



**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN *RANGE OF MOTION*  
AKTIF DAN TERAPI OKUPASI MENYISIR RAMBUT PADA PASIEN  
STROKE NON HEMORAGIC DENGAN MASALAH GANGGUAN  
MOBILITAS FISIK DI RUANG KEMUNING  
RS PROF DR MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**

**Diajukan Oleh :  
Fryda Nimas Nurbaiti, S.Kep  
NIM: A32020043**

**PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**



**ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN *RANGE OF MOTION* AKTIF  
DAN TERAPI OKUPASI MENYISIR RAMBUT PADA PASIEN  
STROKE NON HEMORAGIC DENGAN MASALAH  
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG  
KEMUNING RS PROF DR MARGONO  
SOEKARJO PURWOKERTO  
KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners**

**Diajukan Oleh :**

**Fryda Nimas Nurbaiti, S.Kep**

**NIM: A32020043**

**PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan benar

Nama : Fryda Nimas Nurbaiti

NIM : A32020043



Gombong, 31 Juli 2021

Fryda Nimas Nurbaiti

## HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN *RANGE OF MOTION*  
AKTIF DAN TERAPI OKUPASI MENYISIR RAMBUT PADA PASIEN  
STROKE NON HEMORAGIC DENGAN MASALAH GANGGUAN  
MOBILITAS FISIK DI RUANG KEMUNING  
RS PROF DR MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO**

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat  
untuk diujikan pada tanggal 31 Juli 2021

Pembimbing

( Dadi Santoso, M.Kep )

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



( Dadi Santoso, M.Kep )

## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh :

Nama : Fryda Nimas Nurbaiti

NIM : A32020043

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Judul KIA-N : Analisis Asuhan keperawatan Penerapan *Range Of Motion* Aktif dan terapi Okupasi Menyisir Rambut Pada Pasien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di RS Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto.

Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong.

Penguji Satu



(Sulistianingsih, M.Kep.Ns.Sp.Kep.M.B)

Penguji Dua



(Dadi Santoso, M.Kep)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 31 Juli 2021

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Allah SWT karena atas karunia & kebaikan yang telah diberikan kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan KIA-N ini yang berjudul “Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan *Range Of Motion* Aktif dan Terapi Okupasi Menyisir Rambut Pada Pasien Stroke Non Hemoragic dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di RS Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto”. Penyusunan KIAN ini dibuat untuk memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar Ners Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Gombong.

Dalam penyusunan KIAN ini penulis banyak mengalami kesulitan dan hambatan akan tetapi semuanya bisa dilalui berkat bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu melalui kesempatan yang baik ini penulis ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. DR Herniyatun M.Kep, Sp. Mat, selaku Ketua Universitas Muhammadiyah Gombong.
2. Dadi Santoso, M. Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong, sekaligus selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
3. Kedua orang tua yang saya sayangi yang telah mensupport dan membantu secara materil dan non materil kepada peneliti.
4. Teman kelompok bimbingan KIAN yang sudah membantu dan memberikan semangat untuk menyelesaikan KIAN ini.
5. Teman satu kelompok Ners (kelompok 8) dan satu angkatan yang telah berjuang bersama menyelesaikan kuliah Profesi Ners selama kurang lebih 1 tahun ini.
6. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan dan semangat, sehingga KIAN ini dapat terselesaikan.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa KIAN ini masih jauh dari sempurna. Oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan kritik yang bersifat membangun dari berbagai pihak dalam perbaikan KIAN yang dibuat oleh peneliti.

Dan akhirnya penulis berharap agar KIAN penelitian ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Kebumen, 31 Juli 2021

Penulis



Fryda Nimas Nurbaiti



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fryda Nimas Nurbaiti  
NIm : A32020043  
Program Studi : Pendidikan Profesi Ners  
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

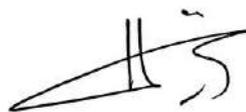
**“ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN *RANGE OF MOTION*  
AKTIF DAN TERAPI OKUPASI MENYISIR RAMBUT PADA PASIEN  
STROKE NON HEMORAGIC DENGAN MASALAH GANGGUAN  
MOBILITAS FISIK DI RUANG KEMUNING  
RS PROF DR MARGONO SOEKARJO  
PURWOKERTO”**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen

Pada Tanggal : 31 Juli 2021

Yang Menyatakan



(Fryda Nimas Nurbaiti)

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners  
Universitas Muhammadiyah Gombong  
KIA-N, Juli 2021  
Fryda Nimas Nurbaiti<sup>1)</sup>, Dadi Santoso<sup>2)</sup>  
frydanimas4@gmail.com**

## **ABSTRAK**

### **ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN *RANGE OF MOTION* AKTIF DAN TERAPI OKUPASI MENYISIR RAMBUT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIC DENGAN MASALAH GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RUANG KEMUNING RS PROF DR MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO**

**Latar belakang :** Stroke ialah suatu gangguan fisik yang timbul secara mendadak disebabkan peredaran darah di otak, gangguan persyarafan setempat terjadi mendadak, berlangsung selama kurang 24 jam akibat gangguan peredaran darah otak (Utaminingsih, 2015). Salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada penderita stroke ialah latihan *Range Of Motion* (ROM) dan terapi okupasi menyisir rambut (PERDOSRI, 2016).

**Tujuan umum :** Memaparkan asuhan keperawatan penerapan *range of motion* aktif dan terapi okupasi menyisir rambut pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Ruang Kemuning RS Prof dr Margono Soekarjo Purwokerto.

**Metode :** Studi ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus, format asuhan keperawatan, nursing kit, *Medical Research Council Scale*. Data diperoleh dari wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Subjek terdiri dari 5 klien dewasa yang mengalami stroke non hemoragic dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik.

**Hasil asuhan keperawatan :** Hasil pengkajian yang dilakukan pada klien stroke non hemoragic didapatkan data keluhan utama yaitu kelemahan fisik pada anggota gerak. Diagnose keperawatan prioritas pada klien stroke non hemoragic yaitu gangguan mobilitas fisik. Intervensi keperawatan yang dilakukan yaitu dukungan mobilisasi. Implementasi keperawatan yang dilakukan selama 3 hari yaitu ROM dan terapi okupasi menyisir rambut. Evaluasi keperawatan yang didapatkan yaitu menunjukkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi dengan indikasi pasien I-V mengatakan kelemahan anggota gerak sedikit membaik.

**Rekomendasi :** Diharapkan *Range Of Motion* Aktif dan Terapi Okupasi Menyisir Rambut dapat dijadikan SOP penatalaksanaan non farmakologi gangguan mobilitas fisik pada penderita stroke non hemoragic.

**Kata Kunci :** Stroke Non Hemoragic; Gangguan Mobilitas Fisik; *Range Of Motion*; Terapi Okupasi Menyisir Rambut.

---

- 1) Mahasiswa STIKES Muhammadiyah Gombong
- 2) Dosen STIKES Muhammadiyah Gombong

**Program Studi Pendidikan Profesi Ners  
Universitas Muhammadiyah Gombong  
KIA-N, Juli 2021  
Fryda Nimas Nurbaiti<sup>1)</sup>, Dadi Santoso<sup>2)</sup>  
frydanimas4@gmail.com**

## **ABSTRACT**

### **NURSING CARE ANALYSIS OF APPLICATION ACTIVE RANGE OF MOTION AND OCCUPATIONAL THERAPY HAIR COMBING IN NON-HEMORRHAGIC STROKE PATIENTS WITH PHYSICAL MOBILITY DISORDERS IN THE KEMUNING ROOM OF PROF DR MARGONO SOEKARJO HOSPITAL PURWOKERTO**

**Background:** Stroke is a physical disorder that arises suddenly due to blood circulation in the brain, local nervous disorders occur suddenly, last for less than 24 hours due to cerebral blood circulation disorders (Utaminingsih, 2015). One form of exercise in the rehabilitation process that is considered effective enough to prevent disability in stroke patients is Range Of Motion (ROM) exercise and occupational therapy of combing hair (PERDOSRI, 2016).

**Objective:** Describing nursing care for applying an active range of motion and occupational therapy to comb hair in non-hemorrhagic stroke patients with impaired physical mobility in the Kemuning Room, Prof. dr. Margono Soekarjo Hospital, Purwokerto.

**Methods:** This study uses a descriptive method with a case study approach, nursing care format, nursing kit, Medical Research Council Scale. Data were obtained from interviews, observations, physical examinations, and documentation studies. Subjects consisted of 5 adult clients who had a non-hemorrhagic stroke with nursing problems with physical mobility disorders.

**Results:** The results of the assessment carried out on non-hemorrhagic stroke clients obtained data on the main complaint, namely physical weakness in the limbs. Priority nursing diagnoses for non-hemorrhagic stroke clients are impaired physical mobility. The nursing intervention carried out is mobilization support. The nursing implementation was carried out for 3 days, namely ROM and occupational therapy combing hair. The nursing evaluation that was obtained showed that the nursing problem with physical mobility disorders was resolved with indications of patient I-V saying that the weakness of the limbs had slightly improved.

**Recommendation:** It is hoped that the Active Range Of Motion and Occupational Therapy of Hair Combing can be used as SOPs for the non-pharmacological management of physical mobility disorders in non-hemorrhagic stroke patients.

**Keywords:** Non-haemorrhagic Stroke; Impaired Physical Mobility; a Range of Motion; Hair Combing Occupational Therapy

---

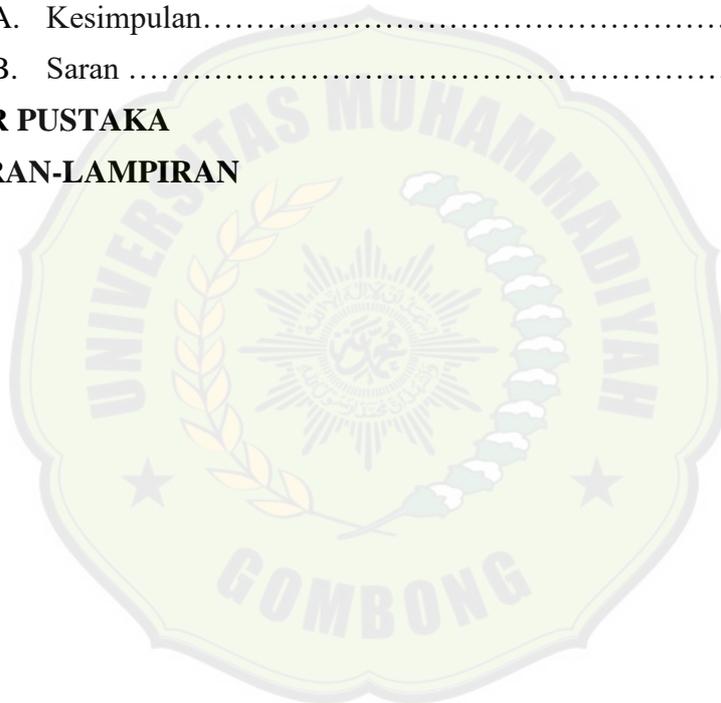
<sup>1)</sup> Student of Muhammadiyah Health Sciences Collage of Gombong

<sup>2)</sup> Lecturer of Muhammadiyah Health Sciences Collage of Gombong

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL .....</b>	<b>i</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....</b>	<b>ii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN .....</b>	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN.....</b>	<b>iv</b>
<b>KATA PENGANTAR.....</b>	<b>v</b>
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR .....</b>	<b>vii</b>
<b>ABSTRAK .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>x</b>
<b>DAFTAR GAMBAR.....</b>	<b>xii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN .....</b>	<b>xiv</b>
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan .....	4
C. Manfaat .....	4
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>6</b>
A. Konsep Medis .....	6
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan .....	13
C. Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik .....	24
D. Kerangka Konsep .....	31
<b>BAB III METODE STUDI KASUS .....</b>	<b>32</b>
A. Desain Studi Kasus .....	32
B. Subyek Studi Kasus .....	32
C. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	33
C. Fokus studi kasus .....	33
D. Definisi operasional .....	33
E. Instrumen Studi Kasus .....	34
F. Teknik Pengumpulan Data .....	34

G. Analisis Data dan Penyajian Data .....	35
H. Etika Studi Kasus.....	35
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN .....</b>	<b>37</b>
A. Profil Lahan Praktik.....	37
B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan.....	39
C. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan.....	66
D. Pembahasan .....	67
E. Keterbatasan Study Kasus.....	76
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>78</b>
A. Kesimpulan.....	78
B. Saran .....	78
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN-LAMPIRAN</b>	



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Konsep.....	31
---------------------------------	----



## DAFTAR GRAFIK

Grafik 4.1 Hasil Penerapan <i>Range Of Motion</i> Aktif dan Terapi Okupasi Menyisir Rambut .....	66
Diagram Batang 4.2 Analisis Pengaruh Penerapan <i>Range Of Motion</i> Aktif dan Terapi Okupasi Menyisir Rambut .....	73



## DAFTAR LAMPIRAN

- LAMPIRAN 1 : Lembar Penjelasan Penelitian dan Persetujuan Menjadi Responden
- LAMPIRAN 2 : Lembar Informed Consent
- LAMPIRAN 3 : SOP ROM Ekstremitas Atas
- LAMPIRAN 4 : SOP Terapi Okupasi Menyisir Rambut
- LAMPIRAN 5 : Lembar Konsultasi Bimbingan
- LAMPIRAN 6 : Lembar Konsultasi Abstrak
- LAMPIRAN 7 : Hasil Uji Turnitin
- LAMPIRAN 8 : Surat Lolos Uji Turnitin
- LAMPIRAN 9 : Surat Lolos Uji Etik
- LAMPIRAN 10 : Asuhan Keperawatan



# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Penyakit Stroke ialah suatu gangguan fisik yang timbul secara mendadak disebabkan peredaran darah di otak. Salah satu bentuk yang paling ringan disebut Gangguan Peredaran Darah Otak Sepintas (GPDOS) Transient Ischemic Attack, yaitu gangguan persyarafan setempat terjadi dengan tiba-tiba, berlangsung selama kurang 24 jam sebagai akibat gangguan peredaran darah otak (Utaminingsih, 2015).

Prevalensi stroke di dunia didapatkan 15 juta orang setiap tahunnya, Amerika Serikat menduduki peringkat ketiga setelah India dan Cina (World Health Organization, 2019). Kasus stroke di Indonesia tertinggi ada di Provinsi Kalimantan Timur 14,7% permil (Riskesdas, 2018). Kasus stroke di Provinsi Jawa Tengah sendiri, angka kejadian strokenya 2,87% dari 603.840 kasus penyakit tidak menular (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2018). Berdasarkan rekap data RSUD Prof dr Margono Soekarjo Purwokerto jumlah kasus stroke Januari-November 2020 sebanyak 393 kasus. Jumlah penderita stroke meningkat setiap tahunnya. Diperkirakan kenaikan pasien stroke tiap tahun sekitar 30-40%.

Menurut Pusat Data dan Informasi PERSI, stroke menempati urutan pertama dalam hal penyebab kecacatan fisik (Murtaqib, 2013). Hal ini berdasarkan hasil penelitian Gabrielle, dkk pada 121 pasien stroke, didapatkan hasil 90% atau 109 orang pasien stroke menunjukkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik (Costa et al., 2010). Sebanyak 10% penderita stroke mengalami kelemahan (Batticaca, 2012), 92,3% mengalami penurunan kekuatan otot, 3,8% mengalami sendi kaku, dan 19,2% mengalami nyeri saat bergerak (Sari, Harum et al., 2015).

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Sehingga dapat menyebabkan kelumpuhan di berbagai bagian tubuh,

mulai dari wajah, tangan, kaki, dan lidah. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan neuromuskular merupakan faktor yang berhubungan (etiologi) yang paling banyak muncul pada pasien Stroke Non Hemoragic dengan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik, yaitu sebanyak 80,8% (Sari, Harum et al., 2015).

Gangguan mobilitas fisik terjadi karena thrombus yang terbentuk akibat plak arteriosklerosis sehingga sering kali terjadi penyumbatan pasokan darah ke organ di tempat terjadinya thrombosis. Potongan-potongan thrombus terutama thrombus yang kecil yang biasanya disebut dengan emboli akan lepas dan berjalan mengikuti aliran darah (Ganong, 2012). Jika aliran ke setiap bagian otak terhambat karena thrombus atau emboli maka akan terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak (Batticaca, 2012). Kekurangan suplai oksigen selama satu menit dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron-neuron area. Area yang mengalami nekrosis yaitu area broadman 4 dan area 6 dimana area tersebut adalah bagian korteks, tepatnya korteks frontalis yang merupakan area motorik primer (Ganong, 2012). Oleh sebab itu, sebagian besar penderita stroke non hemoragik cenderung akan mengalami gangguan mobilitas fisik. Gangguan motorik yang terjadi mengakibatkan pasien mengalami keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga meningkatkan risiko terjadinya komplikasi. Salah satu komplikasi yang dapat terjadi adalah kontraktur.

Kontraktur dapat menyebabkan terjadinya gangguan fungsional, gangguan mobilisasi, gangguan aktivitas sehari-hari dan cacat yang tidak dapat disembuhkan. Angka kecacatan akibat stroke umumnya lebih tinggi daripada angka kematian, perbandingan antara cacat dan kematian adalah 4:1 (Murtaqib, 2013). Komplikasi tersebut dapat dihindari dengan cara mobilisasi sedini mungkin ketika kondisi klinis neurologis dan hemodinamik penderita sudah mulai stabil. Salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada penderita stroke ialah latihan *Range Of Motion* (ROM). Latihan ROM adalah latihan yang dilakukan untuk memperbaiki atau mempertahankan

tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa otot dan tonus otot (Syikir, 2019). Latihan ini salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanisme coping penderita.

Pada umumnya penderita pasca stroke memiliki gangguan fungsional mengangkat tangan kanannya karena gangguan stabilitas pada scapula yang menyebabkan terjadinya winging scapula terutama saat kegiatan fleksi dan adduksi seperti menyisir rambut. Menyisir rambut merupakan salah satu program rehabilitasi yang sering dipergunakan untuk mengembalikan fungsi defisit motorik pada penderita stroke non hemoragik yang mengalami hemiparesis (kelemahan salah satu sisi anggota tubuh), karena dalam teknik ini membutuhkan pola pergerakan konsisten sehingga dapat mengembalikan kekuatan otot, tulang & motorik yang sudah mengalami kelemahan. Terapi ini dilakukan setiap hari minimal 1x dengan durasi minimal 15 menit. Hal ini dilakukan agar dapat melatih & mengembalikan kekuatan otot & saraf penderita stroke hemiparesis yang sudah mengalami kelemahan (PERDOSRI, 2016).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Kemuning RS Prof dr Margono Soekarjo Purwokerto pada bulan November 2020 jumlah penderita stroke non hemoragic yang mengalami hemiparese sejumlah 15 pasien, hal ini tentu membutuhkan penanganan segera terutama dalam hal rehabilitasi dan latihan gerak maka, penulis tertarik untuk melakukan kajian tentang “Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Kemuning RS Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto”.

## **B. Tujuan**

### 1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penulisan ini adalah untuk memaparkan asuhan keperawatan penerapan *range of motion* aktif dan terapi okupasi menyisir rambut pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik di Ruang Kemuning RS Prof dr Margono Soekarjo Purwokerto.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik
- b. Memaparkan hasil analisa data pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik
- c. Memaparkan intervensi keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik
- d. Memaparkan implementasi keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik
- e. Memaparkan evaluasi keperawatan yang dilakukan pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik
- f. Memaparkan hasil inovasi tindakan penerapan *range of motion* aktif dan terapi okupasi menyisir rambut pada pasien stroke non hemoragic dengan masalah gangguan mobilitas fisik

## **C. Manfaat Penelitian**

### 1. Manfaat Keilmuan

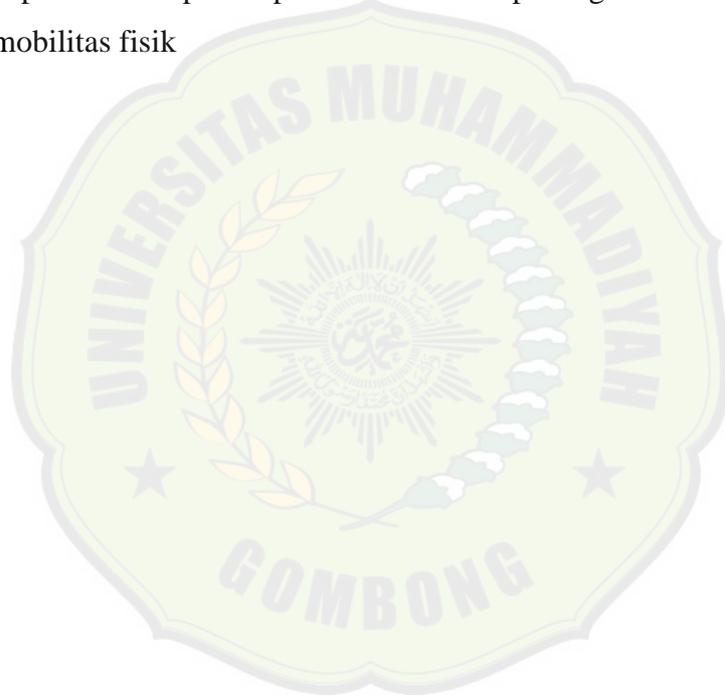
Memberikan masukan kepada institusi pendidikan dalam proses pembelajaran ilmu keperawatan medikal bedah dan dapat menambah referensi yang dapat digunakan untuk acuan pembuatan asuhan keperawatan.

## 2. Manfaat Aplikatif

Hasil ini dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada perawat dalam penanganan masalah gangguan mobilitas fisik

## 3. Manfaat Metodologis

Hasil ini dapat digunakan untuk memperkaya jumlah analisa dan menjadi salah satu dasar analisa selanjutnya dengan masalah asuhan keperawatan pada perawat dalam penanganan masalah gangguan mobilitas fisik



## DAFTAR PUSTAKA

- Affandi, I.G. & Reggy, P. (2016). Pengelolaan Tekanan Tinggi Intrakranial pada Stroke. *CDK-238. Vol. 43, No. 3*
- Amila. (2018). Pencegahan Stroke Berulang Melalui Pemberdayaan Keluarga dan Modifikasi Gaya Hidup. *ABDIMAS Vol. 22 No. 2*
- Batticaca, B. F. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salema Medika.
- Baughman, D. C., Hackley, J. C., (2010), *Keperawatan Medikal-Bedah Buku Saku Dari Brunner & Suddarth (Terjemahan)*. Jakarta: EGC.
- Brainin, M., & Wolf-Dieter, H. (2010). *Textbook of Stroke Medicine*. New York: Cambridge University Press.
- Budiman, W & Luthfi, S. (2014). *Stroke: manifestasi, patofisiologi, manajemen*. Jakarta : Salemba Medika.
- Carpenito.(2013). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Firmawati, E. (2015). Abstract Post Stroke Nursing Care [Abstrak]. *One Day Seminar: Stroke, 119-120*.
- Ganong, W. F. (2012). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran (22nd ed)*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran Egc.
- Junaidi, I. (2011). *Stroke waspadai ancamannya*. Yogyakarta: Andi Offset.
- Kemendes RI (2018). *Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Jakarta: Kemendes RI
- Kusyati, Eni, dkk. (2013). *Ketrampilan dan Prosedur Perawatan Dasar*. Semarang : Kilat Press
- Murtaqib. (2013). Perbedaan Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif dan Aktif Selama 1 - 2 Minggu Terhadap Peningkatan Rentang Gerak Sendi Pada Penderita Stroke Di Kecamatan Tanggul Kabupaten Jember. *Jurnal Keperawatan Soedirman, 8(1), 68*.
- Muttaqin, A & Sari, K. (2014). *Asuhan Keperawatan Gangguan Sistem Perkemihan*. Jakarta: salemba Medika.
- Perdosri (2016). *Bunga Rampai Rehabilitasi Medik*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Rehab Medik Indonesia.

- Perdossi., (2011). *Pedoman Penatalaksanaan Stroke*. Jakarta: Himpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia.
- Potter, P.A & Perry A.G. (2013). *Fundamental of Nursing*. Jakarta : EGC
- Price & Wilson, (2010). *Textbook of Medical-Surgical Nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins
- Sari, Harum, S., Agianto, & Wahid, A. (2015). Batasan Karakteristik Dan Faktor Yang Berhubungan (Etiologi) Diagnosa Keperawatan: Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke. *Universitas Lambung Mangkurat*, 3(1), 12–21.
- Saputra PA, dkk. (2019). Perbandingan Antara Diabetes Melitus terkontrol dan Diabetes Melitus Tidak Terkontrol Terhadap Outcame Pasien Stroke Iskemik. *Homeostatis*, Vol. 2 No. 1 : 185-192
- SDKI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: DPP PPNI
- SIKI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (II)*. Jakarta: DPP PPNI
- Silva, D.A.D., Narayanaswamy V., Artemio A.R., Jr., Loh P.K., & Yair L. (2014). *Understanding Stroke A Guide for Stroke Survivors and Their Families*. Website: <https://www.neuroaid.com/>
- SLKI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia (I)*. Jakarta: DPP PPNI
- Syikir, M. (2019). Pengaruh Range Of Motion (ROM) Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Di Ruang Perawatan Rsud Polewali Mandar. *In Bina Generasi : Jurnal Kesehatan*
- Utaminingsih, W.R. (2015). *Mengenal dan Mencegah Penyakit Diabetes, Hipertensi, Jantung dan Stroke untuk Hidup Lebih Sehat*. Yogyakarta: Media Ilmu.
- Wardhani, I.O., & Santi M. (2015). Hubungan Antara Karakteristik Pasien Stroke dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi. *Jurnal Berkala Epidemiologi*. Vol. 3, No. 1
- Yitnamurti, S. (2014). *Panduan tentang pengobatan dan pemulihan penyakit saraf*. Jakarta : Salemba Medika

**LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN DAN  
PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada  
Yth. Responden  
Di  
RS Prof Dr. Margono Soekarjo

*Assalamu'alaikum Wr. Wb.*

Saya Fryda Nimas Nurbaiti (NIM : A32020043) yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong. Saat ini saya sedang mengadakan studi kasus dengan judul "Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Kemuning RS Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto". Studi kasus ini bertujuan untuk mengetahui apakah terapi *range of motion* aktif dan terapi okupasi menyisir rambut efektif untuk meningkatkan kekuatan otot pada penderita Stoke Non Hemoragic yang mengalami gangguan mobilitas fisik.

Oleh karena itu, saya mengharapkan kesediaan Anda untuk ikut serta berpartisipasi menjadi responden dalam penelitian saya ini. Saya akan menjamin identitas dan kerahasiaan jawaban yang telah Anda berikan dalam penelitian ini. Saya juga melampirkan surat persetujuan menjadi responden. Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko atau kerugian kepada responden. Kerahasiaan semua tindakan yang telah dilakukan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Atas kerjasamanya dan partisipasinya, saya mengucapkan terima kasih.

*Wassalamu'alaikum Wr. Wb.*

Peneliti

Fryda Nimas Nurbaiti

## **LEMBAR INFORMED CONSENT**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : .....

Umur : .....

Alamat : .....

Menyatakan bahwa:

Telah mendapatkan penjelasan mengenai studi kasus "Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Kemuning RS Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto" yang akan dilakukan

1. Telah diberikan kesempatan untuk bertanya dan mendapat jawaban terbuka dari penulis atas pertanyaan yang diajukan
2. Memahami prosedur studi kasus yang akan dilakukan, tujuan, manfaat dan kemungkinan dampak buruk yang dapat terjadi dari studi kasus tersebut.

Dengan mempertimbangkan hal tersebut diatas, dengan ini saya menyatakan bersedia untuk menjadi responden dalam studi kasus "Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Kemuning RS Prof Dr. Margono Soekarjo Purwokerto" selama kurun waktu yang ditentukan dan akan mematuhi aturan yang ditetapkan oleh penulis tanpa paksaan dari pihak manapun. Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Purwokerto .....

Responden

Peneliti

(.....)

(.....)



## LATIHAN GERAK SENDI ROM EKSTRIMITAS ATAS

No. Dokumen  
IK-UPT-KES-  
BSN/00/003/003

No. Revisi  
001

Halaman

<b>Pengertian</b>	Menggerakkan sendi ekstremitas atas secara aktif atau pasif
<b>Tujuan</b>	Menjaga dan mengembalikan kelenturan sendi Meningkatkan vaskularisasi
<b>Kebijakan</b>	1. Menjaga dan mengembalikan kelenturan sendi 2. Meningkatkan vaskularisasi
<b>Petugas</b>	Perawat
<b>Peralatan</b>	WWZ dan sarungnya
<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	<p><b>A. Tahap Pra Interaksi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Melakukan verifikasi data sebelumnya bila ada</li><li>2. Membawa alat di dekat pasien dengan benar</li></ol> <p><b>B. Tahap Orientasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberikan salam sebagai pendekatan terapeutik dan memperkenalkan diri</li><li>2. Menanyakan nama pasien dan menanyakan tempat tanggal lahir (melihat gelang identitas)</li><li>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur tindakan pada keluarga/klien</li><li>4. Menanyakan kesiapan klien sebelum kegiatan dilakukan</li></ol> <p><b>C. Tahap Kerja</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Mencuci tangan</li><li>2. Membaca tasmiyah</li><li>3. Mengatur posisi pasien</li><li>4. Melatih sendi secara bergantian</li></ol> <p><b>Bahu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Fleksi: menaikan lengan dari posisi disamping tubuh kedepan ke posisi diatas kepala, rentang 180°</li><li>2. Ekstensi : mengembalikan lengan ke posisi disamping tubuh, rentang 180°</li><li>3. Hiperekstensi: menggerakkan lengan ke belakang tubuh, siku tetap lurus, rentang 45-60°</li><li>4. Abduksi: menaikan lengan ke posisi samping diatas kepala dengan telapak tangan jauh dari kepala, rentang 180°</li><li>5. Adduksi: menurunkan lengan ke samping dan menyilang tubuh sejauh mungkin, rentang 320°</li><li>6. Rotasi dalam: dengan siku pleksi, memutar bahu dengan menggerakkan lengan sampai ibu jari menghadap kedalam dan ke belakang, rentang 90°</li><li>7. Rotasi luar : dengan siku fleksi, menggerakkan lengan</li></ol>

	sampai ibu jari keatas dan samping kepala, rentang 90°
	<p>8. Sirkumduksi: menggerakkan lengan dengan lingkaran penuh, rentang 360°. Ulang gerakan berturut turut sebanyak 4 kali</p> <p><b>Siku</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fleksi: menggerakkan siku sehingga lengan bahu bergerak kedepan sendi bahu dan tangan sejajar bahu, rentang 150°</li> <li>2. Ekstensi: meluruskan siku dengan menurunkan tangan, rentang 150°</li> </ol> <p><b>Lengan Bawah</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Supinasi: memutar lengan bawah dan tangan sehingga telapak tangan menghadap keatas, rentang 70-90°</li> <li>2. Pronasi: memutar lengan bawah sehingga telapak tangan menghadap kebawah rentang 70-90o</li> <li>3. Ulang gerakan berturut turut sebanyak 4 kali.</li> </ol> <p><b>Pergelangan Tangan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fleksi: menggerakkan telapak tangan ke sisi bagian dalam lengan bawah , rentang 80-90°</li> <li>2. Ekstensi: menggerakkan jari-jari tangan sehingga jari-jari, tangan, lengan bawah berada dalam arah yang sama, rentang 80-90o</li> <li>3. Hiperekstensi: membawa permukaan tangan dorsal ke belakang sejauh mungkin, rentang 89-90o</li> <li>4. Abduksi: menekuk pergelangan tangan miring ke ibu jari, rentang 30°</li> <li>5. Adduksi: menekuk pergelangan tangan miring ke arah lima jari, rentang 30°-50° Ulang gerakan berturut turut sebanyak 4 kali</li> </ol> <p><b>Jari-Jari Tangan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fleksi: membuat genggam, rentang 90°</li> <li>2. Ekstensi: meluruskan jari-jari tangan, rentang 90o</li> <li>3. Hiperekstensi: menggerakkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin, rentang 30-60 o</li> <li>4. Abduksi: meregangkan jari-jari tangan yang satu dengan yang lain, rentang 30 o</li> <li>5. Adduksi: merapatkan kembali jari-jari tangan, rentang 30o. Ulang gerakan berturut turut sebanyak 4 kali.</li> </ol> <p><b>Ibu Jari</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fleksi: menggerakkan ibu jari menyilang permukaan telapak tangan, rentang 90°</li> <li>2. Ekstensi: menggerakkan ibu jari lurus menjauh dari tangan, rentang 90o</li> <li>3. Abduksi: menjauhkan ibu jari ke samping, rentang 90o</li> </ol>

	<p>4. Adduksi: menggerakkan ibu jari ke depan tangan, rentang 30o</p>
	<p>5. Oposisi: menyentuhkan ibu jari ke setiap jari-jari tangan pada tangan yang sama. Ulang gerakan berturut turut sebanyak 4 kali. Mencuci tangan</p> <p><b>D. Tahap Terminasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Merapikan pasien</li><li>2. Membaca tahmid dan berpamitan dengan klien</li><li>3. Membereskan alat-alat</li><li>4. Mencuci tangan</li><li>5. Mencatat kegiatan dalam lembar keperawatan</li></ol>



<b>SOP TERAPI OKUPASI MENYISIR RAMBUT</b>	
<b>Pengertian</b>	Suatu bentuk psikoterapi suportif berupa aktivitas-aktivitas yang membangkitkan kemandirian secara manual, kreatif dan edukasional untuk penyesuaian diri dengan lingkungan dan meningkatkan derajat kesehatan fisik dan mental pasien.
<b>Tujuan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningkatkan kekuatan otot dan motoric.</li> <li>- Mengembalikan fungsi fisik, meningkatkan ruang gerak sendi, kekuatan otot dan koordinasi gerakan.</li> <li>- Menciptakan hubungan yang baik dan memuaskan pasien dengan pemberian motivasi-motivasi sebagai dorongan emosional.</li> </ul>
<b>Kebijakan</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga dan mengembalikan kelenturan sendi</li> <li>2. Meningkatkan vaskularisasi</li> </ol>
<b>Petugas</b>	Perawat
<b>Peralatan</b>	WWZ dan sarungnya Sisir
<b>Prosedur Pelaksanaan</b>	<b>A. Tahap Pra Interaksi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cek catatan keperawatan dan catatan medis pasien</li> <li>2. Cek persiapan pasien</li> <li>3. Cuci tangan</li> </ol>
	<b>B. Tahap Orientasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam sebagai proses terapeutik</li> <li>2. Perkenalkan diri</li> <li>3. Identifikasi pasien dengan memeriksa identitas pasien</li> <li>4. Jelaskan prosedur tindakan yang akan dilakukan</li> <li>5. Atur suasana/ lingkungan senyaman mungkin</li> <li>6. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya</li> <li>7. Menanyakan keluhan utama pasien</li> </ol>
	<b>C. Tahap Kerja</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jaga privasi pasien</li> <li>2. Atur posisi pasien (duduk)</li> <li>3. Berikan contoh bagaimana menyisir rambut yang baik dan benar</li> <li>4. Latih klien untuk menyisir rambutnya selama 15 menit atau menyesuaikan kemampuan pasien</li> <li>5. Perhatikan baik-baik cara pasien menyisir rambut</li> <li>6. Minta klien untuk mengulangi beberapa kali atau sesuai kemampuan pasien</li> <li>7. Tawarkan pasien untuk berhenti sebentar jika merasa lelah</li> </ol>
	<b>D. Tahap Terminasi</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Merapikan pasien</li> <li>2. Membaca tahmid dan berpamitan dengan klien</li> </ol>

	<ol style="list-style-type: none"><li>3. Membereskan alat-alat</li><li>4. Mencuci tangan</li><li>5. Mencatat kegiatan dalam lembar keperawatan</li></ol>
--	--





Cek Similarity Proposal Skripsi Fryda Nimas Nurbaiti.doc

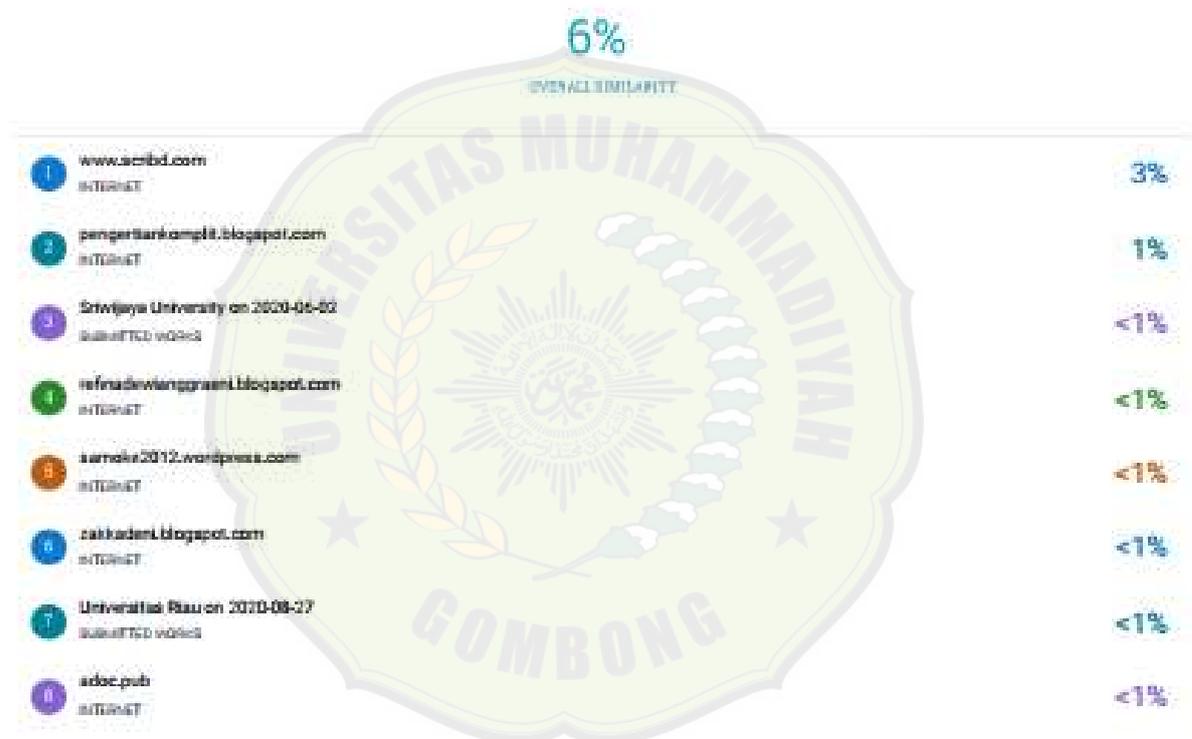
Feb 10, 2021

7281 words / 47504 characters

Fryda Nimas Nurbaiti

## Cek Similarity Proposal Skripsi Fryda Nimas Nurbaiti.doc

Sources Overview



Excluded search repositories:

- None

Excluded from Similarity Report:

- Bibliography
- Quotes
- Citations
- Small Matches (less than 20 words)

Excluded sources:

- None



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH  
GOMBONG**

**PERPUSTAKAAN**

Jl. Yos Sudarso No. 461, Telp./Fax. (0287) 472433 GOMBONG, 54412

Website : <http://library.stikesmuhgombong.ac.id/>

E-mail : [lib.stimugo@gmail.com](mailto:lib.stimugo@gmail.com)

**SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J  
NIK : 06039  
Jabatan : Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan *Range Of Motion* Aktif dan Terapi Okupasi Menyisir Rambut Pada Pasien Stroke Non Hemoragic dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik di RS Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto

Nama : Fryda Nimas Nurbaiti

NIM : A32020043

Program Studi : Pendidikan Profesi Ners

Hasil Cek : 6%

Gombong, 17 Juli 2021

Mengetahui,

Pustakawan

Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

  
(Dwi Suardiyah, S.I. Pust)

  
U (Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J)

STIKes Muhammadiyah Gombong



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
*HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE*  
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG  
*STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG*

KETERANGAN LAYAK ETIK  
*DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION*  
"ETHICAL EXEMPTION"

No.383.6/II.3.AU/F/KEPK/VI/2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :  
*The research protocol proposed by*

Pencali utama  
*Principal Investigator*

Fryda Nurma Nurhaini

Nama Institusi  
*Name of the Institution*

STIKES Muhammadiyah Gombong

"ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PENERAPAN  
*RANGE OF MOTION* AKTIF DAN TERAPI OKUPASI  
MENYISIR RAMBUT PADA PASIEN STROKE NON  
HEMORAGIC DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
GANGGUAN MOBILITAS FISIK DI RS PROF.  
DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO"

'ANALYSIS OF NURSING CARE APPLICATION OF  
ACTIVE RANGE OF MOTION AND OCCUPATIONAL  
THERAPY COMBLING HAIR IN NON-HEMORAGIC  
STROKE PATIENTS WITH NURSING PROBLEMS  
PHYSICAL MOBILITY DISORDERS IN RS PROF.  
DR. MARGONO SOEKARJO PURWOKERTO'

Dinyatakan layak etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Perimbangan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Layak Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 17 Juni 2021 sampai dengan tanggal 17 September 2021.

This declaration of ethics applies during the period June 17, 2021 until September 17, 2021.

June 17, 2021  
*Professor and Chairperson,*



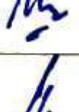
DYAH PURI ASTUTI, S.SIT, M.P.H

## LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : Fryda Nimas Nurbaiti

NIM : A32020043

Nama Pembimbing : Dadi Santoso, M.Kep

No	Hari/Tanggal	Topik/ Materi	Paraf
1.	Jum'at, 13 November 2020	Konsul judul	
2.	Jum'at, 11 Desember 2020	ACC judul Lanjut BAB I	
3.	Senin, 21 Desember 2020	Konsul BAB I Lanjut BAB II Revisi BAB I	
4.	Kamis, 7 Januari 2021	Revisi BAB I Konsul BAB II	
5.	Jum'at 15 Januari 2021	ACC BAB I Revisi BAB II Lanjut BAB III	
6.	Rabu, 3 Februari 2021	Revisi BAB II Konsul BAB III	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Dadi Santoso, M.Kep)

## LEMBAR KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : Fryda Nimas Nurbaiti

NIM : A32020043

Nama Pembimbing : Dadi Santoso, M.Kep

No	Hari/Tanggal	Topik/ Materi	Paraf
7.	Sabtu, 6 Februari 2021	ACC BAB II dan III	
8.	Rabu, 10 Februari 2021	ACC uji turnitin	
9.	Rabu, 10 Maret 2021	ACC maju uji proposal	
10.	Rabu, 14 Juli 2021	Konsul BAB IV dan V Revisi BAB IV	
11.	Kamis, 15 Juli 2021	Revisi BAB IV	
12.	Jumat, 16 Juli 2021	ACC BAB 4 dan 5 ACC maju uji hasil	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

  
(Dadi Santoso, M.Kep)

## LEMBAR KONSULTASI ABSTRAK

Nama : Fryda Nimas Nurbaiti  
NIM : A32020043  
Dosen Pembimbing : Muhammad As'ad, M. Pd  
Judul KIA : Analisis Asuhan Keperawatan Penerapan Range of Motion Aktif dan Terapi Okupasi Menyisir Rambut Pada Pasien Stroke Non Hemoragic Dengan Masalah Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Di Ruang Kemuning RS Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto

NO	TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	PARAF
1.	3 Agustus 2021	Konsal Abstrak	
2.	9 Agustus 2021	ACC	

Mengetahui,

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners

  
Dadi Santoso, M. Kep

## ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN I

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas

Nama : Tn. A  
Umur : 44 tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Alamat : Baturaden  
Status : Belum menikah  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Buruh  
No RM : 9615xxxx  
Diagnose medis : Stroke Non Hemoragic

#### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S  
Umur : 60 tahun  
Jenis kelamin : perempuan  
Alamat : Baturaden  
Hubungan dengan klien : Ibu

### B. RIWAYAT KESEHATAN

#### 1. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak kanan

#### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang dari IGD RS Prof dr. Margono Soekarjo dengan keluhan tiba-tiba mengalami kelemahan anggota gerak kanan, bicara tidak jelas/ pelo, dan lemas. TD : 133/90 mmHg, Nadi : 72 x/menit, suhu : 36,7 °C, RR : 20 x/menit, keadaan umum cukup, kesadaran composentis

### **3. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan tidak memiliki Riwayat Hipertensi atau DM

### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit Hipertensi atau DM

## **C. POLA PENGKAJIAN VIRGINIA HENDERSON**

#### **a. Oksigenasi**

Sebelum sakit : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, bernafas secara normal

Saat dikaji : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, RR 20 x/menit, tidak ada retraksi dinding dada

#### **b. Pola Nutrisi**

Klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien makan sehari 3 kali dengan lauk pauk, sayur dan nasi. Klien minum 7-8 gelas/hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien, klien menghabiskan porsi makanan yang diberikan oleh umah sakit, tidak ada mual muntah, minum 7-8 gelas.

#### **c. Pola Eliminasi**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan eliminasi BAB dan BAK normal 5-6 x/hari, berwarna kuning, dan berbau khas.

Saat dikaji : klien terpasang DC no. 16, berwarna kuning

#### **d. Pola Istirahat**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur 7-8 jam sehari, tidak mengalami gangguan tidur, jarang terbangun di malam hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak merasa kesulitan untuk tidur.

#### **e. Pola Aktvitas**

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri, bekerja sebagai buruh

Saat dikaji : klien beristirahat di ruang perawatan, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien latihan mobilisasi dini pasca stroke

f. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan biasanya berekreasi dengan teman sebulan sekali

Saat dikaji : klien beristirahat penuh dirumah sakit, klien mendapat pengobatan

g. Pola Belajar

Sebelum sakit : klien mengatakan mendapatkan informasi dan pembelajaran mengenai kesehatan dari internet

Saat dikaji : klien mengatakan mendapatkan informasi perkembangan kesehatannya dari dokter, perawat dan tenaga medis lainnya.

h. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2 kali, sikat gigi, dan keramas saat mandi

Saat dikaji : klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien diseka dan dibantu oleh keluarganya.

i. Pola Kenyamanan

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman berada di rumah dan ketika bersama teman-temannya

Saat dikaji : keluarga klien mengatakan berharap klien cepat pulang kerumah

j. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu.

Saat dikaji : klien mengatakan terkadang klien tidak sholat

k. Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan komunikasi, klien berbicara menggunakan Bahasa Indonesia dan Jawa

Saat dikaji : klien mengatakan mulai mengalami kesulitan komunikasi 1 hari sebelum masuk RS.

l. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan bekerja sebagai buruh

Saat dikaji : klien beristirahat selama mendapatkan perawatan

m. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : klien mengatakan ketika dirumah dan saat bekerja klien mengenakan kaos dan celana pendek

Saat dikaji : klien mengenakan kaos dan sarung

**D. PEMERIKSAAN FISIK**

a. Kesadaran : kompos mentis GCS E4M6V5

b. Keadaan umum : cukup

c. Kepala : mesocephal, tidak ada luka di kepala, rambut bersih

d. Mata : konjungtiva anemik, sklera anikterik, pupil isokhor 3/3 mm, rangsang cahaya +/+

e. Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu pernapasan

f. Telinga : bersih, tidak mengalami gangguan pendengaran

g. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak terdapat sariawan

h. Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

i. Dada :

a) Paru-paru :

Inspeksi : pengembangan dada seimbang, tidak terdapat luka, tidak terdapat deformitas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus seimbang kanan dan kiri

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

b) Jantung :

Inspeksi : tidak tampak pulsasi cordis

Palpasi : pulsasi cordis teraba di ICS ke 5

Perkusi : redup

Auskultasi : suara jantung murni SI-SII

j. Abdomen :

Inspeksi : tampak simetris, tidak terdapat luka

Auskultasi : bising usus normal 10x/menit

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan,

Perkusi : timpani

i. Kulit : turgor kulit baik, tidak ada luka

j. Genetalia : terpasang DC no. 16

k. Ekstremitas : tidak ada edema, terdapat kelemahan pada anggota gerak kanan dengan kekuatan otot atas 2/5 dan bawah 2/5

l. TTV :

TD : 133/90 mmHg

Nadi : 72 x/menit

RR : 20 x/menit

Suhu : 36 °C

## E. DATA PENUNJANG

### 1. Pemeriksaan Darah

Tanggal : 8-05-2021

Item	Hasil	Nilai normal
Hb	16.6 g/dl	13.22-17.3
Leukosit	9730 /uL	3800-10600
Hematokrit	47 %	40-52
Eritrosit	5.28 10 <sup>6</sup> /uL	4.40-5.90
Trombosit	193.000 /uL	150000-400000
MCV	89.0 fL	80-100
MCH	31.4 pg/cell	26-34
MCHC	35.3 %	32-36
Basophil	0.4 %	0-1
Eosinofil	1.0 %	2-4
Batang	0.7 %	3-5

Segmen	67.7 %	50-70
Limfosit	23.8 %	25-40
Monosit	6.4 %	2-8
Ureum Darah	19.39 mg/dl	15.00-40.00
Kreatinin darah	0.82 mg/dl	0.70-1.20
Kalium	4.1 mEq/L	3.4-4.5
Natrium	139 mEq/L	134-146
Klorida	105 mEq/L	96-108
GDS	78 mg/dl	<140

## 2. X-foto thorax AP

Kesan : kesuraman pada pulmo kanan kiri, suspek bronkopneumonia, cor tak membesar

## F. TERAPI

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1.	Inj. Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/ penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih
2.	Infus NaCl 0.9%	20 tpm	Infus steril yang mengandung elektrolit untuk mengganti cairan tubuh yang hilang.
3.	Inj. mecobalamin	2x500	Untuk mengobati neuropati perifer dan beberapa jenis anemia
4.	Inj. citicolin	2x500 mg	Untuk melindungi otak, mempertahankan fungsi otak secara normal, serta mengurangi jaringan otak yang rusak akibat

			cidera.
5.	Inj. Piracetam	2x3 gr	Untuk mengatasi penurunan fungsi kognitif, seperti kemampuan berfikir, mengingat dan memecahkan masalah, serta sebagai terapi tambahan untuk gangguan gerak tertentu
6.	Mini aspi	1x80 mg	Mencegah proses agregasi trombosit pada pasien infark miokard dan pasien angina tidak stabil, serta mencegah serangan serebral iskemik sesaat.

#### G. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Ds : keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot menurun : Atas : 2/5 Bawah : 2/5</li> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• Fisik lemah</li> </ul>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
2	<p>Ds : klien mengatakan merasa pusing, lemas, klien mengatakan tidak memiliki Riwayat hipertensi</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 133/90 mmHg, Nadi : 72 x/menit, suhu : 36,7 °C, RR :</li> </ul>	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	20 x/menit • Klien tampak berbaring di tempat tidur, tampak lemah		
3.	Ds : klien mengatakan mulut untuk berbicara sulit Do : klien dapat berbicara namun pelan dan pelo	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal

## H. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNCUL

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan adanya kelemahan pada anggota gerak
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi
3. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral

## I. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI												
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d adanya kelemahan pada anggota gerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : <b>Mobilitas Fisik (L05042)</b> <table border="1" data-bbox="726 1601 1109 1984"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indicator	A	T	Pergerakan ekstremitas	2	4	Kekuatan otot	2	4	Kelemahan fisik	2	4	<b>Dukungan Mobilisasi (L05173)</b> Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan 3) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas 4) Monitor keadaan
Indicator	A	T													
Pergerakan ekstremitas	2	4													
Kekuatan otot	2	4													
Kelemahan fisik	2	4													

		<p>Keterangan :</p> <p>1 : menurun</p> <p>2 : cukup menurun</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : cukup meningkat</p> <p>5 : meningkat</p>	<p>umum selama melakukan mobilitas</p> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)</li> <li>2) Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu</li> <li>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan resiko perfusi	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p>Observasi</p>

	hipertensi	<p>serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil : <b>Perfusi Serebral (L.02014)</b></p> <table border="1" data-bbox="727 468 1107 689"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup meningkat 5 : meningkat</p>	Indicator	A	T	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	<p>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3) Monitor status pernapasan 4) Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik</p> <p>1) Berikan posisi semi fowler 2) Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
Indicator	A	T							
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4							
3.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil : <b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b></p>	<p><b>Promosi komunikasi: Defisit bicara (L.134920)</b></p> <p>Observasi :</p> <p>1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Monitor proses</p>						

		<b>Indikator</b>	<b>A</b>	<b>T</b>	kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara
		Kemampuan bicara	2	4	Terapeutik : 1) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 2) Ulangi apa yang disampaikan pasien  Edukasi : 1) Anjurkan bicara perlahan 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
		Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4	
		Pelo	2	4	
		Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat			

#### J. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TGL/ JAM	TINDAKAN	RESPON	TTD
10-5- 2021 07.35	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.40	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei	Fryda

		O : mengganti seprei tempat tidur pasien	
08.30	Memberikan terapi obat	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, inj. Piracetam 3 gr, mecobalamin 500 mg	Fryda
11.15	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	S : - O : TD : 133/90 mmHg	Fryda
11.20	Memonitor KU	S : klien mengatakan merasa lemas, mengalami kelemahan padad tangan dan kaki kanan O : ku : cukup, kooperatif, komposmentis	Fryda
11.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajirkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara pelo dan tidak jelas, suara pelan dan berbicara seperlunya O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.	Fryda
11.45	Menganjurkan keluarga untuk melatih berbicara apelan-pelan dan selalu membantu kebutuhan pasien	S : Keluarga klien mengatakan klien kadang-kadang berbicara tetapi tidak terlalu jelas O:	Fryda

		Pasien tampak dapat merespon apa yang ditanyakan keluarga dan perawat	
12.30	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif	Fryda
13.00	Memberikan posisi semi fowler	S : - O : tempat tidur klien semi fowler	Fryda
13.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
11-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.15	Memberikan terapi	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, inj. Piracetam 3 gr, mecobalamin 500 mg	Fryda
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : klien mengatakan siap untuk diberikan latihan ROM O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
	Mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan	S : keluarga pasien mengatakansudah lumayan bisa melakukan ROM	Fryda

	ROM kepada pasien	setelah diajarkan O : keluarga pasien tampak mempraktekan kembali ROM yang diajarkan	
10.20	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif, tampak mengikuti arahan dari terapis	Fryda
11.30	Memonitor TTV	S : - O : TD : 152/90 mmHg, S : 37 °C, RR : 20 x/menit, N : 78 x/m	Fryda
11.40	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan dan kakinya O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda
11.50	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan	Fryda
12-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda

08.30	Memberikan terapi	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, inj. Piracetam 3 gr, mecobalamin 500 mg	Fryda
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
10.20	Memonitor TTV	S : - O : TD : 150/90 mmHg, S : 37 °C, RR : 20 x/menit, N : 76 x/m	Fryda
11.30	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda
11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan	Fryda
13.30	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan dan dibantu oleh keluarga	Fryda

## K. EVALUASI

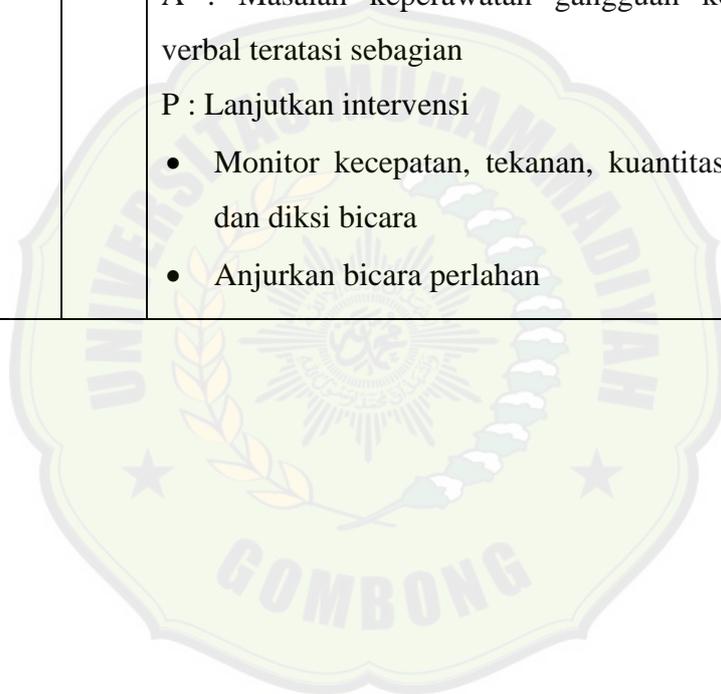
TGL/ JAM	NO. DX	EVALUASI	TTD
10-5- 2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 2/5</li><li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 2/5</li><li>• Gerakan terbatas</li><li>• Fisik lemah</li></ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li><li>• Fasilitasi pergerakan</li></ul>	Fryda
10-5- 2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• TD : 133/90 mmHg, Nadi : 70 x/menit, suhu : 36,7 °C, RR : 20 x/menit</li><li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur, tampak lemah</li></ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li><li>• Monitor TD</li><li>• Monitor KU</li></ul>	Fryda

10-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan berbicara. Bicaranya tidak jelas atau pelo.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
11-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan tangan dan kakinya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 2/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 2/5</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda

11-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik, tidak mual</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 152/90 mmHg, Nadi : 78 x/menit, suhu : 37 °C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda
11-5-2021 14.00	3	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda

12-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan sudah mulai bisa menggenggamkan jari-jari dan mulai sedikit mengangkat tangannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 3/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 3/5</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
12-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik, tidak mual</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 150/90 mmHg, Nadi : 76 x/menit, suhu : 37<sup>0</sup>C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda

12-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
--------------------	---	---	-------



## ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN II

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas

Nama : Tn. M  
Umur : 69 tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Alamat : Kalitenggar  
Status : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Buruh  
No RM : 020xxxxx  
Diagnose medis : Stroke Non Hemoragic

#### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S  
Umur : 30 tahun  
Jenis kelamin : perempuan  
Alamat : Kalitenggar  
Hubungan dengan klien : Anak

### B. RIWAYAT KESEHATAN

#### 1. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak kiri

#### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang dari IGD RS Prof dr. MargonoSoekarjo dengan keluhan nyeri kepala sejak kurang lebih 2 minggu dan bertambah parah 2 hari sebelum masuk RS, anggota badan sebelah kiri lemah dan lemas, bicara kurang jelas/pelo. KU cukup, composmentis, TD: 159/101 mmHg, nadi : 135 x/menit, RR: 26 x.menit, suhu : 37 °C.

### **3. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Keluarga mengatakan klien pernah dirawat di RS kurang lebih 3 tahun yang lalu selama 10 hari dengan diagnose dan keluhan yang serupa, setelah itu pulih.

### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit Hipertensi atau penyakit serupa dengan klien

## **C. POLA PENGKAJIAN VIRGINIA HENDERSON**

#### **a. Oksigenasi**

Sebelum sakit : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, bernafas secara normal

Saat dikaji : klien terpasang nasal kanul 4 lpm, RR 26 x/menit

#### **b. Pola Nutrisi**

Klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien makan sehari 3 kali dengan lauk pauk, sayur dan nasi. Klien minum 7-8 gelas/hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien, klien menghabiskan porsi makanan yang diberikan oleh rumah sakit, tidak ada mual muntah, minum 7-8 gelas.

#### **c. Pola Eliminasi**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan eliminasi BAB dan BAK 5 x/hari, berwarna kuning, dan berbau khas.

Saat dikaji : klien terpasang DC no. 16, berwarna kuning

#### **d. Pola Istirahat**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur 7-8 jam sehari, tidak mengalami gangguan tidur, jarang terbangun di malam hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak merasa kesulitan untuk tidur.

#### **e. Pola Aktvitas**

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri, bekerja sebagai buruh

Saat dikaji : klien beristirahat di ruang perawatan, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien latihan mobilisasi dini pasca stroke

f. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan biasanya berekreasi dengan keluarga

Saat dikaji : klien beristirahat penuh dirumah sakit, klien mendapat pengobatan

g. Pola Belajar

Sebelum sakit : klien mengatakan mendapatkan informasi dan pembelajaran mengenai kesehatan dari anaknya

Saat dikaji : klien mengatakan mendapatkan informasi perkembangan kesehatannya dari dokter, perawat dan tenaga medis lainnya.

h. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2 kali, sikat gigi, dan keramas saat mandi

Saat dikaji : klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien diseka dan dibantu oleh keluarganya.

i. Pola Kenyamanan

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman berada di rumah dan ketika bersama keluarga

Saat dikaji : keluarga klien mengatakan berharap klien cepat pulang kerumah

j. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu.

Saat dikaji : klien mengatakan terkadang klien tidak sholat

k. Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan komunikasi, klien berbicara menggunakan Bahasa Indonesia dan Jawa

Saat dikaji : respon verbal klien minimalis dan berbicara seperlunya saja.

l. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan bekerja sebagai buruh

Saat diuji : klien beristirahat selama mendapatkan perawatan

m. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : klien mengatakan ketika dirumah dan saat bekerja klien mengenakan kaos dan celana pendek

Saat dikaji : klien mengenakan kaos dan sarung

**D. PEMERIKSAAN FISIK**

a. Kesadaran : kompos mentis GCS E4M6V5

b. Keadaan umum : cukup

c. Kepala : mesocephal, tidak ada luka di kepala, rambut bersih, beruban

d. Mata : konjungtiva anemik, sklera anikterik, pupil isokhor 2/2 mm, rangsang cahaya +/+

e. Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang alat bantu pernapasan nasal kanul 4 lpm

f. Telinga : bersih, tidak mengalami gangguan pendengaran

g. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak terdapat sariawan

h. Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

i. Dada :

c) Paru-paru :

Inspeksi : pengembangan dada seimbang, tidak terdapat luka, tidak terdapat deformitas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus seimbang kanan dan kiri

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

d) Jantung :

Inspeksi : tidak tampak pulsasi cordis

Palpasi : pulsasi cordis teraba di ICS ke 5

Perkusi : redup

Auskultasi : suara jantung murni SI-SII

j. Abdomen :

Inspeksi : tampak simetris, tidak terdapat luka

Auskultasi : bising usus normal 10x/menit

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan,

Perkusi : timpani

m. Kulit : turgor kulit baik, tidak ada luka

n. Genetalia : terpasang DC no. 16

o. Ekstremitas : tidak ada edema, terdapat kelemahan pada anggota gerak kanan dengan kekuatan otot atas 5/2 dan bawah 5/2

p. TTV :

TD : 174/158 mmHg

Nadi : 132 x/menit

RR : 24 x/menit

Suhu : 37 °C

## E. DATA PENUNJANG

### 1. Pemeriksaan Darah

Tanggal : 30-04-2021

Item	Hasil	Nilai normal
Eritrosit	6.86 $10^6$ /uL	4.40-5.90
Trombosit	149000 /uL	150000-400000
MCV	74.3 fL	80-100
MCH	22.9 pg/cell	26-34
MCHC	30.8 %	32-36
RDW	20.5 %	11.5-14.5
Batang	0.3 %	3-5
Segmen	74.7 %	50-70
Limfosit	14.5 %	25-40
Neutrophil	75.0 %	50.0-70.0
Ureum Darah	98.44 mg/dl	15.00-40.00

Kreatinin darah	2.07 mg/dl	0.70-1.20
Kalium	4.9 mEq/L	3.4-4.5
Klorida	124 mEq/L	96-108

Tanggal : 3-05-2021

Item	Hasil	Nilai normal
Natrium	158 mEq/L	134-146
Kalium	4.7 mEq/L	3.4-4.5
Klorida	130 mEq/L	96-108
Kalsium	8.3 mEq/L	8.6-10.3
INR	172 mEq/L	1.00-1.99

## 2. X-foto kepala (30 April 2021)

Kesan : infark lakuner pada korona radiata kanan kiri, nucleus lentiformis kanan dan thalamus kanan (aging cerebral atrophy)

## 3. EKG (30 April 2021)

Sinus rithm

## F. TERAPI

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1.	Inj. Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/ penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih
2.	Infus NaCl 0.9%	20 tpm	Infus steril yang mengandung elektrolit untuk mengganti cairan tubuh yang hilang.
3.	Inj. Citicolin	2x500 mg	Untuk melindungi otak, mempertahankan fungsi otak secara normal, serta mengurangi jaringan otak yang rusak akibat

			cidera.
4.	Inj. Cefaporazone	2x1 gr	Untuk mengatasi beragam kondisi akibat infeksi bakteri
5.	Inj. Paracetamol	3x1 gr	Untuk meredakan nyeri setelah pembedahan dan mengatasi demam
6.	Inj. calcium gluconate	2x10 ml	Untuk mengatasi kekurangan kalsium akut yang simtomatik
7.	PO digoxin	2x0.25 mg	Untuk mengobati penyakit jantung seperti aritmia dan gagal jantung

#### G. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Ds : keluarga klien mengatakan sejak 2 minggu sebelum masuk RS klien hanya tiduran dan aktivitasnya dibantu oleh keluarga, mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kiri</p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kekuatan otot menurun : Atas : 5/2 Bawah : 5/2</li> <li>2. Gerakan terbatas</li> <li>3. Fisik lemah</li> </ol>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik
2	Ds : klien mengatakan merasa pusing, lemas, klien mengatakan memiliki Riwayat	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak

	hipertensi Do : <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 174/158 mmHg, Nadi : 132 x/menit, suhu : 37 °C, RR : 24 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur, tampak lemah</li> <li>• Terpasang Nasal kanul 4 lpm</li> </ul>		efektif
3	Ds : klien mengatakan mulut untuk berbicara sulit Do : klien dapat berbicara namun pelan dan pelo	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal

#### H. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNCUL

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan adanya kelemahan pada anggota gerak
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi
3. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

#### I. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d adanya kelemahan pada	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :	<b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b> Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

anggota gerak	<b>Mobilitas Fisik (L05042)</b>		<p>2) Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan</p> <p>3) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas</p> <p>4) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)</p> <p>2) Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu</p> <p>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya</p>
	Indicator	A T	
	Pergerakan ekstremitas	2 4	
	Kekuatan otot	2 4	
	Kelemahan fisik	2 4	

Keterangan :

1 : menurun

2 : cukup menurun

3 : sedang

4 : cukup meningkat

5 : meningkat

			duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)						
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : menurun  2 : cukup menurun  3 : sedang  4 : cukup meningkat  5 : meningkat</p>	Indicator	A	T	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3) Monitor status pernapasan</li> <li>4) Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan posisi semi fowler</li> <li>2) Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu</li> <li>3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
Indicator	A	T							
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4							

3	<p>Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b></p> <table border="1" data-bbox="730 770 1098 1160"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan bicara</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Menurun</li> <li>7. Cukup menurun</li> <li>8. Sedang</li> <li>9. Cukup meningkat</li> <li>10. Meningkat</li> </ol>	Indikator	A	T	Kemampuan bicara	2	4	Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4	Pelo	2	4	<p><b>Promosi komunikasi: Defisit bicara (L.134920)</b></p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</li> <li>2) Ulangi apa yang disampaikan pasien</li> </ol> <p>Edukasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Anjurkan bicara perlahan</li> <li>2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara</li> </ol>
Indikator	A	T													
Kemampuan bicara	2	4													
Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4													
Pelo	2	4													

## J. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TGL/ JAM	TINDAKAN	RESPON	TTD
3-5- 2021 07.35	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.45	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
09.00	Memberikan terapi obat	S : - O : Inj. Cefaporazone 1 gr, inj.ranitidin 50 mg, inj.paracetamol 1 gr, inj. Calcium gluconate 10 ml, PO digoxin 0.5 mg	Fryda
10.00	Menganjurkan bicara perlahan	S : keluarga mengatakan klien masih sulit berbicara dan berbicara seperlunya O : klien tampak berbicara seperlunya dan bicara kurang jelas	Fryda
11.20	Memonitor KU	S : klien mengatakan merasa lemas, mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kiri O : ku : cukup, kooperatif, komposmentis	Fryda
11.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi	Fryda

		menyisir rambut yang telah diajarkan	
11.45	Memonitor TTV	S: - O : TD:164/112mmHg, N:103 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36,6 °C	Fryda
12.30	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif	Fryda
13.00	Memberikan posisi semi fowler	S : - O : tempat tidur klien semi fowler	Fryda
13.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
4-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.15	Memberikan terapi	S : - O : Inj. Cefaporazone 1 gr, inj.ranitidin 50 mg, inj.paracetamol 1 gr, inj. Calcium gluconate 10 ml, PO digoxin 0.5 mg	Fryda
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : klien mengatakan siap untuk diberikan latihan ROM O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi	Fryda

		menyisir rambut yang telah diajarkan	
09.30	Mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan ROM kepada pasien	S : keluarga pasien mengatakan sudah lumayan bisa melakukan ROM setelah diajarkan O : keluarga pasien tampak mempraktekan kembali ROM yang diajarkan	Fryda
09.45	Menganjurkan bicara perlahan	S : keluarga mengatakan klien masih sulit berbicara dan berbicara seperlunya O : klien tampak berbicara seperlunya dan bicara kurang jelas	Fryda
10.20	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif, tampak mengikuti arahan dari terapis	Fryda
11.30	Memonitor TTV	S : - O : TD : 169/132 mmHg, S : 36.8 °C, RR : 22 x/menit, N : 112 x/m	Fryda
11.40	Memonitor KU	S : klien mengatakan tangan dan kakinya menjadi lebih rileks O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda
13.30	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : klien mengatakan tangan dan kakinya menjadi lebih rileks O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
5-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang	Fryda

		menyeka pasien	
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.30	Memberikan terapi	S : - O : Inj. Cefaporazone 1 gr, inj.ranitidin 50 mg, inj. Calcium gluconate 10 ml, PO digoxin 0.5 mg	Fryda
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
10.20	Memonitor TTV	S : - O : TD : 146/104 mmHg, S : 36.8 °C, RR : 20 x/menit, N : 98 x/m	Fryda
10.30	Menganjurkan bicara perlahan	S : keluarga mengatakan klien masih sulit berbicara O : klien tampak berbicara seperlunya dan bicara lumayan jelas	Fryda
11.30	Memonitor KU	S : klien mengatakan sudah mampu sedikit sedikit menggerakan tangannya O : kekuatan otot atas 5/3 bawah 5/3	Fryda
13.30	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda

		dan dibantu oleh keluarga	
--	--	---------------------------	--

### K. EVALUASI

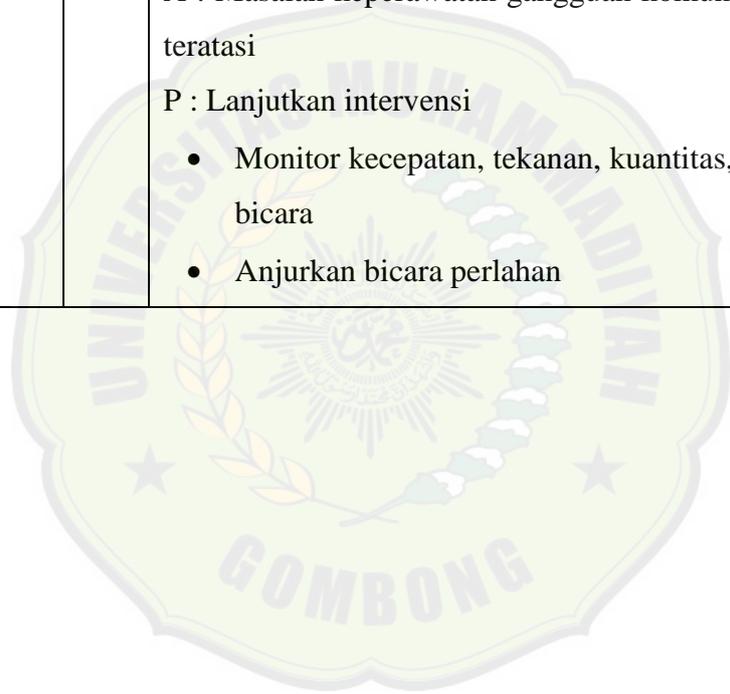
TGL/ JAM	NO. DX	EVALUASI	TTD
3-5- 2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kiri</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 5/2</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 5/2</li> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• Fisik lemah</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
3-5- 2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan pusing berkurang, nyeri kepala berkurang</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD:164/112mmHg, N:103 x/menit, RR: 24 x/menit, S: 36,6 °C</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur, tampak lemah</li> <li>• Terpasang nasal kanul 4 lpm</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> </ul>	Fryda

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor KU</li> </ul>	
3-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, belum terlalu jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
4-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan tangan dan kakinya sudah mulai rileks</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 5/2</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 5/2</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
4-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik, tidak pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 169/132 mmHg, S : 36.8 °C, RR : 22 x/menit, N : 112 x/m</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul>	Fryda

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah tidak terpasang nasal kanul</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	
4-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, masih belum terlalu jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda

5-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan sudah mulai bisa mobilisasi dan ROM yang diajarkan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 5/3</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 5/2</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
5-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 146/104 mmHg, S : 36.8 °C, RR : 20 x/menit, N : 98 x/m</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda

5-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
-------------------	---	--	-------



## ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN III

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas

Nama : Ny.S  
Umur : 70 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Ledung  
Status : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : SD  
Pekerjaan : Tidak bekerja  
No RM : 0216xxxx  
Diagnose medis : Stroke Non Hemoragic

#### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. A  
Umur : 45 tahun  
Jenis kelamin : perempuan  
Alamat : Ledung  
Hubungan dengan klien : Anak

### B. RIWAYAT KESEHATAN

#### 1. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak kiri

#### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang dari IGD RS Prof dr. Margono Soekarjo Purwokerto dengan keluhan mengalami kelemahan anggota gerak kiri sejak pagi, bicara susah/ pelo, dan lemas. TD : 201/85 mmHg, Nadi: 155 x/menit, suhu : 36 °C, RR : 20 x/menit, keadaan baik, kesadaran composentis

### **3. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan sebelumnya belum pernah dirawat di rumah sakit, riwayat hipertensi

### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit Hipertensi atau DM

## **C. POLA PENGKAJIAN VIRGINIA HENDERSON**

#### **a. Oksigenasi**

Sebelum sakit : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, bernafas secara normal

Saat dikaji : klien terpasang NK 4 lpm, RR 20 x/menit, tidak ada retraksi dinding dada

#### **b. Pola Nutrisi**

Klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien makan sehari 3 kali dengan lauk pauk, sayur dan nasi. Klien minum 7-8 gelas/hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien, klien menghabiskan porsi makanan yang diberikan oleh umah sakit, tidak ada mual muntah, minum 7-8 gelas.

#### **c. Pola Eliminasi**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan eliminasi BAB dan BAK normal 5-6 x/hari, berwarna kuning, dan berbau khas.

Saat dikaji : klien terpasang DC no. 16, berwarna kuning

#### **d. Pola Istirahat**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur 7-8 jam sehari, tidak mengalami gangguan tidur, jarang terbangun di malam hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak merasa kesulitan untuk tidur.

#### **e. Pola Aktvitas**

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri

Saat dikaji : klien beristirahat di ruang perawatan, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien latihan mobilisasi dini pasca stroke

f. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan biasanya tidak pernah berekreasi

Saat dikaji : klien beristirahat penuh dirumah sakit, klien mendapat pengobatan

g. Pola Belajar

Sebelum sakit : klien mengatakan mendapatkan informasi dan pembelajaran mengenai kesehatan dari puskesmas disekitar rumah

Saat dikaji : klien mengatakan mendapatkan informasi perkembangan kesehatannya dari dokter, perawat dan tenaga medis lainnya.

h. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2 kali, sikat gigi, dan keramas saat mandi

Saat dikaji : klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien diseka dan dibantu oleh keluarganya.

i. Pola Kenyamanan

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman berada di rumah

Saat dikaji : keluarga klien mengatakan berharap klien cepat pulang kerumah

j. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu.

Saat dikaji : klien mengatakan terkadang klien tidak sholat

k. Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan komunikasi, klien berbicara menggunakan Bahasa Jawa

Saat dikaji : klien mengatakan mulai mengalami kesulitan komunikasi 1 hari sebelum masuk RS.

l. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak bekerja

Saat dijai : klien beristirahat selama mendapatkan perawatan

m. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : klien mengatakan ketika dirumah mengenakan baju dan jarit

Saat dikaji : klien mengenakan baju jarit

**D. PEMERIKSAAN FISIK**

- a. Kesadarn : kompos mentis GCS E4M6V5
- b. Keadaan umum : cukup
- c. Kepala : mesocephal, tidak ada luka di kepala, rambut beruban
- d. Mata : konjungtiva ananemis, sklera anikterik, pupil isokhor 3/3 mm, rangsang cahaya +/+
- e. Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung, terpasang alat bantu pernapasan NK 4 lpm, dan NGT
- f. Telinga : bersih, tidak mengalami gangguan pendengaran
- g. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak terdapat sariawan
- h. Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
- i. Dada :
  - a) Paru-paru :

Inspeksi : pengembangan dada seimbang, tidak terdapat luka, tidak terdapat deformitas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus seimbang kanan dan kiri

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler
  - b) Jantung :

Inspeksi : tidak tampak pelsasi cordis

Palpasi : pulsaso cordis teraba di ICS ke 5

Perkusi : redup

Auskultasi : suara jantung murni SI-SII

j. Abdomen :

Inspeksi : tampak simetris, tidak terdapat luka

Auskultasi : bising usus normal 10x/menit

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan,

Perkusi : timpani

k. Kulit : turgor kulit baik, tidak ada luka

l. Genitalia : terpasang DC no. 16

m. Ekstremitas : tidak ada edema, terdapat kelemahan pada anggota gerak kanan dengan kekuatan otot atas 5/1 dan bawah 5/1

n. TTV :

TD : 146/104 mmHg,

S : 36.8 °C,

RR : 20 x/menit,

N : 98 x/m

## E. DATA PENUNJANG

### 1. Pemeriksaan Darah

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hemoglobin	14,3	g/dL	13,2-17,5
Leukosit	9620	/uL	3800-10600
Hematokrit	42	%	40-52
Eritrosit	4,84	10 <sup>6</sup> /uL	4,40-5,90
Trombosit	282000	/uL	15.000-440000
MCV	86,0	fL	80-100
MCH	29,5	Pg/cell	26-34
MCHC	34,4	%	32-36
RDW	13,4	%	11,5-14,5
MPV	L 9,3	fL	9,4-12,4

Basophil	0,6	%	0-1
Eosinophil	2,3	%	2-4
Batang	H 5,9	%	3-5
Segmen	65,8	%	50-70
Limfosit	L 19,9	%	25-40
Monosit	5,7	%	2-8
Neutrophil	71,5	%	50,0-70,0
Ureum darah	31,82	mg/dL	15,0-40,0
Kreatinin darah	0,84	mg/dL	0,50-1,00
Glukosa darah	H 173	mg/dL	<140
Natrium	142	mEq/dL	134-148
Kalium	3,8	mEq/dL	3,4-4,5
Klorida	H 110	mEq/dL	96-108

## 2. Hasil Rontgen

Kesan : infark lakuner pada korona radiata kanan, nucleus lentiformis kanan dan thalamus kanan (aging cerebral atrophy)

## F. TERAPI

No	Jenis obat	Dosis	Indikasi
1	Infus NaCl 0,9%	500 ml, 20tpm	Sebagai pengganti cairan tubuh yang hilang, mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan menjaga tubuh agar tetap terhidrasi dengan baik.

2	O2 NRM	15 lpm	Pasien dengan gejala klinis yang menunjukkan keadaan hipoksemia atau hipoksia membutuhkan terapi oksigen.
3	Nircadipin pump	10cc/jam	Menurunkan tekanan darah pada hipertensi
4	Citicolin	500 mg	Suplemen untuk otak atau obat yang digunakan untuk men gobati penyakit Alzheimer dan jenis demensia lainnya, luka di kepla, stroke, penyakit Parkinson, ADHD, serta glaucoma.
5	Lanoprazol	1 amp	Mengatasi gangguan pada lambunng seperti tukak lambung, GERD (gastro esophageal reflux disease), dan sindrom Zollinger-Ellison.

#### G. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>Ds :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerah sebelah kiri sejak pagi hari sebelum dibawa kerumah sakit, keluarga pasien mengatakan semua aktivitasnya dibantu oleh anaknya.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak lemah,</li> </ul>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

	<p>anggota gerak bagian kiri tampak tidak bisa digerakkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot atas 5/1</li> <li>• Kekuatan otot bawah 5/1</li> <li>• Pasien terpasang O2 NK 4 lpm, terpasang NGT dan infus NaCl 0,9</li> <li>• GCS : E4V5M6</li> </ul>		
2	<p>Ds :          Keluarga pasien mengatakan pasien tiba-tiba pusing dan lemas pada pagi hari setelah menjemur dan menata kayu bakar dibelakang rumahnya, anggota gerak bagian kiri melemah dan lama kelamaan tidak bisa digerakkan, bicara tidak jelas/pelo. Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak berbaring ditempat tidur, tampak lemas, anggota gerak kiri tampak tidak bisa digerakkan, bicara pelo</li> <li>• TTV :            TD : 166/104 mmHg            Nadi : 90 x/menit</li> </ul>	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	RR : 20 x/menit S : 36,7°C		
3.	<p>Ds : Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan dalam berkomunikasi karena suaranya pelan dan bicara tidak jelas atau pelo.</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasien tampak terbaring di tempat tidurnya</li> <li>• Saat dikaji pasien tampak menjawab pertanyaan tetapi suaranya pelan dan bicaranya pelo</li> <li>• Semua aktivitasnya dibantu oleh anaknya</li> <li>• Pasien tampak lemah</li> <li>• Kekuatan otot Atas kanan/kiri : 5/1 Bawah kanan/kiri : 5/1</li> </ul>	Gangguan Komunikasi verbal	Penurunan sirkulasi serebral

#### H. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNCUL

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan adanya kelemahan pada anggota gerak
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi
3. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral

## I. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI												
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d adanya kelemahan pada anggota gerak	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Mobilitas Fisik (L05042)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :            1 : menurun            2 : cukup menurun            3 : sedang            4 : cukup meningkat            5 : meningkat</p>	Indicator	A	T	Pergerakan ekstremitas	2	4	Kekuatan otot	2	4	Kelemahan fisik	2	4	<p><b>Dukungan Mobilisasi (L05173)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>2) Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan</li> <li>3) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas</li> <li>4) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)</li> <li>2) Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu</li> <li>3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan</li> </ol>
Indicator	A	T													
Pergerakan ekstremitas	2	4													
Kekuatan otot	2	4													
Kelemahan fisik	2	4													

			<p>pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ol>						
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : menurun</p> <p>2 : cukup menurun</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : cukup meningkat</p> <p>5 : meningkat</p>	Indicator	A	T	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3) Monitor status pernapasan</li> <li>4) Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan posisi semi fowler</li> <li>2) Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p>Kolaborasi</p>
Indicator	A	T							
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4							

			<p>1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</p> <p>2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu</p> <p>3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>												
3.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan bicara</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : Menurun</p> <p>2 : Cukup menurun</p> <p>3 : Sedang</p> <p>4 : Cukup meningkat</p> <p>5 : Meningkatkan</p>	Indikator	A	T	Kemampuan bicara	2	4	Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4	Pelo	2	4	<p><b>Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.134920)</b></p> <p>Observasi :</p> <p>1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p> <p>2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara</p> <p>Terapeutik :</p> <p>3) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan</p> <p>4) Ulangi apa yang disampaikan pasien</p> <p>Edukasi :</p> <p>1) Anjurkan bicara perlahan</p> <p>2) Ajarkan pasien dan</p>
Indikator	A	T													
Kemampuan bicara	2	4													
Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4													
Pelo	2	4													

			keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
--	--	--	---

#### J. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TGL/ JAM	TINDAKAN	RESPON	TTD
10-5- 2021 07.35	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.40	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.30	Memberikan terapi obat	S : - O : paracetamol 500 mg masuk, infus NS 500cc/12 jam masuk	Fryda
11.15	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	S : - O : TD : 160/102 mmHg N : 101 x/menit, S:36 °C, RR: 20 x/m	Fryda
11.20	Memonitor KU	S : klien mengatakan merasa lemas, mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kiri O : ku : cukup, kooperatif, komposmentis	Fryda

11.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara pelo dan tidak jelas, suara pelan dan berbicara seperlunya O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.	Fryda
11.45	Menganjurkan keluarga untuk melatih berbicara apelan-pelan dan selalu membantu kebutuhan pasien	S : Keluarga klien mengatakan klien kadang-kadang berbicara tetapi tidak terlalu jelas O: Pasien tampak dapat merespon apa yang ditanyakan keluarga dan perawat	Fryda
12.30	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif	Fryda
13.00	Memberikan posisi semi fowler	S : - O : tempat tidur klien semi fowler	Fryda
13.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi	Fryda

		menyisir rambut yang telah diajarkan	
11-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.15	Memberikan terapi	S : - O : paracetamol 500 mg masuk, infus NS 500cc/12 jam masuk	Fryda
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : klien mengatakan siap untuk diberikan latihan ROM O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
	Mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan ROM kepada pasien	S : keluarga pasien mengatakan sudah lumayan bisa melakukan ROM setelah diajarkan O : keluarga pasien tampak mempraktekan kembali ROM yang diajarkan	Fryda
11.30	Memonitor TTV	S : - O : TD : 164/90 mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,0°C	Fryda
11.40	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa	Fryda

		<p>menggerakkan tangan dan kaki kirinya</p> <p>O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif</p>	
11.50	<p>Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</p>	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <p>Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</p>	Fryda
13.30	<p>Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</p>	<p>S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan</p> <p>O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan</p>	Fryda
12-5-2021 07.30	<p>Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien</p>	<p>S : pasien mengatakan mau untuk diseka</p> <p>O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien</p>	Fryda
07.35	<p>Melakukan verbed</p>	<p>S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei</p> <p>O : mengganti seprei tempat tidur pasien</p>	Fryda
08.30	<p>Memberikan terapi</p>	<p>S : -</p> <p>O : paracetamol 500 mg masuk, infus NS 500cc/12 jam masuk</p>	Fryda
09.10	<p>Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut</p>	<p>S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan</p>	Fryda

		O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	
10.20	Memonitor TTV	S : - O : TD : 156/89mmHg N : 80x/menit RR : 20x/menit S : 37 °C	Fryda
11.30	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda
11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan	Fryda
13.30	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan dan dibantu oleh keluarga	Fryda

## K. EVALUASI

TGL/ JAM	NO. DX	EVALUASI	TTD
10-5- 2021 14.00	1	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kiri, keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak bisa jalan dan semua aktivitasnya dibantu oleh keluarganya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 5/1</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 5/1</li> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• Fisik lemah</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
10-5- 2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa lemas, pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 160/102 mmHg, N : 101 x/menit, S:36 °C, RR: 20 x/m</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur, tampak lemah</li> <li>• Terpasang nk 4 lpm</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda

10-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan berbicara. Bicaranya tidak jelas atau pelo.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
11-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan tangan dan kakinya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 5/1</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 5/1</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda

11-5-2021 14.00	2	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien lebih sering tidur dan masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya karena masih lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 164/90 mmHg, N : 82x/menit, RR : 20x/menit, S : 37,0°C</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda
11-5-2021 14.00	3	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa berbicara dengan baik. Bicaranya masih belum jelas.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
12-5-2021	1	<p>S : Keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kiri masih belum bisa berfungsi dengan baik,</p>	Fryda

14.00		<p>keluarga pasien juga mengatakan pasien belum bisa jalan dan semua aktivitasnya masih dibantu oleh keluarganya.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 5/1</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 5/1</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	
12-5-2021 14.00	2	<p>S : Keluarga pasien mengatakan pasien sudah lebih baik. Tetapi masih belum bisa beraktivitas seperti biasanya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 156/89mmHg, N : 80x/menit, RR : 20x/menit, S : 37 °C</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda

12-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa berbicara dengan baik. Bicaranya masih belum jelas dan masih pelo.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
--------------------	---	---	-------

## ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN IV

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas

Nama : Ny. R  
Umur : 55 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Karangemiri  
Status : Menikah  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
Diagnose medis : Stroke Non Hemoragic

#### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.S  
Umur : 57 tahun  
Jenis kelamin : Laki-laki  
Alamat : Karangemiri  
Hubungan dengan klien : Suami

### B. RIWAYAT KESEHATAN

#### 1. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak kanan

#### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang dari IGD RS Prof dr. Margono Soekarjo dengan keluhan pagi hari pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran dan mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Keluarga mengatakan pasien mengalami kesulitan bicara (bicara tidak jelas). TD : 130/90 mmHg, Nadi : 71 x/menit, suhu : 36,5 °C, RR : 20 x/menit, keadaan umum cukup, kesadaran composmentis

### **3. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan memiliki Riwayat Hipertensi atau DM

### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit Hipertensi atau DM

## **C. POLA PENGKAJIAN VIRGINIA HENDERSON**

#### **a. Oksigenasi**

Sebelum sakit : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, bernafas secara normal

Saat dikaji : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, RR 20 x/menit, tidak ada retraksi dinding dada

#### **b. Pola Nutrisi**

Klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien makan sehari 2 kali dengan lauk pauk, sayur dan nasi. Klien minum 7-8 gelas/hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien, klien menghabiskan porsi makanan yang diberikan oleh umah sakit, tidak ada mual muntah, minum 7-8 gelas.

#### **c. Pola Eliminasi**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan eliminasi BAB dan BAK normal 5-6 x/hari, berwarna kuning, dan berbau khas.

Saat dikaji : klien terpasang DC no. 16, berwarna kuning

#### **d. Pola Istirahat**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur 7-8 jam sehari, tidak mengalami gangguan tidur, jarang terbangun di malam hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak merasa kesulitan untuk tidur.

#### **e. Pola Aktvitas**

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri, bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat dikaji : klien beristirahat di ruang perawatan, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien latihan mobilisasi dini pasca stroke

f. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan biasanya berekreasi dengan keluarga

Saat dikaji : klien beristirahat penuh dirumah sakit, klien mendapat pengobatan

g. Pola Belajar

Sebelum sakit : klien mengatakan mendapatkan informasi dan pembelajaran mengenai kesehatan dari internet

Saat dikaji : klien mengatakan mendapatkan informasi perkembangan kesehatannya dari dokter, perawat dan tenaga medis lainnya.

h. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2 kali, sikat gigi, dan keramas saat mandi

Saat dikaji : klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien diseka dan dibantu oleh keluarganya.

i. Pola Kenyamanan

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman berada di rumah dan ketika bersama keluarga

Saat dikaji : keluarga klien mengatakan berharap klien cepat pulang kerumah

j. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu.

Saat dikaji : klien mengatakan terkadang klien tidak sholat

k. Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan komunikasi, klien berbicara menggunakan Bahasa Indonesia dan Jawa

Saat dikaji : klien mengatakan mulai mengalami kesulitan komunikasi 1 hari sebelum masuk RS.

l. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan bekerja sebagai ibu rumah tangga

Saat diuji : klien beristirahat selama mendapatkan perawatan

m. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : klien mengatakan ketika dirumah klien mengenakan kaos atau baju santai lainnya

Saat dikaji : klien mengenakan daster

**D. PEMERIKSAAN FISIK**

a. Kesadaran : kompos mentis GCS E4M6V5

b. Keadaan umum : cukup

c. Kepala : mesocephal, tidak ada luka di kepala, rambut berminyak

d. Mata : konjungtiva anemik, sklera anikterik, pupil isokhor 2/2 mm, rangsang cahaya +/+

e. Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu pernapasan

f. Telinga : bersih, tidak mengalami gangguan pendengaran

g. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak terdapat sariawan

h. Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

i. Dada :

a) Paru-paru :

Inspeksi : pengembangan dada seimbang, tidak terdapat luka, tidak terdapat deformitas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus seimbang kanan dan kiri

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler

b) Jantung :

Inspeksi : tidak tampak pulsasi cordis

Palpasi : pulsasi cordis teraba di ICS ke 5

Perkusi : redup

Auskultasi : suara jantung murni SI-SII

j. Abdomen :

Inspeksi : tampak simetris, tidak terdapat luka

Auskultasi : bising usus normal 12 x/menit

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan,

Perkusi : timpani

k. Kulit : turgor kulit baik, tidak ada luka

l. Genetalia : terpasang DC no. 16

m. Ekstremitas : tidak ada edema, terdapat kelemahan pada anggota gerak kanan dengan kekuatan otot atas 3/5 dan bawah 3/5

n. TTV :

TD : 130/91 mmHg

Nadi : 72 x/menit

RR : 20 x/menit

S : 36°C

## E. DATA PENUNJANG

### 1. Pemeriksaan Darah

<i>Pemeriksaan</i>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai rujukan</b>
<i>Hemoglobin</i>	12.6	g/dl	11.7-15.5
<i>Leukosit</i>	10330	/uL	3600-11000
<i>Hematokrit</i>	40	%	35-47
<i>Eritrosit</i>	5.04	10/uL	3.80-5.20
<i>Trombosit</i>	350000	/uL	150000-440000
<i>MCV</i>	79.8	fL	80-100
<i>MCH</i>	25.0	Pg/cell	26-34
<i>MCHC</i>	31.3	%	32-36
<i>MDW</i>	15.0	%	11.5-14.5
<i>MPV</i>	10.4	fL	9.4-12.3

## 2. HASIL PEMERIKSAAN THORAX

- Cor : CTR > 56 %
- Pulmo : corakan bronchovaskuler meningkat, tampak bercak suprahiler dan parakardial kanan
- Diafragma kanan kiri intak
- Sinus kostofrenikus kanan kiri lancip
- Sistema tulang yang tervisualisasi intak
- Cardiomegali
- Bronchipneumonia

## 3. HASIL PEMERIKSAAN CT SCAN

- Infark lakuner pada pons paramedian dextra
- Tak tampak tanda peningkatan tekanan intrakranial

## F. TERAPI

No	Nama Obat	Dosis	Indikasi
1.	Inj. Ranitidine	2x50 mg	Menangani gejala/ penyakit yang berkaitan dengan produksi asam lambung berlebih
2.	Infus NaCl 0.9%	20 tpm	Infus steril yang mengandung elektrolit untuk mengganti cairan tubuh yang hilang.
3.	Inj. Mecobalamin	2x500	Untuk mengobati neuropati perifer dan beberapa jenis anemia
4.	Inj. Citicolin	2x250 mg	Untuk melindungi otak, mempertahankan fungsi otak secara normal, serta mengurangi jaringan otak yang rusak akibat cedera.

5.	Inj. Ceftriaxone	1x1 gr	Untuk mengatasi infeksi yang disebabkan bakteri
6.	PO digoxin	2x0.25 mg	Untuk mengobati penyakit jantung seperti aritmia dan gagal jantung

G. A

### NALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	<p>DS :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan, keluarga pasien juga mengatakan pasien tidak bisa jalan dan semua aktivitasnya dibantu oleh suaminya. Pasien juga mengatakan sakit dikedua lututnya.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien terbaring di tempat tidurnya dan hanya bisa miring kanan dan miring kiri saja</li> <li>• Semua aktivitasnya dibantu oleh suaminya</li> <li>• Pasien terlihat lemah</li> <li>• Kekuatan otot Atas kanan/kiri : 3/5 Bawah kanan/kiri : 3/5</li> </ul>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>

2	<p>DS :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pagi hari pasien tiba-tiba mengalami penurunan kesadaran dan mengalami kelemahan anggota gerak sebelah kanan. Keluarga mengatakan pasien mengalami kesulitan bicara (bicara tidak jelas). Keluarga juga mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit DM dan hipertensi.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien hanya terbaring ditempat tidurnya</li> <li>• Pasien sudah dapat berkomunikasi tetapi bicaranya masih tidak jelas</li> <li>• GDS saat baru datang ke RS 201 mg/dl</li> <li>• Saat dikaji glukosa puasa : 94 mg/dl</li> <li>• TTV :  TD : 130/91 mmHg  Nadi : 72 x/menit  RR : 20 x/menit  S : 36°C</li> </ul>	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
3.	DS : Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal

<p>kesulitan berbicara. Bicaranya tidak jelas.</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.</li> <li>• Pasien tampak sulit mempertahankan komunikasi</li> <li>• Pasien tampak sulit mengungkapkan kata-kata</li> </ul>		
--	--	--

#### H. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNCUL

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan adanya kelemahan pada anggota gerak
2. Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi
3. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral

#### I. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI			
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d adanya kelemahan pada anggota gerak	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil : <b>Mobilitas Fisik (L05042)</b>	<b>Dukungan Mobilisasi (L.05173)</b> Observasi 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2) Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan			
		<table border="1"> <tr> <td>Indicator</td> <td>A</td> <td>T</td> </tr> </table>	Indicator	A	T	
Indicator	A	T				

		Pergerakan ekstremitas	2	4	pergerakan
		Kekuatan otot	2	4	3) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas
		Kelemahan fisik	2	4	4) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas
		<p>Keterangan :</p> <p>1 : menurun</p> <p>2 : cukup menurun</p> <p>3 : sedang</p> <p>4 : cukup meningkat</p> <p>5 : meningkat</p>			<p>Terapeutik</p> <p>4) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)</p> <p>5) Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu</p> <p>6) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>Edukasi</p> <p>1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari</p>

			tempat tidur ke kursi)						
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : menurun  2 : cukup menurun  3 : sedang  4 : cukup meningkat  5 : meningkat</p>	Indicator	A	T	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3) Monitor status pernapasan</li> <li>4) Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan posisi semi fowler</li> <li>2) Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu</li> <li>3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</li> </ol>
Indicator	A	T							
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4							
3.	Gangguan komunikasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	<b>Promosi komunikasi: Defisit bicara (I.134920)</b>						

	verbal b.d penurunan sirkulasi serebral	diharapkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil : <b>Komunikasi Verbal          (L.13118)</b> <table border="1" data-bbox="730 633 1098 1025"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan bicara</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> Keterangan : 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	Indikator	A	T	Kemampuan bicara	2	4	Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4	Pelo	2	4	Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara Terapeutik : 1) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 2) Ulangi apa yang disampaikan pasien Edukasi : 1. Anjurkan bicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara
Indikator	A	T													
Kemampuan bicara	2	4													
Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4													
Pelo	2	4													

#### J. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TGL/ JAM	TINDAKAN	RESPON	TTD

10-5-2021 07.35	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.40	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.30	Memberikan terapi obat	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, inj. Ceftriaxone 1 gr, mecobalamin 500 mg	Fryda
11.15	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	S : - O : TD : 133/90 mmHg	Fryda
11.20	Memonitor KU	S : klien mengatakan merasa lemas, mengalami kelemahan padad tangan dan kaki kanan O : ku : cukup, kooperatif, komposmentis	Fryda
11.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara pelo dan tidak jelas, suara pelan dan berbicara seperlunya O : Saat dikaji pasien dapat menjawab	Fryda

		pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.	
11.45	Menganjurkan keluarga untuk melatih berbicara apelan-pelan dan selalu membantu kebutuhan pasien	S : Keluarga klien mengatakan klien kadang-kadang berbicara tetapi tidak terlalu jelas O: Pasien tampak dapat merespon apa yang ditanyakan keluarga dan perawat	Fryda
12.30	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif	Fryda
13.00	Memberikan posisi semi fowler	S : - O : tempat tidur klien semi fowler	Fryda
13.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
11-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.15	Memberikan terapi	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, inj. ceftriaxone 1 gr, mecobalamin 500	Fryda

		mg	
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : klien mengatakan siap untuk diberikan latihan ROM O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
09.30	Mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan ROM kepada pasien	S : keluarga pasien mengatakansudah lumayan bisa melakukan ROM setelah diajarkan O : keluarga pasien tampak mempraktekan kembali ROM yang diajarkan	Fryda
10.20	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif, tampak mengikuti arahan dari terapis	Fryda
11.30	Memonitor TTV	S : - O : TD : 152/90 mmHg, S : 37 °C, RR : 20 x/menit, N : 78 x/m	Fryda
11.40	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda
11.50	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan	Fryda

13.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
12-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.30	Memberikan terapi	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, inj. ceftriaxone 1 gr, mecobalamin 500 mg	Fryda
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
10.20	Memonitor TTV	S : - O : TD : 150/90 mmHg, S : 37 °C, RR : 20 x/menit, N : 76 x/m	Fryda
11.30	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda

11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan	Fryda
13.30	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan dan dibantu oleh keluarga	Fryda

#### K. EVALUASI

TGL/ JAM	NO. DX	EVALUASI	TTD
10-5- 2021 14.00	1	S : klien mengatakan mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 3/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 3/5</li> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• Fisik lemah</li> </ul> A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda

10-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 133/90 mmHg, Nadi : 70 x/menit, suhu : 36,7 °C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur, tampak lemah</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda
10-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan berbicara. Bicaranya tidak jelas atau pelo.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda

11-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan tangan dan kakinya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 3/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 3/5</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
11-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik, tidak pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 152/90 mmHg, Nadi : 78 x/menit, suhu : 37 °C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda

11-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda
12-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan sudah mulai bisa menggenggamkan jari-jari dan mulai sedikit mengangkat tangannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 4/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 4/5</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menysisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda

12-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik, tidak pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 150/90 mmHg, Nadi : 76 x/menit, suhu : 37 °C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda
12-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda

## ASUHAN KEPERAWATAN KLIEN V

### A. Pengkajian

#### 1. Identitas

Nama : Ny. C  
Umur : 32 tahun  
Jenis kelamin : Perempuan  
Alamat : Baturaden  
Status : menikah  
Agama : Islam  
Suku : Jawa  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu rumah tangga  
No RM : 0216xxxx  
Diagnose medis : Stroke Non Hemoragic

#### 2. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. S  
Umur : 60 tahun  
Jenis kelamin : perempuan  
Alamat : Baturaden  
Hubungan dengan klien : Ibu

### B. RIWAYAT KESEHATAN

#### 1. Keluhan Utama

Kelemahan anggota gerak kanan

#### 2. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien datang dari IGD RS Prof dr. Margono Soekarjo Purwokerto dengan keluhan bicara pelo, mulut merot, badan terasa lemas, tangan dan kaki kanan mengalami kelemahan sejak 1 minggu yang lalu. TD: 139/87 mmHg, N: 98 x/menit, RR: 20 x/menit, Suhu : 36 °C, keadaan umum cukup, composmentis.

### **3. Riwayat Kesehatan Dahulu**

Klien mengatakan belum pernah dirawat dirumah sakit dan memiliki riwayat epilepsy.

### **4. Riwayat Kesehatan Keluarga**

Klien mengatakan di dalam keluarga tidak ada yang memiliki penyakit Hipertensi atau DM

## **C. POLA PENGKAJIAN VIRGINIA HENDERSON**

#### **a. Oksigenasi**

Sebelum sakit : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, bernafas secara normal

Saat dikaji : klien tidak mengalami gangguan pernapasan, RR 20 x/menit, tidak ada retraksi dinding dada

#### **b. Pola Nutrisi**

Klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien makan sehari 3 kali dengan lauk pauk, sayur dan nasi. Klien minum 7-8 gelas/hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak mengalami gangguan makan, klien, klien menghabiskan porsi makanan yang diberikan oleh umah sakit, tidak ada mual muntah, minum 7-8 gelas.

#### **c. Pola Eliminasi**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan eliminasi BAB dan BAK normal 5-6 x/hari, berwarna kuning, dan berbau khas.

Saat dikaji : klien terpasang DC no. 16, berwarna kuning

#### **d. Pola Istirahat**

Sebelum sakit : klien mengatakan tidur 7-8 jam sehari, tidak mengalami gangguan tidur, jarang terbangun di malam hari.

Saat dikaji : klien mengatakan tidak merasa kesulitan untuk tidur.

#### **e. Pola Aktvitas**

Sebelum sakit : klien mengatakan dapat beraktivitas secara mandiri, bekerja sebagai IRT

Saat dikaji : klien beristirahat di ruang perawatan, aktivitas klien dibantu oleh keluarga, klien latihan mobilisasi dini pasca stroke

f. Pola Rekreasi

Sebelum sakit : klien mengatakan biasanya jarang berekreasi

Saat dikaji : klien beristirahat penuh dirumah sakit, klien mendapat pengobatan

g. Pola Belajar

Sebelum sakit : klien mengatakan mendapatkan informasi dan pembelajaran mengenai kesehatan dari internet

Saat dikaji : klien mengatakan mendapatkan informasi perkembangan kesehatannya dari dokter, perawat dan tenaga medis lainnya.

h. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit : klien mengatakan mandi 2 kali, sikat gigi, dan keramas saat mandi

Saat dikaji : klien mengatakan selama dirawat di rumah sakit klien diseka dan dibantu oleh keluarganya.

i. Pola Kenyamanan

Sebelum sakit : klien mengatakan merasa aman dan nyaman berada di rumah dan ketika bersama keluarga

Saat dikaji : keluarga klien mengatakan berharap klien cepat pulang kerumah

j. Pola Spiritual

Sebelum sakit : klien mengatakan melaksanakan sholat 5 waktu.

Saat dikaji : klien mengatakan terkadang klien tidak sholat

k. Pola berkomunikasi

Sebelum sakit : klien mengatakan tidak mengalami gangguan komunikasi, klien berbicara menggunakan Bahasa Indonesia dan Jawa

Saat dikaji : klien mengatakan mulai mengalami kesulitan komunikasi 1 hari sebelum masuk RS.

l. Pola Bekerja

Sebelum sakit : klien mengatakan bekerja sebagai IRT

Saat dijai : klien beristirahat selama mendapatkan perawatan

m. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : klien mengatakan ketika dirumah dan saat bekerja klien mengenakan kaos atau daster

Saat dikaji : klien mengenakan daster

**D. PEMERIKSAAN FISIK**

- a. Kesadarn : kompos mentis GCS E4M6V5
- b. Keadaan umum : cukup
- c. Kepala : mesocephal, tidak ada luka di kepala, rambut bersih
- d. Mata : konjungtiva ananemis, sklera anikterik, pupil isokhor 3/3 mm, rangsang cahaya +/+
- e. Hidung : tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak terpasang alat bantu pernapasan
- f. Telinga : bersih, tidak mengalami gangguan pendengaran
- g. Mulut : mukosa bibir lembab, tidak terdapat sariawan
- h. Leher : tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid
- i. Dada :
  - a) Paru-paru :

Inspeksi : pengembangan dada seimbang, tidak terdapat luka, tidak terdapat deformitas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, vocal fremitus seimbang kanan dan kiri

Perkusi : sonor

Auskultasi : vesikuler
  - b) Jantung :

Inspeksi : tidak tampak pelsasi cordis

Palpasi : pulsaso cordis teraba di ICS ke 5

Perkusi : redup

Auskultasi : suara jantung murni SI-SII

- j. Abdomen :
- Inspeksi : tampak simetris, tidak terdapat luka
- Auskultasi : bising usus normal 10x/menit
- Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan,
- Perkusi : timpani
- k. Kulit : turgor kulit baik, tidak ada luka
- l. Genetalia : terpasang DC no. 16
- m. Ekstremitas : tidak ada edema, terdapat kelemahan pada anggota gerak kanan dengan kekuatan otot atas 2/5 dan bawah 2/5
- n. TTV :
- TD : 133/90 mmHg
- Nadi : 72 x/menit
- RR : 20 x/menit
- Suhu : 36 °C

#### **E. DATA PENUNJANG**

##### **1. Pemeriksaan Darah**

Tanggal : 31-05-2021

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
MPV	9,3 fL	9,4-12,3
Eosinofil	0,6 %	2-4
Batang	0,5 %	3-5
Segmen	73,9 %	50-70
Limfosit	17,1 %	25-40
Neutrofil	74,4 %	50,0-70,0
Ureum Darah	8,59 mg/dL	15,00-40,00
Klorida	110 mEq/L	96-108

## 2. HASIL PEMERIKSAAN CT SCAN

- Infark lakuner pada pons paramedian dextra
- Tak tampak tanda peningkatan tekanan intrakranial

## F. TERAPI

No	Jenis Obat	Dosis	Indikasi
1.	Inj. Ranitidin	2x50mg	Untuk mengobati atau mengatasi produksi asam lambung yang berlebihan.
2.	Inj. Citicolin	2x500mg	obat yang bekerja dengan cara meningkatkan senyawa kimia di otak bernama phospholipid phosphatidylcholine. Senyawa ini memiliki efek untuk melindungi otak, mempertahankan fungsi otak secara normal, serta mengurangi jaringan otak yang rusak akibat cedera.
3.	Phenitoin	3x100mg	Untuk terapi epilepsy
4.	Mecobalamin	2x1	untuk mengatasi berbagai gejala akibat defisiensi (kekurangan) vitamin B12.
4.	Inf. Nacl 0,9%	20 tpm	Untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien

## G. ANALISA DATA

NO	DATA FOKUS	ETIOLOGI	PROBLEM
1	Ds : keluarga klien mengatakan klien mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan Do : <ul style="list-style-type: none"><li>• Kekuatan otot menurun : Atas : 2/5</li></ul>	Penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik

	<p>Bawah : 2/5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• Fisik lemah</li> </ul>		
2	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan badan terasa lemas sejak 1 minggu yang lalu.</p> <p>DO:</p> <p>Pasien tampak lemas</p> <p>TD: 139/87 mmHg</p> <p>N: 80 x/menit</p> <p>S: 36</p> <p>RR: 20</p>	Hipertensi	Resiko perfusi serebral tidak efektif
3.	<p>Ds : klien mengatakan mulut bicara pelo dan mulut merot</p> <p>Do : klien dapat berbicara namun pelan dan pelo</p>	Penurunan sirkulasi serebral	Gangguan komunikasi verbal

#### H. DIAGNOSA KEPERAWATAN YANG MUNCUL

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dibuktikan dengan adanya kelemahan pada anggota gerak
2. Resiko perfusi serbral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi
3. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral

#### I. INTERVENSI KEPERAWATAN

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d.d adanya	Setelah dilakukan tindakan keperawtaan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi	<p><b>Dukungan Mobilisasi (I.05173)</b></p> <p>Observasi</p> <p>1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan</p>

kelemahan pada anggota gerak	dengan kriteria hasil :			fisik lainnya												
	<b>Mobilitas Fisik (L05042)</b>			2) Identifikasi adanya toleransi fisik saat melakukan pergerakan												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kekuatan otot</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kelemahan fisik</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Indicator	A	T	Pergerakan ekstremitas	2	4	Kekuatan otot	2	4	Kelemahan fisik	2	4			3) Monitor tekanan darah sebelum memulai mobilitas
	Indicator	A	T													
	Pergerakan ekstremitas	2	4													
Kekuatan otot	2	4														
Kelemahan fisik	2	4														
Keterangan :			4) Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas													
1 : menurun			Terapeutik													
2 : cukup menurun			1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (misalnya pagar tempat tidur)													
3 : sedang			2) Fasilitasi melakukan pergerakan , jika perlu													
4 : cukup meningkat			3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan													
5 : meningkat			Edukasi													
			1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi													
			2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini													
			3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus													

			dilakukan (misalnya duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)						
2	Resiko perfusi serebral tidak efektif dengan faktor resiko hipertensi	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nilai rata-rata tekanan darah</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan :</p> <p>1 : menurun  2 : cukup menurun  3 : sedang  4 : cukup meningkat  5 : meningkat</p>	Indicator	A	T	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	<p><b>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (L.06194)</b></p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK</li> <li>2) Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li> <li>3) Monitor status pernapasan</li> <li>4) Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Berikan posisi semi fowler</li> <li>2) Pertahankan suhu tubuh normal</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu</li> <li>2) Kolaborasi pemberian diuretic osmosis, jika perlu</li> <li>3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika</li> </ol>
Indicator	A	T							
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4							

			perlu												
3.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal dapat teratasi dengan kriteria hasil : <b>Komunikasi Verbal (L.13118)</b>	<b>Promosi komunikasi: Defisit bicara (L.134920)</b> Observasi : 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara 2) Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara Terapeutik : 1) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan 2) Ulangi apa yang disampaikan pasien Edukasi : 1. Anjurkan bicara perlahan 2. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara												
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indikator</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kemampuan bicara</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Pelo</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Keterangan : 1= Menurun 2= Cukup menurun 3= Sedang 4= Cukup meningkat 5= Meningkatkan</p>	Indikator	A	T	Kemampuan bicara	2	4	Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4	Pelo	2	4	
Indikator	A	T													
Kemampuan bicara	2	4													
Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh	2	4													
Pelo	2	4													

## J. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TGL/ JAM	TINDAKAN	RESPON	TTD
10-5- 2021 07.35	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.40	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.30	Memberikan terapi obat	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, mecobalamin 500 mg	Fryda
11.15	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	S : - O : TD : 133/90 mmHg	Fryda
11.20	Memonitor KU	S : klien mengatakan merasa lemas, mengalami kelemahan padad tangan dan kaki kanan O : ku : cukup, kooperatif, komposmentis	Fryda
11.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajrkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara pelo dan tidak jelas, suara pelan dan berbicara seperlunya	Fryda

		O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.	
11.45	Menganjurkan keluarga untuk melatih berbicara apelan-pelan dan selalu membantu kebutuhan pasien	S : Keluarga klien mengatakan klien kadang-kadang berbicara tetapi tidak terlalu jelas O: Pasien tampak dapat merespon apa yang ditanyakan keluarga dan perawat	Fryda
12.30	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif	Fryda
13.00	Memberikan posisi semi fowler	S : - O : tempat tidur klien semi fowler	Fryda
13.30	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
11-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.15	Memberikan terapi	S : -	Fryda

		O : Inj. Citicoline 500 mg, mecobalamin 500 mg	
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : klien mengatakan siap untuk diberikan latihan ROM O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
09.35	Mengajarkan keluarga pasien untuk melakukan ROM kepada pasien	S : keluarga pasien mengatakan sudah lumayan bisa melakukan ROM setelah diajarkan O : keluarga pasien tampak mempraktekan kembali ROM yang diajarkan	Fryda
10.20	Mengantar fisioterapi	S : - O : klien kooperatif, tampak mengikuti arahan dari terapis	Fryda
11.30	Memonitor TTV	S : - O : TD : 135/90 mmHg, S : 37 °C, RR : 20 x/menit, N : 78 x/m	Fryda
11.40	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan dan kakinya O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda
11.50	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas O : Saat dikaji pasien dapat menjawab	Fryda

		pertanyaan yang diberikan	
13.35	Mengajarkan ROM dan terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dna klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
12-5-2021 07.30	Menyiapkan air hangat untuk menyeka pasien	S : pasien mengatakan mau untuk diseka O : keluarga pasien tampak sedang menyeka pasien	Fryda
07.35	Melakukan verbed	S : klien mengatakan mau untuk diganti seprei O : mengganti seprei tempat tidur pasien	Fryda
08.30	Memberikan terapi	S : - O : Inj. Citicoline 500 mg, mecobalamin 500 mg	Fryda
09.10	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan	Fryda
10.20	Memonitor TTV	S : - O : TD : 130/90 mmHg, S : 37 °C, RR : 20 x/menit, N : 76 x/m	Fryda
11.30	Memonitor KU	S : klien mengatakan belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya O : klien tampak membaik, KU cukup, klien kooperatif	Fryda

11.40	Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara	S : Keluarga pasien mengatakan bicara masih susah, namun sudah mulai jelas O : Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan	Fryda
13.30	Melatih ROM terapi okupasi menyisir rambut	S : keluarga dan klien mengatakan paham dengan yang diajarkan O : klien dapat mempraktekan Kembali ROM dan terapi okupasi menyisir rambut yang telah diajarkan dan dibantu oleh keluarga	Fryda

#### K. EVALUASI

TGL/ JAM	NO. DX	EVALUASI	TTD
10-5- 2021 14.00	1	S : klien mengatakan mengalami kelemahan pada tangan dan kaki kanan O : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 2/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 2/5</li> <li>• Gerakan terbatas</li> <li>• Fisik lemah</li> </ul> A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda

10-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa lemas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 133/90 mmHg, Nadi : 70 x/menit, suhu : 36,7 °C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur, tampak lemah</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda
10-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kesulitan berbicara. Bicaranya tidak jelas atau pelo.</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan tetapi bicaranya tidak jelas atau pelo.</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	Fryda

11-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan tangan dan kakinya masih terasa lemah</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 2/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 2/5</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
11-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik, tidak mual</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 135/90 mmHg, Nadi : 78 x/menit, suhu : 37 °C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda
11-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li> <li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li> <li>• GCS : 15</li> </ul>	Fryda

		<p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li> <li>• Anjurkan bicara perlahan</li> </ul>	
12-5-2021 14.00	1	<p>S : klien mengatakan sudah mulai bisa menggenggamkan jari-jari dan mulai sedikit mengangkat tangannya</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kekuatan otot anggota gerak atas : 3/5</li> <li>• Kekuatan otot anggota gerak bawah : 3/5</li> <li>• Klien mampu miring kanan kiri</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Latih ROM dan terapi okupasi menyisir rambut</li> <li>• Fasilitasi pergerakan</li> </ul>	Fryda
12-5-2021 14.00	2	<p>S : klien mengatakan merasa sudah lebih baik, tidak mual</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• TD : 130/90 mmHg, Nadi : 76 x/menit, suhu : 37 °C, RR : 20 x/menit</li> <li>• Klien tampak berbaring di tempat tidur</li> </ul> <p>A : masalah keperawatan resiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi pemberian terapi obat</li> <li>• Monitor TD</li> <li>• Monitor KU</li> </ul>	Fryda

12-5-2021 14.00	3	<p>S :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan pasien masih mengalami kesulitan bicara, namun sudah mulai jelas</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Saat dikaji pasien dapat menjawab pertanyaan yang diberikan</li><li>• Pasien tampak berbiara seperlunya</li><li>• GCS : 15</li></ul> <p>A : Masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara</li><li>• Anjurkan bicara perlahan</li></ul>	Fryda
--------------------	---	--	-------