

Lampiran 1

Realisasi Jadwal Kegiatan Penelitian
Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik
Dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sahadewa
RSUD Sanjiwani Gianyar

No	Kegiatan	Waktu																			
		Feb 2019				Mar 2019				Apr 2019				Mei 2019				Juni 2019			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Studi Pendahuluan	■																			
1	Penyusunan proposal		■	■	■	■	■	■	■												
2	Seminar proposal						■	■	■												
3	Revisi proposal								■												
4	Pengesahan proposal								■												
5	Pengurusan izin penelitian									■	■	■	■								
6	Pengumpulan data											■	■								
7	Pengolahan data												■	■	■	■	■				
8	Analisis data														■	■	■				
9	Penyusunan laporan																■	■	■	■	■
10	Sidang hasil penelitian																				■
11	Revisi laporan																				■
12	Pengumpulan KTI																				■

Lampiran 2

Realisasi Anggaran Biaya Kegiatan Penelitian

Gambaran Asuhan Keperawatan pada Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar

Realisasi Anggaran Biaya dalam kegiatan penelitian ini sebagai berikut :

No	Kegiatan	Rencana Biaya
1	Tahap Persiapan	
	a. Princopy untuk bimbingan : 58 lembar x Rp.300 x 12 rangkap	Rp 208.800,00
	b. Print cover : 4 lembar x Rp. 500 x rangkap 4	Rp 8.000,00
	c. ATK	Rp 20.000,00
	d. Revisi proposal : 58 lembar x 300 x 1 rangkap	Rp 17.400,00
2	Tahap Pelaksanaan	
	a. Pengurusan izin penelitian	Rp 135.000,00
	b. Penggandaan lembar pengumpulan data : 8 lembar x Rp 500 x 2 rangkap	Rp 8.000,00
3	Tahap Akhir	
	a. Penggandaan Laporan Print copy untuk bimbingan : 108 x Rp.300 x 12 rangkap	Rp 388.800,00
	Printcopy laporan untuk ujian : 108 x Rp.300 x 4 rangkap	Rp 129.600,00
	Fotocopy surat : 6 x Rp.150 x 4 rangkap	Rp 3.600,00
	b. Revisi Laporan Print copy : 115 x Rp.300 x 1 rangkap	Rp 34.500,00
	c. Akomodasi	Rp 100.000,00
	d. Transport	Rp 150.000,00
	e. Biaya tidak terduga	Rp 100.000,00
	Jumlah	Rp 1.293.800,00

Lampiran 3

HASIL PENGUMPULAN DATA

Judul Penelitian :Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik di Ruang Sahadewa RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2019

Tanggal Penelitian : 21 – 24 April 2019

Petunjuk Pengisian :

- A. Bacalah setiap pertanyaan lembar observasi dengan teliti
- B. Jawablah pada kolom yang telah tersedia, dengan cara memberi tanda (√) pada kolom yang sesuai dengan keadaan pasien.

1. Pengkajian Keperawatan

- a. Data fisiologis

Gangguan Mobilitas Fisik				
Gejala dan Tanda Mayor	Observasi			
	Pasien Pertama		Pasien Kedua	
	Ya	Tidak	Ya	Tidak
Subjektif				
Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas	√		√	
Objektif				
Kekuatan otot menurun	√		√	
Rentang gerak (ROM) menurun	√		√	
Gejala dan Tanda Minor				
Subjektif				

Nyeri saat bergerak		√		√
Enggan melakukan pergerakan		√		√
Merasa cemas saat bergerak		√		√
Objektif				
Sendi kaku		√		√
Gerakan tidak terkoordinasi		√		√
Gerakan terbatas		√		√
Fisik lemah	√			√

b. Kemampuan mobilitas

NO	Tingkat aktivitas/ mobilisasi	Kategori	Observasi			
			Pasien Pertama		Pasien Kedua	
			Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Tingkat 0	Mampu merawat diri sendiri secara penuh		√		√
2	Tingkat 1	Memerlukan penggunaan alat		√		√
3	Tingkat 2	Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain	√			√
4	Tingkat 3	Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain, dan peralatan		√	√	
5	Tingkat 4	Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan		√		√

c. Kekuatan otot dan gangguan koordinasi

No	Karakteristik	Observasi			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
0	Paralissi sempurna		√		√
1	Tidak ada gerakan, kontraksi otot dapat di palpasi atau dilihat	√			√
2	Gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan		√	√	
3	Gerakan yang normal melawan gravitasi		√		√
4	Gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal		√		√
5	Kekuatan normal, gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan tahanan penuh		√		√

2. Rumusan Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (PES)	Observasi			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	<i>Problem</i>				
	Gangguan Mobilitas Fisik	√		√	
2	<i>Etiology</i>				
	Kerusakan integritas stuktur tulang		√		√
	Perubahan metabolisme		√		√
	Ketidakbugaran fisik		√		√
	Penurunan kendali otot		√		√
	Penurunan massa otot		√		√
	Penurunan kekuatan otot		√		√
	Keterlambatan perkembangan		√		√
	Kekakuan sendi		√		√
	Kontraktur		√		√
	Malnutrisi		√		√
	Gangguan muskuloskeletal		√		√
	Gangguan neuromuscular	√		√	
	Indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia		√		√
	Efek agen farmakologis		√		√
	Program pembatasan gerak		√		√
	Nyeri		√		√
	Kurang terpapar informasi tentang aktivitas fisik		√		√
	Kecemasan		√		√
	Gangguan kognitif		√		√
	Keengganan melakukan pergerakan		√		√
	Gangguan sensoripersepsi		√		√
3	<i>Symptoms</i>				√
	Mengeluh sulir menggerakkan ekstremitas		√		√

	Kekuatan otot menurun		√		√
	Rentang gerak (ROM) menurun		√		√
	Nyeri saat bergerak		√		√
	Enggan melakukan pergerakan		√		√
	Merasa cemas saat bergerak		√		√
	Sendi kaku		√		√
	Gerakan tidak terkoordinasi		√		√
	Gerakan terbatas		√		√
	Fisik lemah		√		√

3. Perencanaan keperawatan

No	Rencana keperawatan	Direncanakan			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya		√		√
2	Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan		√		√
3	Monitor tekanan darah sebelum mulai mobilitas		√		√
4	Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas	√		√	
5	Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)	√		√	
6	Fasilitasi pergerakan jika perlu	√		√	
7	Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	√		√	
8	Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		√		√
9	Anjurkan melakukan mobilisasi dini	√		√	
10	Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur,	√		√	

	duduk di sisi tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)				
11	Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi		√		√
12	Motivasi melakukan ROM aktif atau pasif	√		√	
13	Hindari gerakan menempatkan klien dapat meningkatkan nyeri		√		√

4. Implementasi keperawatan

No	Tindakan keperawatan	Dilakukan			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya		√		√
2	Mengidentifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan		√		√
3	Memonitor tekanan darah sebelum mulai mobilitas		√		√
4	Memonitor keadaan umum selama melakukan mobilitas	√		√	
5	Memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu	√		√	
6	Memfasilitasi pergerakan jika perlu	√		√	
7	melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	√		√	
8	menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi		√		√
9	Menganjurkan melakukan mobilisasi dini	√		√	
10	Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, duduk di sisi	√		√	

	tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)				
11	Memonitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi		√		√
12	Memotivasi melakukan ROM aktif atau pasif	√		√	
13	menghindari gerakan menempatkan klien dapat meningkatkan nyeri		√		√

5. Evaluasi Keperawatan

No	Evaluasi keperawatan	Observasi			
		Pasien Pertama		Pasien Kedua	
		Ya	Tidak	Ya	Tidak
1	Pergerakan ekstremitas meningkat		√		√
2	Kekuatan otot meningkat		√		√
3	Rentang gerak (ROM) meningkat		√		√
4	Nyeri menurun		√		√
5	Kecemasan menurun		√		√
6	Kaku sendi menurun		√		√
7	Gerakan tidak terkoordinasi menurun		√		√
8	Gerakan terbatas menurun		√		√
9	Kelemahan fisik menurun	√		√	

Lampiran 4

**FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA
DOKUMEN SUBYEK 1**

PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny.AT
	Tgl Lahir : 26/8/1955
	No RM : 649453

Keluhan Utama : lemas separuh tubuh kiri

Riwayat penyakit : Pasien mengeluh lemas pada tubuhnya terutama tubuh bagian kiri,

nyeri saat bergerak, nyeri kepala	Kekuatan otot	111	555	edema	-	-
		<hr/>	<hr/>		<hr/>	<hr/>
		111	555		-	-

Riwayat Penyakit Sebelumnya

Riwayat hospitalisasi : Ada Tidak ada, Riwayat penyakit yang sama : Ada

Tidak ada

Riwayat penyakit yang pernah diderita : Asma Hipertensi Diabetes Millitus

Lainnya, Sebutkan :

Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keturunan : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

Riwayat penyakit menular : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

Riwayat alergi : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

<p>Keadaan Umum</p> <p>Kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/>Apatis <input type="checkbox"/>Somnolent <input type="checkbox"/>Sopor <input type="checkbox"/>Coma, GCS : E4V5M6</p> <p>Tanda Vital : S : 36°C N : 90 X/Menit RR : 20 X/Menit TD : 180/100 mmHg</p>

<p>Pemeliharaan Kesehatan</p> <p>Persepsi terhadap arti kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Penting <input type="checkbox"/> Tidak Penting</p> <p>Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik : <input checked="" type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/> Tidak Tahu</p> <p>Pengetahuan tentang praktek kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/> Tidak Tahu</p> <p>Kemampuan mengambil keputusan : <input type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak Mampu</p> <p>Kemampuan memilih fasilitas kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak Mampu</p> <p>Kebiasaan berobat <input type="checkbox"/> Dukun <input checked="" type="checkbox"/> Tenaga Kesehatan</p> <p>Lainnya.....</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapeutik yang efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Manajemen regimen terapeutik yang tidak efektif</p>
<p>Pola Nutrisi</p> <p>Pola makan : <input type="checkbox"/> 1 kali/hari <input type="checkbox"/> 2kali/hari <input checked="" type="checkbox"/> 3kali/hari</p> <p>Jenis makanan : <input type="checkbox"/> Cair/ASI/PASI <input checked="" type="checkbox"/> Lunak <input type="checkbox"/> Padat</p> <p>Rute makan : <input checked="" type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> NGT <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Puasa</p> <p>Porsi makan : 1 porsi</p> <p>Riwayat alergi makanan : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada</p> <p>Jenisnya.....</p> <p>Masalah dalam hal makan : <input type="checkbox"/> Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/> Mual Muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu makan <input type="checkbox"/> Sulit menelan <input type="checkbox"/> Lainnya Tidak ada <input type="checkbox"/></p> <p>BB sebelum sakit :kg, BB saat pengkajian :</p> <p>TB :LLA : cm, IMT :</p> <p>Pola minum</p> <p>Jumlah minum sehari : 4 gelas (800 cc/hari)</p> <p>Jenis minuman : <input checked="" type="checkbox"/> Air putih <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Karbonasi <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Teh</p> <p>Masalah dalam hal minum : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/> Mual <input type="checkbox"/> Muntah <input type="checkbox"/> Tidak ada nafsu minum,</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Pola makan bayi tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan menelan</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p>

<p>Tanda-tanda dehidrasi : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/>Mata cowong, <input type="checkbox"/>Mukosa bibir kering, <input type="checkbox"/>Ubun-ubun cekung, <input type="checkbox"/>Turgor kulit menurun, <input type="checkbox"/>Lemas</p>	<p><input type="checkbox"/>Risiko ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan <input type="checkbox"/>Kurang volume cairan <input type="checkbox"/>Risiko kekurangan volume cairan <input type="checkbox"/>Kelebihan volume cairan <input type="checkbox"/>Risiko ketidakseimbangan volume cairan</p>
<p>Pola Eliminasi BAB Eliminasi BAB : <input checked="" type="checkbox"/>1 kali/hari <input type="checkbox"/>2kali/hari <input type="checkbox"/>3kali/hari <input type="checkbox"/>Lebih dari 3kali/hari, Volume :cc Konsistensi : <input type="checkbox"/>Keras <input checked="" type="checkbox"/>Lembek <input type="checkbox"/>Encer <input type="checkbox"/>Cair Bau : <input checked="" type="checkbox"/>Khas Faeces <input type="checkbox"/>Amis <input type="checkbox"/>Busuk Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Hitam <input type="checkbox"/>Hijau <input type="checkbox"/>Putih <input type="checkbox"/>dempul Terdapat Darah : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Terdapat lender : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Frekuensi peristaltic usus : <input checked="" type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Meningkat, Frekuensi.....Kali/menit Nyeri tekan : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan dimana..... Pembesaran organ : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan nama organ..... Keluhan lain.....</p>	<p>Masalah Keperawatan <input type="checkbox"/>Diare <input type="checkbox"/>Konstipasi <input type="checkbox"/>Kurang volume cairan <input type="checkbox"/>Inkontinensia alvi <input type="checkbox"/>Kerusakan eliminasi urine <input type="checkbox"/>Retensi Urine <input type="checkbox"/>Inkontinensia urine <input type="checkbox"/>Nyeri akut <input type="checkbox"/>PK</p>

<p>Pola Eliminasi BAK</p> <p>Frekuensi BAK : 4 kali/hari, Volume : 1000 cc</p> <p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Jernih <input type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Warna teh <input type="checkbox"/>Bercampur darah/nanah</p> <p>Bau : <input checked="" type="checkbox"/>Khas urine <input type="checkbox"/>Amis <input type="checkbox"/>Busuk</p> <p>Keluhan.....</p>	
<p>Pola Aktivitas</p> <p>Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/>Eupneu <input type="checkbox"/>Apneu <input type="checkbox"/>Orthopnoe</p> <p><input type="checkbox"/>Bradipnea <input type="checkbox"/>Dispnea</p> <p>Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/>Kusmaul <input type="checkbox"/>Bio <input type="checkbox"/>Cheyne Stokes</p> <p>Suara Nafas : <input type="checkbox"/>Vesikuler <input type="checkbox"/>Bronkovesikuler <input type="checkbox"/>Bronchial</p> <p><input type="checkbox"/>Wheezing <input type="checkbox"/>Ronci</p> <p>Keluhan Batuk : <input type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/>Ada, <input type="checkbox"/>Kering <input type="checkbox"/>Berdahak</p> <p><input type="checkbox"/>Hemoptisis</p> <p>Sulit Sekret : <input type="checkbox"/>Kental <input type="checkbox"/>Lengket <input type="checkbox"/>Encer</p> <p>Suara jantung : S1 S2 : <input type="checkbox"/>Tunggal <input type="checkbox"/>Reguler <input type="checkbox"/>Irreguler <input type="checkbox"/></p> <p>Aritmia <input type="checkbox"/>Mur-mur</p> <p>Berdebar setelah beraktivitas : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>CRT berapa detik.....</p> <p>Keluhan lain : keadaan umum lemah</p> <p>Kekuatan Otot : $\begin{array}{r l} 111 & 555 \\ \hline 111 & 555 \end{array}$</p> <p>Tonus Otot : Refleks Patologis : Reflek Fisiologis :</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/>Keletihan</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>Kerusakan Mobilitas Fisik</p> <p><input type="checkbox"/>Intoleransi Aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/>Kurang perawatan diri</p> <p><input type="checkbox"/>Syndrome kurang percaya diri</p> <p><input type="checkbox"/>Bersihkan jalan nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/>Pola nafas tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/>Kerusakan pertukaran gas</p> <p><input type="checkbox"/>Perfusi Jaringan renal</p> <p><input type="checkbox"/>Perfusi Jaringan serebral</p>

Kriteria	Skoring				
	0	1	2	3	4
Kemampuan perawatan diri			√		
Kemampuan melakukan ROM			√		
Kemampuan mobilisasi di tempat tidur			√		
Kemampuan toileting			√		
Kemampuan mandi			√		
Kemampuan berpindah			√		
Kemampuan berpakaian			√		
Kemampuan makan/minum			√		

0 : Mandiri, 1 : dibantu dengan alat, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu alat dan orang lain,
4 : ketergantungan penuh

<p>Pola Tidur dan Istirahat</p> <p>Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur 06.00 Wita</p> <p>Kebiasaan tidur siang : <input type="checkbox"/>Ya <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Jumlah jam tidur sehari : <input type="checkbox"/> <6 jam <input type="checkbox"/> 6-8 jam <input type="checkbox"/> >8 jam</p> <p>Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Keluhan lemas : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur</p> <p><input type="checkbox"/> Devripasi tidur</p>
<p>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</p> <p>Kebutuhan edukasi : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Edukasi diberikan kepada : <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga <input type="checkbox"/> Lainnya.....</p> <p>Bicara : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Serangan awal gangguan bicara, Kapan.....</p> <p>Bahasa sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia (Aktif/Pasif)</p> <p><input type="checkbox"/> Daerah..... <input type="checkbox"/> Inggris (Aktif/Pasif)</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya.....</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensori (visual, auditori, kinestori, gustatory, taktil)</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko cedera</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan orientasi</p>

<p>Agama : <input checked="" type="checkbox"/>Hindu <input type="checkbox"/>Islam <input type="checkbox"/>Kristen <input type="checkbox"/>Katolik <input type="checkbox"/>Budha</p> <p>Perlu penterjemah : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya, Bahasa.....</p> <p>Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/>Ya</p> <p>Hambatan belajar : <input type="checkbox"/>Bahasa <input type="checkbox"/>Cemas <input type="checkbox"/>Pendengaran <input type="checkbox"/> Emosi <input type="checkbox"/>Kognitif</p> <p>Hilang memori : <input type="checkbox"/>Kesulitan bicara <input type="checkbox"/>Motivasi buruk <input type="checkbox"/>Masalah penglihatan <input type="checkbox"/>Secara fisiologis tidak mampu belajar <input type="checkbox"/>Tidak ditemukan hambatan belajar</p> <p>Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/>Menulis <input type="checkbox"/>Audio-visual/gambar <input type="checkbox"/>Diskusi</p>	<p><input type="checkbox"/>Kerusakan komunikasi verbal</p> <p><input type="checkbox"/>Hipertermi</p> <p><input type="checkbox"/>Hipotermi</p> <p><input type="checkbox"/>Sistem termoregulasi tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/>Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/>Nyeri kronik</p>
---	---

<p>Konsep Diri</p> <p>Adanya kecemasan <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Adanya ketakutan <input type="checkbox"/>Ada, terhadap apa <input type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada Ada, Jenisnya:</p> <p>*(Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)*</p> <p>Ekspresi wajah : <input checked="" type="checkbox"/>Rileks <input type="checkbox"/>Tegang <input type="checkbox"/>Gugup</p> <p>Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/>Anxietas</p> <p><input type="checkbox"/>Ketakutan</p> <p><input type="checkbox"/>Harga diri rendah kronik</p> <p><input type="checkbox"/>Harga diri rendah situasional</p> <p><input type="checkbox"/>Gangguan body images/citra tubuh</p> <p><input type="checkbox"/>Keputusasaan</p>
<p>Pola Peran dan Hubungan</p> <p>Peran klien : <input checked="" type="checkbox"/>KK <input checked="" type="checkbox"/>Ibu RT <input type="checkbox"/>Anak <input type="checkbox"/>Pekerja <input type="checkbox"/>Pelajar</p> <p>Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/>Puas <input type="checkbox"/>Tidak puas</p> <p>Hubungan klien terhadap dengan anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien : <input type="checkbox"/>Baik <input checked="" type="checkbox"/>cukup baik</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak</p> <p><input type="checkbox"/>Konflik peran orang tua</p>

<input type="checkbox"/> kurang baik	<input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial <input type="checkbox"/> Penampilan peran tidak efektif
<p>Seksual dan Reproduksi</p> <p>Riwayat pernikahan : Berapa kali.....</p> <p>Pemakaian alat kontrasepsi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jenisnya....</p> <p>Riwayat persalinan : Jumlah..... Jenisnya.....</p> <p>Jumlah anak.....orang</p> <p>Dampak sakit terhadap seksualitas : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis...</p> <p>Menarche : Umur.....tahun Riwayat haid :..... Siklus :.....</p> <p>Jumlah :..... Lama :..... Keluhan saat haid : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada,</p> <p>Sebutkan :..... Menopause : umur..... tahun</p> <p>Riwayat penyakit gyneologi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan</p> <p>Riwayat penyakit hubungan seksual/IMS: <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis penyakit.....</p> <p>Discharge : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan.....</p> <p>Pemeriksaan genetalia : <input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Ada kelainan, jenisnya.....</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Disfungsi seksual</p> <p><input type="checkbox"/> Pola seksual tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut/kronis</p> <p><input type="checkbox"/> PK.Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> PK.Perdarahan</p>
<p>Manajemen Koping Terhadap Stressor</p> <p>Kontak mata : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Efek penyakit terhadap tingkat stres : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Penggunaan obat untuk menangani stres : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada</p> <p>Mekanisme koping yang biasa digunakan : <input checked="" type="checkbox"/> Adaptif <input type="checkbox"/> Maladaptif</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Koping individu tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial</p> <p><input type="checkbox"/> Defisit koping</p>

Penerimaan keluarga terhadap status sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Menerima <input type="checkbox"/> Tidak menerima	<input type="checkbox"/> Koping keluarga melemah
Sistem Nilai dan Keyakinan Pola nilai, keyakinan termasuk spiritual: <input checked="" type="checkbox"/> Yakin <input type="checkbox"/> Tidak yakin Nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan..... Pantangan dalam agama selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan.....	Masalah Keperawatan <input type="checkbox"/> Konflik pengambilan keputusan <input type="checkbox"/> Distres spiritual <input type="checkbox"/> Potensial kesiapan dalam peningkatan perilaku agama

Identifikasi Risiko Pasien Jatuh

Parameter	Kriteria	Skor	Skoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	
	60-80 tahun	1	1
	>80 tahun	2	
Defisit Sensoris	Kaca mata bukan bifocal	0	
	Kacamata bifocal	1	
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/Glaukoma	2	
	Hampir tidak dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	1
	ADL dibantu penuh	2	
Riwayat Jatuh	Tidak pernah	0	
	Jatuh <1 tahun	1	
	Jatuh < 1 bulan	2	
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	

	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	
	Disorientasi	3	
Pengobatan	≥ 4 jenis obat	1	1
	Sedati/Psikotropika/Narkotika	2	
	Antidepresan/Antihipertensi/Hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	
	Dibantu sebagian	3	3
	Dibantu penuh	4	
Pola BAB/BAK	Teratur	0	0
	Inkontinensia feses/urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/Frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/Penyakit Jantung/Stroke/ISK/Gangguan saraf pusat/Parkinson	2	2
	Pasca bedah 0-24 jam	3	
Total			8

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor ≥ 14 : risiko tinggi untuk jatuh

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Pasien : - Dokter : -
Nama : Ny.AT Tanggal : 21 April 2019
J.Kelamin : Perempuan Jam : 08.45.54
Umur : 61 Tahun Unit : Sahadewa

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Chol. Total	254	< 200	Mg/dL		H
Trigliserida	65	< 200	Mg/dL		
Chol. HDL	72	< 40	Mg/dL		
Chol. LDL. Direk	158	< 150	Mg/dL		H
Asam Urat	3.3	2.6-8	Mg/dL		

PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny.AT
	Tgl Lahir : 26/8/1955
	No RM : 649453

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
21 April 2019 09.00 Wita	Kerusak mobilitas fisik b/d <input type="checkbox"/> Perubahan metabolisme tubuh <input type="checkbox"/> Penurunan kekuatan dan ketahanan <input type="checkbox"/> Pengobatan <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan neurologis	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien adekuat dengan kriteria hasil: <input checked="" type="checkbox"/> Pasien mandiri dalam mobilisasi <input checked="" type="checkbox"/> Mampu menggunakan alat bantu secara benar	Tindakan Mandiri : <input checked="" type="checkbox"/> Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan pasien menggunakan alat bantu mobilitas secara benar <input checked="" type="checkbox"/> Berikan penguatan positif selama beraktivitas <input checked="" type="checkbox"/> Awasi pasien selama beraktivitas dan berikan bantuan bila pasien membutuhkan <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan dan dukung pasien dalam melaksanakan rentang gerak (ROM) pasif maupun aktif <input checked="" type="checkbox"/> Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam Tindakan Delegasi/Kolaborasi <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan fisiotherapist dalam pengembangan perencanaan, mempertahankan atau meningkatkan mobilitas

	TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP RSUD SANJIWANI GIANYAR																		Nama : Ny.AT					
																			Tgl Lahir : 26/8/1955					
																		No RM : 649453						
Tindakan keperawatan	Tanggal 21 April 2019						Tanggal 22 April 2019						Tanggal 23 April 2019						Tanggal 24 April 2019					
	Pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	Mal am	par af	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf	pa gi	Par af	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf
Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik	08 00						08 00						08 00						08 00					
Membantu meningkatkan ROM pasif	08 00		14 00				10 00		14 00				08 00		14 00									
Membantu dalam melakukan ADL	10 00		15 00				10 00		15 00				10 00		17 00									
Merubah posisi pasien	08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00							
Menjaga keamanan pasien	08 00						08 00						08 00											
Mengajarkan keluarga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan	08 00						08 00						08 00						08 35					
Inj. Citicolin 2 x 250 mg	09 00				20 00		09 00				20 00		09 00				20 00		08 00					
Inj. Vitamin B1B6B12 1 x 1 amp	09 00						09 00						09 00						09 00					

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI	Nama : Ny.AT
	Tgl Lahir : 26/8/1955
	No RM : 649453

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda tangan
21/04/2019	09.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri O : KU lemah, kesadaran CM A : Kerusakan mobilitas fisik P : Bantu ADL px kolaborasi dalam pemberian obat	
		Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri O : KU lemah, kesadaran CM A : Kerusakan mobilitas fisik P : Bantu ADL px kolaborasi dalam pemberian therapy observasi TTV	
		Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri O : KU lemah, kesadaran CM A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
22/04/2019	08.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri O : KU lemah, Tekanan darah : 130/90 mmHg A : Kerusakan mobilitas fisik	

			<p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p> <p>Kolaborasi dengan dokter therapy</p>	
	19.00 wita	Perawat	<p>S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri</p> <p>O : KU lemah, Tekanan darah : 130/90 mmHg</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p> <p>Kolaborasi dengan dokter therapy</p>	
	22.00 wita	Perawat malam	<p>S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kiri</p> <p>O : KU lemah, ADL dibantu</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p>	
23/04/2019	08.00 wita	Perawat pag9	<p>S : Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri</p> <p>O : KU lemah, ADL dibantu</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p>	
	14.00 wita	Perawat sore	<p>S : Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri</p> <p>O : KU baik, ADL dibantu</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p>	

	20.00 wita	Perawat malam	<p>S : Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri</p> <p>O : KU baik, Tekanan darah : 130/90 mmHg</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p>	
24/04/2019	10.00 wita	Perawat pagi	<p>Pasien mengeluh lemas separuh tubuh kiri</p> <p>O : Kesadaran umum baik, ADL dibantu</p> <p>A: Kerusakan mobilitas fisik, Masalah teratasi</p> <p>P: - BPL</p> <p>- Edukasi mengenai ROM secara berkala</p>	

**FORMAT HASIL PENGUMPULAN DATA
DOKUMEN SUBYEK 2**

	PENGAJIAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny.KM
		Tgl Lahir : 31/12/1952
		No RM : 204865

Keluhan Utama : lemas separuh tubuh

Riwayat penyakit : Pasien mengeluh lemas separuh badan, sering terjatuh saat berjalan

Kekuatan otot	555	222	edema	-	-
	555	222		-	-

Riwayat Penyakit Sebelumnya

Riwayat hospitalisasi : Ada Tidak ada, Riwayat penyakit yang sama : Ada
Tidak ada

Riwayat penyakit yang pernah diderita : Asma Hipertensi Diabetes Millitus

Lainnya, Sebutkan :

Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat penyakit keturunan : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

Riwayat penyakit menular : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

Riwayat alergi : Tidak ada Ada,
sebutkan.....

Keadaan Umum			
Kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolent <input type="checkbox"/> Sopor <input type="checkbox"/> Coma, GCS : E4V5M6			
Tanda Vital : S : 36,6°C	N : 80 X/Menit	RR : 20 X/Menit	TD : 170/90 mmHg

<p>Pemeliharaan Kesehatan</p> <p>Persepsi terhadap arti kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Penting <input type="checkbox"/>Tidak Penting</p> <p>Pengetahuan tentang penatalaksanaan regimen terapeutik : <input checked="" type="checkbox"/> Tahu <input type="checkbox"/>Tidak Tahu</p> <p>Pengetahuan tentang praktek kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Tahu <input type="checkbox"/>Tidak Tahu</p> <p>Kemampuan mengambil keputusan :<input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu</p> <p>Kemampuan memilih fasilitas kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Mampu <input type="checkbox"/>Tidak Mampu</p> <p>Kebiasaan berobat <input type="checkbox"/>Dukun <input checked="" type="checkbox"/>Tenaga Kesehatan</p> <p>Lainnya.....</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/>Manajemen regimen terapeutik yang efektif</p> <p><input type="checkbox"/>Manajemen regimen terapeutik yang tidak efektif</p>
<p>Pola Nutrisi</p> <p>Pola makan : <input type="checkbox"/>1 kali/hari <input type="checkbox"/>2kali/hari <input checked="" type="checkbox"/>3kali/hari</p> <p>Jenis makanan : <input type="checkbox"/>Cair/ASI/PASI <input checked="" type="checkbox"/>Lunak <input type="checkbox"/>Padat</p> <p>Rute makan : <input checked="" type="checkbox"/>Oral <input type="checkbox"/>NGT <input type="checkbox"/>Parenteral <input type="checkbox"/>Puasa</p> <p>Porsi makan : 1 porsi</p> <p>Riwayat alergi makanan : <input type="checkbox"/>Ada <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada</p> <p>Jenisnya.....</p> <p>Masalah dalam hal makan : <input type="checkbox"/>Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/>Mual Muntah</p> <p><input type="checkbox"/>Tidak ada nafsu makan <input type="checkbox"/>Sulit menelan</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya..... <input type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>BB sebelum sakit :kg, BB saat pengkajian :</p> <p>TB :LLA : cm, IMT :</p> <p>Pola minum</p> <p>Jumlah minum sehari : 4 gelas (800 cc/hari)</p> <p>Jenis minuman : <input checked="" type="checkbox"/>Air putih <input type="checkbox"/>Alcohol <input type="checkbox"/>Karbonas</p> <p><input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/>Teh</p> <p>Masalah dalam hal minum : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak Ada <input type="checkbox"/>Ada, jenisnya :</p> <p><input type="checkbox"/>Mual <input type="checkbox"/>Muntah <input type="checkbox"/>Tidak ada nafsu minum,</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/>Pola makan bayi tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/>Kerusakan menelan</p> <p><input type="checkbox"/> ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/>Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/>Risiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan</p> <p><input type="checkbox"/>Risiko ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan</p>

<p>Tanda-tanda dehidrasi : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, jenisnya : <input type="checkbox"/></p> <p>Mata cowong, <input type="checkbox"/>Mukosa bibir kering, <input type="checkbox"/>Uzun-ubun cekung, <input type="checkbox"/>Turgor kulit menurun, <input type="checkbox"/>Lemas</p>	<p><input type="checkbox"/>Kurang volume cairan</p> <p><input type="checkbox"/>Risiko kekurangan volume cairan</p> <p><input type="checkbox"/>Kelebihan volume cairan</p> <p><input type="checkbox"/>Risiko ketidakseimbangan volume cairan</p>
<p>Pola Eliminasi BAB</p> <p>Eliminasi BAB : <input checked="" type="checkbox"/>1 kali/hari <input type="checkbox"/>2kali/hari <input type="checkbox"/>3kali/hari</p> <p><input type="checkbox"/>Lebih dari 3kali/hari, Volume :cc</p> <p>Konsistensi : <input type="checkbox"/>Keras <input checked="" type="checkbox"/>Lembek <input type="checkbox"/>Encer <input type="checkbox"/>Cair</p> <p>Bau : <input checked="" type="checkbox"/>Khas Faeces <input type="checkbox"/>Amis <input type="checkbox"/>Busuk</p> <p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Hitam <input type="checkbox"/>Hijau <input type="checkbox"/>Putih <input type="checkbox"/>dempul</p> <p>Terdapat Darah : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Terdapat lender : <input type="checkbox"/>Ya <input checked="" type="checkbox"/>Tidak</p> <p>Frekuensi peristaltic usus : <input checked="" type="checkbox"/>Normal <input type="checkbox"/>Meningkat, Frekuensi.....Kali/menit</p> <p>Nyeri tekan : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan dimana.....</p> <p>Pembesaran organ : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan nama organ.....</p> <p>Keluhan lain.....</p> <p>Pola Eliminasi BAK</p> <p>Frekuensi BAK : 4 kali/hari, Volume : 1000 cc</p> <p>Warna : <input checked="" type="checkbox"/>Jernih <input type="checkbox"/>Kuning <input type="checkbox"/>Warna teh <input type="checkbox"/>Bercampur darah/nanah</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/>Diare</p> <p><input type="checkbox"/>Konstipasi</p> <p><input type="checkbox"/>Kurang volume cairan</p> <p><input type="checkbox"/>Inkontinensia alvi</p> <p><input type="checkbox"/>Kerusakan eliminasi urine</p> <p><input type="checkbox"/>Retensi Urine</p> <p><input type="checkbox"/>Inkontinensia urine</p> <p><input type="checkbox"/>Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/>PK</p>

Bau : <input checked="" type="checkbox"/> Khas urine <input type="checkbox"/> Amis <input type="checkbox"/> Busuk Keluhan.....	
<p>Pola Aktivitas</p> Keluhan sesak nafas : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada Irama Pernafasan : <input type="checkbox"/> Eupneu <input type="checkbox"/> Apneu <input type="checkbox"/> Orthopnoe <input type="checkbox"/> Bradipnea <input type="checkbox"/> Dispnea Jenis pernafasan : <input type="checkbox"/> Kusmaul <input type="checkbox"/> Bio <input type="checkbox"/> Cheyne Stokes Suara Nafas : <input type="checkbox"/> Vesikuler <input type="checkbox"/> Bronkovesikuler <input type="checkbox"/> Bronchial <input type="checkbox"/> Wheezing <input type="checkbox"/> Ronci Keluhan Batuk : <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada, <input type="checkbox"/> Kering <input type="checkbox"/> Berdahak <input type="checkbox"/> Hernoptisis Sulit Sekret : <input type="checkbox"/> Kental <input type="checkbox"/> Lengket <input type="checkbox"/> Encer Suara jantung : S1 S2 : <input type="checkbox"/> Tunggal <input type="checkbox"/> Reguler <input type="checkbox"/> Irreguler <input type="checkbox"/> Aritmia <input type="checkbox"/> Mur-mur Berdebar setelah beraktivitas : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak Ada CRT berapa detik : < 2 detik Keluhan lain : Keadaan umum lemah Kekuatan Otot : $\begin{array}{r l} 555 & 222 \\ \hline 555 & 222 \end{array}$ Tonus Otot : Refleks Patologis : Reflek Fisiologis :	<p>Masalah Keperawatan</p> <input type="checkbox"/> Keletihan <input checked="" type="checkbox"/> Kerusakan Mobilitas Fisik <input type="checkbox"/> Intoleransi Aktivitas <input type="checkbox"/> Kurang perawatan diri <input type="checkbox"/> Syndrome kurang percaya diri <input type="checkbox"/> Bersihkan jalan nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Pola nafas tidak efektif <input type="checkbox"/> Kerusakan pertukaran gas <input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan renal <input type="checkbox"/> Perfusi Jaringan serebral

Kriteria	Skoring				
	0	1	2	3	4
Kemampuan perawatan diri			√		
Kemampuan melakukan ROM			√		
Kemampuan mobilisasi di tempat tidur			√		

Kemampuan toileting			√		
Kemampuan mandi			√		
Kemampuan berpindah			√		
Kemampuan berpakaian			√		
Kemampuan makan/minum			√		

0 : Mandiri, 1 : dibantu dengan alat, 2 : dibantu orang lain, 3 : dibantu alat dan orang lain,

4 : ketergantungan penuh

<p>Pola Tidur dan Istirahat</p> <p>Jam mulai tidur malam : 21.00 Wita, Jam bangun tidur 06.00 Wita</p> <p>Kebiasaan tidur siang : <input type="checkbox"/> Ya <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Jumlah jam tidur sehari : <input type="checkbox"/> <6 jam <input type="checkbox"/> 6-8 jam <input type="checkbox"/> >8 jam</p> <p>Keluhan saat tidur : <input type="checkbox"/> Ada, Sebutkan..... <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Keluhan lemas : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Kehitaman di sekitar kelopak mata : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan pola tidur</p> <p><input type="checkbox"/> Devripasi tidur</p>
<p>Kebutuhan Komunikasi/Pendidikan dan Pengajaran</p> <p>Kebutuhan edukasi : <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Edukasi diberikan kepada : <input type="checkbox"/> Pasien <input type="checkbox"/> Keluarga</p> <p><input type="checkbox"/> Lainnya.....</p> <p>Bicara : <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Serangan awal gangguan bicara, Kapan.....</p> <p>Bahasa sehari-hari : <input checked="" type="checkbox"/> Indonesia (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/></p> <p>Daerah..... <input type="checkbox"/> Inggris (Aktif/Pasif) <input type="checkbox"/></p> <p>Lainnya.....</p> <p>Agama : <input checked="" type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Kristen <input type="checkbox"/> Katolik <input type="checkbox"/> Budha</p> <p>Perlu penterjemah : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, Bahasa.....</p> <p>Bahasa isyarat : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p> <p>Hambatan belajar : <input type="checkbox"/> Bahasa <input type="checkbox"/> Cemas <input type="checkbox"/> Pendengaran <input type="checkbox"/></p> <p>Emosi <input type="checkbox"/> Kognitif</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan persepsi sensori (visual, auditori, kinestori, gustatory, taktil)</p> <p><input type="checkbox"/> Kurang pengetahuan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko cidera</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan orientasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan komunikasi verbal</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertermi</p> <p><input type="checkbox"/> Hipotermi</p> <p><input type="checkbox"/> Sistem termoregulasi tidak efektif</p>

<p>Hilang memori : <input type="checkbox"/> Kesulitan bicara <input type="checkbox"/> Motivasi buruk</p> <p><input type="checkbox"/> Masalah penglihatan <input type="checkbox"/> Secara fisiologis tidak mampu belajar <input type="checkbox"/> Tidak ditemukan hambatan belajar</p> <p>Cara belajar yang disukai : <input type="checkbox"/> Menulis <input type="checkbox"/> Audio-visual/gambar <input type="checkbox"/> Diskusi</p>	<p><input type="checkbox"/> Nyeri akut</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri kronik</p>
---	---

<p>Konsep Diri</p> <p>Adanya kecemasan <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Adanya ketakutan <input type="checkbox"/> Ada, terhadap apa <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Dampak sakit terhadap konsep diri : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jenisnya:</p> <p>*(Gangguan terhadap gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri)*</p> <p>Ekspresi wajah : <input checked="" type="checkbox"/> Rileks <input type="checkbox"/> Tegang <input type="checkbox"/> Gugup</p> <p>Perasaan tidak berdaya <input type="checkbox"/> Ada <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Ansietas</p> <p><input type="checkbox"/> Ketakutan</p> <p><input type="checkbox"/> Harga diri rendah kronik</p> <p><input type="checkbox"/> Harga diri rendah situasional</p> <p><input type="checkbox"/> Gangguan body images/citra tubuh</p> <p><input type="checkbox"/> Keputusan</p>
<p>Pola Peran dan Hubungan</p> <p>Peran klien : <input checked="" type="checkbox"/> KK <input checked="" type="checkbox"/> Ibu RT <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Pekerja <input type="checkbox"/> Pelajar</p> <p>Kemampuan klien menjalankan peran selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Mampu <input type="checkbox"/> Tidak</p> <p>Kepuasan klien terhadap peran : <input checked="" type="checkbox"/> Puas <input type="checkbox"/> Tidak puas</p> <p>Hubungan klien terhadap dengan anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal klien : <input type="checkbox"/> Baik <input checked="" type="checkbox"/> cukup baik</p> <p><input type="checkbox"/> kurang baik</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Risiko kerusakan kedekatan orang tua/bayi/anak</p> <p><input type="checkbox"/> Konflik peran orang tua</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi social</p> <p><input type="checkbox"/> Penampilan peran tidak efektif</p>
<p>Seksual dan Reproduksi</p>	<p>Masalah Keperawatan</p>

<p>Riwayat pernikahan : Berapa kali.....</p> <p>Pemakaian alat kontrasepsi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, Jenisnya....</p> <p>Riwayat persalinan : Jumlah..... Jenisnya.....</p> <p>Jumlah anak.....orang</p> <p>Dampak sakit terhadap seksualitas : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis...</p> <p>Menarche : Umur.....tahun Riwayat haid :..... Siklus :.....</p> <p>Jumlah :..... Lama :..... Keluhan saat haid : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada,</p> <p>Sebutkan :..... Menopause : umur..... tahun</p> <p>Riwayat penyakit gyneologi : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan</p> <p>Riwayat penyakit hubungan seksual/IMS: <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, jenis penyakit.....</p> <p>Discharge : <input type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, sebutkan.....</p> <p>Pemeriksaan genetalia : <input type="checkbox"/> Tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Ada kelainan, jenisnya.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Disfungsi seksual</p> <p><input type="checkbox"/> Pola seksual tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri akut/kronis</p> <p><input type="checkbox"/> PK.Anemia</p> <p><input type="checkbox"/> PK.Perdarahan</p>
<p>Manajemen Koping Terhadap Stressor</p> <p>Kontak mata : <input checked="" type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Efek penyakit terhadap tingkat stres : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Penggunaan obat untuk menangani stres : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada</p> <p>Mekanisme koping yang biasa digunakan : <input checked="" type="checkbox"/> Adaptif <input type="checkbox"/> Maladaptif</p> <p>Penerimaan keluarga terhadap status sakit : <input checked="" type="checkbox"/> Menerima <input type="checkbox"/> Tidak menerima</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Koping individu tidak efektif</p> <p><input type="checkbox"/> Kerusakan interaksi sosial</p> <p><input type="checkbox"/> Defisit koping</p> <p><input type="checkbox"/> Koping keluarga melemah</p>
<p>Sistem Nilai dan Keyakinan</p> <p>Pola nilai, keyakinan termasuk spiritual: <input checked="" type="checkbox"/> Yakin <input type="checkbox"/> Tidak yakin</p>	<p>Masalah Keperawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Konflik pengambilan keputusan</p> <p><input type="checkbox"/> Distres spiritual</p>

<p>Nilai agama yang bertentangan dengan kesehatan : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan.....</p> <p>Pantangan dalam agama selama sakit : <input checked="" type="checkbox"/>Tidak ada <input type="checkbox"/>Ada, sebutkan.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Potensial kesiapan dalam peningkatan perilaku agama</p>
---	---

Identifikasi Risiko Pasien Jatuh

Parameter	Kriteria	Skor	Skoring
Umur	Kurang dari 60 tahun	0	
	60-80 tahun	1	1
	>80 tahun	2	
Defisit Sensoris	Kaca mata bukan bifocal	0	0
	Kacamata bifocal	1	
	Gangguan pendengaran	1	
	Kacamata multifocal	2	
	Katarak/Glaukoma	2	
	Hampir tidak dapat melihat/buta	3	
Aktifitas	Mandiri	0	
	ADL dibantu sebagian	1	1
	ADL dibantu penuh	2	
Riwayat Jatuh	Tidak pernah	0	
	Jatuh <1 tahun	1	
	Jatuh < 1 bulan	2	2
	Jatuh pada saat dirawat sekarang	3	
Kognisi	Orientasi baik	0	0
	Kesulitan mengerti perintah	2	
	Gangguan memori	2	
	Kebingungan	3	
	Disorientasi	3	
Pengobatan	≥ 4 jenis obat	1	1
	Sedati/Psikotropika/Narkotika	2	
	Antidepresan/Antihipertensi/Hipoglikemia	2	
	Infus epidural/spinal	2	
Mobilitas	Mandiri	0	
	Menggunakan alat bantu	1	
	Koordinasi/keseimbangan buruk	2	

	Dibantu sebagian	3	3
	Dibantu penuh	4	
Pola BAB/BAK	Teratur	0	0
	Inkontinensia feses/urine	1	
	Nokturia	2	
	Urgensi/Frekuensi	3	
Komorbid	Diabetes/Penyakit Jantung/Stroke/ISK/Gangguan saraf pusat/Parkinson	2	2
	Pasca bedah 0-24 jam	3	
Total			10

Skor 0-7 : risiko rendah untuk jatuh

Skor 8-13 : risiko sedang untuk jatuh

Skor \geq 14 : risiko tinggi untuk jatuh

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

No. Pasien : - Dokter : -
Nama : Ny.KM Tanggal : 22 April 2019
J.Kelamin : Perempuan Jam : 10.20.18
Umur : 67 Tahun Unit : Sahadewa

Parameter	Hasil	Rujukan	Satuan	Specimen	Keterangan
Chol. Total	291	< 200	Mg/dL		H
Trigliserida	92	< 200	Mg/dL		
Chol. HDL	74	< 40	Mg/dL		
Chol. LDL. Direk	2.13	< 150	Mg/dL		H
Asam Urat	4.5	2.6-8	Mg/dL		

	PERENCANAAN KEPERAWATAN PASIEN RAWAT INAP	Nama : Ny.KM
		Tgl Lahir : 31/12/1952
		No RM : 204865

Hari/ Tanggal/ Jam	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan
21 April 2019 09.00 Wita	Kerusak mobilitas fisik b/d <input type="checkbox"/> Perubahan metabolisme tubuh <input type="checkbox"/> Penurunan kekuatan dan ketahanan <input type="checkbox"/> Pengobatan <input type="checkbox"/> Malnutrisi <input checked="" type="checkbox"/> Gangguan neurologis	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien adekuat dengan kriteria hasil: <input checked="" type="checkbox"/> Pasien mandiri dalam mobilisasi <input checked="" type="checkbox"/> Mampu menggunakan alat bantu secara benar	Tindakan Mandiri : <input checked="" type="checkbox"/> Kaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan pasien menggunakan alat bantu mobilitas secara benar <input checked="" type="checkbox"/> Berikan penguatan positif selama beraktivitas <input checked="" type="checkbox"/> Awasi pasien selama beraktivitas dan berikan bantuan bila pasien membutuhkan <input checked="" type="checkbox"/> Ajarkan dan dukung pasien dalam melaksanakan rentang gerak (ROM) pasif maupun aktif <input checked="" type="checkbox"/> Lakukan perubahan posisi setiap 2 jam Tindakan Delegasi/Kolaborasi <input type="checkbox"/> Kolaborasi dengan fisiotherapist dalam pengembangan perencanaan, mempertahankan atau meningkatkan mobilitas

		TINDAKAN KEPERAWATAN PASIEN																		Nama : Ny.KM				
		RAWAT INAP RSUD SANJIWANI GIANYAR																		Tgl Lahir : 31/12/1952				
																				No RM : 204865				
Tindakan keperawatan	Tanggal 21 April 2019						Tanggal 22 April 2019						Tanggal 23 April 2019						Tanggal 24 April 2019					
	Pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	Mal am	par af	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf	pa gi	Pa raf	sia ng	Pa raf	mal am	Pa raf	pa gi	Par af	sia ng	Pa raf	mal am	pa raf
Mengkaji kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas fisik	08 00						08 00						08 00						08 00					
Membantu meningkatkan ROM pasif	08 00		14 00				10 00		14 00				08 00		14 00				07 30					
Membantu dalam melakukan ADL	10 00		15 00				10 00		15 00				10 00		17 00									
Merubah posisi pasien	08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00		08 00		15 00		20 00	
Menjaga keamanan pasien	08 00						08 00						08 00											
Mengajarkan keluarga untuk meningkatkan kemampuan pasien dalam melakukan pergerakan	08 00						08 00						08 00						08 00					
Inj. Citicolin 2 x 250 mg	09 00				20 00		09 00				20 00		09 00				20 00		09 00					
Inj. Vitamin B1B6B12 1 x 1 amp	09 00						09 00						09 00						09 00					

	CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN RAWAT INAP TERINTEGRASI	Nama : Ny.KM
		Tgl Lahir : 31/12/1952
		No RM : 204865

Tanggal	Jam	Pukul	Catatan Perkembangan (SOAP)	Nama dan Tanda tangan
21/04/2019	09.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah A : Kerusakan mobilitas fisik P : Bantu ADL px kolaborasi dalam pemberian obat	
		Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, kesadaran CM A : Kerusakan mobilitas fisik P : Bantu ADL px kolaborasi dalam pemberian therapy observasi TTV	
		Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, kesadaran CM A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
22/04/2019	08.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, Tekanan darah : 160/90 mmHg A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	

			Kolaborasi dengan dokter therapy	
	19.00 wita	Perawat	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, Tekanan darah : 180/70 mmHg A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL Kolaborasi dengan dokter therapy	
	22.00 wita	Perawat malam	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, ADL dibantu, Tekanan darah : 170/100 mmHg A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
24/04/2019	14.00 wita	Perawat sore	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, ADL dibantu A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
	20.00 wita	Perawat malam	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan O : KU lemah, Tekanan darah : 180/90 mmHg A : Kerusakan mobilitas fisik P : Observasi TTV Bantu ADL	
24/04/2019	08.00 wita	Perawat pagi	S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan	

			<p>O : KU lemah, ADL dibantu</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV, bantu ADL</p>	
	14.00 wita	Perawat sore	<p>S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan</p> <p>O : KU lemah, ADL dibantu</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p>	
	20.00 wita	Perawat malam	<p>S : Pasien mengeluh lemas pada tubuh bagian sebelah kanan</p> <p>O : KU lemah, ADL dibantu</p> <p>A : Kerusakan mobilitas fisik</p> <p>P : Observasi TTV</p> <p>Bantu ADL</p>	