektif, *respirasy rate* = 20 kali/menit, pasien terlihat tidak menggunakan otot bantu napas, tidak terdapat suara napas tambahan, tidak ada sianosis, dan tidak ada pernapasan cuping hidung

3) *Circulation*

Frekuensi napas normal 20 kali/menit, irama nadi ireguler, tekanan darah 150/100 mmHg, CRT pasien < 2 detik, akral pasien terasa hangat, suhu tubuh pasien 36,5°C.

4) *Disability*

Kesadaran pasien *compos mentis* dengan skor 15 (mata: 4, verbal: 5, dan motorik: 5) dan reaksi pupil terhadap cahaya.

5) *Exposure*

Kondisi tubuh pasien tidak ada luka atau kelainan kulit.

6) *Full Set of Vital Sign*

Tekanan darah : 150/100 mmHg

Nadi : 80 kali/menit

Respirasi : 20 kali/menit

Temperatur tubuh : 36,5°C

7) *Give Comport*

Pasien akan diberikan terapi latihan gerak dengan metode *Bobath*

3. Pengkajian Pola Fungsi

a. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan keadaannya saat ini tidak baik, ia ingin sembuh dan berjalan lagi. Pasien tidak merokok dan mengonsumsi minuman beralkohol. Pasien mengatakan ia sudah tidak melakukan pemeriksaan kesehatan dan terapi fisioterapi kurang lebih selama 1 tahun, karena tidak ada yang mengantar. Pasien mengatakan ia telah terdiagnosis stroke, nilai dari gangguan neurologis pasien mengalami defisit

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

**Tabel 3.1 Skala NIHSS**

No	Parameter Yang Dinilai	Skala	Skor
1a.	Tingkat Kesadaran	0 = Sadar penuh 1 = Samnolen 2 = Stupor 3 = Koma	0
1b.	Menjawab pertanyaan (tanyakan bulan dan usia pasien)	0 = Benar semua 1 = 1 Benar/ETT/Disatria 2 = Salah semua/Afasia/Stupor/coma/Ggn Pemahaman	0
1c.	Mengikuti perintah (Berikan 2 perintah sederhana, membuka dan menutup mata, menggenggam tangan dan melepaskannya atau perintah lain)	0 = Mampu melakukan 2 perintah 1 = Mampu melakukan 1 perintah 2 = Tidak mampu melakukan	0
2.	Gaze (Melihat gerakan jari telunjuk)	0 = Normal 1 = Abnormal pada 1 mata 2 = Deviasi konyugat kuat/paresis konyugat pada 2 mata (diam)	0
3.	Visual (Lakukan dengan mata ditutup sebelah, menghitung jari pemeriksa 1,2,5)	0 = Normal 1 = Kuadrianopsis 2 = Hemianopia total 3 = Hemianopia bilateral/butakortikal	0
4.	Paresis Wajah (Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan menutup mata). Nb. Coma lakukan dengan rangsang nyeri	0 = Normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum simetris) 2 = Paresis wajah partial (Paresis wajah bawah total atau hampir total) 3 = Paresis wajah total (Paresis wajah sisi atau 2 sisi)	0
5.	Motorik lengan (Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 45 bila tidur berbaring atau 90 bila posisi duduk)	0 = Mampu mengangkat lengan minimal 10 detik 1 = Lengan terjatuh sebelum 10 detik 2 = Tidak mampu mengangkat secara penuh 90 atau 45 3 = Tidak mampu mengangkat hanya bergeser 4 = Tidak ada gerakan 5a untuk nilai lengan kiri 5b untuk nilai lengan atas	0
6.	Motorik Tungkai (Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30)	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ketempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan	2

		2 = Tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 3 = Tidak mampu melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan 6a Nilai tungkai kiri 6b Nilai tungkai kanan	
7.	Ataksia Anggota Badan (Menggunakan tes tunjuk jari dengan jari telunjuk ke hidung)	0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstremitas 2 = Ataksia pada dua atau lebih ekstremitas	0
8.	Sensori (Lakukan tes tajam-tumpul pada seluruh tubuh dari wajah, lengan, badan, hingga tungkai) Pasien afasia diberi nilai 1 Pasien stupor atau coma diberi nilai 2	0 = Normal 1 = Gangguan sensori ringan hingga sedang. (Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh) 2 = Gangguan sensori berat atau total	1
9.	Kemampuan Berbahasa (Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar)	0 = Normal 1 = Afasia ringan hingga sedang (Ada bolong-bolong jawabanya) 2 = Afasia berat (Tidak ada respon) 3 = Mutediam, Afasia global, coma	0
10.	Disartria (Baca tulisan)	0 = Normal / artikulasi baik 1 = Disartria ringan 2 = Disartria berat	0
11.	(Pengabaian)	0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut : Visual, Taotile, Auditory 2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas	0
Total Nilai			3

Keterangan:

Skor < 5 : Defisit Neurologis Ringan

Skor 6-14 : Defisit Neurologis Sedang/Cukup Berat

Skor 15-24 : Defisit Neurologis Berat

Skor > 25 : Defisit Neurologis Sangat Berat

b. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengatakan makan 3 kali sehari, pasien mengatakan suka mengonsumsi makanan *snack* ringan. Pasien tidak mengeluh mual dan muntah. Pasien tidak ada gangguan menelan dan mengunyah makanan.

Selama sakit pasien dan keluarga mengatakan terdapat penurunan berat badan.

c. Pola Eliminasi

Pasien mengatakan BAB sehari 1 kali dengan konsistensi lunak dan warna kuning kecoklatan, untuk BAK kurang lebih 4-6 kali dalam sehari dengan warna urine kuning jernih. Untuk masalah eliminasi pasien mengatakan tidak ada keluhan.

d. Pola Aktivitas dan Latihan

Pasien mengatakan untuk aktivitas sehari-hari perlu dibantu anak karena tidak dapat berjalan. Dari hasil penilaian skala *Indeks Barthel* berikut pasien adalah ketergantungan berat terhadap orang lain, indikator yang dinilai sebagai berikut:

**Tabel 3.2 Pengkajian Skala *Barthel Indeks***

<i>Activity Daily Living (ADL)</i>	0	1	2	3
Makan ( <i>Feeding</i> ) Keterangan skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri		√		
Mandi ( <i>Bathing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	√			
Perawatan diri ( <i>Grooming</i> ) Keterangan Skor: 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur	√			
Berpakaian ( <i>Dressing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (mengancing baju) 2 = Mandiri		√		
Buang air kecil ( <i>Bladder</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)		√		

Buang air besar ( <i>Bowel</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)		√		
Transfer Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri			√	
Moobilisasi Keterangan Skor: 0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)		√		
Naik Turun Tangga Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri	√			
Total			7	

Keterangan:

- 20 : Mandiri
- 12-19 : Ketergantungan ringan
- 9-11 : Ketergantungan sedang
- 5-8 : Ketergantungan berat
- 0-4 : Ketergantungan total

e. Pola Tidur dan Istirahat

Pasien mengatakan tidak ada kesulitan tidur siang atau malam. Pasien mengatakan tidurnya selama ini nyaman kecuali jika pusing. Pasien mengatakan tidur siang ba'da dzuhur hingga adzan sholat ashar lalu tidur malam jam 21:00 WITA dan jam 04:00 WITA.

f. Pola Kognitif dan Perseptual

Pasien mampu berkomunikasi dengan perawat dengan baik, suara yang dikeluarkan pasien jelas.

Pasien tidak memiliki gangguan penglihatan dan pendengaran.

g. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

- 1) Citra diri : Pasien merasa tidak puas dengan kesehatan saat ini
- 2) Identitas diri : Pasien merupakan seorang wanita dan seorang ibu dari 2 orang anak
- 3) Ideal diri : Pasien mengalami masalah gerak pada anggota gerak bawah
- 4) Harga diri : Pasien merasa iri melihat orang lain dapat berjalan

h. Pola Peran dan Hubungan

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

i. Pola Seksualitas dan Reproduksi

Pasien mengatakan tidak menggunakan KB setelah suaminya meninggal. Pasien telah memasuki masa menopause.

j. Pola Koping dan Ketahanan Stress

Pasien mengatakan pemecahan masalah dalam keluarga dipecahkan bersama kedua anaknya.

k. Pola Nilai dan Keyakinan

Pasien mengatakan selalu sholat 5 waktu, pasien mengatakan jika berwudhu hanya menyipratkan air ke badan karena tidak bisa menjangkau kamar mandi sendiri bila ditinggal anak bekerja.

#### 4. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum: Baik
- b. Kepala : Bentuk normal (mesocephal), tidak ada massa, tidak ada trauma kranial, tidak ada luka, rambut berwarna hitam dan beruban, rambut ikal, penyebaran rambut merata.
- c. Mata : Mata pasien simetris antara kanan dan kiri, konjungtiva mata tidak anemis, sklera mata tidak ikterik, pupil mata isokor, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mengatakan tidak ada gangguan penglihatan
- d. Telinga : Telinga pasien antara kanan dan kiri simetris, telinga bersih tidak terdapat serumen, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar, dan pasien tidak ada gangguan pendengaran.
- e. Hidung : Pada hidung pasien tidak ada polip.
- f. Mulut : Mulut pasien bersih, mukosa bibir kering, lidah pasien berwarna merah, tidak ada sariawan, dan tidak ada pembesaran tonsil.
- g. Leher : Tidak ada nyeri tekan pada leher pasien dan pembesaran kelenjar tiroid tidak ada.
- h. Jantung :
  - 1) Inspeksi : Pada dada tidak nampak pulsasi

ictus cordis dan tidak terdapat bendungan vena pada dinding dada.

- 2) Palpasi : Ictus cordis teraba di midkalkvikula sinistra pada ICS IV dan V
- 3) Perkusi : Bunyi ketukan pekak
- 4) Auskultasi : Bunyi jantung 1 dan 2 reguler tidak ada bunyi jantung tambahan

i. Paru-paru :

- 1) Inspeksi : Bentuk dada antara kanan dan kiri simetris, tidak ada memar atau luka pada dada, tidak ada otot bantu pernapasan.
- 2) Palpasi : Taktil remitus tidak tertinggal, tidak ada nyeri tekan pada dada, dan tidak ada retraksi pada dinding dada
- 3) Perkusi : Bunyi ketukan pada paru terdengar sonor
- 4) Auskultasi : Suara paru vesikuler.

j. Abdomen :

- 1) Inspeksi : Pada perut pasien terlihat buncit, umbilikis pasien bersih, terdapat guratan/ striae, tidak terdapat tanda trauma, tidak ada tanda ikterik, dan tidak ada distensi pada abdomen.

- 2) Auskultasi : Bising usus 10 kali/menit
- 3) Perkusi : Bunyi abdomen tympani
- 4) Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba massa, dan abdomen terasa hangat

k. Genetalia : Tidak terdapat hemoroid, area genetalia bersih, pasien tidak terpasang kateter, warna urine kuning jernih, dan tidak terdapat luka pada area genetalia.

l. Integumen : Turgor kulit pasien baik (kembali dalam 3 detik), tidak ada luka pada tubuh pasien, tidak ada edema, tidak ada ikterik, dan persebaran warna kulit merata. Hasil dari pengkajian integument didapatkan bahwa pasien risiko sedang mengalami decubitus, untuk penilaian risiko dekubitus menggunakan skala norton, berikut indikator penilaiannya:

- 1) Kondisi kulit: Normal (√) / Tidak Normal (X)
- 2) Penilaian skala norton

**Tabel 3.3 Skala Norton**

Penilaian	4	3	2	1
Kondisi Fisik	Baik (√)	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status Mental	Sadar (√)	Apatis	Bingung	Stupor
Aktivitas	Jalan Sendiri	Jalan Dengan Bantuan	Kursi Roda (√)	Di tempat Tidur
Mobilitas	Bebas Bergerak	Agak Terbatas	Sangat Terbatas (√)	Tidak Mampu Bergerak
Inkontensia	Kontenensia	Kadang Inkontenensia urin(√)	Selalu Inkontenensia Urin	Inkontensia
Skore	8	3	2	1
Total Skore	15			

Keterangan:

<12 : Risiko tinggi terjadi dekubitus

12-15 : Risiko sedang terjadi dekubitus

16-20 : Risiko rendah terjadi dekubitus

Pada kekuatan otot pasien ekstermitas atas dan bawah pasien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas kiri bawah

4	4
4	2

**Gambar 3.1 Skala Kekuatan Otot**

Keterangan:

5: Normal

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

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

2: Hanya mampu melakukan gerakan dua sendi atau lebih

1: Hanya mampu menggerakkan ujung jari

0: Tidak mampu

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

Faktor Risiko	Skala	Skor
Riwayat jatuh akibat penyakit akut, pembedahan dan geropsyhiatric dalam 3 bulan	Ya (25)	-
	Tidak (0)	0
Diagnosa sekunder lebih dari satu diagnosa	Ya (15)	15
	Tidak (0)	0
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda – benda sekitar (30)	0
	Furniture Kruk, Tongkat, Walker (15)	0
	Tidak menggunakan / <i>Bed rest</i> selalu dibantu (0)	0
Menggunakan IV Cateter	Ya (20)	0
	Tidak (0)	0
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang/diseret) (20)	20
	Lemah (10)	0
	Normal, <i>Bed rest</i> , Kursi roda (0)	0
Status mental	Tidak sadar akan kemampuannya (15)	0
	Orientasi sesuai kemampuan diri (0)	0
Total skor		35

**Tabel 3.4 Skala Jatuh Morse**

Keterangan:

0-24 : Tidak berisiko jatuh

25-50 : Berisiko jatuh rendah

>51 : Berisiko jatuh tinggi

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

Tabel 3.5 Pengkajian Saraf

No Urut	Nama Saraf	Hasil Pengkajian
I	Nervus Olfaktorius	Pasien dapat membedakan bau (minyak kayu putih dan bau kopi)
II	Nervus Optikus	Pasien mampu melihat objek kertas dari jarak 50 cm
III	Nervus Okulomotorik	Pasien mampu menggerakkan bola mata dengan memutar
IV	Nervus Troklearis	
V	Nervus Trigemini	Pasien mengatakan dapat merasakan sensasi sentuhan di wajah dan dapat mengunyah makanan
	Nervus Oftalmikus	Rahang pasien dapat digerakkan, tidak ada gangguan dalam membuka mulut
	Nervus Maksilaris	Pasien mengatakan dapat merasakan pergerakan lidah dan rahang
VI	Nervus Abducentis	Pasien mampu melirikkan mata ke kanan dan kiri
VII	Nervus Fasialis	Pasien mampu menggerakkan lidah keluar tanpa ada gangguan
VIII	Nervus Auditorius/ Vestibulokohlear	Pasien mampu mendengarkan suara petikan jari dari jarak 50 cm dan 1 meter
IX	Nervus Glosfaringeal	Pasien mampu menelan makanan, pasien mengatakan dapat merasakan rasa manis dari gula dan asin dari garam.
X	Nervus Vagus	Pasien dapat berbicara dengan jelas
XI	Nervus Asesorius	Pasien dapat menganggukan kepala tanpa ada rasa sakit
XII	Nervus Hipoglossus	Pasien dapat mendorong salah satu pipi dengan lidah

## B. Analisis Data

**Tabel 3.6 Analisa Data**

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ia tidak dapat berjalan, hanya bisa merangkak.</li> <li>- Pasien mengatakan tidak kuat duduk tanpa bersandar terlalu lama</li> <li>- Pasien mengatakan yang lemah hanya kaki dan tidak dapat menahan tubuh</li> <li>- Pasien mengatakan kaki kanan dapat bergerak tapi tidak berdiri, dan kaki kiri terasa lemah</li> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak terapi hampir 1 tahun</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas sehari- hari dibantu anak</li> <li>- Nilai skala <i>Indeks Barthel</i> adalah 8 (ketergantungan berat)</li> <li>- Pasien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas bawah kiri, kekuatan otornya 2 (hanya dapat menggerakkan 2 sendi)</li> </ul>	Gangguan Neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
2.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan jika sering bergerak kepala mudah pusing.</li> <li>- Pasien mengatakan menderita hipertensi sudah lama</li> <li>- Pasien mengatakan minum obat Amlodipine 5 mg 2 kali sehari.</li> <li>- Pasien mengalami stroke sejak 2020.</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah pasien 150/100 mmHg</li> <li>- <i>Respirasy Rate</i> 20 kali/ menit</li> <li>- Nadi 80 kali/ menit</li> <li>- Suhu tubuh 36,5 °C</li> <li>- GCS 15/ <i>compos mentis</i> (mata: 4, verbal: 5, dan motorik: 5)</li> <li>- Pupil isokor</li> <li>- Skala NIHSS pasien 3 (defisit neurologis ringan)</li> </ul>	Faktor Risiko Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
3.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan untuk ke kamar mandi dibantu oleh anaknya.</li> <li>- Pasien mengatakan untuk memakai celana perlu dibantu oleh anaknya</li> <li>- Pasien mengatakan tidak pernah membantu pekerjaan rumah selama sakit</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas sehari- hari dibantu oleh anaknya</li> <li>- Nilai skala jatuh pasien 35 (risiko jatuh sedang)</li> <li>- Pasien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas bawah kiri, kekuatan otot</li> </ul>	Gangguan Mobilitas Fisik	Risiko Jatuh (D.0.143)

	nya 2 (hanya dapat menggerakkan 2 sendi)		
4.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh anaknya</li> <li>- Pasien mengatakan ingin sembuh agar bisa melakukan aktivitas seperti biasanya</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas sehari-hari dibantu oleh anaknya</li> <li>- Nilai skala jatuh pasien 35 (risiko jatuh sedang)</li> <li>- Nilai skala <i>Indeks Barthel</i> adalah 8 (ketergantungan berat)</li> <li>- Pasien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas bawah kiri, kekuatan otornya 2 (hanya dapat menggerakkan 2 sendi)</li> </ul>	Gangguan Neuromuskuler	Defisit Perawatan Diri (D.0109)
5.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh anaknya</li> <li>- Pasien mengatakan hampir semua aktivitas dilakukan di atas tempat tidur</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas sehari-hari dibantu oleh anaknya</li> <li>- Nilai skala jatuh pasien 35 (risiko jatuh sedang)</li> <li>- Nilai skala norton 15 (Risiko sedang terjadi dekubitus)</li> </ul>	Penurunan Mobilitas	Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan (D.0139)
6.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak pernah berobat atau melakukan terapi lagi selama 1 tahun terakhir</li> <li>- Pasien mengatakan saat dulu masih terapi dapat berjalan dengan berpegangan penyanggah.</li> <li>- Pasien mengatakan bila minum obat hanya beli lewat apotek tanpa konsultasi tim medis</li> <li>- Pasien mengatakan ingin sembuh</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menderita hipertensi</li> <li>- Pasien banyak minum obat penurun tekanan darah Amlodipnine 5 mg 2x1 dan tidak rutin</li> <li>- Pasien terlihat mengalami penurunan kekuatan otot</li> <li>- Pasien mengalami kelemahan otot pada ekstermitas bawah kiri, kekuatan otornya 2 (hanya dapat menggerakkan 2 sendi)</li> <li>- Pasien terlihat semangat dalam menjalani terapi</li> </ul>	Dengan Tanda Gejala mengungkapkan Keinginan Belajar	Kesiapan Peningkatan Pengetahuan (D.0113)

### C. Diagnosa Prioritas Masalah Keperawatan

1. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)
2. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko Hipertensi (D.0017)
3. Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)
4. Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)
5. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas (D.0139)
6. Kesiapan Peningkatan Pengetahuan Dengan Tanda Gejala mengungkapkan Keinginan Belajar (D.0113)

### D. Intervensi Keperawatan

**Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan**

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L. 05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan gerak dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pergerakan ekstremitas (4)</li> <li>- Kekuatan otot (4)</li> <li>- Rentang rom (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkatkan</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kelemahan fisik (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</p> <p>Obeservasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>1.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan Gerakan</li> <li>1.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> </ol> <p>Tindakan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (terapi latihan gerak metode <i>Bobath</i>)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.5 Anjurkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)</li> </ol>

2.	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko Hipertensi (D.0017)</p>	<p>Perfusi Serebral (L. 02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan aliran darah serebral adekuat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sakit kepala (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkat</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>2.2 Monitor nadi</li> <li>2.3 Monitor irama pernapasan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman)</li> </ol>
3.	<p>Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)</p>	<p>Koordinasi Pergerakan (L. 05041) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan otot menggerakkan tubuh dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot (4)</li> <li>- Kemantapan gerakan (4)</li> <li>- Rentang rom (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup meningkat</li> <li>5. Meningkat</li> </ol>	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>3.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.3 Anjurkan memanggil keluarga saat berpindah</li> </ol> <p>Dukungan Ambulasi (I. 06171) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Identifikasi toleransi fisik saat ambulasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.5 Libatkan keluarga untuk membantu dalam peningkatan ambulasi (terapi latihan gerak)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> </ol>
4.	<p>Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)</p>	<p>Perawatan Diri (L.1113) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terdapat peningkatan perawatan diri dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kemampuan menggunakan pakaian (4)</li> <li>- Kemampuan makan (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurun</li> <li>2. Cukup menurun</li> <li>3. Sedang</li> </ol>	<p>Dukungan Perawatan Diri (I.09268) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri</li> <li>4.2 Identifikasi kebutuhan alat Terapeutik</li> <li>4.3 Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi)</li> </ol>

		<p>4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan</p>	<p>4.4 Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu 4.5 Jadwalkan rutinitas Edukasi 4.6 Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten</p>
5.	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Berhubungan dengan Penurunan Mobilitas (D.0139)</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terdapat peningkatan perawatan kulit dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu kulit (4)</li> <li>- Kemerahan (4)</li> <li>- Nyeri (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p>Perawatan Integritas Kulit (L.11353) Observasi 5.1 Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit Terapeutik 5.2 Lakukan pemijatan pada area yang ada tonjolan 5.3 Gunakan minyak pada kulit kering 5.4 Gunakan produk bahan ringan agar kulit tidak sensitif Edukasi 5.5 Anjurkan gunakan pelembab 5.6 Anjurkan minum air yang cukup 5.7 Anjurkan kecukupan nutrisi</p>
6.	<p>Kesiapan Peningkatan Pengetahuan Dengan Tanda Gejala mengungkapkan Keinginan Belajar (D.0113)</p>	<p>Tingkat Pengetahuan (L.12111) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan terdapat peningkatan pengetahuan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi (4)</li> <li>- Persepsi yang keliru terhadap masalah (4)</li> <li>- (4)</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meningkatkan</li> <li>2. Cukup meningkat</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup menurun</li> <li>5. Menurun</li> </ol>	<p>Edukasi Kesehatan (I.12383) Observasi 6.1 Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi Terapeutik 6.2 Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan Edukasi 6.3 Jelaskan faktor risiko yang mempengaruhi kesehatan</p>

## E. Intervensi Inovasi Keperawatan

**Tabel 3.8 Intervensi Inovasi Keperawatan**

Diagnosa	Intervensi Inovasi	Intervensi
<p>Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>Terapi latihan gerak dengan metode <i>Bobath</i> yang dilakukan pada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Minggu, 29 Mei 2022 pukul 17:00 WITA</li> <li>- Senin, 30 Mei 2022 pukul 12:00 WITA</li> <li>- Selasa, 24 Mei 2022 pukul 17:00 WITA</li> <li>- Rabu, 8 Juni 2022 pukul 10:00 WITA</li> </ul>	<p>Pengkajian</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji keadaan pasien</li> <li>2. Mengidentifikasi keluhan nyeri</li> </ol> <p>Fase Pra interaksi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mencuci tangan</li> <li>4. Mempersiapkan alat</li> <li>5. Memberikan salam dan menyapa pasien</li> <li>6. Memperkenalkan nama dan kontrak waktu</li> <li>7. Menjelaskan prosedur terapi</li> <li>8. Mendekatkan/ mempersiapkan alat</li> <li>9. Menanyakan kesiapan pasien</li> </ol> <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Membaca basmallah dan menjaga privasi pasien</li> <li>11. Latihan pertama adalah mengangkat pelvic dengan kaki ditekuk dan dilakukan selama 7 kali.</li> <li>12. Latihan kedua adalah gerakan fleksi pada kedua tungkai bawah.</li> <li>13. Latihan ketiga adalah melakukan fiksasi atau hip joint dengan salah satu tungkai ditekuk, latihan ini dilakukan sebanyak 7 kali.</li> <li>14. Latihan keempat adalah memberikan posisi ekstensi pada lutut lalu diarahkan untuk menendang untuk melihat kekuatan ototnya.</li> <li>15. Latihan kelima merupakan postural set adalah mengangkat kepala dan punggung pada posisi pasien baring dan kedua tungkai diangkat atau disanggah box/kursi dengan sudut fleksi 90°.</li> <li>16. Latihan keenam adalah lateral abdominal, tungkai pasien disanggah petugas kesehatan lalu tungkai ditarik ke arah lateral dengan derat 45°.</li> <li>17. Latihan ketujuh adalah latihan dari posisi tidur ke posisi duduk dengan tumpuan siku pasien.</li> <li>18. Latihan kedelapan adalah latihan pada daerah lengan, yaitu memberikan rotasi pada sendi dan fleksi 90° pada bahu.</li> <li>19. Latihan kesembilan adalah latihan stabilisasi postur pasien dengan meletakkan kaki pada kotak atau kursi membentuk sudut 30°, seperti</li> </ol>

		<p>menginjak kaki ke kotak/kursi dengan salah satu ka</p> <p>20. Latihan kesepuluh adalah melatih pola berjalan seperti berjalan di tempat.</p> <p>21. Latihan kesembilan merupakan latihan pola berjalan, membatu pasien berjalan dengan bantuan berpegangan.</p> <p>Fase Terminasi</p> <p>22. Memposisikan pasien dengan nyaman kembali</p> <p>23. Anjurkan pasien dan keluarga untuk melakukan latihan gerak ini rutin selama di rumah.</p> <p>24. Mengidentifikasi kondisi setelah latihan</p> <p>25. Membersihkan alat</p> <p>26. Mencuci tangan</p> <p>27. Membaca hamdalah</p> <p>28. Mengevaluasi respon pasien</p> <p>29. Memberikan <i>reinforcement</i> positif</p> <p>30. Mengakhiri latihan dengan membaca doa</p> <p>Dokumentasi</p> <p>31. Mendokumentasikan hasil pemeriksaan</p>
--	--	---

## F. Implementasi Keperawatan

Implementasi tindakan inovasi latihan gerak dengan metode *Bobath* pada Ny. N dilakukan untuk meningkatkan *activity daily living* pada pasien. Sebelum dilakukan tindakan inovasi peneliti telah mencatat hasil skala *indeks barthel*. Tindakan inovasi dilakukan selama 4 hari selama kurang lebih 30 menit di rumah pasien. Hasil dari intervensi inovasi latihan gerak dengan metode *Bobath* didapatkan sebagai berikut:

**Tabel 3.9 Tabel Hasil Evaluasi Skala Indeks Barthel Perhari**

No	Hari dan Tanggal	Nilai Skor	Keterangan
1.	Minggu, 29 Mei 2022 pukul 17:00 WITA	7	Ketergantungan Berat
2.	Senin, 30 Mei 2022 pukul 12:00 WITA	7	Ketergantungan Berat
3.	Selasa, 24 Mei 2022 pukul 17:00 WITA	11	Ketergantungan Sedang
4.	Rabu, 8 Juni 2022 pukul 10:00 WITA	11	Ketergantungan Sedang

Hasil implementasi dari intervensi keperawatan sebagai berikut:

**Tabel 3.10 Tabel Implementasi Hari Pertama**

Tgl / Jam	No Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	TTD
Minggu, 29 Mei 2022	1.	1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan tidak merasa nyeri pada anggota gerak, Pasien mengatakan merasa lemah pada kaki. Pasien mengatakan ia tidak bisa berjalan.</li> <li>- O: Pasien terlihat tidak dapat berpindah tempat, aktivitas harian dibantu oleh anak, dan pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah bagian kiri.</li> </ul>	
		1.2 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan gerakan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan dapat menggerakkan anggota gerak nya, hanya saja merasa lemah jika berdiri.</li> <li>- O: Pasien mengalami kelemahan otot ekstermitas bawah sebelah kiri, dengan kekuatan otot 2 (hanya dapat menggerakkan 2 sendi).</li> </ul>	
		1.3 Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan pusing jika sering bergerak, pasien mengatakan menderita hipertensi.</li> <li>- O: TD: 150/100 mmHg. Nadi: 80 kali/ menit. <i>Respirasy rate</i>: 20 kali/ menit.</li> </ul>	
		1.4 Melibatkan keluarga dalam latihan gerak dengan metode <i>Bobath</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan pernah melakukan terapi seperti ini di rumah sakit, namun berhenti setahun yang lalu. Keluarga pasien mengatakan pernah diberikan terapi <i>Bobath</i> di rumah sakit dan bisa melangkah.</li> <li>- O: Pasien terlihat memahami semua gerakan yang diberikan peneliti. Keluarga pasien dapat berkontribusi dalam latihan.</li> </ul>	
		1.5 Menganjurkan mobilisasi sederhana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan bisa duduk sebentar namun mudah lemas jika terlalu lama.</li> <li>- O: Pasien dapat duduk dibantu dengan satu orang penolong, namun tidak kuat tanpa bersandar dalam durasi yang lama.</li> </ul>	
	2.	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak.</li> <li>- O: TD: 150/100 mmHg</li> </ul>	
		1.2 Memonitor denyut nadi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan tidak merasa takut atau gugup pada terapi ini.</li> <li>- O: Nadi: 80 kali/ menit.</li> </ul>	
		1.3 Memonitor irama pernapasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan tidak sesak napas.</li> <li>- O: Pada pasien tidak terlihat pernapasan cuping hidung, tidak ada otot bantu napas, tidak ada sianosis, RR: 20 kali/ menit.</li> </ul>	
	3.	3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan masih tidak kuat jika berdiri sambil berpegangan orang lain.</li> </ul>	

			- O: Pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah sebelah kiri.	
		3.2 Menghitung nilai skala jatuh <i>morse</i>	- S: - - O: Nilai skala morse 35 (Berisiko jatuh rendah).	
		3.4 Mengidentifikasi toleransi saat ambulasi	- S: Pasien mengatakan anggota gerak tidak ada yang nyeri. - O: Pasien tidak dapat mempertahankan posisi duduk dalam durasi waktu lebih dari 1 menit.	
		3.6 Mengajukan untuk melakukan ambulasi dini	- S: Pasien mengatakan anggota gerak bawah lemas. - O: Pasien belum mampu untuk duduk tanpa bersandar.	

**Tabel 3.11 Tabel Skala Indeks Barthel Hari Pertama**

Skala Indeks Barthel (Minggu, 29 Mei 2022)				
Activity Daily Living (ADL)	0	1	2	3
Makan ( <i>Feeding</i> ) Keterangan skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri		√		
Mandi ( <i>Bathing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	√			
Perawatan diri ( <i>Grooming</i> ) Keterangan Skor: 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur	√			
Berpakaian ( <i>Dressing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (mengancing baju) 2 = Mandiri		√		
Buang air kecil ( <i>Bladder</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)		√		
Buang air besar ( <i>Bowel</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)		√		
Transfer Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri			√	
Moobilisasi Keterangan Skor:		√		

0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)				
Naik Turun Tangga Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri	√			
Total				7

Tabel 3.12 Tabel Implementasi Hari Kedua

Tgl / Jam	No Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	TTD
Senin, 30 Mei 2022	1.	1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan hari ini tidak merasa nyeri pada anggota gerak, Pasien hari ini masih merasa lemah pada kaki.</li> <li>- O: Pasien terlihat tidak dapat berpindah tempat, aktivitas harian dibantu oleh anak perempuannya, pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah bagian kiri dengan kekuatan otot 2 ((hanya dapat menggerakkan 2 sendi)</li> </ul>	
		1.3 Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan hari ini tidak pusing, dan pasien <i>mengatakan</i> hari ini sudah minum Amlodipine 5mg (2x1).</li> <li>- O: TD: 130/80 mmHg. Nadi: 78kali/ menit. <i>Respirasy rate: 20 kali/ menit.</i></li> </ul>	
		1.4 Melibatkan keluarga dalam latihan gerak dengan metode <i>Bobath</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan hapal beberapa gerakan terapi, Anak pasien mengatakan latihan sering dilakukan di rumah secara mandiri.</li> <li>- O: Keluarga pasien dapat berkontribusi dalam latihan.</li> </ul>	
		1.5. Menganjurkan mobilisasi sederhana	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan bisa duduk sebentar namun mudah lemas jika terlalu lama.</li> <li>- O: Pasien dapat duduk dibantu dengan satu orang penolong, namun tidak kuat tanpa bersandar dalam durasi yang lama.</li> </ul>	
	2.	2.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak.</li> <li>- O: TD: 148/98 mmHg.</li> </ul>	
		2.2 Memonitor denyut nadi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan berdebar.</li> <li>- O: Nadi: 78 kali/ menit.</li> </ul>	
		2.3 Memonitor irama pernapasan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan tidak sesak napas.</li> <li>- O: Pada pasien <i>tidak</i> terlihat pernapasan cuping hidung, tidak ada otot bantu napas, tidak ada sianosis, RR: 20 kali/ menit.</li> </ul>	
	3.	3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan bisa berdiri tapi harus berpegangan kepada orang lain.</li> <li>- O: Pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah sebelah kiri.</li> </ul>	
		3.2 Menghitung nilai skala jatuh <i>morse</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: -</li> <li>- O: Nilai skala morse 35 (Berisiko jatuh rendah).</li> </ul>	

	3.5 Melibatkan keluarga untuk ambulasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Anak pasien mengatakan dapat membantu menjadi penompang saat berpindah tempat.</li> <li>- O: Keluarga pasien terlihat dapat mengikuti arahan dengan baik.</li> </ul>	
	3.6 Mengajukan ambulasi dini	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan bisa duduk dari posisi baring namun cepat lemah.</li> <li>- O: Pasien terlihat bisa duduk tanpa bersandar dalam durasi 1 menit 56 detik.</li> </ul>	

**Tabel 3.13 Tabel Skala Indeks Barthel Hari Kedua**

Skala Indeks Barthel (Senin, 30 Mei 2022)				
Activity Daily Living (ADL)	0	1	2	3
Makan ( <i>Feeding</i> ) Keterangan skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri		√		
Mandi ( <i>Bathing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri	√			
Perawatan diri ( <i>Grooming</i> ) Keterangan Skor: 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur	√			
Berpakaian ( <i>Dressing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (mengancing baju) 2 = Mandiri		√		
Buang air kecil ( <i>Bladder</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)		√		
Buang air besar ( <i>Bowel</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)		√		
Transfer Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri			√	
Moobilisasi Keterangan Skor: 0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)		√		
Naik Turun Tangga	√			

Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri				
Total	7			

Tabel 3.14 Tabel Implementasi Hari Ketiga

Tgl / Jam	No Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	TTD
Selasa, 31 Mei 2022	1.	1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	- S: Pasien mengatakan kaki kiri lemah. - O: Pasien terlihat dapat duduk tanpa sandaran, aktivitas harian dibantu oleh anak perempuannya, pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah bagian kiri dengan kekuatan otot 2 ((hanya dapat menggerakkan 2 sendi)	
		1.3 Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	- S: Pasien mengatakan hari ini tidak pusing, dan tidak ada sakit leher. - O: TD: 145/90 mmHg. Nadi: 86 kali/ menit. <i>Respirasy rate</i> : 18 kali/ menit.	
		1.4 Melibatkan keluarga dalam latihan gerak dengan metode <i>Bobath</i>	- S: Pasien mengatakan sudah hapal gerakan terapi, Anak pasien mengatakan latihan sering dilakukan di rumah secara mandiri sehari 2 kali. - O: Keluarga pasien dapat berkontribusi dalam latihan.	
		1.5. Menganjurkan mobilisasi sederhana	- S: Pasien mengatakan bisa duduk sebentar namun mudah lemas jika terlalu lama. - O: Pasien dapat duduk dibantu dengan tumpuan tangannya sendiri dan satu orang penolong, namun tidak kuat tanpa bersandar dalam durasi yang lama. Pasien mampu makan sendiri dengan sendok dengan posisi duduk. Pasien mampu menggunakan celana sendiri tanpa bantuan orang lain	
	2.	2.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	- S: Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak. - O: TD: 130/80 mmHg.	
		2.2 Memonitor denyut nadi	- S: Pasien mengatakan berdebar. - O: Nadi: 78 kali/ menit.	
		2.3 Memonitor irama pernapasan	- S: Pasien mengatakan tidak sesak napas. - O: Pada pasien <i>tidak</i> terlihat pernapasan cuping hidung, tidak ada otot bantu napas, tidak ada sianosis, RR: 20 kali/ menit.	
	3.	3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	- S: Pasien mengatakan bisa berdiri tapi harus berpegangan kepada orang lain. - O: Pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah sebelah kiri. Pasien bisa menggerakkan kaki seperti melangkah	
		3.2 Menghitung nilai skala jatuh <i>morse</i>	- S: - - O: Nilai skala morse 35 (Berisiko jatuh rendah).	

	3.5 Melibatkan keluarga untuk ambulasi	- S: Anak pasien mengatakan dapat membantu menjadi penompang saat berpindah tempat. - O: Keluarga pasien terlihat dapat mengikuti rahan dengan baik.	
	3.6 Menganjurkan ambulasi dini	- S: Pasien mengatakan bisa duduk dari posisi baring namun cepat lemah. - O: Pasien terlihat bisa duduk tanpa bersandar dalam durasi 3 menit.	

**Tabel 3.15 Tabel Skala Indeks Barthel Hari Ketiga**

Skala Indeks Barthel (Selasa, 31 Mei 2022)				
Activity Daily Living (ADL)	0	1	2	3
Makan ( <i>Feeding</i> ) Keterangan skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri			√	
Mandi ( <i>Bathing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri		√		
Perawatan diri ( <i>Grooming</i> ) Keterangan Skor: 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur		√		
Berpakaian ( <i>Dressing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (mengancing baju) 2 = Mandiri			√	
Buang air kecil ( <i>Bladder</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)		√		
Buang air besar ( <i>Bowel</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)		√		
Transfer Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri			√	
Moobilisasi Keterangan Skor: 0 = Immobile (tidak mampu) 2 = Menggunakan kursi roda 2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)		√		

Naik Turun Tangga Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri	√			
Total	11			

Tabel 3.16 Tabel Implementasi Hari Keempat

Tgl / Jam	No Dx	Implementasi	Evaluasi Proses	TTD
Rabu, 8 Juni 2022	1.	1.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik	- S: Pasien mengatakan kaki kiri lemah, namun merasakan ada sentuhan. - O: Pasien terlihat dapat duduk tanpa sandaran, aktivitas harian dibantu oleh anak perempuannya, kekuatan otot anggota gerak bawah bagian kiri naik menjadi 3 (hanya mampu melakukan gerakan mengangkat dan tidak bisa melawan tahanan sedang).	
		1.3 Memonitor tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	- S: Pasien mengatakan hari ini tidak pusing. - O: TD: 135/90 mmHg. Nadi: 74 kali/ menit. <i>Respirasy rate</i> : 18 kali/ menit.	
		1.4 Melibatkan keluarga dalam latihan gerak dengan metode <i>Bobath</i>	- S: Pasien mengatakan sudah hapal gerakan terapi, Anak pasien mengatakan latihan sering dilakukan di rumah secara mandiri sehari 2 kali, jika pagi hari dilakukan sambil berjemur. - O: Keluarga pasien dapat berkontribusi dalam latihan.	
		1.5. Menganjurkan mobilisasi sederhana	- S: Pasien mengatakan bisa duduk sebentar namun mudah lemas jika terlalu lama. - O: Pasien dapat duduk tanpa bantuan penolong, pasien mampu makan sendiri dengan sendok dengan posisi duduk, dan pasien mampu menggunakan celana sendiri tanpa bantuan orang lain	
	2.	2.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	- S: Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak. - O: TD: 135/90 mmHg.	
		2.2 Memonitor denyut nadi	- S: Pasien mengatakan berdebar. - O: Nadi: 74 kali/ menit.	
		2.3 Memonitor irama pernapasan	- S: Pasien mengatakan tidak sesak napas. - O: Pada pasien <i>tidak</i> terlihat pernapasan cuping hidung, tidak ada otot bantu napas, tidak ada sianosis, RR: 18 kali/ menit.	
	3.	3.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	- S: Pasien mengatakan bisa berdiri tapi harus berpegangan kepada orang lain. - O: Pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah sebelah kiri, namun pasien bisa menggerakkan kaki seperti melangkah tapi tetap berpegang pada orang lain	
		3.2 Menghitung nilai skala jatuh <i>morse</i>	- S: - - O: Nilai skala morse 35 (Berisiko jatuh)	

			rendah).	
		2.5 Melibatkan keluarga untuk ambulasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Anak pasien mengatakan dapat membantu menjadi penompang saat berpindah tempat.</li> <li>- O: Keluarga pasien terlihat dapat mengikuti arahan dengan baik.</li> </ul>	
		2.6 Menganjurkan ambulasi dini	<ul style="list-style-type: none"> <li>- S: Pasien mengatakan bisa duduk dari posisi baring</li> <li>- O: Pasien terlihat bisa duduk tanpa bersandar dalam durasi waktu 20 menit.</li> </ul>	

**Tabel 3.17 Tabel Skala Indeks Barthel Hari Keempat**

Skala Indeks Barthel (Rabu, 8 Juni 2022)				
Activity Daily Living (ADL)	0	1	2	3
Makan ( <i>Feeding</i> ) Keterangan skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan 2 = Mandiri			√	
Mandi ( <i>Bathing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Mandiri		√		
Perawatan diri ( <i>Grooming</i> ) Keterangan Skor: 0 = Membutuhkan bantuan orang lain 1 = Mandiri dalam perawatan muka, rambut, gigi dan bercukur		√		
Berpakaian ( <i>Dressing</i> ) Keterangan Skor: 0 = Tergantung orang lain 1 = Sebagian dibantu (mengancing baju) 2 = Mandiri			√	
Buang air kecil ( <i>Bladder</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia atau pakai kateter dan tidak terkontrol 1 = kadang inkontinensia (maks, 1x 24 jam) 2 = Kontinensia (teratur untuk lebih dari 7 hari)		√		
Buang air besar ( <i>Bowel</i> ) Keterangan Skor: 0 = Inkontinensia (tidak teratur atau perlu enema) 1 = Kadang Inkontensia (sekali seminggu) 2 = Kontinensia (teratur)		√		
Transfer Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Butuh bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 = Bantuan kecil (1 orang) 3 = Mandiri			√	
Moobilisasi Keterangan Skor: 0 = Immobile (tidak mampu) 1 = Menggunakan kursi roda		√		

2 = Berjalan dengan bantuan satu orang 3 = Mandiri (meskipun menggunakan alat bantu seperti, tongkat)				
Naik Turun Tangga Keterangan Skor: 0 = Tidak mampu 1 = Membutuhkan bantuan (alat bantu) 2 = Mandiri	√			
Total	11			

## G. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.18 Tabel Evaluasi Keperawatan**

Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi	TTD																				
Minggu, 29 Mei 2022	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>S : Pasien mengatakan tidak merasa nyeri, pasien mengatakan bisa menggerakkan anggota gerakannya, pasien mengatakan kaki kiri lemas, pasien mengatakan tidak dapat berpindah tempat karena kaki lemas, dan pasien menderita hipertensi.</p> <p>O : Pasien terlihat hanya berbaring saja, aktivitas sehari-hari dibantu oleh anaknya, kekuatan otot anggota gerak bawah bagian kiri bernilai 2 (hanya mampu menggerakkan 2 sendi)</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, lanjutkan intervensi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>1.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (terapi latihan gerak metode <i>Bobath</i>)</li> <li>1.5 Anjurkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Pergerakan ekstermitas	1	1	4	Kekuatan otot	1	1	4	Rentang ROM	1	1	4	Kelemahan fisik	1	1	4	
	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																			
Pergerakan ekstermitas	1	1	4																				
Kekuatan otot	1	1	4																				
Rentang ROM	1	1	4																				
Kelemahan fisik	1	1	4																				
	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko Hipertensi (D.0017)	<p>S : Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak, pasien mengatakan penderita hipertensi, pasien mengatakan tidak sesak, dan pasien mengatakan tidak gugup</p> <p>O : TD: 150/100 mmHG berubah menjadi 140/95 mmHg Nadi : 80 kali/ menit berubah menjadi 68 kali/menit RR: 20 kali/ menit berubah menjadi 22 kali/ menit Tidak ada sianosis, pasien mengonsumsi Amlodipine 5 mg (2x1)</p>																					

		<p>A :</p> <table border="1" data-bbox="735 255 1323 353"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah penurunan tekanan darah belum teratasi, lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>2.2 Monitor nadi</li> <li>2.3 Monitor irama pernapasan</li> <li>2.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (berikan <i>kenyaman</i>posisi)</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Sakit kepala	2	3	4	Tekanan darah	1	3	4									
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Sakit kepala	2	3	4																				
Tekanan darah	1	3	4																				
	<p>Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)</p>	<p>S : Pasien mengatakan masih tidak kuat jika berdiri, pasien mengatakan tidak ada rasa nyeri pada anggota gerak, dan pasien mengatakan kaki kiri lemas</p> <p>O : Pasien mengalami hemiparesis di kaki kiri, pasien dapat dibantu duduk tanpa bersandar selama 1 menit, dan nilai skala <i>morse</i> pasien Ny.N adalah 35 (berisiko jatuh rendah)</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="735 938 1323 1099"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemantapan gerak</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko jatuh belum teratasi lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>3.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>)</li> <li>3.3 Anjurkan memanggil keluarga saat berpindah</li> <li>3.4 Identifikasi toleransi fisik saat ambulasi</li> <li>3.5 Libatkan keluarga untuk membantu dalam peningkatan ambulasi (terapi latihan gerak)</li> <li>3.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kekuatan otot	1	1	4	Kemantapan gerak	1	1	4	Rentang ROM	1	1	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kekuatan otot	1	1	4																				
Kemantapan gerak	1	1	4																				
Rentang ROM	1	1	4																				
<p>Senin, 30 Mei 2022</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S : Pasien mengatakan hari ini tidak merasa nyeri, pasien mengatakan bisa menggerakkan anggota gerakanya, pasien mengatakan kaki kiri masih lemas, dan pasien mengatakan hapal beberapa gerakan terapi.</p> <p>O :Pasien dapat duduk dibantu 1 orang namun tidak bisa terlalu lama tanpa bersandar, dan keluarga pasien ikut berkontribusi pada latihan,</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="735 1682 1323 1906"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, lanjutkan intervensi.</p> <p>P :</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Pergerakan ekstermitas	1	2	4	Kekuatan otot	1	1	4	Rentang ROM	1	3	4	Kelemahan fisik	1	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Pergerakan ekstermitas	1	2	4																				
Kekuatan otot	1	1	4																				
Rentang ROM	1	3	4																				
Kelemahan fisik	1	3	4																				

		<p>1.2 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</p> <p>1.3 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <p>1.4 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (terapi latihan gerak metode <i>Bobath</i>)</p> <p>1.5 Anjurkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)</p>																	
	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko Hipertensi (D.0017)</p>	<p>S : Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak, pasien mengatakan penderita hipertensi, pasien mengatakan tidak sesak, dan pasien mengatakan tidak gugup</p> <p>O : TD: 148/98 mmHG berubah menjadi 150/100 mmHg Nadi : 78 kali/ menit berubah menjadi 86 kali/menit RR: 20 kali/ menit berubah menjadi 22 kali/ menit Tidak ada sianosis, pasien mengonsumsi Amlodipine 5 mg (2x1)</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="735 871 1323 969"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah penurunan tekanan darah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <p>2.1 Monitor peningkatan tekanan darah 2.2 Monitor nadi 2.3 Monitor irama pernapasan 2.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (berikan <i>kenyaman</i>posisi)</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Sakit kepala	2	4	4	Tekanan darah	1	3	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Sakit kepala	2	4	4																
Tekanan darah	1	3	4																
	<p>Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)</p>	<p>S : Pasien mengatakan bisa berdiri namun harus dipegang dengan orang lain, anak pasien mengatakan bisa menjadi penompang, dan pasien <i>mengatakan</i> bisa duduk dari posisi baring dengan bantuan orang lain.</p> <p>O : Pasien mengalami hemiparesis di kaki kiri, pasien dapat dibantu duduk tanpa bersandar selama 1 menit 56 detik, dan nilai skala <i>morse</i> pasien Ny.N adalah 35 (berisiko jatuh rendah)</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="735 1585 1323 1742"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemantapan gerak</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko jatuh berlum teratasi lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <p>3.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 3.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>) 3.3 Anjurkan memanggil keluarga saat berpindah 3.4 Identifikasi toleransi fisik saat ambulasi</p>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kekuatan otot	1	2	4	Kemantapan gerak	1	1	4	Rentang ROM	1	2	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																
Kekuatan otot	1	2	4																
Kemantapan gerak	1	1	4																
Rentang ROM	1	2	4																

		<p>3.5 Libatkan keluarga untuk membantu dalam peningkatan ambulasi (terapi latihan gerak)</p> <p>3.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini</p>																					
Selasa, 31 Mei 2022	<p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S : Pasien mengatakan hari ini tidak merasa nyeri, pasien mengatakan bisa menggerakkan anggota gerakanya, pasien mengatakan kaki kiri masih lemas, dan pasien sudah hapal gerakan terapi.</p> <p>O : Pasien terlihat dapat duduk tanpa sandaran, aktivitas harian dibantu oleh anak perempuannya, pasien mengalami hemiparesis anggota gerak bawah bagian kiri dengan kekuatan otot 2 (hanya dapat menggerakkan 2 sendi)</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, lanjutkan intervensi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>1.2 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>1.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (terapi latihan gerak metode <i>Bobath</i>)</li> <li>1.4 Anjurkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Pergerakan ekstermitas	1	2	4	Kekuatan otot	1	1	4	Rentang ROM	1	3	4	Kelemahan fisik	1	3	4	
	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																			
Pergerakan ekstermitas	1	2	4																				
Kekuatan otot	1	1	4																				
Rentang ROM	1	3	4																				
Kelemahan fisik	1	3	4																				
	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko Hipertensi (D.0017)</p>	<p>S : Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak, pasien mengatakan penderita hipertensi, pasien mengatakan tidak sesak, dan pasien mengatakan tidak gugup</p> <p>O : TD: 130/80 mmHG berubah menjadi 130/80 mmHg Nadi : 78 kali/ menit berubah menjadi 70 kali/menit RR: 18 kali/ menit berubah menjadi 22 kali/ menit Tidak ada sianosis, pasien mengonsumsi Amlodipine 5 mg (2x1)</p> <p>A :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah penurunan tekanan darah terkontrol, lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>2.2 Monitor nadi</li> <li>2.3 Monitor irama pernapasan</li> <li>2.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (berikan <i>kenyamanan</i>posisi)</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Sakit kepala	2	4	4	Tekanan darah	1	4	4									
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Sakit kepala	2	4	4																				
Tekanan darah	1	4	4																				

	<p>Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)</p>	<p>S : Pasien mengatakan bisa berdiri tapi harus berpegangan kepada orang lain, anak pasien mengatakan dapat membantu menjadi penompang saat berpindah tempat.</p> <p>O : Pasien mengalami hemiparesis di kaki kiri, pasien dapat dibantu duduk tanpa bersandar selama 3 menit, dan nilai skala <i>morse</i> pasien Ny.N adalah 35 (berisiko jatuh rendah)</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="738 504 1321 663"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemantapan gerak</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko jatuh belum teratasi lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>3.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>)</li> <li>3.3 Anjurkan memanggil keluarga saat berpindah</li> <li>3.4 Identifikasi toleransi fisik saat ambulasi</li> <li>3.5 Libatkan keluarga untuk membantu dalam peningkatan ambulasi (terapi latihan gerak)</li> <li>3.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kekuatan otot	1	3	4	Kemantapan gerak	1	1	4	Rentang ROM	1	3	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Kekuatan otot	1	3	4																				
Kemantapan gerak	1	1	4																				
Rentang ROM	1	3	4																				
<p>Rabu, 8 Juni 2022</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)</p>	<p>S : Pasien mengatakan kaki kiri lemah, namun merasakan ada sentuhan.</p> <p>O : Pasien terlihat dapat duduk tanpa sandaran, aktivitas harian dibantu oleh anak perempuannya, kekuatan otot anggota gerak bawah bagian kiri naik menjadi 3 (hanya mampu melakukan gerakan mengangkat dan tidak bisa melawan tahanan sedang).A :</p> <table border="1" data-bbox="738 1245 1321 1464"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstermitas</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, lanjutkan intervensi.</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya.</li> <li>1.2 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>1.3 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (terapi latihan gerak metode <i>Bobath</i>)</li> <li>1.4 Anjurkan mobilisasi sederhana (duduk di tempat tidur)</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Pergerakan ekstermitas	1	4	4	Kekuatan otot	1	2	4	Rentang ROM	1	3	4	Kelemahan fisik	1	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target																				
Pergerakan ekstermitas	1	4	4																				
Kekuatan otot	1	2	4																				
Rentang ROM	1	3	4																				
Kelemahan fisik	1	3	4																				
	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor</p>	<p>S : Pasien mengatakan pusing jika banyak bergerak, pasien mengatakan penderita hipertensi, pasien mengatakan tidak sesak, dan pasien mengatakan tidak gugup</p>																					

<p>Risiko Hipertensi (D.0017)</p>	<p>O : TD: 135/90 mmHG berubah menjadi 130/90 mmHg  Nadi : 74 kali/ menit berubah menjadi 80 kali/menit  RR: 18 kali/ menit berubah menjadi 20 kali/ menit  Tidak ada sianosis, pasien mengonsumsi Amlodipine 5 mg (2x1)</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="735 443 1323 539"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sakit kepala</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah penurunan tekanan darah terkontrol, lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor peningkatan tekanan darah</li> <li>2.2 Monitor nadi</li> <li>2.3 Monitor irama pernapasan</li> <li>2.4 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (berikan <i>kenyaman</i>posisi)</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Sakit kepala	2	4	4	Tekanan darah	1	4	4					
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target															
Sakit kepala	2	4	4															
Tekanan darah	1	4	4															
<p>Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)</p>	<p>S : Pasien mengatakan bisa berdiri tapi harus berpegangan kepada orang lain, pasien mengatakan bisa duduk dari posisi baring, anak pasien mengatakan dapat membantu menjadi penompang saat berpindah tempat.</p> <p>O : Pasien mengalami hemiparesis di kaki kiri, pasien dapat duduk tanpa bersandar selama 20 menit, dan nilai skala <i>morse</i> pasien Ny.N adalah 35 (berisiko jatuh rendah)</p> <p>A :</p> <table border="1" data-bbox="735 1122 1323 1283"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> <th>Target</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kemantapan gerak</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Rentang ROM</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko jatuh sebagian teratasi, lanjutkan intervensi</p> <p>P :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Identifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>3.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>)</li> <li>3.3 Anjurkan memanggil keluarga saat berpindah</li> <li>3.4 Identifikasi toleransi fisik saat ambulasi</li> <li>3.5 Libatkan keluarga untuk membantu dalam peningkatan ambulasi (terapi latihan gerak)</li> <li>3.6 Anjurkan melakukan ambulasi dini</li> </ol>	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target	Kekuatan otot	1	3	4	Kemantapan gerak	1	4	4	Rentang ROM	1	3	4	
Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	Target															
Kekuatan otot	1	3	4															
Kemantapan gerak	1	4	4															
Rentang ROM	1	3	4															