

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

a. Data umum

1. Kepala keluarga (KK) : Tn. R
2. Umur : 65 Tahun
3. Alamat : Dusun pancur RT 9/ RW 02
Desa Lebengjumuk
4. Pekerjaan KK : Tukang kayu
5. Pendidikan KK : SD
6. Komposisi keluarga :

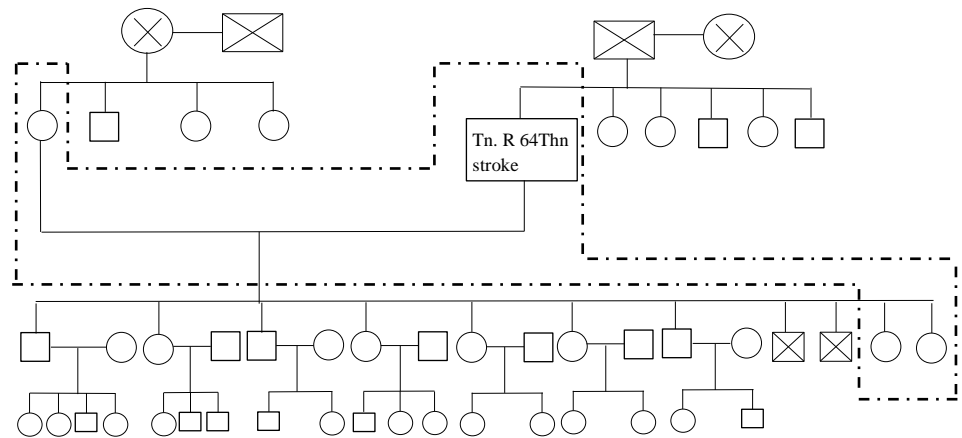
a. Tabel 3.1 komposisi keluarga

No	Nama	J K	Hub kel. kk	Pend	Status imunisasi												Ket
					B C G	Polio				DPT			Hepati tis			Ca mp ak	
						1	2	3	4	1	2	3	1	2	3		
1	Tn.R	L	Suami	SD	v	v	V	v	v	v	v	v	v	v	v	Sehat	
2	Ny. S	P	Istri	SD	v	v	V	v	v	v	v	v	v	v	v	sehat	
3	Ny.P	P	Anak	SMA	v	v	V	v	v	v	v	v	v	v	v	Sehat	
4	Tn.S	L	Anak	SD	v	v	V	v	v	v	v	v	v	v	v	Sehat	

b. Status imunisasi







Status imunisasi keluarga lengkap

c. Genogram



Gambar 3.1 Genogram

Keterangan :

-  = Laki-laki Meninggal
-  = Perempuan Meninggal
-  = Laki-laki
-  = Perempuan
-  = Tinggal Serumah
-  = Pasien

7. Tipe keluarga

Tipe keluarga klien adalah Nuclear family (keluarga inti) yaitu yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang masih menjadi tanggungjawabnya, mereka tinggal dalam 1 rumah

8. Suku/bangsa

Keluarga klien merupakan asli suku jawa. Keluarga klien terkadang menggunakan jasa pelayanan tradisional seperti meminta kerokan/dipijat saat terkena masuk angin. Semua anggota keluarga menggunakan bahasa jawa. Perilaku dan kebiasaan seperti meminta

kerokan/pijatan tidal beresiko munculnya masalah kesehatan karena ketika keluarga klien merasa bugar ketika selesai dikerok/dipijat.

9. Agama

Keluarga klien beragama Islam. Klien mengalami kesulitan untuk beribadah dimushola karena sedikit kesulitan untuk bergerak namun klien rutin beribadah sholat 5 waktu dirumah.

10. Status sosial ekonomi keluarga

Ny S adalah seorang ibu rumah tangga dan pemasukan di berikan oleh anaknya karena Tn.s sedang sakit, dan pemasukan yang diberikan tersebut cukup untuk memenuhi kebutuhan sehari – hari.

Tn.R juga mempunyai sawah jadi setiap panen Tn. N mengatakan pendapatan sebagai petani setiap panen dalam 3 bulan sekali yaitu \pm Rp. 5.000.000,00 untuk membayar listrik \pm Rp. 50.000,00/bulan, berbelanja Rp. 20.000,00/hari, dan membayar sekolah kedua anaknya, jika sisa maka Ny.S akan menabung di Bank. Keluarga Tn.R memiliki BPJS Kesehatan dari pemerintah dan memanfaatkanya apabila ada salah satu anggota keluarga yang sakit.

11. Aktivitas rekreasi keluarga

Bentuk kegiatan rekreasi yang dilakukan oleh anggota keluarga klien adalah menonton TV dan mengobrol bersama. Keluarga klien menyadari betapa pentingnya bahwa kegiatan tersebut merupakan suatu kebutuhan untuk mendukung kesehatan.

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

a. Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga klien saat ini yaitu tahap keluarga lansia yaitu dimana anak-anaknya sudah mulai menikah dan telah membangun keluarga sendiri.

b. Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap perkembangan keluarga Ny S yang belum terpenuhi yaitu mempertahankan kesehatan.

c. Riwayat kesehatan inti

Klien mempunyai riwayat penyakit stroke sejak 10 bulan yang lalu dan mengalami kelemahan anggota gerak bagian kanan khususnya bagian tangan dan kaki, awal merasakan bahwa klien tidak bisa bergerak pada saat bangun tidur tiba-tiba anggota gerak tubuh atas dan bawah pada bagian kanan tidak bisa digerakan, kemudian Tn.S di bawa ke puskesmas grobogan untuk dilakukan pemeriksaan kemudian dari puskesmas di rujuk ke RS. Permata Bunda Pwodadi.

Klien juga sering sakit kepala apabila merasa tekanan darahnya tinggi klien mengeluhkan tenguknya terasa sakit atau memberat, klien juga tidak bisa berbicara dengan jelas atau pello tetapi untuk merespon lawan bicara masih bisa, untuk mobilitas sehari-hari Tn.R di bantu menggunakan alat bantu yaitu wolkker.

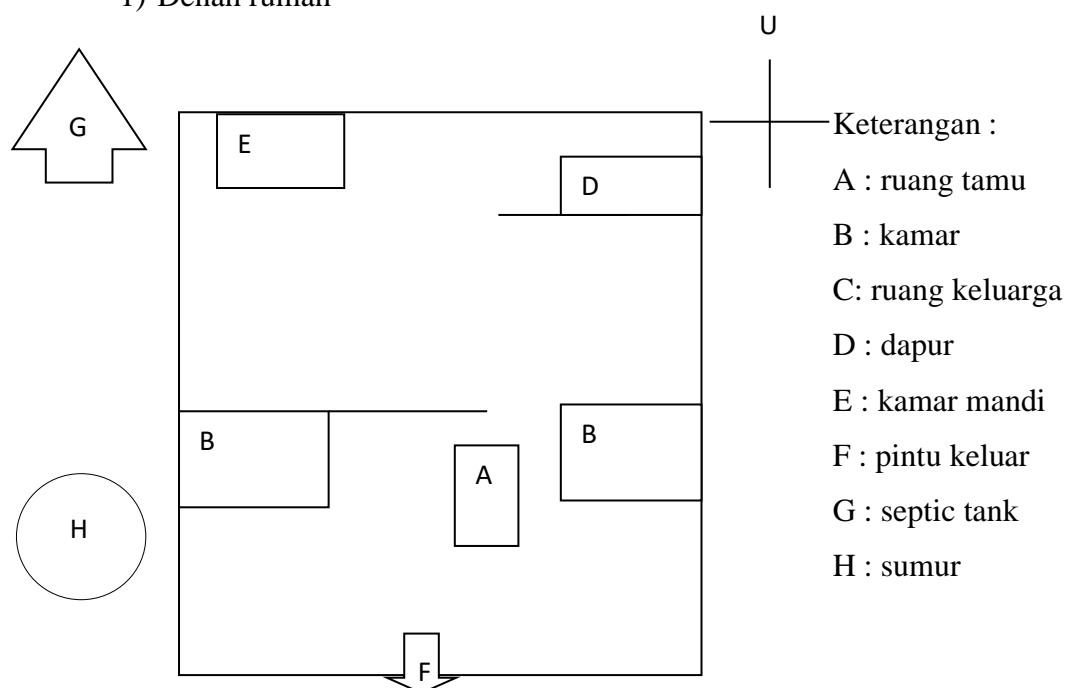
d. Riwayat kesehatan sebelumnya

Tn.R dan Ny.S Mengatakan dari keluarga tidak ada yang mempunyai penyakit menurun atau menular

c. **Data lingkungan**

a. Karakteristik rumah

1) Denah rumah



Gambar 3.2 Denah Rumah

2) Karakteristik lingkungan rumah

Keadaan lingkungan rumah keluarga klien menggambarkan tidak banyak suara kebisingan karena rumah berada di pinggiran desa yang cukup jauh dari lalu lintas jalan raya. Ventilasi kurang karena diruang tamu tidak terdapat jendela dan setiap kamar tidak memiliki jendela. Lantai rumah masih tanah yang terkadang jika menyapu masih menimbulkan debu/polusi. Tidak pernah terjadi

kerusakan pada listrik. Ada anggota keluarga yang merokok jadi anggota keluarga bersinggungan dengan perokok. Suhu didalam ruangan rumah lembab, tidak terdapat bau menyengat di dalam rumah. Adanya hewan-hewan di dalam rumah seperti nyamuk langsung dibasmi menggunakan obat nyamuk, sedangkan untuk kecoa, lalat dan tikus dibasmi menggunakan obat serangga. Setiap anggota keluarga menjaga kebersihan didalam rumah jadi jarang terkena infeksi atau gangguan.

Data Subyektif :

Anggota keluarga klien tidak mengalami kesulitan saat membersihkan dan menjaga kebersihan rumahnya. Mereka membagi tugas untuk melakukan pekerjaan rumah seperti memasak, menyapu, mencuci pakaian, dll.

b. Karakteristik tetangga

Keluarga Klien tinggal di sebuah desa, berdampingan dengan para tetangga, jalan rayanya sudah bagus, tidak terdapat lingkungan industri di sekitar rumah klien dan sanitasi saluran pembuangan air disepanjang jalan baik. Terdapat pelayanan kesehatan dasar yang ada yaitu puskesmas, praktik dokter/perawat/bidan, dan apotek.

c. Mobilitas geografis keluarga

Keluarga klien tinggal di Desa lebengjumuk +/- 50 tahun, kegiatan mobilitas sehari – hari menggunakan alat bantu jalan yaitu wollker.

d. Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat

Keluarga klien sangat memandang penting sebuah komunitas.

Keluarga klien menjalin interaksi yang baik dengan komunitasnya.

e. Sistem pendukung keluarga

Ketika ada anggota keluarga klien yang sakit maka segera dibawa kedokter terdekat.

d. Struktur keluarga

a. Pola komunikasi keluarga

Keluarga sehari – hari menggunakan bahasa jawa. Ny S mengatakan bahwa jika ada masalah selalu mendiskusikan kepada anak-anak nya.

b. Struktur kekuatan keluarga

Dalam pengambilan keputusan keluarga Ny S selalu memutuskan secara bersama–sama dan musyawarah dari semua anggota keluarga. Yang mengatur dan mengelola keuangan keluarga, yang menentukan tempat berobat apabila ada anggota keluarga yang sakit adalah anaknya

c. Struktur peran

Tn. R sebagai kepala keluarga yang tidak bekerja karena sejak mengalami stroke, tetapi sebelum mengalami stroke Tn.R bekerja sebagai tukang kayu di Jakarta.

d. Nilai dan norma keluarga

Keluarga klien sangat mengedepankan nilai dan norma dalam keluarga. Hal ini tidak ada suasana yang tidak nyaman dalam keluarga klien.

e. **Fungsi keluarga**

a. Fungsi afektif

Anggota keluarga Tn.R saling mengasihi satu sama lain. Saling memenuhi kebutuhan satu sama lain dan saling mendukung.

b. Fungsi sosial

Ny. S mengatakan bahwa selalu mengajarkan dan menanamkan perilaku sosial yang baik kepada anggota keluarganya seperti menyapa apabila bertemu tetangga dekat serta menyempatkan diri untuk mengikuti perkumpulan yang ada di masyarakat. Selain itu mengikuti gotong royong juga ditanamkan oleh keluarga sebagai kewajiban dengan masyarakat yang lain.

c. Fungsi perawatan keluarga

1) Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

a) Kemampuan keluarga Mengenal masalah kesehatan

Anggota keluarga Tn.R belum mengetahui tentang praktik kesehatan dasar, belum mampu mengungkapkan keinginan untuk mengatasi dan menangani penyakit. Memiliki perhatian pada penyakit ketika ada anggota keluarga yang terjangkit.

Tn.R mengatakan mengetahui menderita stroke karena telah memeriksanya, sebelumnya tidak mengetahui bagaimana tiba-tiba Tn.r bisa mengalami stroke pada saat itu sebelumnya Tn. R masih bekerja seperti biasanya, Ny.S dan keluarga mengatakan sudah mengetahui apa itu stroke, tetapi keluarga Tn.R belum mengetahui bagaimana melatih mobilitas sederhana untuk Tn.R melatih kekuatan otot nya supaya tidak kaku dan bisa di gerakan.

b) Kemampuan keluarga mengambil keputusan

Keluarga Tn.R belum mampu menunjukkan minat pada perbaikan perilaku sehat, belum mampu membuat pilihan dalam ketidakefektifan hidup sehari-hari untuk memenuhi tujuan kesehatan. Belum Mampu memenuhi kebutuhan terkait pengobatan atau pencegahan penyakit.

c) Kemampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit

Keluarga Tn.R belum mampu merawat anggota keluarga yang sakit dengan stroke, keluarga hanya melakukan pemeriksaan pada tn,r apabila Tn.R mengalami demam atau tidak enak badan

d) Kemampuan keluarga dalam memelihara lingkungan yang sehat

Keluarga Tn.R kurang mampu menunjukkan perilaku adaptif terhadap perubahan lingkungan, rumah Tn.R yang tidak terlalu

luas dan di tempati oleh 4 anggota keluarga lalu barang-barang yang begitu banyak kelihatan menumpuk jadi ventilasi atau udara masuk kerumah juga kurang maksimal.

e) Kemampuan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan

Keluarga Tn.R mampu menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan. Tn.R selalu rutin kontrol ouskesmas atau rumah setiap 1 bulan sekali.

d. Kebutuhan nutrisi keluarga

Keluarga Tn.R mengkonsumsi asupan makanan pada malam hari, terlihat penggunaan makanan sebagai tindakan menyenangkan. Anggota keluarga sering makan sambil menonton TV dan bercengkrama bersama-sama. Tidak terdapat tanda-tanda malnutrisi pada anggota keluarga Ny. S

e. Kebiasaan tidur, istirahat dan latihan

Dalam keluarga Tn.R yang terkadang mengeluh susah tidur jika penyakit hipertensi yang dideritanya kambuh. Keluarga Tn. R tidak terbiasa olahraga seperti jalan kaki pada pagi hari.

f. Fungsi reproduksi

Dalam keluarga Tn.R tidak terdapat perempuan yang sedang hamil atau mempersiapkan kehamilan.

g. Fungsi ekonomi

Anggota keluarga Tn. R tidak boros dalam membelanjakan penghasilannya, sehingga tidak menggambarkan pengeluaran yang lebih besar daripada pemasukan.

f. **Stress dan koping keluarga**

a. Stressor jangka pendek dan jangka panjang

Ny. S mengatakan tidak ada masalah atau stressor yang membuat keluarganya menghadapi stress jangka pendek maupun jangka panjang

b. Kemampuan keluarga berespon terhadap sensor

Anggota keluarga Tn. R mampu mengidentifikasi pengalaman yang megoptimalkan kesejahteraan untuk mengatasi stress. Keluarga Tn.R juga menghendaki apabila diadakan promosi kesehatan dalam menyelesaikan masalah,

c. Strategi koping yang digunakan

Keluarga Tn.R mengatakan apabila mengalami masalah yang dirasa sangat berat maka mereka akan memecahkan secara bersama-sama, dibicarakan Bersama kemudian dicari jalan keluarnya. Dan anggota keluarga saling menghormati keputusan masing-masing.

d. Strategi adaptasi disfungsional

Dalam keluarga Tn.R tidak terdapat anggota keluarga yang menggunakan strategi adaptasi yang disfungsional seperti kekerasan, perlakuan kejam ataupun ancaman dan pengabaian.

g. Pemeriksaan fisik tiap individu keluarga

Tabel 3.2 pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik Tn.R	Pemeriksaan fisik Ny.S (Istri)	Pemeriksaan fisik An. W (anak)	Pemeriksaan fisik An. N (anak)
a. Keadaan umum	a. keadaan umum	. keadaan umum	. keadaan umum
1) Penampilan: lemah dan kacau	1) Ny. M yang berperan sebagai	1) Ny. M yang berperan sebagai	1) Ny. M yang berperan sebagai
2) Kesadaran:co mposmentis	seorang istri dari Tn R	seorang anak dari Tn R	seorang anak dari Tn R
3) GCS :15 E=3,V=5, M=6	tampak sehat, berpakaian rapi, kebersihan baik.	tampak sehat, berpakaian rapi, kebersihan baik.	tampak sehat, berpakaian rapi, kebersihan baik.
	2) Kesadaran:c omposmenti s	2) Kesadaran:co mposmentis	2) Kesadaran: composmenti s
	3) GCS :15 E=3,V=5, M=6	3) GCS :15 E=3,V=5, M=6	3) GCS :15 E=3,V=5, M=6
b. Tanda-tanda vital	b. Tanda-Tanda vital	Tanda-Tanda vital	Tanda-Tanda vital
1) Tekanan darah:180/ 100 mmHg	1) TD: 140/70 mmHg	1) TD: 110/80 mmHg	1) TD: 120/80 mmHg
2) Respiratory Rate :20x/m	2) S: 36° C	2) S: 37.3° C	2) S: 36,7° C
3) Nadi :130x/m	3) N: 86x/menit	3) N: 79x/menit	3) N:100 x/menit
4) Temperatur	RR: 20x/menit	RR: 20x/menit	RR: 20x/menit

:36,5 ⁰ C			
c. Antropometri	c. Antropometri	d. Antropometri	e. Antropometri
1) Tinggi badan : 175 cm	1) Tinggi badan : 155 cm	1) Tinggi badan : 160 cm	1) Tinggi badan : 140 cm
2) Berat badan : 70 kg	2) Berat badan : 65 kg	2) Berat badan : 67 kg	2) Berat badan : 45kg
3) Index massa tubuh : 21,4	3) Index massa tubuh : 27,1	3) Index massa tubuh : 26	3) Index massa tubuh : 22,9
f. Kepala	d. Kepala	d. Kepala	e. Kepala
1) Bentuk: Simetris, masocephal dan tidak ada lesi.	1) Pemeriksaan kepala:	1) Pemeriksaan kepala:	1) Pemeriksaan kepala:
2) Rambut: Penyebaran rambut rata, rambut warna hitam, rambut lurus, kulit kepala bersih dan tidak ada ketombe.	2) Bentuk kepala: Bentuk kepala Mesocephal Kulit kepala: kulit kepala bersih tidak ada lesi.	2) Bentuk kepala: Bentuk kepala Mesocephal Kulit kepala: kulit kepala bersih tidak ada lesi.	2) Bentuk kepala: Mesocephal Kulit kepala: kulit kepala bersih tidak ada lesi.
3) Mata: Simetris, konjungtiva tidak anemis,	3) Mata: kemerahan, tebal, bergelombang	3) Rambut: rambut warna kemerahan, tebal, bergelombang g, tekstur halus dan	3) Rambut: rambut warna kemerahan, tebal, bergelombang, tekstur halus dan tidak ada ketombe.
			4) Mata :Simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil

pupil isokor dengan diameter 3 mm, sclera tidak ikterik, kelopak mata cekung dan terdapat lingkaran hitam pada mata.	ng, tekstur halus dan tidak ada ketombe.	tidak ada ketombe.	isokor dengan diameter 3 mm, sclera tidak ikterik, kelopak mata cekung dan terdapat lingkaran hitam pada mata.
4) Hidung: Tidak ada pembesaran polip dan tidak ada pernafasan cuping hidung, indra penciuman baik.	3) Mata :Simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor dengan diameter 3 mm, sclera tidak ikterik, kelopak mata cekung dan terdapat lingkaran hitam pada mata.	4) Mata :Simetris, konjungtiva tidak anemis, pupil isokor dengan diameter 3 mm, sclera tidak ikterik, kelopak mata cekung dan terdapat lingkaran hitam pada mata.	5) Hidung :Tidak ada pembesaran polip dan tidak ada pernafasan cuping hidung,indra penciuman baik.
5) Telinga: Simetris, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran normal.	4) Hidung :Tidak ada pembesaran polip dan tidak ada pernafasan cuping hidung,indr a	5) Hidung :Tidak ada pembesaran polip dan tidak ada pernafasan cuping hidung,indra penciuman baik.	6) Telinga :Simetris, tidak ada penumpukan serumen, fungsi pendengaran normal.
6) Mulut : Tidak ada		6) Telinga :Simetris, tidak ada penumpukan	7) Mulut : Tidak ada stomatitis, lidah bersih, mukosa bibir kering dan tidak ada pembesaran tosil, gigi warna kuning . 8) Leher :Fungsi menelan normal,

stomatitis, lidah bersih, mukosa bibir lembab dan tidak ada pembesaran tosil, gigi warna kuning	penciuman baik.	serumen, fungsi pendengaran normal.	tidak ada kelenjar teroid, tidak ada pembesaran vena jugularis
7) Leher:Fungsi menelan normal, tidak adapembesar an kelenjar teroid, tidak ada pembesaran vena jugularis.	5) Telinga :Simetris, tidak ada penumpuka n serumen, fungsi pendengera n normal.	7) Mulut :Tidak ada stomatitis, lidah bersih, mukosa bibir kering dan tidak ada pembesaran tosil, gigi warna kuning.	
	6) Mulut :Tidak ada stomatitis, lidah bersih, mukosa bibir kering dan tidak ada pembesaran tosil, gigi warna kuning	8) Leher:Fungsi menelan normal, tidak ada kelenjar teroid, tidak ada pembesaran vena jugularis	
	7) 8) Leher :Fungsi menelan normal, tidak ada kelenjar teroid, tidak ada pembesaran		

vena jugularis			
e. Dada	e. Dada	e. Dada	e. Dada
1) Paru-paru	1) Paru- paru	1) Paru- paru	1) Paru- paru
a) Inspeksi:	a) Inspeksi :	a) Inspeksi :	a) Inspeksi :
Bentuk	Simetris,	Simetris,	Simetris,
simetris,	tidak ada	tidak ada lesi,	tidak ada lesi,
tidak ada	lesi,	pernafasan	pernafasan
retaksi	pernafasan	simetris	simetris
intercostal	simetris	kanan kiri	kanan kiri
dan tidak ada	kanan kiri	b) Palpasi :	b) Palpasi :
lesi	b) Palpasi :	Taktil	Taktil
	Taktil	fremitus	fremitus
b) Palpasi:	fremitus	teraba	teraba
Vocal	teraba	simetris	simetris
fremitus	simetris	kanan dan	kanan dan
teraba kanan	kanan dan	kiri	kiri
dan kiri,taktil	kiri	c) Perkusi :	c) Perkusi :
vocal	c) Perkusi :	Bunyi sonor	Bunyi sonor
fremitus	Bunyi sonor	d) Auskultasi :	d) Auskultasi :
kanan dan	d) Auskultasi :	Bunyi nafas	Bunyi nafas
kiri sama,	Bunyi nafas	vesikuler	vesikuler
tidak ada	vesikuler	2) Jantung	2) Jantung
benjolan dan	2) Jantung	a) Inspeksi :	a) Inspeksi :
tidak ada	a) Inspeksi :	ictus cordis	ictus cordis
nyeri tekan.	ictus cordis	tidak tampak	tidak tampak
c) Perkusi:	tidak	b) Palpasi:ictus	b) Palpasi: ictus
Bunyi sonor	tampak	cordis teraba	cordis teraba
di lapang	b) Palpasi:ictu	di ICS ke-5	di ICS ke-5
paru	s cordis	cm lateral	cm lateral
d) Aukultas:	teraba di	Sinistra dari	Sinistra dari

Bunyi nafas	ICS ke-5	line mid	line mid
vesikuler	cm lateral	clavikula	clavikula
diseluruh	Sinistra dari	c) Perkusi:Suar	c) Perkusi:
lapang paru,	line mid	a terdengar	Suara
tidak ada	clavikula	pekak di ICS	terdengar
suara	c) Perkusi:Sua	ke 2 di 2 cm	pekak di ICS
tambahan	ra terdengar	lateral	ke 2 di 2 cm
seperti ronchi	pekak di	sinistra dari	lateral
dan	ICS ke 2 di	sentrum	sinistra dari
wheezing.	2 cm lateral	sampai 2 cm	sentrum
	sinistra dari	dari	sampai 2 cm
	sentrum	midclavikula,	dari
	sampai 2	di ICS ke 3	midclavikula,
2) Jantung	cm dari	di 1 cm	di ICS ke 3
a) Inspeksi :	midclavikul	lateral	di 1 cm
ictus cordis	a, di ICS ke	dekstra dari	lateral
tidak tampak	3 di 1 cm	line	dekstra dari
b) Palpasi: ictus	lateral	midckavikula	line
cordis teraba	dekstra dari	d) Auskultasi:	midckavikula
di ICS ke-5	line	Reguler S1	d) Auskultasi:
cm lateral	midckaviku	dan S2 (lub-	Reguler S1
Sinistra dari	la	dub) tidak	dan S2 (lub-
line mid	d) Auskultasi:	ada bunyi	dub) tidak
clavikula	Reguler S1	jantung	ada bunyi
c) Perkusi:	dan S2 (lub-	tambahan	jantung
Suara	dub) tidak	seperti mur-	tambahan
terdengar	ada bunyi	mur di apeks	seperti mur-
pekak di ICS	jantung	vebtrikel kiri	mur di apeks
ke 2 di 2 cm	tambahan	3) Abdomen	vebtrikel kiri
lateral	seperti mur-	a) Inspeksi:Peru	3) Abdomen
sinistra dari	mur di	t tampak	a) Inspeksi:Peru

sentrum	apeks	simetris ,	t tampak
sampai 2 cm	vebtrikel	tidak ada	simetris ,
dari	kiri	benjolan,	tidak ada
midclavikula,	3) Abdomen	gerakan kulit	benjolan,
di ICS ke 3	a) Inspeksi:Per	pada	gerakan kulit
di 1 cm	ut tampak	abdomen	pada
lateral	simetris ,	ketika	abdomen
dekstra dari	tidak ada	inspirasi dan	ketika
line	benjolan,	ekspirasi	inspirasi dan
midckavikula	gerakan	normal.	ekspirasi
d) Auskultasi:	kulit pada	b) Auskultasi	normal.
Reguler S1	abdomen	:Peristaltic	b) Auskultasi
dan S2 (lub-	ketika	usus 16x/m	:Peristaltic
dub) tidak	inspirasi	c) Palpasi :	usus 16x/m
ada bunyi	dan	Tidak ada	c) Palpasi
jantung	ekspirasi	nyeri tekan	:
tambahan di	normal.	d) Perkusi	Tidak ada
apeks	b) Auskultasi	:Bunyi	nyeri tekan
vebtrikel kiri	:Peristaltic	timpani	d) Perkusi
3) Abdomen	usus 16x/m	kuadran 2,	:Bunyi
a) Inspeksi:	c) Palpasi	3,4,dan	timpani
Perut tampak	:Tidak ada	kuadran 1	kuadran 2,
simetris ,	nyeri tekan	bunyi	3,4,dan
tidak ada	d) Perkusi	pekak	kuadran 1
benjolan,	:Bunyi		bunyi
gerakan kulit	timpani		pekak
pada	kuadran 2,		
abdomen	3,4,dan		
ketika	kuadran 1		
inspirasi dan	bunyi		
ekspirasi	pekak		

normal.			
b) Auskultasi:			
Peristaltic			
usus 16x/m			
c) Palpasi:			
Tidak ada			
nyeri tekan			
d) Perkusi:			
Bunyi			
timpani			
kuadran 2,			
3,4,dan			
kuadran 1			
bunyi			
pekak			
f. Genetalia :	f. Genetalia :	f. Genetalia :	g. Genetalia :
bersih, tidak	bersih	bersih	bersih
terpasang			
katater.			
g. Anus : bersih,	g. Anus : bersih,	g. Anus : bersih,	g. Anus : bersih,
tidak ada	dan tidak ada	dan tidak ada	dan tidak ada
benjolan.	benjolan.	benjolan	benjolan
h. Ekstremitas :	h. Ekstermitas	h. Ekstermitas	h. Ekstermitas
1) Superior :	1) Superior :	1) Superior :	1) Superior :
tidak ada	oedema (-) ,	oedema (-) ,	oedema (-) ,
kelainan	ekstermitas	ekstermitas	ekstermitas
bawaan dan	simetris, tidak	simetris, tidak	simetris, tidak
tidak ada	ada jejas, akral	ada jejas, akral	ada jejas, akral
varises, tidak	teraba hangat,	teraba hangat,	teraba hangat,
ada oedema,	tidak	tidak	tidak
tangan kiri	menggunakan	menggunakan	menggunakan

tidak dapat digerakan (hemiplegia)	alat bantu apapun dan kekuatan otot ka/ki: 5/5	alat bantu apapun dan kekuatan otot ka/ki: 5/5	alat bantu apapun dan kekuatan otot ka/ki: 5/5
2) Inferior : tidak ada kelainan bawaan, tidak ada varises, tidak oedema, kaki kiri mengalami kelemahan (hemiparesis)	2) Inferior : oedema (-), ekstramitas simetris, akral teraba hangat, tidak menggunakan alat bantu dan kekuatan otot 5/5	2) Inferior : oedema (-), ekstramitas simetris, akral teraba hangat, tidak menggunakan alat bantu dan kekuatan otot 5/5	2) Inferior: oedema (-), ekstramitas simetris, akral teraba hangat, tidak menggunakan alat bantu dan kekuatan otot 5/5

Dengan kekuatan

otot :

5	2
5	2

Keterangan :

0 = Otot sama

sekali tidak bergerak

1 = Sedikit

bergerak

2 = Mampu

menahan gravitasi

tanpa sentuhan akan

jatuh.

3 = Mampu menahan

berat walaupun

sedikit di dorong

untuk jatuh

tapi mampu

melawan

4 = Kekuatan

kurang dibanding

sisi lain.

5 = Kekuatan utuh

i. Kulit : tugor kulit bagus , tidak ada sianosis dan warna kulit sawo matang.	i. Kulit : tugor kulit bagus , tidak ada sianosis dan warna kulit sawo matang.	i. Kulit : tugor kulit bagus , tidak ada sianosis dan warna kulit sawo matang	i. Kulit : tugor kulit bagus , tidak ada sianosis dan warna kulit sawo matang
j. Kuku dan kulit : warna kulit sawo matang, tugor kulit jelek,kuku bersih berwarna putih kemerahan, CRT 3 detik, kulit bersih dan akral klien hangat.	j. Kuku dan kulit : warna kulit sawo matang, tugor kulit jelek,kuku bersih berwarna putih kemerahan, CRT 3 detik, kulit bersih dan akral klien hangat.	j. Kuku dan kulit : warna kulit sawo matang, tugor kulit jelek,kuku bersih berwarna putih kemerahan, CRT 3 detik, kulit bersih dan akral klien hangat	j. Kuku dan kulit : warna kulit sawo matang, tugor kulit jelek,kuku bersih berwarna putih kemerahan, CRT 3 detik, kulit bersih dan akral klien hangat

h. Pemeriksaan kognitif pada lansia

1. PEMERIKSAAN APGAR KELUARGA

Tabel: 3.3 pemeriksaan apgar keluarga

NO	ITEMS PENILAIAN	SELALU (2)	KADANG- KADANG (1)	TIDAK PERNAH (0)
1	A: Adaptasi			
	Saya puas bahwa saya dapat menyesuaikan diri dan diterima keluarga (teman-teman) saat saya mengalami kesusahan	v		
2	P: Partnership			
	Saya puas saat keluarga (teman-teman) memberitahukan dan mengingatkan saya tentang masalah saya	v		
3	G: Growth			
	Saya puas keluarga (teman-teman) menerima dan mendukung keinginan saya		v	

	untuk melakukan aktifitas baru	
4	A: Afek	
	Saya puas dengan cara keluarga (teman-teman) mengepresikan afek dan berespon terhadap emosi- emosi saya, seperti marah, sedih atau mencintai	v
5	R: Resolve	
	Saya puas dengan cara teman-teman saya menyediakan waktu untuk bersama-sama	v
	JUMLAH	8

Penilaian:

Nilai 0-4 : fungsi sosial kurang/suka menyendiri atau disfungsi keluarga tinggi

Nilai 5-7 : fungsi sosial cukup atau disfungsi keluarga sedang

Nilai 8-9 : fungsi sosial normal atau disfungsi keluarga rendah

2. SCREENING FAAL

FUNGTIONAL REACH (FR) TEST

Tabel: 3.4 pemeriksaan screening faal

NO	Kegiatan
1	Minta pasien berdiri di sisi tembok dengan tangan direntangkan kedepan
2	Beri tanda letak tangan start yang sejajar dengan garis O inci
3	Minta pasien condong kedepan tanpa melangkah selama 1-2 menit, dengan tangan direntangkan ke depan
4	Beri tanda letak tangan ke yang mencapai batas maximal pada saat condong dengan penggaris menunjukkan batas end
5	Ukur jarak antara tanda tangan start & batas end
Interpretasi : usia lebih 70 tahun: kurang 6 inchi: Resiko Jatuh	

THE TIME UP AND GO (TUG) TEST

Tabel: 3.5 pemeriksaan the time up and go (TUG)

NO	Kegiatan
1	Posisi pasien duduk dikursi
2	Minta pasien berdiri dari kursi, berjalan 10 langkah (3 meter), kembali ke kursi, ukur waktu dalam detik
Interpretasi :	
≤ 10 detik : resiko rendah jatuh	
11-19 detik : resiko rendah jatuh	
20-29 detik : resiko tinggi jatuh	
≥ 30 detik : kerusakan/gangguan mobilisasi	
Hasil 69 detik= kerusakan atau ganggun mobilitas fisik	

3. PENGKAJIAN STATUS FUNGSIONAL (Indeks Kemandirian Katz)

Tabel: 3.6 pemeriksaan status fungsional (indeks kemandirian katz)

NO	AKTIVITAS	MANDIRI	TERGANTUNG
1.	Mandi		v
	1. Mandiri: bantuan hanya pada satu bagian mandi (seperti punggung atau ekstermitas yang tidak mampu) atau mandi sendiri sepenuhnya		
	2. Tergantung: bantuan mandi lebih dari satu bagian tubuh, bantuan masuk dan keluar dari bak mandi, serta tidak mandi sendiri		
2.	Berpakaian		v
	1. Mandiri: mengambil baju di lemari, memakai pakaian, melepaskan pakaian, mengancingi/mengikat pakaian.		
	2. Tergantung: tidak dapat memakai baju sendiri atau hanya sebagian		
3.	Ke kamar mandi	v	
	1. Mandiri: masuk dan keluar dari kamar kecil kemudian membersihkan genetalia sendiri		
	2. Tergantung: menerima bantuan untuk masuk ke kamar kecil dan menggunakan pispot		
4.	Berpindah		v
	1. Mandiri: berpindah ke dan dari		

	tempat tidur untuk duduk, bangkit dari kursi sendiri	
	2. Bergantung: bantuan dalam naik atau turun dari tempat tidur atau kursi, tidak melakukan satu, atau lebih perpindahan	
5.	Kontinen	v
	1. Mandiri: BAK dan BAB seluruhnya dikontrol sendiri	
	2. Tergantung : inkontinensia parsial atau total: penggunaan kateter, pispot, enema dan pembalut (pampers)	
6.	Makan	v
	1. Mandiri : mengambil makanan dari piring dan menyuapinya sendiri	
	2. Bergantung: bantuan dalam hal mengambil makanan dari piring dan menyuapinya, tidak makan sama sekali, dan makan parenteral (NGT)	
<hr/>		
ANALISA		
7.	Nilai A kemandirian dalam hal makan, kontinen (BAK/BAB), berpindah, ke kamar kecil, mandi, dan berpakaian.	
8.	Nilai B : kemandirian dalam semua hal kecuali satu dari fungsi tersebut	
9.	Nilai C: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi dan satu fungsi tambahan.	
10.	Nilai D: kemandirian dalam semua hal, kecuali mandi, berpakaian, dan satu fungsi tambahan	
11.	Nilai E: kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar	

kecil, dan satu fungsi tambahan.

12. Nilai F: kemandirian dalam semua hal kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan

13. Nilai G: ketergantungan pada keenam fungsi tersebut.

HASIL: NILAI F

4. GERIATRIC DEPRESSION SCALE (SKALA DEPRESI)

Tabel: 3.7 pemeriksaan skala depresi

NO	PERTANYAAN	TIDAK	IYA	HASIL
1	Apakah anda sebenarnya puas dengan kehidupan anda?	Tidak		Iya
2	Apakah anda telah meningkatkan banyak kegiatan dan minat/kesenangan anda		Iya	iya
3	Apakah anda merasakan kehidupan anda kosong ?		Iya	Tidak
4	Apakah anda sering merasa bosan ?		Iya	Iya
5	Apakah anda mempunyai semangat yang baik setiap saat?	Tidak		tidak
6	Apakah anda merasa takut sesuatu yang buruk akan terjadi pada anda?		Iya	Iya
7	Apakah anda merasa bahagia untuk sebagian besar hidup anda?	Tidak		Iya
8	Apakah anda sering tidak berdaya?		Iya	Iya
9	Apakah anda sering dirumah dari pada pergi keluar dan mengerjakan sesuatu hal yang baru?		Iya	iya
10	Apakah anda mempunyai banyak masalah dengan daya ingat anda dibandingkan kebanyakan orang?		Iya	Tidak

11	Apakah anda piker bahwa kehidupan anda sekarang menyenangkan?	Tidak	Tidak
12	Apakah anda merasa tidak berharga seperti perasaan anda saat ini?	Iya	Iya
13	Apakah anda merasa penuh semangat?	Tidak	Iya
14	Apakah anda merasa bahwa keadaan anda tidak ada harapan?	Iya	Tidak
15	Apakah anda pikir bahwa orang lain, lebih baik keadaanya dari pada anda?	Iya	Iya
JUMLAH		9	
INTERPRESTASI			
Setiap jawaban yang sesuai mempunyai skor”1”(satu)			
Skor 5-9 : kemungkinan depresi			
Skor 10 : depresi			

5. FORMAT PENGKAJIAN MMSE

Tabel: 3.8 format pengkajian MMSE

NO	ITEM PENILAIAN	BENAR (1)	SALAH (0)
1	ORIENTASI		
	1. Tahun berapa sekarang?		V
	2. Musim apa sekarang?	v	
	3. Tanggal apa sekarang?		v
	4. Hari apa sekarang?	v	
	5. Bulan apa sekarang?	v	
	6. Dinegara mana anda tinggal?	v	

	7. Diprovinsi mana anda tinggal?	v
	8. Dikabupaten mana anda tinggal?	v
	9. Dikecamatan mana anda tinggal?	
	10. Didesa mana anda tinggal?	v
2	REGISTRASI	
	Minta klien menyebutkan tiga obyek	
	11. -	v
	12.-	v
	13.-	v
3	PERHATIAN DAN KALKULASI	
	Minta klien mengerjakan 5 kata dari belakang, missal “ BAPAK”	
	14.K	v
	15.A	v
	16.P	v
	17.A	v
	18.K	v
4	MENGINGAT	
	Minta klien untuk mengulang nama 3 objek	
	19.-	v
	20.-	v
	21.-	v
5	BAHASA	
	a. penamaan	
	Tunjukkan 2 benda minta klien menyebutkan:	
	22.Jam tangan	v
	23.Pensil	v
	b.Pengulangan	v

Minta klien mengulangi tiga kalimat berikut	
24.” Tak ada jika, dan , atau tetapi”	v
c. perintah tiga langkah	
25.Ambil kertas!	v
26.Lipat dua!	v
27.Tarug dilatai!	v
d. Turuti hal berikut	
28.Tutup mata	v
29. Tulis satu kalimat	v
30. Salin gambar	v
JUMLAH	
Analisa Hasil <21 poin=kerusakan kognitif	
HASIL : 15 POIN	

6. PENGKAJIAN FUNGSI KOGNITIF (SPMSQ)

Tabel: 3.9 pengkajian fungsi kognitif (spmsq)

NO	Pertanyaan	BENAR	SALAH
1	Jam berapa sekarang ? Jawab : 10.00	V	
2	Tahun berapa sekarang ? Jawab : 2024		
3	Kapan Bapak/Ibu lahir ? Jawab : -		v
4	Berapa umur Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : -		v
5	Dimana alamat Bapak/Ibu sekarang ? Jawab : pancur	v	
6	Berapa jumlah anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ? Jawab :4	v	

7	Siapa nama anggota keluarga yang tinggal bersama Bapak/Ibu ?	v
	Jawab :	
8	Tahun berapa Hari Kemerdekaan Indonesia ?	v
	Jawab :17 agustus 1945	
9	Siapa nama Presiden Republik Indonesia sekarang?	v
	Jawab : jokowidodo	
10	Coba hitung terbalik dari angka 20 ke 1 ?	v
	Jawab : -	
SKORE= BENAR 5		
SALAH = 4		

i. Harapan Keluarga

Keluarga Tn.R berharap dengan adanya penyuluhan kesehatan yang dilakukan oleh mahasiswa, keluarganya menjadi tahu tentang penyakit yang diderita oleh anggota keluarganya dan cara menanganinya serta agar tidak terjadi komplikasi di kemudian hari.

j. Diagnosa keperawatan keluarga

a. Analisa dan sintesa data

Tabel 3.10 Analisa Data

No	Hari/tgl	Data fokus	Dx keperawatan	TTD
1	Minggu 5 Mei 2024	<p>Ds : klien mengatakan anggota gerak sebelah kanan mengalami kelemahan dan sulit untuk digerakkan khususnya tangan dan kaki kanan</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak kaki kanan sulit digerakkan - Kekuatan otot kaki kanan 2 - Klien bergerak menggunakan alat bantu 	Gangguan mobilitas fisik	hany
2	Minggu 5 Mei 2024	<p>Ds : klien mengatakan sering sakit kepala pada pagi hari dan malam hari</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 180/100 mmhg - N : 130 x/menit - RR : 30 x/menit - Terdapat kelemahan otot (hemiplegi) di 	Resiko perfusi jaringan serebral	hany

bagian kanan				
3	Minggu 5 Mei 2024	Ds : keluarga klien mengatakan tidak tahu kesehatan tentang bagaimana keluarga tidak merawat lingkungan efektif rumah agar bersih dan sehat	Pemeliharaan	hany
		Do : keluarga dan klien tampak bingung saat dilakukan pengkajian mengenai keadaan lingkungan		

b. Penilaian (scoring) diagnosa keperawatan

1) Gangguan mobilitas fisik

Tabel 3.11 scoring gangguan mobilitas fisik

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
a. Sifat masalah				Salah satu gejala
1) Actual	3	1	$1/3 \times 3$	klinis stroke adalah
2) Resiko	2		$= 1$	hemiplegia dan
3) Potensial	1			merupakan
				hambatan klien
				dalam beraktifitas
				dan beresiko
				menimbulkan
				komplikasi lebih lanjut
b. Kemungkinan masalah dapat diubah				Adakah factor di bawah ini, semakin
1) Mudah	2		$1/2 \times 2 =$	lengkap semakin
2) Sebagian	1	2	1	mudah masalah di

3) Tidak dapat	0	ubah
		<input checked="" type="checkbox"/> Pengetahuan yang ada, teknologi tindakan untuk menangani masalah <input type="checkbox"/> Sumber daya keluarga :fisik, keuangan dan tenaga <input checked="" type="checkbox"/> Sumber daya tenaga tenga kesehatan: pengetahuan keterampilan dan waktu <input type="checkbox"/> Sumber daya lingkungan : fasilitas, organisasi dan dukungan social
c. Potensial masalah untuk dicegah		Adakah factor di bawah ini semakin
1) Tinggi	3	kompleks, semakin
2) Cukup	2	lama semakin
3) Rendah	1	rendah potensi unruk di cegah.
		<input checked="" type="checkbox"/> Kepelikan atau kompleksitas

masalah
hubungan
dengan
penyakit dan
masalah
kesehatan

- ☒ Lamanya
masalah
(jangka waktu
masalah)
- ☐ Tindakan yang
sedang di
jalankan atau
yang tepat
untuk
perbaikan
masalah.
- ☐ Adanya
kelompok
resiko untuk di
cegah agar
tidak actual
atau semakin
parah.

d. Menonjolnya masalah					Keluarga sangat
1) Masalah berat harus segera ditangani	2	1	$2/2 \times 2$		gelisah dengan keadaan Tn. R
2) Ada masalah tetapi tidak perlu ditangani	1		$= 1$		yang tidak dapat beaktifitas secara
3) Masalah tidak dirasakan	0				normal ketidakmampuan

keluarga merawat anggota keluarga yang mengalami penurunan mobilitas

TOTAL SCORE 3 2/3

2) Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif

Tabel 3.12 scoring gangguan perfusi jaringan serebral

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Penbenaran
a. Sifat masalah				Masalah sudah
1) Actual	3	1	$1/3 \times 3$	terjadi dengan
2) Resiko	2		$= 1$	tanda dan gejala
3) Potensial	1			Tn.R sakit kepala
b. Kemungkinan masalah dapat diubah				Adakah factor di bawah ini, semakin
1) Mudah	2	2	$1/2 \times 2$	lengkap semakin
2) Sebagian	1		$= 1$	mudah masalah di
3) Tidak dapat	0			ubah
				<input checked="" type="checkbox"/> Pengetahuan yang ada, teknologi tindakan untuk menangani masalah
				<input checked="" type="checkbox"/> Sumber daya keluarga :fisik, keuangan dan tenaga
				<input type="checkbox"/> Sumber daya tenaga tenga

kesehatan:

pengetahuan

keterampilan

dan waktu

- ☐ Sumber daya lingkungan : fasilitas, organisasi dan dukungan social

c. Potensial masalah untuk dicegah				Adakah factor di bawah ini semakin
1) Tinggi	3	1	$1/3 \times 2$	kompleks, semakin
2) Cukup	2		$= 2/3$	lama semakin
3) Rendah	1			rendah potensi unruk di cegah.
				<input checked="" type="checkbox"/> Kepelikan atau kompleksitas masalah hubungan dengan penyakit dan masalah kesehatan
				<input checked="" type="checkbox"/> Lamanya masalah (jangka waktu masalah)
				<input type="checkbox"/> Tindakan yang sedang di jalankan atau

yang tepat
untuk
perbaikan
masalah.

- ☐ Adanya
kelompok
resiko untuk di
cegah agar
tidak actual
atau semakin
parah.

d. Menonjolnya masalah				Tn.R	mengeluh
1) Masalah berat harus	2			sakit kepala pada	
segera ditangani	1	1	$2/2 \times 2$	pagi hari dan	
2) Ada masalah tetapi	0		$= 1$	malam hari karena	
tidak perlu ditangani				ketidakmampuan	
3) Masalah tidak				mengenal masalah	
dirasakan				stoke	
TOTAL SCORE			3 1/3		

3) Pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif

Tabel 3.13 scoring Pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif

Kriteria	Skor	Bobot	Nilai	Pembenaran
A. Sifat masalah				Keluarga Tn R
1) Actual	3	1	$1/3 \times 2$	perduli dengan
2) Resiko	2		$= 1/3$	anggota keluarga
3) Potensial	1			yang sakit. Namun kadang dianggap sepele atau mengobati sendiri
B. Kemungkinan masalah dapat diubah				Adakah factor di bawah ini, semakin lengkap semakin mudah masalah di ubah
1) Mudah				
2) Sebagian	2	2	$1/2 \times 2$	
3) Tidak dapat	1		$= 1$	
	0			<input checked="" type="checkbox"/> Pengetahuan yang ada, teknologi tindakan untuk menangani masalah <input type="checkbox"/> Sumber daya keluarga :fisik, keuangan dan tenaga <input type="checkbox"/> Sumber daya tenaga tenaga kesehatan: pengetahuan keterampilan

dan waktu

- ☐ Sumber daya lingkungan : fasilitas, organisasi dan dukungan social

C. Potensial masalah untuk dicegah			$1/3 \times 2 = 2/3$	Adakah factor di bawah ini semakin kompleks, semakin lama semakin rendah potensi unruk di cegah.
1) Tinggi	3	1		<input checked="" type="checkbox"/> Kepelikan atau kompleksitas masalah hubungan dengan penyakit dan masalah kesehatan
2) Cukup	2			<input type="checkbox"/> Lamanya masalah (jangka waktu masalah)
3) Rendah	1			<input type="checkbox"/> Tindakan yang sedang di jalankan atau yang tepat untuk perbaikan masalah.
				<input type="checkbox"/> Adanya kelompok resiko untuk di cegah

agar tidak actual
atau semakin
parah.

D. Menonjolnya masalah				Masalah ini tidak
1) Masalah berat harus				dirasakan namun
segera ditangani	2	1	0	harus segera
2) Ada masalah tetapi	1			ditangani agar klien
tidak perlu ditangani	0			dan keluarga dapat
3) Masalah tidak				memahami
dirasakan				kemudian
				merealiskan karena
				ketidakmampuan
				keluarga merawat
				anggota keluarganya
				yang sakit
TOTAL SCORE				1 3/3

c. Prioritas Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.14 Diagnosa keperawatan

Hari/ tanggal	No Dx	Diagnosa keperawatan	Skor
Minggu 5 Mei 2024	I	Gangguan mobilitas fisik b.d ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit	3 1/3
Minggu 5 Mei 2024	II	Gangguan perfusi jaringan serebral tidak efektif b.d ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan	3 2/3
Minggu 5 Mei 2024	III	Pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif b.d ketidak mampuan mengatasi masalah d.d kurang menunjukkan tentang perilaku sehat	1 3/3

d. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.15 Intervensi keperawatan

No dx	Hari/tgl	Tujuan & kriteria hasil	Intervensi	Rasional	TTD
I	Minggu 5 Mei 2024	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x kunjungan diharapkan masalah gangguan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :	Observasi : a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi c. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik : a. Berikan teknik nonfarmakologis (rendam air hangat) b. Fasilitasi aktivitas dengan alat bantu Edukasi : a. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi b. Anjurkan	a. Untuk mengetahui adanya nyeri atau keluhan lain pada klien b. Untuk mengetahui frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum mobilisasi c. Untuk mengetahui kondisi umum pasien a. Untuk membantu kesembuhan klien	
a.	Penggerakan ekstremitas meningkat (5)				
b.	Kekuatan otot meningkat (5)				
c.	Rentang gerak (ROM) meningkat (5)				

			melakukan mobilisasi dini	c. Ajarkan mobilisasi sederhana	d. Ajarkan penggunaan terapi nonfarmakologis (terapi cermin)	b. Untuk memfasilitasi kebutuhan alat yang diperlukan klien	a. Agar klien mengetahui tujuan dan prosedur mobilisasi	b. Untuk mempercepat penyembuhan	c. Agar klien mampu melakukan mobilisasi sederhana secara mandiri
II	Minggu 5 Mei 2024	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5x kunjungan diharapkan masalah gangguan perfusi serebral	Observasi :	a. Mengkaji status neurologis secara teratur dan bandingkan dengan nilai standar (mis, GCS)	b. Mengkaji fungsi sensorik dan		a. Mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial	b. Untuk mengetahui fungsi sensorik dan	

		meningkat dengan kriteria hasil :	motoric Terapeutik : a. Membatasi gerakan yang tidak dibutuhkan b. Memberikan teknik nonfarmakologis (kompres hangat) Kolaborasi : a. Berikan anti hipertensi	motoric pada ota a. Untuk mencegah terjadinya resiko cedera yang dialami klien b. Maneuver vasalva dapat meningkatkan TIK dan memperbesar resiko perdarahan a. Dengan indikasi klien yang mengalami hipertensi
III	Minggu 5 Mei 2024	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 5 x kunjungan diharapkan Pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif	Edukasi kesehatan Observasi 1. Identifikasi kesehatan dan kemampuan menerima informasi 2. Identifikasi kebutuhan keselamatan berdasarkan	a. Untuk mengetahui kesiapan dan kemampuan klien dan keluarga menerima informasi b. Untuk mengetahui faktor yang

meningkat dengan kriteria hasil :	tingkat fungsi kognitif dan kebiasaaan	meningkatkan dan menurunkan perilaku hidup sehat
a. Menunjukkan perilaku adiktif meningkat 5	3. Identifikasi bahaya keamanan lingkungan	a. Bertujuan untuk memberikan informasi tentang penyakit yang diderita
b. Menunjukkan pemahaman perilaku sehat meningkat	Terapeutik 1. Sediakan materi dan media pendididkan kesehatan	b. Untuk memberikan informasi tentang penyakit klien
c. Kemampuan menjalankan perilaku sehat meningkat	2. Jadwalkan penkes sesuai kesepakatan 3. Beri kesempatan untuk bertanya	c. Untuk memastikan tidak ada materi yang tidak dipahami oleh klien dan keluarga
	Edukasi 1. Anjurkan menghilangka n bahaya lingkungan 2. Anjurkan menyediakan alat bantu 3. Anjurkan menggunakan alat pelindung	a. Untuk pencegahan klien terhadap penyakit

b. Untuk tindakan mandiri dalam merawat anggota keluarga yang sakit

e. Implementasi keperawatan

Tabel 3.16 implementasi keperawatan

No.dx	Hari/tgl/jam	Implementasi	Evaluasi formatif	TTD
I,II,III	Senin 6 mei 2024 10.00 wib	Melakukan pengkajian pada Tn.R dan keluarga Tn.	DS : Tn.N dan keluarga bersedia untuk dilakukan pengkajian DO : Tn. N dan keluarga tampak kooperatif	hany
I,II,III	10.15 wib	Mengkaji keluhan utama, mengkaji fungsi sensorik dan motoric	Ds : - Klien mengatakan sering sakit kepala pada saat pagi dan malam hari - Klien sulit menggerakkan anggota tubuh bagian kanan dan	hany

			mengalami kelemahan	
			Do : - Terdapat kelemahan otot pada kaki bagian kanan - Kekuatan otot 2 - Tampak kaki kanan sulit digerakkan - Klien tampak berjalan menggunakan alat bantu	
I,II,III,	11.00 wib	Melakukan pemeriksaan ttv	Ds : klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan ttv Do : - TD : 180/100 mmhg - N : 130x/menit - RR : 22x/menit	hany
I	11.15 wib	Menganjurkan Membatasi gerakan yang tidak dibutuhkan	Ds : klien mengatakan bersedia untuk membatasi gerak Do : klien kooperatif	Hany

II	11.30	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan lainnya	Ds:klien mengatakan nyeri pada bagian tengkuk dan terasa memberat Do: klien tampak memegang tengkuk	hany
I,II,III	Selasa Mei 2024 10.00	7 Memeriksa TTV Tn.R	Ds : klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan ttv Do : - TD : 170/90 mmhg - N : 120x/menit - RR : 22x/menit	hany
II	10.00	Melakukan kompres hangat pada bagian leher	Ds : pasien mengatakan bersedia dilakukan kompres hangat Do : pasien kooperatif	hany
I	10.15wib	Memberikan pendidikan kesehatan tentang therapy cermin	Ds. Ny. S bersedia diberikan pendidikan kesehatan terapi cermin Do: Ny.s dan keluarga dapat menjawab pertanyaan terkait isi pendidikn sehatan tentang terapi cermin	hany
I	11.00 wib	Memberikan therapy cermin pada klien	Ds : klien mengatakan bersedia diberikan terapi	hany

			cermin Do : klien tampak kooperatif	
I	11.30	Memonitor kondisi klien selama dilakukan terapi cermin	Ds: klien kooperatif klien mengatakan nyaman saat dilakukan terapi cermin Do : klien tampak tenang saat dilakukan terapi cermin	Hany
II	11.40	Memfasilitasi aktivitas dengan alat bantu jalan	Ds: - Do: klien menggunakan alat bantu jalan waolker	hany
`III	11.45	Kontrak waktu untuk melakukan Penkes PHBS	Ds. Klien tampak kooperatif Do: Klien menyetujui hari rabu 8 mei 2024 pukul 10.00	hany
I,II,III	Rabu 8 mei 2024 10.00 wib	Melakukan pemeriksaan ttv	Ds : klien mengatakan bersedia dilakukan pemeriksaan ttv Do : - TD : 140/90 mmhg - N : 120 x/menit - RR :22 x/menit	hany
III	10.05 wib	Mengidentifikasi kesiapan klien menerima informasi	Ds : klien mengatakan bersedia diberikan	hany

			edukasi Do : klien kooperatif	
III	10.10	Memberikan penkes tentang PHBS	Ds : klien mengatakan mengerti apa yang dijelaskan oleh petugas Do : klien tampak mendengarkan materi	hany
III	10.30	Memberikan kesempatan untuk bertanya	Ds : klien mengatakan mengerti apa yang disampaikan petugas Do : klien tampak bertanya kepada petugas	hany
I	10.40	Memberikan therapy cermin pada klien	Ds : klien mengatakan bersedia diberikan terapi cermin Do : klien tampak kooperatif	hany
II	10.50	Memonitor kondisi klien selama dilakukan terapi cermin	Ds: klien kooperatif klien mengatakan nyaman saat dilakukan terapi cermin Do : klien tampak tenang saat dilakukan terapi cermin	hany
II	11.00	Melakukan kompres hangat pada bagian leher	Ds : pasien mengatakan bersedia dilakukan kompres hangat	hany

Do : pasien kooperatif			
II	11.15	Memonitor kondisi klien selama dilakukan kompres pada leher	Ds: klien kooperatif klien mengatakan nyaman saat dilakukan kompres air hangat Do : klien tampak tenang saat dilakukan kompres air hangat

f. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.17 Evaluasi keperawatan

NO	Hari/Tgl	Evaluasi	TTD
I	Kamis 9 mei 2024	<p>S : klien mengatakan mampu berpindah posisi sedikit secara mandiri dan aktivitas masih dibantu keluarga</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak masih dibantu oleh keluarga - Kekuatan otot tangan kanan 3 <p>A : terjadi peningkatan mobilisasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi terapi cermin</p>	Hany
II	Kamis 9 mei 2024	<p>S : klien mengatakan sudah tidak terasa pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 140/90 Mmhg - N : 120 x/menit - RR : 20 x/menit 	Hany

			A : masalah gangguan perfusi jaringan serebral teratasi	
			P : hentikan intevensi	
III	Kamis mei 2024	9	S : klien dan keluarga mengatakan sudah tahu tentang PHBS dan perawatan rumah O : klien tampak mengerti A : masalah pemeliharaan kesehatan keluarga tidak efektif teratasi P : hentikan intervensi	Hany
