

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Identitas Pasien

Pasien atas nama Ny.R usia 43 tahun lahir pada tanggal 1 Desember 1979 dirawat di RSUD A.M Parikesit Tenggarong dengan nomor RM 05335****, jenis kelamin perempuan, pengkajian dilakukan pada tanggal 12 Desember 2022 pada pukul 07:00 Wita, berat badan 87 kg dan tinggi badan 160 cm. beragama Islam, status sudah menikah, beralamat di tinggal di jalan gunung kinibalu, bersekolah hingga tamat SLTP, saat ini sebagai ibu rumah tangga, dengan diagnosa medis Stroke Hemoragik

B. Keluhan Utama

1. Saat MRS

Pasien mengatakan saat masuk rumah sakit (10 Desember 2022, jam 14:00) pasien mengeluhkan kepala pusing, mual muntah sebanyak 1 kali, sesak nafas, demam serta mengalami kelemahan di ekstremitas sebelah kiri, dengan memiliki Riwayat hipertensi GCS 13 E3 M5 V4, TD: 186/103, N,97 x/menit, S:38°C RR: 24 x/menit, Spo2: 99%, O2 Nasal kanul: 4 Lpm.

2. Saat pengkajian

Saat pengkajian (12 Desember 2022, jam 07:00) Pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas bagian kiri nya dan merasa kepalanya pusing keluhan mual sudah berkurang, keluhan sesak sudah tidak ada, dengan GCS 15 E4 M6 V5, TD: 170/100 MmHg, MAP: 123 MmHg, N: 85 x/menit, S: 37,5°C, RR: 21 x/menit

3. Alasan dirawat di ruang intermediate

Alasan pasien dirawat diruang intermediate adalah karena pasien di sesak nafas pada saat di igd dan juga tekanan darah 186/103 Mmhg dengan Riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu serta membutuhkan observasi khusus karena di diagnose stroke hemoragik.

C. Primary Survey

1. Airway

Tidak ada sumbatan jalan napas, hembusan napas terasa, (RR 21X/menit, SpO₂: 98%)

2. Breathing

Pasien mengatakan tidak ada keluhan sesak saat pengkajian, Pola napas normal, bernapas tanpa bantuan otot bantu napas serta tidak ada pernapasan cuping hidung, suara napas vasikuler (RR 21X/menit, SpO₂: 98%).

3. Circulation

TD: 170/100 Mmhg dengan MAP = 123 Mmhg, CRT: <3 detik, nadi teraba kuat dengan frekuensi regular, teraba ictus kordird di ICS 5, bunyi jantung I dan II tunggal, akral terba hangat

4. Fluid

Pada saat pengkajian 12 desmber 2022 nasien terpasang cairan infus RL 20 Tpm, mendapat injeksi omeprazole 2x40 mg, injeksi kalnex 3x 500 mg, paracetamol 2x50 cc, manitol 3x125 cc dan meminum obat amlodipine 10 mg sesuai dengan anjuran dokter, pada 13 desember 2022

amlodipine diganti SP nicardipine 0,5mg dan penambahan injeksi ceftriaxone 2x1g, dan ondansetron 3x 8mg

5. Exposure

Kondisi tubuh pasien tidak ada luka terbuka terdapat kemerahan tampak samar di bahu, akral teraba hangat

D. Secondary Survey

1. Brain (Pensyarafan)

Pada saat pengkajian kesadaran pasien sudah meningkat GCS: E₄ V₅ M₆ : 15 (Composmentis), dengan pupil isokor kanan dan kiri, reflek, cahaya kanan dan kiri positif, reflek pupil: baik dan orientasi pasien baik, tidak ada tremor, penginderaan, pengecap, penciuman dan perabaan normal, dan tidak ada riwayat kejang

2. Breathing (Pernapasan)

Pasien tidak tampak sesak nafas, pasien dapat bernafas spontan, nafas pasien teratur RR: 21x/menit, SpO₂: 98% dan saat bernafas pasien tidak dibantu otot bantu nafas, suara nafas vesikuler (normal)

3. Blood (Kardiovaskuler)

Saat pengkajian capillary refill time < 3 detik, tekanan darah 170/100 MmHg dengan MAP 123 MmHg, nadi 85x/menit reguler, akral hangat dan konjungtiva tidak anemis serta sklera tidak ikterik

4. Bladder (Perkemihan)

Pasien terpasang selang kateter urin, urine berwarna kuning, tidak ada hematuria dengan volume cairan masuk sebanyak 1575 cc dan output cairan sebanyak 1484,5 cc, balance cairan selama 24 jam sebanyak +91 cc.

5. Bowel (Usus)

Pasien dalam 1 hari BAB sebanyak 1 kali di pampers dengan konsistensi lembek, feses berwarna coklat, Bising Usus 16 X/menit, pasien diit peroral rendah garam

6. Bone (Muskuloskeletal)

Rom pasif, pasien mengalami kelemahan saat mencoba menggerakkan tangan dan kaki kanan dan kirinya, tidak ada luka pada kaki dan tangan pasien, mobilisasi dibantu oleh perawat karena pasien mengalami kelemahan ekstremitas dengan kekuatan otot:

0	5
0	4

E. Pengkajian Pola Fungsi

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan pagi saat di rumah sebelum masuk rumah sakit merasa pusing disertai mual muntah sebanyak 1 kali, pasien gelisah lalu kondisi menurun pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak bagian kiri, setelah itu suami pasien membawa ke rumah sakit. Pasien memiliki riwayat hipertensi, saat ini pasien mengerti dengan keadaan atau penyakit yang dialami oleh pasien yaitu stroke pasien saat ini fokus dengan terapi yang dapat menjadikan dirinya sehat pasien juga meminum obat yang di resepkan dari dokter

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	1
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	5
6.	Motorik Tungkai (Anjurkan pasien tidur terlentang dan mengangkat tungkai 30)	0 = Mampu mengangkat tungkai 30 minimal 5 detik 1 = Tungkai jatuh ketempat tidur pada akhir detik ke 5 secara perlahan 2 = Tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha melawan gravitasi 3 = Tidak mampu melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan 6a Nilai tungkai kiri 6b Nilai tungkai kanan	4
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	2

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	0
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			12

Keterangan:

Skor < 5 : Defisit Neurologis Ringan

Skor 6-14 : Defisit Neurologis Sedang/Cukup Berat

Skor 15-24 : Defisit Neurologis Berat

Skor > 25 : Defisit Neurologis Sangat Berat

2. Pola Nutrisi dan Metabolik

Pasien mendapat diet dan makan peroral rendah garam dan mampu makan dengan di bantu Sebagian BB: 87 KG TB: 160 CM IMT: 34 (obesitas tingkat 2), tidak ada penurunan berat badan pada pasien

3. Pola Eliminasi

Pasien BAB sehari 1 kali dengan konsistensi lunak dan warna kuning kecoklatan, untuk BAK menggunakan selang kateter , volume cairan masuk sebanyak 1575 cc dan output cairan sebanyak 1484,5 cc, balance cairan selama 24 jam sebanyak +91 cc. .

4. Pola Aktivitas dan Latihan

untuk aktivitas perlu dibantu oleh perawat 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	5			

Keterangan:

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan ringan

9-11 : Ketergantungan sedang

5-8 : Ketergantungan berat

0-4 : Ketergantungan total

5. Pola Tidur dan Istirahat

Pasien tidak ada kesulitan tidur siang atau malam. Pasien tidur siang ba'da dzuhur hingga jam 14:30 lalu tidur malam jam 21:00 WITA dan jam 04:30 WITA.

6. Pola Kognitif dan Perseptual

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

7. Pola Persepsi Diri dan Konsep Diri

- a) Citra diri : Pasien tidak puas dengan kesehatan saat ini, dan ingin cepat di beri kesembuhan
- b) Identitas diri : Pasien merupakan seorang wanita dan seorang ibu dari 2 orang anak
- c) Ideal diri : Pasien mengalami masalah gerak pada anggota gerak atas dan bawah
- d) Harga diri : Pasien merasa mendapat perhatian dari keluarga

8. Pola Peran dan Hubungan

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

9. Pola Seksualitas dan Reproduksi

Pasien sudah menikah dan memiliki dua orang anak laki-laki dan perempuan.

10. Pola Koping dan Ketahanan Stress

pasien mengatakan jika ada masalah menyelesaikan masalah secara bersama-suami. dan saat jam besuk kembali ditanyakan pertanyaan yang sama kepada suami dan jawabanya pun sama

11. Pola Nilai dan Keyakinan

pasien Bergama islam saat keluarga menjenguk sering membaca doa untuk kesembuhan pasien.

F. Pengkajian Fisik

1. Keadaan umum : lemah
2. Kepala : Bentuk normal (mesocephal), tidak ada massa, tidak ada trauma kranial, tidak ada luka, rambut berwarna hitam, rambut ikal, penyebaran rambut merata.
3. 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

4. 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.
5. Hidung : Pada hidung pasien tidak ada polip.
6. Mulut : Mulut pasien bersih, mukosa bibir kering, lidah pasien berwarna merah, tidak ada sariawan, dan tidak ada pembesaran tonsil, tidak ada karies dan kalkulus pada gigi
7. Leher : Tidak ada nyeri tekan pada leher pasien dan pembesaran kelenjar tiroid tidak ada.
8. Jantung :
 - a. Inspeksi : Pada dada tidak nampak pulsasi ictus cordis dan tidak terdapat bendungan vena pada dinding dada.
 - b. Palpasi : Ictus cordis teraba di midkalvikula sinistra pada ICS IV dan V
 - c. Perkusi : Bunyi ketukan pekak
 - d. Auskultasi : Bunyi jantung 1 dan 2 reguler tidak ada bunyi jantung tambahan
9. Paru-paru :
 - a. Inspeksi : Bentuk dada antara kanan dan kiri simetris, tidak ada memar atau luka pada dada, tidak ada otot bantu pernapasan.
 - b. Palpasi : Taktil reinitus tidak tertinggal, tidak ada nyeri tekan pada dada, dan tidak ada retraksi pada dinding dada
 - c. Perkusi : Bunyi ketukan pada paru terdengar sonor
 - d. Auskultasi : Suara paru vesikuler.

10. Abdomen :
- Inspeksi : Pada perut pasien tidak ada asites, umbilikis pasien bersih, terdapat guratan/ striae, tidak terdapat tanda trauma, tidak ada tanda ikterik, dan tidak ada distensi pada abdomen.
 - Auskultasi : Bising usus 16 kali/menit
 - Perkusi : Bunyi abdomen tympani
 - Palpasi : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba massa, dan abdomen terasa hangat
11. Genetalia : Tidak terdapat hemoroid, area genetalia bersih, pasien terpasang kateter, warna urine kuning , dan tidak terdapat luka pada area genetalia.
12. 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 braden, berikut indikator penilaiannya:
- Kondisi kulit: Normal (√) / Tidak Normal (X)
 - Penilaian skala braden

Tabel 3.3 Braden Scale

	1 Poin	2 Poin	3 Poin	4 Poin
Persepsi sensori	Sepenuhnya Terbatas	Sangat Terbatas	Sedikit Terbatas	Tidak Ada Gangguan
Kemampuan merespon secara berarti terhadap ketidaknyamanan yang berhubungan dengan tekanan	Tidak merasakan atau respon terhadap stimulus nyeri, kesadaran menurun	Gangguan sensori pada bagian ½ permukaan tubuh atau hanya berespon pada stimuli nyeri	Gangguan sensori pada 1 atau 2 ekstremitas atau berespon pada perintah verbal tapi tidak selalu mampu mengatakan Ketidaknyamanan	Tidak ada gangguan sensori, berespon penuh terhadap perintah verbal.

				(√)
Kelembaban Derajat kulit terekspos permukaan lembab	Konsisten Lembab Selalu terpapar oleh keringat atau urine basah	Lembab Sangat lembab	Terkadang Lembab Kadang lembab (√)	Jarang Lembab Kulit kering
Aktivitas Derajat aktivitas fisik	Bedfast Terbaring ditempat tidur (√)	Chairfast Tidak bisa berjalan Perlu bantuan kursi roda	Terkadang Berjalan Berjalan dengan atau tanpa bantuan	Berjalan Bebas Dapat berjalan sekitar Ruangan
Mobilisasi Kemampuan merubah dan mengontrol posisi tubuh	Imobilisasi Total Tidak mampu bergerak	Mobilisasi Terbatas Tidak dapat merubah posisi secara tepat dan teratur (√)	Sedikit Terbatas Dapat membuat perubahan posisi tubuh atau ekstremitas dengan mandiri	Tidak Ada Batasan Dapat merubah posisi tanpa bantuan
Nutrisi Pola kebiasaan intake makanan	Sangat Kurang Tidak dapat menghabiskan 1/3 porsi makannya, sedikit minum, puasa atau minum air putih, atau mendapat infus lebih dari 5 hari	Kemungkinan Tidak Adekuat Jarang mampu menghabiskan ½ porsi makanannya atau intake cairan kurang dari jumlah optimum	Adekuat Mampu menghabiskan lebih dari ½ porsi makannya (√)	Baik Dapat menghabiskan porsi Makannya, tidak memerlukan suplementasi nutrisi.
Gesekan	Bermasalah Tidak mampu mengangkat badannya sendiri, atau spastik, kontraktur atau Gelisah (√)	Potensial Bermasalah Membutuhkan bantuan minimal mengangkat tubuhnya	Tidak Berisiko Masalah Mampu bergerak di bed tanpa bantuan	
Skor Total	14			

Interpretasi:

Rendah: 23 - 20 poin

Medium: 19 - 16 poin

Tinggi: 15 - 11 poin

Sangat tinggi: 10 - 6 poin

Pengkajian kekuatan otot:

0	5
0	4

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 tinggi, dengan intervensi pencegahan jatuh standar. Berikut dibawah ini nilai indikator penilaian:

Tabel 3.4 resiko jatuh

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 diagnose	Ya (15) Tidak (0)	15
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada benda – benda sekitar (30) Furniture Kruk, Tongkat, Walker (15)	0

	Tidak menggunakan / <i>Bed rest</i> selalu dibantu (0)	
Menggunakan IV Cateter	Ya (20)	20
Kemampuan berjalan	Tidak (0) Gangguan (pincang/diseret) (20) Lemah (10) Normal, <i>Bed rest</i> , Kursi roda (0)	0
Status mental	Tidak sadar akan kemampuannya (15) Orientasi sesuai kemampuan diri 0	0
Skor		35

0-24 : Tidak berisiko jatuh

25-50 : Berisiko jatuh rendah/sedang

>51 : Berisiko jatuh tinggi

13. Neurologis: Pasien tidak mengalami penurunan kesadaran (compos mentis), GCS (mata: 4, verbal: 5, dan motorik: 6), untuk pengkajian 12 saraf kranial sebagai berikut:

Tabel 3.5 pengkajian saraf

No Urut	Nama Saraf	Hasil Pengkajian
I	Nervus Olfactorius	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	Pasien mampu melihat ke arah yang dia inginkan
V	Nervus Trigeminus	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 Glossofaringeal	Pasien mampu menelan makanan
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

14. Pemeriksaan penunjang

Cek Darah Lengkap (12 Desember 2022)

Tabel 3.6 pemeriksaan laboratorium

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
Hemoglobin	13,8	Gr/100ml	P 13-16 – W 12-14
Hematokrit	41	vol%	P 40-48- W 37-43
Leukosit	9.800	/mm ³	5.000-10.000
Granulosit	68,9	%	50-70
Limfosit	18	%	20-40
Monosit	3,1	%	2-8
Thrombosit	354.000	/mm ³	150.000-450.000
Glukosa sewaktu	160	Mg/dl	60-150
SGOT	25	U/L	P<35 - W<31
SGPT	23	U/L	P<41 - W<31
Ureum	30	Mg/dl	17-43
Creatinin	0,6	Mg/dl	P 0,7-1,2 W 0,5-0,9
Na ⁺	142	Mmol/L	135-155
K ⁺	3,3	Mmol/L	3,4-5,3
Cl ⁻	105	Mmol/L	98-106
HBSAG	Negatif (-)		

CT Scan:

MSCT KEPALA TANPA KONTRAS

Tampak less hiperdens (CT Number 56-68 HU, volume 15.31 ml)

pada thalamus kanan disertai perifokal edema disekitarnya, yang

ruptur ke ventrikel lateralis kanan, III dan IV

Sulkus kortikalis dan Fissura Sylvian kanan kiri baik

Ventrikel lateral kanan, III dan IV menyempit

Ventrikel lateral kiri baik

Cisterna perimesencephalic menyempit

Tak tampak midline shifting Pons dan cerebellum baik

Pada bone window

Tampak penebalan mukosa pada sinus maksilaris kanan

KESAN:

Intracerebral Haemorrhage (volume 15.31 ml) pada thalamus kanan

disertai perifokal edema disekitarnya

Gambaran brain swelling

Tampak tanda tanda peningkatan tekanan

Penebalan mukosa pada sinus maksilaris kanan – DD sinusitis

G. Analisis Data

Tabel 3.7 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasieng mengatakan pusing - pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi 5 tahun yang lalu <p>Do :</p> <p>CT SCAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intracerebral Haemorrhage (volume 15.31 ml) pada thalamus kanan disertai perifokal edema disekitarnya - Tampak tanda tanda peningkatan tekanan - TD : 170/100 MmHg - RR : 21X/menit - N: 85 X/menit - Suhu tubuh : 37,5°c - Gcs Compos Mentis (Mata : 4, verbal:5, dan motorik:5) - pupil isokor 	Faktor Risiko Hipertensi	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)

2.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien mengatakan tangan dan kaki nya sulit digerakan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien bed rest di tempat tidur - kelemahan pada ekstremitas bagian kiri -kekuatan otot klien <table border="1" data-bbox="491 504 721 568"> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>4</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> -pasien tidak mampu mika miki secara mandiri -aktivitas pasien selama diruangan dibantu oleh perawat 	0	5	0	4	Gangguan neuromuskular	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
0	5						
0	4						
3	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien mengatakan tidak mampu mandi sendiri <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nilai skala indeks barthel pasien adalah 5 (ketergantungan berat) - pasien setiap pagi mandi di bantu oleh perawat diruangan intermediate - Nilai skala jatuh 35 (resiko jatuh sedang) - pasien menggunakan selang kateter 	Gangguan Neuromuskuler	Defisit Perawatan Diri (D.0109)				
4.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien mengatakan kulitnya terasa lebih panas jika tidak berubah posisi <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -aktivitas pasien selama diruang intermediate dibantu oleh perawat diruangan - pasien bed rest - Nilai Skla braden 14(resiko tinggi terjadi dekubitus) - ada kemerahan di area bahu -BB: 87kg TB: 160cm -IMT: 34 (Obesitas tingkat 2) 	Penurunan Mobilisai	Risiko luka tekan (D.0144)				
5	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum mampu berjalan scara mandiri <p>Do:</p>	Gangguan Mobilitas Fisik	Risiko Jatuh (D.0.143)				

	<ul style="list-style-type: none"> - pasien ada mengalami kelemahan saat berjalan - seluruh aktivitas selama diruangan pasien dibantu oleh perawat - Nilai skala jatuh 35 (resiko jatuh sedang) 		
--	--	--	--

H. Diagnosa Prioritas Masalah Keperawatan

1. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko Hipertensi (D.0017)
2. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)
3. Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)
4. Risiko Luka Tekan Berhubungan dengan Penurunan Mobilisasi (D.0144)
5. Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)

I. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.8 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan dengan Faktor Risiko Hipertensi (D.0017)	Perfusi Serebral (L. 02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan aliran darah serebral adekuat dengan kriteria hasil : - Kesadaran dipertahankan (5) Keterangan: 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun - Tekanan darah dari skala (1) ke skala (4) Keterangan: 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik	Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198) Observasi 1.1 Monitor peningkatan tekanan darah 1.2 Monitor nadi 1.3 Monitor irama pernapasan 1.4 Monitor penurunan tingkat kesadaran Terapeutik 1.5 Pertahankan posisi kepala dan leher netral (nyaman) Pemberian obat (1.02062) 1.6 Lakukan prinsip 6 benar (pasien, obat, dosis, waktu, rute, dan dokumentasi)

		5. Membaik	
2.	Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular (D.0054)	<p>Mobilitas Fisik (L.05042)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat peningkatan kemampuan gerak dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kelemahan fisik dari skala (1) ke skala (3) 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 identifikasi toleransi fisik sebelum melakukan pergerakan 2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi <p>Trapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.3 Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu <p>Perawatan Tirah baring(I.14572)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.4 Monitor komplikasi tirah baring <p>Trapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.5 Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari
3	Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109)	<p>Perawatan Diri (L.1113)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat peningkatan perawatan diri dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemampuan mandi (4) <p>Keterangan:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	<p>Dukung Perawatan Diri: Mandi (I.1152)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan 3.2 Monitor Kebersihan tubuh <p>Trapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.3 Sediakan peralatan mandi 3.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3.5 Fasilitasi mengosok gigi 3.6 Fasilitasi mandi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.7 Jelaskan manfaat mandi
4	Risiko luka tekan berhubungan dengan penurunan mobilisasi (D.0144)	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat peningkatan perawatan kulit dengan kriteria hasil :</p>	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 periksa luka tekan dengan skala norton & skala braden 4.2 Monitor suhu kulit yang tertekan 4.3 Monitor berat badan 4.4 monitor status kulit harian <p>Trapeutik</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Suhu kulit dari skala (1) ke (4) - Kerusakan lapisan kulit di pertahankan (5) - Kemerahan darai skala (3) ke (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>4.5 Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>4.6 Ubah posisi dengan hati-hati</p> <p>4.7 Hindari penggunaan sabun keras saat mandi</p> <p>Edukasi</p> <p>4.8 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p>
5	Risiko Jatuh Berhubungan dengan Gangguan Mobilitas Fisik (D.0.143)	<p>Tingkat jatuh (L. 05041)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan terdapat penurunn resiko jatuh dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jatuh dari tempat tidur di pertahankan dari skala (2) ke skala (5) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Pencegahan jatuh (1.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh 5.2 Hitung skala jatuh (<i>morse</i>) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3 orientasikan ruangan kepada keluarga dan pasien 5.4 pasang handrall tempat tidur 5.5 tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.6 anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah

J. Intervensi Inovasi Keperawatan

Intervensi inovasi yang dilakukan adalah dengan menggunakan metode terapi *perubahan posisi miring 30 derajat* yang dikombinasikan dengan *personal hygiene mandi* sebagai salah satu intervensi dalam mengatasi masalah resiko dekubitus pasien Ny. R yaitu pasien yang berada di ruang intermediate tepatnya di Rs. Aji Muhammad Parikesit Tenggarong, intervensi dimulai dari senin sampai rabu 12-14 desember 2022 yang akan dilakukan sebanyak 1x

dalam 1 hari personal hygiene mandi & perubahan posisi miring dilakukan setiap 2 jam.

Tabel 3.9 Intervensi Inovasi Keperawatan

Diagnosis keperawatan	Intervensi inovasi	Intervensi keperawatan
Defisit Perawatan Diri Berhubungan dengan Gangguan Neuromuskuler (D.0109) dan Risiko Luka Tekan Berhubungan dengan Penurunan Mobilisasi (D.0144)	Terapi <i>Personal hygiene mandi</i> : Senin 12/12/22 Selasa 13/12/22 Rabu 14/12/22	Pengkajian <ul style="list-style-type: none"> - Kaji kemampuan klien untuk mobilisasi di tempat tidur - Kaji keluhan sebelum terapi diberikan - Kaji kesiapan klien - Kaji kesiapan perawat Pra interaksi <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan - Mempersiapkan alat: tiga buah bantal Orientasi <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam dan menyapa nama klien - Memperkenalkan diri - Melakukan kontrak menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan - Menanyakan kesiapan klien untuk dilakukan tindakan - Memberikan kesempatan kepada klien/ keluarga untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai - Mendekatkan alat-alat Kerja <ul style="list-style-type: none"> - Membaca basmallah - Memposisikan pasien di tengah tempat tidur - Meninggikan tempat tidur jika perlu - Menutup pintu dan sampiran - Memasang sarung tangan bersih

		<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti selimut dengan selimut mandi - Menanggalkan baju klien - Cuci bagian muka , telinga, leher Letakkan handuk dibawah kepala klien Bersihkan mata dari cantus dalam ke cantus luar menggunakan waslap, dan tidak diberi sabun Penggunaan sabun muka disesuaikan dengan kebiasaan klien, kemudian dibilas dan dikeringkan Bersihkan daun telinga menggunakan waslap dan sabun Bersihkan leher menggunakan waslap dan sabun - Cuci lengan klien: Letakkan handuk dibawah lengan klien yang jauh dari perawat dan meninggikan lengan dengan cara memegang bagian siku , kemudian mencuci lengan dari pergelangan tangan ke ketiak, bilas dengan air bersih lalu dikeringkan. Ulangi lagi untuk tangan yang lain - Mencuci dada dan perut klien Miringkan klien kearah membelaangi perawat, lalu letakkan handuk besar melintang di bawah punggung klien Kembalikan klien pada posisi supine Turunkan selimut mandi hingga batas atas pubis, Cuci dada
--	--	---

		<p>hingga perut menggunakan waslap dan sabun Bilas dada dan perut dengan air bersih, stlh selesai dikeringkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci punggung Miringkan pasien membelakangi perawat Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan punggung sampai pantat Massage punggung dapat dilakukan pada tahap ini - Oleskan lotion atau baby oil pada bagian-bagian penonjolan tulang Jika terdapat luka decubitus, oleskan antiseptik - Mencuci kaki Membuka selimut mandi 1 sisi kaki (mulai dari bagian kaki yang terjauh dari perawat) Letakkan handuk dibawah kaki yang akan dicuci Cuci dengan sabun, bilas dan keringkan Cuci kaki yang satu dengan cara yang sama. - Mencuci genitalia Ganti air Buka selimut mandi hingga didaerah pubis Atur klien pada posisi litotomi Cuci organ genital dengan sabun, bilas dengan air bersih dan keringkan Kembalikan pada posisi supinasi <p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaca hamdallah - Merapikan klien dan memberikan posisi yang nyaman - Mengevaluasi respon klien memberikan reirfocemen positif
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Membuat kontrak pertemuan selanjutnya - Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien dan membaca doa - Melepas handscoon - Mencuci tangan <p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi perasaan klien - Simpulkan hasil kegiatan - Evaluasi respon klien - Evaluasi diri perawat <p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan catat pula data hasil pengkajian dan respon klien.
Risiko Luka Tekan Berhubungan dengan Penurunan Mobilisasi (D.0144)	<p>Perubahan posisi miring 30 derajat</p> <p>Senin 12/12/22 Jam: 08:00 10:00 12:00 14:00</p> <p>Selasa 13/12/22 Jam: 08:00 10:00 12:00 14:00</p> <p>Rabu 14/12/22 Jam: 08:00 10:00 12:00 14:00</p>	<p>Pengkajian</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji kemampuan klien untuk mobilisasi di tempat tidur - Kaji keluhan sebelum terapi diberikan - Kaji kesiapan klien - Kaji kesiapan perawat <p>Pra interaksi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan - Mempersiapkan alat: Satu bantal penopang kepala, Satu bantal penopang tungkai, Satu bantal penopang tubuh bagian belakang <p>Orientasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberi salam dan menyapa nama klien - Memperkenalkan diri - Melakukan kontrak menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan - Menanyakan kesiapan klien untuk dilakukan tindakan

		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan kesempatan kepada klien/ keluarga untuk bertanya sebelum kegiatan dimulai - Mendekatkan alat-alat <p>Kerja</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaca basmallah - Memastikan posisi klien berada di tengah tempat tidur - Mengatur posisi klien berbaring di atas tempat tidur - Menggunakan satu bantal untuk menyanggah kepala dan leher - Meletakkan satu bantal pada sudut antara bokong dan matras dengan cara memiringkan panggul setinggi 30 derajat - Meletakkan satu bantal berikutnya memanjang diantara kedua kaki - Melakukan pemeriksaan kondisi kulit - Melakukan pengawasan keteraturan merubah posisi serta antisipasi terhadap toleransi kemampuan dan perkembangan kondisi klien - Merubah posisi klien tiap 2 jam yaitu miring ke kiri 30 derajat, terlentang dan miring ke kanan 30 derajat dengan hati – hati - Merapikan tempat Tidur <p>Terminasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaca hamdallah - Merapikan tempat tidur - Mengevaluasi respon klien memberikan reinforcement positif
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Membuat kontrak pertemuan selanjutnya - Mengakhiri pertemuan dengan baik: bersama klien dan membaca doa - Mencuci tangan <p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluasi perasaan klien - Simpulkan hasil kegiatan - Evaluasi respon klien - Evaluasi diri perawat <p>Dokumentasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan tindakan yang telah dilakukan catat pula data hasil pengkajian dan respon klien.
--	--	---

K. Implementasi keperawatan

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

Tgl/jam	No dx	Implementasi	Evaluasi proses	Ttd
Senin 12/12/22 (07:00)	I	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S: - O: tekanan darah klien 170/100 MmHg	
07:04		1.2 Memonitor denyut nadi	S:- O:- Nadi klien 85x/menit	
07:06		1.3 Monitor irama pernapasan	S: O: suara napas vasikuler teratur RR: 21X/menit	
07:08	IV	4.1 Memeriksa luka tekan dengan skala norton dan skala braden	S: Pasien mengatakan dirinya tidak mampu alih posisi secara mandiri O: -Hasil skala Braden: 14 (resiko tinggi terjadi decubitus)	
07:10		4.2 Memonitor suhu kulit	S: Pasien mengatakan kulit punggungnya terasa panas jika tidak alih posisi O: S:37,5 C	
07:12		4.3 Memonitor berat badan	S:- O: BB: 87 Kg TB: 160 Cm IMT: 34 (Obesitas tingkat 2)	
07:14		4.4 Memonitor status kulit harian	S:	

			O: Ada kemerahan pada area kulit punggung pasien	
07:15	III	3.1 mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan	S: Pasien mengatakan belum mampu untuk mandi, gosok gigi, toileting dan berhias O: perawat membantu dalam pemenuhan aktivitas pasien	
07:16		3.2 memonitor tingkat kebersihan tubuh	S:- O: Pasien masih terlihat bersih dan di bantu oleh perawat dalam meningkatkan kebersihan tubuh	
07:17		3.7 Menjelaskan manfaat mandi	S: pasien mengatakan mengerti manfaat mandi O: pasien dapat menjelaskan manfaat mandi	
07:19		3.3 Menyediakan peralatan mandi	S: O: -Baskom mandi dua buah, masing-masing berisi air sabun dan air bilas -Pakaian pengganti -Kain penutup -Handuk besar -Handuk kecil untuk -mengeringkan badan -Sarung tangan biasa -Waslap 2 buah -Tempat untuk pakain kotor -Sampiran -Sabun. Lotion/baby oil (jika diperlukan)	
07:20		3.4 Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman	S: O: menutup tirai untuk menjaga privasi pasien	
07:21		3.6 Memfasilitasi mandi	S: Pasien mengatakan belum mampu mandi secara mandiri O: Pasien mandi di bantu oleh perawat di tempat tidur	
07:31		3.5 Memfasilitasi mengosok gigi	S: Pasien mengatakan ingin mengosok gigi O: pasien mengosok gigi dengan di bantu Sebagian	
07:36	II	2.1 Mengidentifikasi Toleransi fisik	S: Pasien mengatakan bagian ekstremitas	

		sebelum melakukan pergerakan	kirinya sulit untuk di gerakan O: Kekuatan otot $\begin{array}{r l} 0 & 5 \\ \hline 0 & 4 \end{array}$	
07:38		2.4 Memonitor komplikasi tirah baring	S: Pasien mengatakan seama tirah baring kulit punggungnya terasa panas O: tidak ada tanda tanda komplikasi yang lain	
07:40		1.2 Memonitor kondisi umum sebelum mobilisasi	S: pasien mengatn siap untk di bantu mobilisasi di tempat tidur O: KU: lemah	
07:45	IV	4.5 memuat jadwal perubahan posisi	S: - O: Pasien berubah posisi setiap 2 jam	
08:00		4.6 mengubah posisi dengan hati hati	O: Merubah posisi pasien dari posisi head up 30 ke posisi lateral ke kiri bersama perawat lain	
08:15	V	5.1 Mengidentifikasi faktor risiko jatuh	S: pasien mengatakan merasa belum mampu untuk berdiri O: pasien hanya berbaring di tempat tidur	
08:20		5.2 Menghitung skala morse	S: O: Nilai skala jatuh 35 (resiko jatuh sedang)	
08:45	I	1.1 Perthankan posisi nyaman	O: pasien di posisikan lateral dan head up 30	
08:55		1.2 Memonitor tingkat kesadaran	O: compos mentis GCS:15	
10:00	IV	4.6 mengubah posisi dengan hati hati	S: O: Merubah posisi pasien dari posisi lateral kiri posisi lateral kanan bersama perawat lain	
10:30		4.8 Jelaskan tanda tanda kerusakan kulit	S: setelah di jelaskan perawat saat ini pasien mengatakan sudah mengerti tanda kerusakan kulit O: Pasien mampu mengulang materi secara sederhana	
11:00	V	5.4 memasang handrall tempat tidur	S:- O: menaikan handrall tmpat tidur pasien	

11:20		5.3 Mengorientasikan ruangan kepada keluarga pasien	S: O: Menjelaskan kepada keluarga untuk tidak melakukan Tindakan yang dapat meningkatkan resiko jatuh pasien	
11:30	I	1.5 melakukan prinsip 6 benar dalam pemberian obat	S: O: Memberikan ivfd mannitol 125 cc Dan memberikan amlodipine 10 mg	
12:00	IV	4.6 mengubah posisi dengan hati hati	S: O:Merubah posisi pasien dari posisi lateral kanan head up 30 bersama perawat lain	
12:30	V	5.6 Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Pasien mengatakan akan memanggil perawat jika butuh bantuan O: Pasien memanggil peawat ketika butuh di bantu	
14:00	IV	4.6 Mengubah posisi dengan hati hati	S:- O:Merubah posisi pasien dari posisi head up 30 ke lateral kiri bersama perawat lain	
Selasa 14/12/22	I	1.1 Memonitor peningkatan tekanan darah	S:- O: tekanan darah pasien 165/98 Mmhg	
07:00		1.2 Memonitor denyut nadi	S: - O: nadi klien 88x/menit	
07:01		1.3 Memonitor irama pernapasan	S: klien mengatakan tidak ada sesak napas O: suara napas pasien hari vasikuler	
07:05	III	3.2 Memoitor keberishan tubuh	S: pasien mengatakan tubuhnya lengket akibat keringat O: Baju paseien terlihat basah	
07:10		3.4 Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman	S:- O: menutup tirai untuk menjaga privasi pasien	
07:15		3.5 Memfasilitasi mengosok gigi	S:- O: Pasien mengosok gigi di bantu oleh perawat	
07:20		3.6 Memfasilitasi mandi	S: Pasien mengatakan setelah mandi merasa lebih nyaman	

			O: Pasien mandi di bantu oleh perawat	
07:30	IV	4.2 memonitor suhu kulit	S: Pasien mengatakan setelah mika miki kulit menjadi tidak terlalu panas O: S:37,2 C	
07:33		4.4 Memonitor status kulit harian	S: O: -Tidak ada kemerahan pada area kulit belakang pasein -Kulit pasien bersih	
07:40	II	2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi	S: Pasien mengatakan masih belum mampu mobilisasi O: KU :lemah	
08:00	IV	4.6 Mengubah posisi dengan hati-hati	S:- O: Mengubah posisi pasien dari head up 30 ke lateral kiri	
08:10	II	2.4 Memonitor komplikasi tirah baring	S: O: Tidak ada komplikasi	
09:30		2.5 memfasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari	S:- O:-Seluruh aktivitas di bantu oleh perawat	
10:00	II	4.6 Mengubah Posisi Dengan Hati Hati	S: O: Mengubah posisi pasien dari lateral kiri ke lateral kanan	
11:30	I	1.6 Lakukan prinsip 6 benar dalam pemberian obat	S: O: Memberikan ivfd manitol 125 cc Dan memberikan SP nicardipine 0,5 mg/jam	
11:45	V	5.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	S: Pasien mengatakan masih lemas dan belum mampu berjalan O:Pasien tirah baring	
12:00	IV	4.6 Mengubah posisi dengan hati-hati	S: O: Merubah Posisi pasien dari lateran kanan ke head up 30	
14:00	IV	4.6 Mengubah posisi dengan hati hati	Merubah posisi pasien dari posisi head up 30 lateral kanan bersama perawat lain	
Rabu 15/12/22	I	1.2 Memonitor peningkatan tekanan darah	S:- O: tekanan darah pasien 160/95 Mmhg	
07:00		1.2 Memonitor denyut nadi	S: - O: nadi klien 87x/menit	
07:01		1.4 Memonitor irama pernapasan	S: klien mengatakan tidak ada sesak napas	

			O: suara napas pasien hari vasikuler	
07:05	III	3.2 Memoitor kebersihan tubuh	S: pasien mengatakan tubuhnya lengket akibat keringat O: Baju paseien terlihat basah	
07:10		3.4 Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman	S:- O: menutup tirai untuk menjaga privasi pasien	
07:15		3.5 Memfasilitasi mengosok gigi	S:- O: Pasien mengosok gigi di bantu oleh perawat	
07:20		3.6 Memfasilitasi mandi	S: Pasien mengatakan setelah mandi merasa lebih nyaman O: Pasien mandi di bantu oleh perawat	
07:30	IV	4.2 memonitor suhu kulit	S: Pasien mengatakan setelah mika miki kulit menjadi tidak terlalu panas O: S:36,8 C	
07:33		4.4 Memonitor status kulit harian	S: O: -Tidak ada lesi pada area kulit belakang pasein -Kulit pasien bersih	
07:40	II	2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi	S: Pasien mengatakan masih belum mampu mobilisasi O: KU :lemah	
08:00	IV	4.6 Mengubah posisi dengan hati-hati	S:- O: Mengubah posisi pasien dari head up 30 ke lateral kiri	
08:10	II	2.4 Memonitor komplikasi tirah baring	S: O: Tidak ada komplikasi	
09:30		2.5 memfasilitasi pemenuhan kebuhan sehari-hari	S:- O:-Seluruh aktivitas di bantu oleh perawat	
10:00	II	4.6 Mengubah Posisi Dengan Hati Hati	S: O: Mengubah posisi pasien dari lateral kiri ke lateral kanan	
11:30	I	1.6. Lakukan prinsip 6 benar dalam pemberian obat	S: O: Memberikan ivfd mannitol 125 cc Dan memberikan SP nicardipine 0,5 mg/jam	
11:45	V	5.1. Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	S: Pasien mengatakan masih lemas dan belum mampu berjalan O:Pasien tirah baring	

12:00	IV	1.6. Mengubah posisi dengan hati-hati	S: O: Merubah posisi pasien dari posisi lateral kanan ke posisi head up 30 bersama perawat lain
14:00		1.7. Mengubah posisi dengan hati-	S: O: Merubah posisi pasien dari posisi head up 30 ke posisi lateral kiri bersama perawat lain

L. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.11 Evaluasi Keperawatan

TANGGAL	NO.DX	EVALUASI	TTD												
Senin 12/12/22	I	<p>S: - pasien mengatakan saat ini merasa pusing O: - Tekanan darah klien 170/100 MmHg - nadi klien 77x/menit - Suara napas vasikuler</p> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>KH</td> <td>Sb</td> <td>ss</td> <td>tgt</td> </tr> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif teratas sebagian lanjutkan intervensi</p> <p>P: 1.1 monitor peningkatan tekanan darah 1.2 monitor nadi 1.3 monitor irama pernapasan 1.5 Melakukan prinsi 6 benar sebelum memberikan obat</p>	KH	Sb	ss	tgt	Kesadaran	5	5	5	Tekanan Darah	1	2	4	
KH	Sb	ss	tgt												
Kesadaran	5	5	5												
Tekanan Darah	1	2	4												
Senin 12/12/2022	II	<p>S: Pasien mengatakan masih belum mampu untuk mobilisasi secara mandiri</p> <p>O: - mobilisasi masih di bantu perawat - Pasien bedrest - Kelemahanpada ekstremitas kiri - Kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>Sb</td> <td>SS</td> <td>TGT</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisisk teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi 2.3 Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu 2.4 Monitor komplikasi tirah baring 2.5 Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p>	0	5	0	4	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kelemahan fisik	1	1	3	
0	5														
0	4														
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Kelemahan fisik	1	1	3												

<p>Senin 12/12/2022</p>	<p>III</p>	<p>S: pasien mengatakan setelah mandi dan gosok gigi merasa lebih nyaman</p> <p>O: -pasien terlihat lebih bersih dan segar - Kulit pasien lebih bersih - nilai skala indeks barthel pasien adalah 5 (ketergantungan berat)</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="715 504 1225 660"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 3.2 Monitor Kebersihan tubuh 3.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 3.5 Fasilitasi menggosok gigi 3.6 Fasilitasi mandi</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kemampuan mandi	1	1	4	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	3	5					
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																
Kemampuan mandi	1	1	4																
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	1	3	5																
<p>Senin 12/12/2022</p>	<p>IV</p>	<p>S: - Pasien mengatakan setelah melakukan perubahan posisi kiring panas pada kulit punggungnya berkurang</p> <p>O: - tidak terjadi luka tekan - kulit pasien terlihat bersih tidak ada tanda-tanda luka - pasien bed rest - Nilai Skla braden 14 (resiko tinggi terjadi dekubitus) - kemerahan terlihat samar di bahu - S:37 C</p> <p>A:</p> <table border="1" data-bbox="715 1339 1225 1496"> <thead> <tr> <th>KH</th> <th>sb</th> <th>ss</th> <th>tgt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan integritas kulit</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah resiko luka tekan darah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.2 Monitor suhu kulit yang tertekan 4.4 monitor status kulit harian 4.6 Ubah posisi dengan hati-hati</p>	KH	sb	ss	tgt	Suhu kulit	1	2	5	Kerusakan integritas kulit	5	5	5	Kemerahan	4	4	5	
KH	sb	ss	tgt																
Suhu kulit	1	2	5																
Kerusakan integritas kulit	5	5	5																
Kemerahan	4	4	5																
<p>Senin 12/12/2022</p>	<p>V</p>	<p>S: - pasien mengatakan belum mampu berjalan secara mandiri</p> <p>O: -pasien ada mengalami kelemahan saat berjalan</p>																	

		<p>-seluruh aktivitas selama diruangan pasien dibantu oleh perawat</p> <p>- Nilai skala jatuh 35 (resiko jatuh sedang)</p> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>Sb</td> <td>SS</td> <td>TGT</td> </tr> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>1</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi lanjutkan intervensi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>5.1. Identifikasi factor resiko jatuh</p> <p>5.5 Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Jatuh dari tempat tidur	1	4	5					
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Jatuh dari tempat tidur	1	4	5												
Selasa 14/12/22	I	<p>S: - pasien mengatakan saat ini merasa pusing</p> <p>O: - Tekanan darah klien 165/98 Mmhg</p> <ul style="list-style-type: none"> - nadi klien 88x/menit - Suara napas vasikuler <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>KH</td> <td>Sb</td> <td>ss</td> <td>tgt</td> </tr> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian lanjutkan intervensi</p> <p>P:</p> <p>1.1 monitor peningkatan tekanan darah</p> <p>1.2 monitor nadi</p> <p>1.3 monitor irama pernapasan</p> <p>1.5 Melakukan prinsi 6 benar sebelum memberikan obat</p>	KH	Sb	ss	tgt	Kesadaran	5	5	5	Tekanan Darah	2	3	5	
KH	Sb	ss	tgt												
Kesadaran	5	5	5												
Tekanan Darah	2	3	5												
Selasa 13/13/2022	II	<p>S: Pasien mengatakan masih belum mampu untuk mobilisasi secara mandiri</p> <p>O: - mobilisasi masih di bantu perawat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien bedrest - Kelemahanpada ekstremitas kiri - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>Sb</td> <td>SS</td> <td>TGT</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisisk teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi</p> <p>2.3 Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu</p> <p>2.4 Monitor komplikasi tirah baring</p> <p>2.5 Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p>	0	5	0	5	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kelemahan fisik	1	1	3	
0	5														
0	5														
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Kelemahan fisik	1	1	3												
Selasa 13/13/2022	III	<p>S: pasien mengatakan setelah mandi dan gosok gigi merasa lebih nyaman</p> <p>O: -pasien terlihat lebih bersih dan segar</p>													

		<ul style="list-style-type: none"> - Kulit pasien lebih bersih - nilai skala indeks barthel pasien adalah 5 (ketergantungan berat) <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.2 Monitor Kebersihan tubuh</p> <p>3.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>3.5 Fasilitasi menggosok gigi</p> <p>3.6 Fasilitasi mandi</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kemampuan mandi	1	1	4	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	3	4	5					
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																
Kemampuan mandi	1	1	4																
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	3	4	5																
Selasa 13/13/2022	IV	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan setelah melakukan perubahan posisi kiring panas pada kulit punggungnya berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tidak terjadi luka tekan -kulit pasien terlihat bersih tidak ada tanda-tanda luka - pasien bed rest - Nilai Skla braden 15 (resiko tinggi terjadi dekubitus) - tidak ada lesi - S:37,3: C <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>KH</th> <th>Sb</th> <th>ss</th> <th>tgt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>2</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan integritas kulit</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah resiko luka tekan darah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>4.2 Monitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>4.4 monitor status kulit harian</p> <p>4.6 Ubah posisi dengan hati-hati</p>	KH	Sb	ss	tgt	Suhu kulit	2	4	5	Kerusakan integritas kulit	5	5	5	Kemerahan	4	5	5	
KH	Sb	ss	tgt																
Suhu kulit	2	4	5																
Kerusakan integritas kulit	5	5	5																
Kemerahan	4	5	5																
Selasa 13/13/2022	V	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum mampu berjalan secara mandiri <p>O: -pasien ada mengalami kelemahan saat berjalan</p> <ul style="list-style-type: none"> -seluruh aktivitas selama diruangan pasien dibantu oleh perawat - Nilai skala jatuh 35 (resiko jatuh sedang) <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sb</th> <th>SS</th> <th>TGT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT													
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																

		<table border="1"> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi lanjutkan intervensi P: Lanjutkan Intervensi 5.1. Identifikasi factor resiko jatuh 5.5 Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh di dekat nurse station</p>	Jatuh dari tempat tidur	4	4	5									
Jatuh dari tempat tidur	4	4	5												
Rabu 14/12/22	I	<p>S: - pasien mengatakan saat ini merasa pusing O: - Tekanan darah klien 160/ 95 MmHg - nadi klien 87x/menit - Suara napas vasikuler</p> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>KH</td> <td>Sb</td> <td>ss</td> <td>Tgt</td> </tr> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan Darah</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif teratas sebagian lanjutkan intervensi</p> <p>P: 1.1 monitor peningkatan tekanan darah 1.2 monitor nadi 1.3 monitor irama pernapasan 1.5 Melakukan prinsi 6 benar sebelum memberikan obat</p>	KH	Sb	ss	Tgt	Kesadaran	5	5	5	Tekanan Darah	3	4	5	
KH	Sb	ss	Tgt												
Kesadaran	5	5	5												
Tekanan Darah	3	4	5												
Rabu 14/12/22	II	<p>S: Pasien mengatakan masih belum mampu untuk mobilisasi secara mandiri</p> <p>O: - mobilisasi masih di bantu perawat - Pasien bedrest - Kelemahanpada ekstremitas kiri - Kekuatan otot</p> <table border="1"> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>Sb</td> <td>SS</td> <td>TGT</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi 2.2 monitor kondisi umum sebelum melakukan mobilisasi 2.3 Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu 2.4 Monitor komplikasi tirah baring 2.5 Fasilitasi pemenuhan kebutuhan sehari-hari</p>	0	5	0	5	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Kelemahan fisik	1	2	3	
0	5														
0	5														
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												
Kelemahan fisik	1	2	3												
Rabu 14/12/22	III	<p>S: pasien mengatakan setelah mandi dan gosok gigi merasa lebih nyaman</p> <p>O: -pasien terlihat lebih bersih dan segar - Kulit pasien lebih bersih - nilai skala indeks barthel pasien adalah 5 (ketergantungan berat)</p> <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>Sb</td> <td>SS</td> <td>TGT</td> </tr> </table>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT									
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT												

		<table border="1"> <tr> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.2 Monitor Kebersihan tubuh</p> <p>3.4 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>3.5 Fasilitasi menggosok gigi</p> <p>3.6 Fasilitasi mandi</p>	Kemampuan mandi	1	1	4	Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	4	5	5									
Kemampuan mandi	1	1	4																
Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri	4	5	5																
Rabu 14/12/22	IV	<p>S:- Pasien mengatakan setelah melakukan perubahan posisi kiring panas pada kulit punggungnya berkurang</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> -tidak terjadi luka tekan -kulit pasien terlihat bersih tidak ada tanda-tanda luka - pasien bed rest - Nilai Skala braden 16 (resiko medium terjadi dekubitus) - tidak ada lesi - S:36,8: C <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>KH</td> <td>sb</td> <td>ss</td> <td>tgt</td> </tr> <tr> <td>Suhu kulit</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kerusakan integritas kulit</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah resiko luka tekan darah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi</p> <p>2.2 Monitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>2.4 monitor status kulit harian</p> <p>2.6 Ubah posisi dengan hati-hati</p>	KH	sb	ss	tgt	Suhu kulit	4	5	5	Kerusakan integritas kulit	5	5	5	Kemerahan	5	5	5	
KH	sb	ss	tgt																
Suhu kulit	4	5	5																
Kerusakan integritas kulit	5	5	5																
Kemerahan	5	5	5																
Rabu 14/12/22	V	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengatakan belum mampu berjalan secara mandiri <p>O: -pasien tidak pernah jatuh selama di rawat</p> <ul style="list-style-type: none"> -pasien ada mengalami kelemahan saat berjalan -seluruh aktivitas selama diruangan pasien dibantu oleh perawat - Nilai skala jatuh 35 (resiko jatuh sedang) <p>A:</p> <table border="1"> <tr> <td>Kriteria hasil</td> <td>Sb</td> <td>SS</td> <td>TGT</td> </tr> <tr> <td>Jatuh dari tempat tidur</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah Keperawatan defisit perawatan diri belum teratasi lanjutkan intervensi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi</p> <p>5.1. Identifikasi factor resiko jatuh</p>	Kriteria hasil	Sb	SS	TGT	Jatuh dari tempat tidur	4	5	5									
Kriteria hasil	Sb	SS	TGT																
Jatuh dari tempat tidur	4	5	5																