

# **LAMPIRAN**

Asuhan Keperawatan  
Pasien 1 dan pasien 2

Tabel 1  
pengkajian

No	Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	Identitas klien	Nama: Tn. I Umur: 52 tahun Jenis Kelamin: Laki laki Alamat: Kemiling Pendidikan: SMP Pekerjaan: Supir angkot Tanggal masuk RS: 1 Januari 2024 pukul 07.00 WIB Tanggal pengkajian: 2 Januari 2024 pukul 10.00 WIB Penanggung jawab: Ny. S (istri) Dx medis: Stroke (non hemorogik)	Nama: Tn. D Umur: 64 tahun Jenis Kelamin: laki laki Alamat: Tanjung Bintang Pendidikan: SMP Pekerjaan: Tukang Tanggal masuk RS: 3 Januari 2024 pukul 22.00 WIB Tanggal pengkajian: 4 Januari 2024 pukul 09.00 WIB Penanggung jawab: Tn. A (anak kandung) Dx medis: Stroke (hemorogik)
2	Keluhan utama saat pengkajian	Keluhan utama saat pengkajian: kelemaahn fisik	Keluhan utama saat pengkajian: kelemahan fisik
3	Riwayat kesehatan sekarang	Riwayat penyakit sekarang: Klien datang ke rumah sakit melalui IGD dengan menggunakan kursi roda. Klien diantar oleh keluarganya pada saat pengkajian di ruang siger, keadaan Composmentis, GCS: E3, V5, M6. dengan keluhan lemas pada ekstermitas kiri,pusing/merasa tidak nyaman disertai mual muntah dan klien mengatakan sulit untuk tidur. Didapatkan Tanda tanda vital: TD: 110/60 mmHg N: 64 x/mnt S: 36,8 C RR 18 x/mnt Spo 2: 98% Kekuatan otot:  <u>3322   5555</u> <u>3333   5555</u>	Riwayat penyakit sekarang: Klien datang ke rumah sakit melalui IGD dengan menggunakan kursi roda. Klien diantar oleh keluarganya, saat dilakukan pengkajian di ruang siger keadaan Composmentis, GCS: E 4, V3, M 6. dengan keluhan lemas pada ekstermitas kanan, berbicara pelo, tersedak. Setelah minum,keluarga klien mengatakan klien kesulitan tidur karena air liur yang berlebih.Didapatkan Tanda tanda vital sbg. TD: 213/110mmHg, N: 100x/mnt S: 36.9 C RR: 20 Spo2: 97% Kekuatan otot:  <u>5555   3333</u> <u>5555   3333</u>
4	Riwayat alergi (obat, makanan, dll)	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi baik obat maupun makanan atau minuman.	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi baik obat maupun makanan atau minuman.
5	Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan belum pernah mengalami sakit seperti ini (stroke). Riwayat DM (-), hipertensi (-).	Keluarga klien mengatakan sebelumnya pernah menderita stroke 8 yang lalu dan pernah di rawat pada mei 2023 di RS Urip. Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat hipertensi sejak

			umur 40 tahun. Klien tidak memiliki riwayat diabetes militus (-), klien tidak memiliki riwayat TB paru, hipertensi (+).
6	Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan dalam keluarga ada yang menderita penyakit hipertensi (orang tua pria dari klien), untuk riwayat DM (-), dan untuk riwayat TBC(-).	Keluarga klien mengatakan dalam keluarga ada yang menderita penyakit hipertensi (orang tua pria dari klien), untuk riwayat DM (-), untuk riwayat TBC(-).
7	Pola manajemen kesehatan-persepsi kesehatan	Kondisi kesehatan umum klien: Sakit sedang/keadaan biasanya sadar penuh sampai dengan apatis, tanda tanda vital, memerlukan tindakan medis, memerlukan observasi lebih lanjut, pemenuhan kebutuhan dibantu.  Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yang selama ini dilakukan: Klien mengatakan olahraga jalan pagi, perokok aktif, dan tidak konsumsi alkohol.	Kondisi kesehatan umum klien: Sakit sedang/ keadaan biasanya sadar penuh sampai dengan composmentis, tanda tanda vital, memerlukan tindakan medis, memerlukan observasi lebih lanjut, pemenuhan kebutuhan dibantu.  Upaya menjaga/meningkatkan status kesehatan yang selama ini dilakukan: Klien mengatakan tidak olahraga, perokok aktif, dan tidak mengonsumsi alkohol.
8	Kategori Fisiologis	Respirasi: normal RR: 18 x/menit Sirkulasi: CRT > 2 Detik TD: 110/60 mmHg N: 64 x/menit	Respirasi: normal RR: 20 x/menit Sirkulasi: CRT > 2 Detik TD: 213/110 mmHg N: 100 x/menit
9	Pola nutrisi	Di rumah: (Makan): Klien mengatakan makan 2 x/hari rutin dan teratur. Klien juga mengatakan suka mengonsumsi masakan dengan rasa gurih dan asin, sayur bersantan dan lauk nya tidak pilih pilih seperti ayam, telur, dan terkadang daging (Minum): Klien mengatakan dalam satu hari minum +- 6-10 gelas air putih Di RS: (Makan): Klien mengatakan tidak nafsu makan karena merasa tidak nyaman daerah dada dan hanya makan 3-4 sendok setiap kali makan sebanyak 3 x/hari (Minum): Klien mengatakan dalam satu hari minum +- 6-8 gelas air putih.	Di rumah: (Makan): Keluarga klien mengatakan makan 3 x/hari rutin dan teratur. Keluarga klien juga mengatakan suka mengonsumsi masakan dengan rasa gurih dan asin, sayur bersantan dan lauk nya tidak pilih pilih seperti ayam, telur, dan terkadang daging (Minum): Keluarga klien mengatakan dalam satu hari minum +- 6-8 gelas air putih Di RS: (Makan): Keluarga klien mengatakan tidak nafsu makan karena merasa tidak nyaman daerah dada dan hanya makan ½ porsi setiap kali makan sebanyak 3 x/hari (Minum): Keluarga klien mengatakan dalam satu hari minum +-4-6 gelas air putih.
10	Pola eliminasi	Eliminasi Di rumah: Klien mengatakan frekuensi buang air kecil normal dalam satu hari +- 4 kali dengan warna kuning jernih dan berbau normal. Sedangkan untuk frekuensi buang air besar dalam satu hari 1 kali dengan konsistensi padat.	Eliminasi Di rumah: Keluarga klien mengatakan frekuensi buang air kecil normal dalam satu hari +- 4 kali dengan warna kuning jernih dan berbau normal. Sedangkan untuk frekuensi buang air besar dalam satu hari 1 kali dengan konsistensi padat.

		<p>Di RS: Klien mengatakan buang air kecil menggunakan pampers karena sulit untuk berjalan ke kamar mandi. Dalam 24 jam klien mengganti pampers sebanyak 2 kali dengan keadaan penuh. Ketika ingin buang air besar klien berusaha ke kamar mandi namun dengan bantuan keluarga .</p>	<p>Di RS: Keluarga klien mengatakan buang air kecil menggunakan botol karena sulit untuk berjalan ke kamar mandi. Dalam 24 jam klien bak sebanyak 4-5 kali dengan keadaan penuh. Ketika ingin buang air besar kesulitan karena keterbatasan gerak.</p>
11	Pola aktivitas	<p>Aktifitas fisik Di rumah: Klien mengatakan ketika berada di rumah, aktivitas yang dilakukan hanya aktivitas sedang dan berat. Klien mengatakan bila beraktivitas berat terlalu lama membuat pusing. Di RS: Kien mengatakan sejak dirawat di rumah sakit aktivitasnya terbatas karena lemas pada ekstermitas kiri , klien hanya istirahat, klien hanya berbaring.</p>	<p>Aktifitas fisik Di rumah: Keluarga klien mengatakan ketika berada di rumah, aktivitas yang dilakukan hanya aktivitas ringan dan sedang. Keluarga klien mengatakan bila beraktivitas terlalu lama dan berat mudah lelah. Keluarga klien juga mengatakan sering dibantu pada saat beraktivitas ringan seperti jalan ke kamar mandi. Di RS: Keluarga klien mengatakan klien sejak dirawat di rumah sakit aktivitasnya terbatas karena lemas pada ekstermitas kanan serta kesulitan untuk berbicara. Keluarga klien mengatakan klien lebih nyaman berbaring dengan tumpukan bantal dikepala. Keluarga klien mengatakan klien mengeluh tidak nyaman karena pengeluaran air liur yang berlebih.</p>
12	Pola Istirahat dan tidur	<p>Istirahat dan tidur Di rumah: Klien mengatakan ketika di rumah istirahat tidur kurang sering terbangun. Jumlah waktu tidur dalam satu hari 5-6 jam (malam hari) klien mengatakan tidak tidur siang. Di RS: Selama di RS,klien mengatakan sulit tidur, klien mengatakan tidak nyaman dengan lingkungan sekitar, klien merasa terganggu oleh suara bising.</p>	<p>Istirahat dan tidur Di rumah: Keluarga klien mengatakan klien ketika di rumah istirahat tidur menggunakan 2 bantal untuk kepala. Jumlah waktu tidur dalam satu hari 4-5 jam (malam hari), 1-2 jam (siang hari) dengan total 5-6 jam dalam satu hari semalam (24 jam). Di RS: Selama di RS, keluarga klien mengatakan klien sulit tidur karena pengeluaran air liur yang berlebih membuat klien merasa tidak nyaman.keluarga klien mengatakan sulit tidur, klien mengatakan tidak nyaman denganlingkungan sekitar, klien merasa terganggu oleh suara lain.</p>
13	Reproduksi dan seksualitas	<p>Reproduksi dan seksualitas: Klien mengatakan tidak ada masalah dalam seksualiatas.</p>	<p>Reproduksi dan seksualitas: Klien mengatakan tidak ada masalah dalam seksualiatas.</p>

14	Psikologis	Status ketidaknyamanan: Klien mengeluh tidak nyaman akibat sesak. Selain itu, klien mengeluh sulit tidur. Klien tampak gelisah, tidak mampu rileks, dan cemas.	Status ketidaknyamanan: Klien mengeluh tidak nyaman akibat sesak. Selain itu, klien mengeluh sulit tidur. Klien tampak gelisah, tidak mampu rileks, dan cemas.
15	Pemeriksaan fisik	<p>Neurosensori:</p> <p>Nervus I: klien mampu membedakan bau.</p> <p>Nervus II: klien dapat melihat dengan jelas.</p> <p>Nervus III: klien dapat menggerakkan otot mata kedalam namun pupil kanan anisokor.</p> <p>Nervus IV: klien mampu menggerakkan otot mata kebawah.</p> <p>Nervus V: klien mampu mengunyah.</p> <p>Nervus VI: klien mampu melihat ke arah lateral.</p> <p>Nervus VII: klien tidak mampu mengespresikan wajah atau tersenyum miring.</p> <p>Nervus VIII: klien mampu menerima rangsa suara.</p> <p>Nervus IX: klien mampu membedakan rasa</p> <p>Nervus X: klien mampu menelan.</p> <p>Nervus XI: klien mampu menggerakkan kepala namun bahu dan siku kiri tidak mampu menahan gravitasi/tekanan.</p> <p>Nervus XII: klien dapat menggerakkan lidah.</p>	<p>Neurosensori:</p> <p>Nervus I: klien mampu membedakan bau</p> <p>Nervus II: klien dapat melihat dengan jelas</p> <p>Nervus III: klien dapat menggerakkan otot mata kedalam namun pupil kiri anisokor.</p> <p>Nervus IV: klien mampu menggerakkan otot mata kebawah</p> <p>Nervus V: klien mampu mengunyah.</p> <p>Nervus VI: klien mampu melihat ke arah lateral.</p> <p>Nervus VII: klien mampu mengekspresikan wajah</p> <p>Nervus VIII: klien mampu menerima rangsang suara</p> <p>Nervus IX: klien mampu membedakan rasa</p> <p>Nervus X: klien tampak kesulitan menelan</p> <p>Nervus XI: klien mampu menggerakkan kepala namun bahu dan siku kanan tidak mampu menahan gravitasi/tekanan.</p> <p>Nervus XII: klien sulit untuk menggerakkan lidah.</p>

**Tabel 2**  
**Pemeriksaan laboratorium**

		Pemeriksaan laboratorium (2 januari 2024)			
		Hematologi			
No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	
Pasien 1	1	Leukosit	8.28	4.0 - 10.0	/ $\mu$ L
	2	Eritrosit	5.18	4.40-5.60	/ $\mu$ L
	3	Hemoglobin	<b>12.5</b>	13.0-18.0	g/dL
	4	Hematokrit	<b>38.6</b>	40 – 50	%
	5	Mvc	81.1	80 -100	fl
	6	Mch	28.2	28 – 34	Pg/Sel
	7	Mchc	34.8	32 – 36	g/dL
	8	Trombosit	3.31	150 -450	/ $\mu$ L
	9	Mpv	8.0	6.5 - 12	fL
	10	Pdw	15.9	9.0 -17.0	%
	11	Rdw – Cv	12.5	11.5-14.5	%
	12	Rdw – SD	42.5	35.0-56.0	fL
	13	PCT	<b>0.323</b>	0.108 -0.282	%
	Diff Count				
	1	Neutrofil %	<b>82.8</b>	50 – 70	%
	2	Limfosit%	<b>12.4</b>	18 – 42	%
	3	Monosit %	3.9	2 – 17	%
	4	Eosinofil %	2.1	1 – 3	%
	5	Basofil %	0.2	0.0–2.0	%
		Neutrophil lymphocyte ratio (NLR)	4.45		
	Hasil Laboratorium				
	No	Glukosa sewaktu	87	< 200	mg/dL
	1	Ureum	39	13 – 50	mg/dL
	2	Creatinin	<b>08</b>	0.9 – 1.3	mg/dL
	3	Natrium	141.7	135 – 145	umol/L
4	Kalium	4.9	3.5 – 5.0	umol/L	
5	Chlorida	<b>109.4</b>	96 – 107	umol/L	
Hasil CT scan: belum dibacakan					
		Pemeriksaan laboratorium (2 januari 2024)			
		Hematologi			
No	Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan	
Pasien 2	1	Leukosit	8.28	4.0 - 10.0	/ $\mu$ L
	2	Eritrosit	5.18	4.40-5.60	/ $\mu$ L
	3	Hemoglobin	14.6	13.0-18.0	g/dL
	4	Hematokrit	14.6	13.0-18.0	g/dL
	5	Mvc	81.1	80 -100	fl
	6	Mch	28.2	28 – 34	Pg/Sel
	7	Mchc	34.8	32 – 36	g/dL
	8	Trombosit	3.31	150 -450	/ $\mu$ L
	9	Mpv	8.0	6.5 - 12	fL
	10	Pdw	15.9	9.0 -17.0	%

11	Rdw – Cv	12.5	11.5-14.5	%
12	Rdw – SD	42.5	35.0-56.0	fL
13	PCT	0.266	0.108 -0.282	%
Diff Count				
1	Neutrofil %	<b>76.6</b>	50 – 70	%
2	Limfosit%	<b>17.2</b>	18 – 42	%
3	Monosit %	3.9	2 – 17	%
4	Eosinofil %	2.1	1 – 3	%
5	Basofil %	0.2	0.0–2.0	%
	Neutrophil lymphocyte ratio (NLR)	4.45		
Hasil Laboratorium				
1	Glukosa sewaktu	87	< 200	mg/dL
2	Ureum	39	13 – 50	mg/dL
3	Creatinin	<b>07</b>	0.9 – 1.3	mg/dL
4	Natrium	141.7	135 – 145	umol/L
5	Kalium	4.9	3.5 – 5.0	umol/L
6	Chlorida	<b>109.8</b>	96 – 107	umol/L
Hasil CT scan : belum dibacakan				

Tabel 3  
Terapi Obat

Pasien 1			Pasien 2		
No	Nama obat	Dosis	No	Nama obat	Dosis
1	Dexametason	3x1 amp	1	Nicardipin	1 amp via sying pump dosis 2,5 mg/menit
2	Metronidazole	Ij 2x50 g	2	Ondansentron	1x1 oral 8 mg
3	Ceftriaxone	1x 2 g	3	Citicollin	2x 1, IV 500g/4 ml
4	Paracetamol	4x 500g	4	Mecobalamin	2X1, oral 500 mg
5	Manitol	3x125 cc	5	Omeprazole	2x1, IV 40 mg
6	Furosemide	3x1amp	6	KSR	3x 1, oral 600 mg
	Omeprazole	Ij2x1 amp	7	Aspilet	1x1, oral 80 mg
7	Mecobalamin	2x50g	8	Atorvastatin	1x1 , oral 20 mg

**Tabel 4**  
**Penilaian Resiko Jatuh Subyek 1**

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Keterangan
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau <3 bulan terakhir	Tidak	0	0	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat jatuh selama 3 bulan terakhir
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	0	Klien tidak memiliki dx sekunder
		Ya	15		
3	Alat bantu jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang/tongkat/walker c. Berpegangan pada benda sekitar/furniture	A	0	0	Klien selama pengkajian/di rumah sakit bedrest
		B	15		
		C	30		
4	Apakah pasien menggunakan infus?	Tidak	0	20	Klien menggunakan infus
		Ya	20		
5	Gaya berjalan/pindah a. Normal/bedrest/immobile tidak dapat bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)	A	0	20	Klien terdapat gangguan mobilisasi terutama pada ekstremitas kiri
		B	10		
		C	20		
6	Status mental a. Sadar penuh b. Keterbatasan daya ingat	A	0	0	
		B	15		
Jumlah skor				40	

Resiko jatuh > 25

Tidak resiko <25

**Tabel 5**  
**Penilaian Resiko Jatuh Subyek 2**

No	Pengkajian	Skala		Nilai	Keterangan
		Tidak	Ya		
1	Riwayat jatuh yang baru atau <3 bulanterakhir	Tidak	0	25	Keluarga klien mengatakan klien tidak memiliki riwayat jatuh selama 3 bulan terakhir.
		Ya	25		
2	Diagnosa medis sekunder > 1	Tidak	0	15	Klien mengatakan menderita penyakit hipertensi.
		Ya	15		
3	Alat bantu jalan a. Bedrest dibantu perawat b. Penopang/tongkat/walker c. Berpegangan pada benda sekitar/furniture	A	0	0	Klien mengatakan hanya berbaring di tempat tidur, dengan adl dibantu oleh perawat dan keluarga.
		B	15		
		C	30		
4	Apakah pasien menggunakan infus?	Tidak	0	20	Klien terpasang infus
		Ya	20		
5	Gaya berjalan/pindah a. Normal/bedrest/immobile tidak dapat bergerak sendiri b. Lemah tidak bertenaga c. Gangguan/tidak normal (pincang/diseret)	A	0	20	Klien tampak bedrest dengan adl dibantu oleh perawat dan keluarga.
		B	10		
		C	20		



6	Status mental c. Sadar penuh d. Keterbatasan daya ingat	A	0	0	Klien sadar penuh
		B	15		
Jumlah skor				55	

Resiko jatuh > 25

tidak resiko <25

Tabel 6  
Analisa Data Subyek Asuhan 1

No	Tanggal Jam	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	2 Januari 2024 Pukul 10.00 WIB	DS: a. Klien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstermitas kiri. b. Klien mengatakan enggan melakukan pergerakan. DO: a. Kekuatan otot klien tampak menurun. $\begin{array}{r l} 3322 & 5555 \\ 3333 & 5555 \end{array}$ b. Rentang gerak klien tampak menurun. c. Klien bergerak tampak terbatas d. Klien tampak lemah. e. Pupil tampak tidak simetris atau anisokor pada pupil kanan.	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
2	2 januari 2024 pukul 10.10 WIB	Data penunjang: a. Klien mengatakan pusing. b. Klien mengatakan mual dan muntah c. Tanda tanda vital TD: 110/60 mmHg N:64 x/mnt, reguler melebar RR: 18 x/mnt SPO2: 98%	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Neoplasma otak
3	2 januari 2024 pukul 10.20 WIB	Ds: a. Klien mengatakan sulit untuk tidur karena merasa tidak nyaman/sering pusing. b. Klien mengatakan sering terjaga karena ruangan yang bising c. Kliem mengeluh kemampuan aktivitas menurun /lemas d. Klien mengatakan tidak terbiasa dengan tempat tidurnya Do: a. Klien tampak mengatuk waktu siang	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur.

Tabel 7  
Analisa Data Subyek Asuhan 2

No	Tanggal Jam	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	4 Januari 2024 Pukul 13.00 WIB	DS: a. Klien mengatakan merasa lemas. b. Klien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstermitas kanan. c. Klien mengatakan enggan melakukan pergerakan.  DO: a. Kekuatan otot klien tampak menurun. 5555   3333 5555   3333 b. Rentang gerak klien tampak menurun. c. Klien bergerak tampak terbatas d. Klien tampak lemah. e. Pupil tampak tidak simetris atau anisokor pada pupil kiri. f. TD : 213/110 mmHg, N: 100x/mnt, S: 36.9 C RR : 20, Spo 2 : 97%	Gangguan mobilitas fisik	Penurunan kekuatan otot
2.	4 januari 2024 pukul 12.15 WIB	Ds: a. Keluarga klien mengatakan klien berbicara tidak jelas sejak 2 jam sebelum dibawa ke RS.  Do: a. Klien tampak kesulitan untuk berbicara. b. Klien menunjukkan respon yang tidak sesuai ketika diajak berbicara. c. Klien tampak mengalami afasia (berbicara dengan kata yang tidak jelas) d. Klien tampak berbicara dengan artikulasi yang tidak jelas e. Klien tampak berbicara pelo f. Klien tampak kesulitan untuk mempertahankan komunikasi g. Klien tampak kesulit menggunakan eskpresi wajah atau tubuh. h. Klien tampak kesulit menyusun kalimat. i. Verbalisasi klien tidak tepat. j. Sulit menggunakan kata kata.	Gangguan Komunikasi verbal	Gangguan neuromuskuler

3	4 januari 2024 pukul 12.20 WIB	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan sulit untuk tidur karena merasa tidak nyamankareana pengeluaran air liur yang berlebih</li> <li>Klien mengatakan sering terjaga karena ruangan yang bising</li> <li>Klien mengatakan tidak puas dengan tidurnya karena sering terbangun/terjaga</li> <li>Kliem mengeluh kemampuan aktivitas menurun /lemas</li> <li>Klien mengatakan tidak terbiasa dengan tempat tidurnya/tidak familiar</li> <li>Klirn mengatakan kemampuan aktivis menerun.</li> </ol> <p>Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak mengatuk waktu siang</li> <li>Klien terkadang tidur siang</li> </ol>	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur
---	--------------------------------------	---	---------------------	----------------------

Tabel 6  
Diagnosa Keperawatan

No	Subyek Asuhan 1	Subyek Asuhan 2
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot
2	Resiko perfusi cerebral tidak efektif d.d Neoplasma otak	Gangguan komunikasi verbal b.d gangguan neuromuskular
3	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur	Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur

Tabel 15  
Rencana Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan	Rasional
1	Gangguan mobilitas fisik	<p>Mobilitas Fisik</p> <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pergerakan ekstremitas meningkat.</li> <li>Kekuatan otot</li> </ol>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>Monitor frekuensi jantung dan</li> </ul>	<p>Rasional</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengetahui penyebab/gerakan apa yang toleransi.</li> <li>untuk mengukur kestabilan sebelum melakukan aktivitas/latihan. ROM</li> <li>Untuk mengetahui kondisi selama melakukan</li> </ol>

		<p>meningkat.</p> <p>3. Rentang gerak (ROM) meningkat.</p> <p>4. Kecemasan menurun.</p> <p>5. Kaku sendi menurun.</p> <p>6. Gerakan tidak terkoordinasi menurun.</p>	<p>tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</li> <li>- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>- Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di empat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>	<p>mobilisasi</p> <p>4. Untuk mempermudah klien dalam latihan mobilisasi.</p> <p>5. Membantu klien mengarahkan pergerakan.</p> <p>6. Agar keluarga dapat membantu pasien dalam latihan ROM.</p> <p>7. Agar keluarga dan klien tau maksud dan tujuan dilakukan ROM.</p> <p>8. Ajar klien dapat melakukan mobilisasi sedini mungkin dibantu keluarga.</p> <p>9. Agar klien dapat kembali bermobilisasi sederhana.</p>
2	Resiko perfusi cerebral tidak efektif	<p>Perfusi Cerebral</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tingkat kesadaran meningkat</li> <li>2. Kognitif meningkat</li> <li>3. Tekanan intra kranial menurun</li> <li>4. Sakit kepala menurun</li> <li>5. Gelisah menurun</li> <li>6. Kecemasan menurun</li> <li>7. Demam menurun</li> <li>8. Nilai rata-rata</li> </ol>	<p>Pemantauan Tekanan intra kranial</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)</li> <li>- Monitor peningkatan TD</li> <li>- Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui penyebab peningkatan TIK</li> <li>2. Memantau tekanan darah</li> <li>3. Memantau pelebaran tekanan nadi</li> <li>4. Memantau frekuensi jantung</li> <li>5. Memantau kesadaran</li> <li>6. Memantau perlambat atau ketidaksimetrisan pupil</li> <li>7. Untuk memperbiaki/agar tidak meningkatkan TIK</li> <li>8. Untuk mengetahui adanya perubahan pada kondisi pasien</li> <li>9. Sebagai catatan perkembangan</li> </ol>

		<p>tekanan darah membaik</p> <p>9. Kesadaran membaik</p> <p>10. Tekanan darah sistolik membaik</p> <p>11. Tekanan darah diastolik membaik</p> <p>12. Refleks saraf membaik</p>	<p>TDS dan TDD)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>- Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>- Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>- Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien.</li> <li>- Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>- Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> </ul>	<p>10. Agar klien dan keluarga tau tentang apa yang sedang dilakukan</p> <p>11. Agar klien dan keluarga mengetahui hasilnya</p>
3	Gangguan komunikasi verbal	<p>Komikasi Verbal</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3 hari diharapkan komikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan berbicara meningkat.</li> <li>2. Kemampuan mendengar meningkat</li> <li>3. Kesesuaian ekspresi</li> <li>4. Wajah/tubuh meningkat</li> <li>5. Afasia menurun</li> <li>6. Pelo menurun</li> <li>7. Respons perilaku membaik</li> <li>8. Pemahaman komunikasi membaik</li> </ol>	<p>Promosi komunikasi: defisit bicara</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara.</li> <li>- Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis. memori, pendengaran, dan bahasa).</li> <li>- Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara</li> <li>- Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gunakan metode komunikasi alternatif (mis. menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau kecepatan, tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara</li> <li>2. Memantau proses kognitif dan fisiologis yang berkaitan dengan memori(mis.memori, pendengaran, dan bahasa)</li> <li>3. Memantau frustrasi, marah, depresi atau hal lainnya</li> <li>4. Agar mempermudah klien untuk berkomunikasi</li> <li>5. Agar mempermudah klien dalam memanggil /meminta bantuan</li> <li>6. Agar pasien lebih semangat</li> <li>7. Untuk mempermudah lawan bicara mendengarkan</li> <li>8. Agar keluarga dapat mengajaro klien ketika dirumah</li> <li>9. Jika kondisi tidak membaik rujuk ke terapis</li> </ol>

			<p>dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis. berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindariteriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)</li> <li>- Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan</li> <li>- Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> <li>- Berikan dukungan psikologis</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan berbicara perlahan.</li> <li>- Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rujuk ke ahli bicara atau terapis</li> </ul>	
4	Gangguan pola tidur	<p><b>Pola tidur</b> Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>2. Keluhan sering terjaga menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan tidur</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifikasi lingkungan (mis.</li> </ul>	<p>Rasional</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengetahui pola aktivitas dan waktu tidur klien</li> <li>2. Menciptakan lingkungan nyaman agar klien mudah memenuhi kebutuhan istirahat tidur.</li> <li>3. Memberikan rasa nyaman pada klien</li> </ol>

		<p>3. Keluhan tidak puas tidur menurun</p> <p>4. Keluhan pola tidur berubah membaik</p> <p>5. Keluhan istirahat tidak cukup menurun</p>	<p>pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>- Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga.</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> <li>- Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>- Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur REM</li> <li>- Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. psikologis, gaya hidup)</li> <li>- Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya</li> </ul>	<p>4. Memberikan edukasi pada klien mengenai pentingnya memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur saat sakit</p> <p>5. Waktu tidur teratur akan mempermudah klien untuk tidur tepat waktu</p> <p>6. Merelaksasi klien agar klien merasa nyaman</p>
--	--	---	---	---

Tabel 16  
Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Subyek Asuhan 1

No	Hari/tanggal/ waktu	Implementasi Keperawatan	Evaluasi	Paraf				
1	Selasa, 2 Januari 2024 (08.15) (08.17) (08.20)  (08.22)  (08.23)  (08.25)  (08.27)  (08.30)  (08.10)  (08.16) (08. 18)  (08.21) (08.22) (08.24)  (08.26)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.</li> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi.</li> <li>- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi.</li> <li>- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur).</li> <li>- Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan.</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur ROM dan mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan ROM/mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk diempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi.</li> <li>- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik)</li> <li>- Memonitor peningkatan TD</li> <li>- Memonitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>- Memonitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>- Memonitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>- Memonitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li> <li>- Mempertahankan posisi kepala dan leher netral</li> </ul>	S: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit untuk menggerakkan ekstermitas kiri.</li> <li>- Klien mengatakan enggan melakukan pergerakan</li> <li>- Klien mengatakan pusing.</li> <li>- Klien mengatakan mual dan muntah</li> <li>- Klien mengatakan sulit untuk tidur karena merasa tidak nyaman/sering pusing.</li> <li>- Klien mengatakan sering terjaga karena ruangan yang bising.</li> <li>- Klien mengeluh kemampuan aktivitas menurun /lemas.</li> <li>- Klien mengatakan tidak terbiasa dengan tempat tidurnya.</li> </ul> O: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda tanda vital</li> <li>- TD : 110/60 mmHg</li> <li>- N:64 x/mnt, ireguler</li> <li>- RR : 18 x/mnt</li> <li>- SPO2: 98%</li> <li>- Kekuatan otot klien tampak menurun</li> </ul> <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3322</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">3333</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentang gerak klien tampak menurun</li> <li>- Klien bergerak tampak terbatas</li> <li>- Klien tampak lemah.</li> <li>- Pupil tampak tidak simetris atau anisokor pada pupil kanan.</li> <li>- Kesadaran : Composmentis E3,V5, M6</li> <li>- Reflek saraf hoffam (-)</li> <li>- Klien tampak mengatuk waktu siang</li> </ul> A : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan mobilitas fisik</li> </ul>	3322	5555	3333	5555	
3322	5555							
3333	5555							



	<p>(08.29)</p> <p>(08.35)</p> <p>(08.40)</p> <p>(13.00)</p> <p>(13.01)</p> <p>(13.02)</p> <p>(13.06)</p> <p>(13.07)</p> <p>(13.08)</p> <p>(13.10)</p> <p>(13.12)</p> <p>(13.14)</p> <p>(13.15)</p> <p>(13.17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengatur interval pemantauan sesuai kondisi pasien.</li> <li>- Mendokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>- Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>- Menginformasikan hasil pemantauan, jika perlu.</li> <li>- Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>- Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisikdan/atau psikologis)</li> <li>- Memodifikasi lingkungan (mis.pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>- Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>- Menetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi,terapi akupresur)</li> <li>- Menyesuaikan jadwal pemberianobat dan/atau tindakan untukmenunjang siklus tidur- terjaga</li> <li>- Menjelaskan pentingnya tidurcukup selama sakit</li> <li>- Mengajarkan menepati kebiasaanwaktu tidur</li> <li>- Mengajarkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resiko perfusi cerebral tidak efektif</li> <li>- Gangguan pola tidur</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan ROM</li> <li>- Monitor peningkatan TD</li> <li>- Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>- Monitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>- Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>- Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li> <li>- Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>- Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien.</li> <li>- Dokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>- Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>- Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur).</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberianobat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur- terjaga</li> </ul>	
2	<p>Rabu 03 januari 2024</p> <p>(08.15)</p> <p>(08.17)</p> <p>(08.20)</p> <p>(08.30)</p> <p>(08.16)</p> <p>(08. 18)</p> <p>(13.01)</p> <p>(13.02)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai.</li> <li>- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>- Mengajarkan melakukan ROM</li> <li>- Memonitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>- Memonitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>- Memonitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>- Memfasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>- Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa mengangkat kaki untuk menggerakan ekstermitas kiri.</li> <li>- Klien mengatakan ingin melakukan pergerakan</li> <li>- Klien mgatakan pusing pusing sudah berkurang.</li> <li>- Klien mengatakan mual dan muntah di pagi hari</li> <li>- Klien mengatakan sulit untuk tidur karena merasa tidak nyaman/sering pusing.</li> <li>- Klien mengatakan tidak puas dengan tidurnya karena sering terbangun</li> <li>- Klien mengeluh kemampuan aktivitas menurun /lemas</li> </ul>	

	(13.10)	<p>(mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menyesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk menunjang siklus tidur-terjaga</li> </ul>	<p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tanda-tanda vital</li> <li>- TD: 110/80 mmHg</li> <li>- N: 75 x/mnt, reguler ireguler</li> <li>- RR: 18 x/mnt</li> <li>- SPO2: 98%</li> <li>- Kekuatan otot klien tampak menurun</li> </ul> <p>3332   5555 4444   5555</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rentang gerak klien tampak meningkat, klien dapat menggerakkan bagian tangan dan kakinya setinggi 45-90 derajat</li> <li>- Klien bergerak tampak terbatas</li> <li>- Klien tampak lemah.</li> <li>- Pupil tampak tidak simetris atau anisokor pada pupil kanan.</li> <li>- Kesadaran : Composmentis E3, V5, M6</li> <li>- Reflek saraf hoffman (-)</li> <li>- Klien tampak mengantuk waktu siang.</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan mobilitas fisik</li> <li>- Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif</li> <li>- Gangguan pola tidur</li> </ul> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai.</li> <li>- Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>- Anjurkan melakukan ROM dan mobilisasi dini (mengangkat ekstremitas kiri, belajar menggenggam).</li> <li>- Monitor peningkatan TD</li> <li>- Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>- Monitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>- Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>- Fasilitasi menghilangkan stres sebelum tidur</li> <li>- Tetapkan jadwal tidur rutin</li> </ul>	
--	---------	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</li> <li>- Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/atau tindakan untuk</li> </ul>	
1	<p>Kamis 4 Januari 2024 (8.15) (8.25) (8.30) (8.40) (8.45) (8.47) (8.48) (13.00)</p>	<p>Dukungan mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai</li> <li>- Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> <li>- Menganjurkan melakukan ROM/mobilisasi dini (duduk di tepi tempat tidur, atau berpidah tempat duduk dikursi)</li> <li>- Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>- Monitor penurunan frekuensi jantung</li> <li>- Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> <li>- Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil</li> <li>- Tetapkan jadwal tidur rutin</li> </ul>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sudah bisa mengangkat kaki dan tangan untuk menggerakkan ekstermitas kiri.</li> <li>- Klien mengatakan ingin melakukan pergerakan</li> <li>- Klien mengatakan pusing pusing sudah berkurang.</li> <li>- Klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak</li> </ul> <p>O:</p> <p>8. Kekuatan otot klien tampak menurun</p> $\begin{array}{r l} 3333 & 5555 \\ 4444 & 5555 \end{array}$ <p>9. Rentang gerak klien tampak meningkat, klien dapat menggerakkan bagian tangan dan kakinya</p> <p>10. Klien bergerak tampak masih terbatas</p> <p>11. Klien tampak lebin bertenaga</p> <p>12. Pupil tampak tidak simetris atau anisokor pada pupil kanan.</p> <p>13. Tanda tanda vital</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD: 112/60 mmHg</li> <li>- N: 72 x/mnt, reguler</li> <li>- RR : 18 x/mnt</li> <li>- SPO2: 98%</li> <li>- Kesadaran: Composmentis E4, V5, M6</li> <li>- Reflek saraf hoffam (+)</li> </ul> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gangguan Mobilitas Fisik</li> <li>- Resiko Perfusi cerebral tidak efektif</li> <li>- Masalah teratasi</li> </ul> <p>P : Intervensi dilanjutkan oleh perawat yang bertugas</p>	



## SOP

### Pemberian Latihan Rentang Gerak

Kategori: Fisiologis

Subkategori: Aktivitas dan Istirahat

Definisi: Memberikan latihan berupa gerakan aktif dan pasif pada persendian untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi dan meningkatkan sirkulasi

Diagnosis Keperawatan: Gangguan Mobilitas Fisik Gangguan Integritas Kulit/Jaringan Risiko Disfungsi Neurovaskuler Perifer

Luaran Keperawatan:

1. Mobilitas Fisik Meningkatkan
2. Integritas Kulit/Jaringan Meningkatkan
3. Neurovaskuler Perifer Meningkatkan
4. Perlambatan Pemulihan Pascabedah Gangguan Rasa Nyaman
5. Pemulihan Pascabedah Meningkatkan
6. Rasa Nyaman Meningkatkan

#### Prosedur

1. Identifikasi pasien menggunakan minimal dua identitas (nama lengkap, tanggal lahir, dan/atau nomor rekam medis)
2. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur
3. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
4. Jaga privasi dengan memasang tirai atau menutup pintu kamar pasien
5. Atur tinggi tempat tidur yang sesuai dan nyaman
6. Berdiri di sisi tempat tidur di posisi ekstremitas pasien yang akan dilatih
7. Lakukan latihan dengan: melakukan gerakan perlahan dan lembut menyokong dengan memegang area proksimal dan distal sendi mengulangi setiap gerakan 5-10 kali setiap sendi menghentikan gerakan jika kesakitan atau ada tahanan
8. Latihan pada leher:
  - a. Fleksi-ekstensi: tekuk leher ke depan sampai dagu menempel di dada, lalu kembali ke posisi tegak

- b. Fleksi lateral: tekuk leher ke samping kanan dan kiri
- c. Rotasi lateral: palingkan wajah ke kiri dan kanan

9. Latihan pada bahu:

- a. Elevasi-depresi: Angkat dan turunkan bahu
- b. Fleksi-ekstensi: Angkat lengan dari samping tubuh ke atas, lalu kembali seperti semula
- c. Abduksi-Adduksi: Angkat lengan ke samping tubuh hingga sejajar bahu, lalu kembalikan seperti semula.
- d. Sirkumduksi bahu: putar lengan pada poros bahu

10. Latihan pada siku:

- a. Fleksi-ekstensi: Gerakkan tangan hingga jari-jari menyentuh bahu, lalu kembali seperti semula
- b. Supinasi-pronasi: Putar lengan bawah ke arah luar sehingga telapak tangan menghadap ke atas, lalu putar ke arah dalam sehingga telapak tangan menghadap ke bawah

11. Latihan pada pergelangan tangan:

- a. Fleksi-ekstensi-hiperekstensi: tekuk telapak tangan ke bawah, luruskan, lalu tekuk ke atas
- b. Fleksi radial-fleksi ulnar: Tekuk telapak tangan ke samping ke arah ibu jari dan ke arah kelingking
- c. Sirkumduksi: Putar tangan pada poros pergelangan tangan

12. Latihan pada jari-jari tangan:

- a. Fleksi-ekstensi: Kepalkan jari dan luruskan seperti semula
- b. Abduksi-adduksi: Renggangkan jari-jari dan rapat kembali

13. Latihan pada pelviks dan lutut:

- a. Fleksi-ekstensi: Angkat kaki lurus lalu tekuk lutut. Gerakkan lutut ke arah dada, turunkan kaki, luruskan, lalu ke posisi semula
- b. Abduksi-adduksi: gerakkan kaki ke samping menjauhi sumbu tubuh lalu gerakkan ke arah sebaliknya sehingga melewati sumbu tubuh menyilang ke kaki lainnya
- c. Rotasi internal-rotasi eksternal: putar kaki ke arah dalam lalu ke samping tubuh

14. Latihan pada pergelangan kaki:

- a. Dorso fleksi-plantar fleksi: dorong telapak kaki ke atas, ke posisi semula, lalu dorong ke atas
- b. Eversi-inversi: putar telapak kaki keluar, lalu ke dalam

- c. Sirkumduksi: putar telapak kaki pada poros pergelangan kaki
15. Latihan pada jari-jari kaki:
    - a. Fleksi-ekstensi: dorong jari-jari ke arah atas dan ke bawah
    - b. Abduksi-adduksi: renggangkan jari-jari kaki, lalu rapatkan seperti semula
  16. Lakukan kebersihan tangan 6 langkah
  17. Dokumentasikan prosedur yang dilakukan dan respons pasien

## LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Angel Dila Monica  
NIM : 2114401051  
Program Studi : D III Keperawatan Tanjungkarang  
Alamat email : angeldilamonica869@gmail.com  
No. Hp : 082180051182

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Tugas Akhir yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar akademik. Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan. Demikian surat pernyataan saya buat dengan sebenar-benarnya.

Bandar Lampung, 28 Mei 2024

Pembuat Pernyataan

Angel Dila Monica  
NIM. 2114401051