

## BAB 5

### PEMBAHASAN

Pada bab ini akan dibahas kesenjangan antara tinjauan teori dengan tinjauan kasus yang telah dilakukan di wilayah kerja RSUD dr. Hardjono Ponorogo pada tanggal 01-03 Juni 2019. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny. W dengan masalah Asma selama 3 hari maka penulis dapat menganalisis beberapa kesenjangan antara teori dan kasus yang akan dibahas dengan sistematika lima proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### 5.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan bersinambungan. Sebenarnya, pengkajian adalah proses bersinambungan yang dilakukan pada semua fase proses keperawatan. Misalnya pada fase evaluasi, pengkajian dilakukan untuk melakukan hasil strategi keperawatan dan mengevaluasi hasil pencapaian tujuan. Semua fase proses keperawatan bergantung pada pengumpulan data yang akurat dan lengkap (Kozier, 2011).

##### 1. Identitas Klien

Dalam pengkajian data penulis menggunakan metode wawancara dan observasi. Pasien bernama Ny. W berusia 31 tahun berjenis kelamin perempuan, di dalam teori dikatakan bahwa jumlah penderita asma pada wanita lebih banyak dari pada pria, prevalensi asma di Indonesia sebesar 4,5% dan prevalensi terbesar pada jenis kelamin perempuan. Jumlah orang dengan penyakit asma menurut

kelompok umur paling banyak pada umur 35-39 tahun sebesar 7.694 (KEMENKES RI, 2017). Dari hasil pengkajian dan tinjauan teori terdapat kesenjangan pada umur, di dalam tinjauan teori dikatakan bahwa asma paling banyak terdapat pada umur sekitar 35-39 tahun tetapi dari hasil pengkajian tersebut klien berumur 31 tahun, hal ini membuktikan ada kesenjangan antara hasil pengkajian dan tinjauan teori. Menurut peneliti klien memiliki penyakit asma bukan karena adanya faktor umur dan jenis kelamin, tetapi dikarenakan klien memiliki penyakit asma sejak kecil dan kambuh ketika klien merasa kelelahan, beraktivitas berat dan alergi terhadap debu, serbuk, dan lainya.

## 2. Keluhan Utama

Pada saat pengkajian keluhan utama yang dirasakan oleh Ny. W yaitu sesak nafas. Hal ini sesuai dengan teori (Somantri, 2009) bahwa keluhan utama yang biasanya dialami oleh penderita asma yaitu batuk, peningkatan sputum, dispnea (bisa sehari-hari atau berbulan-bulan, wheezing, dan nyeri dada. Berdasarkan dari hasil pengkajian dan tinjauan teori tidak terdapat kesenjangan. Menurut penyusun klien mengeluh sesak dan adanya suara tambahan wheezing dikarenakan adanya penumpukan sputum yang susah di keluarkann di dalam saluran nafas klien, hal ini tentunya menimbulkan ketidaknyamanan dalam bernafas klien. Apabila terjadi hal seperti ini biasanya pihak rumah sakit atau tenaga medis melakukan tindakan ke klien dengan cara penguapan atau yang disebut nebulizer guna untuk membantu keluarnya sputum.

### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada riwayat penyakit sekarang di dapatkan dari hasil pengkajian klien mengatakan sesak nafas karena aktivitas yang berlebih disertai dengan batuk berdahak. Kemudian karena sesak nafas semakin berat dan batuk tidak segera sembuh disertai dahak yang susah keluar akhirnya klien di bawa ke IGD RSUD dr. Hardjono Ponorogo oleh suaminya langsung ditangani oleh dokter dan perawat IGD dan diberikan O<sub>2</sub> nassal 3 lpm dengan TTV TD : 130/70 mmHg RR : 30x/menit Nadi : 129x/menit Suhu : 36.0<sup>o</sup>c oleh dokter klien di diagnosa asma. Pada saat pengkajian klien masih mengeluh sesak nafas, batuk disertai dahak yang susah keluar, sesak dan kelelahan setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi. TTV saat pengkajian yaitu TD : 120/70 mmHg RR : 22x/menit Nadi : 110x/menit Suhu : 35.9<sup>o</sup>c, SpO<sub>2</sub> : 92%, terpasang O<sub>2</sub> nassal 3 lpm. Hal ini sesuai dengan teori (Ghofur A, 2008) bahwa pada riwayat penyakit sekarang yang biasa timbul pada pasien asma yaitu pasien mengalami sesak nafas, batuk berdahak. Berdasarkan dari hasil tersebut antara hasil pengkajian dan tinjauan teori tidak ada kesenjangan diantaranya yaitu dari pasien yang dikeluhkan adalah sesak nafas dan batuk berdahak.

Menurut penyusun seharusnya klien mampu mengontrol kegiatan atau aktivitasnya, karena apabila klien tidak dapat mengontrol aktivitas hingga klien merasa kelelahan maka akan menimbulkan asma kambuh kembali. Klien juga harus menghindari faktor-faktor yang menyebabkan kambuhnya asma seperti debu, serbuk, asap rokok dengan cara menggunakan masker.

#### 4. Riwayat Kesehatan Dahulu

Di dalam pengkajian riwayat kesehatan dahulu terdapat hasil yaitu bahwa pasien memiliki riwayat asma sejak kecil, pasien juga sering mengeluh sesak ketika pasien merasa kelelahan dan alergi terhadap debu, serbuk dsb. Pasien juga sering sekali rawat inap di RSUD dr. Hardjono Ponorogo dengan keluhan sesak nafas. Hal ini sesuai dengan teori (Somantri, 2009) bahwa di dalam riwayat penyakit dahulu terdapat data yang menyertakan adanya faktor predisposisi penyakit ini, diantaranya yaitu riwayat alergi dan penyakit saluran napas bawah. Berdasarkan hasil pengkajian dari Ny. W dan tinjauan teori tidak terdapat kesenjangan diantaranya yaitu seperti yang di jelaskan bahwa pasien alergi terhadap debu, serbuk dsb.

Menurut penyusun apabila dilihat dari riwayat kesehatan dahulu seharusnya klien lebih menjaga diri lagi dari faktor-faktor yang menimbulkan asma kambuh sehingga klien tidak sampai harus kembali masuk ke rumah sakit untuk dilakukan perawatan dirumah sakit.

#### 5. Riwayat Penyakit Keluarga

Dari hasil pengkajian pasien mengatakan dari anggota keluarga klien tidak ada yang menderita asma seperti pasien. Pada teori (Somantri, 2009) klien dengan asma sering kali ditemukan didapatkan adanya riwayat penyakit genetik atau keturunan, tetapi pada beberapa klien lainnya tidak ditemukan adanya penyakit yang sama dengan anggota keluarganya. Berdasarkan dari hasil pengkajian dan tinjauan teori terdapat kesenjangan. Menurut penyusun bahwa pasien mempunyai

riwayat penyakit asma tidak di karenakan oleh faktor genetik atau keturunan tetapi disebabkan karena alergi debu, serbuk dll dan aktivitas yang berlebih.

## 5.2 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik adalah proses inspeksi tubuh dan sistem tubuh guna menentukan ada atau tidaknya penyakit yang di dasarkan pada hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium. Cara pendekatan sistematis yang dapat dilakukan oleh seorang perawat dalam melakukan pemeriksaan fisik adalah pemeriksaan dari ujung rambut sampai ujung kaki (*head to toe*) dan pendekatan sistem tubuh (*review of system*) (Ali, 2009).

Saat pemeriksaan fisik pada Ny. W thorax paru di dapatkan sesak nafas, batuk berdahak, pernafasan cuping hidung, suara tambahan wheezing dan ronchi. Pernyataan tersebut sesuai dengan teori (Somantri, 2009) yaitu pada pemeriksaan fisik thorax paru inspeksi pada klien penderita asma yaitu batuk produktif, terdapat sputum yang kental dan sulit dikeluarkan dan pernafasan cuping hidung. Kemudian pada pemeriksaan auskultasi menurut teori, respirasi terdengar kasar dan suara mengi (*wheezing*) pada fase respirasi semakin menonjol. Wheezing adalah suara yang dapat terdengar melalui stetoskop. Bunyi yang terdengar seperti ngik-ngik di mana sering terjadi di pagi hari menjelang subuh. Hal ini akibat adanya ketidakseimbangan hormon kortisol yang rendah saat pagi serta faktor lain yang mengikutinya (Nyoman, 2012). Dan dari hasil pengkajian terdapat kesamaan antara teori dan hasil pengkajian yang dialami klien.

Menurut peneliti pemeriksaan fisik pada pasien asma difokuskan pada pengkajian thorax paru, perawat perlu mengkaji keluhan yang dirasakan oleh klien seperti sesak nafas. Pada pemeriksaan ini perawat dapat menggunakan

pemeriksaan dengan cara inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi untuk melihat atau memeriksa ada atau tidaknya ke abnormalan pada thorax klien seperti adanya suara tambahan nafas wheezing dan ronchi dalam pemeriksaan auskultasi.

### 5.3 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang adalah penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, dan komunikasi terhadap suatu masalah kesehatan dan proses kehidupan aktual maupun potensial. Hasil pemeriksaan dari laboratorium sangat penting dan membantu dalam diagnosis, memantau perjalanan penyakit serta menentukan prognosa (Asmadi, 2008).

Pemeriksaan yang dilakukan pada Ny. W pada tanggal 31 Mei 2019 berdasarkan hasil pengkajian tidak terdapat kesenjangan tetapi ada sedikit kesenjangan antara tinjauan teori dengan hasil pengkajian. Dalam tinjauan teori hasil laboratorium hasil eosinofil tertulis rentang normal di antara  $100-200/\text{mm}^3$  dan jumlah sel leukosit yang tinggi lebih dari  $15.000/\text{mm}^3$  terjadi karena adanya infeksi, hal ini berhubungan dengan kondisi dan penyakit tertentu seperti infeksi, leukemia, respon alergi dan asma. SGOT dan SGPT meningkat disebabkan kerusakan hati akibat hipoksia dan hiperkapnea (Mansjoer, 2009). Sedangkan hasil dari pemeriksaan laboratorium eosinofil 2.1% interpretasi normal, leukosit (WBC)  $11.5 \times 10^3/\text{uL}$  interpretasi tinggi, hemoglobin (HGB) 10.5 g/dl interpretasi rendah, SGOT 29 U/L interpretasi normal, SGPT 25 U/L interpretasi normal.

Menurut penyusun kesamaan antara hasil pengkajian dan teori ini yaitu dapat dilihat dari kondisi sesak nafas dan lemas pada klien yang di periksa oleh peneliti terjadi karena hemoglobin (HGB) pada hasil pemeriksaan laboratorium mengalami penurunan. Hemoglobin merupakan protein utama tubuh manusia yang berfungsi mengangkut CO<sub>2</sub> dari jaringan perifer ke paru-paru (Maylina, 2010). Apabila ini tidak segera di tangani atau pengobatan yang tepat akan menimbulkan masalah lain seperti sesak nafas dan masalah keperawatan yang muncul adalah intoleransi aktivitas. Disisi lain leukosit pada klien juga mengalami peningkatan, hal ini kemungkinan terjadi karena adanya infeksi lain di dalam tubuh klien yang dapat memperberat sesak nafas dan lemas pada klien.

Peneliti juga menyimpulkan bahwa antara data dan teori terdapat kesenjangan di karenakan acuan satuan tinjauan teori dengan hasil di rumah sakit berbeda, kendala yang dialami penulis dalam pemeriksaan penunjang ini yaitu tidak dapat menuliskan semua hasil pemeriksaan penunjang di karenakan rumah sakit tidak melakukan semua pemeriksaan penunjang yang ada pada tinjauan teori.

#### **5.4 Perencanaan**

Perencanaan keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi (Asmadi, 2008).

Setelah dilakukan pengkajian pada pasien dengan kasus asma pada Ny. W dapat disimpulkan bahwa diagnosa atau masalah keperawatan yang muncul adalah intoleransi aktivitas hal tersebut dapat dilihat dari ciri yang sesuai dan

tanda gejala yang muncul pada klien seperti sesak nafas dan kelelahan setelah beraktivitas ke kamar mandi, klien dibantu oleh keluarga dan perawat dalam pemenuhan kebutuhan ADL. Diagnosa keperawatan ini diambil dari batasan karakteristik yang muncul pada tanda gejala klien tersebut, dan sesuai dengan teori (Tamsuri, 2009) bahwa tanda minor yang mungkin ditemui adalah kelemahan dan keletihan.

Dalam masalah tersebut perencanaan tindakan keperawatan yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah intoleransi aktivitas pada Ny. W (Bulechek, Butcher, Dochterman and Wagner (2013) yaitu monitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, berikan bantuan sampai pasien mampu melakukan perawatan diri mandiri, tentukan jenis dan banyaknya aktivitas yang dibutuhkan untuk menjaga ketahanan, buat batasan untuk aktivitas hiperaktif klien saat mengganggu yang lain dan dirinya, bantu pasien dalam aktivitas sehari-hari, identifikasi kemampuan anggota keluarga untuk terlibat dalam perawatan pasien, informasikan faktor-faktor yang meningkatkan kondisi pasien pada keluarga.

Menurut penulis pada penderita asma konsentrasi  $O_2$  dalam darah klien mengalami penurunan, akibat dari penurunan tersebut klien akan mengalami hipoksemia. Hipoksemia tersebut dapat menyebabkan suplai darah dan  $O_2$  jantung berkurang, sehingga dapat mengakibatkan cardiac output dan tekanan darah menurun. Akibatnya penderita asma mengalami kelemahan dan keletihan sehingga muncul masalah intoleransi aktivitas.



## 5.5 Implementasi

Implementasi diterapkan dengan tindakan yang nyata untuk mencapai hasil yang diharapkan berupa berkurangnya atau hilangnya masalah. Pada tahap implementasi ini terdiri atas beberapa kegiatan yang validasi rencana keperawatan, menuliskan atau mendokumentasikan rencana keperawatan serta melanjutkan pengumpulan data (Mityani, 2009). Implementasi dilakukan oleh penulis mulai hari Sabtu tanggal 01 Juni 2019 sampai Senin 03 Juni 2019. Implementasi yang dilakukan pada Ny. W bertujuan untuk mengatasi masalah yang terjadi pada Ny. W yaitu intoleransi aktivitas.

Implementasi yang pertama dilakukan pada hari Sabtu tanggal 01 Juni 2019. Penulis melakukan pengkajian pada klien, berkolaborasi dengan tim dokter terapi injeksi IV ranitidine (1x50 mg), dexamethasone (1x5 mg), ceftriaxone (1x1 gram), memonitor intake/asupan nutrisi untuk mengetahui sumber energi yang adekuat, memonitor kemampuan perawatan diri secara mandiri, melakukan terapi nebulizer, membantu klien dalam aktivitas sehari-hari, melakukan TTV sebelum aktivitas TD : 120/70 mmHg, RR : 24x/menit, N : 110x/menit, S : 36.4°C, SpO2 : 93%. TTV sesudah aktivitas TD : 130/80 mmHg, RR : 27x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 86% dan menginformasikan faktor-faktor yang meningkatkan kondisi pasien pada keluarga.

Pada tanggal 02 Juni 2019 penulis melakukan implementasi kembali sesuai dengan apa yang telah direncanakan. Implementasi yang dilakukan sama seperti implementasi yang telah dilakukan sebelumnya. Hanya saja terdapat perbedaan pada pemeriksaan tanda-tanda vital sebagai berikut TTV sebelum aktivitas TD : 110/70 mmHg, RR : 22x/menit, N : 110x/menit, S : 36.2°C, SpO2 :

95%. TTV sesudah aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 24x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 88%.

Pada tanggal 03 Juni 2019 penulis melakukan implementasi kembali sesuai yang telah direncanakan dan implementasi sama seperti sebelumnya dengan perbedaan tanda-tanda vital sebagai berikut TTV sebelum aktivitas TD : 110/80 mmHg, RR : 20x/menit, N : 88x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 95%. TTV sesudah aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 22x/menit, N : 92x/menit, S : 36.0°C, SpO2 : 86%. pasien juga sudah tidak merasa sesak dan kelelahan setelah aktivitas ke kamar mandi dari sebelumnya tanpa di bantu oleh keluarga dan perawat. Implementasi ini dilakukan dengan harapan masalah masalah intoleransi pada pasien teratasi.

Pada studi kasus yang sudah dilakukan oleh peneliti ini sesuai dengan teori (Nursalam, 2009) bahwa implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana intervensi yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Berdasarkan fakta yang ada implementasi yang dilakukan oleh peneliti sudah sesuai di buktikan dengan tindakan yang diberikan sesuai keadaan pasien.

Menurut penyusun implementasi dapat berjalan sesuai dengan harapan apabila klien mampu kooperatif dalam tindakan yang akan dilakukan oleh petugas medis. Pada kasus ini klien mampu mengikuti atau kooperatif dalam tindakan

yang diberikan oleh petugas sehingga dalam pelaksanaan implementasi dapat berjalan sesuai dengan yang di harapkan.

## 5.6 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian terakhir didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2009).

Pada tanggal 01 Juni 2019 pukul 13.00 WIB penulis melakukan evaluasi dari tindakan – tindakan yang telah dilakukan kepada pasien. Penulis mendapatkan sata subjektif dari pasien yaitu klien mengatakan sesak nafas dan kelelahan setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi. Dengan data objektif klien tampak sesak setelah aktivitas berjalan ke kamar mandi, klien tampak kelelahan setelah aktivitas ke kamar mandi, nafas klien terlihat terengah-engah setelah beraktivitas, klien dibantu keluarga/perawat saat berjalan ke kamar mandi, terdapat pernafasan cuping hidung, warna kulit muka tampak pucat, kecepatan berjalan pasien belum stabil masih secara pelan dan harus dibantu, terdapat suara tambahan wheezing dan ronchi, terpasang O<sub>2</sub> nassal 2 lpm, TTV sebelum aktivitas TD : 120/70 mmHg, RR : 24x/menit, N : 110x/menit, S : 36.4°C, SpO<sub>2</sub> : 93%, sesudah aktivitas TD : 130/80 mmHg, RR : 27x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO<sub>2</sub> : 86%, pasien dibantu oleh keluarga/perawat ketika mau BAB/BAK ke kamar mandi, pasien sering terbangun di tengah malam karena batuk dan sesak, pasien perlu bantuan keluarga atau perawat untuk sibir dan ganti baju, pasien hanya berbaring di bed saat perawatan di rumah sakit. Upaya yang harus dilakukan adalah melanjutkan intervensi yang telah direncanakan.

Kemudian penulis melakukan evaluasi selanjutnya pada tanggal 02 Juni 2019 pukul 13.00 WIB, data subjektif yang didapat dari pasien adalah klien mengatakan sesak nafas dan lelah setelah aktivitas berkurang. Sedangkan data objektifnya yaitu sesak berkurang setelah aktivitas, klien masih tampak kelelahan setelah aktivitas, nafas klien masih terlihat terengah-engah setelah aktivitas, warna kulit muka masih tampak pucat, kecepatan berjalan pasien belum stabil masih secara pelan dan harus dibantu, terdapat suara tambahan wheezing dan ronchi, terpasang O<sub>2</sub> nassal 3 lpm, TTV sebelum aktivitas TD : 110/70 mmHg, RR : 22x/menit, N : 110x/menit, S : 36.2°C, SpO<sub>2</sub> : 95%, sesudah aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 24x/menit, N : 122x/menit, S : 36.0°C, SpO<sub>2</sub> : 88%, pasien dibantu oleh keluarga/perawat ketika mau BAB/BAK ke kamar mandi, pasien sering terbangun di tengah malam karena batuk dan sesak, pasien perlu bantuan keluarga atau perawat untuk sibil dang ganti baju, pasien hanya berbaring di bed saat perawatan di rumah sakit. Dapat disimpulkan bahwa masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian. Kemudian upaya yang harus dilakukan adalah dengan melanjutkan intervensi sebelumnya.

Evaluasi yang terakhir dilakukan pada 03 Juni 2019 pukul 10.00 WIB, dengan data subjektif klien mengatakan sesak dan lelah setelah aktivitas berkurang. Dengan data objektif, sesak berkurang setelah aktivitas ke kamar mandi, klien tampak lebih tenang, klien mampu melakukan aktivitas secara mandiri, kulit muka klien sudah tidak tampak pucat, klien sudah tidak menggunakan oksigen, masih terdengar suara tambahan wheezing dan ronchi, klien mampu berjalan dengan satbil tanpa bantuan, TTV sebelum aktivitas TD : 110/80 mmHg, RR : 20x/menit, N : 88x/menit, S : 36.0°C, SpO<sub>2</sub> : 95%, sesudah

aktivitas TD : 120/80 mmHg, RR : 22x/menit, N : 92x/menit, S : 36.0°C, SpO<sub>2</sub> : 86%. Kesimpulan yang dapat ditarik adalah masalah intoleransi aktivitas teratasi sebagian, namun intervensi dilakukan secara mandiri.

Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan (Wahyuni, 2016). Kriteria hasil pada klien asma dengan masalah intoleransi aktivitas yaitu saturasi O<sub>2</sub> saat beraktivitas baik, kemudahan bernapas saat aktivitas baik, warna kulit baik dan kecepatan berjalan baik (Bulechek, 2013).

Menurut peneliti pada kasus Ny. W didapatkan hasil pada hari pertama sampai hari ketiga mengalami peningkatan setiap harinya. Kondisi klien sudah mulai membaik sesak dan kelelahan yang dirasakan setelah aktivitas sudah mulai berkurang, hal ini di karenakan klien patuh atau kooperatif dalam segala tindakan yang dilakukan oleh petugas medis sehingga tujuan yang dicapai hampir teratasi. Namun pasien perlu memperhatikan batasan-batasan aktivitas untuk meningkatkan kondisi pasien. Hal ini sesuai dengan teori (Bulechek, 2013).

Apabila ditinjau dari kriteria hasil yang ada pada teori, hampir keseluruhan kriteria hasil tercapai sesuai dengan yang ada pada teori. Hal ini dapat dilihat pada hasil evaluasi pada klien yaitu saturasi O<sub>2</sub> klien saat beraktivitas dari hari pertama sampai hari terkahir dilakukan nya penelitian menunjukkan presentase yang baik, kemudahan bernapas klien saat beraktivitas pada hari terkahir menunjukkan perkembangan yang cukup baik hal ini di buktikan pada hasil evaluasi yaitu klien merasakan sesak berkurang setelah aktivitas dan klien sudah tidak menggunakan oksigen lagi, kemudian warna kulit klien tidak tampak pucat lagi pada hasil evaluasi hari ketiga, dan kecepatan berjalan klien juga menunjukkan perkembangan

yang baik di buktikan pada hasil evaluasi hari ketiga yaitu klien dapat berjalan dengan kecepatan yang stabil tanpa dibantu oleh keluarga atau perawat.

