



ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN
INOVASI KEPERAWATAN *MIRROR THERAPY* UNTUK
MENINGKATKAN FUNGSI MOTORIK TANGAN
DI RS PKU MUHAMMADIYAH SRUWENG

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun oleh:

Moh. Nurkhamim

A32020257

Reguler B15

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG
TAHUN AJARAN 2020/2021

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

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

Nama : Moh. Nurkhamim

NIM : A32020257

Tanda Tangan : 

Tanggal : 24 Juli 2021



HALAMAN PERSETUJUAN

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON
HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN
INOVASI KEPERAWATAN *MIRROR THERAPY* UNTUK
MENINGKATKAN FUNGSI MOTORIK TANGAN
DI RS PKU MUHAMMADIYAH SRUWENG

Telah disetujui dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Untuk diujikan tanggal 24 Juli 2021

Pembimbing

(Fajar Agung Nugroho, MNS)

Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Profesi Ners



(Dadi Santoso, M.Kep)

Universitas Muhammadiyah Gombong

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh

Nama Mely Nurkhamim

NIM A32020257

Program Studi Profesi Ners Reguler B15

Judul KTA-N ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN INOVASI KEPERAWATAN MIRROR THERAPY UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI MOTORIK TANGAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH SRUWENG

Telah berhasil dipertahankan dan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan STIKES Muhammadiyah Gombong

Penguji I

Penguji II



(Dadi Santoso, M Kep)



(Fajar Agung Nugroho, MNS)

Ditetapkan di : Gombong, Kebumen

Tanggal : 01 Oktober 2021

Universitas Muhammadiyah Gombong

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

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

Nama : Moh. Nurkhamim
NIM : A32020257
Program Studi : Keperawatan Pendidikan Profesi Ners
Jenis Karya : Karya Ilmiah Ners

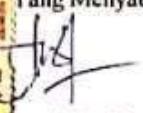
Dengan pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN NON HEMORAGIK
DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN INOVASI KEPERAWATAN
MIRROR THERAPY UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI MOTORIK TANGAN
DI RS PKU MUHAMMADIYAH SRUWENG

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan, mengalihmedia/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 : 01 Oktober 2021

Yang Menyatakan

(Moh. Nurkhamim)



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah subhanahu wa ta'ala yang telah melimpahkan kasih dan sayang-Nya kepada kita, sehingga penulis bisa menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan tepat waktu, yang kami beri Judul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN INOVASI KEPERAWATAN *MIRROR THERAPY* UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI MOTORIK TANGAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH SRUWENG” Tujuan dari penyusunan karya ilmiah akhir ner ini guna memenuhi salah satu syarat untuk bisa menempuh ujian profesi ners pada Program Studi Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Gombong. Didalam pengerjaan Karya Ilmiah Akhir ini telah melibatkan banyak pihak yang sangat membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu, disini penulis sampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada :

- 1 Allah SWT yang telah memberikan kekuatan dan kesehatan kepada saya sehingga saya dapat mengerjakan Karya Ilmiah Akhir dengan baik
- 2 Kedua orang tua yang selalu memberikan support baik doa, materi dan dukungan, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini.
- 3 Istri dan anak saya tercinta yang selalu setia mendukung dan mendoakan saya.
- 4 Hj. Herniyatun, M.Kep., Sp.Mat selaku Ketua Universitas Muhammadiyah Gombong.
- 5 Dadi Santoso, M.Kep., selaku Ketua Prodi Profesi Ners
- 6 Dadi Santoso, M.Kep. selaku penguji dan pembimbing akademik yang telah memberikan banyak masukan dan saran dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir.
- 7 Fajar Agung Nugroho, S.Kep,Ns, MNS selaku dosen pembimbing Karya Ilmiah Akhir yang telah meluangkan waktunya membantu, membimbing,

dan memberi motivasi kepada saya dalam mengerjakan Karya Ilmiah Akhir

- 8 Teman-teman seperjuangan saya selama kuliah di Universitas Muhammdiyah Gombong
- 9 Sahabat-sahabat saya yang tidak bisa disebutkan satu persatu yang selalu ada untuk memberikan dukungan dan motivasi dalam mengerjakan Karya Ilmiah Akhir.
- 10 Pihak-pihak terkait lainnya yang juga turut serta membantu saya dalam pembuatan karya ilmiah akhir ini.

Saya sangat menyadari tidak ada manusia yang sempurna dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, apabila nantinya terdapat kekurangan dan kesalahan dalam penulisan Karya Ilmiah Akhir ini, saya selaku penulis sangat berhadap kepada seluruh pihak agar dapat memberikan kritik dan juga saran seperlunya. Akhir kata, semoga Karya Ilmiah Akhir ini dapat memberikan manfaat dan bahan pembelajaran kepada kita semua.

Gombong, Januari 2021

Penulis

PROGRAM STUDI PROFESI NERS
Universitas Muhammadiyah Gombong
Karya Tulis Akhir, Agustus 2021

Moh. Nurkhamim ¹⁾, Fajar Agung Nugroho ²⁾
Moh.nurkhamim@gmail.com

ABSTRAK

ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN INOVASI KEPERAWATAN *MIRROR THERAPY* UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI MOTORIK TANGAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH SRUWENG

Latar Belakang: Stroke non hemoragik adalah kehilangan fungsi otak yang diakibatkan oleh berhentinya suplai darah ke bagian otak. Yang biasanya diakibatkan oleh trombosis, embolisme, iskemia. Menurut data Riset Kesehatan Dasar 2013, prevalensi stroke di Indonesia 12,1 per 1.000 penduduk. Angka itu naik dibandingkan Riskesdas 2007 yang sebesar 8,3 persen. Stroke telah jadi penyebab kematian utama di hampir semua rumah sakit di Indonesia, yakni 14,5 persen. Salah satu intervensi untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien SNH yaitu dengan *mirror therapy*. *Mirror therapy* termasuk superimposition bayangan dari gerakan ekstremitas yang sehat pada ekstremitas yang paresis untuk pasien amati bahwa kedua ekstremitas dapat bergerak.

Tujuan: untuk melakukan analisis terhadap kasus kelolaan klien Stroke Non Hemoragik (SNH) dengan hemiparisis di RS PKU Muhammadiyah Sruweng.

Metode: Desain penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif.

Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan *mirror therapy* selama 3x24 jam. Dari kelima pasien yang didapatkan data bahwa adanya peningkatan kekuatan otot yang signifikan.

Kesimpulan: Tindakan keperawatan *mirror therapy* otot dapat peningkatan kekuatan otot yang signifikan. Pasien pertama mengalami peningkatan otot

Rekomendasi: Hasil penelitian tentang penerapan *mirror therapy* dan dapat dijadikan sebagai bahan acuan di RS khususnya pada kasus pasien stroke yang mengalami kelemahan anggota gerak

Kata Kunci : mirror therapy, Stroke Non Hemoragik, Terapi Non-farmakologi

1. Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong

2. Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong

PROFESSIONAL (NURSE) PROGRAM

Muhammadiyah Gombong University

Mini-Thesis, August 2021

Moh. Nurkhamim ¹⁾, Fajar Agung Nugroho ²⁾

Moh.nurkhamim@gmail.com

ABSTRACT

ANALYSIS OF NURSING CARE IN NON HEMORAGIC STROKE PATIENTS WITH MIRROR THERAPY FOR IMPROVE THE FUNCTION OF THE HAND MOTOR STROKE PATIENTS IN PKU MUHAMMDIYAH SRUWENG HOSPITAL

Background: Non-hemorrhagic stroke is the loss of brain function caused by the cessation of blood supply to parts of the brain and is usually caused by thrombosis, embolism, and ischemia. According to Basic Health Research data (2013), the prevalence of stroke in Indonesia is 12.1 per 1,000 people. Stroke has become the leading cause of death in almost all Indonesian hospitals (14.5). A nursing intervention to increase muscle strength in SNH patients is mirror therapy. Mirror therapy includes superimposition of shadows from healthy limb movements to the paresis extremities for patients to observe that both extremities can move.

Objective: To analyze the cases of managed Non-Hemorrhagic Stroke (SNH) clients with hemiparesis in PKU Muhammadiyah Sruweng Hospital.

Method: This study was a descriptive case study. Five Non-Hemorrhagic Stroke patients who have impaired physical mobility problems were recruited as respondents in this study. All respondents got pharmacology and got mirror therapy as a non-pharmacology intervention.

Result: After nursing mirror therapy for three days, all respondents significantly increased muscle strength.

Conclusion: Mirror muscle therapy as a nursing intervention can significantly increase muscle strength and be used as non-pharmacology therapy.

Recommendations: Further research can apply mirror therapy to increase muscle strength of patients with Non-Hemorrhagic Stroke.

Keywords:

mirror therapy, Non-Hemorrhagic Stroke, non-pharmacology therapy

¹⁾ Nursing students of Muhammadiyah Gombong University

²⁾ Nursing lecturer of Muhammadiyah Gombong University

DAFTAR ISI

Judul	i
Halaman orisinilitas	ii
Halaman persetujuan.....	iii
Halaman Pengesahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vi
Abstrack	vii
Daftar Isi.....	viii
Daftar tabel.....	ix
Daftar Lampiran	x
BAB I Pendahuluan.....	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	3
D. Manfaat Penelitian	3
1. Manfaat Kelilmuan.....	3
2. Manfaat Aplikatif	3
BAB II Tinjauan Pustaka	5
A. Konsep Dasar Medis	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi	5
3. Patofisiologi	7
4. Tanda dan Gejala Sroke	7
5. Klasifikasi stroke.....	8
B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan.....	9
1. Pengertian.....	9
2. Data Mayor dan Data Minor	9

3. Faktor Penyebab.....	9
4. Penatalaksanaan	10
C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori.....	12
1. Pengkajian.....	12
2. Diagnosa Keperawatan.....	14
3. Intervensi	16
4. Implementasi.....	17
5. Evaluasi.....	17
D. Kerangka Konsep.....	18
BAB III METODE PENELITIAN.....	19
A. Rancangan Studi Kasus.....	19
B. Subjek Studi Kasus	19
C. Kriteria Inklusi dan Eksklusi.....	20
D. Lokasi dan Waktu	20
E. Definisi Operasional.....	20
F. Instrument Penelitian	21
G. Etika Penelitian	21
H. Metode Pengumpulan Data.....	23
I. Penyajian Data	24
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	25
A. Profil Lahan Praktek	25
B. Gambaran Proses Asuhan Keperawatan	26
C. Hasil Penerapan Inovasi Tindakan Keperawatan.....	58
D. Pembahasan.....	58
BAB V PENUTUP.....	64
A. Kesimpulan	64
B. Saran.....	64
Daftar Pustaka	66
Lampiran	68

DAFTAR TABEL

1. Tabel 2.1 Kategori tingkat kemampuan aktivitas 16
2. Tabel 2.2 Kriteria hasil indikator 19
3. Tabel 2.3 Intervensi keperawatan dan rasional 19



DAFTAR LAMPIRAN

1. Lembar Persetujuan menjadi responden	68
2. Standar Operasional prosedur <i>mirror therapy</i>	69
3. Lembar observasi	72
4. Jadwal Kegiatan	73
5. Lembar Konsul.....	74
6. Lembar Cek Bebas Plagiat (Turnitin)	76
7. Asuhan Keperawatan	77



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu masalah kesehatan yang dianggap penting saat ini adalah stroke. Di seluruh dunia, stroke dianggap sebagai masalah kesehatan yang serius. Hal itu karena penyakit stroke ini yang terjadi secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian, kecacatan fisik, dan mental pada usia produktif maupun usia lanjut (Juanido, 2015). Diseluruh dunia ada sekitar 15 juta orang mengalami stroke pada tahun 2015 (WHO, 2015). Kurang lebih 5 juta orang mengalami kelumpuhan permanen. Stroke adalah penyakit yang dapat menyebabkan kecacatan, tetapi juga dapat dicegah (*American Heart Association*, 2014). Menurut Pinzon, semakin lambat pengobatan medis yang didapatkan, maka akan semakin banyak pula kerusakan sel saraf yang terjadi, sehingga semakin banyak waktu yang terbuang, dan semakin banyak sel saraf yang tidak bisa diselamatkan dan semakin buruk kecacatan yang didapatkan oleh penderita stroke (Rahmawati, Yurida Oliviani, dan Mahdalena, 2017).

Berdasarkan riset penelitian yang telah dilakukan oleh Yastroki (Yayasan Stroke Indonesia) tahun 2012, masalah stroke di Indonesia menjadi sangat penting karena saat ini jumlah yang mengalami stroke di Indonesia merupakan terbanyak dan menempati nomor satu di Asia. Sedangkan jumlah kematian yang diakibatkan stroke mendapat urutan ke-2 pada usia lebih dari 60 tahun atau lansia dan menduduki posisi ke-5 pada usia 15-59 tahun. Sedangkan berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2013, prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes) atau gejala sebesar 12,1 per mil. Jadi, sebanyak 57,9% penyakit stroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan tertinggi di Sulawesi Utara (10,8 persen), di Yogyakarta (10,3 persen), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil sedangkan Sumatera Barat 7,4 per mil.

Menurut Irfan (dalam Rahmawati, Yurida Oliviani, dan Mahdalena, 2017), pasien stroke mengalami kelainan dari otak sebagai susunan saraf pusat yang mengontrol dan mencetuskan gerak dari sistem neuronmuskuloskeletal. Secara klinis gejala yang sering muncul pada stroke adalah adanya hemiparesis atau hemiplegi yang menyebabkan hilangnya mekanisme refleks postural normal untuk keseimbangan dan rotasi tubuh dan untuk pergerakan fungsional pada ekstermitas. Gangguan sensoris dan motorik post stroke dapat menyebabkan gangguan keseimbangan yaitu kelemahan otot, penurunan fleksibilitas jaringan lunak, serta gangguan kontrol motorik sehingga mengakibatkan hilangnya koordinasi, hilangnya kemampuan keseimbangan tubuh dan postur yaitu kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu serta stroke dapat menimbulkan cacat fisik yang permanen. Menurut Aprilia tahun 2017 konsekuensi akibat paling sering pada penyakit stroke ini adalah hemiplegi atau hemiparesis, 80% pasien stroke menderita hemiparesis atau hemiplegi yaitu salah satu sisi tubuh lemah atau bahkan lumpuh seluruh tubuh.

Paralisis atau hemiparese pada stroke biasanya terjadi karena kerusakan di kapsula interna. Kerusakan ini memerlukan neuroplastisitas yang melibatkan sejumlah bagian otak yang selamat untuk memulihkannya. Salah satu terapi yang bermanfaat terhadap neuroplastisitas yaitu terapi cermin. Terapi ini di gunakan untuk memperbaiki fungsi motorik paska stroke. Terapi ini mudah di lakukan dan hanya memerlukan latihan yang singkat tanpa membebani pasien. Beberapa studi yang telah di lakukan menemukan bahwa terapi cermin merupakan terapi yang efektif untuk memperbaiki fungsi motorik pada ekstremitas atas dan aktivitas sehari-hari, sebagai tambahan untuk rehabilitasi yang umumnya di lakukan oleh pasien stroke (Lidwina S, 2014). Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik melakukan analisis asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik dengan gangguan mobilitas fisik dengan inovasi keperawatan *mirror therapy* untuk meningkatkan fungsi motorik tangan di RS PKU Muhammadiyah Sruweng.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan pernyataan diatas, maka rumusan masalah yang dapat diambil yaitu “Bagaimana Gambaran Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Inovasi Keperawatan *Mirror Therapy* untuk Meningkatkan Fungsi Motorik Tangan Di RS PKU Muhammadiyah Sruweng?”.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Inovasi Keperawatan *Mirror Therapy* untuk Meningkatkan Fungsi Motorik Tangan Di RS PKU Muhammadiyah Sruweng.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis gambaran asuhan keperawatan pada pasien stroke non hemoragik
- b. Menganalisis inovasi keperawatan *mirror therapy* untuk meningkatkan fungsi motorik tangan pada pasien stoke non hemoragik.

C. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Keilmuan

Manfaat hasil penelitian secara teoritis diharapkan dapat memberikan sumbangan untuk memperbaiki dan mengembangkan kualitas pendidikan atupun kualitas pembelajaran bagi institusi pendidikan

2. Manfaat Aplikatif

a. Bagi Penulis

Penelitian ini digunakan sebagai tugas akhir Profesi Ners.

b. Bagi Rumah Sakit/Puskesmas

Penelitian ini bermanfaat bagi rumah sakit/puskesmas sebagai bahan keilmuan baru dan membantu inovasi baru dalam tindakan keperawatan pada pasien stroke.

c. Bagi Pasien/Masyarakat

Penelitian ini bermanfaat untuk membantu meningkatkan kekuatan otot pada pasien dengan gangguan sistem persyarafan: stroke, dan keluarga/masyarakat diharapkan dapat ikut membantu memberikan *mirror therapy*.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto. (2012). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta: Rineka Cipta
- Doengoes. (2010). *Nursing Care Plans Guidelines for Planning and Documenting Patient Care, Edisi 3. Alih Bahasa: Kariasa IM*. Jakarta: EGC
- Hermanto, (2018). *Efektivitas Mirror Therapy Integrasi Dengan Rom Pada Ekstremitas Atas Dan Bawah Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Pasien Stroke Di Rawat Jalan Rsud Dr. Doris Sylvanus Palangka Raya*.
- Juanidi. (2015). *Stoke Waspada! Ancamannya*. Yogyakarta: OnDi Offse
- Kemenkes RI. (2013). *Riset Kesehatan Dasar; RISKESDAS*. Jakarta: Balitbang Kemenkes RI
- Notoadmodjo. (2010). *ilmu prilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. (2011). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam praktik keperawatan professional. (Edisi 3)*. Jakarta: Salemba Medika
- Potter & Perry. (2010). *Fundamental Of Nursing: Konsep, Proses and Practice. Edisi 7. Vol. 3*. Jakarta : EGC
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1, Cetakan III*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan, Edisi 1, Cetakan II*. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1, Cetakan II*. Jakarta: DPP PPNI.
- Sari Arum & Wulan Retno. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8*. Jakarta: PT Salemba Emban Patria.
- Sari Kumala & Nengsi Olga. (2012). *Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilisasi Pada Tn. J Dengan Stroke Diruang Anggrek 2 RSUD Dr. Moewardi Surakarta*. Dikutip dari 01-gdl-nengsiolga-236-1-nengsio-5.pdf pada tanggal 18 Januari 2018.

- Setiadi. (2013). Konsep dan praktek penulisan riset keperawatan (Ed.2)
Yogyakarta: Graha Ilmu
- Setiyawan, (2019). Pengaruh Mirror Therapy Terhadap Kekuatan Ekstremitas pada Pasien Stroke Di RSUD Dr. Moewardi. Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKES Cendekia Utama Kudus, Vol. 7, No. 1, Februari 2019
- Setyopranoto. (2011). *Stroke: Gejala dan Penatalaksanaan. Cermin Dunia Kedokteran* 185. 38(4): 247-250
- Sundah, A.B.M., Engeline, A., & Lidwina S. (2014). *Pengetahuan Masyarakat Mengenai Penanganan Rehabilitasi Medik pada Penderita Stroke di Kelurahan Pinaesan Kecamatan Wenang Kota Manado*. Jurnal e-Clinic (eCI). Vol. 2, No. 3.
- Suryati Eros Siti, Tarwoto, & Wartolah. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Yogyakarta Rapha Publishing: Yogyakarta.
- Wardana & Wisnu Arya. (2011). *Strategi mengatasi & Bangkit dari stroke*. yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- WHO. (2015). *World Health Statistic Report 2015*. Geneva: World Health Organization..
- Yastroki. (2012). *Stroke Penyebab Kematian Urutan Pertama di Rumah Sakit Indonesia*. Diakses tanggal 5 Mei 2015, dari <http://www.yastroki.or.id>
- Yurida Olviani, Mahdalena & Indah Rahmawati. (2017). *Pengaruh latihan Range of Motion aktif-asertif (spherical grip) terhadap peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas pada pasien stroke*. Dinamika Kesehatan, Vol. 8 No. 1, Juli 2019.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Umur :

Menyatakan bersedia untuk menjadi subjek penelitian yang berjudul “ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN GANGGUAN MOBILITAS FISIK DENGAN INOVASI KEPERAWATAN *MIRROR THERAPY* UNTUK MENINGKATKAN FUNGSI MOTORIK TANGAN DI RS PKU MUHAMMADIYAH SRUWENG”.

Yang akan dilakukan penelitian oleh :

Nama : Moh. Nurkhamim

NIM : A32020257

Dengan ini saya mengerti bahwa penelitian ini tidak menimbulkan efek bahaya dan dampak negatif bagi saya. Dan data mengenai diri saya dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiaannya oleh peneliti.

Semua berkas yang menyantumkan identitas saya hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data. Hanya peneliti yang dapat mengetahui kerahasiaan data-data penelitian.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sungguh-sungguh dan tidak ada paksaan dari pihak manapun.

Sruweng, Maret 2021

(.....)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

Defenisi: Mirror Therapy adalah bentuk citra motorik di mana cermin digunakan untuk menyampaikan rangsangan visual ke otak melalui pengamatan bagian tubuh yang tidak terpengaruh saat ia melakukan serangkaian gerakan.

Tujuan:

1. Meningkatkan fungsi motor dan ADL
2. Mengurangi rasa sakit
3. Mengurangi gangguan sensorik

Indikasi: Terapi cermin ini diberikan kepada seluruh penderita stroke yang mengalami gangguan kelemahan otot

Prosedur Operasional:

1. Penjelasan kepada pasien sebelum melakukan *mirror therapy* :

- a. Sekarang anda akan melakukan latihan dengan bantuan cermin, selama latihan anda harus berkonsentrasi penuh
- b. Latihan ini terdiri atas 2 sesi, masing-masing sesi selama 15 menit, dengan istirahat selama 5 menit diantara masing-masing sesi.
- c. Lihatlah pantulan tangan kanan anda di cermin, bayangkan seolah-olah itu adalah tangan kiri anda (jika yang paresis tangan kiri, atau sebaliknya). Anda tidak diperbolehkan melihat tangan yang sakit di balik cermin.
- d. Lakukan gerakan secara bersamaan (simultan) pada kedua anggota gerak atas, gerakan diulang sesuai instruksi dengan kecepatan konstan ± 1 detik/gerakan.
- e. Jika anda tidak bisa menggerakkan tangan yang sakit, berkonsentrasilah dan bayangkan seolah-olah anda mampu menggerakkannya sambil tetap melihat bayangan di cermin.

2. Posisi pasien saat melakukan *mirror therapy*

Pasien duduk di kursi menghadap meja, kedua tangan dan lengan bawah diletakkan di atas meja. Sebuah cermin diletakkan di bidang mid sagital di depan pasien, tangan sisi paresis diposisikan di belakang cermin sedangkan tangan sisi yang sehat diletakkan di depan cermin. Di bawah

lengan sisi paresis diletakkan penopang untuk mencegah lengan bergeser atau jatuh selama latihan, kantong pasir diletakkan di sisi kanan dan kiri lengan bawah. Posisi diatur sedemikian rupa sehingga tidak dapat melihat tangan sisi paresis. Pantulan tangan yang sehat tampak seolah-olah sebagai tangan yang sakit.

3. *Mirror therapy* berdasarkan protokol Bonner

a. Adaptasi

Pada awal terapi, pasien belum terbiasa melihat ke cermin, tapi selalu ingin melihat ke belakang cermin untuk mengontrol tangan yang sakit sehingga diperlukan proses adaptasi. Latihan yang diberikan saat adaptasi ada 2 macam:

- 1) Berhitung : kedua tangan diletakkan di atas meja, ekstensi jari satu persatu atau beberapa jari diangkat sekaligus

Instruksi verbal :

- a) “Letakkan kedua tangan anda di atas meja dalam posisi telungkup, naikkan ibu jari turunkan ibu jari, naikkan jari kelingking-turunkan jari kelingking, dan seterusnya”.
 - b) “Tunjukkan jari manis, tunjukkan jari tengah, tunjukkan ibu jari, dan seterusnya”.
- 2) Abduksi-adduksi jari: kedua tangan diletakkan di atas meja, lakukan abduksi jari dimulai dari ibu jari diikuti jari telunjuk dan seterusnya, untuk adduksi dimulai dari jari kelingking diikuti jari manis dan seterusnya.

Instruksi verbal :

- a) “Letakkan kedua telapak tangan di atas meja dalam posisi telungkup dengan jari-jari rapat, buka jari-jari anda dimulai dari ibu jari, diikuti jari telunjuk, jari tengah, dan seterusnya”.
- b) “Buka jari-jari anda dimulai dari jari kelingking, jari manis, jari tengah, dan seterusnya”.

b. Gerak dasar :

- 1) Fleksi elbow : dibagi 3 atau 5 posisi, contoh pembagian 3 posisi :
posisi 1: kedua lengan bawah diletakkan di meja, posisi 2: lengan bawah terangkat 45° dari meja dengan kedua siku menumpu di meja, posisi 3: kedua lengan bawah membentuk sudut 90° terhadap meja.
- 2) Instruksi verbal : “saya akan mencontohkan beberapa gerakan, silahkan anda ikuti”. Lalu terapis melakukan gerakan bersama dengan subjek hingga ia mampu melakukannya sendiri berdasarkan nomer, misal : posisi 3, posisi 1, dan seterusnya.
- 3) Ekstensi elbow (gerakan mendorong): dibagi menjadi 3 atau 5 posisi.
Instruksi verbal : berdasar nomer, misal : posisi 2, posisi 3, dan seterusnya
- 4) Rotasi interna dan eksterna sendi bahu : dibagi menjadi 3 atau 5 posisi, contoh pembagian 3 posisi: posisi 1: geser lengan bawah mendekati badan; posisi 2; geser lengan bawah kembali ke tengah; posisi 3: geser lengan bawah menjauhi badan.

c. Variasi

- 1) Pronasi supinasi forearm : dibagi menjadi 3 atau 5 posisi, contoh pembagian 3 posisi:
posisi 1: telapak tangan menghadap ke bawah; posisi 2: telapak tangan dibuka setengah;
posisi 3: telapak tangan menghadap ke atas. Instruksi verbal : berdasarkan posisi, seperti contoh di atas
- 2) Grip dan prehension. Instruksi verbal : letakkan kedua tangan anda di meja, lakukan gerakan kedua tangan menggenggam (*grip*); kedua tangan menggenggam dengan ibu jari di dalam (*thumb in palm*); jari-jari setengah menekuk (*hook*); jari-jari lurus dan rapat (ekstensi jari-jari); jari-jari lurus dan renggang (abduksi jari-jari).
- 3) Oposisi jari-jari (pinch) 1-4. Instruksi verbal: sentuhkan ibu jari anda ke telunjuk, sentuhkan ibu jari anda ke jari tengah, dan seterusnya.

LEMBAR OBSERVASI

Nama pasien :

Umur :

Alamat :

Hari ke	Kekuatan otot
1	
2	
3	



JADWAL KEGIATAN

No	Kegiatan	Bulan									
		Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ags
1	Menentukan tema dan judul										
2	Menyusun proposal										
3	Sidang proposal										
4	Revisi proposal										
5	Penelitian										
6	Menyusun hasil penelitian										
7	Sidang Hasil Penelitian										

LEMBAR KONSUL

Nama : Moh. Nurkhamim
 NIM : A32020257
 Prodi : Ners Reg B
 Pembimbing : Fajar Agung Nugroho, MNS
 Judul : Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik dengan Gangguan Mobilitas Fisik dengan Inovasi Keperawatan *Mirror Therapy* untuk Meningkatkan Fungsi Motorik Tangan Di RS PKU Muhammadiyah Sruweng

NO	HAR/TANGGAL	TEMA/TOPIK	TTD
1	15/11/2020	Konsul tema KIA KMB	☑
2	16/11/2020	Konsul Judul	☑
3	01/12/2020	Konsul BAB I	☑
4	10/12/2020	Revisi BAB I Konsul BAB II	☑
5	18/12/2020	Revisi BAB I, BAB II Konsul BAB III	☑
6	30/01/2021	Revisi BAB I, BAB II, BAB III	☑
7	01/02/2021	Acc untuk siding proposal	☑

8	20/06/2021	Konsul BAB IV dan V	C
9	25/06/2021	Revisi BAB IV dan V	C
10	10/07/2021	Revisi BAB IV dan V	C
11	15/07/2021	ACC Sidang Hasil Penelitian	C

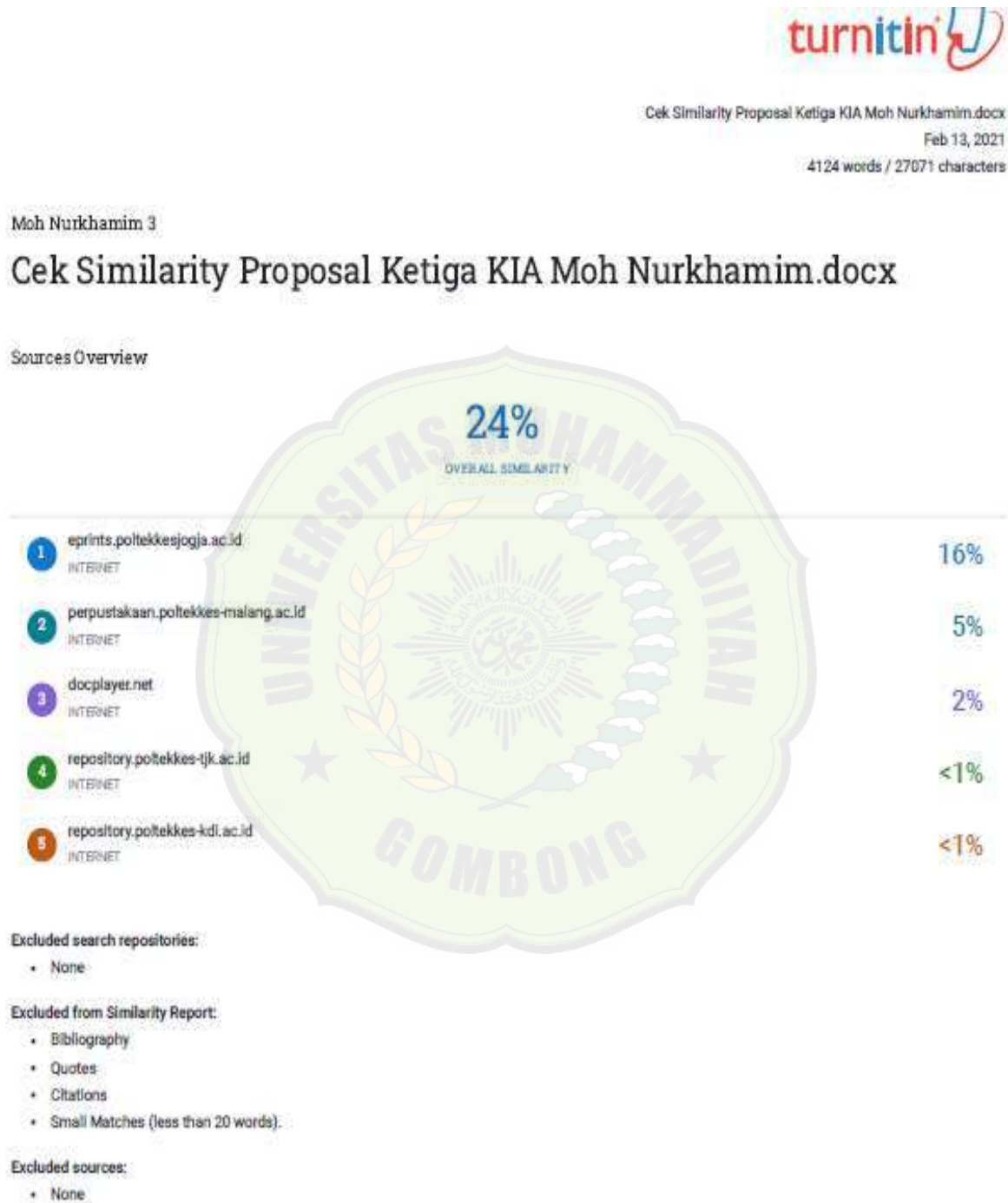
Mengetahui,

Ketua program studi Profesi Ners,



(Dadi Santoso, M.Kep)

LEMBAR CEK BEBAS PLAGIAT (TURNITIN)



PASIEN 1

A. Identitas Klien

1. Klien

Nama : Tn. R
Jenis Kelamin : Laki- laki
Umur : 51 tahun
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan : SMK
Pekerjaaaan : Wiraswasta
Suku/Bangsa : Jawa/ Indonesia
Alamat : Kebumen
Tanggal Masuk RS : 15-03-2021
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

2. Penanggung Jawab

Nama : Ny. S
Umur : 50 tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Alamat : Kebumen
Hubungan dengan klien : istri

B. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Pasien

- a. Keluhan Utama kelemahan anggota gerak sebelah kanan.
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : pasien datang ke PKU Muhammadiyah Sruweng diantar keluarganya pada tanggal 14-Maret-2021 pukul 19.50 WIB, masuk IGD dengan kelemahan anggota gerak sebelah kanan sejak 1 hari yang lalu. Sulit makan, kesulitan berbicara. Pada saat di

IGD TD: 180/110mmHg N: 90x/menit RR: 24x/menit. Pasien dipindah keruang Almaun pada tgl 15-Maret-2021 pukul 02.00 WIB. Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 15-03-2021 pukul 08.00 WIB pasien terlihat tidak bisa bicara keluarga pasien mengatakan tubuh bagian kanan tida bisa digerakan. Pasien mengatakan pusing. TD: 150/100mmHg N: 88x/menit RR: 24x/menit S: 36,5 °C kesadaran composmentis GCS E4M6V5 kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5

- c. Riwayat Penyakit Dahulu: keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 3 tahun yang lalu
- d. Riwayat penyakit keluarga :keluarga Pasien mengatakan didalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit Hipertensi, Diabetes Mellitus (DM), Jantung, Stroke. Serta tidak ada yang menderita penyakit menular seperti AIDS, HIV, TBC.

C. Pola Virginia Henderson

1. Pola Bernafas

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah pernafasan pada pasien

Saat dikaji : pasien terpasang selang oksigen Nasal kanul 3 lpm
RR : 24x/menit

2. Pola Nutrisi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan porsi satu piring sedang berupa nasi, sayur, lauk dan kadang-kadang buah. Minum teh dan air putih 8-10 gelas per hari, ± 1600–2000cc per hari. Pasien suka mengkonsumsi kopi dan makan sate kambing

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan sulit makan, makan 3 kali sehari sesuai porsi yang disediakan dari rumah sakit.

Minum air putih 8-10 gelas per hari, $\pm$ 1600–2000cc per hari.

3. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 hari sekali tidak ada masalah BAK normal tidak ada masalah, warna kuning jernih

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari dan BAK 3-5 kali sehari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : aktifitas sehari-hari dengan bekerja dan berkumpul dengan keluarganya.

Saat dikaji : aktivitas saat ini dibantu keluarganya karena sedang sakit. keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak dapat digerakan

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasa tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB, tidur siang jarang karena bekerja. Kadang pasien meluangkan waktunya untuk beristirahat untuk berkumpul dengan temannya.

Selama sakit : keluarga pasien mengatakan tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB dengan kurang nyenyak

6. Pola kebersihan diri

Sebelum sakit : Pasien mampu membersihkan diri dengan mandiri, pasien mandi 2x sehari, sikat gigi dan keramas 3 hari sekali

Selama sakit : Keluarga pasien mengatakan hanya menyekka pagi dan sore.

7. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan memakai baju sesuai dengan kondisi suhu, kalau panas pasien menggunakan pakaian lengan pendek dan tipis dan kalau dingin pasien pakai jaket dan sarung

Saat sakit : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

8. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit: pasien memakai jaket tebal jika merasa dingin, jika saat cuaca panas pasien memakai jaket atau pakaian yang tebal.

Saat dikaji : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

9. Pola bekerja

Sebelum sakit: pasien bekerja sebagai wiraswasta

Saat dikaji : pasien hanya terbaring ditempat tidur dan tidak bekerja

10. Pola Aman dan Nyaman

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan merasa nyaman dirumah bersama keluarga

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan kurang nyaman karena sedang sakit. pasien mengatakan pusing.

11. Pola Berkomunikasi

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan lancar dan bersosialisasi dengan lingkungan serta mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan.

Saat dikaji : pasien bicaranya tidak jelas, kesulitan berbicara.

12. Pola belajar

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelumnya tidak mengetahui kalau pasien terkena stroke

Saat sakit : keluarga pasien selalu menanyakan kondisi perkembangan pasien

13. Pola spiritual

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien sholat berjamaah di masjid dan rajin menjalankan sholat 5 waktu

Saat sakit : pasien tidak melakukan sholat.

14. Pola Rekreasi

Sebelum sakit :keluarga pasien mengatakan paling jalan-jalan pagi dan bermain diruamh tetangga, selain itu juga paling berkumpul dengan keluarga sambil menonton TV

Saat sakit : pasien hanya berbaring di tempat tidur dan ditemani oleh keluarganya.

D. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum: baik
2. Kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6
3. Antropometri : BB : 86 kg TB : 172 cm
IMT = 29.07
4. Status gizi : gemuk (normal: 18,5-25 menurut WHO)
5. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah :150 /100 mmHg.
 - b. Frekuensi nadi : 88 x per menit
 - c. Suhu : 36,5 C
 - d. Respirasi : 24 x per menit
6. Pemeriksaan Cepalo Caudal
 - a. Kepala : Bentuk kepala mesocephalo, tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak terlihat adanya bekas luka atau jahitan, tidak ada benjolan, Rambut pasien berwarna hitam, pertumbuhan merata, bersih, pendek, tidak bau dan tidak mudah rontok.
 - b. Mata :Bola mata simetris kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bersih tidak ada kotoran. Tidak terdapat konjungtivitis. Fungsi penglihatan normal.

- c. Telinga: Simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret yang keluar dari kedua telinga, tidak terdapat massa, daun telinga bersih, fungsi pendengaran normal.
- d. Hidung :Hidung simetris, tidak ada sinusitis, tidak ada secret, pertumbuhan rambut hidung merata, fungsi pembau normal, terpasang nasal kanul 3 lpm.
- e. Mulut dan Tenggorokan : Mukosa bibir terlihat lembab, tidak ada stomatitis, tidak dapat bicara tida bisa makan
- f. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka tidak terdapat massa, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe.

g. Dada

Jantung

- 1) Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak pada ICS IV-V mid clavicula sinistra
- 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis pada ICS 5 garis mid clavikula sinistra.
- 3) Perkusi : pekak.
- 4) Auskultasi :Terdengar S1-S2 regular.

Paru-paru

- 1) Inspeksi :Simetris kanan dan kiri, tidak ada otot bantu nafas.
- 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba gerak dada kanan dan kiri simetris.
- 3) Perkusi :sonor.
- 4) Auskultasi :Suara nafas vesikuler
- h. Punggung :Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak terdapat massa, tidak ada luka.

i. Abdomen

- 1) Inspeksi : tidak ada bekas luka, tidak tampak distensi abdomen
- 2) Auskultasi : terdengar peristaltik usus $\pm 10x$ permenit
- 3) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati di kuadran 1 (kanan atas), dan tidak ada pembesaran limfa di kuadran 2 (kiri atas) tidak terdapat asites.
- 4) Perkusi :Terdengar redup pada kuadran pertama bagian limfe, pada kuadran kedua terdengar timpani pada bagian lambung, pada kuadra ketiga dan keempat pada ileus terdengar redup.

j. Genetalia : Pasien seorang laki-laki, tidak ada kelainan bentuk,

k. Ekstremitas

- 1) Ekstremitas atas : terpasang infus RL 20tpm CRT kurang dari 3 detik akral hangat tidak ada sianosis, tangan kanan tidak bisa digerakan tangan kiri aktif. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5
- 2) Ekstremitas bawah :tidak ada edema, kaki kanan tidak bisa digerakan, kaki kiri aktif. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5

l. Kulit : turgor kulit baik

E. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1.	Glukosa puasa	145	Mg/dL	70-99
2.	Cholestrol total	175	Mg/dL	<200
3.	Trigeserid	180	Mg/dL	<100
4.	HDL kolesterol	34	Mg/dL	<40
5.	LDL direct	121	Mg/dL	<!00

2. Radiologi : pulmo tak tampak kelainan, besar cor normal

3. Scanning

Hasil: Infark capsula interna sinistra, anthropy cerebry, edema cerebry,

F. Terapi

No	Nama obat	Dosis	Fungsi	Rute
1.	Infus RL	20 tpm	Terapi cairan	IV
2.	Mecobalamin	2 x 500 mg	Vitamin syaraf	IV
3.	Citicolin	2 x 500 mg	Vitamin otak	IV
4.	Flunarizin	2 x 5 mg	Mencegah migran	PO
5.	Simvastatin	1x10 mg	Obat kolesterol	PO



G. ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS: keluarga pasien mengatakan anggotagerak sebelah kanan tidak dapat digerakan DO: a. Aktivitas kebutuhan ADL keluarga b. Pasien mengalami hemiparesis dextra c. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Gangguan neuromuskular
2.	DS : Pasien mengatakan pusing DO: a. TTV : - TD : 150/100 mmHg - N : 88 x/ menit - R : 24 x/menit - S : 36,5 C b. Kesadaran: composmentis c. GCS : E4V5M6 d. Pasien memiliki riwayat hipertensi e. Menggunakan selang oksigenasi nasal kanul 3 lpm f. Hasil CT scan: Infark capsula interna sinistra, anthropy cerebry, edema cerebry, tidak tampak perdarahan.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Embolisme

H. Prioritas diagnosa keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme (D.0017)

I. INTERVENSI

Hari/tgl/jam.	Diagnosa	Luaran	Intervensi												
15/03/21 08.30	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan mobilitas fisik membaik (L.05042) dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Kekuatan otot meningkat</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Rentang gerak (ROM)</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> keterangan 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Pergerakan ekstremitas	2	3	Kekuatan otot meningkat	2	3	Rentang gerak (ROM)	2	3	Dukungan Mobilisasi (I.5173) a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Monitoring TTV dan kondisi umum c. Monitoring kekuatan otot d. Berikan latihan <i>mirror therapy</i> e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan f. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi g. Kolaborasi dengan fisioterapi
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Pergerakan ekstremitas	2	3													
Kekuatan otot meningkat	2	3													
Rentang gerak (ROM)	2	3													
15/03/21 08.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Kesadaran</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Nilai rata-rata tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dalam batas normal</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 6. Memburuk 7. Cukup memburuk 8. Sedang 9. Cukup membaik 10. Membaik	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Kesadaran	2	4	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	TTV dalam batas normal	2	4	Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) a. Monitoring tingkat kesadaran b. Monitoring tanda-tanda vital c. Monitoring status oksigenasi d. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah e. Posisikan semifowler f. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan g. Anjurkan klien untuk tetap memakai oksigen selama aktivitas dan tidur h. Kolaborasi dalam pemberian terapi vitamin otak.
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Kesadaran	2	4													
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4													
TTV dalam batas normal	2	4													

J. IMPLEMENTASI

Hari/tgl/jam	No.Dx	Implementasi	Respon	ttd
15/03/21/ 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 88x/menit RR : 24x/menit S : 36,5 C	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien	
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm	
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-	
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,	
12.20	2	9. Membmemberikan injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg.	
16/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS	

09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	E4M6V3. TD : 150/80mmHg N : 86x/menit RR : 24x/menit S : 36.6 C S : pasien mengatakan tangan dan kakinya bisa diangkat O : kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler, S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg.S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah
12.20	2	9. Memb memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg	
17/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90mmHg N : 84x/menit RR : 24x/menit S : 36.6 C
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya bisa digerakan O : kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5

09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	O:- S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,
12.20	2	9. Memb memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg. .

EVALUASI

hariTgl/jam	No. Dx	Evaluasi	Ttd
15/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 88x/menit RR : 24x/menit S : 36,5 C kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2.	S : Pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing. O : ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 88x/menit RR : 24x/menit S : 36,5 C, mual (-), muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien	

		2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
16/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa diangkat. O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 88x/menit RR : 24x/menit S : 36,6 C. kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Kolaborasi dengan fisioterapi.	
14.00	2	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah, tidak merasa pusing O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 150/80mmHg N : 86x/menit RR : 24x/menit S : 36.6 C mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV	

		3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
17/03/21 14.00	1.	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa digerakan O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90mmHg N : 84x/menit RR : 24x/menit S : 36.6 C. kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2.	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90mmHg N : 84x/menit RR : 24x/menit S : 36.6 C, mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV	

		3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
--	--	--	--



PASIEN 2

A. Identitas Klien

1. Klien

Nama : Tn. A
Jenis Kelamin : Laki- laki
Umur : 53 tahun
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan : SMP
Pekerjaaaan : Wiraswasta
Suku/Bangsa : Jawa/ Indonesia
Alamat : Kebumen
Tanggal Masuk RS : 14-03-2021
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

2. Penanggung Jawab

Nama : Ny. Y
Umur : 50 tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Alamat : Kebumen
Hubungan dengan klien : istri

B. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Pasien

- a. Keluhan Utama kelemahan anggota gerak sebelah kiri.
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang: pasien datang ke RS PKU Muhammdiyah Sruweng diantar keluarganya pada tanggal 14-Maret-2021 pukul 19.50 WIB, masuk IGD pasien datang dengan keluhan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Saat dilakukan pengkajian

pasien mengeluhkan pusing, kelemahan anggota gerak bagian kiri, keadaan baik, Kesadaran CM, GCS (E:4,V:5,M:6), TD: 160/90 mmHg, Nadi : 90x/m, RR: 20 x/ m, S : 36,4⁰C. kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5. klien mengatakan suka makan bakso dan mie ayam.

- c. Riwayat Penyakit Dahulu : pasien mengatakan mempunyai riwayat HT dan jantung sejak 5 tahun yang lalu dan rutin mengonsumsi obat rawat jalan
- d. Riwayat penyakit keluarga : Keluarganya ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi dan jantung.

C. Pola Virginia Henderson

1. Pola Bernafas

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah pernafasan pada pasien

Saat dikaji : pasien dapat bernafas normal tanpa menggunakan alat bantu. RR: 20x/m

2. Pola Nutrisi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan porsi satu piring sedang berupa nasi, sayur, lauk dan kadang-kadang buah. Minum teh dan air putih 8-10 gelas per hari, ± 1600–2000cc per hari. Pasien suka makan-makanan yang asin.

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan, makan 3 kali sehari sesuai porsi yang disediakan dari rumah sakit. Minum air putih 8-10 gelas per hari, ± 1600–2000cc per hari.

3. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 hari sekali tidak ada masalah BAK normal tidak ada masalah, warna kuning jernih

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari dan BAK 3-5 kali sehari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : aktifitas sehari-hari dengan bekerja dan berkumpul dengan keluarganya.

Saat dikaji : aktivitas saat ini dibantu keluarganya karena sedang sakit. keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kiri tidak dapat digerakan

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasa tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB, tidur siang jarang karena bekerja. Kadang pasien meluangkan waktunya untuk beristirahat untuk berkumpul dengan temannya.

Selama sakit : keluarga pasien mengatakan tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB dengan kurang nyenyak

6. Pola kebersihan diri

Sebelum sakit : keluarga pasien mampu membersihkan diri dengan mandiri, pasien mandi 2x sehari, sikat gigi dan keramas 3 hari sekali

Selama sakit : keluarga pasien mengatakan hanya menyekka pagi dan sore.

7. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan memakai baju sesuai dengan kondisi suhu, kalau panas pasien menggunakan pakaian lengan pendek dan tipis dan kalau dingin pasien pakai jaket dan sarung

Saat sakit : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

8. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit: pasien memakai jaket tebal jika merasa dingin, jika saat cuaca panas pasien memakai jaket atau pakaian yang tebal.

Saat dikaji: pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

9. Pola bekerja

Sebelum sakit: pasien bekerja sebagai wiraswasta

Saat dikaji: pasien hanya terbaring ditempat tidur dan tidak bekerja

10. Pola Aman dan Nyaman

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan merasa nyaman dirumah bersama keluarga

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan kurang nyaman karena sedang sakit

11. Pola Berkomunikasi

Sebelum sakit :keluarga pasien mengatakan mampu berkomunikasi degan lancer dan bersosialisasi dengan lingkungan serta mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan.

Saat dikaji : pasien dapat berbicara dengan menggunakan bahasa jawa dan indonesia.

12. Pola belajar

Sebelum sakit :keluarga pasien mengatakan sebelumn ya tidak mengetahui kalau pasien terkena stroke

Saat sakit : keluarga pasien selalu menanyakan kondisi perkembangan pasien

13. Pola spiritual

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien sholat berjamaah di masjid dan rajin menjalankan sholat 5 waktu

Saat sakit : pasien tidak melakukan solat.

14. Pola Rekreasi

Sebelum sakit :keluarga pasien mengatakan paling jalan-jalan pagi dan bermain diruamh tetangga, selain itu juga paling berkumpul dengan keluarga sambil menonton TV

Saat sakit : pasien hanya berbaring di tempat tidur dan ditemani oleh keluarganya..

D. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum: baik
2. Kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6
3. Antropometri : BB : 86 kg TB : 172 cm
IMT = 29.07
4. Status gizi : gemuk (normal: 18,5-25 menurut WHO)
5. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah :160/90 mmHg.
 - b. Frekuensi nadi : 90 x per menit
 - c. Suhu : 36, 4°C
 - d. Respirasi : 20 x per menit
6. Pemeriksaan Cepalo Caudal
 - a. Kepala :Bentuk kepala mesocephalo, tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak terlihat adanya bekas luka atau jahitan, tidak ada benjolan, Rambut pasien berwarna hitam, pertumbuhan merata, bersih, pendek , tidak bau dan tidak mudah rontok.
 - b. Mata :Bola mata simetris kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bersih tidak ada kotoran. Tidak terdapat konjungtivitis. Fungsi penglihatan normal.
 - c. Telinga: Simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret yang keluar dari kedua telinga, tidak terdapat massa, daun telinga bersih, fungsi pendengaran normal.
 - d. Hidung :Hidung simetris, tidak ada sinusitis, tidak ada secret, pertumbuhan rambut hidung merata, fungsi pembau normal.

- e. Mulut dan Tenggorokan : Mukosa bibir terlihat lembab, tidak ada stomatitis, tidak dapat bicara tidak bisa makan
- f. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka tidak terdapat massa, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe.
- g. Dada
- Jantung
- 1) Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak pada ICS IV-V mid clavícula sinistra
 - 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis pada ICS 5 garis mid clavikula sinistra.
 - 3) Perkusi : Terdengar suara pekak
 - 4) Auskultasi :Terdengar S1-S2 regular.
- Paru-paru
- 1) Inspeksi :Simetris kanan dan kiri, pada saat inspirasi dan ekspirasi tidak ada retraksi dinding dada kanan dan kiri, tidak ada otot bantu nafas.
 - 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba gerak dada kanan dan kiri simetris.
 - 3) Perkusi :sonor.
 - 4) Auskultasi :Suara nafas vesikuler.
- h. Punggung :Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak terdapat massa, tidak ada luka.
- i. Abdomen
- 1) Inspeksi: tidak ada bekas luka, warna kulit konsisten dengan yang lain, umbilikus bersih, perut cembung
 - 2) Auskultasi :Terdengar peristaltik usus $\pm 10 \times$ per menit

- 3) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati di kuadran 1 (kanan atas), dan tidak ada pembesaran limfa di kuadran 2 (kiri atas) tidak terdapat asites.
- 4) Perkusi :Terdengar redup pada kuadran pertama bagian limfe, pada kuadran kedua terdengar timpani pada bagian lambung, pada kuadra ketiga dan keempat pada ileus terdengar redup.

j. Genetalia : Pasien seorang laki-laki, tidak ada kelainan bentuk,

k. Ekstremitas

- 1) Ekstremitas atas : terpasang infus RL 20 tpm CRT kurang dari 3 detik akral hangat tidak ada sianosis tangan kiri tidak bisa digerakan tangan kanan aktif
- 2) Ekstremitas bawah :tida adak edema, kaki kiri tidak bisa digerakan kaki kanan aktif

l. Kulit : turgor kulit baik

E. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1.	Hemoglobin	13.1	g/dL	13,2-17,3
2.	SGOT	51	U/L	15-27
3.	Creatinin Darah	1.38	Mg/dL	0.70-1.30
4.	HDL kolesterol	54	Mg/dL	<40
5.	LDL direct	132	Mg/dL	<100

2. Radiologi : Kardiomegaly (LV, LA suspek RA)

3. Scanning

Hasil: infark pada lobus temporoparietooccipital kanan, Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial, Tak tampak tanda peningkatan tekanan intracranial.

.Terapi

No	Nama obat	Dosis	Fungsi	Rute
1.	Infus RL	20 tpm	Terapi cairan	IV
2.	Mecobalamin	2 x 500 mg	Vitamin syaraf	IV
3.	Valsartan	1 x 160 mg	Menurunkan hipertensi	PO
4.	ISDN	3 x 5 mg	Mencegah angina	PO
5.	CPG	1x75 mg	Mencegah platelet	PO



F. ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS: keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri tidak dapat digerakan DO: a. aktivitas kebutuhan ADL dibantu keluarga, b. pasien mengalami hemiparesis sinistra, c. kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Gangguan neuromuskular
2.	DS : Pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah DO: a. TD: TD: 160/90 mmHg, Nadi : 90x/m, S : 36,4 ⁰ C, RR:20 x/m, b. kesadaran: composmentis dengan GCS : E4V5M6, c. hasil CT scan infark pada lobus temporoparietooccipital kanan, Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial, Tak tampak tanda peningkatan tekanan intracranial.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Embolisme

G. Prioritaas diagnosa keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan Embolisme (D.0017)

H. INTERVENSI

Hari/tgl/jam.	Diagnosa	NOC	NIC												
17/03/19 08.30	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan mobilitas fisik membaik (L.05042) dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Kekuatan otot meningkat</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Rentang gerak (ROM)</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> keterangan 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Pergerakan ekstremitas	2	3	Kekuatan otot meningkat	2	3	Rentang gerak (ROM)	2	3	Dukungan Mobilisasi (I.5173) a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Monitoring TTV dan kondisi umum c. Monitoring kekuatan otot d. Berikan latihan <i>mirror therapy</i> e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan f. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi g. Kolaborasi dengan fisioterapi
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Pergerakan ekstremitas	2	3													
Kekuatan otot meningkat	2	3													
Rentang gerak (ROM)	2	3													
17/03/19 08.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Kesadaran</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Nilai rata-rata tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dalam batas normal</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Kesadaran	2	4	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	TTV dalam batas normal	2	4	Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) a. Monitoring tingkat kesadaran b. Monitoring tanda-tanda vital c. Monitoring status oksigenasi d. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah e. Posisikan semifowler f. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan g. Anjurkan klien untuk tetap memakai oksigen selama aktivitas dan tidur h. Kolaborasi dalam pemberian terapi vitamin otak.
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Kesadaran	2	4													
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4													
TTV dalam batas normal	2	4													

I. IMPLEMENTASI

Hari/tgl/jam	No.Dx	Implementasi	Respon	ttd
17/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 160/90mmHg N : 90x/menit RR : 20x/menit S : 36,4°C	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S: pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien	
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
11.45	2.	6. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-	
12.00	2.	7. Memposisikan semifowler	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,	
12.10	2	8. Memb memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, 500mg, valsartan 160 mg, ISDN 5 mg, CPG 75 mg	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg	
18/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 160/80mmHg N : 86x/menit RR : 19x/menit S : 36.6C	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S: pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5	

09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi
11.45	2.	6. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-
12.00	2.	7. Memposisikan semifowler	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,
12.10	2	8. Memb memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, 500mg, valsartan 160 mg, ISDN 5 mg, CPG 75 mg	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg, iv bolus tanpa alergi.
19/03/21	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90mmHg N : 84x/menit RR : 20x/menit S : 36.8 C
09.00			
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S: pasien mengatakan tangan dan kakinya tangan dan kakinya bisa diangkat. O : kekuatan otot kiri 3/3 kanan 5/5
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi
11.45	2.	6. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:- S: pasien mengatakan lebih nyaman

12.00	2.	7. Memposisikan semifowler	O: posisi semifowler, S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat	
12.10	2	8. Memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, 500mg, valsartan 160 mg, ISDN 5 mg, CPG 75 mg	O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg	

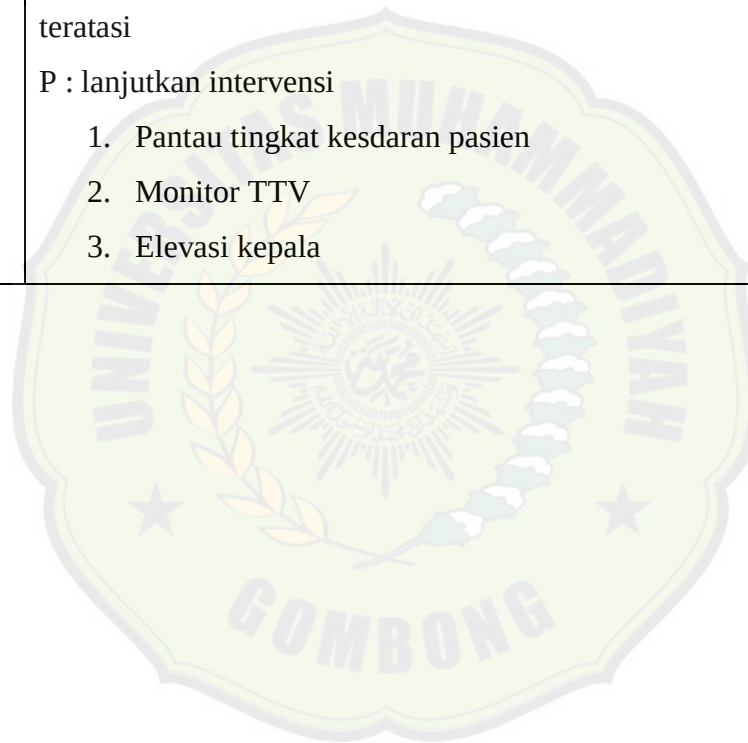
Evaluasi

hariTgl/jam	No. Dx	Evaluasi	Ttd
17/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 160/90mmHg N : 90x/menit RR : 20x/menit S : 36,4 °C kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5 A: masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan mirror therapy 3. Bantu kebutuhan ADL 4. Kolaborasi dengan fisioterapi	
	2	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing. O: kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 160/90mmHg N :	

		90x/menit RR : 20x/menit S : 36,4 °C Mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 6. Pantau tingkat kesadaran pasien 7. Monitor TTV 8.	
18/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa diangkat. O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/80mmHg N : 86x/menit RR : 19x/menit S : 36.2 °C. kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5 A: masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan mirror therapy 3. Bantu kebutuhan ADL 4. Kolaborasi dengan fisioterapi.	
14.00	2.	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah, tidak merasa pusing O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/80mmHg N : 86x/menit RR : 19x/menit S : 36.2 °C	

		Mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral belum teratasi P : lanjutkan intervensi 6. Pantau tingkat kesadaran pasien 7. Monitor TTV 8. Elevasi kepala 9. Kolaborasi pemberian manitol	
19/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa menahan beban ringan O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90mmHg N : 84x/menit RR : 25x/menit S : 36.6 C. kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 A : masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan mirror therapy 3. Bantu kebutuhan ADL 4. Kolaborasi dengan fisioterapi.	
14.00	2	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90mmHg N :	

		84x/menit RR : 20x/menit S : 36.6 °C Mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi kekuatan otot kanan 5/5 kiri 3/3 A : masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Pantau tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV 3. Elevasi kepala	
--	--	---	--



PASIEN 3

A. Identitas Klien

1. Klien

Nama : Tn. K
Jenis Kelamin : Laki- laki
Umur : 74 tahun
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan : SMA
Pekerjaaaan : Tani
Suku/Bangsa : Jawa/ Indonesia
Alamat : Kebumen
Tanggal Masuk RS : 16-03-2021
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

2. Penanggung Jawab

Nama : Ny. Y
Umur : 40 tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Hubungan dengan klien : anak

B. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Pasien

- a. Keluhan Utama kelemahan anggota gerak sebelah kiri.
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Keluhan utama pasien mengatakan kelemahan anggota gerak sebelah kiri. Riwayat kesehatan sekarang pasien masuk di RS PKU Muhammdiyah Sruweng pada tanggal 15 Maret 2021 pada jam 10.00 WIB dengan keluhan anggota gerak kiri tidak bisa digerakan sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit, TD :

190/110 mmHg N : 90 x/menit RR : 20x/menit pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 16 Maret 2021 pukul 08.00 WIB pasien terlihat kesulitan bicara, keluarga pasien mengatakan tubuh bagian kiri tidak bisa digerakan TD: 150/100 mmHg N: 88 x/menit RR : 20 x/menit S: 36,6°C kesadaran composmentis GCS E4M6V3, kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5..

- c. Riwayat Penyakit Dahulu: Pasien pernah menderita stroke 2 tahun yang lalu.
- d. Pada riwayat penyakit keluarga, pasien mengatakan didalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit Hipertensi, Diabetes Mellitus (DM), Jantung, Stroke. Serta tidak ada yang menderita penyakit menular seperti AIDS, HIV, TBC.

C. Pola Virginia Henderson

1. Pola pernapasan

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak ada masalah pernafasan pada pasien

Saat dikaji : pasien mengatakan tidak sesak nafas, RR : 20x/menit

2. Pola Nutrisi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan porsi satu piring sedang berupa nasi, sayur, lauk dan kadang-kadang buah.

Minum teh dan air putih 8-10 gelas per hari, $\pm$ 1600–2000cc per hari.

Pasien suka mengkonsumsi bakso dan mie ayam.

3. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : Pasien mengatakan pasien BAB 1 hari sekali tidak ada masalah BAK normal tidak ada masalah, warna kuning jernih

Saat dikaji : Pasien mengatakan pasien belum BAB dan BAK 3-5 kali sehari

4. Aktivitas

Sebelum sakit : aktifitas sehari-hari dengan bekerja dan berkumpul dengan keluarganya.

Saat dikaji : aktivitas saat ini dibantu keluarganya karena sedang sakit. keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak dapat digerakan

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasa tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB, tidur siang jarang karena bekerja. Kadang pasien meluangkan waktunya untuk beristirahat untuk berkumpul dengan temannya.

Selama sakit : keluarga pasien mengatakan tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB dengan kurang nyenyak

6. Pola kebersihan diri

Sebelum sakit : Pasien mampu membersihkan diri dengan mandiri, pasien mandi 2x sehari, sikat gigi dan keramas 3 hari sekali

Selama sakit : Keluarga pasien mengatakan hanya menyekka pagi dan sore.

7. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan memakai baju sesuai dengan kondisi suhu, kalau panas pasien menggunakan pakaian lengan pendek dan tipis dan kalau dingin pasien pakai jaket dan sarung

Saat sakit : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

8. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit: pasien memakai jaket tebal jika merasa dingin, jika saat cuaca panas pasien memakai jaket atau pakaian yang tebal.

Saat dikaji : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

9. Pola bekerja

Sebelum sakit: pasien bekerja sebagai wiraswasta

Saat dikaji : pasien hanya terbaring ditempat tidur dan tidak bekerja

10. Pola Aman dan Nyaman

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan merasa nyaman dirumah bersama keluarga

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan kurang nyaman karena sedang sakit. pasien mengatakan pusing.

11. Pola Berkomunikasi

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan mampu berkomunikasi degan lancar dan bersosialisasi dengan lingkungan serta mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan.

Saat dikaji : pasien bicaranya tidak jelas, kesulitan berbicara.

12. Pola belajar

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelumn ya tidak mengetahui kalau pasien terkena stroke

Saat sakit : keluarga pasien selalu menanyakan kondisi perkembangan pasien

13. Pola spiritual

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien sholat berjamaah di masjid dan rajin menjalankan sholat 5 waktu

Saat sakit : pasien tidak melakukan sholat.

14. Pola Rekreasi

Sebelum sakit :keluarga pasien mengatakan paling jalan-jalan pagi dan bermain diruamh tetangga, selain itu juga paling berkumpul dengan keluarga sambil menonton TV

Saat sakit: pasien hanya berbaring di tempat tidur dan ditemani oleh keluarganya.

D. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum: baik
2. Kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6
3. Antropometri : BB : 86 kg TB : 172 cm
IMT = 29.07
4. Status gizi : gemuk (normal: 18,5-25 menurut WHO)
5. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah :150/100 mmHg.
 - b. Frekuensi nadi : 88 x per menit
 - c. Suhu : 36, 6°C
 - d. Respirasi : 20 x per menit
6. Pemeriksaan Cepalo Caudal
 - a. Kepala :Bentuk kepala mesocephalo, tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak terlihat adanya bekas luka atau jahitan, tidak ada benjolan, Rambut pasien berwarna hitam, pertumbuhan merata, bersih, pendek , tidak bau dan tidak mudah rontok.
 - b. Mata :Bola mata simetris kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bersih tidak ada kotoran. Tidak terdapat konjungtivitis, tidak melihat obyek ganda. Fungsi penglihatan normal.
 - c. Telinga: Simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret yang keluar dari kedua telinga, tidak terdapat massa, daun telinga bersih, fungsi pendengaran normal.
 - d. Hidung :Hidung simetris, tidak ada sinusitis, tidak ada secret, pertumbuhan rambut hidung merata, fungsi pembau normal.
 - e. Mulut dan Tenggorokan : Mukosa bibir terlihat lembab, tidak ada stomatitis, tidak dapat bicara tidak bisa makan

f. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka tidak terdapat massa, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe.

g. Dada

Jantung

- 1) Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak pada ICS IV-V mid clavícula sinistra
- 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis pada ICS 5 garis mid clavícula sinistra.
- 3) Perkusi : Terdengar suara pekak, intercosta 2 garis parasternal dektra, intercosta 2 garis parasternal sinistra, sampai intercosta 4 garis parasternal sinistra, dan intercosta 5 garis mid klavikula sinistra.
- 4) Auskultasi :Terdengar S1-S2 terpisah, regular.

Paru-paru

- 1) Inspeksi :Simetris kanan dan kiri, pada saat inspirasi dan ekspirasi tidak ada retraksi dinding dada kanan dan kiri, tidak ada otot bantu nafas.
 - 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba gerak dada kanan dan kiri simetris.
 - 3) Perkusi :sonor.
 - 4) Auskultasi :Suara nafas vesikuler, RR= 20x/ menit perbandingan inspirasi dan ekspirasi 1:2.
- h. Punggung :Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak terdapat massa, tidak ada luka.
- i. Abdomen
- 1) Inspeksi: tidak ada bekas luka, warna kulit konsisten dengan yang lain, umbilikus bersih, perut cembung

- 2) Auskultasi :Terdengar peristaltik usus $\pm 10x$ per menit di kuadran 3.
- 3) Perkusi :Terdengar redup pada kuadran pertama bagian limfe, pada kuadran kedua terdengar timpani pada bagian lambung, pada kuadra ketiga dan keempat pada ileus terdengar redup.
- 4) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati di kuadran 1 (kanan atas), dan tidak ada pembesaran limfa di kuadran 2 (kiri atas) tidak terdapat asites.

j. Genetalia : Pasien seorang laki-laki, tidak ada kelainan bentuk,

k. Ekstremitas

- 1) Ekstremitas atas : terpasang infus RL 20tpm CRT kurang dari 3 detik akral hangat tidak ada sianosis tangan kiri tida bisa digerakan tangan kiri aktif
- 2) Ekstremitas bawah :tida adak edema kaki kiri tidak bisa digerakan kaki kanan aktif

l. Kulit : turgor kulit baik

E. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1.	Hemoglobin	12.8	g/dL	13,2-17,3
2.	Hematokrit	39	%	40-52
3.	Eosinofil	1.0	%	2-4
4.	Batang	0.5	%	3-5
5.	Kreatinin	1.52	Mg/dL	0.70-1.30

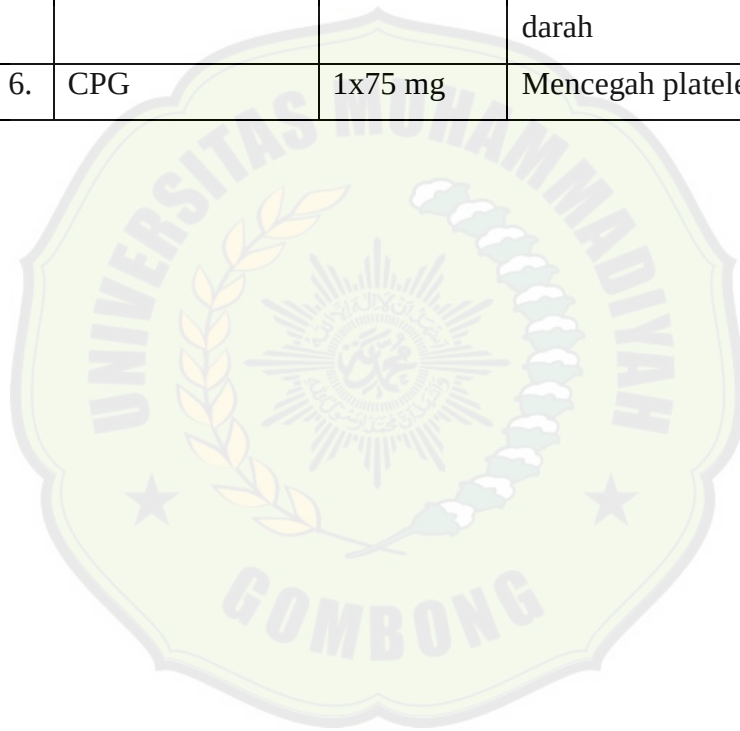
2. Radiologi : Kardiomegaly (LV, LA suspek RA)

3. Scanning

Hasil CT Scan infark lacunar pada corona radiat kanan, nucleus lentiformis kanan tak tampak perdarahan maupun peningkatan TIK,

.Terapi

No	Nama obat	Dosis	Fungsi	Rute
1.	Infus RL	20 tpm	Terapi cairan	IV
2.	Mecobalamin	2 x 500 mg	Vitamin syaraf	IV
3.	Citicolin	2 x 500 mg	Menurunkan hipertensi	PO
4.	Aspilet	1 x 80 mg	Mencegah angina	PO
5.	Amlodipin	1x10 mg	Menurunkan tekanan darah	
6.	CPG	1x75 mg	Mencegah platelet	PO



F. ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS: keluarga pasien mengatakan badan sebelah kiri tidak dapat digerakan DO: a. aktivitas kebutuhan ADL dibantu alat dan orang lain, b. pasien mengalami hemiparesis sinistra, c. kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Gangguan neuromuskular
2.	DS : Pasien mengatakan tidak pusing, tidal mual atau muntah DO: a. TD: 150/100 mmHg N: 88 x/menit RR : 20 x/menit S: 36,6°C b. kesadaran: composmentis dengan GCS : E4V3M6, c. hasil CT scan infark pada lobus temporoparietooccipital kanan, Tak tampak perdarahan maupun SOL intracranial, Tak tampak tanda peningkatan tekanan intracranial.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Embolisme

G. Prioritas diagnosa keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme (D.0017)

H. Intervensi

Hari/tgl/jam.	Diagnosa	Luaran	Intervensi												
17/03/21 08.30	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan mobilitas fisik membaik (L.05042) dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Kekuatan otot meningkat</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Rentang gerak (ROM)</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> keterangan 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Pergerakan ekstremitas	2	3	Kekuatan otot meningkat	2	3	Rentang gerak (ROM)	2	3	Dukungan Mobilisasi (I.5173) a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Monitoring TTV dan kondisi umum c. Monitoring kekuatan otot d. Berikan latihan <i>mirror therapy</i> e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan f. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi g. Kolaborasi dengan fisioterapi
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Pergerakan ekstremitas	2	3													
Kekuatan otot meningkat	2	3													
Rentang gerak (ROM)	2	3													
17/03/21 08.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Kesadaran</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Nilai rata-rata tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dalam batas normal</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Kesadaran	2	4	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	TTV dalam batas normal	2	4	Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) a. Monitoring tingkat kesadaran b. Monitoring tanda-tanda vital c. Monitoring status oksigenasi d. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah e. Posisikan sem Fowler f. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan g. Anjurkan klien untuk tetap memakai oksigen selama aktivitas dan tidur h. Kolaborasi dalam pemberian terapi vitamin otak.
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Kesadaran	2	4													
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4													
TTV dalam batas normal	2	4													

Hari/tgl/jam	No.Dx	Implementasi	Respon	ttd
17/03/21/ 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 90x/menit RR : 20x/menit S : 36,4 °C	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien	
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah	
12.00	2.	6. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	O:- S: pasien mengatakan lebih nyaman	
12.15	2	7. Memposisikan semifowler	O: posisi semifowler, S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat	
12.20	2	8. Memb memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg	O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg.	
18/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: :kesadaran composmentis GCS	

09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	E4M6V3. TD : 160/80mmHg N : 86x/menit RR : 19x/menit S : 36.2 °C . kekuatan otot S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5 S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>		
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien	
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
11.45	2.	6. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-	
12.00	2.	7. Memposisikan semifowler	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,	
12.15	2	8. Memb memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg.S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah	
12.20	2			
19/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90mmHg N : 84x/menit RR : 24x/menit S : 36.6 C	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya bisa digerakan O : kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 S: -	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	

09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,
12.20	2	9. Memberikan injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk injeksi Mecobalamin 500mg, inj Citicolin 500mg ,Flunarizin 2 mg. .

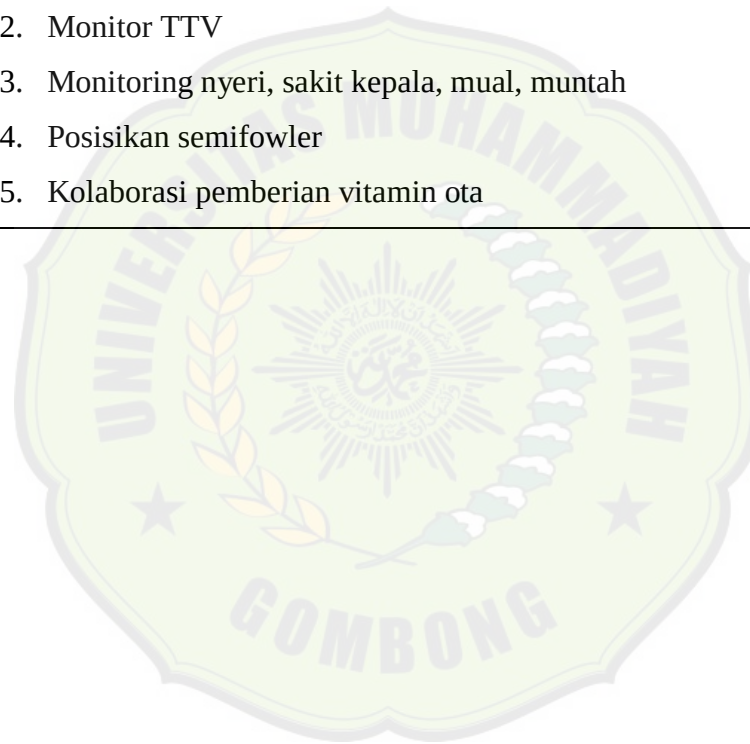
Evaluasi

hariTgl/jam	No. Dx	Evaluasi	Ttd
17/03/2021 14.00	1.	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O :kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 90x/menit RR : 20x/menit S : 36,4 °C kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5 A: masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2.	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing. O :kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD: 160/90mmHg N : 90x/menit RR : 20x/menit S : 36,4 °C Mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien	

		2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
18/03/21 14.00	1.	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya digeser . O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD: 140/80 mmHg N: 86 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.2°C kekuatan otot kiri 2/2 kanan 5/5 A: masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah, tidak merasa pusing O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. GCS E4M6V3. TD: 140/80 mmHg N: 86 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.2°C Mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi	

		P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
19/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa diangkat O : kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD: 140/90 mmHg, N:84 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.6°C . kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing O : kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD: 140/90 mmHg, N:84 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.6°C, mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa	

		alergi A : masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin ota	
--	--	--	--



PASIEN 4

A. Identitas Klien

1. Klien

Nama : Tn. A
Jenis Kelamin : Laki- laki
Umur : 60 tahun
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan : SMK
Pekerjaaan : Wiraswasta
Suku/Bangsa : Jawa/ Indonesia
Alamat : Kebumen
Tanggal Masuk RS : 19-03-2021
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

2. Penanggung Jawab

Nama : Ny. D
Umur : 55 tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Alamat : Kebumen
Hubungan dengan klien : istri

B. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Keluhan Utama kelemahan anggota gerak sebelah kanan.

Riwayat Kesehatan Sekarang : pasien datang ke PKU Muhammadiyah Sruweng diantar keluarganya pada tanggal 19-Maret-2021 pukul 21.00 WIB, di IGD RS PKU Muhammdiyah Sruweng pada tanggal 19 Maret 2021 pada jam 21.00 WIB dengan keluhan kelemahan

anggota gerak kanan sejak 15 menit SMRS, kepala post kebentur, TD : 150/80 mmHg N: 87 x/menit RR: 20x/menit pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 20-03-2021 pukul 07.00 WIB pasien mengatakan tubuh bagian kanan tidak bisa digerakan TD: 150/80 mmHg N: 87 x/menit RR : 20 x/menit S: 36,5°C kesadaran composmentis GCS E4M6V5, kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5.

- b. Riwayat Penyakit Dahulu: keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu
- c. Riwayat penyakit keluarga :keluarga Pasien mengatakan didalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit Hipertensi, Diabetes Mellitus (DM), Jantung, Stroke. Serta tidak ada yang menderita penyakit menular seperti AIDS, HIV, TBC.

C. Pola Virginia Henderson

1. Pola Bernafas

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah pernafasan pada pasien

Saat dikaji : pasien terpasang selang oksigen Nasal kanul 3 lpm
RR : 20 x/menit

2. Pola Nutrisi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan porsi satu piring sedang berupa nasi, sayur, lauk dan kadang-kadang buah. Minum teh dan air putih 8-10 gelas per hari, $\pm$ 1600–2000cc per hari. Pasien suka mengkonsumsi kopi dan makan sate kambing

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan sulit makan, makan 3 kali sehari sesuai porsi yang disediakan dari rumah sakit. Minum air putih 8-10 gelas per hari, $\pm$ 1600–2000cc per hari.

3. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 hari sekali tidak ada masalah BAK normal tidak ada masalah, warna kuning jernih

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari dan BAK 3-5 kali sehari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : aktifitas sehari-hari dengan bekerja dan berkumpul dengan keluarganya.

Saat dikaji : aktivitas saat ini dibantu keluarganya karena sedang sakit. keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak dapat digerakan

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasa tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB, tidur siang jarang karena bekerja. Kadang pasien meluangkan waktunya untuk beristirahat untuk berkumpul dengan temannya.

Selama sakit : keluarga pasien mengatakan tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB dengan kurang nyenyak

6. Pola kebersihan diri

Sebelum sakit : Pasien mampu membersihkan diri dengan mandiri, pasien mandi 2x sehari, sikat gigi dan keramas 3 hari sekali

Selama sakit : Keluarga pasien mengatakan hanya menyekka pagi dan sore.

7. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan memakai baju sesuai dengan kondisi suhu, kalau panas pasien menggunakan pakaian

lengan pendek dan tipis dan kalau dingin pasien pakai jaket dan sarung

Saat sakit : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

8. Pola Mempertahankan Suhu

Sebelum sakit: pasien memakai jaket tebal jika merasa dingin, jika saat cuaca panas pasien memakai jaket atau pakaian yang tebal.

Saat dikaji : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut

9. Pola bekerja

Sebelum sakit: pasien bekerja sebagai wiraswasta

Saat dikaji : pasien hanya terbaring ditempat tidur dan tidak bekerja

10. Pola Aman dan Nyaman

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan merasa nyaman dirumah bersama keluarga

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan kurang nyaman karena sedang sakit. pasien mengatakan pusing.

11. Pola Berkomunikasi

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan mampu berkomunikasi degan lancar dan bersosialisasi dengan lingkungan serta mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan.

Saat dikaji : pasien bicaranya tidak jelas, kesulitan berbicara.

12. Pola belajar

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelumn ya tidak mengetahui kalau pasien terkena stroke

Saat sakit : keluarga pasien selalu menanyakan kondisi perkembangan pasien

13. Pola spiritual

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien sholat berjamaah di masjid dan rajin menjalankan sholat 5 waktu

Saat sakit : pasien tidak melakukan sholat.

14. Pola Rekreasi

Sebelum sakit :keluarga pasien mengatakan paling jalan-jalan pagi dan bermain diruamh tetangga, selain itu juga paling berkumpul dengan keluarga sambil menonton TV

Saat sakit : pasien hany

a berbaring di tempat tidur dan ditemani oleh keluarganya.

D. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum: baik
2. Kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6
3. Antropometri : BB : 86 kg TB : 172 cm
4. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah :150/80 mmHg.
 - b. Frekuensi nadi : 88 x per menit
 - c. Suhu : 36,5 C
 - d. Respirasi : 24 x per menit
5. Pemeriksaan Cepalo Caudal
 - a. Kepala : Bentuk kepala mesocephalo, tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak terlihat adanya bekas luka atau jahitan, tidak ada benjolan, Rambut pasien berwarna hitam, pertumbuhan merata, bersih, pendek, tidak bau dan tidak mudah rontok.
 - b. Mata :Bola mata simetris kanan dan kiri, pupil isokor, konjugtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bersih tidak ada kotoran. Tidak terdapat konjungtivitis. Fungsi penglihatan normal.
 - c. Telinga: Simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret yang keluar dari kedua telinga, tidak terdapat massa, daun telinga bersih, fungsi pendengaran normal.
 - d. Hidung :Hidung simetris, tidak ada sinusitis, tidak ada secret, pertumbuhan rambut hidung merata, fungsi pembau normal, terpasang nasal kanul 3 lpm.

- e. Mulut dan Tenggorokan : Mukosa bibir terlihat lembab, tidak ada stomatitis, tidak dapat bicara tidak bisa makan
- f. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka tidak terdapat massa, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe.

g. Dada

Jantung

- 1) Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak pada ICS IV-V mid clavicula sinistra
- 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis pada ICS 5 garis mid clavikula sinistra.
- 3) Perkusi : pekak.
- 4) Auskultasi :Terdengar S1-S2 regular.

Paru-paru

- 1) Inspeksi :Simetris kanan dan kiri, tidak ada otot bantu nafas.
 - 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba gerak dada kanan dan kiri simetris.
 - 3) Perkusi :sonor.
 - 4) Auskultasi :Suara nafas vesikuler
- h. Punggung :Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak terdapat massa, tidak ada luka.

i. Abdomen

- 1) Inspeksi : tidak ada bekas luka, tidak tampak distensi abdomen
- 2) Auskultasi : terdengar peristaltik usus $\pm$ 10x permenit
- 3) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati di kuadran 1 (kanan atas), dan tidak ada pembesaran limfa di kuadran 2 (kiri atas) tidak terdapat asites.

4) Perkusi :Terdengar redup pada kuadran pertama bagian limfe, pada kuadran kedua terdengar timpani pada bagian lambung, pada kuadra ketiga dan keempat pada ileus terdengar redup.

j. Genetalia : Pasien seorang laki-laki, tidak ada kelainan bentuk,

k. Ekstremitas

1) Ekstremitas atas : terpasang infus RL 20tpm CRT kurang dari 3 detik akral hangat tidak ada sianosis, tangan kanan tidak bisa digerakan tangan kiri aktif. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5

2) Ekstremitas bawah :tidak ada edema, kaki kanan tidak bisa digerakan, kaki kiri aktif. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5

l. Kulit : turgor kulit baik

E. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1.	Glukosa puasa	145	Mg/dL	70-99
2.	Cholestrol total	175	Mg/dL	<200
3.	Trigiserid	180	Mg/dL	<100
4.	HDL kolesterol	34	Mg/dL	<40
5.	LDL direct	121	Mg/dL	<!00

2. Radiologi : pulmo tak tampak kelainan, besar cor normal

3. Scanning

Hasil: gambaran Infark cerebri akut di pons sinistra,

F. Terapi

No	Nama obat	Dosis	Fungsi	Rute
1.	Infus Asering	20 tpm	Terapi cairan	IV
2.	Mecobalamin	2 x 500 mg	Vitamin syaraf	PO
3.	Citicolin	2 x 500 mg	Vitamin otak	IV
4.	Kalsentin	1 x 1 mg	Anti depresan	PO
5.	Candesartan	1x75 mg	Darah tinggi	PO
6.	Aspilet	1x80 mg	Anti platelet	PO



G. ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS: keluarga pasien mengatakan anggotagerak sebelah kanan tidak dapat digerakan DO: a. Aktivitas kebutuhan ADL keluarga b. Pasien mengalami hemiparesis dextra c. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Gangguan neuromuskular
2.	DS : Pasien mengatakan pusing DO: a. TTV : TD : 150/80 mmHg N : 87 x/ menit R : 20 x/menit S : 36,5 C b. Kesadaran: composmentis c. GCS : E4V5M6 d. Pasien memiliki riwayat hipertensi e. Hasil CT scan: Infark capsula interna sinistra, anthropy cerebry, edema cerebry, tidak tampak perdarahan.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Embolisme

H. Prioritas diagnosa keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme (D.0017)

I. INTERVENSI

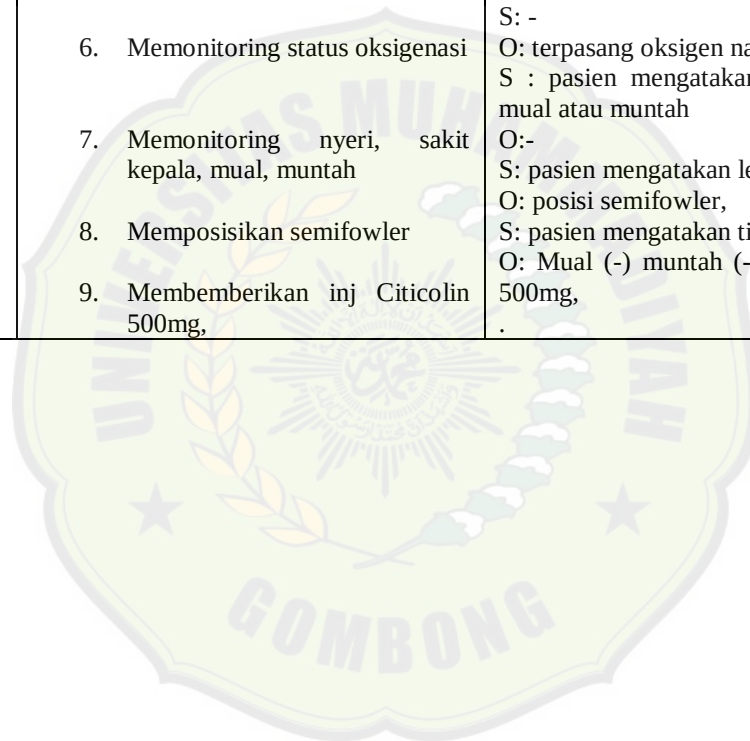
Hari/tgl/jam.	Diagnosa	Luaran	Intervensi												
20/03/21 08.30	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan mobilitas fisik membaik (L.05042) dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Kekuatan otot meningkat</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Rentang gerak (ROM)</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> keterangan 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Pergerakan ekstremitas	2	3	Kekuatan otot meningkat	2	3	Rentang gerak (ROM)	2	3	Dukungan Mobilisasi (I.5173) a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Monitoring TTV dan kondisi umum c. Monitoring kekuatan otot d. Berikan latihan <i>mirror therapy</i> e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan f. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi g. Kolaborasi dengan fisioterapi
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Pergerakan ekstremitas	2	3													
Kekuatan otot meningkat	2	3													
Rentang gerak (ROM)	2	3													
20/03/21 08.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Kesadaran</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Nilai rata-rata tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dalam batas normal</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Kesadaran	2	4	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	TTV dalam batas normal	2	4	Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) a. Monitoring tingkat kesadaran b. Monitoring tanda-tanda vital c. Monitoring status oksigenasi d. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah e. Posisikan semifowler f. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan g. Anjurkan klien untuk tetap memakai oksigen selama aktivitas dan tidur h. Kolaborasi dalam pemberian terapi vitamin otak.
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Kesadaran	2	4													
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4													
TTV dalam batas normal	2	4													

J. IMPLEMENTASI

Hari/tgl/jam	No.Dx	Implementasi	Respon	ttd
20/03/21/ 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 87x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 C kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien	
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah	
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	O:- S: pasien mengatakan lebih nyaman	
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	O: posisi semifowler, S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat	
12.20	2	9. Membmemberikan injeksi inj Citicolin 500mg	O: Mual (-) muntah (-) masuk 500mg, inj Citicolin 500mg	
21/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD:150/80 mmHg N: 86 x/m, RR:	

09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	24 x/m, S: 36.2°C . kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya bisa diangkat O : kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 S: -	
09.20	1.		O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.30	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien	
11.45	2.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	O: keluarga tampak membantu pasien	
12.00	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
12.15	2	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm	
12.20	2	8. Memposisikan semifowler	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-	
		9. Memb memberikan, inj Citicolin 500mg	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler, S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk inj Citicolin 500mg,	
22/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/80 mmHg N: 86 x/m, RR: 24 x/m, S: 36.2°C	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya bisa mengangkat tahanan ringan O : kekuatan otot kanan 4/4 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	

09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,
12.20	2	9. Memberikan inj Citicolin 500mg,	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk inj Citicolin 500mg, .



EVALUASI

hariTgl/jam	No. Dx	Evaluasi	Ttd
20/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 87x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 C kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2.	S : Pasien mengatakan tidak muntah atau muntah, masih merasa pusing. O : ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90mmHg N : 87x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 C, mual (-), muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien	

		2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
21/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa diangkat. O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. 150/80 mmHg N: 86 x/m, RR: 24 x/m, S: 36.2°C . kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Kolaborasi dengan fisioterapi.	
14.00	2	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah, tidak merasa pusing O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 150/80 mmHg N: 86 x/m, RR: 24 x/m, S: 36.2°C mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV	

		3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
22/03/21 14.00	1.	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa mengangkat tahanan ringan O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD: 150/90 mmHg, N:84 x/m, RR: 25 x/m, S: 36.6°C . kekuatan otot kanan 4/4 kiri 5/5 A : masalah kpeerawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2.	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD: 150/90 mmHg, N:84 x/m, RR: 25 x/m, S: 36.6°C, mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	

		4. Posisikan semifowler	
		5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	



PASIEN 5

A. Identitas Klien

1. Klien

Nama : Ny. S
Jenis Kelamin : Laki- laki
Umur : 60 tahun
Agama : Islam
Status Perkawinan : Menikah
Pendidikan : SMK
Pekerjaaan : Wiraswasta
Suku/Bangsa : Jawa/ Indonesia
Alamat : Kebumen
Tanggal Masuk RS : 16-03-2021
Diagnosa Medis : Stroke Non Hemoragik

2. Penanggung Jawab

Nama : Tn. W
Umur : 40 tahun
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : IRT
Alamat : Kebumen
Hubungan dengan klien : Anak

B. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Pasien

a. Keluhan Utama kelemahan anggota gerak sebelah kanan.

Riwayat Kesehatan Sekarang: pasien datang ke PKU Muhammadiyah Sruweng diantar keluarganya pada tanggal 16 Maret 2021 pukul 21.00 WIB, di IGD RS PKU Muhammdiyah Sruweng dengan keluhan kelemahan anggota gerak kanan sejak 15 menit SMRS, kepala

post terjatuh, TD : 170/100 mmHg N: 87 x/menit RR: 20x/menit pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 17-03-2021 pukul 07.00 WIB pasien mengatakan tubuh bagian kanan tidak bisa digerakan TD: 170/100 mmHg N: 87 x/menit RR : 20 x/menit S: 36,5°C kesadaran composmentis GCS E4M6V5, kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5.

- b. Riwayat Penyakit Dahulu: keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 1 tahun yang lalu
- c. Riwayat penyakit keluarga :keluarga Pasien mengatakan didalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit Hipertensi, Diabetes Mellitus (DM), Jantung, Stroke. Serta tidak ada yang menderita penyakit menular seperti AIDS, HIV, TBC.

C. Pola Virginia Henderson

1. Pola Bernafas

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan tidak ada masalah pernafasan pada pasien
Saat dikaji : pasien terpasang selang oksigen Nasal kanul 3 lpm
RR : 20 x/menit

2. Pola Nutrisi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan porsi satu piring sedang berupa nasi, sayur, lauk dan kadang-kadang buah. Minum teh dan air putih 8-10 gelas per hari, ± 1600–2000cc per hari. Pasien suka mengkonsumsi kopi dan makan sate kambing
Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan sulit makan, makan 3 kali sehari sesuai porsi yang disediakan dari rumah sakit. Minum air putih 8-10 gelas per hari, ± 1600–2000cc per hari.

3. Pola Eliminasi

Sebelum Sakit : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1 hari sekali tidak ada masalah BAK normal tidak ada masalah, warna kuning jernih

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan pasien BAB 1x sehari dan BAK 3-5 kali sehari

4. Pola Aktivitas

Sebelum sakit : aktifitas sehari-hari dengan bekerja dan berkumpul dengan keluarganya.

Saat dikaji : aktivitas saat ini dibantu keluarganya karena sedang sakit. keluarga pasien mengatakan anggota gerak sebelah kanan tidak dapat digerakan

5. Pola Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien biasa tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB, tidur siang jarang karena bekerja. Kadang pasien meluangkan waktunya untuk beristirahat untuk berkumpul dengan temannya.

Selama sakit : keluarga pasien mengatakan tidur malam $\pm$ 6-7 jam dari pukul 22.00 – 05.00 WIB dengan kurang nyenyak

6. Pola kebersihan diri

Sebelum sakit : Pasien mampu membersihkan diri dengan mandiri, pasien mandi 2x sehari, sikat gigi dan keramas 3 hari sekali

Selama sakit : Keluarga pasien mengatakan hanya menyekka pagi dan sore.

7. Pola Berpakaian

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan memakai baju sesuai dengan kondisi suhu, kalau panas pasien menggunakan pakaian lengan pendek dan tipis dan kalau dingin pasien pakai jaket dan sarung

- Saat sakit : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut
8. Pola Mempertahankan Suhu
- Sebelum sakit: pasien memakai jaket tebal jika merasa dingin, jika saat cuaca panas pasien memakai jaket atau pakaian yang tebal.
- Saat dikaji : pasien memakai baju lengan pendek dan memakai selimut
9. Pola bekerja
- Sebelum sakit: pasien bekerja sebagai wiraswasta
- Saat dikaji : pasien hanya terbaring ditempat tidur dan tidak bekerja
10. Pola Aman dan Nyaman
- Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan merasa nyaman dirumah bersama keluarga
- Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan kurang nyaman karena sedang sakit. pasien mengatakan pusing.
11. Pola Berkomunikasi
- Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan mampu berkomunikasi dengan lancar dan bersosialisasi dengan lingkungan serta mengikuti kegiatan yang ada di lingkungan.
- Saat dikaji : pasien bicaranya tidak jelas, kesulitan berbicara.
12. Pola belajar
- Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan sebelumn ya tidak mengetahui kalau pasien terkena stroke
- Saat sakit : keluarga pasien selalu menanyakan kondisi perkembangan pasien
13. Pola spiritual
- Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien sholat berjamaah di masjid dan rajin menjalankan sholat 5 waktu
- Saat sakit : pasien tidak melakukan sholat.
14. Pola Rekreasi

Sebelum sakit :keluarga pasien mengatakan paling jalan-jalan pagi dan bermain diruamh tetangga, selain itu juga paling berkumpul dengan keluarga sambil menonton TV

Saat sakit : pasien hanya berbaring di tempat tidur dan ditemani oleh keluarganya.

D. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan Umum: baik
2. Kesadaran composmentis, GCS = E4V5M6
3. Antropometri : BB : 86 kg TB : 172 cm
4. Tanda – tanda vital
 - a. Tekanan darah :170/100 mmHg.
 - b. Frekuensi nadi : 88 x per menit
 - c. Suhu : 36,5 C
 - d. Respirasi : 20 x per menit
5. Pemeriksaan Cepalo Caudal
 - a. Kepala : Bentuk kepala mesocephalo, tidak ada nyeri tekan pada kepala, tidak terlihat adanya bekas luka atau jahitan, tidak ada benjolan, Rambut pasien berwarna hitam, pertumbuhan merata, bersih, pendek, tidak bau dan tidak mudah rontok.
 - b. Mata :Bola mata simetris kanan dan kiri, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera berwarna putih, bersih tidak ada kotoran. Tidak terdapat konjungtivitis. Fungsi penglihatan normal.
 - c. Telinga: Simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret yang keluar dari kedua telinga, tidak terdapat massa, daun telinga bersih, fungsi pendengaran normal.
 - d. Hidung :Hidung simetris, tidak ada sinusitis, tidak ada secret, pertumbuhan rambut hidung merata, fungsi pembau normal, terpasang nasal kanul 3 lpm.

- e. Mulut dan Tenggorokan : Mukosa bibir terlihat lembab, tidak ada stomatitis, tidak dapat bicara tidak bisa makan
- f. Leher :tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada nyeri tekan, tidak ada bekas luka tidak terdapat massa, tidak terdapat pembesaran kelenjar limfe.

g. Dada

Jantung

- 1) Inspeksi : Ictus cordis tidak tampak pada ICS IV-V mid clavicula sinistra
- 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis pada ICS 5 garis mid clavikula sinistra.
- 3) Perkusi : pekak.
- 4) Auskultasi :Terdengar S1-S2 regular.

Paru-paru

- 1) Inspeksi :Simetris kanan dan kiri, tidak ada otot bantu nafas.
- 2) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, teraba gerak dada kanan dan kiri simetris.
- 3) Perkusi :sonor.
- 4) Auskultasi :Suara nafas vesikuler

- h. Punggung :Tidak ada kelainan tulang belakang,tidak terdapat massa, tidak ada luka.

i. Abdomen

- 1) Inspeksi : tidak ada bekas luka, tidak tampak distensi abdomen
- 2) Auskultasi : terdengar peristaltik usus ± 10 x permenit
- 3) Palpasi :Tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hati di kuadran 1 (kanan atas), dan tidak ada pembesaran limfa di kuadran 2 (kiri atas) tidak terdapat asites.

4) Perkusi :Terdengar redup pada kuadran pertama bagian limfe, pada kuadran kedua terdengar timpani pada bagian lambung, pada kuadra ketiga dan keempat pada ileus terdengar redup.

j. Genetalia : Pasien seorang laki-laki, tidak ada kelainan bentuk,

k. Ekstremitas

1) Ekstremitas atas : terpasang infus RL 20tpm CRT kurang dari 3 detik akral hangat tidak ada sianosis, tangan kanan tidak bisa digerakan tangan kiri aktif. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5

2) Ekstremitas bawah :tidak ada edema, kaki kanan tidak bisa digerakan, kaki kiri aktif. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5

l. Kulit : turgor kulit baik

E. Pemeriksaan penunjang

1. Laboratorium

No.	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
1.	Glukosa puasa	145	Mg/dL	70-99
2.	Cholestrol total	175	Mg/dL	<200
3.	Trigeserid	180	Mg/dL	<100
4.	HDL kolesterol	34	Mg/dL	<40
5.	LDL direct	121	Mg/dL	<!00

2. Radiologi : pulmo tak tampak kelainan, besar cor normal

3. Scanning

Hasil: gambaran Infark cerebri akut di pons sinistra,

F. Terapi

No	Nama obat	Dosis	Fungsi	Rute
1.	Infus Asering	20 tpm	Terapi cairan	IV
2.	Mecobalamin	2 x 500 mg	Vitamin syaraf	PO
3.	Citicolin	2 x 500 mg	Vitamin otak	IV
4.	Kalsentin	1 x 1 mg	Anti depresan	PO
5.	Candesartan	1x75 mg	Darah tinggi	PO
6.	Aspilet	1x80 mg	Anti platelet	PO



G. ANALISA DATA

NO.	DATA FOKUS	PROBLEM	ETIOLOGI
1.	DS: keluarga pasien mengatakan anggotagerak sebelah kanan tidak dapat digerakan DO: d. Aktivitas kebutuhan ADL keluarga e. Pasien mengalami hemiparesis dextra f. Kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Gangguan neuromuskular
2.	DS : Pasien mengatakan pusing DO: a. TTV : TD : 170/100 mmHg N : 87 x/ menit R : 20 x/menit S : 36,5 C b. Kesadaran: composmentis c. GCS : E4V5M6 d. Pasien memiliki riwayat hipertensi e. Hasil CT scan: Infark capsula interna sinistra, anthropy cerebry, edema cerebry, tidak tampak perdarahan.	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Embolisme

H. Prioritas diagnosa keperawatan

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular (D.0054)
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme (D.0017)

I. INTERVENSI

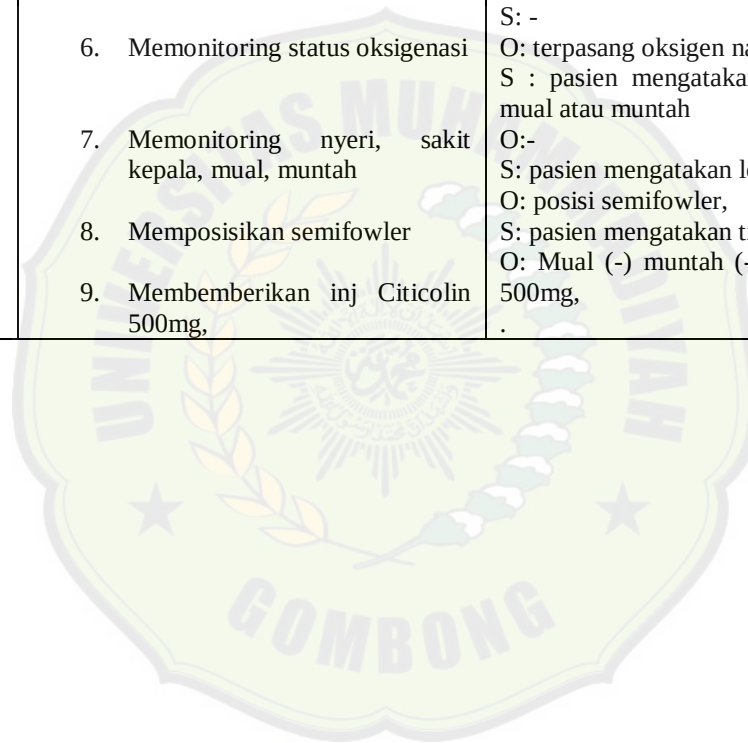
Hari/tgl/jam.	Diagnosa	Luaran	Intervensi												
20/03/21 08.30	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan masalah keperawatan mobilitas fisik membaik (L.05042) dengan kriteria hasil : <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Pergerakan ekstremitas</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Kekuatan otot meningkat</td><td>2</td><td>3</td></tr><tr><td>Rentang gerak (ROM)</td><td>2</td><td>3</td></tr></table> keterangan 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Pergerakan ekstremitas	2	3	Kekuatan otot meningkat	2	3	Rentang gerak (ROM)	2	3	Dukungan Mobilisasi (I.5173) a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya b. Monitoring TTV dan kondisi umum c. Monitoring kekuatan otot d. Berikan latihan <i>mirror therapy</i> e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan f. Jelaskan prosedur dan tujuan mobilisasi g. Kolaborasi dengan fisioterapi
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Pergerakan ekstremitas	2	3													
Kekuatan otot meningkat	2	3													
Rentang gerak (ROM)	2	3													
20/03/21 08.30	Risiko perfusi serebral tidak efektif (D.0017)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan masalah keperawatan perfusi serebral (L.02014) meningkat dengan kriteria hasil: <table><tr><th>Kriteria hasil</th><th>Awal</th><th>Tujuan</th></tr><tr><td>Kesadaran</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>Nilai rata-rata tekanan darah</td><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>TTV dalam batas normal</td><td>2</td><td>4</td></tr></table> Keterangan : 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik	Kriteria hasil	Awal	Tujuan	Kesadaran	2	4	Nilai rata-rata tekanan darah	2	4	TTV dalam batas normal	2	4	Pemantauan tekanan intracranial (I.06198) a. Monitoring tingkat kesadaran b. Monitoring tanda-tanda vital c. Monitoring status oksigenasi d. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah e. Posisikan semifowler f. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan g. Anjurkan klien untuk tetap memakai oksigen selama aktivitas dan tidur h. Kolaborasi dalam pemberian terapi vitamin otak.
Kriteria hasil	Awal	Tujuan													
Kesadaran	2	4													
Nilai rata-rata tekanan darah	2	4													
TTV dalam batas normal	2	4													

J. IMPLEMENTASI

Hari/tgl/jam	No.Dx	Implementasi	Respon	ttd
20/03/21/ 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 170/100mmHg N : 87x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 C kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien	
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah	
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	O:- S: pasien mengatakan lebih nyaman	
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	O: posisi semifowler, S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat	
12.20	2	9. Membmemberikan injeksi inj Citicolin 500mg	O: Mual (-) muntah (-) masuk 500mg, inj Citicolin 500mg	
21/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD:160/90 mmHg N: 86 x/m, RR:	

09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	20 x/m, S: 36.2°C . kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya bisa diangkat O : kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 S: -	
09.20	1.		O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	
09.30	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien	
11.45	2.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	O: keluarga tampak membantu pasien	
12.00	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
12.15	2	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm	
12.20	2	8. Memposisikan semifowler	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-	
		9. Memb memberikan, inj Citicolin 500mg	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler, S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk inj Citicolin 500mg,	
22/03/21 09.00	1. 2	1. Memonitor TTV dan kondisi umum	S: - O: ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD : 150/90 mmHg N: 86 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.2°C	
09.10	1.	2. Memonitoring kekuatan otot	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya bisa mengangkat tahanan ringan O : kekuatan otot kanan 4/4 kiri 5/5	
09.15	1.	3. Memberikan latihan <i>mirror therapy</i>	S: - O: pasien mengikuti latihan <i>mirror therapy</i>	

09.20	1.	4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan	S: keluarga mengatakan bersedia membantu pasien O: keluarga tampak membantu pasien	
09.30	1.	5. Berkolaborasi dengan fisioterapi	S:- O: kolaborasi dengan fisioterapi	
11.45	2.	6. Memonitoring status oksigenasi	S: - O: terpasang oksigen nasalkanul 3 lpm	
12.00	2.	7. Memonitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	S : pasien mengatakan tidak pusing, tidak mual atau muntah O:-	
12.15	2	8. Memposisikan semifowler	S: pasien mengatakan lebih nyaman O: posisi semifowler,	
12.20	2	9. Memberikan inj Citicolin 500mg,	S: pasien mengatakan tidak ada alergi obat O: Mual (-) muntah (-) masuk inj Citicolin 500mg, .	



EVALUASI

hariTgl/jam	No. Dx	Evaluasi	Ttd
20/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya hanya bisa digeser O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 170/100mmHg N : 87x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 C kekuatan otot kanan 2/2 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 4. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2.	S : Pasien mengatakan tidak muntah atau muntah, masih merasa pusing. O : ku sedang, kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 170/100mmHg N : 87x/menit RR : 20x/menit S : 36,5 C, mual (-), muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien	

		2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
21/03/21 14.00	1	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa diangkat. O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. 160/90 mmHg N: 86 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.2°C . kekuatan otot kanan 3/3 kiri 5/5 A : masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Kolaborasi dengan fisioterapi.	
14.00	2	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah, tidak merasa pusing O : kesadaran composmentis GCS E4M6V3. TD : 160/90 mmHg N: 86 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.2°C mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV	

		3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah 4. Posisikan semifowler 5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	
22/03/21 14.00	1.	S : pasien mengatakan tangan dan kakinya sudah bisa mengangkat tahanan ringan O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD: 150/90 mmHg, N:84 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.6°C . kekuatan otot kanan 4/4 kiri 5/5 A : masalah kpeerawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitoring kekuatan otot 2. Lakukan <i>mirror therapy</i> 3. Kolaborasi dengan fisioterapi	
14.00	2.	S : pasien mengatakan tidak muntah atau muntah tidak merasa pusing O :kesadaran composmentis GCS E4M6V5. TD: 150/90 mmHg, N:84 x/m, RR: 20 x/m, S: 36.6°C, mual (-) muntah (-) injeksi masuk iv bolus tanpa alergi A : Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi P : lanjutkan intervensi 1. Monitor tingkat kesadaran pasien 2. Monitor TTV 3. Monitoring nyeri, sakit kepala, mual, muntah	

		4. Posisikan semifowler	
		5. Kolaborasi pemberian vitamin otak	

