

# LAMPIRAN

Lampiran. 1 Asuhan Keperawatan

**FORMAT PENGKAJIAN  
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : Sutriyanah  
Tempat Praktik : R. Flamboyan RSUD Prembun  
Tanggal : 3 Desember 2023

**I. Identitas**

**A. Identitas Klien:**

1. Nama : Tn. A
2. Tempat/tanggal lahir : Kebumen, 27 Februari 1975
3. Golongan darah : -
4. Pendidikan terakhir : Sekolah Dasar
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : Menikah
8. Pekerjaan : Petani
9. Alamat : Dusun Kalandakan 02/01 Desa Pesuningan
10. Diagnosa medik : Stroke Non Hemoragik

**B. Identitas Penanggung Jawab:**

1. Nama : Tn. M
2. Umur : 49 Tahun
3. Jenis kelamin : Laki-laki
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Saudara
7. Pendidikan terakhir : Sekolah Dasar
8. Alamat : Dusun Kalandakan 02/01 Desa Pesuningan

**II. Status Kesehatan**

**A. Status kesehatan saat ini**

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama

Pasien datang dengan keluhan kelemahan anggota gerak kiri sejak satu hari yang lalu dan sakit kepala

2. Faktor pencetus: Lemahnya otot ekstremitas kiri
3. Lamanya keluhan: Satu hari yang lalu
4. Timbulnya keluhan: ( ) bertahap (✓) mendadak
5. Faktor yang memperberat:

**B. Status kesehatan masa lalu:**

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang)

Pasienn mengatakan mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan pernah mengalami kondisi yang sama sekitar dua bulan yang lalu.

2. Kecelakaan:

Pasien mengatakan pernah mengalami kecelakaan motor pada tahun 2017 namun hanya luka-luka di jahit tidak sampai operasi.

**C. Pernah dirawat**

1. Penyakit : Stroke
2. Waktu : 2 bulan yang lalu
3. Riwayat operasi : Tidak ada

**III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik**

**A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan**

1. Persepsi tentang kesehatan diri: pasien mengatakan kesehatan itu sangat penting, pasien mengatakan ingin segera pulang kerumah

2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya  
Pasien mengatakan sudah tahu tentang penyakit yang dideritanya, pasien mengatakan sudah patuh minum obat

3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan

- a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?

Pasien makan sesuai diit rumah sakit

- b. Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi

Pasien mengatakan kebersihan diri dibantu oleh keluarga ketika sakit

- c. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan

- 1) Yang dilakukan bila sakit

Berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan terdekat

- 2) Kemana pasien biasa berobat bila sakit  
 Ke fasilitas pelayanan kesehatan
- 3) Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)  
 Merokok: satu pak/hari, lama: 25 tahun  
 Alkohol: tidak pernah ..... lama: tidak ada.... Tahun  
 Kebiasaan olah raga, jenis: ...tidak ada..., frekuensi: tidak ada

No	Obat atau jamu yang dikonsumsi	Dosis	Keterangan
1.	Amlodipine	10 mg	Penurun tekanan darah

- d. Factor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
- 1) Penghasilan: kurang lebih 1,5 juta per bulan
  - 2) Asuransi/jaminan kesehatan: BPJS
  - 3) Keadaan lingkungan tempat tinggal: keadaan lingkungan baik

## 2. Nutrisi cairan dan metabolic

### a. Gejala (subyektif)

- 1) Diet biasa (tipe): bubur/susu...jumlah makan/hari: 3 kali sehari
- 2) Pola diit: susu/bubur, makan terakhir: sore
- 3) Nafsu/selera makan: sedikit menurun, Mual: Tidak, waktu: -
- 4) Muntah: (✓) tidak ada ( ) ada, jumlah : .....
- 5) Nyeri ulu hati: (✓) tidak ada ( ) ada,
- 6) Alergi makanan: (✓) tidak ada ( ) ada .....
- 7) Masalah mengunyah/menelan: (✓) tidak ada ( ) ada, jelaskan .....
- 8) Keluhan demam: (✓) tidak ada ( ) ada,
- 9) Pola minum/cairan: jumlah minum: 1000 ml.....

Cairan yang biasa diminum: air bening.....

- 10) Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir: (✓) tidak ada ( ) ada,

### b. Tanda (obyektif)

- 1) Suhu tubuh: .....36,5..... OC  
 Diaphoresis: (✓) tidak ada ( ) ada,
- 2) Berat badan: .....64..... kg Tinggi badan: .....167..... cm  
 Turgor kulit: .....baik..... Tonus otot: .....
- 3) Edema: (✓) tidak ada ( ) ada, lokasi dan karakteristik

- 4) Ascites: () tidak ada (  ) ada,
- 5) Integritas kulit perut .....Lingkar abdomen .....cm
- 6) Distensi vena jugularis: () tidak ada (  ) ada,
- 7) Hernia/masa: () tidak ada (  ) ada, lokasi dan karakteristik
- 8) Bau mulut/halitosis: () tidak ada (  ) ada .....
- 9) Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah: tampak bersih
3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan
- a. Gejala subyektif:
- 1) Dispneu: () tidak ada (  ) ada
  - 2) Yang meningkatkan/mengurangi sesak : tidak ada.....
  - 3) Pemajaman terhadap udara berbahaya tidak ada.....
  - 4) Penggunaan alat bantu : () tidak ada (  ) ada,.....
- b. Tanda obyektif:
- 1) Pernafasan : frekuensi...20 x/m....Kedalaman.....normal.....  
Simetris: dada simetris.....
  - 2) Penggunaan alat bantu nafas : tidak ada.....  
Nafas cuping hidung: tidak ada.....
  - 3) Batuk : tidak ada.... Sputum (karakteristik) : tidak ada.....
  - 4) Fremitus : tidak ada..... Bumyi nafas : reguler .....
  - 5) Egofoni : tidak ada..... Sianosis : tidak ada.....
4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)
- 1) Gejala subyektif:
- 1) Kegiatan dalam pekerjaan: pasien terbaring ditempat tidur.....
  - 2) Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
    - a. Pergerakan tubuh: terbatas.....
    - b. Kemampuan merubah posisi: (  ) mandiri () perlu bantuan,  
Jelaskan: pasien memiliki kelemahan anggota gerak kiri
    - c. Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)  
(  )mandiri () perlu bantuan, jelaskan: pasien memiliki  
kelemahan anggota gerak kiri
  - 3) Toileting (BAB/BAK) :(  ) mandiri () perlu bantuan, jelaskan:  
pasien memiliki kelemahan anggota gerak kiri

- 4) Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (✓) tidak ada ( ) ada,  
5) Mudah merasa kelelahan : ( ) tidak ada(✓) ada,jelaskan .....  
6) Toleransi terhadap aktivitas : ( ) baik (✓) kurang, jelaskan .....

2) Tanda obyektif:

1) Respon terhadap aktivitas yang teramati: pasien bebrbaring ditempat tidur

2) Status mental (misalnya menarik diri, letargi): tidak ada

3) Penampilan umum:

a) Tampak lemah: ( ) tidak (✓) ya, jelaskan .....

b) Kerapian berpakaian cukup rapi.....

1) Pengkajian neuromuskuler:

Masa/tonus: .....

Kekuatan otot: ekstremitas kiri 2, ekstremitas kanan 5 .....

Rentang gerak: terbatas.....

2) Bau badan: tidak ada..... Bau mulut : tidak ada.....

Kondisi kulit kepala: cukup bersih.....

Kebersihan kuku: cukup bersih.....

Istirahat

a. Gejala subyektif:

1) Kebiasaan tidur sewaktu sehat pasien jarang tidur siang.....

Lama tidur: kurang lebih 7jam.....

2) Masalah berhubungan dengan tidur

1. Insomnia: ( ) tidak ada (✓) ada

2. Kurang puas/segar setelah bangun tidur: ( ) tidak ada (✓)ada,

Jelaskan pasien mengatakan tidak terbiasa sehingga kurang nyaman dengan kondisi lingkungan .....

b. Tanda obyektif:

1) Tampak mengantuk/mata sayu: ( ) tidak ada (✓) ada, jelaskan : pasien mengatakan tidur kurang puas.....

2) Mata merah ( ) tidak ada (✓) ada

3) Sering menguap ( ) tidak ada (✓) ada

4) Kurang konsentrasi ( ) tidak ada (✓) ada

## 6. Sirkulasi

### a. Gejala subyektif:

- 1) Riwayat hipertensi dan masalah jantung : ( ) tidak ada      (✓)ada,  
Jelaskan .....
- 2) Riwayat edema kaki: (✓) tidak ada      ( ) ada, jelaskan .....
- 3) Flebitis:tidak ada..... ( ) Penyembuhan lambat
- 4) Rasa kesemutan: tidak ada.....
- 5) Palpitasi: tidak ada.....

### b. Tanda obyektif:

- 1) Tekanan darah 160/97mmHg
- 2) *Mean Arteri Pressure (MAP)* : 118 mmHg
- 3) Nadi:
  - a) Karotis : teraba
  - b) Femoralis : tidak terkaji
  - c) Popliteal : tidak terkaji
  - d) Jugularis : teraba
  - e) Radialis : teraba
  - f) Dorsal pedis : tidak terkaji
  - g) Bunyi jantung: S1 S2 lup-dup Frekuensi : 95 x/m  
Irama : sinus ritem, Kualitas : normal
  - h) Murmur : ..... Gallop : .....
  - i) Pengisian kapiler: kurang dari 3 detik.....
  - j) Varises : tidak ada.....Phlebitis : tidak ada.....
  - k) Warna membran mukosa: gelap..... Bibir : normal....  
Konjungtiva : tak anemis.....Sklera : tak ikterik
  - Punggung kuku : merah pucat.....

## 7. Eliminasi

### a. Gejala subyektif:

- 1) Pola BAB: frekuensi: 1x sehari konsistensi : lunak.....
- 2) Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal terpasang kolostomi/ileostomy): tidak ada.....

- 3) Kesulitan BAB : konstipasi: tidak ada.....  
Diare: tidak ada.....
- 4) Penggunaan laksatif: () tidak ada      (  ) ada, jelaskan .....
- 5) Waktu BAB terakhir: kemarin pagi.....
- 6) Riwayat perdarahan: tidak ada.....  
Hemorrhoid: tidak ada.....
- 7) Riwayat inkontinensia alvi: tidak ada.....
- 8) Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter): tidak ada.....
- 9) Riwayat penggunaan diuretik: tidak ada.....
- 10) Rasa nyeri/terbakar saat BAK: tidak ada.....
- 11) Kesulitan BAK: tidak ada.....

b. Tanda obyektif

- 1) Abdomen:
- a) Inspeksi: abdomen membuncit ada tidak, jelaskan: tidak ada
  - b) Auskultasi: bising usus: 6-10 x/m,bunyi abnormal: tidak ada
  - c) Perkusi
    - Bunyi timpani      (  ) tidak ada      () ada
    - Kembung                () tidak ada      (  ) ada
    - Bunyi abnormal      () tidak ada      (  ) ada
  - d) Palpasi
    - Nyeri tekan                 : tidak ada
    - Nyeri lepas konsistensi    : tidak ada
    - Massa                        : tidak ada
    - Pola BAB                    : konsistensi lunak, warna kuning
    - Pola BAK                    : normal, 4-5x sehari
    - Distensi kandung kemih    : tidak ada
  - e) Karakteristik urine      : kuning jernih
  - f) Bila terpasang kolostomi/ileostomi: tidak ada

8. Neurosensory dan kognitif

a. Gejala subyektif

- 1) Adanya nyeri tekan

P, Paliatif                : -

Q, Kualitas : -

R, Region : -

S, Skala : -

T, Time : -

- 2) Rasa ingin pingsan : tidak ada
- 3) Sakit kepala : pasien mengeluh sakit kepala
- 4) Kesemutan/kebas : tidak ada
- 5) Kejang : tidak ada
- 6) Mata : normal
- 7) Pendengaran : normal

b. Tanda obyektif

- 1) Status mental: compositus
- 2) GCS: 15 E: 4 V: 5 M: 6
- 3) Terorientasi: pasien terorientasi waktu, tanggal, bulan, tahun, tempat
- 4) Persepsi/sensori:
- 5) Memori: mengingat kejadian masa lalu
- 6) Alat bantu penglihatan: tidak ada
- 7) Reaksi pupil terhadap cahaya: mengecil
- 8) Penampilan umum tampak kesakitan: tidak ada

9. Keamanan

a. Gejala subyektif

- 1) Alergi
- 2) Riwayat penyakit hubungan seksual
- 3) Riwayat transfusi darah
- 4) Cedera
- 5) Riwayat kejang

b. Tanda obyektif

- 1) Suhu tubuh
- 2) Integritas jaringan
- 3) Adanya luka
- 4) Gangguan keseimbangan

10. Seksual reproduktif
- Pemahaman terhadap fungsi seksual; tidak terkaji
  - Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi: tidak terkaji
  - Permasalahan selama aktivitas seksual: tidak terkaji
11. Persepsi diri, konsep diri, mekanisme coping
- Gejala subyektif
    - Faktor stress: pasien mengatakan kepikiran dengan keadaan saat ini
    - Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan: berdiskusi dengan keluarga
    - Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah: memecahkan masalah Bersama dan mencari jalan kelyuar
    - Upaya pasien dalam menghadapi masalah sekarang: bersabar
    - Perasaan cemas: pasien cemas mengenai kondisinya
    - Perasaan ketidak berdayaan: tidak ada
    - Perasaan keputusasaan: tidak ada
    - Konsep diri
      - Citra diri: Tn.A adalah seorang laki-laki berusia 48 tahun
      - Ideal diri: pasien mengatakan ingin degera sembah
      - Harga diri: pasien mengatakan sedang menjalani pengobatan
  - Tanda obyektif
    - Status emosional: sedikit cemas
    - Respon fisiologis yang terobservasi:-
12. Interaksi social
- Gejala subyektif
    - Orang terdekat dan lebih berpengaruh: istri dan keluarga
    - Kepada siapa pasien siapa meminta bantuan jika mengalami masalah: keluarga
    - Adakah kesulitan dalam keluarga: tidak ada
    - Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan: tidak ada
  - Tanda obyektif
    - Kemampuan berbicara: normal
    - Pola bicara tidak biasa/kerusakan: tidak ada

- 3) Penggunaan alat bantu bicara: tidak ada
- 4) Adanya trakeostomi: tidak ada
- 5) Komunikasi verbal dan nonverbal dengan keluarga/orang lain: berbicara dengan suara sedang
- 6) Perilaku menarik diri: tidak ada

13. Pola nilai dan kepercayaan

a. Gejala subyektif

- 1) Sumber kekuatan bagi pasien: keluarga
- 2) Perasaan menyalahkan tuhan: tidak ada
- 3) Bagaimana pasien menjalankan kegiatan agamanya: sholat 5 waktu ketika di rumah sakit tidak sholat
- 4) Keyakinan budaya yang dianut: tidak ada
- 5) Pertentangan nilai atau budaya terhadap pengobatan: tidak ada

b. Tanda obyektif

- 1) Perubahan perilaku: tidak ada
- 2) Menolak pengobatan: tidak
- 3) Berhenti menjalankan aktivitas agama: ketika di rumah sakit tidak sholat
- 4) Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan: tidak ada

**Data penunjang**

1. Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil		Satuan	Nilai rujukan
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>Hematologic rutin</b>				
Hemoglobin	16.3		g/dl	13.2-17.3
Leukosit	12.5	H	ribu/ul	3.8-10-6
Trombosit	302		ribu/ul	150-450
Eritrosit	4.9		10'6/ul	4.1-5.5
Hematokrit	45		%	40-52
<b>Hitung jenis</b>				
Eosinophil	0.6	L	%	1-5
Basophil	0.2		%	0-1
Neutrophil	83.5	H	%	43-71
Limfosit	11.4	L	%	20-45
Monosit	4.3		%	4-10
MCV	90.9		fL	71.8-92
MCH	33.0	H	pg	22.6-31
MCHC	36.3	H	g/dl	30.8-35.2
<b>Kimia klinik</b>				

SGOT	19		U/L	<37
SGPT	15		U/L	<42
GDS	87		Mg/dl	74-121
Ureum	12		Mg/dl	10-50
Creatinine	0.9	L	Mg/dl	0.9-1.3

2. Radiologi

Bacaan: apeks kedua pulmo bersih, coracan bronkovaskuler normal, sinus CF lancip, diafragma licin, CTR kurang dari 0,5

3. EKG: Sinus ritem

4. CT Scan

Bacaan: tampak lesi hipodens nyata di water shed area lobus parietalis dan di capsula interna dekstra, batas korteks dan medulla tegas, gyri dan sulci tak prominent, ventrikel lateral tak melebar dan menyempit, tak tampak lesi hiperdens.

5. Obat-obatan

a. Obat oral

- 1) Miniaspi 1x80mg
- 2) CPG 1x75 mg
- 3) Neulin ps 1x1
- 4) Proseval 1x1
- 5) Candesartan 1x1mg

b. Obat injeksi

- 1) Citicoline 2x500 gr
- 2) Mecobalamin 2x500gr

c. Nama obat dan dosis lain

- 1) RL 20 tpm

6. Diet: bubur

## ANALISA DATA

No	Data fokus	Etiologi	Problem
1.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien menatakan sulit menggerakan kaki dan tangan kiri sejak satu hari yang lalu</li> <li>2. Pasien mengatakan sebelumnya pernah sakit dengan kondisi yang sama</li> <li>3. Pasien mengatakan enggan melakukan pergerakan</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tampak kaki dan tangan kiri sulit digerakan, kekuatan otot 2, Rentang gerak ROM menurun, sendi kaku, gerakan tampak terbatas, kondisi fisik lemah</li> </ul>	Penurunan Kekuatan Otot	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sakit kepala</li> <li>2. Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. TD: 168/101 mmHg, N: 96 x/m, S: 36,5 celcius, RR: 20 x/m, SPO2: 97%</li> </ul>	Hipertensi	Risiko perfusi serebral (D.0017)
3.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan sulit tidur</li> <li>2. Pasien mengatakan tidur tidak puas</li> <li>3. Pasien mengeluh istirahat tidak cukup</li> <li>4. Pasien mengeluh lemas</li> </ul> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak sayu, pasien tampak lemas</li> </ul>	Hambatan Lingkungan	Gangguan pola tidur (D.0055)

## INTERVENSI KEPERAWATAN

No	DX.Kep	SLKI	SIKI
1.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)  b.d Penurunan Kekuatan Otot	<p><b>SLKI: Mobilitas Fisik (L.05042)</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. pergerakan ekstremitas meningkat</li> <li>2. kekuatan otot meningkat</li> <li>3. rentang gerak ROM meningkat</li> <li>4. Gerakan terbatas menurun</li> <li>5. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ol> <p><i>Terapeutik</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misal. pagar tempat tidur)</li> <li>2. Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu</li> <li>3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p><i>Edukasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
2.	Risiko perfusi serebral (D.0017)  Kondisi klinis terkait hipertensi	<p><b>SLKI: Perfusi Serebral (L.02014)</b>  Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sakit kepala menurun</li> <li>2. Tekanan darah sistolik membaik</li> <li>3. Tekanan darah diastolic membaik</li> <li>4. MAP membaik</li> </ol>	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325)</b></p> <p><i>Observasi</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</li> <li>2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (mis. tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas irreguler, kesadaran menurun)</li> <li>3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>)</li> <li>4. Monitor CVP (<i>Central Venous Pressure</i>), jika perlu</li> <li>5. Monitor PAWP, jika perlu</li> <li>6. Monitor PAP, jika perlu</li> <li>7. Monitor ICP (<i>Intra Cranial Pressure</i>), jika tersedia</li> <li>8. Monitor CPP (<i>Cerebral Perfusion Pressure</i>)</li> <li>9. Monitor gelombang ICP</li> <li>10. Monitor status pernapasan</li> <li>11. Monitor intake dan output cairan</li> </ol>

			<p>12. Monitor cairan cerebro-spinalis (mis. warna, konsistensi)</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>2. Berikan posisi semi Fowler</li> <li>3. Hindari manuver Valsava</li> <li>4. Cegah terjadinya kejang</li> <li>5. Hindari penggunaan PEEP</li> <li>6. Hindari pemberian cairan IV hipotonik</li> <li>7. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</li> <li>8. Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p><b>Kolaborasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</li> <li>3. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
3.	Gangguan pola tidur (D.0055) b.d Hambatan Lingkungan	<p><b>SLKI: Dukungan Tidur (L.09265)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan beraktivitas meningkat</li> <li>2. Keluhan sulit tidur menurun</li> <li>3. Keluhan sering terjaga</li> <li>4. Keluhan tidur tidak puas menurun</li> <li>5. Istirahat tidak cukup menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan Tidur (I. 09265)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur</li> <li>2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik atau psikologis)</li> <li>3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, alkohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)</li> <li>4. Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Modifikasi lingkungan (mis. pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)</li> <li>2. Batas waktu tidur siang, jika perlu</li> <li>3. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur</li> <li>4. Tetapkan jadwal tidur rutin</li> <li>5. Lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (mis. Pijat, pengaturan posisi, akupresure)</li> <li>6. Sesuaikan jadwal pemberian obat atau tindakan untuk menunjang siklus tidur terjaga</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur</li> <li>3. Anjurkan menghindari makanan atau minuman yang mengganggu tidur</li> <li>4. Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengandung supresor terhadap tidur</li> <li>5. Ajarkan faktor-faktor berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup)</li> <li>6. Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.</li> </ol>
--	--	--	---

### IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No	Hari/Tgl	DX.Kep	Implementasi	Evaluasi respon
1	3 Desember 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot	<p>Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah</p> <p>Memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM kombinasi genggam bola karet)</p> <p>Melibatkan keluarga untuk membantu dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan miring kanan kiri)</p>	<p>S: pasien mengatakan pusing</p> <p>O: Pasien tampak memegang kepala dengan tangan kanan</p> <p>S: Pasien mengatakan sulit melakukan pergerakan karena tangan dan kaki kiri sulit digerakan</p> <p>O: kekuatan otot skor 2</p> <p>S: pasien mengatakan bersedia dilakukan cek tekanan darah</p> <p>O: TD 160/97 mmHg</p> <p>S: pasien mengatakan bersedia dilakukan ROM</p> <p>O: pasien tampak mengikuti dengan sungguh-sungguh</p> <p>S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien</p> <p>O: keluarga pasien tampak membantu pasien</p> <p>S: pasien mengatakan akan melakukan latihan miring kanan kiri</p> <p>O: pasien melakukan mobilisasi yang diajarkan</p>
		Risiko perfusi serebral (D.0017) Kondisi klinis terkait hipertensi	<p>Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK</p> <p>Memonitor MAP</p> <p>Memberikan posisi semifowler</p> <p>Mempertahankan suhu tubuh normal</p>	<p>S: pasien mengatakan sakit kepala, pasien mengatakan bersedia dicek tekanan darah dll</p> <p>O: TD 160/97 mmHg, N:95 x/m, R: 20 x/m, pola napas regular</p> <p>S:</p> <p>O: MAP 118 mmHg</p> <p>S: pasien mengatakan bersedia dengan posisi setengah duduk</p> <p>O: pasien sudah dalam posisi semifowler</p> <p>S:</p> <p>O: suhu tubuh pasien 36,5 celcius dalam kategori normal</p>

		Gangguan pola tidur (D.0055) b.d Hambatan Lingkungan	Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur  Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit  Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara non farmakologi lainnya (music relaksasi penghantar tidur dengan handphone)	S: pasien mengatakan kurang nyaman dan tidak terbiasa dengan lingkungan sekitar O: pasien tampak lesu S: pasien mengatakan paham dengan apa yang sudah dijelaskan perawat O: pasien tampak paham dan mengerti S: pasien mengatakan akan mendengarkan music relaksai untuk penghantar tidur O: pasien tampak mendengarkan musik
2.	4 Desember 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan  Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM kombinasi genggam bola karet) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan merubah posisi tidur ke duduk)	S: pasien mengatakan tangan dan kaki kiri masih sulit ditekuk atau diangkat secara mandiri O: tampak tangan dan kaki kirinya masih lemah S: pasien mengatakan bersedia dilakukan cek tekanan darah O: TD 155/90 mmHg S: pasien mengatakan bersedia dilakukan ROM O: pasien tampak mengikuti dengan sungguh-sungguh S: pasien mengatakan akan melakukan latihan merubah posisi tidur ke duduk O: pasien melakukan mobilisasi yang diajarkan
		Risiko perfusi serebral (D.0017) Kondisi klinis terkait hipertensi	Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK  Memonitor MAP  Memberikan posisi semifowler  Mempertahankan suhu tubuh normal	S: pasien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, pasien mengatakan bersedia dicek tekanan darah dll O: TD 155/90 mmHg, N:94 x/m, R: 20 x/m, pola napas regular S: O: MAP 111 mmHg S: pasien mengatakan bersedia dengan posisi setengah duduk O: pasien sudah dalam posisi semifowler S: O: suhu tubuh pasien 36,5 celcius dalam kategori normal
		Gangguan pola tidur (D.0055) b.d	Menganjurkan menepati kebiasaan tidur tepat waktu Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara non farmakologi lainnya	S: pasien mengatakan akan tidur tepat waktu O: pasien tampak mengucapkan dengan sungguh-sungguh S: pasien mengatakan akan mendengarkan music relaksai untuk penghantar tidur

		Hambatan Lingkungan	(music relaksasi penghantar tidur dengan handphone)	O: pasien tampak mendengarkan musik
3.	5 Desember 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot	Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan  Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah Memfasilitasi melakukan pergerakan (ROM kombinasi genggam bola karet) Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan merubah posisi duduk ke berdiri)	S: pasien mengatakan bisa mengangkat tangan dan kaki kirinya secara perlahan O: tampak mengangkat tangan dan kaki kiri skor kekuatan otot 3  S: pasien mengatakan bersedia dilakukan cek tekanan darah O: TD 143/85 mmHg S: pasien mengatakan bersedia dilakukan ROM O: pasien tampak mengikuti dengan sungguh-sungguh S: pasien mengatakan akan melakukan latihan merubah posisi duduk ke berdiri O: pasien melakukan mobilisasi yang diajarkan
		Risiko perfusi serebral (D.0017) Kondisi klinis terkait hipertensi	Memonitor tanda atau gejala peningkatan TIK  Memonitor MAP  Memberikan posisi semifowler  Mempertahankan suhu tubuh normal	S: pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala, pasien mengatakan bersedia dicek tekanan darah dll O: TD 143/85 mmHg, N:87 x/m, R: 20 x/m, pola napas regular S: - O: MAP 106 mmHg S: pasien mengatakan bersedia dengan posisi setengah duduk O: pasien sudah dalam posisi semifowler S: O: suhu tubuh pasien 36,5 celcius dalam kategori normal
		Gangguan pola tidur (D.0055) b.d Hambatan Lingkungan	Menganjurkan menepati kebiasaan tidur tepat waktu Mengajarkan relaksasi otot autogenic atau cara non farmakologi lainnya (music relaksasi penghantar tidur dengan handphone)	S: pasien mengatakan akan tidur tepat waktu O: pasien tampak mengucapkan dengan sungguh-sungguh S: pasien mengatakan akan mendengarkan music relaksasi untuk penghantar tidur O: pasien tampak mendengarkan musik

## EVALUASI KEPERAWATAN

No	Hari/Tgl	DX. Kep	Evaluasi
1.	3 Desember 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot	S: Pasien mengatakan sulit melakukan pergerakan dikarenakan kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan O: Pasien tampak berbaring di tempat tidur, kekuatan otot pasien dapatkan gerakan, tetapi gerakan ini tidak dapat melawan gravitasi, dapat melakukan gerakan horizontal, dalam satu bidang sendi atau dapat diartikan dalam skor 2. A: Masalah belum teratasi dengan indikator kekuatan otot saat ini 2(cukup menurun), rentang gerak (ROM) saat ini 2(cukup menurun), gerakan terbatas saat ini 2(cukup meningkat) dan kelemahan fisik saat ini 2 (cukup meningkat). P: lanjutkan intervensi yaitu monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan (ROM kombinasi genggam bola karet), Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
		Risiko perfusi serebral (D.0017) Kondisi klinis terkait hipertensi	S: Pasien mengatakan sulit melakukan pergerakan dikarenakan kaki dan tangan kiri sulit untuk digerakan O: Pasien tampak berbaring di tempat tidur, kekuatan otot pasien dapatkan gerakan, tetapi gerakan ini tidak dapat melawan gravitasi, dapat melakukan gerakan horizontal, dalam satu bidang sendi atau dapat diartikan dalam skor 2. A: masalah belum teratasi dengan indikator kekuatan otot saat ini 2(cukup menurun), rentang gerak (ROM) saat ini 2(cukup menurun), gerakan terbatas saat ini 2(cukup meningkat) dan kelemahan fisik saat ini 2 (cukup meningkat). P: lanjutkan intervensi yaitu monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan (ROM kombinasi genggam bola karet), Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
		Gangguan pola tidur (D.0055) b.d Hambatan Lingkungan	S: pasien mengatakan kurang nyaman dan tidak terbiasa dengan lingkungan disekitar, pasien mengatakan akan mendengarkan musik relaksasi untuk pengantar tidur. O: pasien tampak lesu pasien tampak mendengarkan music relaksasi. A: masalah belum teratasi dengan indikator kemampuan beraktivitas saat ini 1 (menurun), keluhan sulit tidur saat ini 1 (meningkat), keluhan sering terjaga saat ini 1 (meningkat), keluhan tidur tidak puas saat ini 1 (meningkat), keluhan istirahat tidak cukup saat ini 1 (meningkat). P: Lanjutkan intervensi yaitu anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.

2.	4 Desember 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki masih belum dapat diteuk atau diangkat secara mandiri O: Pasien tampak tangan dan kakinya masih lemah. Pasien mengatakan sudah bisa miring kanan dan kiri dan akan belajar posisi bangun dari tempat tidur ke posisi duduk. Objektif: pasien tampak mengangkat tangan dan kakinya. A: masalah belum teratasi dengan indikator kekuatan otot saat ini 3(sedang) rentang gerak (ROM) saat ini 3 (sedang), gerakan terbatas saat ini 3 (sedang) dan kelemahan fisik saat ini 3 (sedang) P: lanjutkan intervensi yaitu monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan (ROM kombinasi genggam bola karet), Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (latihan posisi bangun dari tempat tidur ke posisi duduk).
		Risiko perfusi serebral (D.0017) Kondisi klinis terkait hipertensi	S: Pasien mengatakan sakit kepala sudah berkurang, pasien bersedia di cek tekanan darah, nadi dll. O: TD 155/90, nadi 94 kali per menit respirasi 20 kali per menit, pola napas regular, MAP 111 mmHg, suhu tubuh 36,5 derajat celcius, pasien dalam posisi semi fowler. A: masalah belum teratasi dengan indikator sakit kepala saat ini 4 (cukup menurun), tekanan darah sistolik saat ini 2 (cukup memburuk), tekanan darah diastolic saat ini 2 (cukup memburuk). P: lanjutkan intervensi monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (TD meningkat, tekanan nadi melebar, brakikardi, pola napas ireguler), monitor MAP, berikan posisi semi fowler, pertahankan suhu tubuh normal.
		Gangguan pola tidur (D.0055) b.d Hambatan Lingkungan	S: Pasien mengatakan mendengarkan musik dapat merileksan badan dan fikiran ketika akan tidur, pasien akan mendengarkan musik relaksasi kembali untuk penghantar tidur. O: Pasien tampak mendengarkan musik relaksasi. A: masalah belum teratasi dengan indikator kemampuan beraktivitas saat ini 2 (cukup menurun) keluhan sulit tidur saat ini 3 (sedang), keluhan sering terjaga saat ini 3 (sedang), keluhan tidur tidak puas saat ini 3 (sedang), keluhan istirahat tidak cukup saat ini 3 (sedang). P: Lanjutkan intervensi yaitu anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur, ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya.
3.	4 Desember 2023	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) b.d Penurunan Kekuatan Otot	S: Pasien mengatakan bisa mengangkat tangan dan kaki nya secara perlahan O: Pasien tampak mengangkat tangan dan kakinya, kekuatan otot pasien gerakan otot dapat melawan gravitasi, tetapi tidak kuat atau dapat diartikan dalam skor 3. A: masalah teratasi dengan indikator kekuatan otot saat ini 4 (cukup meningkat), rentang gerak (ROM) saat ini 4 (cukup meningkat), gerakan terbatas saat ini 4 (cukup menurun), dan kelemahan fisik saat ini 4 (cukup menurun) P: lanjutkan intervensi mandiri (ROM kombinasi genggam bola karet).

		Risiko perfusi serebral (D.0017) Kondisi klinis terkait hipertensi	S: Pasien mengatakan sudah tidak sakit kepala, pasien mengatakan bersedia di cek tekanan darah, nadi dll. O: TD 143/85, nadi 87 kali per menit respirasi 20 kali per menit, pola napas regular, MAP 106 mmHg, suhu tubuh 26,5. A: masalah teratasi dengan indikator sakit kepala saat ini 5 (menurun) tekanan darah sistolik saat ini 4 (cukup membaik), tekanan darah diastolic saat ini 4 (cukup membaik) P: Hentikan intervensi.
		Gangguan pola tidur (D.0055) b.d Hambatan Lingkungan	S: Pasien mengatakan sudah dapat tidur dengan nyaman dan akan mendengarkan musik relaksasi untuk pengantar tidur O: Pasien tampak mendengarkan musik relaksasi. A: masalah teratasi dengan indicator kemampuan beraktivitas saat ini 3 (sedang), keluhan sulit tidur saat ini 4 (cukup menurun), keluhan sering terjaga saat ini 4 (cukup menurun), keluhan tidur tidak puas saat ini 4 (cukup menurun), keluhan istirahat tidak cukup saat ini 4 (cukup menurun) P: hentikan intervensi



# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

## PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN LATIHAN ROM EKSTERMITAS ATAS

Nama :

Tanggal :

Observer

NIM :

:

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program latihan ROM ekstermitas atas	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucap basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	2		
2	Menjaga privacy pasien	2		
3	Menghangatkan sendi yang akan dilatih	2		
4	Melatih sendi-sendi secara bergantian			
	a. Bahu :			
	1. Menggerakan lengan Abduksi-Adduksi	7		
	2. Menggerakan lengan Fleksi-Ekstensi	7		
	3. Menggerakan lengan hiperekstensi-posisi anatomi	7		
	b. Siku:			
	Menggerakan lengan bawah fleksi-ekstensi	7		
	c. Lengan bawah :			

	Menggerakan Pronasi-Supinasi	7	
	d. Pergelangan tangan :		
	Menggerakan fleksi radialis	7	
	Menggerakan fleksi ulnaris	7	
	Menggerakan hiperekstensi-fleksi	7	
	e. Jari-jari :		
	1 Menggerakan Abduksi-adduksi	7	
	2. Menggerakan Fleksi -Ekstensi	7	
5	Merapihkan pasien dan alat	2	
6	Mencuci tangan	2	
	<b>Mengucap hamdallah</b>		
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>		
1	Melakukan evaluasi tindakan	2	
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	2	
3	Berpamitan	2	
	<b>TOTAL</b>	100	

Keterangan :

YA

: Dilakukan dengan sempurna

TIDAK : Tidak dilakukan

Observer



# UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP

FAKULTAS ILMU KESEHATAN

LABORATORIUM KEPERAWATAN

Jl. Cerme No.24 Telp / Fax (0282) 532975 Cilacap 53223

## PENCAPAIAN KOMPETENSI ASPEK KETRAMPILAN LATIHAN ROM EKSTERMITAS BAWAH

Nama :

Tanggal :

Observer

NIM :

NO	ASPEK YANG DINILAI	BOBOT	NILAI	
			YA	TIDAK
A	<b>FASE PREINTERAKSI</b>			
1	Cek program latihan ROM ekstermitas bawah	2		
2	Menyiapkan alat	2		
B	<b>FASE ORIENTASI</b>			
1	Memberi salam/ menyapa klien	2		
2	Memperkenalkan diri	2		
3	Menjelaskan tujuan tindakan	2		
4	Menjelaskan langkah prosedur	2		
5	Menanyakan kesiapan pasien	2		
C	<b>FASE KERJA</b>			
	<b>Mengucap basmallah</b>			
1	Mencuci tangan	4		
2	Menjaga privacy pasien	4		
3	Menghangatkan sendi yang akan dilatih	8		
4	Melatih sendi-sendi secara bergantian			
	a. Panggul :			
	1. Menggerakan kaki Abduksi-Adduksi	8		
	2. Menggerakan kaki Fleksi-Ekstensi	8		
	3. Menggerakan kaki hiperekstensi-posisi anatomi	8		
	b. Lutut :			
	Menggerakan lengan bawah fleksi-ekstensi	8		
	c. Pergelangan kaki :			
	1. Menggerakan dorsal fleksi-plantar fleksi	8		
	2. Menggerakan Supinasi -Pronasi	8		

5	Merapihkan pasien dan alat	6		
6	Mencuci tangan	4		
	<b>Mengucap hamdallah</b>			
<b>C</b>	<b>FASE TERMINASI</b>			
1	Melakukan evaluasi tindakan	4		
2	Menyampaikan rencana tindak lanjut	4		
3	Berpamitan	4		
	<b>TOTAL</b>	100		

Keterangan :

Observer

YA

: Dilakukan dengan sempurna

TIDAK

: Tidak dilakukan



## **STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)**

### **TERAPI MENGGENGAM BOLA KARET**

Pengertian	Terapi menggenggam bola karet merupakan salah satu terapi ROM aktif yaitu gerakan yang dilakukan secara mandiri dengan energinya sendiri. Terapi ini dapat memberikan rangsangan serat-serat otot khususnya jari-jari tangan untuk dapat bergerak dengan cara latihan menggenggam dan meremas untuk menstimulasi gerak tangan. Terapi menggenggam akan melatih otot-otot sehingga terjadi rangsangan serat-serat otot untuk berkontraksi menaikkan temperature otot, menaikkan kekuatan otot dan menaikkan produksi asam laktat.
Tujuan	Terapi Menggenggam Bola Karet bertujuan untuk membantu meningkatkan kekuatan otot ekstremitas atas dengan latihan ROM aktif menggenggam bola karet yaitu melatih fungsi tangan secara optimal gerak jari tangan mengepal atau menggenggam dengan rapat sehingga dapat menggerakkan otot-otot dan membantu merangsang kemampuan otak untuk mengontrol otot
Manfaat	Untuk meningkatkan kekuatan otot
Indikasi	Responden stroke yang mengalami hemiparese pada ekstremitas kanan atau kiri dengan kekuatan otot 2 sampai 4.
Persiapan alat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lembar pengukuran kekuatan otot (MMT)</li> <li>2. Bola Karet</li> </ol>
Waktu dan tempat	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terapi dilakukan 1 kali selama 3 hari selama 15 menit. Dilakukan di ruang Flamboyan RSUD Prembun</li> </ol>
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Tahap Pra Interaksi             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menyiapkan SOP penerapan menggenggam bola karet 1</li> <li>2. Menyiapkan alat</li> <li>3. Mengkaji kesiapan pasien untuk melakukan Terapi Menggenggam Bola Karet.</li> <li>4. Mencuci tangan.</li> </ol> </li> <li>B. Tahap Orientasi             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menanyakan identitas pasien dan menyampaikan kontrak waktu</li> <li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur</li> <li>4. Menanyakan persetujuan dan kesiapan pasien</li> </ol> </li> <li>C. Tahap Kerja             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Membaca doa sebelum melakukan terapi</li> <li>2. Posisikan pasien senyaman mungkin</li> <li>3. Sebelum melakukan terapi baiknya dianjurkan pasien untuk pemanasan berupa menggerakkan siku mendekati lengan atas (flexi), meluruskan kembali lengan atas (ekstensi).</li> <li>4. Gerakan fleksi dan ekstensi. Masukkan jari-jari pada bola, pegang bola di telapak tangan. Gerakan menggenggam bola di telapak tangan tahan dan membuka genggaman lalu rileks. Ulangi kembali</li> <li>5. Gerakan abduksi dan adduksi. Pegang bola di telapak tangan. Balikkan tangan sehingga menghadap ke bawah. Meregangkan jari-jari tangan (abduksi) dan merapatkan kembali jari-jari tangan (adduksi).</li> <li>6. Gerakan oposisi. Tempatkan bola di telapak tangan. Rapatkan ibu jari ke bola di telapak tangan. Pegang dan rilekskan tangan.</li> <li>7. Letakkan bola di telapak tangan dengan jari ditekan ke dalam bola. Gerakan menggenggam bola tahan lalu rileks</li> </ol> </li> </ol>

	<p>D. Tahapan Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan evaluasi tindakan</li> <li>2. Menganjurkan pasien untuk melakukan kembali di rumah terapi menggenggam bola karet.</li> <li>3. Mencuci tangan</li> <li>4. Membaca doa dan berpamitan dengan klien</li> <li>5. Mencatat kegiatan dalam lembar catatan keperawatan</li> </ol>
Referensi	(Syahrim, <i>et.al</i> 2019), (Ramadhanti K. & Wiliyanti 2023), (Pomalango, 2023)

Lampiran. 4 Skala Kekuatan Otot

### **SKALA KEKUATAN OTOT**

#### ***MANUAL MUSCLE TESTING (MMT)***

<b>SKALA</b>	<b>NILAI</b>	<b>KEMAMPUAN</b>
Normal	5	Mampu menggerakan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan penuh
Sedang	4	Mampu menggerakan persendian gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang
Baik	3	Bisa melawan gravitasi tetapi tidak dapat menahan
Buruk	2	Ada Gerakan pada sendi tetapi tidak dapat melawan gravitasi
Sedikit	1	Tidak ada Gerakan, teraba kontraksi otot
Tidak	0	Lumpuh total

## Lampiran. 5 Daftar Hadir Konsultasi KIAN

## DAFTAR HADIR KONSULTASI KIAN

Ketua Program Studi  
Profesi Ners

Professionals

Lampiran. 6 Lembar Konsultasi KIAN

**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : sutriyanah, S.Kep  
 NIM : 411 212 31050  
 Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Pada Pasien SNM Dengan gangguan Mobilitas Fisik & Penerapan ROM Kombinasi Genggaman bola

NO	TANGGAL	MATERI KONSUL	PARAF
1.	3 Desember 2023	Gab I pelepas & fleksibel	OK
2.	15 April 2024	Penerapan Kom Stole & Penerapkan	
3.	15 Juni 2024	Gab I, II kedap & fleksibel Lembut II, IV	OK
4.	25 Juni 2024	Hypereextensi Rong? Hypoleksi bala karet?	OK
5.	2 Juli 2024	→ Yefit → fidur fungs?	
6.	3 Juli 2024	Acewan frank	OK

Pembimbing,

( OK ordel )