

**BAB 3**  
**TINJAUAN KASUS**

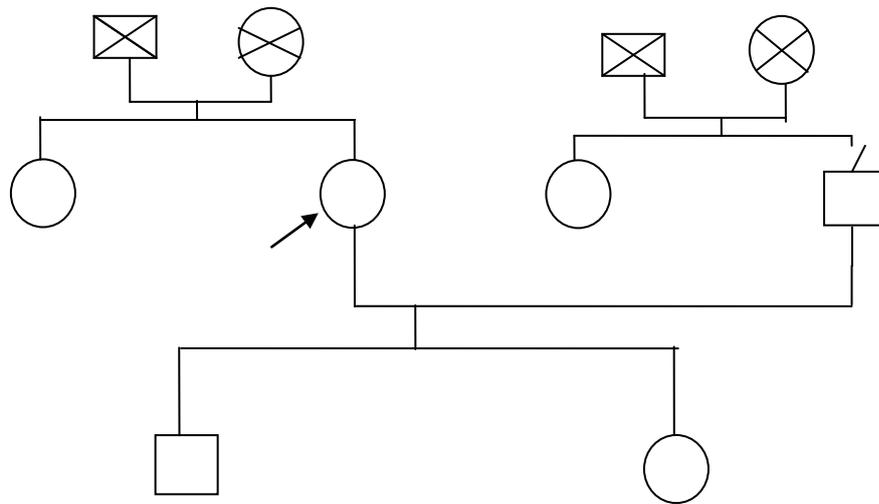
**3.1 Pengkajian**

Hari senin tanggal 02 Februari 2015 jam 09.00 WIB

**3.1.1 Identitas Pasien**

Nama klien Ny.T umur 75 tahun (Old), alamat Jl.Winong Gabus Kab.Pati .  
Klien janda, beragama islam, suku asli jawa, klien tidak tamat sekolah dasar, sudah lebih dari 3 tahun klien tinggal dipanti. Riwayat pekerjaannya adalah seorang ibu rumah tangga, dan pembantu rumah tangga.

**3.1.2 Genogram**



Keterangan :    ⊠ : Laki-laki meninggal    □ : Laki-laki hidup  
                         ⊗ : Perempuan meninggal    ○ : Perempuan hidup  
                         ↗ ○ : Klien

Gambar 3.1.2 Genogram

### **3.1.3 Riwayat Rekreasi**

Hobi : Klien hobi membaca buku doa-doa dan melakukan kegiatan keagamaan.

Liburan/Perjalanan : Klien mengatakan tidak pernah liburan hanya tidur saja di kamar.

### **3.1.4 Riwayat Kesehatan**

#### **1. Keluhan yang dirasakan saat ini**

Klien mengatakan penglihatan sedikit kabur, kepalanya pusing, badannya terasa capek dan kelelahan bila di buat jalan.

Klien mengatakan bagian tubuhnya yang patah kurang maksimal apabila di buat gerak dan aktivitas karena sudah jarang dilatih dan klien tidak mengerti bagaimana cara melatih anggota gerak tubuhnya

#### **2. Keluhan yang dirasakan dalam 3 bulan terakhir**

Klien mengatakan dalam 3 bulan terakhir yang dirasakan adalah nyeri sendi dan penglihatan kabur.

#### **3. Penyakit yang diderita dalam 3 tahun terakhir**

Klien mengatakan menderita nyeri sendi akibat dari tulangnya yang patah.

Tulang pinggulnya yang patah terjadi pada saat remaja ketika menjadi pembantu di Jakarta, dan pergeseran tulang lututnya di sebabkan akibat jatuh dari pohon pada saat kelas 2 SD.

### **3.1.5 Pemeriksaan Fisik**

#### **1. Tanda-tanda vital dan status gizi**

Tekanan darah : 150/80 mmHg

Suhu : 36°C

Nadi : 80x/menit

Respiratori : 22x/menit

Berat badan : 48Kg

Tinggi badan : 128cm

### **3.1.6 Pengkajian Head to Toe**

#### **1. Kepala**

Bentuk kepala simetris, kulit kepala bersih, tidak ada kerontokan rambut, rambut bersih, warna rambut putih, keluhan hanya pusing.

#### **2. Mata**

Bentuk mata simetris, konjungtiva berwarna merah muda, sklera berwarna putih, tidak strabismus, penglihatan kabur, klien tidak menggunakan kacamata.

#### **3. Hidung**

Bentuk hidung simetris, tidak ada peradangan, penciuman normal.

#### **4. Mulut dan Tenggorokan**

Bentuk mulut simetris, bersih, mukosa lembab, tidak ada stomatitis, gigi tidak lengkap (atas tinggal 8, bawah tinggal 5), tidak ada kesulitan mengunyah.

#### **5. Telinga**

Bersih, bentuk simetris, tidak ada peradangan, pendengaran terganggu, telinga sebelah kiri tidak dengar.

#### **6. Leher**

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

## 7. Dada

Bentuk dada normal, tidak ada benjolan/jejas, tidak ada suara napas tambahan.

## 8. Abdomen

Bentuk simetris, ada tulang yang patah di daerah pinggul, perut tidak kembung, tidak ada nyeri tekan, bising usus 18x/menit.

## 9. Genetalia

Klien rajin menjaga kebersihan daerah genetaliaanya.

## 10. Ekstremitas

Kekuatan otot skala 3 (gerakan yang normal melawan gravitasi), postur tubuh scoliosis (miring), ada keterbatasan rentang gerak pada kaki. Patah pada tulang panggul dan pergeseran tulang lutut.

Refleks	Kanan	Kiri
Biceps	+	+
Triceps	+	+
Knee	-	-
Achilles	-	-

Tabel 3.1 Refleks Ekstremitas

Keterangan :

Refleks (+) : normal

Refleks (-) : menurun/meningkat

## 11. Integumen

Kulit kering, pucat, turgor kulit menurun.

### **3.1.7 Pengkajian Psikososial**

1. Hubungan dengan orang lain dalam wisma

Klien mampu berinteraksi dan bekerjasama misalnya cerita-cerita dengan teman sekamarnya.

2. Hubungan dengan orang lain diluar wisma didalam panti

Klien mampu berinteraksi dengan orang lain diluar wisma. Tetapi klien jarang keluar kamar.

3. Kebiasaan lansia berinteraksi ke wisma didalam panti

Klien jarang berinteraksi ke wisma lain.

4. Stabilitas emosi

Emosi klien labil terkadang mudah marah apabila ada sesuatu hal yang tidak dia sukai di lakukan oleh orang lain.

5. Motivasi penghuni panti

Klien berada dipanti atas dasar keinginan Klien atau kemauan klien sendiri.

6. Frekuensi kunjungan keluarga

Klien tidak pernah dikunjungi oleh keluarga, karena memang tidak ada keluarga yang bisa di hubungi.

### **3.1.8 Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

1. Kebiasaan merokok

Klien tidak merokok.

2. Pola pemenuhan nutrisi

Nafsu makan Klien baik, Klien makan 3 kali sehari, makanan setengah porsi habis, dengan porsi nasi, ikan, tahu tempe, sayur.

3. Pola pemenuhan cairan

Klien minum air putih >3 gelas setiap hari, ditambah minuman seperti teh, susu, kacang hijau.

4. Pola kebiasaan tidur dan istirahat

Klien tidur 4-6 jam setiap hari, siang terkadang tidur terkadang juga tidak, malam tidur habis maghrib sampai jam 10 malam. Kemudian bangun untuk dzikir dan melakukan sholat malam, setelah selesai sholat shubuh klien tidur lagi.

5. Penggunaan waktu luang

Klien menggunakan waktu luangnya dengan melakukan kegiatan keagamaan seperti dzikir dan membaca buku doa-doa di dalam kamarnya.

6. Pola eliminasi BAB

Klien BAB 1 kali sehari, klien BAB di tempat tidur, di kamar dan terkadang di taruh di plastik. Apabila ingin ke kamar mandi klien membutuhkan alat bantu dan bantuan dari orang lain. Konsistensi lembek, tidak ada gangguan waktu BAB.

7. Pola eliminasi BAK

Klien BAK 1-3 kali sehari dengan bantuan apabila tidak ada yang membantu klien BAK di kamar dan ditempat tidurnya terkadang klien berusaha ke kamar mandi sendiri dengan menggunakan alat bantu, warna urin kuning jernih, tidak ada gangguan waktu BAK.

8. Pola aktivitas

Aktifitas klien dipanti yaitu hanya tiduran di kamar membaca buku doa-doa dan terkadang klien terlihat merapikan tempat tidur semampunya.

#### 9. Pola pemenuhan kebersihan diri

Klien mandi 1 kali sehari dengan bantuan apabila tidak ada yang membantu klien berusaha ke kamar mandi sendiri dengan menggunakan alat bantu dan apabila klien tidak mampu atau mengalami kelelahan klien tidak pergi ke kamar mandi dan tidak mandi, memakai sabun, jarang menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari.

#### 10. Pola sensori dan kognitif

Panca indera klien ada yang terganggu yaitu penglihatan klien yang kabur, Klien tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita, klien tidak tahu bagaimana penanganannya. Ketika ditanya tentang penyakitnya, cara penanganan dan makanan yang boleh dikonsumsi klien terlihat bingung dan tidak bisa menjawab.

### **3.1.9 Data Penunjang**

#### 1. Laboratorium

Tidak dilakukan pemeriksaan

#### 2. Obat-obatan yang dikonsumsi

Tanggal : 02 Februari 2015

Captopril, CTM, GG

### **3.1.10 Pengkajian INDEKS KATZ (Indeks Kemandirian Pada Aktivitas Kehidupan Sehari-hari)**

Dari hasil pengkajian INDEKS KATZ klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skor F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan.

### **3.1.10 Pengkajian Kemampuan Intelektual**

Menggunakan SPMSQ (Short Portable Mental Status Questioner) Setelah diajukan beberapa pertanyaan (10 pertanyaan) sesuai dengan format SPMSQ klien dapat menjawab semua pertanyaan dengan jumlah nilai jawaban yang benar 5 dan jawaban yang salah 5. Dapat diambil kesimpulan fungsi intelektual klien mengalami kerusakan ringan.

### **3.1.11 Pengkajian Kemampuan Aspek Kognitif**

Menggunakan MMSE (Mini Mental Status Exam)

Untuk aspek kognitif klien yang meliputi orientasi, registrasi, perhatian dan kalkulasi, mengingat dan bahasa klien ada gangguan kognitif sedang. klien tidak mampu menjawab semua pertanyaan, dengan skor akhir 23.

### **3.1.12 Pengkajian Inventaris Depresi Beck untuk mengetahui tingkat depresi lansia dari Beck & Deck (1972)**

Dari hasil pengkajian Inventaris Depresi Beck. Total penilaiannya klien dapat nilai 15 yaitu dalam batas depresi sedang (8-15).

### **3.1.13 Analisa Data**

Tanggal 02 Februari 2015

#### **1) Data Pertama**

Data Subjektif : Klien mengatakan bagian tubuhnya yang patah kurang maksimal apabila di buat gerak dan aktivitas karena sudah jarang dilatih dan klien tidak mengerti bagaimana cara melatih anggota gerak tubuhnya.

Klien mengatakan tulang pinggulnya yang patah terjadi pada saat remaja ketika menjadi pembantu di Jakarta, dan pergeseran tulang lututnya di sebabkan akibat jatuh dari pohon pada saat kelas 2 SD.

Data Objektif : Klien tampak tiduran saja dan terkadang duduk, melakukan gerak tubuh semampunya. Dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C

Masalah : Gangguan mobilitas fisik.

Kemungkinan penyebab : Fraktur pelvis dan dislokasi patela

Tanggal 02 Februari 2015

## **2) Data Kedua**

Data Subjektif : Klien mengatakan tidak mampu melakukan aktivitas mandiri hanya melakukan aktivitas semampunya.

Data Objektif : Klien hanya tiduran terkadang juga melakukan aktivitas semampunya seperti : dzikir, baca buku doa-doa, merapikan tempat tidur, melipat baju, makan dan minum, Dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Kekuatan otot skala 3 (gerakan yang normal melawan gravitasi). Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C.

Masalah : Intoleransi aktivitas

Kemungkinan penyebab : menurunnya tonus dan kekuatan otot.

Tanggal 02 Februari 2015

### 3) Data ketiga

Data Subjektif : Klien mengatakan, apabila ingin mandi, buang air kecil dan buang air besar masih membutuhkan bantuan orang lain untuk ke kamar mandi.

Data Objektif : Klien hanya mandi 1x, BAK 3x, BAB 1x, BAK dan BAB di kamar dan di tempat tidur, Dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Kulit kering, pucat, turgor kulit menurun. klien tidak pergi ke kamar mandi dan tidak mandi, tidak memakai sabun, jarang menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C.

Masalah : Defisit perawatan diri

Kemungkinan penyebab : imobilisasi

### 3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular
2. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan menurunnya tonus dan kekuatan otot.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan imobilisasi.

### Intervensi Keperawatan

#### Tanggal 02 Februari 2015

1. Diagnosa 1 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan neuromuskular, ditandai dengan klien tampak tiduran saja dan terkadang duduk, melakukan gerak tubuh semampunya. Dan dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore F

yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C

Tujuan perawatan : Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan latihan rentang gerak secara mandiri, dan klien dapat menunjukkan peningkatan rentang gerak dalam waktu 5x24 jam.

- Kriteria hasil :
1. Tidak terjadi kontraktur sendi
  2. Mampu melakukan ROM pasif dan aktif
  3. Bertambahnya kekuatan otot
  4. Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya antara perawat dan klien dengan komunikasi terapeutik.  
Rasional : Hubungan saling percaya mempermudah perawat untuk melakukan asuhan keperawatan.
2. Bantu dan ajari pasien untuk melakukan latihan rentang gerak/ROM pasif dan aktif.  
Rasional : Dapat meningkatkan kemampuan pasien untuk melakukan rentang gerak pasif dan aktif.
3. Ajarkan tehnik ambulasi atau perpindahan dengan menggunakan alat seperti kursi roda atau tongkat

Rasional : Penggunaan alat bantu akan lebih mempermudah klien untuk melakukan perpindahan.

4. Pantau nadi , frekuensi nafas, serta tekanan darah sebelum dan sesudah melakukan latihan rentang gerak dan aktivitas.

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan klien sebelum dan sesudah melakukan latihan rentang gerak

5. Observasi tanda dan gejala penurunan mobilitas sendi, dan kehilangan ketahanan

Rasional : Memberikan informasi sebagai dasar dan pengawasan keefektifan intervensi.

6. Observasi lingkungan terhadap bahaya-bahaya keamanan yang potensial.

Ubah lingkungan untuk menurunkan bahaya-bahaya keamanan.

Rasional : Mencegah resiko cedera pada lansia

7. Ajarkan tentang tujuan dan pentingnya latihan

Rasional : Meningkatkan harga diri, meningkatkan rasa kontrol dan kemandirian klien

8. Ajarkan penggunaan alat-alat bantu yang tepat

Rasional : Membantu perawatan diri dan kemandirian pasien

9. Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik klien

Rasional : Membantu mempermudah latihan fisik selanjutnya

2. Diagnosa 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan menurunnya tonus dan kekuatan otot, ditandai dengan klien hanya tiduran terkadang juga melakukan aktivitas semampunya seperti : dzikir, baca buku doa-doa, merapikan tempat tidur, melipat baju, makan dan minum. Dan dari hasil pengkajian indeks katz

klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skor F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Kekuatan otot skala 3 (gerakan yang normal melawan gravitasi). Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C.

Tujuan perawatan : Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan aktivitas mandiri dalam waktu 5x24 jam.

Kriteria hasil : 1. Mampu melakukan rentang gerak, ROM pasif maupun ROM aktif  
2. Bertambahnya kekuatan otot  
3. Terdapat peningkatan pada latihan tingkat aktifitas  
4. Peningkatan ADL mandiri

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan teknik komunikasi terapeutik  
Rasional : BHSP dapat mempermudah dalam melaksanakan tindakan keperawatan.
2. Ajari dan bantu pasien untuk melakukan latihan ROM pasif dan aktif dan aktif, demikian juga latihan isometrik  
Rasional : Dapat mempertahankan atau meningkatkan fungsi sendi, kekuatan otot dan stamina umum.
3. Observasi tanda-tanda vital

Rasional : Tanda-tanda vital adalah indikasi dari perkembangan pasien.

4. Batasi klien untuk tidak melakukan aktivitas yang terlalu berat

Rasional : Aktivitas yang terlalu berat akan memberikan kelelahan yang berlebih pada klien.

5. Ajari dan bantu klien untuk melakukan ADL mandiri seperti, mandi, hygiene mulut, kuku, penis/vulva, rambut, berpakaian, toileting, makan-minum, ambulasi

Rasional : Tingkat aktivitas dan ADL yang bertahap dapat melatih kekuatan otot dan memberikan rangsangan pada klien untuk melakukan aktivitas mandiri.

6. Pantau tingkat aktivitas dan ADL

Rasional : Tingkat aktivitas dan ADL adalah salah satu indikasi yang menunjukkan terjadinya peningkatan tonus otot dan kemampuan melakukan aktivitas mandiri.

7. Anjurkan klien istirahat bila terjadi kelelahan dan kelemahan

Rasional : Istirahat yang cukup dapat memperbaiki kelemahan tonus otot dan meningkatkan energi secara bertahap.

3. Diagnosa 3 : Defisit perawatan diri berhubungan dengan imobilisasi ditandai dengan klien hanya mandi 1x, BAK 3x, BAB 1x, BAK dan BAB di kamar dan di tempat tidur. Dan dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Kulit kering, pucat, turgor kulit menurun. klien tidak pergi ke kamar mandi dan tidak mandi, tidak memakai

sabun, jarang menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C.

Tujuan perawatan : Setelah diberikan asuhan keperawatan diharapkan klien mampu melakukan kebutuhan perawatan diri secara mandiri dalam waktu 5x24 jam.

Kriteria hasil : Klien dapat melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan kemampuan klien dan klien dapat mengidentifikasi sumber pribadi/komunitas untuk memberikan bantuan sesuai kebutuhan

Intervensi :

1. Bina hubungan saling percaya dengan klien menggunakan teknik komunikasi terapeutik  
Rasional : BHSP dapat mempermudah dalam melaksanakan tindakan keperawatan.
2. Monitor kemampuan dan tingkat kekurangan dalam melakukan perawatan diri  
Rasional : Membantu dalam mengantisipasi/merencanakan pemenuhan kebutuhan secara individual
3. Beri motivasi kepada klien untuk tetap melakukan perawatan diri dan beri bantuan dengan sungguh-sungguh  
Rasional : Meningkatkan harga diri dan semangat untuk berusaha terus-menerus.

4. Hindari melakukan sesuatu untuk klien yang dapat dilakukan klien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan.

Rasional : Klien mungkin menjadi sangat ketakutan dan sangat tergantung meskipun bantuan yang diberikan bermanfaat dalam mencegah frustrasi, adalah penting bagi klien untuk melakukan sebanyak mungkin untuk diri-sendiri untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan.

5. Observasi tanda-tanda vital

Rasional : Tanda vital adalah salah satu indikasi untuk mengetahui perkembangan klien

6. Berikan umpan balik yang positif untuk setiap usaha yang dilakukannya atau keberhasilannya

Rasional : Meningkatkan perasaan makna diri dan kemandirian serta mendorong klien untuk berusaha secara kontinyu

### **3.4 Pelaksanaan**

- 1) Diagnosa 1 : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan keterbatasan rentang gerak, ditandai dengan klien tampak tiduran saja dan terkadang duduk, melakukan gerak tubuh semampunya. Dan dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C

Pelaksanaan:

a. Tanggal 02 Februari 2015

1) Jam 10.45 : Membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien dengan menggunakan komunikasi terapeutik.

Respon : Klien tampak senang dan mampu mengutarakan keluhan yang dirasakan saat ini.

2) Jam 11.00 : Mengobservasi adanya keluhan pada klien.

Respon : Klien mengatakan semenjak anggota tubuhnya ada yang terganggu klien tidak dapat memfungsikan anggota tubuhnya secara maksimal.

3) Jam 11.15 : Mendiskusikan penyebab keterbatasan gerak

Respon : Klien mengatakan keterbatasan gerak anggota tubuhnya di karenakan jatuh pada waktu kecil dan semasa menjadi pembantu rumah tangga.

4) Jam 11.30 : Mendiskusikan kebutuhan rentang gerak klien

Respon : Klien mengatakan ingin melatih gerak anggota tubuhnya tetapi tidak tahu bagaimana cara melakukannya.

5) Jam 11.40 : Membantu dan mengajari bagaimana cara melatih rentang gerak/ atau ROM pasif dan aktif

Respon : Klien hanya bisa melakukan ROM pasif

6) Jam 12.00 : Menganjurkan klien untuk latihan berulang

Respon : Klien menaati anjuran perawat

7) Jam 12.30 : Meningkatkan kemauan klien untuk latihan ROM pada hari berikutnya.

Respon : Klien tampak bersemangat.

b. Tanggal 03 Februari 2015

1) Jam 11.00 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 140/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36°C

RR : 22x/menit

2) Jam 11.40 : Membantu dan mengajari bagaimana cara melatih rentang gerak atau ROM pasif dan aktif

Respon : Klien masih sama seperti kemarin hanya mampu melakukan ROM pasif.

3) Jam 12.30 : Meningkatkan kemauan klien untuk latihan ROM secara berulang.

Respon : Klien bersemangat untuk latihan.

4) Jam 13.00 : Menilai atau mengobservasi peningkatan latihan klien

c. Tanggal 04 Februari 2015

1) Jam 10.15 : Kontrak waktu untuk latihan rentang gerak atau ROM pasif, aktif dan latihan beban.

Respon : Klien setuju dengan kontrak waktu yang di ajukan perawat.

2) Jam 10.30 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 140/70 mmHg

Nadi : 82x/menit

Suhu : 36,2°C

RR : 20x/menit

3) Jam 11.40 : Membantu dan mengajari bagaimana cara melatih rentang gerak atau ROM pasif dan aktif

Respon : klien mampu melakukan ROM pasif dan aktif tetapi masih dengan sedikit bantuan.

4) Jam 12.30 : Meningkatkan kemauan klien untuk latihan ROM secara berulang dan mandiri.

Respon : Klien bersemangat untuk melakukan latihan berulang.

5) Jam 13.00 : Mengajari dan membantu bagaimana cara ambulasi atau berpindah, berdiri dan berjalan dengan menggunakan alat bantu

Respon : Klien mampu berpindah dan bergeser tetapi masih dengan bantuan.

6) Jam 13.15 : Menilai/ mengobservasi peningkatan latihan klien.

d. Tanggal 05 Februari 2015

1) Jam 09.00: Mengajak klien untuk melakukan latihan ROM, latihan latihan ambulasi/berpindah, berdiri dan berjalan dengan menggunakan alat bantu.

Respon : klien sudah mampu berdiri, berpindah tempat dengan menggunakan egrang/tongkat.

2) Jam 09.30 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,1°C

RR : 22x/menit

3) Jam 11.40 : Membantu dan mengajari bagaimana cara melatih rentang gerak atau ROM pasif dan aktif

Respon : Klien sudah mampu melakukan ROM aktif.

4) Jam 12.30 : Meningkatkan kemauan klien untuk latihan ROM secara berulang dan mandiri.

Respon : Klien tampak bersemangat dan mau melakukan latihan berulang.

5) Jam 13.15 : Meningkatkan kemauan klien untuk latihan ambulasi/berpindah, berdiri dan berjalan dengan menggunakan alat bantu.

Respon : Klien tampak berantusias untuk melakukan latihan berpindah dan berjalan.

6) Jam 13.20 : Menilai atau mengobservasi peningkatan latihan klien.

7) Jam 13.25 : memberikan pujian atau reward atas keberhasilan latihan yang dilakukan klien

e. Tanggal 06 Februari 2015

1) Jam 10.00 : Mengajak klien untuk melakukan latihan ROM, latihan ambulasi atau berpindah, berdiri dan berjalan dengan menggunakan alat bantu egrang atau tongkat.

Respon : Klien sudah bisa berpindah tempat dan berjalan menggunakan alat bantu tongkat atau egrang.

2) Jam 10.30 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 120/70 mmHg

Nadi : 84x/menit

Suhu : 36,5°C

RR : 22x/menit

3) Jam 11.40 : Membantu dan mengajari bagaimana cara melatih rentang gerak ROM pasif dan aktif

Respon : Klien mampu melakukan ROM aktif.

4) Jam 12.30 : Meningkatkan kemauan klien untuk latihan ROM secara berulang dan mandiri.

Respon : Klien tampak bersemangat dan mau melakukan latihan berulang.

5) Jam 13.15 : Meningkatkan kemauan klien untuk latihan ambulasi/berpindah, berdiri dan berjalan dengan menggunakan alat bantu.

Respon : Klien tampak berantusias untuk melakukan latihan berpindah dan berjalan.

6) Jam 13.20 : Menilai/ mengobservasi peningkatan latihan klien.

7) Jam 13.25 : Memberikan pujian/reward atas keberhasilan latihan yang dilakukan klien

2) Diagnosa 2 : Intoleransi aktivitas berhubungan dengan menurunnya tonus dan kekuatan otot, ditandai dengan klien hanya tiduran terkadang juga melakukan aktivitas semampunya seperti : dzikir, baca buku doa-doa, merapikan tempat tidur, melipat baju, makan dan minum. Dan dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil kesimpulan bahwa klien berada pada skore F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Kekuatan

otot skala 3 (gerakan yang normal melawan gravitasi). Tanda-tanda vital :  
Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit,  
Suhu : 36°C.

Pelaksanaan:

a. Tanggal 02 Februari 2015

1) Jam 10.45: Membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien dengan menggunakan komunikasi terapeutik.

Respon : Klien tampak senang dan mampu mengutarakan keluhan yang dirasakan saat ini.

2) Jam 11.00 : Pantau tanda-tanda vital.

Respon TD : 150/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36°C

RR : 22x/menit

3) Jam 11.10 : Mendiskusikan dengan klien penyebab apa yang mengganggu aktivitas klien, sehingga klien kurang maksimal dalam melakukan aktivitas.

Respon : Klien mengatakan bahwa yang mengganggu aktivitasnya adalah keterbatasan gerak tubuhnya dan kelemahan otot.

4) Jam 11.15 : Menjadwalkan klien untuk latihan rentang gerak/ROM dan latihan kemandirian dalam melakukan aktivitas (ADL) .

Respon : Klien setuju dengan penjadwalan latihan aktivitas mandiri.

5) Jam 11.20 : Menjadwalkan waktu istirahat klien untuk mengurangi kelelahan pada otot

Respon : Klien setuju dan mematuhi apa yang dijadwalkan oleh perawat.

- 6) Jam 11.25 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan .

Respon : Klien tampak senang dan merasa diperhatikan.

- 7) Jam 11.40 : Memberikan motivasi terhadap klien dalam meningkatkan kemauan untuk melatih melakukan aktivitas mandiri.

Respon: Klien mampu menerima motivasi yang diberikan perawat

- 8) Jam 12.00 : Menganjurkan klien untuk latihan isometrik

Respon : klien setuju dengan anjuran perawat

b. Tanggal 03 Februari 2015

- 1) Jam 11.15 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 140/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36°C

RR : 22x/menit

- 2) Jam 11.15 : Membantu dan mengajari klien untuk melakukan latihan gerak ROM.

Respon : Klien hanya bisa melakukan ROM pasif.

- 3) Jam 11.25 : Membantu dan mengajari klien untuk melakukan aktivitas mandiri (ADL) seperti, mandi, membersihkan mulut, membersihkan penis/vulva dan anus, membersihkan dan merapikan rambut, berpakaian, makan dan minum, toileting, ambulasi.

Respon : Klien belum bisa melakukan ADL sepenuhnya, hanya mampu merapikan tempat tidur, melipat baju, makan dan minum.

- 4) Jam 11.35 : Dampingi klien dalam melakukan aktivitas untuk mengurangi resiko cedera.

Respon : Klien sangat senang karena merasa diperhatikan.

- 5) Jam 11.40 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan .

Respon : Klien tampak senang dan merasa diperhatikan.

- 6) Jam 11.50 : Motivasi dan bantu klien untuk melakukan latihan isometrik

Respon : Klien mampu melakukan yang diajarkan perawat

- 7) Jam 12.00 : Beri waktu istirahat pada klien setelah melakukan latihan aktivitas, yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kelelahan pada otot.

c. Tanggal 04 Februari 2015

- 1) Jam 10.30 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 140/70 mmHg

Nadi : 82x/menit

Suhu : 36,2°C

RR : 20x/menit

- 2) Jam 11.15: Membantu dan mengajari klien untuk melakukan latihan gerak ROM.

Respon : Klien hanya bisa melakukan ROM pasif.

3) Jam 11.25 : Membantu dan mengajari klien untuk melakukan aktivitas mandiri (ADL) seperti, mandi, membersihkan mulut, membersihkan penis/vulva dan anus, membersihkan dan merapikan rambut, berpakaian, makan dan minum, toileting, ambulasi.

Respon: Klien mampu berpindah dengan menggunakan alat bantu tetapi masih memerlukan pengawasan dan bantuan. Aktivitasnya masih tetap seperti kemarin.

4) Jam 11.35 : Dampingi klien dalam melakukan aktivitas untuk mengurangi resiko cedera.

Respon : Klien sangat senang karena merasa diperhatikan.

5) Jam 11.40 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan .

Respon : Klien tampak senang dan merasa diperhatikan.

6) Jam 11.50 : Anjurkan klien untuk melakukan latihan isometrik berulang

Respon : Klien mau melakukan anjuran perawat.

7) Jam 12.00 : Beri waktu istirahat pada klien setelah melakukan latihan aktivitas, yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kelelahan pada otot.

8) Jam 13.00 : Observasi peningkatan latihan aktivitas dan ADL klien

9) Jam 13.15 : Berikan pujian/reward atas keberhasilan latihan aktivitas klien guna memberikan semangat pada latihan aktivitas selanjutnya

d. Tanggal 05 Februari 2015

1) Jam 09.30 : Mengobservasi TTV

Respon : TD : 120/80 mmHg

Nadi : 80x/menit

Suhu : 36,1°C

RR : 22x/menit

- 2) Jam 10.00 : Mengajak klien untuk melakukan latihan aktivitas kembali.

Respon : Klien bersemangat dan mau melakukan latihan aktivitas

- 3) Jam 11.15 : Mengajari klien untuk melakukan aktivitas mandiri (ADL) seperti, mandi, membersihkan mulut, membersihkan penis/vulva dan anus, membersihkan dan merapikan rambut, berpakaian, makan dan minum, toileting, ambulasi.

Respon : Klien mampu berlatih berjalan dan mampu melakukan aktivitas seperti menyapu kamar tetapi masih perlu pengawasan.

- 4) Jam 11.30 : Mengajari klien cara menggunakan alat bantu apabila kesusahan dalam melakukan aktivitas.

Respon : Klien sangat senang karena perawat telah mengajarkan bagaimana cara menggunakan alat bantu.

- 5) Jam 11.35 : Dampingi klien dalam melakukan aktivitas untuk mengurangi resiko cedera.

Respon : Klien sangat senang karena merasa diperhatikan.

- 6) Jam 11.40 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan.

Respon : Klien tampak senang dan merasa diperhatikan.

- 7) Jam 11.50 : Tetap menganjurkan klien untuk melakukan latihan isometrik berulang  
Respon : Klien bersedia dan bersemangat
- 8) Jam 12.00 : Beri waktu istirahat pada klien setelah melakukan latihan aktivitas, yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kelelahan pada otot.
- 9) Jam 13.00 : Observasi peningkatan latihan aktivitas dan ADL klien
- 10) Jam 13.15 : Berikan pujian/reward atas keberhasilan latihan aktivitas klien guna memberikan semangat pada latihan aktivitas selanjutnya

e. Tanggal 06 Februari 2015

- 1) Jam 10.10 : Mengobservasi TTV  
Respon : TD : 120/70 mmHg  
Nadi : 84x/menit  
Suhu : 36,5°C  
RR : 22x/menit
- 2) Jam 11.00 : Mengajak klien untuk melakukan latihan aktivitas kembali.
- 3) Respon : Klien bersemangat untuk melakukan latihan aktivitas kembali.
- 4) Jam 11.15 : Mengajari klien untuk melakukan aktivitas mandiri (ADL) seperti, mandi, membersihkan mulut, membersihkan penis/vulva dan anus, membersihkan dan merapikan rambut, berpakaian, makan dan minum, toileting, ambulasi.

Respon : Klien sudah bisa berjalan dengan menggunakan alat bantu dan mampu melakukan aktivitas seperti pergi ke mushola, ke kamar mandi, nyuci baju, dan menyapu kamar tanpa memerlukan bantuan.

- 5) Jam 11.30 : Mengajari klien cara menggunakan alat bantu apabila kesusahan dalam melakukan aktivitas.

Respon : Klien sangat senang karena perawat telah mengajarkan bagaimana cara menggunakan alat bantu.

- 6) Jam 11.35 : Dampingi klien dalam melakukan aktivitas untuk mengurangi resiko cedera.

Respon : Klien sangat senang karena merasa diperhatikan.

- 7) Jam 11.40 : Melindungi klien dari risiko cedera dengan cara mendekatkan barang yang di butuhkan .

Respon : Klien senang dan merasa diperhatikan.

- 8) Jam 11.50 : Perawat tetap menganjurkan untuk latihan isometrik

Respon : Klien tampak bersemangat untuk melakukannya.

- 9) Jam 12.00 : Beri waktu istirahat pada klien setelah melakukan latihan aktivitas, yang bertujuan untuk mencegah terjadinya kelelahan pada otot.

- 10) Jam 13.00 : Observasi peningkatan latihan aktivitas dan ADL klien

- 11) Jam 13.15 : Berikan pujian/reward atas keberhasilan latihan aktivitas klien guna memberikan semangat pada latihan aktivitas selanjutnya

- 3) Diagnosa 3 : Defisit perawatan diri berhubungan dengan imobilisasi ditandai dengan klien hanya mandi 1x, BAK 3x, BAB 1x, BAK dan BAB di kamar dan di tempat tidur. Dan dari hasil pengkajian indeks katz klien dapat diambil

kesimpulan bahwa klien berada pada skore F yaitu kemandirian dalam semua aktivitas hidup sehari-hari, kecuali mandi, berpakaian, ke kamar kecil, berpindah dan satu fungsi tambahan. Kulit kering, pucat, turgor kulit menurun. klien tidak pergi ke kamar mandi dan tidak mandi, tidak memakai sabun, jarang menggosok gigi, berganti pakaian 1 kali sehari. Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 150/80mmHg, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, Suhu : 36°C

Pelaksanaan:

a. Tanggal 02 Februari 2015

1) Jam 09.10 : Membina hubungan saling percaya antara perawat dan klien dengan menggunakan komunikasi terapeutik.

Respon : Klien tampak senang dan mampu mengutarakan keluhan yang dirasakan saat ini.

2) Jam 09.15 : Melakukan kontrak waktu dengan klien dalam melakukan latihan perawatan diri.

Respon : Klien setuju dengan kontrak waktu yang diajukan perawat.

3) Jam 09.30 : Mendiskusikan tentang kemampuan klien dalam melakukan perawatan mandiri.

Respon : Klien mengatakan mampu memakai baju dan memotong kuku.

4) Jam 10.00 : Dampingi klien dalam latihan perawatan diri bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri.

Respon : Klien senang dan merasa diperhatikan.

5) Jam 10.20 : Beri motivasi pada klien untuk setiap latihannya. Agar klien tetap bersemangat dalam melakukan latihan perawatan mandiri.

Respon : Klien antusias mendengarkan dan tampak senang ketika diberi motivasi

6) Jam 11.00 : Berikan reward atau pujian untuk setiap keberhasilan yang dilakukannya.

b. Tanggal 03 Februari 2015

1) Jam 09.20 : Melakukan kontrak waktu dengan klien dalam melakukan latihan perawatan diri.

Respon : Klien setuju dengan kontrak waktu yang diajukan oleh perawat.

2) Jam 09.30 : Mendiskusikan tentang kemampuan klien dalam melakukan perawatan mandiri.

Respon : Klien mengatakan mampu memakai baju, memotong kuku, merapikan rambut.

3) Jam 10.00 : Dampingi klien dalam latihan perawatan diri bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri.

Respon : Klien senang dan merasa diperhatikan.

4) Jam 10.15 : Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan klien untuk mengurangi resiko cedera dan memudahkan klien dalam perawatan diri.

Respon : Klien senang karena sudah dibantu dan klien sangat merasa diperhatikan.

5) Jam 10.20 : Beri motivasi pada klien untuk setiap latihannya. Agar klien tetap bersemangat dalam melakukan latihan perawatan mandiri.

Respon : Klien antusias mendengarkan dan tampak senang ketika diberi motivasi

6) Jam 11.00 : Berikan reward atau pujian untuk setiap keberhasilan yang dilakukannya.

7) Jam 11.15 : Pantau peningkatan perawatan diri klien.

c. Tanggal 04 Februari 2015

1) Jam 09.25 : Melakukan kontrak waktu dengan klien dalam melakukan latihan perawatan diri.

Respon : Klien setuju dengan kontrak waktu yang diajukan oleh perawat.

2) Jam 09.30 : Mendiskusikan tentang kemampuan klien dalam melakukan perawatan mandiri.

Respon : Klien mengatakan masih mampu memakai baju, memotong kuku dan merapikan rambut. Tetapi klien sudah berusaha untuk toileting ke kamar mandi.

3) Jam 10.00 : Dampingi klien dalam latihan perawatan diri bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri.

Respon : Klien senang dan merasa diperhatikan.

4) Jam 10.15 : Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan klien untuk mengurangi resiko cedera dan memudahkan klien dalam perawatan diri.

Respon : Klien senang karena sudah dibantu dan klien merasa sangat diperhatikan.

- 5) Jam 10.20 : Beri motivasi pada klien untuk setiap latihannya. Agar klien tetap bersemangat dalam melakukan latihan perawatan mandiri.

Respon : Klien tampak antusias mendengarkan dan senang ketika diberi motivasi

- 6) Jam 11.00 : Berikan reward atau pujian untuk setiap keberhasilan yang dilakukannya.

- 7) Jam 11.15 : Pantau peningkatan perawatan diri klien.

d. Tanggal 05 Februari 2015

- 1) Jam 09.10 : mendiskusikan tentang kemampuan klien dalam melakukan perawatan mandiri

Respon : Klien mengatakan mampu memakai baju, memotong kuku, merapikan rambut, mandi, gosok gigi, BAB dan BAK (toileting) ke kamar mandi.

- 2) Jam 09.45 : Dampingi klien dalam latihan perawatan diri bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri

- 3) Jam 10.15 : Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan klien untuk mengurangi resiko cedera dan memudahkan klien dalam perawatan diri.

Respon : Klien senang karena sudah dibantu dan klien merasa sangat diperhatikan.

- 4) Jam 10.20 : Beri motivasi pada klien untuk setiap latihannya. Agar klien tetap bersemangat dalam melakukan latihan perawatan mandiri.

Respon : Klien tampak antusias mendengarkan dan senang ketika diberi motivasi

5) Jam 11.00 : Berikan reward atau pujian untuk setiap keberhasilan yang dilakukannya.

6) Jam 11.15 : Pantau peningkatan perawatan diri klien.

e. Tanggal 06 Februari 2015

1) Jam 09.25 : mendiskusikan tentang kemampuan klien dalam melakukan perawatan mandiri

Respon : Klien mengatakan mampu memakai baju, memotong kuku, merapikan rambut, mandi, gosok gigi, BAB dan BAK (toileting) ke kamar mandi.

2) Jam 09.45 : Dampingi klien dalam latihan perawatan diri bertujuan untuk mengetahui sejauh mana kemampuan klien dalam melakukan perawatan diri

3) Jam 10.15 : Dekatkan barang-barang yang dibutuhkan klien untuk mengurangi resiko cedera dan memudahkan klien dalam perawatan diri.

Respon : Klien senang karena sudah dibantu dan klien merasa sangat diperhatikan.

4) Jam 10.20 : Beri motivasi pada klien untuk setiap latihannya. Agar klien tetap bersemangat dalam melakukan latihan perawatan mandiri.

Respon : Klien tampak antusias mendengarkan dan senang ketika diberi motivasi

5) Jam 11.00 : Berikan reward atau pujian untuk setiap keberhasilan yang dilakukannya.

6) Jam 11.15 : Pantau peningkatan perawatan diri klien.

### 3.5 Evaluasi

#### 1) Diagnosa 1

##### a. Tanggal 02 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan hanya melakukan gerak tubuh semampunya, klien ingin melakukan latihan tetapi tidak mengerti bagaimana cara melatih anggota tubuhnya.

Objektif : Klien tampak tiduran, miring kanan, miring kiri terkadang juga duduk Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 150/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit. k/u lemah, ROM pasif (fleksi ekstensi lutut, rotasi pangkal paha, abduksi dan adduksi pangkal paha). ROM aktif (fleksi ekstensi pergelangan tangan dan siku)

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi nomer 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan.

##### b. Tanggal 03 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan gerak tubuhnya masih sama seperti yang kemarin.

Objektif : Klien terlihat lemas, tampak tiduran, miring kanan, miring kiri terkadang juga duduk, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit, k/u lemah, ROM pasif (fleksi ekstensi lutut, rotasi pangkal paha, abduksi dan adduksi pangkal paha). ROM aktif (fleksi ekstensi pergelangan tangan dan siku).

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8dilanjutkan

c. Tanggal 04 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah ada peningkatan gerak tubuhnya.

Objektif : Klien mampu bergeser atau berpindah tempat tetapi masih dengan bantuan, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/70 mmHg, Suhu: 36,2°C, Nadi : 82x/menit, Respiratori : 20x/menit,k/u cukup, ROM pasif (fleksi ekstensi lutut, rotasi pangkal paha, abduksi dan adduksi pangkal paha). ROM aktif (fleksi ekstensi pergelangan tangan dan siku).

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan

d. Tanggal 05 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah bisa berpindah tempat, berdiri dan berlatih berjalan menggunakan alat bantu.

Objektif : Klien berdiri dengan menggunakan tongkat atau egrang, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 36,1°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit,k/u cukup, ROM aktif (fleksi ekstensi lutut, rotasi pangkal paha, abduksi dan adduksi pangkal paha, fleksi ekstensi pergelangan tangan dan siku).

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : Intervensi 1,4,5,6, dilanjutkan

e. Tanggal 06 Februari 2015

Subjektif : Klien sudah bisa berpindah tempat, berdiri, dan berjalan menggunakan alat bantu.

Objektif : Klien terlihat berjalan keluar kamar menggunakan tongkat atau egrang, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi : 84x/menit, Respiratori : 22x/menit, k/u cukup, ROM aktif (fleksi ekstensi lutut, rotasi pangkal paha, abduksi dan adduksi pangkal paha, fleksi ekstensi pergelangan tangan dan siku).

Asesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 4,5,6 dilanjutkan di panti.

## 2) Diagnosa 2

### a. Tanggal 02 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan aktivitasnya hanya dikamar saja.

Objektif : Klien tampak berdzikir, baca buku doa-doa, merapikan tempat tidur, melipat baju, makan dan minum. Tingkat aktivitas klien di tingkat 3 yaitu, masih memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan. Belum mampu berpindah atau ambulasi. k/u lemah Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 150/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi nomer 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan.

### b. Tanggal 03 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan mengatakan aktivitasnya masih sama seperti kemarin.

Objektif : Klien tampak berdzikir, baca buku doa-doa, merapikan tempat tidur, melipat baju, makan dan minum. Tingkat aktivitas klien di tingkat 3 yaitu, masih memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan. Derajat kekuatan otot berada di skala 2 gerakan otot penuh melawan gravitasi dengan topangan. Belum mampu berpindah atau ambulasi. k/u lemah, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah : 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan

c. Tanggal 04 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah bisa berpindah dari tempat tidur ke kursi tetapi masih dengan bantuan.

Objektif : Klien berpindah dengan menggunakan alat bantu egrang atau tongkat, tingkat aktivitas ada di tingkat 2 yaitu memerlukan bantuan dan pengawasan orang lain, derajat kekuatan otot berada di skala 3 gerakan yang normal melawan gravitasi. k/u cukup Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/70 mmHg, Suhu: 36,2°C, Nadi : 82x/menit, Respiratori : 20x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan

d. Tanggal 05 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah bisa berdiri dan berlatih berjalan.

Objektif : Klien mampu melakukan aktivitas seperti menyapu kamar tetapi masih perlu sedikit pengawasan dan bantuan, tingkat aktivitas klien berada di tingkat 2, derajat kekuatan otot berada di skala 4 gerakan penuh yang normal melawan gravitasi dan melawan tahanan minimal. k/u cukup, Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 120/80 mmHg, Suhu: 36,1°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 1,3,4,5,6,7 dilanjutkan.

e. Tanggal 06 Februari 2015

Subjektif : klien mengatakan sudah bisa berjalan dengan menggunakan alat bantu.

Objektif : Klien tampak berjalan keluar kamar dan melakukan aktivitas seperti, pergi ke mushola, ke kamar mandi, nyuci baju, menyapu kamar, semua dilakukan tanpa memerlukan bantuan orang lain tetapi masih memerlukan alat bantu untuk melakukan aktivitas.

Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 120/70 mmHg, Suhu: 36,5°C, Nadi : 84x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : Intervensi 3,4,6,7dijalankan di panti.

3) Diagnosa 3

a. Tanggal 02 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan mandiri.

Objektif : Klien tampak tiduran dikamar, dan hanya mampu memakai baju dan memotong kuku, belum bisa melakukan perawatan diri seperti pergi ke kamar mandi, BAK dan BAB masih di kamar. Perawatan dirinya masih butuh bantuan orang lain. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 150/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan belum teratasi

Planning : Intervensi nomor 1,2,3,4,5,6.

b. Tanggal 03 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah mampu melakukan perawatan mandiri tetapi masih membutuhkan sedikit bantuan orang lain

Objektif : Klien tampak tiduran dikamar, terkadang bangun dan belajar berjalan ke kamar mandi. mampu memakai baju, memotong kuku, dan merapikan rambut. bisa melakukan perawatan diri seperti pergi ke kamar mandi tetapi masih sedikit membutuhkan bantuan dari orang lain, BAK dan BAB terkadang masih di kamar tetapi sudah tidak sering. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/80 mmHg, Suhu: 36°C, Nadi : 80x/menit, Respiratori : 22x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : intervensi nomor 1,2,3,4,5,6.

c. Tanggal 04 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan masih membutuhkan bantuan orang lain.

Objektif : Klien tampak mencoba berusaha berjalan ke kamar mandi dengan menggunakan alat bantu. mampu memakai baju, memotong kuku, merapikan rambut. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/70 mmHg, Suhu: 36,2°C, Nadi : 82x/menit, Respiratori : 20x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : intervensi nomor 1,2,3,4,5,6.

d. Tanggal 05 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan sudah mampu melakukan perawatan mandiri tetapi masih perlu bantuan dan pengawasan.

Objektif : Klien berjalan ke kamar mandi dengan menggunakan alat bantu. mampu memakai baju, memotong kuku, merapikan rambut, mandi, gosok gigi, BAB dan BAK (toileting) ke kamar mandi. Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/70 mmHg, Suhu: 36,2°C, Nadi : 82x/menit, Respiratori : 20x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian

Planning : intervensi nomor 1,2,3,4,5,6

e. Tanggal 06 Februari 2015

Subjektif : Klien mengatakan mampu melakukan perawatan mandiri, sedikit bantuan orang lain dan masih butuh pengawasan dari pihak panti.

Objektif : Klien berjalan ke kamar mandi dengan menggunakan alat bantu. mampu memakai baju, memotong kuku, merapikan rambut, mandi, gosok gigi, BAB dan BAK (toileting) ke kamar mandi.

Tanda-Tanda Vital, Tekanan darah: 140/70 mmHg, Suhu: 36,2°C,

Nadi : 82x/menit, Respiratori : 20x/menit.

Assesment : Masalah keperawatan teratasi sebagian.

Planning : intervensi nomor 2,3,4,6, dilanjutkan di panti.