

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK PADA
STROKE NON HEMORAGIK DI RUANG KENANGA
RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN**

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan



**TRI NOFIANTO
(A01401987)**

**STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
TAHUN AKADEMIK
2016/2017**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Tri Nofianto
NIM : A01401987
Program Studi : DIII Keperawatan
Institusi : STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan hasil pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan , maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Gombong, 2 Agustus 2017
Pembuat Pernyataan

METERAI
TEMPEL
F101FAEP48491001
6000
ENAM RIBU RUPIAH
Tri Nofianto

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tri Nofianto NIM A01401987 dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Stroke Non Hemoragik Di Ruang Kenanga Rsud Dr. Soedirman Kebumen" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Gombong, 2 Agustus 2017
Pembimbing



Putra Agina W.S., S.Kep.Ns., M. Kep



LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah oleh Tri Nofianto dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Stroke Non Hemoragik Di Ruang Kenanga Rsud Dr. Soedirman Kebumen” telah di pertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 9 Agustus 2017.

Dewan Penguji

Penguji Ketua

Bambang Utoyo, M. Kep

(.....)

Penguji Anggota

Putra Agina W.S., S.Kep.Ns., M. Kep

(.....)

Mengetahui
Ketua Program Studi D III Keperawatan

Nurhita, S. Kep. Ns M. Kep.

KATA PENGANTAR

Assalamua'laikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Alhamdulillahirobil'alamin, segala puji syukur kehadiran Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat, taufiq dan hidayah-Nya kepada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul "Asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan hambatan mobilitas fisik pada stroke non hemoragik di ruang kenanga rsud dr. Soedirman kebumen". Shalawat dan salam semoga senantiasa tercurah kepada Nabi Muhammad SAW yang telah membawa umat manusia dari kegelapan menuju kehidupan yang terang benderang.

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai syarat untuk menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Muhammadiyah Gombong. Penyusun karya tulis ilmiah ini penulis mendapatkan bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, sehingga karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Herniyatun, M. Kep, Sp. Mat selaku ketua STIKES Muhammadiyah Gombong.
2. Nurlaila, S. Kep, Ns, M. Kep selaku ketua prodi DIII Keperawatan Muhammadiyah Gombong.
3. Putra Agina W. S. S. Kep, Ns M. Kep selaku pembimbing yang telah berkenan memberikan bimbingan dan pengarahan.
4. Kepada kedua orang tua saya Bapak Tugimin dan Ibu Sariyah yang sudah memberikan dukungan baik materil, moral maupun spiritual. Serta semangat dan doa yang selalu diberikan setiap waktu sampai sekarang ini.
5. Kepada seluruh keluarga besar saya yang juga selalu memberikan dukungan kepada saya sampai sekarang ini.
6. Semua teman-teman dari Prodi DIII Keperawatan angkatan 2014 STIKES Muhammadiyah Gombong yang telah memberikan motivasi dan semangat.

7. Sseluruh pihak yang tidak dapat saya sebutkan.

Semoga bimbingan dan bantuan serta dorongan yang telah diberikan mndapatkan balasan sesuai dengan amal pengabdianya dari Allah SWT. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna dan banyak terdapat kekurangan, mengingat keterbatasan pengetahuan dan kemampuan yang penulis miliki. Oleh karena itu, penulis mengharapkan masukan berupa kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak untuk kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Penulis berharap semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan pada umumnya, dan dibidang kesehatan khususnya.

Wassalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Gombong, 10 Juni 2017

Penulis

Program DIII Departemen Keperawatan
Institut Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong
Kertas Ilmiah, Juli 2017
Tri Nofianto¹, Putra Agina W. S²

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN UNTUK PASIEN STROKE DENGAN HAMBATAN MOBILITAS FISIK DI RUANG KENANGA RSUD Dr. SOEDIRMAN KEBUMEN

Latar Belakang: Mobilitas adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas, mudah, dan teratur untuk memenuhi kebutuhan hidup sehat. Gangguan mobilitas sering muncul pada pasien stroke. Untuk mengatasinya adalah dengan melakukan Range of Motion (ROM) latihan untuk mencegah terjadinya kelumpuhan permanen.

Tujuan: Untuk melakukan asuhan keperawatan pasien stroke dalam memenuhi kebutuhan mobilitas.

Metode: Makalah ilmiah ini adalah deskriptif analytical dengan sstudy kasus. Data diperoleh melalui wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Responden adalah pasien 2 stroke yang memiliki gangguan mobilitas fisik.

Diskusi: Permasalahan keperawatan yang timbul adalah hambatan mobilitas fisik yang terkait dengan gangguan neuromuskular. Intervensi dan implementasi yang telah dilakukan adalah mempelajari kekuatan otot pasien, membantu pertemuan ADL, melatih pasien untuk melakukan latihan ROM.

Evaluasi: Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari, kekuatan otot pasien meningkat.

Rekomendasi: Melakukan latihan rutin ROM sedini mungkin dianjurkan untuk mengatasi masalah gangguan mobilitas fisik.

Kata kunci: Mobilitas gangguan, latihan ROM, asuhan keperawatan.

1. Mahasiswa
2. Dosen

DIII Program of Nursing Department
Muhammadiyah Health Science Institute of Gombong
Scientific Paper, July 2017
Tri Nofianto¹, Son of Agina W. S²

ABSTRACT

THE NURSING CARE FOR STROKE PATIENTS WITH PHYSICAL MOBILITY DISTURBANCE IN KENANGA
WARD OF DR. SOEDIRMAN HOSPITAL
KEBUMEN

Background: Mobility is the ability of a person to move freely, easily, and regularly to meet the needs of healthy life. Mobility disturbance often appears in stroke patients. To handle this is by doing Range of Motion (ROM) exercise to prevent the occurrence of permanent paralysis.

Objective: To perform nursing care for stroke patients in fulfilling the need of mobility.

Method: This scientific paper is an analytical descriptive with a case study. Data were obtained through interview, observation, physical examination, and documentation study. The respondents were 2 stroke patients having physical mobility disturbance.

Discussion; The arising nursing problem was the obstacle of physical mobility connected with neuromuscular disorders. Intervention and implementation that had been done were studying the muscle strength of patients, helping meeting ADL, training the patients to do ROM exercise.

Evaluation: After conducting nursing care for three days, the muscle strength of the patients increased.

Recommendation: Doing regular ROM exercise as early as possible is recommended to overcome the problem of physical mobility disturbance.

Keywords: Mobility disturbance, ROM exercise, nursing care.

1. Student
2. Lecturer

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan	3
D. Manfaat	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Pustaka	5
1. Asuhan keperawatan dalam mobilisasi	5
a. Pengkajian.....	5
b. Diagnosa	7
c. Perencanaan	7
d. Pelaksanaan.....	8
e. Evaluasi.....	8
2. Mobilisasi.....	9
a. Pengertian	9
b. Manfaat mobilisasi.....	9
c. Faktor-faktor yang mempengaruhi mobilisasi.....	9
3. Range of Motion	10
a. Pengertian	10

b. Jenis-jenis ROM	10
c. Tujuan ROM.....	11
d. Manfaat ROM.....	11
e. Indikasi ROM	11
f. Gerakan-gerakan ROM.....	11
 BAB III METODE STUDI KASUS	
A. Desain Studi Kasus	16
B. Subjek Studi Kasus	16
C. Fokus Studi Kasus	17
D. Definisi Operasional	17
E. Instrumen Studi Kasus	18
F. Metode Pengumpulan Data.....	20
G. Lokasi dan Waktu Studi Kasus.....	21
H. Analisis Data dan Penyajian Data.....	21
I. Etika Studi Kasus.....	21
 BAB IV HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Studi Kasus.....	24
B. Pembahasan	39
 BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan	44
B. Saran.....	45
 DAFTAR PUSTAKA	
 LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

Tabel 1.1	Kemampuan Mobilisasi
Tabel 1.2	Kekuatan Otot
Tabel 4.1	Perubahan Kekuatan Otot
Tabel 4.2	Perubahan Kekuatan Otot
Tabel 4.3	Nilai Kekuatan Otot Sebelum dan Sesudah Dilakukan Tindakan ROM



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Stroke merupakan masalah kesehatan yang serius dalam kehidupan modern saat ini. Badan Kesehatan Dunia memprediksikan bahwa kematian stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker, stroke menjadi penyebab kematian ketiga setelah jantung dan kanker (Auryn, 2007). Berdasarkan data WHO (2010) setiap tahunnya terdapat 15 juta orang di seluruh dunia menderita stroke. Diantaranya ditemukan jumlah kematian sebanyak 5 juta orang dan 5 juta lainnya mengalami kecacatan yang permanen (Corwin, 2009).

Penyakit ini telah menjadi masalah kesehatan yang mendunia dan semakin penting, dengan dua pertiga stroke terjadi di negara-negara yang sedang berkembang. Indonesia merupakan negara dengan angka stroke tertinggi, di Asia menempati urutan ketiga sebagai penyakit mematikan setelah penyakit jantung dan kanker. Berdasarkan RISKESDAS (2007) di Indonesia stroke merupakan pembunuh nomor tiga, pada usia 45-54 tahun angka kematian akibat stroke sebesar 15,9% (di daerah perkotaan) dan 11,5% (di daerah pedesaan). Dari jumlah total penderita stroke di Indonesia sekitar 500 ribu, sekitar 25% atau 125 ribu orang meninggal dunia dan sisanya cacat ringan maupun berat. Prevalensi stroke di provinsi Jawa Tengah berdasarkan Riset Kesehatan pada tahun 2015 jumlah stroke hemoragik sebanyak 4.558 dan stroke non hemoragi sebanyak 12.795. Jumlah kasus stroke tahun 2015 tertinggi terdapat di Kota Kebumen sebesar 588 kasus, urutan kedua terdapat di Kabupaten Demak sebesar 556 kasus, untuk urutan ketiga terdapat di Kota Surakarta sebesar 365 kasus, untuk urutan keempat terdapat di Kota Boyolali sebesar 320 kasus dan urutan kelima yaitu seragen sebesar 287 kasus (Nasution, 2013).

Menurut Misbach (2007) Stroke menempati urutan pertama sebagai penyebab kematian di beberapa rumah sakit di seluruh Indonesia dan

penyebab utama kecacatan pada kelompok usia dewasa. Serangan stroke lebih banyak pada laki-laki yang terjadi pada usia dibawah 45 tahun sebanyak 11,8%, 54,2% pada usia 45 – 64 tahun serta diatas usia 65 tahun sebanyak 33,5% (Rasyid, et al, 2007).

Menurut Black & Hawks (2009), stroke adalah suatu kondisi yang digunakan untuk menjelaskan perubahan neurologik yang disebabkan gangguan dalam sirkulasi darah ke bagian otak. Secara umum hal ini dapat menyebabkan gangguan neurologik fokal yang dapat timbul sekunder dari suatu proses patologi pada pembuluh darah serebral. Stroke merupakan kelainan dari otak sebagai susunan saraf pusat yang mengontrol dan mencetus gerak dari sisten neuro-muskuloskeletal. Gejala klinis yang sering muncul adalah hemiparese atau hemiplegi. Keadaan tersebut merupakan salah satu faktor yang menjadi penyebab hilangnya postural normal, seperti mengontrol siku untuk bergerak, mengontrol gerak kepala untuk keseimbangan , rotasi tubuh untuk gerak-gerak fungsional pada ekstremitas. Stroke menyerang dengan tiba – tiba, orang yang menderita stroke kadang tidak sadar bahwa dia terserang stroke. Tiba – tiba saja penderita mengalami kelainan seperti kelumpuhan pada sebagian sisi tubuhnya, bicara pelo, pandangan kabur dan lain sebagainya tergantung bagian otak mana yang terkena. (Irdawati, 2012).

Menurut Lewis (2007) dikenal dua jenis stroke, yaitu *stroke iskemik* dan *stroke hemoragik*. Pada *stroke non hemoragik*, suplai darah ke otak terganggu akibat *aterosklerosis* atau bekuan darah yang menyumbat pembuluh darah. Penyumbatan pembuluh darah bisa terjadi sepanjang jalur arteri yang menuju otak. Misal suatu endapan lemak bisa terbentuk di dalam *arteri karotis* sehingga menyebabkan berkurangnya suplai darah ke otak. Menurut hasil survey ASNA yang dilakukan pada 28 rumah sakit se Indonesia didapatkan hasil bahwa jumlah klien *stroke nonhemoragik* 415 dan klien *stroke hemoragik* 393 dengan rata- rata usia masing-masing 59 tahun dan 58 tahun, angka kematian 24,5% (Rasyid, et al, 2007).

Pada klien dengan *stroke non hemoragik* sering ditemukan masalah pada neuro-muskuloskeletal yang dapat berpengaruh terhadap kemampuan

mobilitas pasien. Kelumpuhan merupakan salah satu gejala klinis yang ditimbulkan oleh penyakit stroke (Hermand,2012). Masalah keperawatan yang muncul adalah hambatan mobilitas. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman H., & Kamitsuru S., 2014).

Intervensi pertama yang dapat dilakukan pada pasien dengan stroke adalah memperbaiki kemampuan mobilitas pasien agar tidak terjadi *deformitas*.. Mobilisasi perlu dilakukan untuk meningkatkan kemandirian, meningkatkan kesehatan, dan memperlambat proses penyakit (*degeneratif*). Mobilisasi adalah kemampuan seseorang untuk bergerak bebas. Kehilangan kemampuan untuk bergerak menyebabkan ketergantungan dan membutuhkan tindakan keperawatan salah satunya adalah dengan latihan ROM (Mubarak, 2008) .

Latihan ROM merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses rehabilitasi yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada pasien stroke. Latihan ini merupakan salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi pasien dan dalam upaya pencegahan terjadinya cacat permanen. Lewis (2007) mengemukakan bahwa sebaiknya latihan ROM dilakukan beberapa kali dalam sehari. Semakin dini proses rehabilitasi dimulai maka kemungkinan pasien mengalami defisit kemampuan akan semakin kecil. Menurut Carpenito (2009) latihan *Range Of Motion* dibedakan menjadi ROM aktif dan ROM pasif. ROM aktif adalah kontraksi otot secara aktif melawan gaya gravitasi seperti mengangkat tungkai dalam posisi kaki lurus, sedangkan ROM pasif adalah gerakan otot klien yang dilakukan dengan bantuan orang lain.

Melihat kompleksnya permasalahan dari *stroke non hemoragik*, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan dalam karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Masalah Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Stoke Non Hemoragik Di Ruang Kenanga RSUD Dr. Soedirman Kebumen”

B. Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah hambatan mobilitas fisik pada stroke?

C. Tujuan Studi Kasus

a. Tujuan Umum

Mendesripsikan asuhan keperawatan pada pasien stroke dalam pemenuhan kebutuhan mobilisasi.

b. Tujuan khusus

1. Penulis mampu memaparkan pengkajian keperawatan pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke.
2. Penulis mampu memaparkan hasil analisa data keperawatan pada pasien stroke.
3. Penulis mampu memaparkan diagnosa keperawatan pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke.
4. Penulis mampu memaparkan rencana asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke.
5. Penulis mampu memaparkan implementasi asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke.
6. Penulis mampu memaparkan evaluasi asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke.
7. Penulis mampu menganalisa asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke.
8. Penulis mampu memaparkan dokumentasi asuhan keperawatan pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke.

D. Manfaat Studi Kasus

Studi kasus ini, diharapkan memberikan manfaat bagi :

1. Pasien

Menambah pengetahuan klien tentang latihan ROM untuk meningkatkan kemampuan klien dalam mobilisasi.

2. Bagi pengembangan dan ilmu teknologi keperawatan

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan dibidang keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan aktifitas/ latihan pada pasien stroke dengan latihan ROM pasif.

3. Penulis

Memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil studi kasus tentang pelaksanaan pemenuhan aktifitas/ latihan ROM pasif pada pasien stroke.



DAFTAR PUSTAKA

- Asmadi. (2008). *Teknik prosedural keperawatan : Konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Jakarta : Salemba Medika.
- Auryn, V. (2007). *Mengenal dan Memahami Stroke*. Yogyakarta: Katahati.
- Black. J. M,& Hawks. J. H, (2009) *medical Surgical Nursing Clinical Management for Positive Outcomes*. 8th edition. St. Louis: Elsevier Saunder.
- Corwin, Elisabeth J. (2009). *Patofisiologi*. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Dermawan, D. 2012. *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Yogyakarta : Gosyen Publisng.
- Hermard, T. 2012. *NANDA Internasional: Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Hermard, H. & Kamitsuru S, (2014). *NANDA Internasional: Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Lewis. 2007. *Medical Surgical Nursing*. 7th edition. St. Louis: Missouri. Mosby-Year Book, Inc.
- Maimurahman, H, & Fitri C. N. (2012). *Keefektifan Range of Motion (ROM) Terhadap Kekuatan Otot Ektremitas pada Pasien Stroke*. *Jurnal Profesi Kesehatan Islami*, Vol. 09. Surakarta: Akper Muhammadiyah Surakarta.
- Misbach, J. (2007). *Pandangan Umum Mengenai Stroke, dalam Al Rasyid & Soertidewi, L. (Eds), Unit Stroke: Manajemen Stroke Secara Komperhensif (hlm. 1-9)*. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Mubarak, W. I. 2008. *Buku Ajar Keperawatan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Notoatmodjo, S.(2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Nursalam. (2011). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Rasyid, et al., 2007. *Unit Stroke. Manajemen Stroke Secara Komperhensif*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Suratun et al., (2008). *Klien Dengan Gangguan Sistem Muskuloskeletal: Seri Asuhan Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Wilkinson, Judith M., 2012. *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.



PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH

NAMA MAHASISWA : TRI NOFIANTO.

NIM/NPM : A01401987.

NAMA PEMBIMBING :

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
1.	23/05/2017	Konsul Tema.	
2.	29/05/2017.	Konsul BAB I	
3.	31/05/2017.	Revisi BAB I	
4.	5/06/2017.	Konsul BAB II & III	
5.	7/06/2017.	Revisi BAB III	
6.	10/06/2017.	Ace Proposal.	
7.	25/07 2017.	Konsul BAB 4.	
8.	31/07 2017.	Revisi BAB 4 & Konsul BAB 5.	

9.	02/08 2017.	Revisi Bab 4 & 5.	1
10.	04/08 2017.	Revisi BAB 4 & 5.	1.
11.	05/08 2017.	Konsul Abstrak.	1
12.	08/08 2017.	Aku sedang.	1
13.	11/8-2017	English Abstract: It's done	1
14.	19/8/2017.	Konsul Pembahasan.	1
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			

Mengetahui

Ketua Program Studi



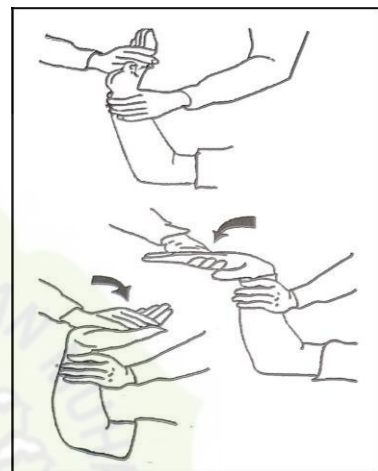
ROM (Range Of Motion)

Gerakan-Gerakan ROM

1. Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk dengan lengan.
3. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
4. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
5. Catat perubahan yang terjadi.

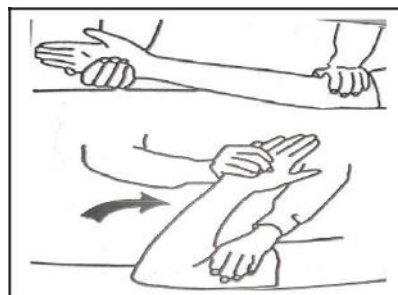


Gambar 1. Latihan fleksi dan ekstensi pergelangan tangan

2. Fleksi dan Ekstensi Siku

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dengan telapak mengarah ke tubuhnya
3. Letakkan tangan di atas siku pasien dan pegang tangannya mendekat bahu.
4. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
5. Catat perubahan yang terjadi.

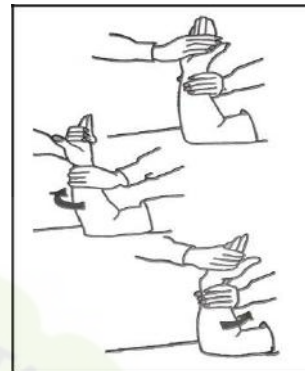


Gambar 2. Latihan fleksi dan ekstensi siku

3. Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah

Cara :

1. Jelaskan Prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk.
3. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Putar lengan bawah pasien sehingga telapaknya menjauhinya.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Putar lengan bawah pasien sehingga telapak tangannya menghadap ke arahnya.
7. Kembalikan ke posisi semula.
8. Catat perubahan yang terjadi.

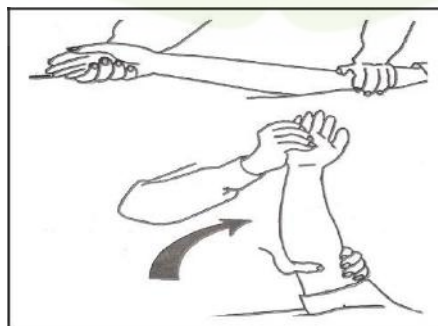


Gambar 3. Latihan pronasi dan supinasi lengan bawah

4. Pronasi Fleksi Bahu

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi tangan pasien disisi tubuhnya.
3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Angkat lengan pasien pada posisi semula.
5. Catat perubahan yang terjadi.

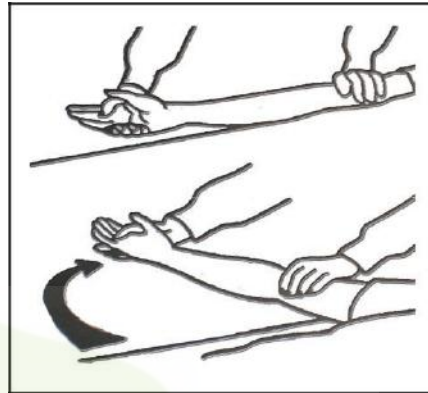


Gambar 4. Latihan pronasi fleksi bahu

5. Abduksi dan Adduksi Bahu

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien di samping badannya.
3. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
4. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya kearah perawat (Abduksi).
5. Gerakkan lengan pasien mendekati tubuhnya (Adduksi)
6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.

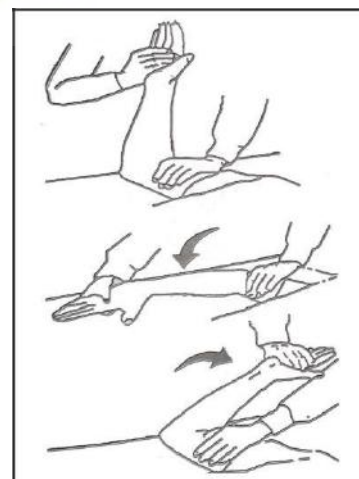


Gambar 5. Latihan abduksi dan adduksi bahu

6. Rotasi Bahu

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan dilakukan.
2. Atur posisi lengan pasien menjauhi tubuh dengan siku menekuk.
3. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas pasien dekat siku dan pegang tangan pasien dengan tangan yang lain.
4. Gerakkan lengan bawah ke bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke bawah.
5. Kembalikan posisi lengan ke posisi semula.
6. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
7. Kembalikan lengan ke posisi semula.
8. Catat perubahan yang terjadi.

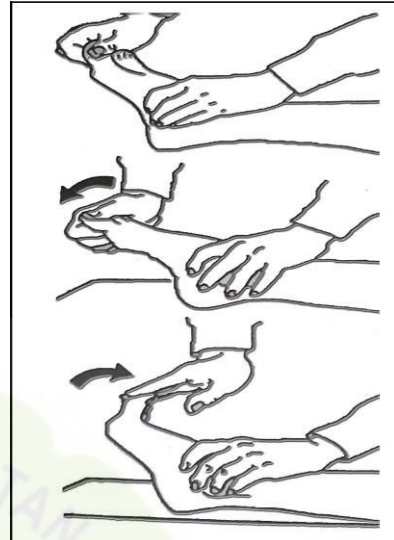


Gambar 6. Latihan rotasi bahu

7. Fleksi dan Ekstensi Jari-jari

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan, sementara tang lain memegang kaki.
3. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah
4. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Catat perubahan yang terjadi.

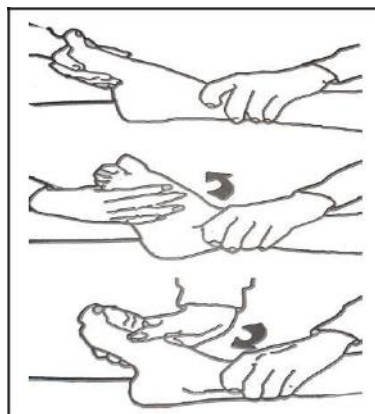


Gambar 7. Latihan fleksi ekstensi jari

8. Inversi dan eversi kaki

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan satunya.
3. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
4. Kembalikan ke posisi semula
5. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
6. Kembalikan ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.

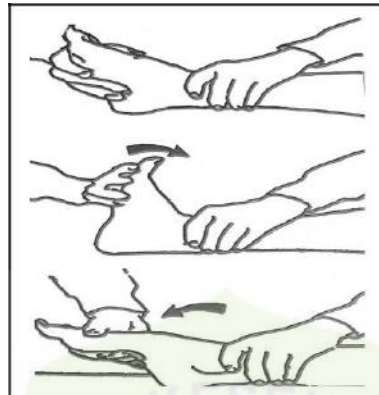


Gambar 8. Latihan invers eversi kaki

9. Fleksi dan ekstensi pergelangan Kaki

Cara ;

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan perawat pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki. Jaga kaki lurus dan rilek.
3. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada pasien.
4. Kembalikan ke posisi semula.
5. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien.
6. Catat perubahan yang terjadi.

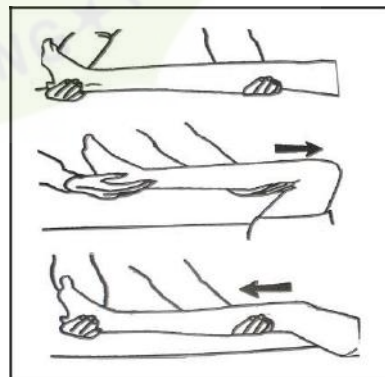


Gambar 9. Latihan fleksi dan ekstensi kaki

10. Fleksi dan Ekstensi lutut.

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
3. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
4. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin.
5. Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas.
6. Kembali ke posisi semula.
7. Catat perubahan yang terjadi.

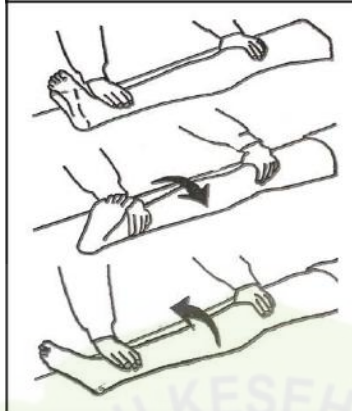


Gambar 10. Latihan fleksi ekstensi lutut

11. Rotasi pangkal paha

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki dan satu tangan yang lain di atas lutut.
3. Putar kaki menjauhi perawat.
4. Putar kaki ke arah perawat.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Catat perubahan yang terjadi.

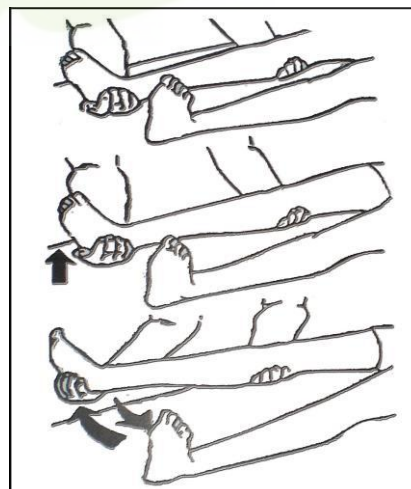


Gambar 11. Latihan potasi pangkal paha

12. Abduksi dan Adduksi pangkal paha.

Cara :

1. Jelaskan prosedur yang akan di lakukan.
2. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit
3. Jaga posisi kaki pasien lurus, angkat kaki kurang lebih 8 cm dari tempat tidur, gerakkan kaki menjauhi badan pasien.
4. Gerakkan kaki mendekati badan pasien.
5. Kembalikan ke posisi semula.
6. Catat perubahan yang terjadi.



Gambar 12. Abduksi adduksi pangkal paha

**STANDAR PROSEDUR OPERASIONAL PENGUKURAN
KEKUATAN OTOT**

	TATA CARA MELAKUKAN PENGUKURAN KEKUATAN OTOT
PENGERTIAN	Kekuatan otot adalah tenaga gaya atau ketegangan yang dapat dihasilkan oleh otot atau sekelompok otot pada suatu kontraksi dengan beban maksimal.
TUJUAN	Untuk mengetahui skala kekuatan otot
PERALATAN	1. Skala kekuatan otot 2. Alat tulis
PROSEDUR	A. Fase Orientasi 1. Memperkenalkan diri 2. Menjelaskan tujuan 3. Menjelaskan Prosedur dan langkah tindakan yang dilakukan 4. Menempatkan alat-alat di dekat klien 5. Cuci tangan B. Fase Kerja 1. Memasang sampiran/menjaga privacy klien 2. Memposisikan klien supinasi 3. Mengukur kekuatan otot klien a. Ekstremitas atas (kanan dan kiri) 1) Tahan lengan atas klien dari sisi atas menggunakan 2 tangan dengan kekuatan penuh dan minta klien untuk mengangkat tangan ke atas, kemudian tahan lengan klien dari sisi bawah dan minta klien untuk

	mendorong ke bawah. Jika klien dapat melawan maka kekuatan otot bernilai 5. 2) Tahan lengan atas klien dari sisi atas klien menggunakan 1 tangan atau dengan mengurangi kekuatan dan minta klien untuk mengangkat tangan ke atas, kemudian tahan lengan klien dari bawah dan minta klien untuk mendorong ke bawah dengan ekstensi. Jika klien dapat melawan maka kekuatan otot bernilai 4. 3) Posisikan tangan klien secara fleksi beri tekanan kemudian minta klien untuk menarik. Jika klien hanya bisa melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 3. 4) Minta klien untuk mengangkat tangan jika tidak bisa minta klien untuk menggeser tangan ke kanan dan kiri. Jika klien dapat menggeser tangan ke kanan dan ke kiri, tidak mampu melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 2. 5) Minta klien untuk mengangkat tangan jika tidak bisa minta klien untuk menggeser tangan ke kanan dan kiri jika tidak bisa, palpasi tangan klien jika terdapat kontraksi maka kekuatan otot bernilai 1. 6) Palpasi tangan klien bila tidak terdapat kontraksi maka kekuatan otot bernilai 0. b. Ekstremitas bawah (Kanan dan kiri) 1) Tahan paha atas klien dari sisi atas menggunakan 2 kaki dengan kekuatan penuh dan minta klien untuk mengangkat kaki ke atas, kemudian tahan klien dari sisi bawah dan minta klien untuk mendorong ke bawah. Jika klien dapat melawan maka kekuatan otot bernilai 5.
--	--

	2) Tahan paha atas klien dari sisi atas klien menggunakan 1 tangan atau dengan mengurangi kekuatan dan minta klien untuk mengangkat kaki ke atas, kemudian tahan paha klien dari bawah dan minta klien untuk mendorong ke bawah. Jika klien dapat melawan maka kekuatan otot bernilai 4. 3) Angkat kaki klien beri tekanan. Jika klien hanya bisa melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 3. 4) Minta klien untuk mengangkat kaki jika tidak bisa minta klien untuk menggeser kaki ke kanan dan kiri. Jika klien dapat menggeser kaki ke kanan dan ke kiri, tidak mampu melawan gravitasi maka kekuatan otot bernilai 2. 5) Minta klien untuk mengangkat kaki jika tidak bisa minta klien untuk menggeser kaki ke kanan dan kiri jika tidak bisa, palpasi kaki klien jika terdapat kontraksi maka kekuatan otot bernilai 1. 6) Palpasi kaki klien bila tidak terdapat kontraksi maka kekuatan otot bernilai 0. C. Fase terminasi 1. Merapikan klien dan alat 2. Melakukan evaluasi tindakan yang telah dilakukan 3. Berpamitan dengan klien 4. Cuci tangan
--	---

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. F DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI BANGSAL KENANGA RSUD Dr. SOEDIRMAN
KEBLUMEN .

Di susun oleh :
Tri Nopianto .
AD1401987 .

PRODI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2017 .

ASUTIAN KEDERAWATAN.

A. Pengkajian.

1. Identitas Pasien.

Nama : Ny. F
Umur : 75 tahun.
Jenis kelamin : Perempuan.
Alamat : Sumberadi, Kebumen.
Status : Kawin.
Agama : Islam.
Suku bangsa : Jawa
Pekerjaan : Ibu rumah tangga.
Tanggal masuk : 5 Juli 2017.
Diagnosa medis : Stroke non hemoragik.
No. RM : 289010.

2. Keluhan utama

Pasien mengatakan pusing.

3. Riwayat kesehatan sekarang.

Pasien datang ke IGD RSUD Kebumen pada tanggal 5 Juli 2017, dengan keluhan penurunan kesadaran sejak satu hari sebelum masuk rumah sakit. Saat di rumah pasien mengatakan pusing dan muntah, nafsu makan berkurang. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 06 Juli 2017, pasien mengeluh masih pusing, kaki dan tangan mengalami kelemahan / susah untuk digerakan. Pasien terlihat hanya tiduran, GCS : E2, M6, V4, Kesadaran Apatik. Hasil pemeriksaan TTV : TD 140/90 mmHg, N : 90 x / menit, S : 36,7°C, RR : 23 x / menit. terpasang selang oksigen 2 liter / menit, pasien mengatakan masih sedikit sesak.

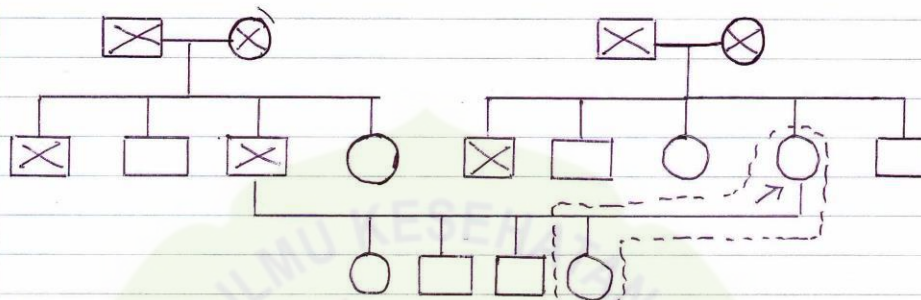
4. Riwayat kesehatan dahulu.

Keluarga mengatakan sebelumnya Ny. F pernah dirawat di Rumah sakit. Pasien memiliki riwayat darah tinggi dan asam urat.

5. Riwayat kesehatan keluarga.

Keluarga mengatakan dalam keluarga pasien memiliki riwayat darah tinggi. Tidak ada riwayat penyakit menular seperti TBC.

6. Genogram



Keterangan :

- : laki-laki.
- : perempuan.
- X : meninggal.
- : tinggal 1 rumah.
- ↗ : pasien.

7. Pengkajian Fungsional Virginia Henderson.

a. Pola oksigenasi.

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami gangguan pernafasan.

Saat dikaji : pasien mengatakan sesak sedikit sesak, terpasang oksigen 3 liter / menit.

b. Pola nutrisi.

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien makan 3 kali sehari dengan nasi, sayur dan lauk pauk. Serta minum 6-7 kali sehari (air putih) dan jika pagi minum teh hangat manis.

Saat dikaji : pasien keluarga mengatakan pasien hanya menghabiskan setengah porsi makanan yang disediakan dari rumah sakit.

c. Pola kebutuhan dan istirahat dan tidur.

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan pasien dapat beristirahat dengan cukup, tidur kurang lebih 7 - 8 jam sehari.

Saat dikaji : keluarga mengatakan pasien tidak dapat tidur dengan nyenyak, karena mengeluh pusing.

d. Pola eliminasi.

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien tidak mengalami keluhan dalam BAB dan BAK.

Saat dikaji : pasien tampak menggunakan kateter dan belum BAB selama di rumah sakit.

e. Pola aktivitas.

Sebelum sakit : keluarga mengatakan saat di rumah pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri tanpa di bantu orang lain.

Saat dikaji : keluarga mengatakan semua kegiatan pasien di bantu oleh keluarga.

f. Pola berpakaian.

Sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien dapat memilih pakaian sendiri dan ganti setiap pagi dan sore.

Saat dikaji : keluarga sudah mengganti pakaian pasien di pagi hari.

g. Pola menjaga suhu tubuh.

Sebelum sakit : keluarga mengatakan jika pasien merasa dingin pasien menggunakan selimut / pakaian tebal, jika panas menggunakan pakaian tipis.

Saat dikaji : pasien tampak kegerahan, keluarga tampak mengipasi pasien.

h. Pola personal hygiene.

Sebelum sakit : keluarga mengatakan mandi pasien mandi 2 kali sehari, pada pagi dan sore hari, gosok gigi 2 kali sehari dan keramas 2 hari sekali dan melakukan perawatan secara mandiri.

Saat dikaji : keluarga ~~di seka~~ ~~setia~~ mengatakan pasien diseka setiap pagi hari selama di rumah sakit dan belum pernah menggosok gigi.

i. Pola aman dan nyaman.

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien merasa aman dan nyaman saat berada diantara keluarga.

Saat dikaji : keluarga mengatakan akan menemani pasien agar merasa aman.

j. Pola komunikasi.

sebelum sakit : ~~pasien~~ keluarga mengatakan pasien biasa berkomunikasi dengan bahasa jawa saat di rumah.

saat dikaji : keluarga mengatakan pasien susah diajak berkomunikasi karena masih sering tidur.

k. Pola kebutuhan bekerja.

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien biasa bekerja sebagai ibu rumah tangga.

saat dikaji : pasien terlihat hanya tiduran dan harus aktivitas dibantu keluarga.

l. Pola rekreasi.

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien senang berkumpul dengan cucunya dan mendatangi sanak saudara untuk bersilaturahmi.

saat dikaji : keluarga mengatakan pasien hanya tiduran.

m. Pola kebutuhan belajar.

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi.

saat dikaji : keluarga sedikit lebih paham tentang penyakit pasien dari dokter dan perawat.

n. Pola spiritual.

sebelum sakit : keluarga mengatakan pasien dapat beribadah salat 5 waktu dengan teratur.

saat dikaji : keluarga hanya bisa berdoa untuk kesembuhan pasien.

8. Data Obyektif.

A. Pemeriksaan umum.

Kesadaran :
Tekanan darah : 140/90 mmHg.
Nadi : 90 x /menit.
Pernafasan : 23 x/menit.
Suhu : 36,7°C.

B. Pemeriksaan Fisik.

- 1). kepala : tidak ada benjolan, tidak ada luka jahit, rambut hitam beruban.
- 2). leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
- 3). mata : simetris, reflek pupil isokor, sklera anikterik, konjungtiva anemis.
- 4). hidung : tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada polip.
- 5). Telinga : pendengaran baik, tidak ada serumen.
- 6). mulut : tembibir lembab, tampak sianosis, tidak ada stomatitis.

7). Dada.

Paru

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi.
Palpasi : vocal fremitus seimbang, tidak ada nyeri tekan.
Perkusi : bunyi paru pekak.
Auskultasi : terdengar bunyi vasikuler.

Jantung

Inspeksi : tidak ada lesi.
Palpasi : tidak ada nyeri tekan, teraba ictus cordis.
Perkusi : redup.
Auskultasi : terdengar bunyi reguler

8). Abdomen

Inspeksi : tidak ada lesi
Auskultasi : bising usus
Palpasi : tidak asites
Perkusi : timpani.

9. Ekstremitas.

Ekstremitas atas : terpasang infus asering pada tangan kiri 20 tpm.
tangan kanan lemas.

Ekstremitas bawah: tidak ada pembengkakan.

Kekuatan otot : tangan kanan nilai 2
tangan kiri nilai 4
kaki kanan nilai 2
kaki kiri nilai 4.

10. Pemeriksaan penunjang.

Hasil laboratorium tanggal. 05 - 07 - 2017.

Pemeriksaan.	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan.
Hemoglobin.	13.1	g/dL	11.7 - 15.5
Leukosit.	6.7	$10^3/\mu\text{L}$	3.6 - 11.0
Hematokrit.	37.	%	35 - 47.
Eritrosit.	4.2	$10^6/\mu\text{L}$	3.86 - 5.20
Trombosit.	252	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 440
MCH	31	pg	26 - 34.
MCHC	35	g/dL	32 - 36.
MCV	90.	fL	80 - 100.
Eosinofil.	5.10	%	2 - 4.
Basofil.	0.4	%	0 - 1
Netrofil.	62.40	%	50 - 70
Limfosit.	24.50	%	22 - 40
Monosit.	7.60	%	2 - 8.
Gula darah sewaktu.	104	mg/dL	80 - 110
Ureum.	25	mg/dL	10 - 50
Creatin.	0.56	mg/dL	0.6 - 1.2
SGOT	35	u/L	< 31
SGPT	11	u/L	< 32
Hbsag.	non reaktif.		non reaktif.

11. Terapi.

1. Citikolin. 2 x 500 mg
2. Ranitidin 2 x 50 mg
3. Neurosanbe 5000 mcg
4. Piracetam. 3 x 1 gr
5. Furosemid tab
6. lisbesartan. 150 mg
7. Aminophilin. 225 mg

B. Analisa Data.

Tanggal	Data Fokus	Problem	Etiologi	TTD
6 Juli 2017.	DS : • keluarga mengatakan pasien sering mengeluh pusing . • keluarga mengatakan pasien sudah lama memiliki riwayat hipertensi . • keluarga meng dan pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakan . • pasien mengatakan DO : • masih sedikit sesak. DO : • TD : 140/90 mmHg. RR : 23 x /menit. • pasien tampak terpasang oksigen 3 liter/ menit. • pasien terlihat hanya tiduran di tempat tidur .	ketidak efektifan perfusi jaringan serebral	gangguan sirkulasi darah ke otak .	(KISAH)
6 Juli 2017.	DS : • pasien dan keluarga mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakan . • keluarga mengata kan aktivitas di bantu keluarga. • pasien mengatakan tangan dan kaki kiranya lemas • keluarga mengata	Hambatan mobilitas fisile .	gangguan neuromus kular .	(KISAH)

	Semua aktivitas dibantu pasien dibantu keluarga Do : • tangan dan kaki kanan pasien tam pak hanya bisa digeser digerakkan kanan dan kiri . • skala kekuatan otot pada ekstre mitas pasien <table border="1"><tr><td>2</td><td>4</td></tr><tr><td>2</td><td>4</td></tr></table> • terlihat aktivitas pasien dibantu keluarga.	2	4	2	4			
2	4							
2	4							

C. Prioritas Diagnosa Keperawatan .

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan sirkulasi darah ke otak .
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular .

E. Intervensi

No.	Tanggal.			TRD																								
1.	6 Juli 2017.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 7 jam diharapkan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil :	1. letakan kepala dan leher pasien dalam posisi netral. 2. sesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi serebral. 3. Pantau tanda - tanda vital. 4. kaji tingkat kesadaran.																									
		<table><tr><td>Indikator.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• Tekanan darah.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• tingkat kesadaran.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• tekanan intrakranial.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indikator.	1	2	3	4	5	• Tekanan darah.	1	2	3	4	5	• tingkat kesadaran.	1	2	3	4	5	• tekanan intrakranial.	1	2	3	4	5		
Indikator.	1	2	3	4	5																							
• Tekanan darah.	1	2	3	4	5																							
• tingkat kesadaran.	1	2	3	4	5																							
• tekanan intrakranial.	1	2	3	4	5																							
		1. sangat terganggu. 2. banyak terganggu. 3. cukup terganggu. 4. sedikit terganggu. 5. tidak terganggu.																										
2.	6 Juli 2017.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 4 x 7 jam diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: Pergerakan	Terapi latihan : mobilisasi (pergerakan sendi). 1. Jelaskan pada pasien dan keluarga manfaat dan tujuan melakukan latihan sendi. 2. monitor lokasi dan kecenderungan adanya nyeri selama pergerakan. 3. pakai baju yang tidak menghambat pergerakan pasien.																									
		<table><tr><td>Indikator</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• gerakan sendi.</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>• bergerak dengan mudah</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Indikator	1	2	3	4	5	• gerakan sendi.	1	2	3	4	5	• bergerak dengan mudah	1	2	3	4	5								
Indikator	1	2	3	4	5																							
• gerakan sendi.	1	2	3	4	5																							
• bergerak dengan mudah	1	2	3	4	5																							

			4. kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	
			5. Bantu pasien untuk mendapat posisi yang optimal untuk melakukan latihan pergerakan sendi.	
			6. Lakukan latihan ROM pasif dengan bantuan sesuai indikasi.	
			7. anjurkan pada pasien dan keluarga untuk melatih gerak sendi minima 2 kali sehari.	

F. Implementasi.

Tanggal	Dx			TTD.
06 Juli 2017.	1.	- mengobservasi keadaan umum pasien.	Ds: - Do: kesadaran Apatis GCS: E3 M5 V4	TS upy
10.00	1,2	- melakukan pengkajian	Ds: pasien mengatakan merasa pusing. • tangan dan kaki karna nya lemas dan sulit digerakan. Do: • pasien tampak tiduran diatas tempat tidur. • kekuatan otot ekstremitas kanan 2/2 ekstremitas kiri 4/4.	TS upy
10.30	1.	- mengukur tanda-tanda vital.	Ds: - Do: TD: 140/90 mmHg. N: 90 x /menit. S: 36,7°C RR: 23 x /menit.	TS upy

08.00		- mengukur tanda - tanda vital.	S : - O : TD : 180/100 mmHg. N : 80 x /menit. S : 36,2 °C RR : 22 x /menit.	RSy
08.15		- mengkaji kesadaran pasien.	S : - O : keadaan umum lemah GCS : 15 Ey Me Vs kesadaran : Compos mentis.	RSy
09.15		- memberikan injeksi Citikolin. Ranitidin. Neurosanbe. Piracetam.	S : pasien O : pasien tampak meringis menahan nyeri.	RSy
10.00		- memberikan obat oral.	S : keluarga mengatakan akan meminumkan setelah makan. O : pasien tampak sedang disuapi oleh keluarga.	RSy
10.30	2.	- mengkaji kekuatan otot pasien	S : pasien mengatakan kekuatan tangan dan kaki kanan masih lemah dan sulit digerakan. O : kekuatan otot pasien tangan dan kaki kanan 2/2, tangan dan kaki kiri 4/4	RSy
10.45		- melakukan latihan ROM pasif.	S : pasien mengatakan sedikit nyeri saat dilakukan ROM pada	RSy

10.45.	2.	- menguji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	Ds: pasien mengatakan belum dapat beraktivitas. Do: pasien tampak lemah, dan hanya tiduran.	RSy
11.00	1.	- memposisikan pasien head up.	Ds: pasien mengatakan nyaman. Do: pasien tampak nyaman dengan posisi head up.	RSy
11.10	2.	- menjelaskan pada pasien dan keluarga manfaat melakukan latihan sendi.	Ds: keluarga mengatakan mau untuk melakukan latihan sendi. Do: keluarga pasien tampak kooperatif.	RSy
11.20		- melakukan kontrak untuk latihan ROM pasif.	S: keluarga mengatakan mau untuk latihan ROM pada pasien. O: pasien tampak tertidur.	RSy
15.30	1	- memberikan injeksi Piracetam. 1gr.	S: - O: obat masuk melalui selang infus.	RSy
15.40		- mengukur tanda-tanda vital.	S: - O: TD: 170/90 mmHg. N: 83 x /menit. S: 36,1 °C RR: 22 x /menit.	RSy
07 Juli 2017 07.30	1	- merapikan tempat tidur pasien.	S: - O: tempat tidur tampak bersih dan rapih.	RSy

08.00	1	- mengukur tanda - tanda vital.	S: O: TD : 170/90 mmHg. N : 87 x /menit. S : 36,5°C RR : 23 x /menit.	RS
09.20		- memberikan injeksi 1 oral citikolin 2x500mg ranitidin 1 amp neurosanbe drip 1 amp piracetam 1 gr.	S: - O: pasien tampak sedikit kesakitan saat obat masuk lewat selang infus.	RS
10.00		- membantu pasien oral hygiene.	S: pasien mengatakan mulutnya terasa segar. O: pasien tampak lebih segar.	RS
10.45	2.	- mengukur kekuatan otot pasien.	S: pasien mengatakan ekstremitas kanan masih sulit digerakan. O: Pasien tampak kesulitan saat mengangkat ekstremitas kanan, kekuatan otot $\begin{array}{r l} 2 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$	RS
11.00	2.	- melakukan latihan ROM pasif.	S: pasien mengatakan nyaman saat dilakukan latihan ROM. O: pasien masih tampak kesulitan saat mengangkat ekstremitas kanan. kekuatan otot. $\begin{array}{r l} 2 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$	RS

		tangan	tangan kanannya.	
11.15	1.	- memposisikan pasien head up tanpa bantal.	S: pasien mengatakan nyaman dengan posisi ini. D: pasien tampak nyaman	(RS)
11.20		- mengukur tanda - tanda vital.	S: - D: TD : 170 / 90 mmHg. N : 87 x / menit. S : 36,5 °C RR : 23 x / menit.	(RS)
14.00 14.30	2.	- mengukur kekuatan otot pasien.	S: keluarga belum merasa pasien belum dapat bergerak bebas. D: kekuatan otot ekstremitas kanan 2/2 ekstremitas kiri 4/4.	(RS)
14.45		- melakukan latihan ROM pasif.	S: pasien mengatakan tangan kanannya masih sedikit sakit jika dipaksa. D: tangan dan kaki kanan pasien masih lemas.	(RS)
08 Juli 2017. 07.30		- merapi - mengkaji kesadaran pasien.	S: - D: keadaan umum lemah GCS : 15 kesadaran : cm	(RS)
07.45		- menanyakan keadaan pasien.	S: pasien mengatakan sudah tidak pusing D: pasien tampak lebih segar.	

14.30	2.	-menguji kekuatan otot.	S: Pasien mengatakan . kaki dan tangan kanan sudah bisa diangkat sedikit . O: pasien masih tampak kesulitan . kekuatan otot . $\begin{array}{c c} 2 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$	(Risy)
14.45.	2.	-melakukan latihan ROM pasif.	S: pasien mengatakan akan berlatih ROM secara mandiri dg keluarga . O: pasien tampak tenang	(Risy)
15.30.	1.	- Injeksi piracetam .	O: obat masuk lewat IV .	(Risy)
09 Juli 2017.		-merapihkan tempat tidur pasien .	O: tempat tidur tampak rapi, pasien terlihat nyaman .	(Risy)
09.30.	1.	- memposisikan head up.		
09.50		- mengukur TTV .	O: TD: 160/90 mmHg. Nadi: 79 x/menit. C: 36°C. RR: 22 x/menit.	(Risy)
09.15.		- memberikan injeksi . citicolin . ranitidin . neurosanbe drip . piracetam .	O: obat masuk melalui IV .	(Risy)
10.00	2.	- mengukur kekuatan otot pasien.	S: pasien mengatakan ekstremitas kanan sudah bisa diangkat. O: pasien terlihat dapat .	(Risy)

			mengangkat kaki dan tangan kanan . kekuatan otot . $\begin{array}{r l} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$	
10.20	2.	- melakukan latihan ROM pasif.	S: pasien mengatakan nyaman dan senang sudah ada peningkatan O: pasien tampak senang dapat mengangkat tangan dan kaki kanan .	RSK
13.00	1	- mengukur TTV	O: TD: 150/90 mmHg . N: 96 x / menit . S: 36°C RR: 22 x / menit .	RSK
14.30.		- melatih keluarga . melakukan rom pasif pada pasien .	S: keluarga mengatakan akan melatih pasien rom pasif secara mandiri . O: keluarga tampak bisa melatih pasien .	RSK

G. Evaluasi.			
Tanggal	Dx	Evaluasi	TTD.
6 Juli 2017.	1	S: Pasien mengatakan masih pusing dan sedikit sesak. O: TD : 170/90 mmHg. N : 83 x /menit. S : 36,1°C RR : 22 x /menit. Keadaan umum lemah. Kesadaran Apatis. terpasang oksigen 3 liter / menit. A : masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi.	15/2/17
	2.	S: Pasien mengatakan ekstremitas kanan sulit digerakan. O: pasien tampak lemas dan hanya tiduran. kekuatan otot $\frac{2}{2} \mid \frac{4}{4}$ A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi. kaji kekuatan otot, ajarkan latihan ROM, bantu ADL.	15/2/17
07 Juli 2017	1.	S: Pasien mengatakan pusing sudah berkurang, sudah tidak sesak. O: TD : 170/90 mmHg N : 87 x /menit. S : 36,5 °C RR : 23 x /menit. Keadaan umum cukup. Kesadaran compos mentis. A : masalah belum teratasi. P : Lanjutkan intervensi.	15/2/17

		2. S: Pasien mengatakan kedua ekstremitas kanan masih sulit digerakkan. O: pasien terlihat hanya masih tiduran, kekuatan otot $\frac{2}{4}$ A: masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi, lakukan latihan ROM 2x sehari, kaji kekuatan otot, bantu ADL.	KS
08.00 Juli 2017.	1	S: pasien mengatakan sudah tidak pusing dan sudah tidak sesak, O: TD : 150/90 mmHg. N : 76 x /menit. S : 36,5°C RR : 22 x /menit. P: masalah teratasi, kesadaran = compos mentis. A: masalah teratasi. P: monitor tekanan darah.	KS
	2.	S: Pasien mengatakan ekstremitas kanan sudah dapat sedikit diangkat. O: kekuatan otot $\frac{3}{5}$ Pasien masih tampak kesulitan mengangkat bagian anggota gerak kanan. A: masalah belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi, lakukan latihan ROM 2x sehari, kaji kekuatan otot, bantu ADL	KS

9 Juli 2017.	1	S : Pasien mengatakan sudah tidak pusing dan tidak sesak. O : pasien tampak terpasang oksigen 3 l/mnt. kesadaran : CM. TD : 150/90 mmHg. A : masalah teratasi. P : monitor peningkatan tekanan darah.	
	2.	S : Pasien mengatakan ekstremitas kanan sudah dapat di angkat dengan mudah. O : Pasien tampak mengangkat tangan kanan dan kiri. kekuatan otot $\frac{3}{3} \mid \frac{5}{5}$. A : masalah belum teratasi. P : lanjutkan intervensi, anjurkan keluarga membantu latihan ROM pasien minimal 2x sehari secara mandiri.	

ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. N DENGAN
DIAGNOSA MEDIS STROKE NON HEMORAGIK
DI BANGSAL KENANGA RSUD Dr. SOEDIRMAN
KEBUMEN.

Di Susun oleh :

Tri Nopianto.

A01401987.

PRODI DIII KEPERAWATAN,
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
GOMBONG
2017.

Nama Mahasiswa : Tri Nofianto.
Tempat praktek : RSUD Dr. Soedirman Kebumen.
Tanggal : 06 Juli 2017.

A. Pengkajian

Tanggal pengkajian : 06 Juli 2017.
Ruang : Kenanga.
Waktu pengkajian : 06 Juli 2017.

1. Identitas klien.

Nama : Ny. N.
Umur : 71 tahun.
Jenis Kelamin : Perempuan.
Agama : Islam
Suku : Jawa
Pendidikan : -
Tanggal masuk : 05 Juli 2017.
No. RM : 262867.
Diagnosa medik. : Stroke

2. Riwayat kesehatan

a). Keluhan utama

Kelemahan anggota gerak sebelah kiri.

b). Riwayat kesehatan sekarang

Ny. N berusia 71 th, datang ke RSUD Dr. Soedirman Kebumen pada tanggal 06 Juli 2017 dengan keluhan sesak nafas sejak ± 2 jam sebelum masuk Rumah Sakit. Sesak yang dirasakan semakin memberat, tidak ada nyeri dada. Saat dilakukan pengkajian tanggal 07 Juli 2017, keluarga pasien mengatakan anggota gerak bagian kiri mengalami kelemahan. Hasil pemeriksaan : TD : 170/100 mmHg, N : 80 x/menit, S : 36,2 °C, RR : 24 x/menit.

c). Riwayat kesehatan dahulu.

Keluarga mengatakan sebelumnya Ny. N pernah di rawat di RS karena penyakit stroke, dan ini yang kedua kalinya. Pasien memiliki riwayat darah tinggi, jantung, dan diabetes melitus.

d). Riwayat kesehatan keluarga.

Keluarga mengatakan ada riwayat hipertensi dari kakak pasien. Tidak ada riwayat penyakit menular seperti TBC

3. Pola pengkajian fungsional virginia henderson.

1). Pola nafas.

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan bahwa Ny. N dapat bernafas dengan normal tanpa alat bantu nafas.

Saat dikaji : Pasien terpasang oksigen 3 lt / menit.

2). Pola nutrisi

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan Ny. N makan secara teratur, jenis makanannya nasi, sayur dan lauk, minum kurang lebih 6 gelas / hari

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan pasien makan hanya menghabiskan setengah porsi makanannya.

3). Pola eliminasi

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan BAB 1-2 kali per hari, dan BAK 4-5 kali per hari.

Saat dikaji : pasien hanya menggunakan popok dan belum BAB.

4). Pola aktivitas

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan Ny. N dapat melakukan kegiatan sehari - hari dengan normal tanpa bantuan.

Saat dikaji : Pasien mengalami kelemahan anggota gerak kiri.

5). Pola istirahat dan tidur.

Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan Ny. N tidur selama 6 - 7 jam / hari.

Saat dikaji : keluarga pasien mengatakan Ny. N

6). Pola berpakaian.
Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan Ny.N dapat menggunakan pakaian secara mandiri.
Saat dikaji : Dalam mengenakan pakaian Ny.N dibantu oleh keluarga.
7). Pola hygiene.
Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan Ny.N dapat melakukan personal hygiene secara mandiri. (mandi 2 kali sehari) dan gosok gigi 2 kali sehari.
Saat dikaji : Pasien hanya di seka oleh keluarga.
8). Mempertahankan suhu tubuh.
Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan jika pasien kedinginan mengenakan selimut saat cuaca panas pasien mengenakan pakaian tipis.
Saat dikaji : pasien tampak menggunakan baju tipis dan selimut.
9). Rasa aman dan nyaman.
Sebelum sakit : keluarga pasien mengatakan Ny.N selalu nyaman jika sedang berkumpul dengan anak-anak dan keluarganya dan merasa aman saat ada di rumah.
Saat dikaji : Pasien tampak tidak nyaman dengan tangan kanan terpasang infus.
10). Pola komunikasi.
Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan Ny.N dalam sehari-hari berkomunikasi menggunakan bahasa jawa dan dapat berkomunikasi dengan baik.
Saat dikaji : Pasien tampak kesulitan dalam memahami pertanyaan perawat.
11). Kebutuhan spiritual.
Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan Ny.N dapat sholat lima waktu dengan mandiri.

saat dikaji : pasien tidak dapat sholat lima waktu secara mandiri .

12). Kebutuhan bekerja ,

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan Ny. N sudah tidak bekerja .

Saat dikaji : pasien hanya berbaring ditempat tidur .

13). Kebutuhan rekreasi

Sebelum sakit : Keluarga pasien mengatakan Ny. N hanya berada dirumah dan tidak melakukan rekreasi ke tempat wisata karena sudah tua .

Saat dikaji : pasien hanya tidur diatas tempat tidur .

14). Kebutuhan belajar .

Sebelum sakit : keluarga mengatakan sudah tau tentang penyakit yang di derita pasien .

saat dikaji : keluarga paham tentang penyakit pasien dari dokter dan perawat .

4. Pemeriksaan Fisik.

1. Keadaan umum : cukup.
2. Kesadaran : Compos mentis.
3. TTV : TD : 170/100 mmHg.
N : 80 x /menit.
S : 36,2 °C
RR : 24 x /menit.
4. Kepala : mesocephal, rambut ikal, tidak ada lesi tampak kumul.
5. Mata : simetris, konjungtiva anemis, sklera anik terik, tidak menggunakan kaca mata.
6. mulut : tidak ada stomatitis, mukosa bibir lembab.
7. hidung : simetris, tidak ada polip, tidak ada lesi.
8. Telinga : simetris, tidak ada lesi, pendengaran kurang, telinga tampak kotor.
9. Leher : tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
10. Dada.

a. Paru - paru

Inspeksi : Simetris, tidak ada lesi

palpasi : vocal fremitus seimbang, tidak ada nyeri tekan.

perkusi : bunyi paru pekak dan tidak ada edema.

auskultasi : terdengar bunyi ronchi.

b. Jantung.

Inspeksi : Tidak ada lesi, ictus cordis teraba pada ICS 5

Palpasi : tidak ada massa dan nyeri tekan.

Perkusi : terdapat bunyi redup.

Auskultasi : terdengar bunyi reguler.

II. Abdomen,

Inspeksi : tidak ada lesi, tidak asites.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi : terdengar bunyi timpani.

Auskultasi : terdengar bising usus.

12. Ekstremitas.

- Atas : Tangan kiri mengalami penurunan otot dengan penilaian 3, sedangkan tangan kanan masih dapat bergerak normal.
- Bawah : Pasien dapat berjalan namun kaki kiri di tarik mengalami penurunan kekuatan otot dengan nilai 2.

5. Pemeriksaan Penunjang.

Hasil laboratorium tanggal 06 - 07 - 2017.

Pemeriksaan.	Hasil.	Satuan	Normal.
Hemoglobin.	12.2	g/dL	11.7 - 15.5
Leukosit.	10.4	$10^3/uL$	3.6 - 11.0
Hematokrit.	39	%	35 - 47
Eritrosit.	4.3	$10^6/uL$	3.80 - 5.20
Trombosit.	351.	$10^3/uL$	150 - 440.
MCH	28	Pg	26 - 34
MCHC	32	g/dL	32 - 36
MCV	89	fL	80 - 100.
Eosinofil	L 1.30	%	2 - 4
Basofil	0.20	%	0 - 1
Netrofil	58.80	%	50 - 70
Limfosit.	34.60	%	22 - 40
Monosit.	5.10	%	2 - 8.
GDH	H 125	mg/dL	20 - 100
Urbum	33	mg/dL	10 - 50
Creatin.	6.73.	u/L	0.6 - 1.2
SGPT	27.	u/L	< 31
SGOT	16	u/L	< 32
Kalium	3.8.	mmol/L	3.5 - 5.3
Natrium.	145	mmol/L	135 - 147
Klorida	H 113	mmol/L	98 - 107
HbsAg Rapid.	non reaktif.		non reaktif

6. Terapi.

- Ranitidin. 2 x 2,5 mg.
- Lasix 1 x 1
- Citicolin. 2 x 50mg
- CPK 1 x 1
- ISDN 3 x 5mg
- Aspilet 1 x 1

c. Analisa Data.

NO.	Waktu	Data Fokus.	Problem	Etiologi	TTO.
1.	6 Juli 2017.	DS : - keluarga pasien mengatakan lengan dan kaki kiri pasien sulit digerakan. - Pasien mengatakan sesak. - keluarga pasien mengatakan Ny. N mengalami kesulitan dalam melakukan komunikasi. DO : - Pasien mengalami hemiparesis sinistra. - kekuatan otot lengan 3 dan kaki 2. - pasien tampak terpa sang oksigen 3L/menit.	Gangguan perfusi jaringan cerebral.	Gangguan sirkulasi darah ke otak.	HS/My
2.	6 Juli 2017.	DS : - keluarga pasien mengatakan pasien mengalami lemas anggota gerak sebelah kanan. - keluarga mengatakan pasien hanya bisa berbaring diatas tempat tidur. DO : - bagian tubuh kanan pasien tampak hanya bisa mengangkat sedikit. - pasien tampak berbaring diatas tempat	Hambatan mobilitas fisik.	Gangguan neuromuskular.	HS/My

		tidur. - aktivitas pasien tampak dibantu keluarga.			
--	--	---	--	--	--

D. Prioritas Diagnosa Keperawatan.

1. Gangguan perfusi jaringan cerebral b.d gangguan sirkulasi
2. Hambatan mobilitas fisik b.d gangguan neuro muskular.

E. Intervensi.

Tanggal	Px	Tujuan	Intervensi	TTD
6 Juli 2017.	1	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 7 jam, diharapkan masalah gangguan perfusi jaringan cerebral dapat teratasi dengan kriteria hasil: Indikator 1 2 3 4 5 Tingkat kesadaran ① 2 3 4 ⑤ Fungsi motorik, tonik, kognitif, sensorik 1 ② 3 4 ⑤ TTV dalam rentan normal 1 ② 3 ④ 5	1. Tentukan penyebab terjadinya penurunan perfusi jaringan serebral. 2. Pantau dan catat status neurologi sesering mungkin. 3. Monitor keadaan umum dan TTV pasien. 4. Batasi gerakan pada kepala, leher, dan punggung pasien. 5. Letakan kepala pasien dalam posisi datar.	RS

6 Juli 2017.	2.	Setelah dilakukan tinjauan keperawatan selama 3 x 7 jam, diharapkan masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: Indikator 1 2 3 4 5 TTV dalam ① 2 3 ④ 5 Rentan normal Kekuatan otot 1 2 ③ 4 ⑤ Kemampuan ① 2 3 ④ 5 gerak.	1. Monitor keadaan umum dan TTV pasien. 2. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. 3. Lakukan gerakan ROM aktif dan pasif pada setiap ekstremitas pasien. 4. Beri posisi yang nyaman pada pasien. 5. Kolaborasi fisioterapi.
--------------	----	--	--

F. Implementasi.

Tanggal	Dx	Implementasi	Respon	TTD
07 Juli 2017. 09.00	1.	- memposisikan pasien dalam posisi head up - memberikan injeksi	- pasien tampak nyaman - obat masuk melalui IV.	RSK RSK
10.00	2.	- mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	- pasien dan keluarga kooperatif.	RSK
10.30		- monitor keadaan umum dan TTV.	- KU : cukup. TD : 140/80 mmHg. N : 67 x /menit. S : 36,2 °C RR : 26 x /menit.	RSK

10.45	2.	- mengukur kekuatan otot.	- $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{2}$	RS
11.00		- melakukan latihan ROM pasif.	- pasien tampak tenang	RS
11.30		- menganjurkan keluarga untuk sering melatih gerak sendi pasien.	- keluarga pasien terlihat memperhatikan gerakan dan cara melakukan ROM.	RS
11.45		- mengkaji kekuatan otot pasien.	- $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{2}$	RS
Sabtu, 8 Juli 2017.		- merapikan tempat tidur pasien.	- tempat tidur terlihat lebih rapih dan bersih.	RS
07.30				
08.00		- memberikan injeksi	- injeksi masuk melalui IV	RS
09.00		- mengukur tanda-tanda vital.	TD : 160/80 mmHg. N : 91 x /menit. S : 36°C RR : 22 x /menit.	RS
11.00		- mengkaji kembali kekuatan otot.	- $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{2}$	RS
11.15		- melakukan ROM pasif.	Pasien terlihat tenang.	RS
11.40		- mengukur TTV	TD : 150/80 mmHg. S : 37.1°C N : 71 x /menit. RR : 21 x /menit.	RS

14.00	2.	- mengkaji kekuatan otot pasien.	- pasien mengatakan kaki kirinya masih sulit digerakan $\frac{4}{4}$ $\frac{4}{2}$	RSy
14.30		- melakukan ROM pasif.	- pasien terlihat tenang	RSy
Minggu 9, Juli 2019		- merapikan tempat tidur pasien.	- tempat tidur terlihat bersih dan rapih.	RSy
07.30				
08.30		- memberikan injeksi Ranitidin Lasix Citidyn.	- Obat masuk lewat IV	RSy
09.45		- mengukur vital sign.	TD : 150/80 mmHg M : 78 x /menit. S : 37°C RR : 22 x /menit.	RSy
11.00		- mengukur kekuatan otot.	$\frac{4}{4}$ $\frac{4}{3}$	RSy
11.15		- membantu keluarga untuk melakukan ROM pasif pada pasien.	- keluarga sudah cukup hafal gerakan -gerakan ROM.	RSy
11.45		- mengukur vital sign	TD : 140/80 mmHg. S : 36,5°C M : 78 x /menit. RR : 22 x /menit.	RSy
14.30		- memantau keluarga pasien dalam melakukan ROM pada pasien.	- keluarga pasien sudah bisa melatih ROM pada pasien.	RSy

Evaluasi							
NO.	Da	Evaluasi	TTO				
1.	Jum'at 07 Juli 17	S: Pasien mengatakan sesak nafas, pasien menga- takan kaki kirinya berat/sulit gerakan. 1. O: Pasien tampak terpasang oksigen 2 liter/menit kesadaran compos mentis, pasien terlihat hanya tiduran, A: Masalah gangguan perfusi jaringan serebral belum teratasi. P: Melanjutkan intervensi, monitor TTV, monitor tingkat kesadaran.	KS				
		2. S: Pasien mengatakan kaki sebelah kiri terasa berat dan susah digerakan. Keluarga mengatakan jika berjalan kaki sebelah kiri diseret, dan aktivitas diban- tu oleh keluarga. O: Kekuatan otot pasien <table><tr><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td></tr></table> Pasien tampak kesulitan menggerakan kaki kirinya, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga. A: Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi dengan mengkaji kekuatan otot, melatih ROM pasif.	4	4	4	2	KS
4	4						
4	2						

Tanggal	Dx	Evaluasi	TTD
08 Juli 2017	1	S: Pasien mengatakan sesaknya sudah mulai berkurang, keluarga mengatakan sudah mulai melatih kaki kirinya. O: Keadaan umum cukup, kesadaran compos mentis. Tekanan darah Nadi Terpasang oksigen 3l/menit. pasien terlihat mampu mengangkat kaki kirinya dengan perlahan. A: Masalah perfusi jaringan serebral teratasi sebagian, P: Lanjutkan intervensi, monitor TTV, monitor tingkat kesadaran,	HSK
	2	S: Pasien mengatakan kaki kirinya sudah mulai sedikit digerakan. Keluarga pasien mengatakan semua aktivitas ADL dibantu keluarga. O: Kekuatan otot pasien. $\begin{array}{r l} 4 & 4 \\ \hline 4 & 2 \end{array}$ Pasien terlihat hanya berbaring di tempat tidur. Pasien terlihat sedikit bisa mengangkat kaki kirinya. Aktivitas tampak dibantu oleh keluarga. A: Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi. P: Lanjutkan intervensi, mengkaji kembali kekuatan otot, melatih ROM pasif, menganjurkan keluarga untuk mendukung latihan ROM	HSK

9 Juli 2019.	1	S : Pasien mengatakan sudah tidak sesak. Pasien mengatakan kaki kirinya sudah mulai dapat diangkat. Pasien mengatakan sudah lebih baik. 0 : Keadaan umum baik. Kesadaran cm. Tekanan darah : Terpasang O₂ 3 liter / menit. Pasien terlihat mampu mengangkat kaki kirinya. A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi, monitor TTV, melatih fungsi motorik.	HS
	2	S : Pasien mengatakan kaki kirinya masih lemas, Aktivitas masih dibantu keluarga. 0 : kekuatan otot pasien $\begin{array}{r l} 4 & 4 \\ \hline 4 & 3 \end{array}$ Pasien tampak mampu mengangkat kaki kirinya secara pelan. Terlihat aktivitas dibantu keluarga. Keluarga terlihat melatih gerak pada kaki kiri pasien. A : Masalah teratasi sebagian. P : Lanjutkan intervensi, mengkaji kekuatan otot, melatih ROM aktif.	HS