

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.H DENGAN
STROKE DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DI RUANG KASIH SAYANG RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

INTAN SAFITRI

P16016



**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
2022**

**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.H DENGAN
STROKE DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DI RUANG KASIH SAYANG RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Karya Tulis Ilmiah

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai persyaratan menyelesaikan
program pendidikan Ahli Madya Keperawatan Universitas
Muhammadiyah Makassar Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan**



**PRODI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
2022**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Intan Safitri

Nim : P16016

Program studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : Universitas Muhammadiyah Makassar

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Karya Tulis Ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.



Membuat Pernyataan


Intan Safitri
NIM:P16016

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Intan Safitri Nim P16016 dengan judul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Stroke Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Di Ruang Kasih Sayang RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan" telah disetujui untuk diujikan dan dipertahankan didepan penguji Prodi D III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Makassar, pada Tanggal 30 Desember 2021



St. Suarniati ,S.Kep.,Ns., M.Kes
NIDN : 0915018602

Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN : 0928088702

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Intan Safitri NIM P16016 dengan judul "Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Ny. H Dengan Stroke Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Di Ruang Kasih Sayang RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan" telah dipertahankan didepan penguji pada tanggal, 05 Januari 2022

Dewan Penguji

1. Ketua Penguji
St. Suarniati, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIDN : 0915018602
2. Anggota Penguji I
Muhammad Purqan Nur S.Kep.,M.Kes
NIDM : 0916018502
3. Anggota Penguji II
Zulfia Samiun, S.cep.,Ns., M.Kes
NIDN : 0928088702

(Ommie)

.....

.....

Mengetahui,
Ketua Prodi,

Ratna Mahmud, S.Kep., Ns., M.Kes
NBM : 883 575

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur penulis panjatkan atas ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny. H Dengan Stroke Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas. Dan tak lupa pula kita kirimkan salam dan taslim atas junjungan Nabiullah Muhammad SAW yang menjadi tauladan kita. Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk menyelesaikan program pendidikan dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Universitas Muhammadiyah Makassar.

Pada kesempatan ini, penulis ingin mengucapkan banyak terima kasih serta penghargaan yang sebesar-besarnya kepada semua bantuan yang diberikan untuk penulis, kepada yang terhormat:

1. Prof. Dr. H Ambo Asse, M.Ag selaku BPH Universitas Muhammadiyah Makassar.
2. Prof. Dr. dr. Suryani As'sad, M.Sc., Sp.G(Konsultan) selaku Dekan Fakultas Universitas Muhammadiyah Makassar.
3. Ratna Mahmud, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Ka. Prodi Universitas Muhammadiyah Makassar.
4. Terima kasih kepada Pembimbing I Ibunda St. Suarniati, S.Kep.,Ns., M.Kes dan pembimbing II Ibunda Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.,Kes

yang dengan penuh kesabaran memberikan dorongan, perhatian, bimbingan, pengarahan dan saran dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah.

5. Ucapan terima kasih banyak kepada para penguji Ibunda Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.,Kes ayahanda Muhammad Purqan Nur S.Kep.,M.Kes dan Ibunda St. Suarniati, S.Kep.,Ns., M.Kes yang telah banyak memberikan bimbingan dan masukan dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini sehingga dapat terselesaikan.
6. Seluruh dosen dan staf yang telah banyak mengarahkan penulis selama dibangku kuliah, penulis mohon maaf apabila selama berada dibangku kuliah banyak salah kata dan perilaku yang mungkin kurang menyenangkan.
7. Teristimewa Kepada Orang Tua dan seluruh keluarga yang telah banyak memberikan motivasi, perhatian dan Do'a restu kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Terima kasih kepada sepupu saya Nur Asyang, sahabat saya Mustazkyra dan teman seperjuangan saya Rahmawati yang selalu telah membantu dan mensupport penulis selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. *Jazakumullah Khairan Kastiran* kepada semua pihak yang turut serta dalam membantu penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa sesungguhnya Karya Tulis Ilmiah ini masih sangat jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, penulis dengan tangan terbuka dan hati yang lapang siap menerima segala

masukan, saran, maupun kritikan yang sifatnya membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini kedepannya. Penulis berharap semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi teman-teman yang membaca dan mempelajarinya.

Wassalamu Alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Makassar, 05 Januari 2022

Penulis


Intan Safitri
NIM :16016



**PENERAPAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.H DENGAN
STROKE DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIVITAS
DI RUANG KASIH SAYANG RSKD DADI
PROVINSI SULAWESI SELATAN**

Intan Safitri

2022

Program Studi Diploma III Keperawatan
Universitas Muhammadiyah Makassar
St.Suarniati ,S.Kep.,Ns.,M.Kes
Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.Kes

ABSTRAK

Pendahuluan : Stroke merupakan gejala yang di definisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih. Setiap tahun 15 juta orang diseluruh dunia mengalami stroke. Di Indonesia setiap tahunnya prevalensi stroke mengalami peningkatan sebesar 3,8%, sedangkan di Sulawesi Selatan pada tahun 2013 terjadi peningkatan menjadi 17,9%.

Tujuan : Menggambarkan Asuhan Keperawatan Pasien Ny. H dengan Stroke dalam pemenuhan kebutuhan akivitas diruang Kasih Sayang RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan.

Metode : Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif yang di sajikan dalam bentuk narasi dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan dan menjelaskan penatalaksanaan Asuhan Keperawatan.

Hasil : setelah dilakukan pengkajian ditemukan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi kemudian implementasi dilakukan sesuai intervensi. Setelah implementasi dilakukan selama 4 hari didapatkan data klien mengatakan belum bisa digerakkan dan kakunya sedikit berkurang dan masalah mobilisasi belum diatasi dan klien di pulangkan.

Kata kunci : Aktivitas, Mobilitas, Stroke

**IMPLEMENTATION OF NURSING CARE IN Ny "H" WITH STROKE IN FULFILLMENT
OF THE NEED FOR ACTIVITIES IN THE KASIH SAYANG ROOM RSKD DADI SOUTH
SULAWESI PROVINCE**

Intan Safitri

2022

*Muhammadiyah Makassar University
Diploma III Nursing Study Program
St.Suarniati ,S.Kep.,Ns.,M.Kes
Zulfia Samiun, S.Kep.,Ns.,M.Kes*

ABSTRACT

Introduction : Stroke is a symptom that is defined as a functional brain disorder that occurs suddenly with clinical signs and symptoms, both focal and global, lasting 24 hours or more. Every year 15 million people around the world had a stroke in Indonesia every year the prevalence of stroke has increased by 3.8%, while in South Sulawesi in 2013 there was an increase to 17.9%.

Objective : The aim is to describe the nursing care of MRS. H patients with Stroke in fulfilling the activity needs in the Kasih Sayang room of the Dadi Hospital in Sulawesi Province south.

Method : The type of research used is descriptive which is presented in the form of narrative using a nursing process approach and explain Nursing care management

Results : after the assessment found a diagnosis of physical mobility disorder related to joint stiffness then implementation is carried out according to intervention. After the implementation is carried out for 4 days, client data is obtained said he couldn't move and his stiffness was a little less and a problem, mobilization has not been overcome and the client is sent home

Keywords : Mobility, Activities, Stroke

DAFTAR ISI

SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
ARTI LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH.....	xv
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	3
C. Tujuan Studi Kasus.....	3
D. Manfaat Studi Kasus.....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Konsep Kebutuhan Aktivitas.....	5
B. Asuhan Keperawatan Dalam Kebutuhan Aktivitas.....	5
1. Pengkajian.....	5
2. Diagnosa Keperawatan.....	11
3. Perencanaan.....	12
4. Implementasi	28

5. Evaluasi keperawatan.....	40
BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....	40
A. Rancangan Penelitian.....	40
B. Subjek Studi Kasus.....	40
C. Fokus Studi Kasus.....	41
D. Definisi Opsional.....	41
E. Instrumen Penelitian.....	41
F. Tempat dan Waktu.....	42
G. Teknik Pengumpulan Data.....	42
H. Penyajian Data.....	43
I. Etika Studi Kasus.....	43
BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	46
A. Hasil studi kasus	46
B. Pembahasan	71
C. Keterbatasan	74
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	76
A. Kesimpulan	76
B. Saran	77
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Daftar Riwayat Hidup

Lampiran 2 : Surat Pengantar Penelitian

Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian

Lampiran 4 : PSP (Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian)

Lampiran 5: Informed Consent

Lampiran 6 : Hasil Studi Kasus

Lampiran 7 : Surat Keterangan Selesai Penelitian



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Derajat Normal Rentang Gerak Sendi.....	8
Tabel 2.2 Kekuatan dan Massa Otot.....	10
Tabel 2.3 Tingkat Kemampuan Aktivitas.....	11
Tabel 3.1 Derajat Gerak Sendi Klien.....	48
Tabel 3.2 Kekuatan dan Massa Otot.....	49
Tabel 3.3 Terapi Obat.....	52



ARTI LAMBANG SINGKATAN DAN ISTILAH

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CT Scan	: Computerised Tomography Scan
DM	: Diabetes Melittus
EEG	: Electroencephalogram
GCS	: Glasgow Coma Scale
MIS	: Misalnya
MRI	: Magnetic Resonance Imaging
Ny	: Nyonya
RISKESDAS	: Riset Kesehatan Dasar
RSKD	: Rumah Sakit Khusus Daerah
ROM	: Range Of Motion
SDKI	: Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
SMP	: Sekolah Menengah Pertama
USG	: Ultrasonografi
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronik
WHO	: World Health Organisation

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

WHO (World Health Organization) mengatakan bahwa stroke merupakan gejala yang di definisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih (Permatasari, 2020).

Gejala yang paling sering kita temukan adalah keadaan lumpuh separuh badan dengan atau tanpa penurunan kesadaran. Stroke sering dihubungkan dengan keadaan “stress” walaupun hal ini tidak selalu ada.(Ahmad & Airiza, 2008). Stroke terjadi karena terhambatnya oksigenasi dan nutrisi ke otak menyebabkan hilangnya fungsi otak sehingga menimbulkan gangguan atau kecacatan fisik.(Latifa, Firmawati, & Chayati, 2018)

Penderita stroke di dunia menurut WHO, setiap tahun 15 juta orang diseluruh dunia mengalami stroke. Sekitar 5 juta menderita kelumpuhan permanen. Pada tahun 2020 diperkirakan 7,6 juta orang meninggal dikarenakan penyakit stroke . Di Indonesia setiap tahunnya meningkat, Menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS, 2013) prevalensi stroke mengalami peningkatan sebesar 3,8% dimana hasil RISKESDAS tahun 2018 prevalensi kejadian stroke di Indonesia sebanyak 10,9 %.

Prevalensi stroke tertinggi di Indonesia yaitu di Sulawesi Selatan berdasarkan gejala dan diagnosis oleh tenaga kesehatan pada tahun 2018 jumlah penderita stroke mencapai 10,6% (Infodatin, 2019)

Dampak stroke pada umumnya mengalami kelemahan otot pada bagian anggota gerak tubuh. Kelemahan pada satu sisi anggota tubuh biasa disebut dengan hemiparesis mengakibatkan penurunan tonus otot sehingga tidak mampu menggerakkan tubuhnya (imobilisasi) (Mardyanti, Aini, & Amien, 2021)

Salah satu dampak stroke adalah terjadinya gangguan fungsi motorik yang mengakibatkan pasien stroke memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari serta waktu perawatan yang cukup lama. Perawat berperan penting untuk meningkatkan kemandirian pasien, seperti mengkaji, membantu, dan mengajarkan aktivitas sehari-hari kepada keluarga dan pasien stroke sehingga pasien mampu memenuhi kebutuhannya. (Latifa, Firmawati, & Chayati, 2018).

Penelitian yang dilakukan oleh (Sradi, Sukarni, & Titan, 2020) menyimpulkan bahwa aktivitas mandiri yang dapat dilakukan *pasca stroke* yaitu makan, mobilitas, dan perawatan diri. Pasien *pasca stroke* membutuhkan dukungan keluarga, motivasi, rehabilitasi, dan

pengetahuan terkait aktivitas hidup sehari-hari. (Sradi, Sukarni, & Titan, 2020).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Setia & Ria, 2018) tentang “Hubungan Lama Waktu Menderita Stroke dengan Tingkat Kemandiriran Klien Dalam Melakukan Aktivitas Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari” menunjukkan hasil bahwa ada hubungan yang bermakna antara lama menderita stroke dengan tingkat kemandirian dengan nilai p value 0,025. Untuk itu perlunya rehabilitasi terhadap penderita dan keluarga pasien guna untuk membantu meningkatkan kemandirian penderita stroke dalam melakukan aktivitas sehari-hari. (Setia & Ria, 2018).

Berdasarkan latar belakang diatas peneliti ini melakukan studi kasus yang berjudul “Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas”.

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah dari studi kasus ini yaitu bagaimanakah gambaran penerapan asuhan keperawatan pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas?

C. Tujuan Studi kasus

Tujuan dari studi kasus ini yaitu mengambarkan penerapan asuhan keperawatan pada pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas

D. Manfaat studi kasus

1. Masyarakat

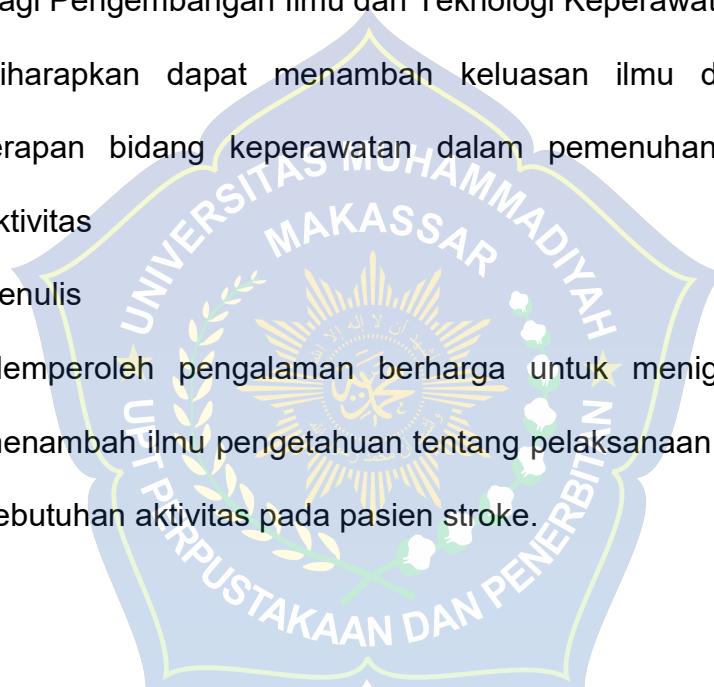
Diharapkan hasil penelitian ini mampu menjadi sumber informasi pada masyarakat tentang bagaimana penerapan asuhan keperawatan pada pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas.

2. Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Diharapkan dapat menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas

3. Penulis

Memperoleh pengalaman berharga untuk meningkatkan dan menambah ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan pemenuhan kebutuhan aktivitas pada pasien stroke.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Kebutuhan Aktivitas

Kebanyakan orang menilai tingkat kesehatannya berdasarkan kemampuan untuk beraktivitas sehari-hari. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya. Dengan beraktivitas tubuh akan menjadi sehat, sistem pernafasan dan sirkulasi tubuh akan berfungsi dengan baik, dan metabolisme tubuh dapat optimal. Disamping itu, kemampuan bergerak juga akan memengaruhi harga diri dan citra tubuh seseorang. Dalam hal ini, kemampuan beraktivitas tidak lepas dari sistem pernafasan dan muskuloskeletal yang adekuat.

Pergerakan merupakan rangkaian aktivitas yang terintegrasi antara sistem muskuloskeletal dan sistem persarafan dalam tubuh. Sistem muskuloskeletal terdiri atas rangka (tulang), otot, dan sendi. Sistem ini sangat berperan dalam pergerakan dan aktivitas manusia. (Sutanto & Vitriana, 2017)

B. Asuhan Keperawatan Dalam Kebutuhan Aktivitas

1. Pengkajian

Pengkajian terkait aktivitas klien meliputi riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik tentang kesejajaran tubuh, gaya berjalan,

penampilan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan gerak, kekuatan dan massa otot, toleransi dan aktivitas, masalah terkait mobilitas, serta kebugaran fisik.

a) Riwayat Keperawatan

Pengkajian riwayat keperawatan meliputi riwayat aktivitas dan olahraga yang mencakup tingkat aktivitas, toleransi aktivitas, jenis dan frekuensi olahraga, faktor yang memengaruhi mobilitas, serta pengaruh imobilisasi.

b) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik berfokus pada aktivitas dan olahraga yang mewujudkan kesejajaran tubuh, dan perjalanan, penampilan dan pergerakan sendi, kemampuan dan keterbatasan gerak, kekuatan dan massa otot, serta toleransi aktivitas.

- 1) Kesejajaran tubuh, kesejajaran tubuh dapat dilakukan pada klien dengan cara berdiri, duduk, atau berbaring. Tujuan dari pemeriksaan kesejajaran tubuh adalah untuk mengidentifikasi postur akibat pertumbuhan dan perkembangan normal, hal-hal yang perlu dipelajari untuk mempertahankan postur tubuh yang baik, faktor yang menyebabkan postur tubuh yang buruk (misal kelelahan dan harga diri rendah), serta kelemahan otot dan kerusakan motorik lainnya. Pemeriksaan ini dilakukan

dengan mengimpeksi pasien dari sisi laberal, anterior, dan posterior guna mengamati apakah

- a) Bahu dan panggul sejajar
- b) Jari-jari kaki mengarah kedepan
- c) Tulang belakang lurus, tidak melengkung ke sisi yang lain.

2) Cara Berjalan, pengkajian cara berjalan dilakukan untuk mengidentifikasi mobilitas klien dan resiko cedera akibat jatuh. Hal ini dilakukan dengan meminta klien berjalan sejauh \pm 10 kaki didalam ruangan, kemudian amatai hal-hal berikut.

- a) Kepala tegak, pandangan lurus, dan tulang belakang lurus.
- b) Tumit menyentuh tanah lebih dulu dari pada jari kaki
- c) Kaki dorsofleksi pada fase ayunan
- d) Lengan mengayun kedepan bersamaan dengan ayunan kaki sisi yang berlawanan
- e) Gaya berjalan halus, terkoordinasi, dan berirama ; ayunan tubuh dari sisi ke sisi minimal dan tubuh bergerak lurus kedepan ; dan gerakan dimulai dan diakhiri dengansantai.

Selain itu perawat juga perlu mengkaji kecepatan berjalan (normalnya 70-100 langkah permenit)

3) Penampilan pergerakan sendi, pemeriksaan ini meliputi insfeksi, palpasi, serta pengkajian rentang gerak aktif atau gerak pasif. Hal-hal yang dikaji antara lain sebagai berikut.

- a) Adanya kemerahan atau pembengkakan sendi
- b) Adanya deformitas
- c) Perkembangan otot yang terkait dengan masing-masing sendi
- d) Adanya nyeri tekan
- e) Krepitasi
- f) Peningkatan tempertur disekitar sendi
- g) Derajat gerak sendi

Tabel 2.1 Derajat Normal Rentang Gerak Sendi

Gerak Sendi	Derajat Rentang Normal
Bahu Adduksi: Gerakan lengan kelateral dari posisi samping keatas kepala, telapak tangan menghadap keposisi yang paling jauh	180
Siku Fleksi: Angkat lengan bawah kearah depan dankearah atas menuju bahu	150
Pergelangan tangan Fleksi : Tekuk Jari-jari tangan kearah bagian dalam lengan bawah Ekstensi : Luruskan pergelangan tangan dari posisi fleksi Hiperekstensi : Tekuk jari-jari tangan kearahbelakang sejauh mungkin Abduksi : Tekuk pergelangan tangan keisisi ibu jari ketika telapak tangan menghadap ke atas Adduksi : Tekuk pergelangan tangan kearah kelingking, telapak tangan menghadap ke atas	80-90 80-90 70-90 0-20 30-50
Tangan dan Jari Fleksi : Buat kepalan tangan	90

Ekstensi : Luruskan jari	90
Hiperektensi : Tekuk jari-jari tangan kebelakang sejauh mungkin	30
Abduksi : Kembangkan jari tangan	20
Adduksi : Rapatkan jari-jari tangan dari posisi abduksi	20

(Hidayat, 2012)

4) Kemampuan dan keterbatasan gerak, pengkajian ini bertujuan untuk mendapatkan data tentang adanya indikasi rintangan dan keterbatasan pada pergerakan klien dan kebutuhan untuk memperoleh bantuan. Hal-hal yang perlu dikaji antara lain sebagai berikut.

- Bagaimana penyakit klien memengaruhi kemampuan klien untuk bergerak
- Adanya hambatan dalam bergerak (misal terpasang selang infus atau gips yang berat)
- Kewaspadaan mental dan kemampuan klien untuk mengikuti petunjuk
- Keseimbangan dan koordinasi klien
- Adanya hipotensi ortostatik sebelum berpindah tempat
- Derajat kenyamanan klien
- Penglihatan

5) Kekuatan dan massa otot, sebelum membantu klien mengubah posisi atau berpindah tempat, perawat harus mengkaji kekuatan dan kemampuan klien untuk bergerak. Langkah ini diambil untuk menurunkan resiko

tegang otot dan cedera tubuh, baik pada klien maupun pada perawat.

Tabel 2.2 Kekuatan dan Masa Otot

Skala	Presentase Kekuatan Normal	Karakteristik
0	0	Paralisis sempurna
1	10	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat
2	25	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan
3	50	Gerakan yang normal melawan gravitasi
4	75	Gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal
5	100	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

(Saputra, 2013)

6) Toleransi aktivitas, pengkajian ini bermanfaat untuk membantu meningkatkan kemandirian klien yang mengalami (a) disabilitasi kardiovaskuler dan respiratorik, (b) immobilisasi komplet dalam waktu yang lama, (c) penurunan massa otot atau gangguan musculoskeletal, (d) tidur yang tidak mencukupi, (e) nyeri, atau (f) depresi, cemas, atau tidak konsentrasi. Alat ukur yang paling bermanfaat untuk memperkirakan toleransi terhadap aktivitas adalah frekuensi, kekuatan, dan irama denyut jantung, frekuensi kedalaman, dan irama pernafasan, serta tekanan darah.

Tabel 2.3 Tingkat Kemampuan Aktivitas

Tingkat Aktivitas/Mobilitas	Kategori
Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh
Tingkat 1	Memerlukan alat untuk mobilisasi
Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain untuk mobilisasi
Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan untuk mobilisasi
Tingkat 4	Sangat tergantung pada bantuan alat dan orang lain serta tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan

(Hidayat, 2012)

7) Masalah terkait mobilitas, pengkajian ini dilakukan melalui metode inspeksi, palpasi dan auskultasi ; pemeriksaan hasil tes laboratorium, serta pengukuran berat badan, asupan cairan, dan haluan cairan. Pemeriksaan ini sebaiknya dilakukan segera setelah klien mengalami imobilisasi. Data yang diperoleh tersebut kemudian menjadi standar (data dasar) yang akan dibandingkan dengan data selama periode imobilisasi.

(Sutanto & Vitriana, 2017)

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2017) diagnosis keperawatan yang terkait dengan masalah aktivitas antara lain sebagai berikut :

- a) Gangguan mobilitas fisik
- b) Intoleransi aktivitas
- c) Risiko intoleransi aktivitas

3. Perencanaan

Hampir semua klien membutuhkan bantuan dan bimbingan perawat untuk mempelajari, memperoleh, serta mempertahankan mekanika tubuh yang tepat. Dalam hal ini, perawat dapat mengajarkan anggota keluarga berbagai teknik untuk bergerak, mengangkat tubuh, dan berpindah tempat di sekitar lingkungan rumah. Sebagai bagian dari asuhan keperawatan, perawat bertanggung jawab mengidentifikasi klien yang membutuhkan bantuan dengan postur tubuh dan menentukan besarnya bantuan yang mereka butuhkan. Secara umum, tujuan asuhan keperawatan untuk klien dengan masalah aktivitas bervariasi, bergantung pada diagnosis dan batasan karakteristik masing-masing individu. (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

a. Gangguan Mobilitas Fisik

- 1) Dukungan mobilitas fisik adalah memfasilitasi pasien untuk meningkatkan aktivitas pergerakan fisik

Tindakan

Observasi

- (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- (b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi

(d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

(a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)

(b) Fasilitasi melakukan pergerakan jika perlu

(c) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

(a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

(b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

(c) Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

2) Edukasi mobilisasi merupakan mengajarkan perilaku untuk meningkatkan rentang gerak, kekuatan otot dan kemampuan bergerak

Tindakan

Observasi

(a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

(b) Identifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi

(c) Monitor kemajuan pasien atau keluarga dalam melakukan mobilitas

Terapeutik

(a) Persiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, *gait belt*

(b) Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga

(c) Beri kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya

(a) Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kotraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi

(b) Ajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah

(c) Ajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi seperti kekuatan otot, rentang gerak

(d) Demonstrasikan cara mobilisasi ditempat tidur (mis, mekanika tubuh, teknik-teknik memiringkan, penempatan posisi bantal sebagai penyangga)

(e) Demonstrasikan cara melatih rentang gerak (mis, gerakan dilakukan dengan perlahan, dimulai dari

kepala ke ekstremitas, gerakan semua persendian sesuai rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstremitas yang parese dengan menggunakan ekstremitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)

(f) Anjurkan pasien atau keluarga mendemonstrasikan mobilisasi miring kanan/miring kiri/latihan rentang gerak sesuai yang telah di demonstrasikan.

3) Latihan rentang gerak merupakan mengajarkan kemampuan menggunakan gerakan aktif dan pasif untuk mempertahankan dan mengembalikan kelenturan sendi.

Tindakan

Observasi

(a) Identifikasi indikasi dilakukan latihan
(b) Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi
(c) Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak

Terapeutik

(a) Gunakan pakaian yang longgar
(b) Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan

- (c) Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif
- (d) Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi
- (e) Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi

Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan prosedur latihan
- (b) Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis
- (c) Anjurkan duduk ditempat tidur atau dikursi, jika perlu
- (d) Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan

Kolaborasi

- (a) Kolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan jika perlu

(PPNI T. P., 2018)

b. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan;

- 1) Gangguan sistem transpor oksigen, sekunder akibat gagal jantung kongesitif, infark miokard, PPOK, atelektasis, anemia, hipovolemia, gangguan endokrin atau metabolik, penyakit kronis, dan lain-lain.
- 2) Ketidakadekuatan sumber energi, sekunder akibat obesitas, malnutrisi, diet yang tidak adekuat.
- 3) Peningkatan kebutuhan metabolik, sekunder akibat keganasan, pembedahan, stress ekstrem, nyeri, suhu yang ekstrem, polusi udara, dan lain-lain.
- 4) Inaktivitas, sekunder akibat depresi, kurang motivasi
 - a) Kriteria hasil
Individu akan meningkatkan aktivitasnya hingga tahap selanjutnya (tetapkan tingkat aktivitas yang diharapkan)
 - b) Indikator
 - (1) Mengidentifikasi faktor yang memperburuk intoleransi aktivitas
 - (2) Mengidentifikasi metode untuk menurunkan intoleransi aktivitas
 - (3) Mempertahankan tekanan darah dalam batas normal, 3 menit setelah beraktivitas. (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

Intervensi umum

- (1) Pantau respon klien terhadap aktivitas
- (2) Ukur nadi, tekanan darah, dan pernafasan saat istirahat
- (3) Minta klien untuk melakukan aktivitas
- (4) Ukur tanda-tanda vital segera setelah aktivitas (latihan berat dapat meningkatkan denyut nadi sebanyak 50 denyutan. Frekuensi tersebut tetap dalam batas normal, sepanjang denyut tersebut kembali ke denyutan istirahat dalam 3 menit)
- (5) Minta klien untuk istirahat selama 3 menit: ukur tanda-tanda vital kembali
- (6) Hentikan aktivitas jika terdapat keluhan nyeri dada, vertigo atau konfusi, penurunan frekuensi nadi, penurunan tekanan darah sistolik, peningkatan tekanan darah diastolik sebesar 15 mmHg, penurunan respon pernafasan.
- (7) Turunkan intensitas atau durasi aktivitas jika frekuensi pernafasan meningkat secara belebihan setelah aktivitas.

Rasional :respon klien terhadap aktivitas dapat dievaluasi dengan membandingkan tekanan darah, nadi, dan pernafasan praaktivitas dengan tekanan darah, nadi, dan pernafasan pasca aktivitas. Semua hasil pengukuran ini kemudian dibandingkan dengan waktu pemulihan – jumlah waktu yang diperlukan bagi tekanan darah, nadi, dan pernafasan untuk kembali ke tingkat preaktivitas

(8) Tingkat aktivitas secara bertahap

(a) Tingkatkan toleransi klien dengan memintanya melakukan aktivitas lebih lambat, atau dalam periode waktu yang lebih singkat dengan diselingi istirahat yang lebih banyak, atau dengan lebih banyak bantuan

(b) Mulai melakukan latihan rentang gerak sendi sekurang-kurangnya dua kali sehari

(c) Dorong klien untuk melakukan latihan isometrik

(d) Dorong klien untuk mengubah posisi dan mengangkat tubuhnya secara aktif jika tidak ada kontraindikasi

(e) Tingkatkan keseimbangan dan toleransi

duduk secara optimal dengan

meningkatkan kekuatan otot

(f) Tingkatkan ambulasi dengan atau tanpa

alat bantu

(g) Beri dukungan yang cukup untuk

memastikan keselamatan dan mencegah

jatuh

Rasional : toleransi terhadap aktivitas

terbentuk secara siklus melalui upaya

penyesuaian frekuensi, durasi, dan

intensitas aktivitas yang diatur sampai

tercapai tingkat yang diinginkan.

Peningkatan frekuensi aktivitas

menyebabkan peningkatan durasi dan

intensitas (kebutuhan kerja), peningkatan

intensitas diimbangi dengan penurunan

durasi dan frekuensi setelah terbentuk

toleransi untuk aktivitas yang lebih intensif

dengan durasi yang singkat, frekuensi

sekali lagi meningkat.

(9) Diskusikan pengaruh kondisi klien terhadap tanggung jawab peran, pekerjaan, dan keuangan

Rasional : pencatatan aktivitas yang actual juga respon klien terhadap aktivitas tersebut menjadi sarana yang lebih terpercaya untuk mengukur kemajuan yang ada

(10) Kaji keadekuatan pola tidur klien

(a) Rencanakan periode istirahat berdasarkan jadwal harian klien (periode istirahat sebaiknya dijadwalkan sepanjang hari dan disela-sela aktivitas)

(b) Anjurkan klien untuk istirahat selama satu jam pertama setelah makan. (istirahat dapat dilakukan dengan berbagai cara tidur sebentar, duduk dan menonton tv, atau duduk dengan kaki ditinggikan

Rasional : gejala intoleransi aktivitas dapat membaik dengan istirahat. Jadwal harian direncanakan untuk menetapkan periode aktivitas dan istirahat yang bergantian, serta dikoordinasikan untuk mengurangi periode pengeluaran energi yang berlebihan

(c) Munculkan sikap “bisa melakukan” dari dalam diri

(d) Identifikasi faktor yang menghambat rasa percaya diri klien (misal takut jatuh, persepsi tentang kelemahan, gangguan penglihatan)

(e) Gali hal –hal yang menjadi pendorong semangat bersama klien dan keluarga.

Pertimbangkan hal-hal yang klien hargai (misal bermain bersama cucu, kembali bekerja, memancing, membuat kerajinan tangan).

(f) Perkenankan klien untuk mengatur jadwal dan target aktifitas fungsionalnya sendiri.

Apabila target terlalu terlalu rendah, buat kontrak dengan klien (misal “target anda untuk berjalan sejauh 25 kaki seperti terlalu dekat. Mari kita tingkatkan sampai 50 kaki dan saya akan mendampingi anda.”)

(g) Rencanakan tujuan aktivitas, seperti duduk dikursi sambil makan siang, berjalan menuju jendela untuk melihat

pemandangan, atau berjalan ke dapur untuk mengambil minuman.

(h) Bantu klien untuk mengidentifikasi kemajuan yang didapat. Jangan anggap remeh nilai pujian dan dukungan sebagai suatu teknik motifasi yang efektif. Dalam kasus tertentu, akan sangat membantu jika kita membuat catatan tentang aktivitas yang telah klien lakukan untuk memperlihatkan kemajuan klien.

Rasional : intervensi keperawatan untuk intoleransi aktivitas berupaya meningkatkan partisipasi klien dalam berbagai aktivitas guna mencapai tingkat aktivitas yang diinginkan oleh klien untuk program terapi

(i) Dorong keluarga untuk menyampaikan masalahnya.

Rasional : keputusan individu untuk terlibat dalam aktivitas tertentu dipengaruhi oleh pengetahuan, nilai, keyakinan, dan kemampuan untuk bertindak.

(Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

c. Resiko Intoleransi aktivitas

Resiko tinggi terhadap intoleransi aktivitas. Faktor resiko antara lain : riwayat intoleransi yang berulang-ulang, perubahan kondisi kesehatan, status *bed rest*, dan permasalahan-permasalahan nyeri.

1) Tujuan :

Identifikasi aktifitas dan faktor-faktor yang menyebabkan intoleransi terhadap aktivitas

- a) Mempertahankan nadi, pernafasan, dan tekanan darah dalam batas normal selama aktivitas direncanakan
- b) Membebaskan klien dalam pola aktivitas dan istirahat sehingga dapat mengoptimalkan peran klien terhadap dirinya sendiri dan meminimalkan tingkat kejadian *fatigue*
- c) Menambah tingkatan toleransi klien terhadap aktivitas yang dibutuhkan
- d) Mengutarakan kecemasan terhadap aktivitas, menambah tingkatan aktivitas, dan/atau efek terhadap intoleransi aktivitas atas fungsi dan responya sebagai individu
- e) Mau menerima pertolongan, memilih, dan menggunakan sumber yang tersedia dengan tepat

2) Intervensi dan rasional

- a) Mengkaji pengetahuan klien terhadap aktivitas sehingga menyebabkan intoleransi terhadap aktivitas

Rasional : tindakan-tindakan ini dapat membantu perawat dan klien dalam menemukan data dasar dan memudahkan perawat untuk memilih tingkatan aktivitas yang cocok untuk klien

- b) Batasi faktor-faktor yang menyebabkan intoleransi klien

Rasional : mengidentifikasi faktor-faktor penyebab memudahkan perawat dan klien untuk memfokuskan intervensi secara tepat

- c) Monitor respon klien terhadap aktivitas yang dilakukan

Rasional : dengan memonitoring memungkinkan perawat dan klien dapat membatasi aktivitas tertentu dan dapat pula menambah dan mengurangi aktivitas yang ada

- d) Bantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang dapat dilakukan tanpa merugikan klien dan yang dapat mendorong klien untuk melakukan aktivitas tersebut

Rasional : dengan mengidentifikasi aktivitas dapat membantu klien memudahkan untuk berpartisipasi sebanyak mungkin dalam kebutuhan aktivitas dan menjaga derajat harga diri

- e) Selingi aktivitas klien dengan waktu istirahat (berbaring atau duduk secara rileks diatas kursi)

Rasional : dengan aktivitas yang adekuat dapat menambah persediaan energi klien

- f) Bantu dan atur jadwal keseharian klien seperti yang diindikasikan (seperti menunda jadwal mandi klien jika klien dijadwalkan untuk melakukan pemeriksaan diagnostik)

Rasional : menjadwalkan kegiatan keseharian klien dapat membantu penghematan energi klien dan energi tersebut dapat digunakan jika ada pemeriksaan menggunakan energi besar

- g) Ukur kegiatan untuk menjaga energi klien selama beraktivitas, seperti mengatur pengobatan rasa nyeri sebelum beraktivitas, menyediakan bantuan berjalan seperti yang diindikasikan dan atur pemberian oksigen jika terdapat order.

Rasional : dengan mengukur kegiatan klien dalam menghemat energi dapat memungkinkan

klien untuk meningkatkan toleransi terhadap aktivitas

h) Pastikan klien dalam melaksanakan aktivitas lebih santai dan dalam jangka waktu yang singkat, lebih sering beristirahat, dan lebih banyak menggunakan bantuan sebagaimana diindikasikan

Rasional : memperpendek waktu klien dalam beraktivitas dapat membuat klien lebih santai dan waktu istirahat yang lebih sering dapat mengoptimalkan pelaksanaan dari hasil pertolongan yang tepat memastikan klien aman dan mencegah klien jatuh

i) Berikan *reinforcement* positif untuk meningkatkan aktivitas.

Rasional : *reinforcement* yang positif dapat memberikan dorongan tujuan yang memuaskan

j) Masukkan keluarga atau support/bantuan seseorang dalam membantu klien melakukan aktivitas sehari-hari

Rasional : memberikan/mensupport klien dengan bantuan dapat mempertahankan gaya hidup yang diinginkan klien

k) Rencanakan waktu luang bagi klien dan dengarkan dengan empati terhadap apa yang klien keluhkan

Rasional : ansietas dan takut dapat menghabiskan persediaan energi dan mengurangi klien untuk melakukan aktivitas yang diinginkan

l) Berikan informasi yang tepat mengenai sumber yang cocok untuk membantu klien melakukan aktivitas sehari-harinya dan mempertahankan home management

Rasional : penggunaan sumber yang tersedia dimasyarakat dapat mengurangi ansietas dan perasaan frustasi dalam melengkapi kebutuhan aktivitas

(Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

4. Implementasi

a. Gangguan Mobilisasi Fisik

Observasi

- (1) Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- (2) Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- (3) Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi
- (4) Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

Terapeutik

- (1) Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)
- (2) Memfasilitasi melakukan pergerakan jika perlu
- (3) Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- (1) Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- (2) Menganjurkan melakukan mobilisasi dini
- (3) Menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis, duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
- (4) Mengedukasi mobilisasi merupakan mengajarkan perilaku untuk meningkatkan rentang gerak, kekuatan otot dan kemampuan bergerak

Tindakan

Observasi

- (1) Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- (2) Mengidentifikasi indikasi dan kontraindikasi mobilisasi
- (3) Memonitor kemajuan pasien atau keluarga dalam melakukan mobiisasi

Terapeutik

- (1) Mempersiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, *gait belt*
- (2) Menjadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga
- (3) Memberi kesempatan pada pasien atau keluarga untuk bertanya

Edukasi

- (1) Menjelaskan prosedur, tujuan, indikasi, dan kotaindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi
- (2) Mengajarkan cara mengidentifikasi sarana dan prasarana yang mendukung untuk mobilisasi di rumah
- (3) Mengajarkan cara mengidentifikasi kemampuan mobilisasi seperti kekuatan otot, rentang gerak
- (4) Mendemonstrasikan cara mobilisasi ditempat tidur (mis, mekanika tubuh, posisi pasien digeser kearah berlawanan dari arah posisi yang akan dimiringkan, teknik-teknik memiringkan, penempatan posisi bantal sebagai penyangga)
- (5) Mendemonstrasikan cara melatih rentang gerak (mis, gerakan dilakukan dengan perlahan, dimulai dari kepala ke ekstremitas, gerakan semua persendian sesuai

rentang gerak normal, cara melatih rentang gerak pada sisi ekstremitas yang parese dengan menggunakan ekstremitas yang normal, frekuensi tiap gerakan)

(6) Mengajurkan pasien atau keluarga mendemonstrasikan mobilisasi miring kanan/miring kiri/latihan rentang gerak sesuai yang telah di demonstrasikan.

(7) Melatih rentang gerak merupakan mengajarkan kemampuan menggunakan gerakan aktif dan pasif untuk mempertahankan dan mengebalikan kelenturan sendi.

Tindakan

Observasi

- (1) Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan
- (2) Mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi
- (3) Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak

Terapeutik

- (1) Menggunakan pakaian yang longgar
- (2) Mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan
- (3) Memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif
- (4) Melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi

(5) Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi

Edukasi

(1) Menjelaskan tujuan dan prosedur latihan
(2) Mengajurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis

(3) Mengajurkan duduk ditempat tidur atau dikursi, jika perlu

(4) Mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan

(1) Mengkolaborasi dengan fisioterapis mengembangkan program latihan jika perlu

(PPNI T. P., 2018)

b. Intoleransi aktivitas yang berhubungan dengan;

- 1) Gangguan sistem transpor oksigen, sekunder akibat gagal jantung kongesitif, infark miokard, PPOK, atelektasis, anemia, hipovolemia, gangguan endokrin atau metabolismik, penyakit kronis, dan lain-lain.
- 2) Ketidakadekuatan sumber energi, sekunder akibat obesitas, malnutrisi, diet yang tidak adekuat.

3) Peningkatan kebutuhan metabolismik, sekunder akibat keganasan, pembedahan, stress ekstrem, nyeri, suhu yang ekstrem, polusi udara, dan lain-lain.

4) Inaktivitas, sekunder akibat depresi, kurang motivasi

Indikator

(a) Mengidentifikasi faktor yang memperburuk intoleransi aktivitas

(b) Mengidentifikasi metode untuk menurunkan intoleransi aktivitas

(c) Mempertahankan tekanan darah dalam batas normal, 3 menit setelah beraktivitas. (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

Intervensi umum

(a) Memantau respon klien terhadap aktivitas

(b) Mengukur nadi, tekanan darah, dan pernafasan saat istirahat

(c) Meminta klien untuk melakukan aktivitas

(d) Mengukur tanda-tanda vital segera setelah aktivitas (latihan berat dapat meningkatkan denyut nadi sebanyak 50 denyutan. Frekuensi tersebut tetap dalam batas normal, sepanjang denyut tersebut kembali ke denyutan istirahat dalam 3 menit)

(e) Meminta klien untuk istirahat selama 3 menit: ukur tanda-tanda vital kembali

(f) Menghentikan aktivitas jika terdapat keluhan nyeri dada, vertigo atau konfusi, penurunan frekuensi nadi, penurunan tekanan darah sistolik, peningkatan tekanan darah diastolik sebesar 15 mmHg, penurunan respon pernafasan.

(g) Menurunkan intensitas atau durasi aktivitas jika frekuensi pernafasan meningkat secara berlebihan setelah aktivitas.

(h) Meningkat aktivitas secara bertahap

(i) Meningkatkan toleransi klien dengan memintanya melakukan aktivitas lebih lambat, atau dalam periode waktu yang lebih singkat dengan diselingi istirahat yang lebih banyak, atau dengan lebih banyak bantuan

(j) Memulai melakukan latihan rentang gerak sendi sekurang-kurangnya dua kali sehari

(k) Mendorong klien untuk melakukan latihan isometrik

(l) Mendorong klien untuk mengubah posisi dan mengangkat tubuhnya secara aktif jika tidak ada kontraindikasi

(m) Meningkatkan keseimbangan dan toleransi duduk secara optimal dengan meningkatkan kekuatan otot

(n) Meningkatkan ambulasi dengan atau tanpa alat bantu

(o) Memberi dukungan yang cukup untuk memastikan keselamatan dan mencegah jatuh

(p) Mendiskusikan pengaruh kondisi klien terhadap tanggung jawab peran, pekerjaan, dan keuangan

(q) Mengkaji keadekuatan pola tidur klien

(r) Merencanakan periode istirahat berdasarkan jadwal harian klien (periode istirahat sebaiknya dijadwalkan sepanjang hari dan disela-sela aktivitas)

(s) Mengajurkan klien untuk istirahat selama satu jam pertama setelah makan. (istirahat dapat dilakukan dengan berbagai cara tidur sebentar, duduk dan menonton tv, atau duduk dengan kaki ditinggikan

(t) Memunculkan sikap “bisa melakukan” dari dalam diri

(u) Mengidentifikasi faktor yang menghambat rasa percaya diri klien (misal takut jatuh, persepsi tentang kelemahan, gangguan penglihatan)

(v) Menggali hal –hal yang menjadi pendorong semangat bersama klien dan keluarga. Pertimbangkan hal-hal yang klien hargai (misal bermain bersama cucu, kembali bekerja, memancing, membuat kerajinan tangan).

(w) Memperkenankan klien untuk mengatur jadwal dan target aktifitas fungsionalnya sendiri. Apabila target terlalu terlalu rendah, buat kontrak dengan klien (misal “target anda untuk berjalan sejauh 25 kaki sepertinya terlalu dekat. Mari kita tingkatkan sampai 50 kaki dan saya akan mendampingi anda.”)

(x) Merencanakan tujuan aktivitas, seperti duduk dikursi sambil makan siang, berjalan menuju jendela untuk melihat pemandangan, atau berjalan ke dapur untuk mengambil minuman.

(y) Membantu klien untuk mengidentifikasi kemajuan yang didapat. Jangan anggap remeh nilai pujian dan dukungan sebagai suatu teknik motifasi yang efektif. Dalam kasus tertentu, akan sangat

membantu jika kita membuat catatan tentang aktivitas yang telah klien lakukan untuk memperlihatkan kemajuan klien.

(z) Mendorong keluarga untuk menyampaikan masalahnya.

(Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

c. Resiko Intoleransi aktivitas

- 1) Mengkaji pengetahuan klien terhadap aktivitas sehingga menyebabkan intoleransi terhadap aktivitas
- 2) Membatasi faktor-faktor yang menyebabkan intoleransi klien
- 3) Memonitor respon klien terhadap aktivitas yang dilakukan
- 4) Membantu klien untuk mengidentifikasi aktivitas yang dapat dilakukan tanpa merugikan klien dan yang dapat mendorong klien untuk melakukan aktivitas tersebut
- 5) Menyelingi aktivitas klien dengan waktu istirahat (berbaring atau duduk secara rileks diatas kursi)
- 6) Membantu dan atur jadwal keseharian klien seperti yang diindikasikan (seperti menunda jadwal mandi klien jika klien dijadwalkan untuk melakukan pemeriksaan diagnostik)
- 7) Mengukur kegiatan untuk menjaga energi klien selama beraktivitas, seperti mengatur pengobatan rasa nyeri

sebelum beraktivitas, menyediakan bantuan berjalan seperti yang diindikasikan dan atur pemberian oksigen jika terdapat order.

- 8) Memastikan klien dalam melaksanakan aktivitas lebih santai dan dalam jangka waktu yang singkat, lebih sering beristirahat, dan lebih banyak menggunakan bantuan sebagaimana diindikasikan
- 9) Memberikan *reinforcement* positif untuk meningkatkan aktivitas.
- 10) Memasukkan keluarga atau support/bantuan seseorang dalam membantu klien melakukan aktivitas sehari-hari
- 11) Merencanakan waktu luang bagi klien dan dengarkan dengan empati terhadap apa yang klien keluhkan
- 12) Memberikan informasi yang tepat mengenai sumber yang cocok untuk membantu klien melakukan aktivitas sehari-harinya dan memperthankan home management

(Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015)

5. Evaluasi

Evaluasi mobilitas fisik merupakan kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dengan ekspektasi meningkat dengan kriteria hasil :

	Menurun	Cukup menurun	Sedang	Cukup meningkat	Meningkat
Pergerakan ekstremitas	1	2	3	4	5
Kekuatan otot	1	2	3	4	5
Rentang gerak (ROM)	1	2	3	4	5
	Meningkat	Cukup meningkat	Sedang	Cukup menurun	Menurun
Nyeri	1	2	3	4	5
Kecemasan	1	2	3	4	5
Kaku sendi	1	2	3	4	5
Gerak tidak terkoordinasi	1	2	3	4	5
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5
Kelemahan fisik	1	2	3	4	5

(PPNI T. P., 2019)

Evaluasi yang diharapkan dari tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah mekanika tubuh dan ambulasi adalah untuk menilai kemampuan pasien dalam menggunakan mekanika tubuh yang baik, menggunakan alat bantu gerak, cara menggapai benda, naik atau turun dan berjalan.

Evaluasi adalah pengukuran keefektifan pengkajian, diagnosis, perencanaan dan implementasi. Klien adalah fokus evaluasi. Langkah-langkah dalam mengevaluasi asuhan keperawatan adalah menganalisis respon klien, mengidentifikasi faktor yang berkontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan dimasa depan. (Rosdahl, 2012)

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Studi kasus ini merupakan metode penelitian dengan pendekatan studi kasus. Studi kasus termasuk dalam penelitian analisis deskriptif yang hanya menggambarkan/memaparkan variable-variable yang di teliti tanpa menganalisis hubungan antara variable. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk deskriptif agar pembaca dapat memahami data tersebut dengan mudah. (Dharma, 2011)

B. Subjek Studi Kasus

Subjek studi kasus yang akan dikaji adalah pasien stroke yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas dengan kriteria:

1. Inklusi
 - a. Pasien stroke yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas
 - b. Pasien stroke yang rawat inap di RSKD Dadi Provinsi Sulawesi Selatan
 - c. Pasien yang dapat berkomunikasi dengan baik
 - d. Pasien yang bersedia menjadi responden

2. Ekslusi

- a. Pasien stroke yang mengalami komplikasi berat.
- b. Pasien stroke yang telah menjalani operasi
- c. Pasien dengan data tidak lengkap

C. Fokus Studi Kasus

Pada study kasus ini berfokus pada pasien stroke yang mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan aktivitas

D. Definisi Operasional

Studi kasus asuhan keperawatan:

- 1. Kemampuan beraktivitas merupakan kebutuhan dasar yang mutlak diharapkan oleh setiap manusia. Kemampuan tersebut meliputi berdiri, berjalan, bekerja, makan, minum, dan lain sebagainya
- 2. Stroke merupakan gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak.

E. Instrument Penelitian

Instrumen penelitian pada studi kasus ini adalah format pengkajian asuhan keperawatan dengan kasus stroke dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas yang terdiri dari lembar pengkajian kebutuhan aktivitas, lembar wawancara dan lembar observasi

F. Tempat dan Waktu

1. Tempat study kasus

Tempat pelaksanaan studi kasus di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan

2. Waktu pelaksanaan study kasus

Study kasus dilaksanakan pada tanggal 20 September sampai 02 Oktober 2021

G. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data merupakan cara yang dilakukan peneliti dalam mengumpulkan data penelitian. Untuk melakukan pengumpulan data, ada beberapa metode yang dilakukan antara lain:

1. Metode observasi

Observasi adalah kegiatan pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap aktivitas responden atau partisipan yang terencana, dilakukan secara aktif dan sistematis.

Terdapat 2 metode observasi, yaitu observasi sistematis adalah pengamatan yang dilakukan menggunakan pedoman atau kerangka observasi yang berisi aspek perilaku yang ingin diketahui. Observasi partisipatif adalah observasi yang dilakukan dengan cara masuk dalam kehidupan partisipan atau subjek

penelitian kemudian mengamati apa yang dilakukan oleh subjek untuk mengidentifikasi suatu variable.

2. Metode wawancara

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara berinteraksi, bertanya dan mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan oleh responden atau partisipan.

H. Penyajian Data

Data yang telah terkumpul selama proses pengumpulan data disajikan dalam bentuk tekstural yang bersifat naratif dan disertai dengan cuplikan ungkapan verbal dan subjek studi untuk disajikan sebagai data pendukung.

I. Etika Studi Kasus

Menurut Dharma, (2011) etika studi kasus terdiri dari

1. Penjelasan dan persetujuan (*informed consent*)

Informed consent adalah formulir persetujuan yang akan ditanda tangani oleh subjek penelitian. Yang mencakup

- a. Penjelasan tentang judul penelitian, tujuan dan manfaat penelitian.
- b. Permintaan kepada subjek untuk berpartisipasi dalam penelitian
- c. Penjelasan prosedur penelitian
- d. Gambaran tentang resiko dan ketidaknyamanan selama penelitian

- e. Penjelasan tentang keuntungan yang didapat dengan berpartisipasi sebagai subjek penelitian
- f. Penjelasan tentang jaminan kerahasiaan dan anonimitas
- g. Hak untuk mengundurkan diri dari ketidak ikut sertaan sebagai subjek penelitian, kapanpun sesuai dengan keinginan subjek.
- h. Persetujuan penelitian untuk memberikan informasi yang jujur terkait dengan prosedur penelitian
- i. Pertanyaan persetujuan dari subjek untuk ikut serta dalam penelitian.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subjek (*respect for privacy and confidentiality*)

Manusia sebagai subjek penelitian memiliki privasi dan hak asasi untuk mendapatkan kerahasiaan informasi. Namun tidak bisa dipungkiri bahwa penelitian menyebabkan terbukanya informasi tentang subjek. Sehingga peneliti perlu merahasiakan berbagai informasi yang menyangkut privasi subjek yang tidak ingin identitas dan segala informasi tentang dirinya diketahui oleh orang lain. Prinsip ini dapat diterapkan dengan cara menidiakan identitas seperti nama dan alamat subjek identitas seperti nama dan alamat subjek kemudian diganti dengan kode tertentu.

3. Menghormati keadilan dan inklusivitas (*respect for justice and inclusiveness*)

Prinsip keterbukaan dalam penelitian mengandung makna bahwa penelitian dilakukan secara jujur, tepat, cermat, hati-hati dan dilakukan secara profesional. Sedangkan prinsip keadilan mengandung makna bahwa penelitian memberikan keuntungan dan beban secara merata sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan subjek.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harm and benefits*)

Prinsip ini mengandung makna bahwa setiap penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan (beneficience). Kemudian meminimalisir resiko/dampak yang merugikan bagi subjek penelitian (nonmaleficence). Prinsip ini yang harus diperhatikan oleh peneliti ketika mengajukan usulan penelitian untuk mendapatkan persetujuan etik dari komit etik penelitian. Penelitian harus mempertimbangkan rasio antara manfaat dan kerugian/resiko dari penelitian.

BAB IV

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Studi Kasus

1. Gambaran Lokasi Umum

Penelitian studi kasus ini telah dilaksanakan di Rumah Sakit Khusus Daerah Dadi Provinsi Sulawesi Selatan yang berlokasi di Jalan Lanto Daeng Pasewang No.34 Kecamatan. Ujung Pandang Kota Makassar. Setelah mendapat izin dari RS, peneliti diarahkan ke ruangan Stroke Center kamar no 8

2. Data Umum Subjek Studi Kasus

Data umum subjek studi kasus yaitu "Ny. H" yang merupakan pasien yang berada diruang perawatan Kasih Sayang. Pasien dipilih sesuai data inklusi

a. Pengkajian

1) Identitas klien

Klien atas nama Ny "H" berjenis kelamin perempuan, tanggal lahir 31 Desember 1953 dengan usia 68 tahun, status saat ini janda, Agama Islam, Suku Bugis, pendidikan terakhir Sekolah Dasar, pekerjaan saat ini ibu rumah tangga, alamat Perumahan Azzahra Blok D no 3, Daya. Tanggal masuk rumah sakit 24 September 2021 jam 09.30 dengan nomor rekam medic 191468.

Penanggung jawab yaitu anaknya Ny "H" jenis kelamin perempuan dengan umur 36 tahun, Agama Islam, Pendidikan sarjana, pekerjaan saat ini Guru di SMPN 26 Satap Pallanting, Gowa.

2) Keluhan Utama

Klien mengeluh tidak bisa menggerakkan ekstremitas pada bagian sebelah kiri dan tegang pada leher

3) Riwayat Keluhan Utama

Klien mengatakan badannya terasa lemah pada hari Kamis yang lalu, klien mengatakan tidak bisa menggerakkan badan sebelah kiri terutama pada tangan tetapi kaki sedikit bisa digerakkan, klien mengatakan tegang pada leher karena adanya riwayat hipertensi, nampak bibir moncong kekanan.

4) Riwayat keperawatan

Klien mengatakan selama sakit tidak melakukan aktivitas dan berolahraga

5) Pengkajian data fisik dan psikososial

a) Pemeriksaan fisik

(1) Kesejajaran tubuh :

(a) Bahu dan pinggul tidak sejajar sebelah kiri miring kebawah

(b) Jari-jari mengarah kedepan

(c) Tulang belakang nampak tidak lurus

(2) Klien tidak bisa berjalan

(3) Penampilan pergerakan sendi

(a) Nampak tidak ada kemerahan dan pembengkakan di area sendi

(b) Nampak tidak ada deformitas

(c) Tidak ada nyeri tekan

(d) Nampak tidak ada krepitasi

(e) Tidak ada peningkatan temperature sekitar sendi

(f) Derajat gerak sendi hari ke 1-4

Tabel 3.1 Derajat Gerak Sendi Klien

Gerak sendi	Derajat rentang	
	Kiri	Kanan
bahu Adduksi	180	180
Siku Fleksi	150	150
Pergelangan tangan fleksi	90	90
Ekstensi	90	90
Hiperekstensi	90	90
Abduksi	20	20
Adduksi	50	50
Tangan dan jari		
Fleksi	90	90
Ekstensi	90	90
Hiperekstensi	30	30
Abduksi	20	20
Adduksi	20	20

(4) Kemampuan dan keterbatasan gerak

(a) Klien hanya mampu bergerak jika di bantu oleh keluarganya

(b) Nampak terpasang infus

(c) Klien mampu mengikuti instruksi yang diberikan

(d) Klien tidak mampu berdiri sendiri

(e) Tidak terjadi hipotensi ortostatik

(f) Klien nampak nyaman saat berbaring dan duduk

(g) Penglihatan klien nampak baik

(5) Kekuatan dan massa otot

Tabel 3.2 Kekuatan dan Massa Otot Klien

Hari	Ekstremitas	Skala kekuatan					
		0	1	2	3	4	5
1	Tangan kanan						✓
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan						✓
	Kaki kiri		✓				
2	Tangan kanan						✓
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan						✓
	Kaki kiri			✓			
3	Tangan kanan						✓
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan						✓
	Kaki kiri			✓			
4	Tangan kanan						✓
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan						✓
	Kaki kiri			✓			

Ket :

0 : Paralisis sempurna

1 : Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat dipalpasi atau dilihat

2 : Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan

3 : Gerakan yang normal melawan gravitasi

4 : Gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

5 : Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh

(6) Toleransi aktivitas

(a) Nampak tidak terdapat gangguan pernafasan

(b) Tidak terjadi immobilisasi komplet

(c) Tidak nampak terjadi penurunan massa otot

dan musculoskeletal

(d) Tidur klien tidak mencukupi

(e) Tidak ada nyeri

(f) Klien nampak cemas

(g) Tingkat kemampuan aktivitas klien berada di tingkat 3 (memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan untuk mobilisasi)

b) Pengkajian data psikososial

Klien mengatakan semenjak terkena stroke klien sangat susah menjalankan ibadah seperti orang normal sebelumnya, tapi klien tetap melaksanakan ibadah sholat dengan duduk ataupun baring.

6) Riwayat kesehatan

a) Riwayat kesehatan sekarang

Keluarga klien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan badan pada sebelah kiri pada hari Kamis yang lalu

b) Riwayat penyakit masa lalu

Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit DM dan hipertensi

c) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengidap penyakit stroke dan memiliki penyakit keturunan.

7) Kebiasaan sehari-hari

a) Pola nutrisi : ibu menyukai semua jenis makanan, ibu makan 3x sehari, ibu juga sering makan buah dan minum air mentimun

b) Pola istirahat dan tidur

Malam : tidak bisa tidur dan tidur kurang dari 5 jam

Siang : tidur hanya 1-2 jam .

Klien mengatakan dia tidak bisa tidur dengan nyenyak dan susah menutup mata.

c) Pola eliminasi : ibu mengatakan tidak ada gangguan saat BAK dan BAB

d) Personal hygiene : klien mandi 1x sehari, klien sikat gigi 2x sehari

e) Aktivitas : setiap ibu melakukan aktivitas akan dibantu oleh anaknya

f) Rekreasi dan hiburan : klien lebih suka dirumah aja, dan selama di RS klien suka berbincang dengan satu kamarnya

8) Pemeriksaan fisik

- a) Keadaan umum : baik
- b) Kesadaran : comatosus
- c) Tanda – tanda vital

(1) Tekanan darah : 168/86 MmHg

(2) Nadi : 80x/mnt

(3) Suhu : 36 °c

(4) Pernafasan : 22x/mnt

(5) GCS : 15 (E = 4, M = 6, V=5)

- d) Program terapi obat

Tabel 3.3 terapi obat

Nama obat	Dosis	Rute	Pemberian
Citicolin	1 amp	IV	Pagi
RL	500 ml	IV	
Mecobalamin	1x3	Oral	Tiap 8 jam
Paracetamol	1x1	Oral	Malam
Amplodipine	1x1	Oral	Malam
Ryzodec	1x1	Subcutan	Pagi
Miniaspi	1x1	Oral	Malam
Kalmeco	1x1	oral	Pagi

b. Diagnosa keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian ditemukan diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi ditandai dengan data subjektif klien yaitu klien mengatakan badannya terasa lemas serta tidak bisa

menggerakkan badannya pada bagian sebelah kiri terutama pada bagian tangan, klien mengatakan selama sakit tidak bisa melakukan aktivitas dan olahraga. Data objektif yaitu klien nampak susah bergerak, Tekanan Darah : 168/86 MmHg, Nadi : 80x/menit, Suhu : 36 °c, Pernafasan : 22x/menit, klien nampak dibantu sama anggota keluarganya.

c. Intervensi

Perencanaan dari diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi yaitu :

- 1) Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan klien mampu menggerakkan sendi, yang dibuktikan oleh indikator sebagai berikut (klien mampu mengerakkan sendi)
- 2) Dengan kriteria hasil : klien mampu mengerakkan ekstremitas, klien mampu bergerak
 - a) Dukungan mobilisasi fisik
 - (1) Observasi
 - (a) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
 - (b) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
 - (c) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

(d) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

(2) Terapeutik

(a) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)

(b) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

(3) Edukasi

(a) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi

(b) Anjurkan melakukan mobilisasi dini

(c) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

b) Latihan rentang gerak

(1) Observasi

(a) Identifikasi indikasi dilakukan latihan

(b) Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi

(c) Monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak

(2) Terapeutik

(a) Gunakan pakaian yang longgar

- (b) Cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan
- (c) Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif
- (d) Lakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi

(e) Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi

(3) Edukasi

- (a) Jelaskan tujuan dan proses latihan
- (b) Anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis
- (c) Anjurkan duduk duduk di tempat tidur atau kursi
- (d) Ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan

c) Edukasi mobilisasi

(1) Observasi

- (a) Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- (b) Monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi

(2) Terapeutik

(a) Persiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt

(b) Jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga

(c) Beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya

(3) Edukasi

(a) Jelaskan prosedur, tujuan, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi

(b) Demonstrasikan cara melatih rentang gerak

d. Implementasi

Rabu, 29 September 2021

Implementasi pada hari pertama pukul 10:30 WITA 1.

Dukungan mobilisasi : a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan tubuh bagian sebelah kanan c. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Hasil : tekanan darah klien sebelum mobilisasi 168/86 MmHg dan setelah dilakukan mobilisasi 130/80 MmHg d. Memonitor

kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Hasil : klien nampak rileks e. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), Hasil: klien nampak selalu memakai pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur f. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak g. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Hasil : perawat menjelaskan kepada klien tujuan dan prosedur mobilisasi h. Mengajurkan melakukan mobilisasi dini, Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya i. Mengajurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), Hasil : klien nampak selalu duduk di tempat tidur. Pukul 12:00 WITA 2. Edukasi mobilisasi : a. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Hasil : klien nampak siap dengan apa yang dijelaskan perawat b. Memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi, Hasil : nampak klien dan keluarga selalu latihan mobilisasi c. Mempersiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt, Hasil : klien nampak telah siapkan bantal di belakangnya d. Menjadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai

kesepakatan dengan pasien dan keluarga, Hasil : klien mengatakan siap setiap saat e. Memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya, Hasil : nampak keluarga dan pasien sangat antusias bertanya f. Menjelaskan prosedur, tujuan, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi, Hasil : perawat menjelaskan kepada pasien dan pasien menerima dengan baik g. Mendemonstrasikan cara melatih rentang gerak, Hasil : perawat mendemonstrasikan latihan-latihan rentang gerak. Pukul 14.30 WITA 3. Latihan rentang gerak : a. Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien b. Mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi, Hasil : klien nampak tidak bisa menggerakkan sendi sebelah kiri c. Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, Hasil : tidak terdapat nyeri d. Menggunakan pakaian yang longgar, Hasil : klien nampak memakai pakaian longgar e. Mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, Hasil : nampak tidak ada terjadi cedera selama latihan f. Memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan g. Melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai

dengan indikasi, Hasil : klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi dan dibantu oleh perawat h. Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan i. menjelaskan tujuan dan proses latihan, Hasil : perawat memberikan penjelasan tentang latihan gerak sendi j. Mengajurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis k. Mengajurkan duduk duduk ditempat tidur atau kursi, Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur l. Mengajarkan rentang gerak atif sesuai dengan program latihan , Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang di inginkan

Kamis, 30 September 2021

Implementasi pada hari kedua pukul 10:00 WITA 1. Dukungan mobilisasi : a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan tubuh bagian sebelah kanan c. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Hasil : tekanan darah klien sebelum mobilisasi 179/93 MmHg dan setelah dilakukan mobilisasi 170/90 MmHg d. Memonitor

kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Hasil : klien nampak rileks e. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), Hasil: klien nampak selalu memakai pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur f. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak h. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya i. Mengajurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur. Pukul 12:00 WITA 2. Latihan rentang gerak : a. Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien b. Mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi, Hasil : klien nampak tidak bisa mengerakkan sendi sebelah kiri c. Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, Hasil : tidak terdapat nyeri d. Menggunakan pakaian yang longgar, Hasil : klien nampak memakai pakaian longgar e. Mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, Hasil : nampak tidak ada terjadi cedera selama latihan f. Memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan

sendi yang aktif dan pasif, Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan g. Melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, Hasil : klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi dan dibantu oleh perawat h. Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan i. Menjelaskan tujuan dan proses latihan, Hasil : perawat memberikan penjelasan tentang latihan gerak sendi j. Menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis k. menganjurkan duduk duduk ditempat tidur atau kursi, Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur l. mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan , Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang di inginkan.

Jumat, 01 Oktober 2021

Implementasi pada hari ketiga pukul 10:00 WITA 1. Dukungan mobilisasi : a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan tubuh bagian sebelah kanan c. Memonitor frekuensi jantung

dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Hasil : tekanan darah klien sebelum mobilisasi 144/89 MmHg dan setelah dilakukan mobilisasi 130/80 MmHg d. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Hasil : klien nampak rileks e. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), Hasil: klien nampak selalu memakai pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur f. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak g. Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, Hasil : perawat menjelaskan kepada klien tujuan dan prosedur mobilisasi h. Mengajurkan melakukan mobilisasi dini, Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya i. Mengajurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), Hasil : klien nampak selalu duduk di tempat tidur. Pukul 11:00 WITA 2. Latihan rentang gerak : a. Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien b. Mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi, Hasil : klien nampak tidak bisa mengerakkan sendi sebelah kiri c. Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat

bergerak, Hasil : tidak terdapat nyeri d. Menggunakan pakaian yang longgar, Hasil : klien nampak memakai pakaian longgar e. Mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, Hasil : nampak tidak ada terjadi cedera selama latihan f. Memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan g. Melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, Hasil : klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi dan dibantu oleh perawat h. Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan i. Menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis j. Menganjurkan duduk duduk ditempat tidur atau kursi, Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur k. Mengajarkan rentang gerak atif sesuai dengan program latihan , Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang di inginkan.

Sabtu, 02 Oktober 2021

Implementasi pada hari keempat pukul 10:30 WITA 1.

Dukungan mobilisasi : a. Mengidentifikasi adanya nyeri atau

keluhan fisik lainnya, Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri b. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan tubuh bagian sebelah kanan c. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, Hasil : tekanan darah klien sebelum mobilisasi 130/80 MmHg dan setelah dilakukan mobilisasi 130/90 MmHg d. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, Hasil : klien nampak rileks e. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), Hasil: klien nampak selalu memakai pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur f. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak g. Menganjurkan melakukan mobilisasi dini, Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya h. Mengajurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi), Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur. Pukul 12:00 WITA 2. Latihan rentang gerak : a. Mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien b. Mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi, Hasil : klien nampak tidak

bisa mengerakkan sendi sebelah kiri c. Memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, Hasil : tidak terdapat nyeri d. Menggunakan pakaian yang longgar, Hasil : klien nampak memakai pakaian longgar e. Mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, Hasil : nampak tidak ada terjadi cedera selama latihan f. Memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan g. Melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, Hasil : klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi perawat h. Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan i. Menjelaskan tujuan dan proses latihan, Hasil : perawat memberikan penjelasan tentang latihan gerak sendi j. Menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis k. Menganjurkan duduk duduk ditempat tidur atau kursi, Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur l. Mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan , Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang di inginkan.

e. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan menggunakan metode SOAP yaitu

S : Subjektif, O : Objektif, A : Assessment, P : Planning

Evaluasi hari Rabu, 29september 2021 pukul 18.00 WITA,

Subjektif : klien mengatakan tidak bisa mengerakkan badan

bagian kiri, Objektif : nampak badan sebelah kiri klien tidak

bisa digerakkan dan kaku, Assessment : masalah mobilisasi

belum teratasi, Planning : lanjutkan Intervensi 1 : a, b, c, d, e,

f, g, h, i. 2 : a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l dan 3 : a, b, c, d, e, f,

g yaitu : 1. Dukungan mobilisasi : a. mengidentifikasi adanya

nyeri atau keluhan fisik lainnya, b. mengidentifikasi toleransi

fisik melakukan pergerakan, c. memonitor frekuensi jantung

dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, d.

memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, e.

memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis.

Pagar tempat tidur), f. melibatkan keluarga untuk membantu

pasien dalam meningkatkan pergerakan, g. menjelaskan

tujuan dan prosedur mobilisasi, h. menganjurkan melakukan

mobilisasi dini, i. mengajurkan mobilisasi sederhana yang

harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk disisi

tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi 2. Latihan

rentang gerak : a. mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan,

b. mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi, c.

memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, d. menggunakan pakaian yang longgar, e. mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, f. memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, g. melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, h. memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, i. menjelaskan tujuan dan proses latihan, j. Menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, k. menganjurkan duduk duduk ditempat tidur atau kursi, l. mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan. 3. Edukasi mobilisasi : a. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, b. memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi, c. mempersiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt, d. menjadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga, e. memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya, f. menjelaskan prosedur, tujuan, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi, g. mendemonstrasikan cara melatih rentang gerak

Evaluasi hari kamis, 30september 2021 pukul 17.00 WITA,

Subjektif : klien mengatakan tidak bisa mengerakkan badan

bagian kiri, Objektif : nampak badan sebelah kiri klien tidak bisa digerakkan dan kaku, Assessment : masalah mobilisasi belum teratasi, Planning : lanjutkan Intervensi 1 : a, b, c, d, e, f, g, h, i. dan 2 : a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l yaitu : 1. Dukungan mobilisasi : a. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, b. mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, c. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, d. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, e. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), f. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, g. menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, h. menganjurkan melakukan mobilisasi dini, i. menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi 2. Latihan rentang gerak : a. mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, b. mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi, c. memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, d. menggunakan pakaian yang longgar, e. mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, f. memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, g. melakukan

gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, h. memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, i. menjelaskan tujuan dan proses latihan, j. Menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, k. menganjurkan duduk duduk ditempat tidur atau kursi, l. mengajarkan rentang gerak atif sesuai dengan program latihan.

Evaluasi hari jumat, 01oktober 2021 pukul 18.00 WITA, Subjektif : klien mengatakan sudah mulai bisa mengerakkan badan bagian kiri, Objektif : nampak badan sebelah kiri klien sudah bisa sedikit digerakkan dan kaku, Assessment : masalah mobilisasi belum teratasi, Planning : lanjutkan Intervensi 1 : a, b, c, d, e, f, g, h, I dan 2 : a, b, c, d, e, f, g, h, I, j, k, l yaitu : 1. Dukungan mobilisasi : a. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, b. mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, c. memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi, d. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, e. memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur), f. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, g. menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, h. menganjurkan melakukan mobilisasi dini, i. mengajurkan

mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis.duduk di tempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi 2. Latihan rentang gerak : a. mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan, b. mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi, c. memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak, d. menggunakan pakaian yang longgar, e. mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan, f. memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif, g. melakukan gerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi, h. memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi, i. menjelaskan tujuan dan proses latihan, j. Menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis, k. menganjurkan duduk duduk di tempat tidur atau kursi, l. mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan.

Evaluasi hari Sabtu, 02oktober 2021 pukul 17.30 WITA,
Subjektif : klien mengatakan belum bisa mengerakkan badan bagian kiri, Objektif : nampak badan sebelah kiri klien belum bisa digerakkan dan kakunya sedikit berkurang, Assessment : masalah mobilisasi belum teratasi dan klien di pulangkan, Planning : pertahankan intervensi

B. Pembahasan

Pembahasan tentang “penerapan Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny “H” dengan Stroke dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas” telah dilaksanakan pada Rabu 29 September sampai 02 Oktober 2021. Disamping itu, akan dikemukakan pula terkait kebutuhan aktivitas maupun hambatan dalam pemenuhan asuhan keperawatan pada Ny. H yang akan diuraikan sesuai dengan tahap proses keperawatan.

1. Pengkajian

Hasil pengkajian pada Ny “H” didapatkan data bahwa terjadi gangguan mobilitas fisik akibat stroke yang dimana pada ibu tanpa adanya gangguan lain dan terjadi secara mendadak, pembahasan ini sejalan dengan teori (Permatasari, 2020) yang mengatakan bahwa stroke merupakan gejala yang didefinisikan suatu gangguan fungsional otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik fokal maupun global yang berlangsung 24 jam atau lebih

Stroke tersebut mengakibatkan terjadinya gangguan mobilitas fisik sesuai dengan teori (Ahmad & Airiza, 2008) yang mengatakan gejala yang paling sering kita temukan adalah keadaan lumpuh separuh badan dengan atau tanpa penurunan kesadaran. Keluhan utama yang dirasakan klien,

Klien mengeluh tidak bisa menggerakkan badan pada bagian sebelah kiri dan tegang pada leher hal ini sejalan dengan penelitian (Permatasari, 2020) yang mengatakan stroke merupakan kerusakan organ target pada otak yang diakibatkan oleh hipertensi. Kegagalan dalam mensuplai darah akan menyebabkan gangguan fungsi bagian otak atau yang terserang atau terjadi kematian sel safar (nekrosis). Nampak bibir klien moncong kekanan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa yang muncul pada Ny "H" dari hasil pengkajian adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kekakuan sendi sejalan dengan teori (Nurshiyam, Ardi, & Basri, 2020) yang mengatakan pasien stroke Non-Hemoragik sering mengalami masalah pada neuro-muskuloskeletal yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan mobilitas pasien.

3. Perencanaan

Perencanaan yang telah ditetapkan pada Ny "H" yaitu 1. dukungan mobilisasi sejalan dengan teori (Nurshiyam, Ardi, & Basri, 2020) yang mengatakan bahwa dukungan mobilisasi untuk meningkatkan kemampuan aktivitas pergerakan fisik dilakukan dengan membantu dan mengarahkan pasien untuk merubah posisi berbaring miring

kekiri dan kekanan secara bergantian tiap 2 jam, merubah posisi dari posisi berbaring keposisi duduk.mobilisasi pada stroke dilakukan setelah kondisi pasien stabil. Hal ini dapat mencegah komplikasi neumonia, atropi otot dan luka tekan.

2. Latihan rentang gerak sejalan dengan teori (Nurshiyam, Ardi, & Basri, 2020) yang mengatakan latihan rentang gerak sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan gerakan aktif guna mengembalikan kelenturan sendi dan mencegah terjadinya deformitas dengan cara melatih gerakan pada jari-jari tangan dan kaki, pergelangan tangan dan kaki, siku, lengan, lutut dan tungkai dengan tetap berkolaborasi dengan tenaga fisioterapis. 3. Edukasi mobilisasi sejalan dengan teori (PPNI T. P., 2018) yang mengatakan salah satu intervensi pada pasien stroke yaitu edukasi mobilisasi.

4. Implementasi

Implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan. Seluruh intervensi telah dilaksanakan sampai pada hari keempat

Dukungan mobilisasi hal ini sejalan dengan penelitian (Nugraha, Sulastini, & Rahmat, 2016) yang melakukan implementasi dukungan mobilisasi dan mengatakan dukungan dari keluarga sangat dibutuhkan dalam

menambah motivasi pasien untuk melakukan latihan mobilisasi

Latihan rentang gerak hal ini sejalan dengan penelitian (Nurshiyam, Ardi, & Basri, 2020) yang melakukan implementasi latihan rentang gerak dan mengatakan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien masih mengalami gangguan mobilitas fisik, namun pasien tidak mengalami kekakuan sendi dan kekuatan otot pasien mengalami peningkatan.

Edukasi mobilisasi hal ini sejalan dengan penelitian (Sumiati, 2019) yang melakukan implementasi dan mengatakan klien dan keluarga mampu memahami dan mengetahui penyakit stroke

5. Evaluasi

Evaluasi pada Ny “H” berdasarkan kriteria hasil yang diharapkan menurut (Rosdahl, 2012) menilai kemampuan pasien dalam menggunakan mekanika tubuh yang baik, menggunakan alat bantu gerak, cara menggapai benda, naik atau turun dan berjalan

C. Keterbatasan

Penyelesain studi kasus tidak terlepas dari adanya berbagai keterbatasan yang menjadi hambatan dalam penelitian antara lain:

1. Kurangnya pasien di RS yang mengalami stroke
2. Kurang keinginan pasien untuk dikaji karna covid-19





BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian yang ditetapkan ditandai dengan data subjektif : klien mengatakan badannya terasa lemas serta tidak bisa menggerakkan badannya pada bagian sebelah kiri terutama pada bagian tangan. Data objektif yaitu klien nampak susah bergerak, Tekanan Darah : 168/86 MmHg, Nadi : 80x/mnt, Suhu : 36 °c, Pernafasan : 22x/mnt, klien nampak dibantu sama anggota keluarganya
2. Berdasarkan hasil pengkajian, diagnosa keperawatan yang muncul pada Ny "H" yaitu adalah gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kekakuan sendi.
3. Rencana keperawatan diharapkan dalam waktu 1X24 jam gangguan mobilitas berkurang dengan kriteria hasil : klien mampu menilai kemampuan pasien dalam menggunakan mekanika tubuh yang baik, menggunakan alat bantu gerak, cara menggapai benda, naik atau turun dan berjalan.
4. implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu : 1. Dukungan mobilisasi fisik, 2. Latihan rentang gerak, 3. Edukasi mobilisasi

5. evaluasi keperawatan yang dilakukan yaitu gangguan mobilisasi berhubungan dengan kekakuan sendi pada hari rabu 29 September 2021 dan masalah teratas sebagian.

B. Saran

Adapun saran yang dapat diberikan oleh penulis sebagai bahan evaluasi sebagai berikut :

1. Masyarakat

Masyarakat mampu meningkatkan pengetahuan tentang asuhan keperawatan stroke dengan pemenuhan kebutuhan aktivitas

2. Pengembangan ilmu dan teknologi keperawatan

Sebagai acuan untuk menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas

3. Penulis

Penulis mampu melakukan asuhan dalam ilmu pengetahuan tentang pelaksanaan pemenuhan kebutuhan aktivitas pada pasien stroke.

DAFTAR PUSTAKA

Ahmad, E. M., & Airiza. (2008). *Stroke : Petunjuk Perawatan Pasien Pasca Stroke di Rumah*. JAKARTA: alai penerbit FKUI.

Budi, S., & Syahfitri, D. (2018). *Hubungan Lama Waktu Menderita Stroke dengan Tingkat Kemandirian Klien Dalam Melakukan Aktivitas Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari*. Sriwijaya: <http://ojs.ukmc.ac.id/index.php/JOH>.

Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Cv. Trans Info Media.

Hidayat, A. A. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: Salemba Medika.

Jayanti, A. A. (2015). Hubungan Hipertensi Dengan Kejadian Stroke Di Sulawesi Selatan Tahun 2013. *diakses dari* <https://repository.uinjkt.ac.id>, 1.

Latifa, L. N., Firmawati, E., & Chayati, N. (2018). Implementasi Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Sehari-hari Pasien Stroke Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Dan RS PKU Muhammadiyah Gamping. *diakses dari* <https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i2.493>, 114.

Latifa, L., Firmawati, E., & Chayati, N. (2018). Implementasi Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas Sehari-hari Pasien Stroke Di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Dan RS PKU Muhammadiyah Gamping. *diakses dari* <https://doi.org/10.22435/jpppk.v2i2.493>, 115.

Mardyanti, C., aini, L. N., & Amien, Z. (2021). Pengaruh Penerapan ROM pada Ekstremitas terhadap Kekuatan Otot Pasien Stroke Non Hemoragik Di RS. Panti Nirmala

Mubarak, W. I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.

Nugraha, A., Sulastini, & Rahmat, R. (2016). Dukungan Keluarga Dalam Memotivasi Pasien Untuk Melakukan Mobilisasi Pasca Stroke Di Rumah Sakit Daerah Umum (RSUD) DR. Slamet Kabupaten Garut. *Jurnal Kesehatan Poltekkes Provinsi Bengkulu* , 747.

Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA*. Jogjakarta: Mediaction Jogja.

Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis Dan Nanda Nic-Noc*. Jogjakarta: Mediaction.

Nurshiyam, Ardi, M., & Basri, M. (2020). Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSKD DADI Makassar. *Jurnal Media Keperawatan : Politeknik Kesehatan Makassar*, 91.

Permatasari, N. (2020). Perbandingan Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Motorik Pasien Memiliki Faktor Resiko Diabetes Mellitus dan Hipertensi. *di akses dari <https://akper-sandikarsa.e-journal.id/JIKSH>*, 229.

PPNI, T. P. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi Dan Tindakan Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI, T. P. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indoesia Definisi dan Evaluasi Keperawatan*. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Rosdahl, C. B. (2012). *Buku Ajaran Keperawatan Dasar, Ed. 10. Vol.2*. Jakarta: Buku Kedoteran EGC.

Saputra, D. L. (2013). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Tangerang Selatan: BINARUPA AKSARA.

Setia, B., & Ria, S. D. (2018). *Hubungan Lama Waktu Menderita Stroke dengan Tingkat Kemandirian Klien Dalam Melakukan Aktivitas Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari*. Sriwijaya: <http://ojs.ukmc.ac.id/index.php/JOH>.

Sradi, Sukarni, & Titan, L. (2020). *Kemandirian Aktivitas Hidup Sehari-Hari Bagi Pasien Pasca Stroke: Studi Literatur*. Pontianak: <http://silat.fk.untan.ac.id>.

Sumiati. (2019). *Penerapan Asuhan Keperawatan Keluarga Tn 'Y' Pada Ny "W" yang Mengalami Penyakit Stoke Dengan Masalah Kebutuhan Mobilitas Fisik Di Wilayah Kerja Puskesmas Panambungan Makassar*. Makassar: Prodi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Makassar.

Sutanto, A. V., & Vitriana, Y. (2017). *Kebutuhan Dasar Manusia*.
Yogyakarta: Pustaka Baru Press.



Lampiran 1 : Riwayat Hidup

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS

Nama	: Intan Safitri
Tempat/Tanggal Lahir	: Gura, 11 Maret 1997
Agama	: Islam
Suku/Bangsa	: Masserempulu
No Telpon	: 082261271287
Alamat	: Gura, Buntu Batu, Enrekang
Email	: 04intansafitri@gmail.com

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

TK	: Tk Aisyiah Bustanul Athfal Gura
SD	: SDN 79 Gura
SMP	: MTs Muhammadiyah Pasui
SMA	: MA Negeri Enrekang

C. PENGALAMAN ORGANISASI

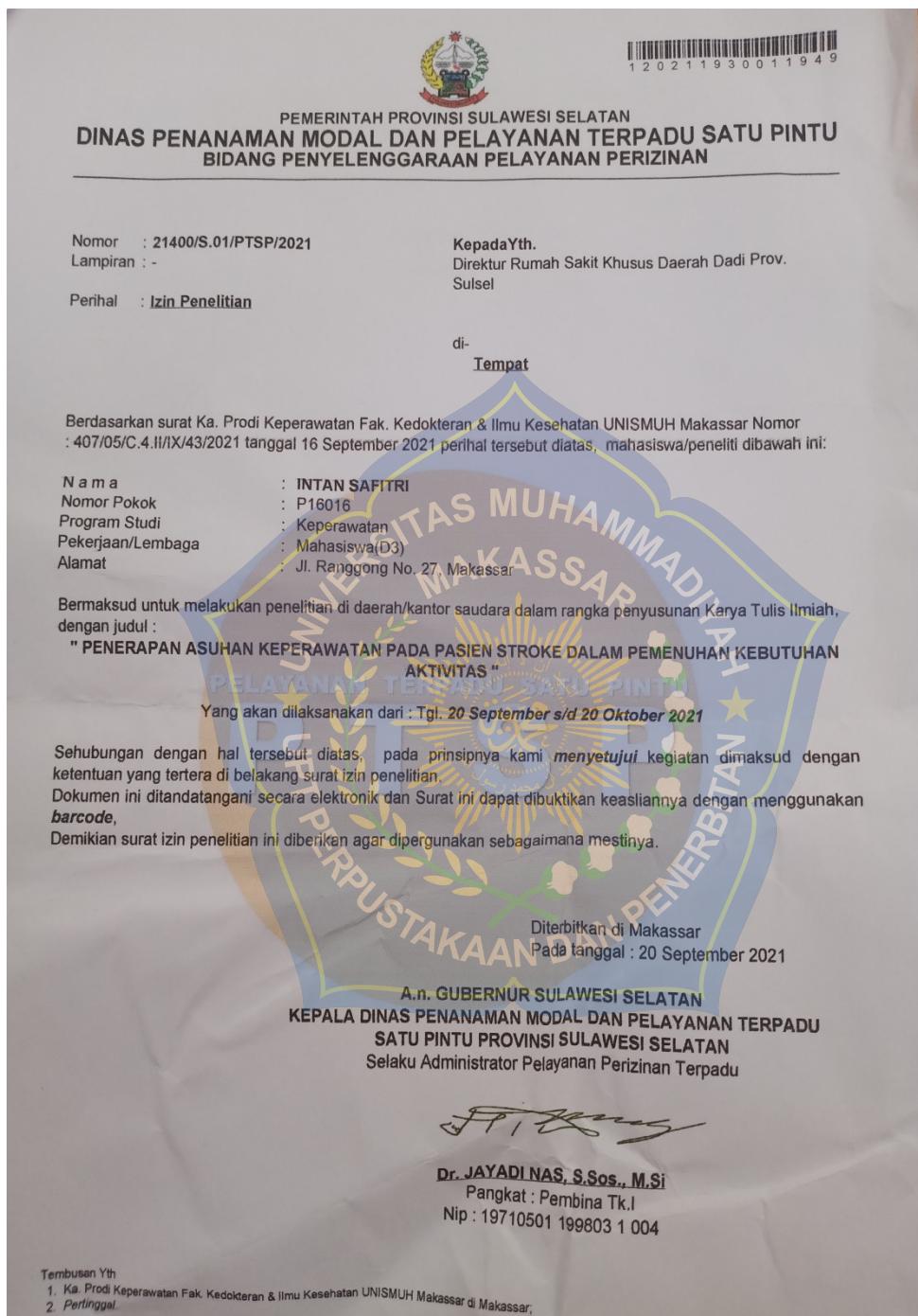
1. Ikatan Pelajar Muhammadiyah (IPM)
2. Palang Merah Remaja (PMR)
3. Ikatan Mahasiswa Muhammadiyah (IMM)
4. Himpunan Pelajar Mahasiswa Maserempulu (HPMM)



Lampiran 2 : Surat Pengantar Penelitian



Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian



Lampiran 4 : Penjelasan Untuk Mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

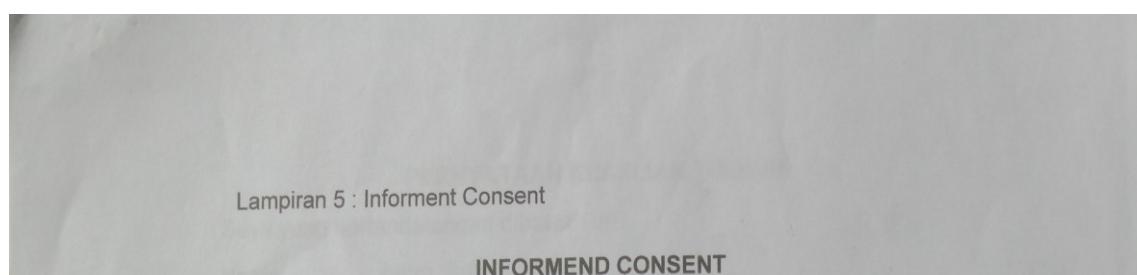
1. Kami adalah peneliti dari Universitas Muhammadiyah Makassar Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan program D III Keperawatan, dengan ini meminta saudara (i) untuk berpartisipasi dan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dalam Pemenuhan Kebutuhan Aktivitas”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah menggambarkan Asuhan Keperawatan terhadap pasien yang mengalami gangguan kebutuhan aktivitas dapat memberi manfaat agar kita dapat mengetahui penyebab dari gangguan kebutuhan aktivitas. Penelitian ini akan berlangsung sampai proses penelitian ini selesai.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara yang akan berlangsung lebih kurang 15-20 menit. Cara ini mungkin menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan/pelayanan keperawatan.
4. Keuntungan yang Bapak/ibu peroleh dalam ikut serta pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan/tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri Bapak/ibu beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.

6. Jika Bapak/ibu membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini, silahkan menghubungi penelitian pada nomor Hp 082193042426

PENELITI



INTAN SAFITRI





Lampiran 6 : Hasil Studi Kasus

PEDOMAN WAWANCARA PADA PASIEN STROKE DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN AKTIFITAS

Nama Mahasiswi : Intan Safitri

Nim : P16016

Tempat Studi Kasus : RSKD DADI Provinsi Sulawesi Selatan

A. Pengkajian

1. Identitas klien :

- a) Nama : Ny "H"
- b) Umur : 68
- c) Agama : Islam
- d) Suku/Bangsa : Bugis
- e) Pendidikan : SD
- f) Pekerjaan : IRT
- g) Alamat : Perumahan Azzahra blok D no 3, Daya
- h) Diagnose : Stroke
- i) Tanggal masuk RS : Jumat, 24 september 2021

2. Identitas keluarga klien

- a) Nama : Ny "H"
- b) Umur : 36 tahun
- c) Agama : Islam
- d) Pendidikan :

e) Pekerjaan : Guru

f) Alamat : Pallanting, gowa

3. Keluhan Utama

a) Riwayat keluhan utama : pasien mengatakan badannya terasa lemah hari kamis yang lalu pada bagian seblah kiri,tangan tidak bisa digerakkan tapi kaki sedikit bisa digerakkan, serta tegang pada leher

b) Riwayat Kesehatan :

- 1) Riwayat kesehatan sekarang : Keluarga klien mengatakan pasien tidak bisa menggerakkan badannya pada hari kamis yang lalu
- 2) Riwayat penyakit masa lalu : Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan DM
- 3) Riwayat kesehatan keluarga : Keluarga klien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang mengalami penyakit stroke
4. Aktivitas yang mampu dilakukan selama sakit : baring,duduk,makan,minum,sholat (baring)
5. Aktivitas yang tidak mampu dilakukan selama sakit : berjalan, sholat berdiri, bangun dari tempat tidur, dll
6. Aktivitas yang membuat lelah : pada saat berjalan ke toilet
7. Olahraga apa yang dilakukan sebelum sakit : klien mengatakan tidak pernah olahraga
8. Olahraga apa yang tidak mampu dilakukan selama sakit : klien mengatakan tidak pernah olahraga

B. Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi

C. Rencana Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan sendi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan pasien mampu menggerakkan sendi, yang dibuktikan indikator sebagai berikut (klien mampu menggerakkan sendi) dengan kriteria hasil :Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak meningkat ditandai dengan klien mampu menggerakkan ekstremitas	<p>1. Dukungan mobilisasi fisik :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. observasi <ul style="list-style-type: none"> (1) identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (2) identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (3) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi (4) monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi b. terapeutik <ul style="list-style-type: none"> (1) fasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) (2) libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan c. edukasi <ul style="list-style-type: none"> (1) jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (2) anjurkan melakukan mobilisasi dini (3) anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi) <p>2. latihan rentang gerak</p>	1. membantu dalam melakukan intervensi selanjutnya

			<p>a. observasi</p> <p>(1) identifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>(2) identifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>(3) monitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) gunakan pakaian yang longgar</p> <p>(2) cegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>(3) fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>(4) lakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>(5) berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) jelaskan tujuan dan proses latihan</p> <p>(2) anjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>(3) anjurkan duduk ditempat tidur atau kursi</p> <p>(4) ajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p>	<p>3. edukasi mobilisasi</p> <p>a. observasi</p> <p>(1) identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>2. membantu klien dalam melatih sendi</p>
--	--	--	--	--

			<p>(2) monitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) persiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt</p> <p>(2) jadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</p> <p>(3) beri kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) jelaskan prosedur, tujuan, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi</p> <p>(2) demonstrasikan cara melatih rentang gerak</p>	3. membantu klien dalam memahami dan mengetahui masalah penyakitnya
--	--	--	--	---

D. Implementasi

no	Hari/tgl	Jam	Implementasi
1	Rabu, 29 September 2021	10:30 WITA	<p>a. dukungan mobilisasi</p> <p>1) mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri</p> <p>(2) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan ekstremitas sebelah kanan</p> <p>(3) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi</p> <p>Hasil : TD sebelum : 168/86 MmHg, TD sesudah : 130/80 MmHg</p> <p>(4) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil : klien nampak rileks</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>Hasil : klien nampak selalu memakai</p>

			<p>pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur</p> <p>(2) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>Hasil : perawat menjelaskan kepada klien tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya</p> <p>(3) menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi)</p> <p>Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p>
		12:30 WITA	<p>2. edukasi mobilisasi</p> <p>a. observasi</p> <p>(1) mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</p> <p>Hasil : klien nampak siap dengan apa yang akan dijelaskan perawat</p> <p>(2) memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil : nampak klien dan keluarga selalu latihan mobilisasi</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) mempersiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt</p> <p>Hasil : klien nampak sudah mempersiapkan bantulnya dibelakangnya</p> <p>(2) menjadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga</p> <p>Hasil : klien mengatakan siap setiap saat</p> <p>(3) memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya</p> <p>Hasil : nampak klien dan keluarganya sangat antusias untuk bertanya</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan prosedur, tujuan, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi</p> <p>Hasil : perawat menjelaskan kepada pasien dan pasien menerima dengan</p>

			<p>baik</p> <p>(2) mendemonstrasikan cara melatih rentang gerak</p> <p>Hasil : perawat mendemonstrasikan latihan-latihan rentang gerak</p>
		14:30 WITA	<p>3. latihan rentang gerak</p> <p>a. observasi</p> <p>(1) mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien</p> <p>(2) mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>Hasil : klien nampak tidak bisa menggerakkan sendi sebelah kiri</p> <p>(3) memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>Hasil : tidak terdapat nyeri</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>Hasil : klien nampak memakai pakaian longgar</p> <p>(2) mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>Hasil : nampak tidak ada cedera selama latihan</p> <p>(3) memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan</p> <p>(4) melakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>Hasil : Klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi perawat</p> <p>(5) memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan proses latihan</p> <p>Hasil : perawat memberikan penjelasan tentang latihan gerak sendi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis</p> <p>(3) menganjurkan duduk ditempat tidur atau kursi</p> <p>Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p> <p>(4) mengajarkan rentang gerak aktif</p>

			<p>sesuai dengan program latihan</p> <p>Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang diinginkan</p>
2	Kamis, 30 September 2021	10:00 WITA	<p>a. dukungan mobiliaasi</p> <p>1) mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri</p> <p>(2) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan ekstremitas sebelah kanan</p> <p>(3) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi</p> <p>Hasil : TD sebelum : 179/93 MmHg, TD sesudah : 170/90 MmHg</p> <p>(4) memonitor kondisi umum selama melakukan mobiliaasi</p> <p>Hasil : klien nampak rileks</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) memfasilitasi aktifitas mobiliaasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>Hasil : klien nampak selalu memakai pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur</p> <p>(2) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan prosedur mobiliaasi</p> <p>Hasil : perawat menjelaskan kepada klien tujuan dan prosedur mobiliaasi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan mobiliaasi dini</p> <p>Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya</p> <p>(3) menganjurkan mobiliaasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi)</p> <p>Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p>
		12:00 WITA	<p>2. latihan rentang gerak</p> <p>a. observasi</p> <p>(1) mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien</p> <p>(2) mengidentifikasi keterbatasan</p>

			<p>pergerakan sendi</p> <p>Hasil : klien nampak tidak bisa menggerakkan sendi sebelah kiri</p> <p>(3) memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>Hasil : tidak terdapat nyeri</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>Hasil : klien nampak memakai pakaian longgar</p> <p>(2) mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>Hasil : nampak tidak ada cedera selama latihan</p> <p>(3) memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan</p> <p>(4) melakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>Hasil : Klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi perawat</p> <p>(5) memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan proses latihan</p> <p>Hasil : perawat memberikan penjelasan tentang latihan gerak sendi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis</p> <p>(3) menganjurkan duduk ditempat tidur atau kursi</p> <p>Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p> <p>(4) mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p> <p>Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang diinginkan</p>
3	Jumat, 01 Oktober 2021	10:00 WITA	<p>a. dukungan mobiliaasi</p> <p>1) mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri</p> <p>(2) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan ekstremitas sebelah kanan</p>

			<p>(3) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi Hasil : TD sebelum : 144/89 MmHg, TD sesudah : 130/80 MmHg</p> <p>(4) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil : klien nampak rileks</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>Hasil : klien nampak selalu memakai pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur</p> <p>(2) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil : perawat menjelaskan kepada klien tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan mobilisasi dini Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya</p> <p>(3) menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi) Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p>
		11:00 WITA	<p>2. latihan rentang gerak</p> <p>a. observasi</p> <p>(1) mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien</p> <p>(2) mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi Hasil : klien nampak tidak bisa menggerakkan sendi sebelah kri</p> <p>(3) memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak Hasil : tidak terdapat nyeri</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) menggunakan pakaian yang longgar Hasil : klien nampak memakai pakaian longgar</p> <p>(2) mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p>

			<p>Hasil : nampak tidak ada cedera selama latihan</p> <p>(3) memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan</p> <p>(4) melakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>Hasil : Klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi perawat</p> <p>(5) memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan proses latihan</p> <p>Hasil : perawat memberikan penjelasan tentang latihan gerak sendi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis</p> <p>(3) menganjurkan duduk ditempat tidur atau kursi</p> <p>Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p> <p>(4) mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p> <p>Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang diinginkan</p>
4	Sabtu, 02 Oktober	10:30 WITA	<p>a. dukungan mobilisasi</p> <p>(1) mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>Hasil : klien mengatakan tidak ada nyeri</p> <p>(2) mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>Hasil : klien nampak hanya bisa mengerakkan ekstremitas sebelah kanan</p> <p>(3) monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi</p> <p>Hasil : TD sebelum : 130/80 MmHg, TD sesudah : 130/90 MmHg</p> <p>(4) memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>Hasil : klien nampak rileks</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p>

			<p>Hasil : klien nampak selalu memakai pagar tempat tidur untuk bangun dari tempat tidur (2) melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Hasil : keluarga nampak selalu membantu pasien dalam latihan gerak</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>Hasil : perawat menjelaskan kepada klien tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>Hasil : klien nampak selalu belajar latihan tangan dan kakinya</p> <p>(3) menganjurkan mobilsasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi)</p> <p>Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p>
		12:00 WITA	<p>2. latihan rentang gerak</p> <p>a. observasi</p> <p>(1) mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>Hasil : klien diberikan latihan untuk membantu melatih sendi klien</p> <p>(2) mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>Hasil : klien nampak tidak bisa menggerakkan sendi sebelah kri</p> <p>(3) memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>Hasil : tidak terdapat nyeri</p> <p>b. terapeutik</p> <p>(1) menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>Hasil : klien nampak memakai pakai longgar</p> <p>(2) mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>Hasil : nampak tidak ada cedera selama latihan</p> <p>(3) memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>Hasil : klien nampak duduk saat dilakukan latihan</p> <p>(4) melakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>Hasil : Klien nampak melakukan latihan sesuai instruksi perawat</p> <p>(5) memberikan dukungan positif pada</p>

			<p>saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>Hasil : perawat selalu memberikan arahan dan semangat agar klien mampu melakukan latihan</p> <p>c. edukasi</p> <p>(1) menjelaskan tujuan dan proses latihan</p> <p>Hasil : perawat memberikan penjelasan tentang latihan gerak sendi</p> <p>(2) menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>Hasil : klien nampak melakukan latihan gerak secara sistematis</p> <p>(3) menganjurkan duduk ditempat tidur atau kursi</p> <p>Hasil : klien nampak selalu duduk ditempat tidur</p> <p>(4) mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p> <p>Hasil : klien nampak mengikuti sesuai yang diinginkan</p>
--	--	--	---

E. Evaluasi

no	Hari/tgl	Jam	Evaluasi
1	Rabu, 29 September 2021	18.00 WITA	<p>Subjektif : klien mengatakan tidak bisa mengerakkan badan bagian kiri</p> <p>Objektif : nampak ekstremitas sebelah kiri klien tidak bisa digerakkan dan kaku</p> <p>Assessment : masalah mobilisasi belum teratasi</p> <p>Planning : lanjutkan intervensi 1. a, b, c, d, e, f, g, h, i, 2. a, b, c, d, e, f, g, dan 3. a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, k, l yaitu : 1. Dukungan mobilisasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan c. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi d. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi e. memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur) f. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan g. menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi h. menganjurkan melakukan mobilisasi dini i. menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk

			<p>ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi)</p> <p>2. edukasi mobilisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi b. memonitor kemajuan pasien/keluarga dalam melakukan mobilisasi c. mempersiapkan materi, media dan alat-alat seperti bantal, gait belt d. menjadwalkan waktu pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga e. memberi kesempatan pada pasien/keluarga untuk bertanya f. menjelaskan prosedur, tujuan, indikasi dan kontraindikasi mobilisasi serta dampak mobilisasi g. mendemonstrasikan cara melatih rentang gerak <p>3. latihan rentang gerak</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan b. mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi c. memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak d. menggunakan pakaian yang longgar e. mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan f. memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif g. melakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi h. memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi i. menjelaskan tujuan dan proses latihan j. menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis k. menganjurkan duduk ditempat tidur atau kursi l. mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan
2	Kamis, 30 September 2021	17.00 WITA	<p>Subjektif : klien mengatakan tidak bisa mengerakkan badan bagian kiri</p> <p>Objektif : nampak ekstremitas sebelah kiri klien tidak bisa digerakkan dan kaku</p> <p>Assessment : masalah mobilisasi belum teratasi</p> <p>Planning : lanjutkan intervensi 1. a, b, c, d, e, f, g, h, I dan 2. a, b, c, d, e, f, g</p> <p>yaitu : 1. Dukungan mobilisasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. mengidentifikasi adanya nyeri atau

			<p>keluhan fisik lainnya</p> <p>b. mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>c. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi</p> <p>d. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>e. memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis, pagar tempat tidur)</p> <p>f. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>g. menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>h. menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>i. menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi)</p> <p>2. latihan rentang gerak</p> <p>a. mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>b. mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>c. memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>d. menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>e. mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>f. memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>g. melakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>h. memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>i. menjelaskan tujuan dan proses latihan</p> <p>j. menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>k. menganjurkan duduk ditempat tidur atau kursi</p> <p>l. mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p>
3	Jumat, 01 Oktober 2021	18:00 WITA	<p>Subjektif : klien mengatakan tidak bisa mengerakkan badan bagian kiri</p> <p>Objektif : nampak ekstremitas sebelah kiri klien tidak bisa digerakkan dan kaku</p> <p>Assessment : masalah mobilisasi belum teratasi</p> <p>Planning : lanjutkan intervensi 1. a, b, c, d, e, f, g, h, I dan 2. a, b, c, d, e, f, g</p> <p>yaitu : 1. Dukungan mobilisasi :</p>

			<p>a. mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>b. mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>c. monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilasi</p> <p>d. memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>e. memfasilitasi aktifitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur)</p> <p>f. melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>g. menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>h. menganjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>i. menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk ditempat tidur, duduk disisi tempat tidur, pindah dari tepat tidur ke kursi)</p> <p>2. latihan rentang gerak</p> <p>a. mengidentifikasi indikasi dilakukan latihan</p> <p>b. mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi</p> <p>c. memonitor lokasi ketidaknyamanan atau nyeri pada saat bergerak</p> <p>d. menggunakan pakaian yang longgar</p> <p>e. mencegah terjadinya cedera selama latihan rentang gerak dilakukan</p> <p>f. memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif</p> <p>g. melakukan pergerakan pasif dengan bantuan sesuai dengan indikasi</p> <p>h. memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi</p> <p>i. menjelaskan tujuan dan proses latihan</p> <p>j. menganjurkan melakukan rentang gerak pasif dan aktif secara sistematis</p> <p>k. menganjurkan duduk ditempat tidur atau kursi</p> <p>l. mengajarkan rentang gerak aktif sesuai dengan program latihan</p>
4	Sabtu, 02 Oktober 2021	17.30 WITA	<p>Subjektif : klien mengatakan Subjektif : klien mengatakan belum bisa mengerakkan badan bagian kiri, Objektif : nampak badan sebelah kiri klien belum bisa digerakkan dan kakunya sedikit berkurang, Assessment: masalah mobilisasi belum teratasi dan klien di pulangkan,</p>

			Planning : pertahankan intervensi
--	--	--	-----------------------------------



Hasil Observasi

a. Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran klien : compositus

b) TTV

TD : 168/86

Nadi : 80 x/menit

Pernafasan : 22 x/menit

Suhu : 36 ° c

GCS : 15

c) Terapi obat :

Nama obat	Dosis	Rute	Pemberian
Citicolin	1 amp	IV	Pagi
RL	500 ml	IV	
Mecobalamim	1x3	Oral	Tiap 8 jam
Paracetamol	1x1	Oral	Malam
Amplodipine	1x1	Oral	Malam
Ryzodec	1x1	Subcutan	Pagi
Miniaspi	1x1	Oral	Malam
Kalmeco	1x1	oral	Pagi

b. Kesejajaran tubuh

a) Bahu dan pinggul tidak sejajar

b) Jari-jari kaki mengarah kedepan :

Ya () Tidak ()

c) Tulang belakang tidak sejajar

c. Cara berjalan

a) Bagian kepala :

1) Tegak Ya () Tidak ()

2) Pandangan Lurus Ya () Tidak ()

b) Tumit menyentuh tanah lebih dulu dari pada kaki :

Ya () Tidak ()

c) Lengan mengayun kedepan bersamaan dengan ayunan kaki yang berlawanan :

Ya () Tidak ()

d) Gaya berjalan tidak lurus

d. Penampilan pergerakan sendi

a) Adanya kemerahan :

Ya () Tidak (✓)

b) Adanya pembengkakan sendi :

Ya () Tidak (✓)

c) Adanya deformitas :

Ya () Tidak (✓)

d) Adanya nyeri tekan :

Ya () Tidak (✓)

e) Adanya krepitasi :

Ya () Tidak (✓)

f) Adanya kesemutan :

Ya (✓) Tidak (✓)

g) Derajat gerak sendi

Gerak sendi	Derajat rentang	
	kiri	Kanan
bahu Adduksi	0	180
Siku Fleksi	0	150
Pergelangan tangan fleksi	0	90
Ekstensi	0	90
Hiperekstensi	0	90
Abduksi	0	20
Adduksi	0	50
Tangan dan jari Fleksi	0	90
Ekstensi	0	90
Hiperekstensi	0	30
Abduksi	0	20
Adduksi	0	20

e. Kemampuan dan keterbatasan gerak

a) Bagaimana kemampuan klien mempengaruhi kemampuan klien untuk bergerak : klien mengatakan hanya bisa bergerak jika dibantu oleh keluarga, nampak terpasang infus

b) Adanya hambatan untuk bergerak :

1) Terpasang infus

Ya (✓) Tidak ()

2) Terpasang kateter

Ya () Tidak (✓)

3) Apakah klien mampu mengikuti petunjuk

Ya (✓) Tidak ()

4) Kekuatan dan massa otot

Hari	Ekstremitas	Skala kekuatan					
		0	1	2	3	4	5
1	Tangan kanan					✓	
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan					✓	
	Kaki kiri			✓			
2	Tangan kanan					✓	
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan			✓		✓	
	Kaki kiri		✓				
3	Tangan kanan					✓	
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan			✓		✓	
	Kaki kiri		✓				
4	Tangan kanan					✓	
	Tangan kiri	✓					
	Kaki kanan			✓		✓	
	Kaki kiri		✓				

Keterangan :

Hari pertama :

Kekuatan otot tangan kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

Kekuatan otot tangan kiri (0) paralisis sempurna

Kekuatan otot kaki kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

Kekuatan otot kaki kiri (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan

Hari kedua :

Kekuatan otot tangan kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

Kekuatan otot tangan kiri (0) paralisis sempurna
Kekuatan otot kaki kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal
Kekuatan otot kaki kiri (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan

Hari ketiga :

Kekuatan otot tangan kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

Kekuatan otot tangan kiri (0) paralisis sempurna

Kekuatan otot kaki kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

Kekuatan otot kaki kiri (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan

Hari keempat :

Kekuatan otot tangan kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

Kekuatan otot tangan kiri (0) paralisis sempurna

Kekuatan otot kaki kanan (4) gerakan penuh yang normal melawan tahanan minimal

Kekuatan otot kaki kiri (2) gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan

5) Toleransi aktivitas

a) Adanya disabilitas kardiovaskuler dan respiratorik :

Ya () Tidak (✓)

b) Imobilisasi dalam waktu yang lama :

Ya () Tidak (✓)

c) Tidur yang tidak cukup

d) Adanya nyeri tekan :

Ya () Tidak (✓)

e) Adanya depresi, cemas, atau tidak termotivasi :

Ya (✓) Tidak ()

6) Masalah terkait mobilitas

a) Adanya penurunan berat badan :

Ya (✓) Tidak ()



Lampiran 6 : Surat keterangan selesai penelitian





KEMENTERIAN RISET DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI

BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : INTAN SAFITRI

NIM : P16016

NAMA PEMBIMBING 1 : St. Suarniati ,S.Kep.,Ns., M.Kes

NIDN : 0915018602

No	Tanggal	Rekomendasi pembimbing	TTD Pembimbing
1	Senin 09 agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">• Tambahkan konsep kebutuhan aktifitas• Anjurkan penggunaan referensi pada SDKI, SIKI dan SLKI• Perhatikan sistematika penulisan	<i>✓ amris</i>
2	Kamis 26 agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">• Lengkapi format wawancara dan observasi• Diagnosa yang dimasukkan sesuai dengan intervensi dan implementasi• Pada bab 2, perhatikan sumber dari SLKI	<i>✓ amris</i>
3	Sabtu 28 agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">• Lengkapi lembaran sampul sampai lampiran• Tambahkan jurnal atau hasil penelitian yang terkait dengan kebutuhan aktivitas	<i>✓ amris</i>
4	Selasa 31 agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">• Sesuaikan lembar observasi dengan pengkajian pada BAB 2• Masukkan semua singkatan yang digunakan ke daftar singkatan• Perbaiki daftar pustaka	<i>✓ amris</i>
5	Jumat 03 september 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perhatikan sistematika penulis• Buat psp dan informend consent• Buat lembar wawancara dan lembar observasi	<i>✓ amris</i>
6	Senin 6 September 2021	<ul style="list-style-type: none">• Spesifikkan kriteria inklusi• Perbaiki halaman lengkapi halaman	<i>✓ amris</i>



KEMENTERIAN RISET DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD pembimbing
7	Rabu 06 september 2021	<ul style="list-style-type: none">• Persiapkan diri untuk ujian proposal• Biat PPT• Proposal ACC	
8	Rabu 29 september 2021	<ul style="list-style-type: none">• Melakukan implementasi setelah ditemukan diagnosis• Lakukan pengkajian setelah Bhsp terjalin dengan baik• Menerapkan bhsp pada pasien	
9	Jumat 01 oktober 2021	<ul style="list-style-type: none">• Evaluasi setiap hari setelah implementasi• Lakukan ROM aktif dan pasif setiap hari• Isi lembar observasi	
10	Sabtu 16 desember 2021	<ul style="list-style-type: none">• Implementasi pada hasil dibuat/dituliskan sesuai tanggal dan jam pelaksanaan• Tambahkan jurnal penelitian pada pembahasan• Lengkapi hasil pengkajian	
11	Sabtu 18 desember 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perhatikan sistematika penulis• Pada pembahasan, bahas setiap hasil pengkajian yang didapatkan berdasarkan jurnal atau buku atau referensi yang digunakan	
12	Selasa 21 desember 2021	<ul style="list-style-type: none">• Tambahkan daftar lampiran• Perhatikan margin pada daftar pustaka• Perbaiki sistematika penulisan pada bab 2• Perbaiki hasil dan spasi pada abstrak	
13	Kamis 23 desember 2021	<ul style="list-style-type: none">• Pada pembahasan bagian implementasi di bahas tiap implementasi, jika ada implementasi yang tidak berulang sebaiknya beri penjelasan dasarnya• Perbaikan sistematika penulisan pada pernyataan keaslian tulisan	



KEMENTERIAN RISET DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi pembimbing	TTD Pembimbing
14	Senin 27 desember 2021	<ul style="list-style-type: none">• Perbaiki halaman persetujuan• Lengkapi halaman sampai dengan daftar pustaka• Lengkapi lampiran	
15	Selasa 28 desember 2021	<ul style="list-style-type: none">• Persiapkan diri untuk ujian• Siapkan PPT• Acc ujian hasil	



(Ratna Mahmud, S.Kep.,Ns.M.Kes)

NBM : 883575



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

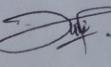
LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : INTAN SAFITRI

NIM : 16016

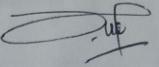
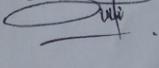
NAMA PEMBIMBING 2 : Zulfa Samiun S.Kep., Ns., M.Kes

NIDN : 0928088702

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
1.	Serin 09 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ Perbaikan sistematisa pendekatan⇒ Judul diperbaiki⇒ Tambahkan referensi dari & Deli, Sido & SIKI⇒ Tambahkan konsep kebutuhan aktifitas dr CAB II⇒ Perbaiki definisi operasional 	
2.	Kamis 26 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ Pada CAB II, perbaikan sumber dari SIKI⇒ Diagnosa yang dimulai dengan resesukan dengan Interaksi dan Implementasi⇒ Lengkapi format wawancara & observasi	
3.	Sabtu 28 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ Tambahkan jurnal / hasil penelitian yang berkait dengan kebutuhan aktifitas⇒ Cita si diperbaiki⇒ Lengkapi lembaran sampul sampai lampiran	

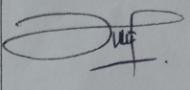
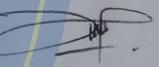
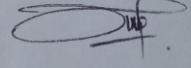


KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
4.	Selasa 31 Agustus 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ Perbaiki kriteria inklusi & eksklusi;⇒ Persertai daftar pustaka⇒ Masukkan semua singkatan yang digunakan ke daftar singkatan⇒ Perbaiki lembar observasi dengan Pengajaran pd Ebe II	
5	Jumat 03 September 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ Buat lembar kewajiban & lembar observasi⇒ Buat esp & informed consent⇒ Perbaiki kriteria validitas & reliabilitas	
6	Senin 06 September 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ Langkopi semua lampiran⇒ Halaman depan dicetak⇒ Spesifikasi kriteria inklusi	
7	Rabu 08 September 2021	<p>Ace Proposal</p> <ul style="list-style-type: none">⇒ Buat power point⇒ Penjelasan dari Vision proposal	

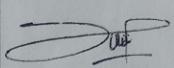


KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
8	Rabu 29 September 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ BHSp pada pasien⇒ Lakukan pengkajian sebelum BHSp tergabung dg baik⇒ Implementasi lakukan setelah menemukan diagnosis	
9	Jumat 01 Oktober 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ isi lembar observasi⇒ lakukan ROM aktif dan ROM pasien setiap hari⇒ Evaluasi setiap hari setelah implementasi	
10	Sabtu 16 Desember 2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ lengkapil hasil pengkajian⇒ Tambahkan jurnal penelitian pada penerapan⇒ Implementasi pr hasil diktat / dituliskan suatu tgk & jalin pelaksanaan⇒ perhatikan sistematika penulisan	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
11	Sabtu, 18 Desember 2021	<ul style="list-style-type: none">① Pada penekasan, balas setiap hasil pengajuan ya si dapatkan berdasarkan jurnal atau buku referensi yang digunakan② Perbaikan sistematika penulisan	
12	Selasa, 21 -12 -2021	<ul style="list-style-type: none">① abstrak → perbaiki hasil dan spasi② BAB V → perbaiki sistematika Pendekar③ Draf pasca: perbaikan margin④ Tambahkan 2 pr lampiran	
13	Kamis, 23 -12 -2021	<ul style="list-style-type: none">① Perbaiki sistematika penulisan pada pernyataan kesilir tulisan② Perbaiki abstrak③ Pada penekasan bagian implementasi di bagian tiap implementasi, jika ada implementasi yg tidak berdaya sebaiknya beri penjelasan alasan yg	



KEMENTERIAN RISTEK DIKTI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

No	Tanggal	Rekomendasi Pembimbing	TTD Pembimbing
14	Senin, 27-12-2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ lengkapil lampiran⇒ lengkapil halaman depanS/d daftar pustaka⇒ Perbaiki halaman persetujuan	
15	Selasa, 28-12-2021	<ul style="list-style-type: none">⇒ Ace Ujian Hasil⇒ Siapkan power point⇒ Persiapkan diri u/ ujian	

Mengetahui





JADWAL HADIR BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MAKASSAR

TAHUN 2020-2021

NAMA PEMBIMBING 1 : St. Suarniati, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0915018602

NAMA PEMBIMBING 2 : Zulfia Samiun, S.Kep., Ns., M.Kes
NIDN : 0928088702

NO	NIM	MAHASISWA	PERIODE													
			I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
1	P16016	Intan Saffitri														

Makassar, Desember 2021

Pembimbing 1

(St. Suarniati, S.Kep., Ns., M.Kes)

NIDN : 0915018602

Pembimbing 2

(Zulfia Samiun, S.Kep., Ns., M.Kes)

NIDN : 0928088702

Ka, Prodi

(Ratna Mahmud, S.Kep., Ns., M.Kes)
NBM : 883 575

Intan Safitri P16016

by Tahap Tutup



Submission date: 28-Dec-2021 04:44PM (UTC+0700)

Submission ID: 1736067156

File name: intan_safitri_P16016.docx (89.48K)

Word count: 9909

Character count: 62760

Intan Safitri P16016

ORIGINALITY REPORT

25%
SIMILARITY INDEX

25%
INTERNET SOURCES

0%
PUBLICATIONS

2%
STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	eprints.poltekkesjogja.ac.id Internet Source	8%
2	jabbarbj.blogspot.com Internet Source	5%
3	docplayer.info Internet Source	4%
4	www.coursehero.com Internet Source	4%
5	repository.poltekkes-kdi.ac.id Internet Source	3%

Exclude quotes

On

Exclude matches

On 2%

Exclude bibliography

On