

# LAMPIRAN

## Lampiran 1. Laporan asuhan keperawatan medikal bedah Tn. Ya

## A. PENGKAJIAN

## 1. Identitas pasien

- a. Nama : Tn. Ya
- b. Umur : 85 tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-Laki
- d. Pekerjaan : Pensiunan
- e. Pendidikan : S1
- f. Agama : Islam
- g. Suku/bangsa : Banjar
- h. Status perkawinan : Kawin
- i. Alamat : Jln. B
- j. Ruang rawat : Anna
- k. Tanggal masuk : 8 Juli 2024 Pukul 18.45 Wita
- l. Tanggal pengkajian : 9 Juli 2024 Pukul 09.30 Wita
- m. No. register : 0-32-57-37
- n. Diagnosa medis : Stroke non hemoragic
- o. Dokter yang merawat : dr. Z, Sp.S
- p. Sumber informasi : Pasien dan Keluarga
- q. Kontak keluarga: 0813 xxxx xxxx

## 2. Riwayat penyakit

- a. Keluhan utama :  
Saat MRS :

Pada 08 Juli 2024 Pukul 18.45 Wita seorang laki laki berinisial Tn. Ya diantar ke bangsal Anna dengan menggunakan kursi roda. Pengkajian di ruangan pada 09 Juli 2024 Pukul 09.30 Wita Pasien dibawa kerumah Sakit pada tanggal 8 juli 2024, Pukul 18.45 Wita dengan keluhan Kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah. Pasien berbicara kurang jelas dan kecil serta demam juga batuk. Di dapati hasil pemeriksaan di IGD, Kesadaran : Composmentis, Ku : Lemah. Ttv : TD: 170/110 T:38.4 P:89 R: 26 Serta terpasang Infus RL, nafsu makan turun pasien hanya menghabiskan ¼ porsi

makanan yang disajikan, nyeri di abdomen kudran kanan atas dan kuadran kanan bawah terasa begah bertambah penuh pada saat duduk dan berkurang ketika tiduran, Keluarga Pasien mengatakan Pasien masih batuk berdahak, Nafas Kadang sesak, Makan kadang tersedak, Badan lemah. Bicara belum bisa, tangan kanan dan kaki kanan kaku susah di gerakan, Serta Sekarang badan pasien tidak panas lagi, Pasien Kelihatan lemah, Kesadaran composmentis, Batuk keras serta dahak lendir putih kental, Tangan serta kaki Kanan kaku.

**melakukan pengkajian:**

DS : Kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah. Pasien berbicara kurang jelas dan kecil serta demam juga batuk. nafsu makan turun pasien hanya menghabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi makanan yang disajikan, nyeri di abdomen kudran kanan atas dan kuadran kanan bawah terasa begah bertambah penuh pada saat duduk dan berkurang ketika tiduran, Keluarga Pasien mengatakan Pasien masih batuk berdahak, Nafas Kadang sesak, Makan kadang tersedak, Badan lemah. Bicara belum bisa, tangan kanan dan kaki kanan kaku susah di gerakan, Serta Sekarang badan pasien tidak panas lagi, Pasien Kelihatan lemah, Kesadaran composmentis, Batuk keras serta dahak lendir putih kental, Tangan serta kaki Kanan kaku

DO : Pasien tampak Kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah. Pasien berbicara kurang jelas dan kecil serta demam juga batuk. Di dapati hasil pemeriksaan di IGD, Kesadaran : Composmentis, Ku : Lemah. Ttv : TD: 170/110 T:37.0 P:100 R: 26 Serta terpasang Infus RL, Riwayat penyakit dahulu :

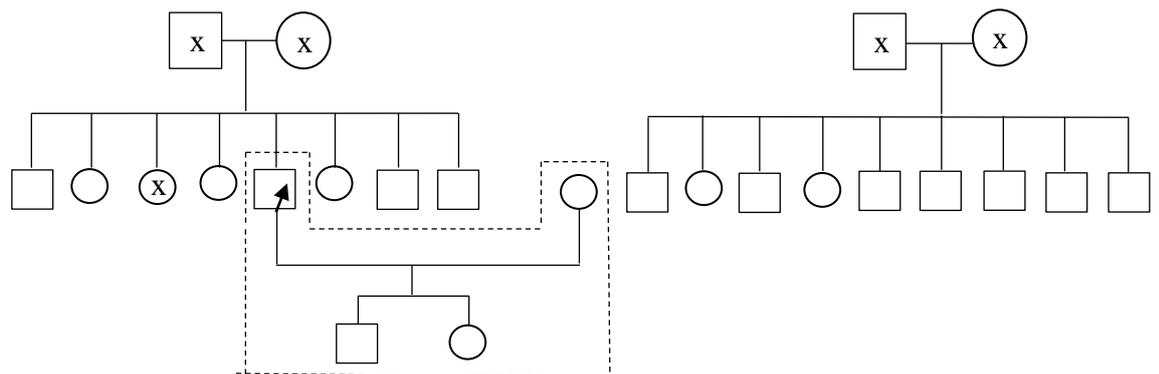
- 1) Klien sudah pernah dirawat di RS sebelumnya baru beberapa minggu yang lalu, klien memiliki riwayat penyakit kronik yaitu Hipertensi tapi tidak memiliki penyakit menular, klien tidak ada riwayat kontrol, klien sebelumnya tidak pernah dioperasi, klien tidak ada alergi, klien ada riwayat penggunaan obat-obatan yaitu Captopril dan Amlodipine

## 2) Riwayat :

- a) Kecelakaan : tidak ada
- b) Operasi : tidak ada
- c) Alergi obat : tidak ada
- d) Alergi makanan : tidak ada
- e) Alergi lain-lain: tidak ada
- f) Merokok : tidak ada
- g) Alkohol : tidak ada
- h) Kopi : tidak ada
- i) Lain-lain : tidak ada
- j) Obat-obatan yang pernah digunakan : ada

## b. Riwayat keluarga :

Genogram:



Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- x : Meninggal
- : Hubungan keluarga
- : Tinggal serumah
- ↗ : Pasien

## 3) Pemeriksaan fisik

Keadaan umum:

Kesadaran : Composmentis GCS E4V5M6

- TTV :
1. TD : 170/110 mmHg
  2. Nadi : 100 x/menit
  3. Suhu : 36,6°C
  4. Pernafasan: 26 x/menit
  5. SpO<sub>2</sub> : 98%

No	Area fisik	Hasil pemeriksaan	Analisa
1.	Kepala & leher	Kepala: simetris Mata: normal Hidung: normal Mulut dan tenggorokan: normal Telinga: normal Leher: normal	Normal
2.	Dada/thorax	Inspeksi: Klien mengeluh keluhan sesak nafas. Palpasi: Bentuk dada simetris, frekuensi nafas 26 kali/menit, irama nafas teratur, pernafasan cuping hidung tidak ada, penggunaan otot bantu nafas tidak ada Auskultasi: Suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan Perkusi: Sonor, batas paru hepar ICS 5 dekstra	Tidak Normal
3.	Payudara dan axila	Inspeksi: simetris Palpasi: normal Auskultasi: normal Perkusi: normal	Normal
4.	Abdomen	Inspeksi: normal	normal
5.	Genetalia	Pria/wanita: normal	Normal
6.	Rektum	Inspeksi: normal Palpasi: normal	Normal
7.	Ektremitas	Normal, terpasang infus di tangan	Normal

		kanan dan lutut kadang terasa nyeri pada saat digerakan	
8.	Kulit dan kuku	Warna kemerahan dan lembab Kuku bersih	Normal

## 4. 11 pola Gordon

## a. Pola aktivitas – Latihan

No	Aktivitas	SMRS (SKOR)	MRS (SKOR)
1	Makan/minum	0	2
2	Mandi	0	2
3	Berpakaian/berdandan	0	2
4	Toileting	0	1
5	Berpindah	0	2
6	Berjalan	0	2
7	Naik tangga	0	2

Ket: 0: mandiri, 1: alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3: dibantu orang lain dan alat, 4: tergantung total

## b. Pola nutrisi – metabolic

Keterangan	SMRS	MRS
Jenis makanan/ diet	Biasa	Rendah natrium, susu
Frekuensi	3x sehari	3x sehari
Porsi yang dihabiskan	½ porsi	¼ porsi
Komposisi menu	Nasi, lauk, sayur, dan buah	Bubur, lauk, sayur, dan buah
Pantangan	Tidak ada	Tinggi natrium
Nafsu makan	Normal	menurun
Fluktuasi BB 6 bulan terakhir	Tidak ada	Tidak ada

Sukar menelan	Tidak ada	Tidak ada
Riw. Penyembuhan luka	Baik	Baik

## c. Pola eliminasi

No	SMRS		MRS
	Buang air besar (BAB)		
1	Frekuensi	1x sehari	-
2	Warna	Kuning	-
3	Kesulitan BAB	Tidak ada	Ada
Upaya mengatasi: perbanyak minum air putih dan makan makanan tinggi serat			
1	Buang air kecil (BAK)		
2	Frekuensi	5x sehari	5x sehari
3	Jumlah	1.200 cc	1.200 cc
4	Warna	Kuning	Kuning
5	Kesulitan BAK	Tidak ada	Tidak ada
Upaya mengatasi: tidak ada			

## d. Pola tidur dan istirahat

No	Kegiatan	SMRS	MRS
1	Tidur siang	2-3 jam	Tidak menentu
2	Tidur malam	7-9 jam	3-4 jam
3	Kebiasaan sebelum tidur	Tidak ada	Tidak ada
4	Kesulitan tidur	Tidak ada	Ada, karena nyeri perut
Upaya mengatasi: memberikan posisi yang nyaman dan kolaborasi pemberian obat analgesic			

## e. Pola kebersihan diri

Keterangan	SMRS	MRS
Mandi	Mandiri	Dibantu
Handuk	Mandiri	Dibantu
Keramas	Mandiri	Dibantu
Gosok gigi	Mandiri	Dibantu
Kesulitan	Tidak ada	Ada, karena terpasang infus
Upaya mengatasi: dibantu oleh keluarga ketika sedang membersihkan diri		

## f. Pola toleransi-koping stress

1. Pengambil Keputusan : pengambilan keputusan dilakukan oleh pasien sendiri maupun keluarga
2. Masalah utama dalam perawatam di RS/ penyakit: pasien khawatir dengan anggota keluarga yang agak kesulitan untuk bergantian menjaga pasien di RS, dan pasien juga khawatir dengan cucunya yang masih berusia 3 tahun yang ikut menjaganya di RS
3. Hal yang biasa dilakukan jika mengalami stress/ masalah: berdoa, dan istirahat
4. Harapan setelah menjalani perawatan: pasien berharap setelah dirawat dapat segera sembuh dan kembali ke rumah dan melakukan aktivitas seperti biasa
5. Perubahan yang dirasakan setelah sakit: ekstermitas pasien yang signifikan

## g. Pola peran hubungan

1. Peran dalam keluarga : baik
2. System pendukung : pasien mendapatkan support sistem dari keluarganya yang senantiasa membantu pasien ketika mengalami kesulitan
3. Masalah peran/ hubungan keluarga selama perawatan di RS: tidak ada, keluarga pasien tampak harmonis dan saling meperhatikan satu sama lain
4. Upaya mengatasi : tidak ada

## h. Pola komunikasi

1. Bahasa utama : bahasa banjar dan bahasa indonesia
2. Bicara : normal
3. Afek : baik
4. Tempat tinggal : Bersama adik laki-laknya, istri dan keponakannya

## i. Pola nilai &amp; kepercayaan

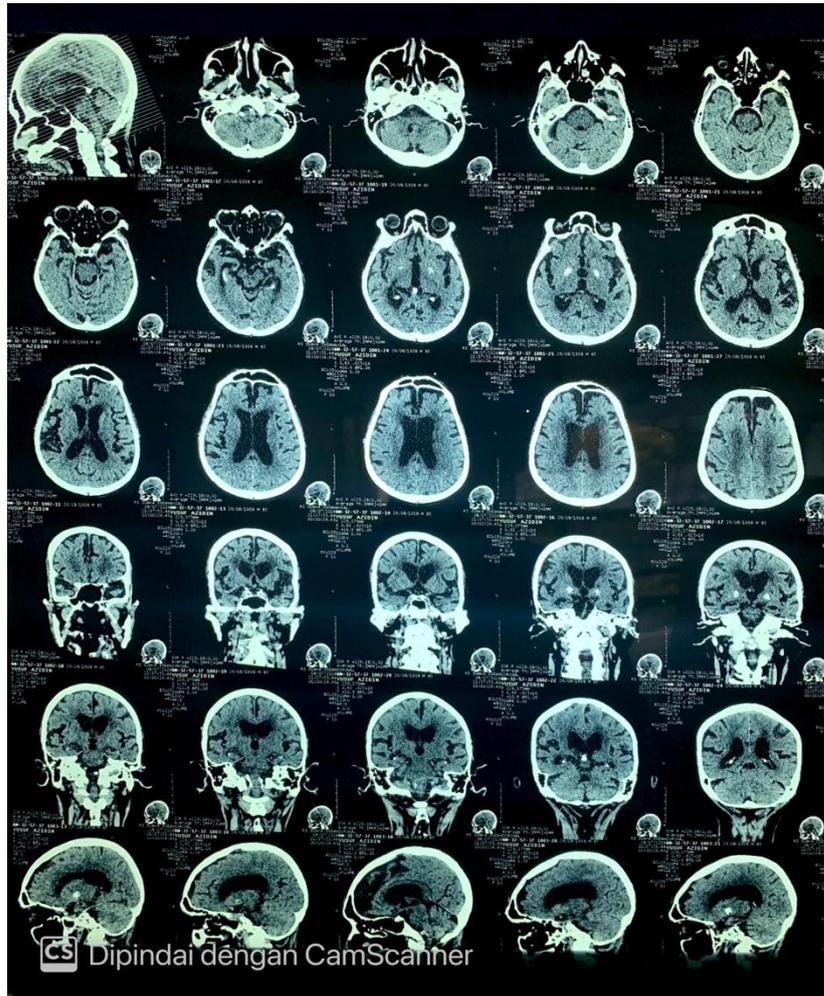
1. Apakah Tuhan, agama penting untuk anda: pasien percaya kepada tuhan dan senantiasa berdoa agar diberikan kesembuhan
2. Kegiatan agama yang dilakukan selama di RS: berdoa

## B. PROSEDUR DIAGNOSTIK

### 1) Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan
9 Juli 2024			
Hematologi			
Darah lengkap			
Hemoglobin	12.3	12-14	g/dl
Hematokrit	36.9	37-43	%
Leukosit	6.6	4-10	ribu/uL
Trombosit	216	150-400	ribu/uL
Eritrosit	4.08 Low	4.5-5.5	jutauL
MCV	83.3	81-99	fl
MCH	30.2	28-33	pg
MCHC	36.0	32-36	g/dl
Neutrofil Limposit Ratio (NLR)	2.13	<3.14	
Absolute Limposit Count (ALC)	2.046	>1.500	/ul
<b>DIFF COUNT</b>			
Basofil	0	0.0-1.0	%
Eosinofil	1	1-3	%
Stab Cell	1	2-6	%
Segmen	66	50-70	%
Limfosit	31	20-35	%
Monosit	1	2-6	%
<b>KIMIA</b>			
<b>KIMIA DARAH</b>			
glukosa darah sewaktu	114	<180	Mg/dl
Ureum	22	15-39	Mg/dl
Creatinin	1.1	0,6-1,1	Mg/dl
SGOT	28	<30	u/l
SGPT	15	<33	u/l
<b>ELEKTROLIT</b>			
Natrium	127 Low	135-145	Umol/L
Kalium	3.8	3,5-5,0	Umol/L

## 2) Pemeriksaan radiologi



Hasil :

Lesi hypodens bata tidak tegas limb posterior capsula interna sinistra

Sulci melebar dan gyri prominent

Defferensiasi white grey matter tegas.

Sistem vertikel dan sisterna melebar

Tidak tampak deviasi midline.

Cerebellum pons dan mesencephalon normal.

Calvaria intact.

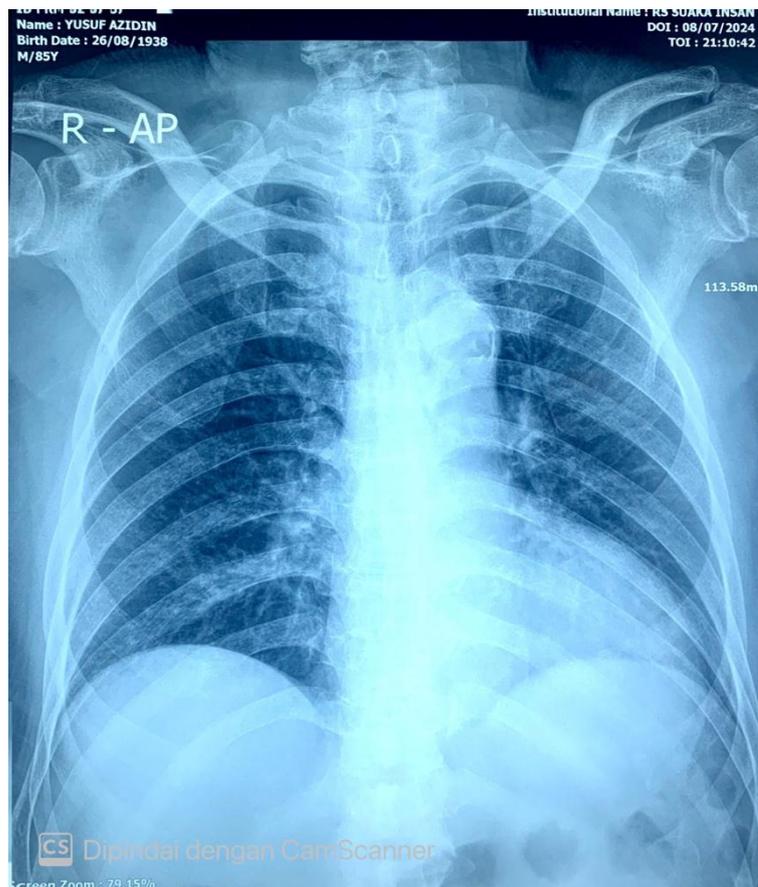
Mastoid. Sinus paranasalis dan orbita D/S dalam batas normal.

Kesimpulan :

Infark akut limb posterior capsula interna

Sinistra senile brain atrophy

### 3) Pemeriksaan Rontgen Thorax AP

**Hasil :**

Cor : Bentuk, Ukuran dan posisi Normal

Paru : Corakan Bronchovascular normal, infiltrat (-), Hilus D/S Normal, Nodul(-).

Trachea: Posisi ditengah

Sinus phrenicocostalis D/S Tajam

Hemidiafragma D/S : Dome Shape

Tulang skeletal thorax : normal

**Kesimpulan :**

Foto Thorax dalam batas normal

## C. DRUG STUDY

Nama obat	Dosis/rute	Indikasi	Kontraindikasi	Efek samping	Konsiderasi perawat
cernevit	1 vial drip	Cernevit adalah obat dengan kandungan multivitamin. Cernevit digunakan sebagai multivitamin harian untuk dewasa dan anak usia di atas 11 tahun yang menerima nutrisi parenteral. Selain itu, multivitamin ini juga dapat diberikan pada terapi intravena, seperti operasi, luka bakar luas, patah tulang dan trauma lain, serta penyakit infeksi berat hingga koma yang memicu keadaan stres dengan peningkatan kebutuhan metabolik dan nutrisi jaringan yang berkurang	Hipersensitif pada salah satu kandungan Cernevit Hipervitaminosis (penumpukan vitamin)	Penggunaan injeksi Cernevit mungkin akan menimbulkan reaksi alergi pada beberapa orang seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ruam dan gatal pada area bekas suntikan</li> <li>• Sulit bernafas</li> <li>• Pembengkakan pada wajah, bibir, lidah</li> </ul> Selain itu Cernevit dapat menimbulkan efek samping lain seperti: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sakit kepala</li> <li>• Gangguan penglihatan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji dan observasi adanya tanda-tanda alergi.</li> <li>2. Setelah memberikan obat kaji efek samping obat nyeri perut, diare, kembung, mual, muntah \, mulut kering.</li> </ol>
Furamin	1 vial inj	Fungsi Furamin adalah untuk membantu mengatasi defisiensi (kekurangan) vitamin B1, seperti pada penyakit beri-beri dan neuriti	Berhati-hatilah atau sebaiknya dihindari penggunaan Furamin pada pasien yang hipersensitif terhadap komponen obat in	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muntah</li> <li>• Gatal-gatal</li> <li>• Ruam Kulit</li> <li>• Nyeri di tempat injeksi</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji dan observasi adanya tanda-tanda alergi.</li> <li>2. Setelah diberikan obat, kaji tanda-tanda bila terjadi efek samping obat seperti nyeri dada,</li> </ol>

					bradikardi, hipotensi, aritmia, hipoksia.
Pumpi sel	IV 2x1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mengatasi tukak duodenum</li> <li>• tukak lambung</li> <li>• kasus inflamasi esofagus (refluks esofagitis) sedang dan berat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• riwayat hipersensitif</li> <li>• Wanita hamil</li> <li>• Anak-anak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan saluran cerna</li> <li>• Nyeri perut</li> <li>• Diare</li> <li>• Konstipasi (sembelit)</li> <li>• Kembung</li> <li>• Mual, muntah</li> <li>• Mulut kering</li> </ul>	
Beclov	IV 500 ml/g	Beclov digunakan untuk pasien yang tidak sadar akibat kerusakan otak atau pembedahan, trauma otak dan infark. Bactraz juga dapat digunakan untuk rehabilitasi ekstremitas (kelumpuhan pada kaki) atas pada pasien dengan hemiplegia setelah apnea otak, pasien dengan kelumpuhan yang relatif ringan pada ekstremitas (kelumpuhan pada kaki) bawah	Hindari penggunaan Beclov pada pasien yang memiliki indikasi Hipertonia sistem saraf parasimpatis	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan jantung: bradikardia, takikardia.</li> <li>• Gangguan gastrointestinal: diare, ketidaknyamanan epigastrium, sakit perut.</li> <li>• Gangguan sistem saraf: pusing, sakit kepala.</li> <li>• Gangguan kulit dan jaringan subkutan: ruam.</li> <li>• Gangguan pembuluh darah: hipotensi.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji dan observasi adanya tanda-tanda alergi.</li> <li>2. Setelah diberikan obat, kaji tanda-tanda bila terjadi efek samping obat seperti nyeri dada, bradikardi, hipotensi, aritmia, hipoksia.</li> </ol>

## D. ANALISA DATA

No	Data	Analisa data	Masalah
1.	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit bernafas</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola nafas abnormal RR: 26 x/mnt</li> <li>- Klien terlihat sesak</li> </ul> <p>Klien terpasang O2 nasal kanul 5l/m</p>	Depresi pusat penafasan	(D.0005) Pola nafas tidak efektif
2.	<p>Faktor risiko yang mungkin terjadi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hiperkolesteronemia</li> <li>• Infark Miokard akut</li> <li>• aterosklerosis aorta</li> <li>• Sindrom sick sinus</li> <li>• Embolisme</li> <li>• Diseksi arteri</li> <li>• Hipertensi</li> </ul>	Hipertensi	D.0017) Risiko perfusi serebral tidak efektif
3.	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa lemah</li> <li>- Klien mengatakan lemah untuk beraktifitas</li> <li>- Klien mengatakan selalu membutuhkan bantuan orang lain untuk melakukan aktifitasnya</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot klien menurun</li> </ul> $\frac{5}{5} \mid \frac{2}{2}$ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktifitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Rentang gerak (ROM) menurun</li> <li>- Klien terlihat lemah dan hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>- Klien terlihat dibantu dalam pemenuhan ADLnya</li> </ul>	Penurunan Kekuatan Otot	(D.0054) Gangguan mobilitas fisik
4.	<p><b>Data Subjektif:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sulit berbicara</li> </ul> <p><b>Data Objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sulit berbicara</li> <li>- Klien terlihat kurang jelas saat berbicara</li> </ul> <p>Klien terlihat pelo</p>	Neuromuskular	(D.0119) Gangguan komunikasi verbal
5.	<p>Faktor risiko yang mungkin terjadi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usia <math>\geq</math> 65 tahun (pada dewasa) atau <math>\leq</math> 2 tahun (pada anak)</li> <li>• Riwayat Jatuh</li> </ul>	Penurunan Kekuatan Otot	(D.0143) Resiko jatuh
			- Kekuatan otot klien menurun
			$\frac{5}{5} \mid \frac{2}{2}$

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan tingkat kesadaran</li> <li>• Penggunaan alat bantu berjalan</li> <li>• Perubahan fungsi kognitif</li> <li>• Gangguan keseimbangan</li> <li>• Penurunan kekuatan otot</li> </ul>		
--	--	--	--

#### E. DIAGNOSA PRIORITAS

1. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Depresi pusat penafasan (D.0005)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan Hipertensi (D.0017)
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan Kekuatan Otot (D.0054)
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan Neuromuskular (D.0119)
5. Resiko jatuh dibuktikan dengan Penurunan Kekuatan otot (D.0143)

## F. Intervensi

No	Hari/Tgl Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
1.	Selasa,09 juli 2024	(D.0005) <b>Pola nafas tidak efektif</b> b.d penurunan energy	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola nafas menjadi efektif dengan kriteria hasil: Frekuensi pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 Irama pernafasan dipertahankan pada 4 ditingkatkan pada 5 Suara auskultasi nafas dipertahankan pada 5 ditingkatkan pada 5	1.1 Manajemen jalan nafas 1.2 Pemantauan respirasi 1.3 Pengaturan posisi 1.4 Berikan O2 1.5 Stabilisasi jalan nafas
2.	Selasa,09 juli 2024	(D.0077) <b>Resiko perfusi serebral tidak efektif</b> b.d snh	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil: Nilai rata-rata tekanan darah dipertahankan pada 3 ditingkatkan ke 4 Tekanan intrakranial dipertahankan pada 3 ditingkatkan pada	2.1 Monitor tanda-tanda vital 2.2 Monitor tingkat kesadaran 2.3 Monitor adanya keluhan sakit kepala 2.4 Monitor sirkulasi perifer (mis. nadi perifer, edema, CRT, warna, suhu, dan adanya rasa sakit pada ekstremitas 2.5 Monitor adanya tanda/gejala peningkatan TIK 2.6 Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intracranial

No	Hari/Tgl Ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi Keperawatan
3.	Selasa,09 juli 2024	(D.0054) <b>Gangguan mobilitas fisik</b> berhubungan dengan gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: Gerakan sendi dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 Gerakan otot dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5	Monitoring vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon klien saat latihan Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan Bantu klien menggunakan tongkat saat berjalan Ajarkan klien dan keluarga tentang Teknik ambulasi Kaji kemampuan klien dalam mobilisasi Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
4.	Selasa,09 juli 2024	(D.0119) <b>Gangguan komunikasi verbal b.d</b> gangguan neuromuskular	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan gangguan komunikasi verbal teratasi dengan kriteria hasil: Menggunakan bahasa tertulis dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 Menggunakan bahasa lisan dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5 Mengenali pesan yang diterima dipertahankan pada 4 ditingkatkan ke 5	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Ulangi apa yang di sampaikan klien Anjurkan berbicara perlahan Ajarkan klien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
5.	Selasa,09 juli 2024	(D.0143) <b>Resiko jatuh</b> b.d faktor risiko kekuatan otot menurun	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan resiko jatuh tidak terjadi dengan kriteria hasil: 1. Memonitor faktor risiko di lingkungan dipertahankan 4 ditingkatkan 5	Identifikasi faktor risiko jatuh Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala Monitor kemampuan

## G. Implementasi

No.	Hari/Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Tindakan
1.	Selasa, 09 juli 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Memberitahu klien untuk berbicara perlahan</li> <li>○ Mengulangi apa yang disampaikan klien</li> <li>○ Mengatur posisi klien</li> <li>○ Membantu klien merubah posisinya</li> <li>○ Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien berbicara perlahan</li> <li>○ Perawat mengulang apa yang klien katakan</li> <li>○ Klien merasa lebih nyaman Posisi klien semi fowler</li> <li>○ Memberikan psaien makan</li> </ul>
2.	Rabu, 10 juli 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Memberitahu klien untuk berbicara perlahan</li> <li>○ Mengulangi apa yang disampaikan klien</li> <li>○ Membantu memandikan klien</li> <li>○ Mengatur posisi klien</li> <li>○</li> <li>○ Membantu klien merubah posisinya</li> <li>○ Memantau respirasi</li> <li>○ Mempertahankan O<sub>2</sub></li> <li>○ Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya</li> <li>○ Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>○ Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse</li> <li>○ Memeriksa tingkat kesadaran</li> <li>○ Mengukur tekanan darah, dan suhu klien</li> <li>○ , menghitung nadi dan pernafasan</li> <li>○ Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien berbicara perlahan</li> <li>○ Perawat mengulang apa yang klien katakan</li> <li>○ Klien terlihat lebih bersih Klien merasa lebih nyaman Posisi klien semi fowler</li> <li>○ Pernapasan klien teratur</li> <li>○ Klien terpasang oksigen nasal 5l/m</li> <li>○ Memberikan klien makan</li> <li>○ Lingkungan sekitar klien aman</li> <li>○ Skala morse klien adalah 80 kategori risiko tinggi</li> <li>○ Compos mentis</li> <li>○ TD: 180/100mmHg, N: 72 x/menit, RR: 25 x/menit, S: 37,5°C</li> <li>○ Klien mengatakan ada keluhan pusing</li> </ul>

3.	Kamis, 11 Juli 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Memberitahu klien untuk berbicara perlahan</li> <li>○ Mengulangi apa yang disampaikan klien</li> <li>○ Membantu memandikan klien</li> <li>○ Mengatur posisi klien</li> <li>○ Membantu klien merubah posisinya</li> <li>○ Memantau respirasi</li> <li>○ Mempertahankan O<sub>2</sub></li> <li>○ Membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLnya</li> <li>○ Mengidentifikasi faktor risiko jatuh</li> <li>○ Menghitung risiko jatuh dengan menggunakan skala morse</li> <li>○ Memeriksa tingkat kesadaran</li> <li>○ Mengukur tekanan darah, dan suhu klien , menghitung nadi dan pernafasan</li> <li>○ Menanyakan kepada klien apakah ada keluhan sakit kepala yang dirasakan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klien berbicara perlahan</li> <li>○ Perawat mengulang apa yang klien katakan</li> <li>○ Klien terlihat lebih bersih Klien merasa lebih nyaman Posisi klien semi fowler</li> <li>○ Pemasangan klien teratur</li> <li>○ Klien terpasang oksigen nasal 4 L Memberikan klien makan</li> <li>○ Lingkungan sekitar klien aman</li> <li>○ Skala morse klien adalah 80 kategori risiko tinggi</li> <li>○ Compos Mentis</li> <li>○ TD: 150/90mmHg, N: 70 x/menit , RR: 24 x/menit, S: 37,1°C</li> <li>○ Klien mengatakan tidak ada keluhan pusing</li> </ul>
----	---------------------	--	--

## H. Evaluasi

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa,09 juli 2024 09.30 Wita	Dx 1 (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan	<p><b>S</b> : Klien mengatakan masih sesak nafas</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terpasang O2 nasal kanul 4 liter</li> <li>RR : 25 x/mnt</li> </ul> <p><b>A</b> : Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1.1 Pengaturan posisi</li> <li>1.2 Berikan O2</li> </ul>
Selasa,09 juli 2024 09.35 Wita	Dx 2 (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko snh	<p><b>S</b> : -</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TD: 200/110mmHg</li> <li>- N: 80 x/menit</li> <li>- RR: 25 x/menit</li> <li>-- S: 37,5°C</li> <li>- Compos Mentis E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub></li> <li>- MAP : 150 mmhg</li> </ul> <p><b>A</b> : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2.1 Monitor tanda-tanda vital</li> <li>2.2 Monitor tingkat kesadaran</li> </ul>
Selasa,09 juli 2024 09.55 Wita	Dx3 (D.0054) Gangguan mobilitas fisik	<p><b>S</b>: Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p><b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Klien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>3.6 Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai</li> <li>3.7 Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ul>

Hari/Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (SOAP)
Selasa, 09 Juli 2024 10.00 Wita	Dx 4 (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	<p><b>S:</b> Klien mengatakan sulit berbicara</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sulit berbicara</li> <li>- Klien terlihat kurang jelas saat berbicara</li> <li>- Klien terlihat pelo</li> <li>- Klien sulit mengungkapkan kata-kata</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>4.4 Ulangi apa yang di sampaikan pasien</p> <p>4.5 Anjurkan berbicara perlahan</p>
Selasa, 09 Juli 2024 10.15 wita	Dx5 (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh	<p><b>S : - O :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala morse kategori risiko</li> <li>- Pagar pengaman klien selalu terpasang</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p><b>P :</b> Lanjutkan intervensi</p> <p>5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</p> <p>5.4 Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</p> <p>5.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p>
Rabu, 10 Juli 2024 09.15 Wita	Dx 1 (D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan	<p><b>S :</b> -Klien mengatakan masih sesak nafas</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terpasang O2 nasal kanul 4 liter</li> <li>- RR : 25 x/mnt</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pengaturan posisi</li> <li>o Berikan O2</li> </ul>

Rabu, 10 juli 2024 09.20 Wita	Dx 2 (D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p><b>S</b> : - <b>O</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD:170/100mmHg, N: 72 x/menit , RR: 25 x/menit, S: 37,5°C, MAP :150 mmhg</li> <li>- Compos Mentis E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub></li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P</b> : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Monitor tanda-tanda vital</li> <li>o Monitor tingkat kesadaran</li> </ul>
Rabu, 10 juli 2024 09.35 Wita	Dx 3 (D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal	<p><b>S</b>: Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p><b>O</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Klien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P</b>: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai</li> <li>o Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ul>
Rabu, 10 juli 2024 09.40 Wita	Dx 4 (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral	<p><b>S</b>: Klien mengatakan sulit berbicara</p> <p><b>O</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sulit berbicara</li> <li>- Klien terlihat kurang jelas saat berbicara</li> <li>- Klien terlihat pelo</li> <li>- Klien sulit mengungkapkan kata-kata</li> </ul> <p><b>A</b>: Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p><b>P</b>: Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ulangi apa yang di sampaikan pasien</li> <li>o Anjurkan berbicara perlahan</li> </ul>

Rabu, 10 juli 2024 09.55 Wita	Dx 5 (D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh	<p><b>S: - O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala morse kategori risiko</li> <li>- Pagar pengaman klien selalu terpasang</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>o Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</li> <li>o Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ul>
Kamis, 11 juli 2024 11.15 Wita	D.0005) Pola nafas tidak efektif b.d depresi pusat pernapasan	<p><b>S:</b> Klien mengatakan sesaknya berkurang</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terpasang O2 nasal kanul 4 liter</li> <li>- RR : 24 x/mnt</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah pola nafas tidak efektif teratasi sebagian</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Pengaturan posisi</li> <li>o Berikan O2</li> </ul>
Kamis, 11 juli 2024 11.25 Wita	(D.0077) Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d faktor risiko hipertensi	<p><b>S: -</b></p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-TD: 120/90mmHg, N: 70 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 37°C, MAP : 110 mmhg</li> <li>- Compos Mentis E<sub>4</sub>M<sub>6</sub>V<sub>5</sub></li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Monitor tanda-tanda vital</li> </ul>

<p>kamis, 11 juli 2024 11.30 Wita</p>	<p>(D.0054) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskulosekletal</p>	<p><b>S:</b> Klien mengatakan anggota tubuh bagian kirinya masih belum bisa digerakan</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat</li> <li>- Klien hanya berbaring ditempat tidur</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai</li> <li>o Ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan</li> </ul>
<p>kamis, 11 juli 2024 11.35 Wita</p>	<p>Dx 4 (D.0119) Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral</p>	<p><b>S:</b> Klien mengatakan sulit berbicara</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien sulit berbicara</li> <li>- Klien terlihat kurang jelas saat berbicara</li> <li>- Klien terlihat pelo</li> <li>- Klien sulit mengungkapkan kata-kata</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ulangi apa yang di sampaikan pasien</li> <li>o Anjurkan berbicara perlahan</li> </ul>
<p>kamis, 11 juli 2024 11.45 wita</p>	<p>(D.0143) Resiko jatuh berhubungan dengan riwayat jatuh</p>	<p><b>S:</b> -</p> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala morse kategori risiko</li> <li>- Pagar pengaman klien selalu terpasang</li> </ul> <p><b>A:</b> Masalah risiko jatuh belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh</li> <li>o Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala</li> </ul>

## Lampiran 2 Laporan Asuhan Keperawatan Gerontik Tn. Ya

Nama Yankes : RS Suaka Insan  
Alamat Yankes : Jl. Jafri Zam zam  
Tanggal Masuk : 8 Juli 2024 Pukul 18.45 Wita  
No. Registrasi : 0-32-57-37  
Tanggal Pengkajian : 9 Juli 2024 Pukul 09.30 Wita

## Identitas Diri Klien

Nama (inisial) : Tn. Ya  
Umur : 85 Tahun  
Jenis Kelamin : L  
Agama : Islam  
Suku : Banjar  
Pendidikan Terakhir : S1  
Pekerjaan : Pensiunan  
Sumber Informasi : Pasien  
Keluarga yang dapat dihubungi : Pasien dan Keluarga  
Diagnosis Medis (bila ada) : SNH

## Riwayat Kesehatan

## Riwayat Kesehatan Sekarang

## 1. Keluhan utama :

Pada 08 Juli 2024 Pukul 18.45 Wita seorang laki laki berinisial Tn. Ya diantar ke bangsal Anna dengan menggunakan kursi roda. Pengkajian di ruangan pada 09 Juli 2024 09.30 Wita Pasien dibawa kerumah Sakit pada tanggal 8 juli 2024, Pukul 18.45 Wita dengan keluhan Kelemahan ekstremitas kanan atas dan bawah. Pasien berbicara kurang jelas dan kecil serta demam juga batuk. Di dapati hasil pemeriksaan di IGD, Kesadaran : Composmentis, Ku : Lemah. Ttv : TD: 180/90 T:38.4 P:89 R: 26 Serta terpasang Infus RL, nafsu makan turun pasien hanya menghabiskan ¼ porsi makanan yang disajikan, nyeri di abdomen kudran kanan atas dan kuadran kanan bawah terasa begah bertambah penuh pada saat duduk dan berkurang ketika tiduran, Keluarga Pasien mengatakan Pasien masih batuk berdahak, Nafas Kadang sesak, Makan kadang tersedak, Badan

lemah. Bicara belum bisa, tangan kanan dan kaki kanan kaku susah di gerakan, Serta Sekarang badan pasien tidak panas lagi, Pasien Kelihatan lemah, Kesadaran composmentis, Batuk keras serta dahak lendir putih kental, Tangan serta kaki Kanan kaku. Kronologi keluhan :

- a. Faktor Pencetus : duduk
  - b. Timbulnya Keluhan : ( v ) Mendadak ( ) Bertahap
  - c. Lamanya : hilang timbul
2. Alasan masuk panti : -
  3. Tanggal masuk panti : -
  4. Riwayat Kesehatan Masa Lalu : pasien memiliki Riwayat mioma uteri dan 2x melakukan operasi laparatomi pada tahun 1989 dan 1995
1. Riwayat Imunisasi : lengkap
  2. Riwayat Alergi : tidak ada
  3. Riwayat Kecelakaan : tidak ada
  4. Riwayat dirawat di Rumah Sakit : ada
  5. Riwayat Pemakaian Obat : tidak ada

Riwayat Kesehatan Keluarga (*termasuk riwayat psikososial dan spiritual*)

1. Orang terdekat dengan klien : keluarga
2. Masalah yang mempengaruhi klien : khawatir karena keluarga yang menjaga agak kesulitan membagi waktu untuk bergantian sehingga keluarga yang selalu menjaga hanya keponakannya yang memiliki balita.
3. Mekanisme koping terhadap stress :
  - ( ) Pemecahan masalah ( ) Minum obat ( ) Tidur
  - ( ) Makan ( ) Cari pertolongan ( v ) Lain-lain, berdoa
4. Persepsi klien tentang penyakitnya :
  - a. Hal yang sangat dipikirkan saat ini  
Klien tidak mengetahui mengapa dia bisa seperti ini, dan klien tidak bisa bergerak
  - b. Harapan setelah menjalani perawatan  
Pasien berharap cepat pulih
  - c. Perubahan yang dirasakan setelah perawatan

Pasien merasa adanya perbaikan Sistem nilai kepercayaan

- d. Aktivitas keagamaan/ kepercayaan yang dilakukan (macam dan frekuensi), berdoa, sholat dan membaca alquran
- e. Kegiatan keagamaan/ kepercayaan yang ingin dilakukan selama di panti, berdoa
- f. Percaya adanya kematian, pasien percaya akan adanya kematian namun pasien sudah mempersiapkan diei dalam menghadapi kematian

#### Pola Kebiasaan Sehari-Hari

##### 1. Nutrisi

- a. Frekuensi makan : 3x sehari
- b. Nafsu makan : menurun
- c. Jenis makanan : nasi, lauk, sayur dan buah
- d. Makanan yang tidak disukai : tidak ada
- e. Alergi makanan/ pantangan : tidak ada
- f. Kebiasaan sebelum makan : tidak ada
- g. Berat badan dan tinggi badan :

##### 2. Eliminasi

- a. Berkemih Frekuensi : 5x  
Warna : kuning  
Keluhan yang berhubungan dengan berkemih : tidak ada

##### b. Defekasi Frekuensi : -

Waktu : -

Konsistensi : -

Warna : -

Bau : -

Keluhan yang berhubungan dengan defekasi: pasien mengatakan belum ada BAB selama 3 hari

Pengalaman pemakaian laksatif/ pencahar : tidak ada

### 3. *Personal hygiene*

#### a. Mandi

Frekuensi : 2x sehari

Pemakaian sabun : Ya/ ~~Tidak~~

#### b. Kebersihan mulut

Frekuensi : 2x sehari

Waktu : pagi dan malam

#### c. Cuci rambut

Frekuensi : 2x seminggu

Pemakaian sampo : Ya/ ~~Tidak~~

#### d. Gunting kuku

Frekuensi : 1x seminggu

#### e. Istirahat dan lama tidur

a. Lamanya tidur (jam / hari) : 3-4 jam

b. Tidur siang : Ya/ ~~Tidak~~

### 5. Aktivitas dan latihan

a. Olahraga : ~~Ya~~/ Tidak

b. Jenis dan frekuensi : -

c. Kegiatan waktu luang : menjaga anak dari keponakan

d. Keluhan waktu beraktivitas : tidak ada

( ) Pergerakan tubuh ( ) Mengenakan pakaian

( ) Bersolek ( ) Mandi

( ) sesak napas setelah beraktivitas ( ) Lain-lain

### 6. Kebiasaan

a. Merokok : ~~Ya~~/ Tidak

Frekuensi : -

Jumlah : -

Lama pakai : -

#### b. Minuman

keras : ~~Ya~~/ Tidak

Frekuensi : -

- Jumlah : -  
 Lama pakai : -  
 c. Ketergantungan obat : Ya/ Tidak  
 Frekuensi : -  
 Jumlah : -  
 Lama pakai : -

#### Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum : kesadaran composmentis gcs e4v5m6
2. Tanda-tanda vital : TD: 140/80 mmHg, P: 82 x/menit, R: 20 x/menit,  
T: 36c, SPO2: 96%
3. Kepala : Normal
4. Mata : Normal
5. Hidung : Normal
6. Telinga : Normal
7. Mulut dan bibir : Normal
8. Leher : Normal
9. Dada : Normal
10. Abdomen : distensi abdomen, nyeri tekan pada abdomen  
kudran kanan bawah, hipertimpani
11. Genitalia : Normal
12. Ekstremitas : Normal

#### Pengkajian Status Fungsional

Pengkajian status fungsional adalah suatu bentuk pengukuran kemampuan seseorang untuk melakukan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri.

Pengkajian ini menggunakan Indeks Kemandirian Katz untuk aktivitas kehidupan sehari-hari yang berdasarkan pada evaluasi fungsi mandiri atau tergantung dari klien dalam hal makan, kontinen (defekasi/ berkemih), berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi.

**A\_\_** Kemandirian dalam hal makan, kontinen (defekasi/ berkemih), berpindah, ke kamar kecil, berpakaian dan mandi

**B\_\_** Kemandirian dalam semua hal, kecuali satu dari fungsi tersebut

**C\_\_** Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan

**D**\_\_Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian dan satu fungsi tambahan

**E**\_\_ Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil dan satu fungsi tambahan

**F**\_\_\_Kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil berpindah dan satu fungsi tambahan

**G**\_\_Ketergantungan pada sedikitnya dua fungsi, tetapi tidak dapat diklasifikasikan sebagai

C, D, E, F

**Keterangan:**

**Pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri**

**Mandiri** berarti tanpa pengawasan, pengarahan atau bantuan aktif dari orang lain. Seseorang yang menolak untuk melakukan suatu fungsi dianggap tidak mampu melakukan fungsi, meskipun ia dianggap mampu.

## Pengkajian Psikososial

Pengkajian ini menggunakan Skala Depresi Geriatri bentuk singkat dari Yesavage (1983)

No.	Pertanyaan	Ya	Tidak
1.	Apakah pada dasarnya anda puas dengan kehidupan anda?		V
2.	Sudahkah anda mengeluarkan aktivitas dan minat anda?	V	
3.	Apakah anda merasa bahwa hidup anda kosong?	V	
4.	Apakah anda sering merasa bosan?	V	
5.	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap waktu?		V
6.	Apakah anda takut sesuatu akan terjadi pada anda?	V	
7.	Apakah anda merasa bahagia setiap waktu?		V
8.	Apakah anda sering merasa tidak berdaya?	V	
9.	Apakah anda lebih suka tinggal di rumah pada malam hari daripada pergi dan melakukan sesuatu yang baru?	V	
10.	Apakah anda merasa bahwa anda mempunyai lebih banyak masalah dengan ingatan anda daripada yang lainnya?	V	
11.	Apakah anda berpikir sangat menyenangkan hidup saat ini?		V
12.	Apakah anda merasa saya (perawat) sangat tidak berguna dengan keadaan anda sekarang?	V	
13.	Apakah anda merasa penuh berenergi semangat?		V
14.	Apakah anda berpikir bahwa situasi anda tak ada harapan?	V	
15.	Apakah anda berpikir bahwa banyak orang yang lebih baik daripada anda?	V	

## Keterangan:

Skor: Hitung jumlah jawaban yang sesuai indikasi (tanda "V") Setiap jawaban yang sesuai diberi nilai 1 (satu)

## Interpretasi:

Skor 5 – 9 menunjukkan kemungkinan depresi Skor 10 atau lebih menunjukkan depresi

Hasil : skor 1 menunjukkan pasien tidak menunjukkan kemungkinan depresi

### SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

Tujuan: penilaian defisit otak organik pada klien lansia

Perlu diingat ini adalah status kuesioner mental umum, dan jawaban pertanyaan cenderung bias berdasarkan budaya, usia dan pendidikan

Ijinkan satu kesalahan jika subjek hanya memiliki pendidikan sekolah dasar

Biarkan satu kesalahan jika subjek memiliki pendidikan sekolah tinggi Ajukan pertanyaan 1-1- dalam daftar ini dan catat semua jawaban

Pertanyaan	Jawaban	
	Benar	Salah
1. Tanggal berapa hari ini?	V	
2. Apa hari minggu itu?	V	
3. Apa nama tempat ini?	V	
4. Berapakah nomor telepon anda? (jika mereka memiliki telepon)	V	
5. Apa alamat jalan menuju rumah anda?	V	
6. Berapa umur anda?	V	
7. Kapan anda lahir?	V	
8. Siapa presiden Indonesia sekarang?	V	
9. Siapa nama ibu anda?	V	
10. Kurang 3 dari 20 dan tetap mengurangi 3 dari setiap nomor baru, semua jalan ke bawah Jumlah kesalahan: 0	V	

Hasil : jumlah kesalahan 0

Skoring:

0-2 kesalahan : utuh, intelektual berfungsi  
3-4 kesalahan : penurunan intelektual *mild*

5-7 kesalahan : penurunan intelektual moderat  
8-10 kesalahan : penurunan intelektual parah Sumber:

Pffeifer, E. 1975. *A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients*. Journal of American Geriatrics Society. 23, 433-41

## Morse Fall Scale (MFS) Skala Jatuh dari Morse

Nama : Tn.YA

Usia : 85 tahun

Panti/ Wisma :

Tanggal : 8 juli 2024

Pengkajian	Skala	Nilai
1. Riwayat jatuh: apakah lansia pernah jatuh dalam 3 bulan terakhir?	Tidak 0 Ya 25	0
2. Diagnosa sekunder: apakah lansia memiliki lebih dari satu penyakit?	Tidak 0 Ya 15	15
3. Alat bantu jalan: - Bedrest/ dibantu perawat - Kruk/ tongkat/ walker - Berpegangan pada benda-benda di sekitar (kursi, lemari, meja)	0 15 30	15
4. Terapi intravena: apakah saat ini terpasang infus/ cairan intravena pada lansia?	Tidak 0 Ya 20	20
5. Gaya berjalan/ cara berpindah - Normal/ bedrest. Immobile (tidak dapat bergerak sendiri) - Lemah (tidak bertenaga) - Gangguan/ tidak normal (pincang, diseret)	0 10 20	10
6. Status mental - Lansia menyadari kondisi dirinya sendiri - Lansia mengalami keterbatasan daya ingat	0 15	15

## Hasil penilaian MFS

Tingkat Risiko	Skor MFS	Tindakan
Tidak ada risiko	0-24	Perawatan dasar
Risiko rendah	25-50	Intervensi pencegahan risiko standar
Risiko tinggi	$\geq 51$	Intervensi pencegahan risiko tinggi

Hasil: skor 75 pasien memiliki risiko tinggi jatuh

## Lampiran 3 Lembar Persetujuan Kasus

**LEMBAR PERSETUJUAN PENGAMBILAN KASUS KELOLAAN  
STASE KEPERAWATAN KOMPREHENSIF PROGRAM STUDI PROFESI  
NERS STIKES SUKA INSAN BANJARMASIN**

Asuhan Keperawatan Klien Ny. P dengan masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif oleh presepti: Marianus Aloysio, S. Kep, NIM: 113063J123054 telah disetujui oleh preseptor lahan pada tanggal 9 Juli 2024

Banjarmasin, 8 Juli 2024

Presepti,



(Marianus Aloysio, S. Kep)

(113063J123054)

Preseptor Lahan



Sisilia Situm, S.Kep.,Ns  
NIM 113063J123054

(Sisilia Situm, S.Kep.,Ns)

## Lampiran 4 Lembar Konsul pembimbing lahan



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN**  
**PROFESI NERS**  
**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Marianus Aloysio, S.Kep  
 NIM : 113063J123054  
 Semester / Kelas : Profesi Ners/Semester 2

Judul Laporan Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Medical Bedah Dengan Gangguan Sistem Saraf Pada Stroke Non Hemoragic Dengan Penerapan Intervensi Mobilisasi Progesif dengan masalah keperawatan Perfusi Selebral Tidak Efektif Pada Tn Ya Di Bangsal Anna Di Rumah Sakit Suaka Insan Tahun 2024

Pembimbing lahan : Sisilia Sitim, S.Kep.,Ners

Hari/Tanggal	Arahan dan saran perbaikan	Paraf pembimbing	Paraf mahasiswa
Selasa 09 Juli 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan aspek (Sesuaikan analisa data dengan data pengkajian, lengkapi pengkajian.)</li> </ul>	 Sisilia Sitim, S.Kep.Ners NIRA: 83710332446	
Rabu 10 Juli 2024	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perbaikan aspek (sesuaikan waktu perawatan, intervensi disesuaikan, tambahkan jam di evaluasi, untuk poin planning itu sama dengan intervensi)</li> </ul>	 Sisilia Sitim, S.Kep.Ners NIRA: 83710332446	

Kamis 11 Juli 2024	<ul style="list-style-type: none"><li>• Perbaiki aspek ( lengkapi pemeriksaan penunjang dan drug study)</li><li>• Sesuaikan analisa data dengan pengkajian</li></ul>	 Siti Nurhasanah, S.Kep.Ns NIP. 19710322446	
Jumat 12 Juli 2024	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buat patway di etiologi</li><li>• Tambahkan waktu saat melakukan implementasi</li><li>• Lengkapi Soapie</li><li>• Tambahkan Kesimpulan pemeriksaan laboratorium</li></ul>	 Siti Nurhasanah, S.Kep.Ns NIP. 19710322446	

## Lampiran 5 Lembar Konsultasi Pembimbing Akademik



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN**  
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI**  
**NERS**

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Marianus Aloysio, S. Kep  
 NIM : 113063J123054  
 Semester / Kelas : II/ Profesi Ners  
 Judul Laporan Studi Kasus : ASUHAN KEPERAWATAN MEDICAL BEDAH DENGAN GANGGUAN SISTEM SARAF PADA STROKE NON HEMORAGIC DENGAN PENERAPAN INTERVENSI MOBILISASI PROGESIF, PERFUSI SELEBRAL TIDAK EFEKTIF PADA TN YA DI BANGSAL ANNA DI RUMAH SAKIT SUAKA INSAN TAHUN 2024

Pembimbing : Lucia Andi Chrimilasari, S. Kep., Ners, M. Kep

Hari / Tgl.	Arahan dan Saran Perbaikan	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
Selasa, 9 Juli 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laporan dan konfirmasi ke pembimbing</li> <li>2. Lanjutkan pengkajian</li> </ol>		
Rabu, 10 Juli 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Laporan hasil pemeriksaan CT Scan</li> <li>2. Perbaiki isi bab 1</li> </ol>		
Senin, 15 Juli 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki isi bab 3</li> <li>2. Tambahkan EBP pada intervensi dan implementasi</li> <li>3. Perbaiki penulisan</li> </ol>		
Selasa, 16 Juli 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki isi bab 3 dan bab 4</li> <li>2. Tambahkan data bab 1</li> <li>3. Tambahkan data bab 2</li> </ol>		
Rabu, 17 Juli 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki dan tambahkan data pada bab 1, 2, 3, 4</li> </ol>		
Jumat, 19 Juli 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki isi bab 3 sampai 5</li> <li>2. Patway cari dari maksimal 5 tahun Atau terbaru</li> </ol>		
Sabtu 20 Juli 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki Baik diagnosa, intervensi, implementasi dan perkembangan</li> <li>2. Bentuk kolom saja, copas yg di pengkajian</li> <li>3. Bab 3 di perbaiki fokus 1 diagnosa saja</li> <li>4. Tambahkan ebp bagian intervensi</li> </ol>		

**PENGARUH MOBILISASI PROGRESIF TERHADAP PERUBAHAN  
TEKANAN DARAH PADA PASIEN STROKE DI RUANGAN ICU**

***EFFECT OF PROGRESSIVE MOBILIZATION ON BLOOD PRESSURE  
CHANGES IN STROKE PATIENTS IN ICU ROOM***

Suwarly Mobiluu<sup>1</sup>, Mansur Tomayahu<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup> Politeknik Kesehatan Kemenkes Gorontalo.

e-mail: [suwarlymobiluu@poltekkesgorontalo.ac.id](mailto:suwarlymobiluu@poltekkesgorontalo.ac.id)

**Abstrak**

Stroke merupakan salah satu kasus yang membutuhkan pemantauan hemodinamik dan merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat modern saat ini. Kondisi ini yang sering terjadi dimana pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak.. American Association of Critical Care Nurses (AACN) memperkenalkan intervensi mobilisasi progresif (Head of Bed, Range of Motion dan lanjutan rotasi lateral). Mobilisasi progresif diharapkan dapat menimbulkan respon hemodinamik yang baik . Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh mobilisasi progresif terhadap perubahan tekanan darah pada pasien stroke di Ruang ICU RS MM Dunda Limboto. Jenis penelitian ini adalah quasi eksperimen dengan pendekatan pre and post tes design group. Jumlah responden sebanyak 15 orang dengan tehnik pengambilan sampel accidental sampling. Hasil analisis menunjukkan terdapat perbedaan hasil tekanan darah sebelum dan sesudah dilakukan mobilisasi progresif, dengan hasil analisis bivariat dengan uji Wilcoxon 0,000 <0,05 yang berarti pemberian mobilisasi progresif pada pasien stroke berpengaruh terhadap perubahan tekanan darah.. Kesimpulan terdapat pengaruh pemberian mobilisasi progresif terhadap penurunan tekanan darah pasien stroke di Ruang ICU RS MM Dunda Limboto.

**Kata kunci :** Mobilisasi progresif, Penurunan Tekanan Darah

**Abstract**

*Stroke is one of the cases that require hemodynamic monitoring and is a significant health problem for today's modern society. This condition often occurs where the blood supply to a part of the brain is suddenly interrupted, due to blockage or rupture of a blood vessel in the brain. The American Association of Critical-Care Nurses (AACN) introduces progressive mobilization interventions (Head of Bed, Range of Motion, and continued rotation). Laterals). Progressive mobilization is expected to cause an excellent hemodynamic response. This study aims to determine the effect of progressive mobilization on changes in blood pressure in stroke patients in the ICU MM Dunda Limboto Hospital. This type of research is a quasi-experimental approach with a pre and post-test design group approach. The number of respondents was 15 people with an accidental sampling technique. The analysis results showed that there were differences in blood pressure results before and after progressive mobilization, with the bivariate analysis results with the Wilcoxon test 0.000 <0.05, which means that giving progressive mobilization to stroke patients affects changes in blood pressure. The conclusion is that there is an effect of giving progressive mobilization to decrease blood pressure of stroke patients in the ICU MM Dunda Limboto Hospital.*

**Keywords:** *Progressive Mobilization, Lowering Blood Pressure*

## 1. PENDAHULUAN

WHO (2014) mendefinisikan stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi otak, baik fokal maupun global (menyeluruh), yang berlangsung cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler(1).

Stroke adalah suatu kondisi yang terjadi ketika pasokan darah ke suatu bagian otak tiba-tiba terganggu, karena sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak. Dalam jaringan otak, kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusakkan atau mematikan sel-sel saraf otak. Kematian jaringan otak dapat menyebabkan hilangnya fungsi yang dikendalikan oleh jaringan itu. Aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak berhenti, sehingga sebagian otak tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya. (2)

Prevalensi stroke di dunia pada tahun 2016 adalah sebanyak 33 juta, dengan 16,9 juta orang terkena stroke serangan pertama. Dari data South East Asian Medical Information Centre (SEAMIC) diketahui bahwa angka

kematian stroke terbesar di Asia Tenggara terjadi di Indonesia yang kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia dan Thailand. Di Indonesia prevalensi stroke meningkat dari 8,3 per 1000 pada tahun 2013 menjadi 12,1 per 1000 pada tahun 2017. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia diatas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun.

Prevalensi stroke Nasional berdasarkan Riskesdas 2013 sebesar 12,1% tertinggi di Provinsi Sulawesi Selatan (17,9%) dan terendah di Provinsi Papua Barat, Lampung, dan Jambi (5,3%),(3) sedangkan Hasil Riskesdas tahun 2018 menunjukkan prevalensi penyakit Tidak Menular (PTM) di Provinsi Gorontalo mengalami kenaikan jika dibandingkan Riskesdas 2013, dimana prevalensi stroke meningkat dari awalnya 7% menjadi 10,9%. Di RS MM Dunda, kasus stroke menunjukkan adanya kenaikan setiap tahunnya. Data yang didapatkan dari bagian rekam medic bahwa pada tahun 2017 terdapat 172 kasus stroke dan 116 diantaranya meninggal dunia. Pada tahun 2018 terdapat 217 kasus stroke dan 145 orang diantaranya

meninggal dunia. Sedangkan selang Januari hingga Juni 2020 data kasus stroke berjumlah 138 dan 98 diantaranya meninggal dunia. Stroke yang merupakan salah satu kasus yang membutuhkan pemantauan hemodinamik merupakan masalah kesehatan yang utama bagi masyarakat modern saat ini. Dewasa ini, stroke semakin masalah serius yang dihadapi hampir di seluruh dunia. Hal tersebut dikarenakan serangan stroke yang mendadak dapat mengakibatkan kematian, kecacatan fisik dan mental baik pada usia produktif maupun usia lanjut (4).

American Association of Critical Care Nurses (AACN) memperkenalkan intervensi mobilisasi progresif yang terdiri dari beberapa tahapan yaitu : Head of Bed (HOB), latihan Range of Motion (ROM) pasif dan aktif, terapi lanjutan rotasi lateral, posisi tengkurap, pergerakan melawan gravitasi, posisi duduk, posisi kaki menggantung, berdiri dan berjalan. Mobilisasi progresif yang diberikan kepada pasien diharapkan menimbulkan respon hemodinamik yang baik posisi duduk tegak, kinerja paru paru baik dalam proses distribusi ventilasi serta perfusi akan membaik selama diberikan mobilisasi. Proses sirkulasi darah juga dipengaruhi oleh posisi tubuh dan perubahan gravitasi tubuh, sehingga

perfusi, difusi, distribusi aliran darah dan oksigen dapat mengalir ke seluruh tubuh (5).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada awal Juni 2020 di RS MM Dunda Limboto, didapatkan bahwa tindakan mobilisasi pasien hanya sebatas head up 30, tindakan ROM pasif dan aktif serta rotasi lateral belum dilaksanakan, sehingga hal ini juga dapat mempengaruhi lambatnya penurunan tekanan darah pada pasien stroke di ruangan ICU. Berdasarkan hal tersebut diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait dengan Pengaruh Mobilisasi Progresif terhadap perubahan tekanan darah pada pasien stroke di ruangan ICU RS MM Dunda Limboto.

## 2. METODE

Dalam hal ini peneliti bermaksud untuk mengetahui variable independenn yaitu pengaruh mobilisasi progresif dengan tindakan Head of Bed (HOB), ROM pasif dan rotasi lateral terhadap variable dependen yaitu perubahan tekanan darah pada pasien stroke di ruang ICU MM Dunda Limboto.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu quasi eksperimen dengan pendekatan pre and post tes design group. Penelitian ini telah

dilaksanakan pada selang bulan Juli – November 2020 di ruang ICU RS MM Dunda Limboto.

Sampel dalam penelitian menggunakan accidental sampling 15 orang, Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien stroke yang masuk di ruang ICU RS MM Dunda Limboto.

### 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 3.1. Hasil

##### 3.1.1. Hasil Tekanan Darah pada pasien Stroke Sebelum dilakukan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto

**Tabel 1 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Tekanan Darah sebelum diberikan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto**

Tekanan Darah	Frekuensi	Presentase (%)
Normal < 120/<80)	0	0
Pre-hipertensi 120-139/ 80-90)	0	0
Hipertensi (140-159/ 90-99)	10	66%
Hipertensi 2 (>160/	3	21%

Tekanan Darah	Frekuensi	Presentase (%)
>100) Krisis Hipertensi 180/ >120)	2	13%
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Tabel 1 menunjukkan distribusi frekuensi tekanan darah sebelum diberikan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral terdapat 10 responden (66%) mengalami hipertensi derajat 1.

##### 3.1.2. Hasil Tekanan Darah pada pasien Stroke Setelah dilakukan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto

**Tabel 2 Distribusi Frekuensi Responden berdasarkan Tekanan Darah setelah diberikan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto**

Tekanan Darah	Frekuensi	Presentase (%)
Normal < 120/80)	0	0%
Pre-hipertensi (120-139/ 80-90)	5	33%
Hipertensi 1 (140-159/ 90-99)	6	40%
Hipertensi 2 (>160/		

99)		
Hipertensi	3	20%
2 (>160/ >100)		
Krisis	1	5%
Hipertensi		
(>180/ >120)		
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>

Tabel 2 Distribusi frekuensi berdasarkan Tekanan Darah setelah diberikan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral terdapat 5 responden (33%) yang mengalami Pre Hipertensi.

### 3.1.3 Pengaruh *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral terhadap perubahan tekanan darah pada pasien

**Tabel 3. Pengaruh *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral Terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Stroke di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto**

Berdasarkan tabel 3 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan hasil tekanan darah sebelum dan setelah diberikan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral. Hal ini menunjukkan

dengan uji *wilcoxon* didapatkan *p*-Value sebesar 0,000 ( $p < 0,05$ ).

### 3.2. Pembahasan

3.2.1 Tekanan Darah sebelum dan setelah diberikan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto,

Hasil tekanan darah sebelum dilakukan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral pada pasien Stroke di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto yaitu terdapat 10 orang (66%) yang termasuk dalam kategori Hipertensi

Variabel	N	M	Stan e dar a n	Stan dar Devi asi	<i>p</i> - Val ue
Sebelum diberikan intervensi	15				0,0
Setelah diberikan intervensi					00

Grade 1, 3 orang (21%) kategori hipertensi grade 2 dan 2 orang (13 %) dengan kategori krisis hipertensi. Hasil tekanan darah setelah dilakukan intervensi *Head Of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral pada pasien Stroke di ICU RSUD. MM. Dunda Limboto yaitu terdapat 5

orang (33%) yang termasuk dalam kategori pre hipertensi, 6 orang (40%) yang termasuk dalam kategori Hipertensi Grade I, dan 3 orang (21%) dengan kategori hipertensi grade II, dan 1 orang (5%) dalam kategori krisis hipertensi. Dari data tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa terjadi perubahan kategori hipertensi pada pasien yang telah diberikan intervensi.

Pasien stroke menghabiskan waktu yang lama untuk masa rawat dirumah sakit. Perubahan besar terjadi pada sistim kardiovaskuler saat bedrest, posisi terlentang membuat 11% volume darah menghilang dari kaki, yang seharusnya menuju banyak dada. Dalam 3 hari pertama bedrest volume plasma akan berkurang 8% sampai 10%. Kerugian menjadi 15% sampai 20% pada minggu keempat. Perubahan ini mengakibatkan peningkatan beban kerja jantung, peningkatan masa istirahat denyut jantung, dan perubahan stroke volume menyebabkan penurunan cardiac output (5). Secara teori tekanan darah dapat dipengaruhi oleh beberapa factor yaitu *cardiac output* merupakan jumlah darah yang dikeluarkan dari ventrikel kiri dalam satu menit. *Preload* merupakan tekanan saat pengisian atrium kanan selama

diastolic yang menggambarkan volume dari aliran balik jantung (6).

Posisi mempunyai efek terhadap perubahan tekanan darah dan tekanan vena sentral. Pada posisi *head of bed* menunjukkan aliran balik darah dari bagian bagian inferior menuju ke atrium kanan cukup baik karena resistensi pembuluh darah dan tekanan atrium kanan tidak terlalu tinggi, sehingga volume darah yang masuk (*venous return*) ke atrium kanan cukup baik dan tekanan pengisian ventrikel kanan (*preload*) meningkat, yang dapat mengarah pada peningkatan stroke volume dan cardiac output. Perubahan posisi lateral atau miring mempengaruhi aliran balik darah yang menuju ke jantung dan berdampak pada hemodinamik (7)

Pada pasien kritis lebih baik untuk diberikan mobilisasi dari pada pasien dibiarkan dalam posisi supine secara terus menerus. Karena dengan membiarkan pasien dalam keadaan imobilisasi akan memberikan dampak yang buruk pada organ-organ tubuh. Maka dari itu perawat perlu merencanakan kegiatan mobilisasi kepada pasien. Mobilisasi adalah kegiatan fundamental keperawatan yang membutuhkan pengetahuan dan keterampilan untuk menerapkan secara efektif untuk pasien sakit kritis. Mobilisasi dapat menghasilkan *outcome* yang baik bagi

pasien seperti meningkatkan pertukaran gas, mengurangi angka ventrikel atrial pressur (VAP), mengurangi durasi penggunaan ventilator, dan meningkatkan kemampuan fungsional jangka panjang (5)

Ketidakstabilan hemodinamik merupakan salah satu tantangan untuk perawat dalam melakukan mobilisasi pada pasien kritis. Untuk menyeimbangkan antara risiko dan manfaat dari mobilisasi pada pasien kritis maka perawat harus menentukan jenis mobilisasi yang tepat, memperhatikan penyakit tertentu, mengkaji factor risiko, menentukan waktu sesi mobilisasi, mengurangi kecepatan saat melakukan mobilisasi yang dapat mempengaruhi respon system kardiovaskuler ((5)).

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Olvani pada tahun 2015 dimana diperoleh hasil mobilisasi progresif level I dapat mempengaruhi hemodinamik *non intensive* pada pasien *cerebral injury*. Hasil yang diperoleh setelah diberikan intervensi terlihat ada perubahan pada parameter tekanan darah dan *respiratory rate* dan saturasi oksigen tidak mengalami perubahan (8)

Penelitian ini yang sejalan dengan hasil penelitian ini yaitu penelitian yang dilakukan oleh Aprilia Endang, dkk, tahun 20017 tentang Pengaruh Mobilisasi

Progresi terhadap Status Hemodinamik Pada Pasien Kritis di ICU RSUD Karanganyar dengan hasil analisis bivariat didapatkan ada perbedaan bermakna antar *Heart Rate* (HR), *Respiratory Rate* (RR), dan saturasi oksigen (SaO<sub>2</sub>), Tekanan Darah (BP) dan *Mean Arterial Pressure* (MAP) sebelum dan sesudah mobilisasi progresif(9).

Berdasarkan teori dan penelitian-penelitian yang disebutkan di atas, peneliti berasumsi bahwa perubahan tekanan darah secara signifikan diakibatkan oleh efek dari intervensi *Head of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral yang telah diberikan.

### 3.2.2 Pengaruh *Head of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral terhadap Perubahan Tekanan Darah Pada Pasien Stroke di ICU RSUD M.M Dunda Limboto

Hasil uji *wilcoxon rank test* didapatkan *p value* = 0,000 ( $< \alpha$  0,05) sehingga  $H_0$  ditolak artinya terdapat pengaruh *Head of Bed*, ROM Pasif, dan Rotasi Lateral terhadap perubahan tekanan darah pada pasien stroke di ICU RSUD M.M Dunda Limboto.

Mobilisasi progresif dapat mempengaruhi tekanan darah hal ini dikarenakan setelah diberikan mobilisasi progresif level I pada posisi *Head of Bed*,