

L

A

M

P

I

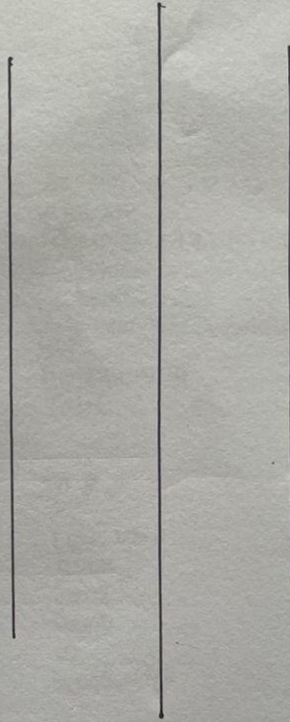
R

A

N



ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN
STROKE NON HEMORAGIK (GANGGUAN MOBILITAS FISIK)
DIRUANG RAHMAT BRSU ANNIMAH
WANGON



Disusun oleh:
AULIA AFIKHA MI
A1R1241011

PRODI KEPERAWATAN NERS
UNIVERSITAS AL-INSYAD CILITCAP
2025

**FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Nama Mahasiswa : Aulia Afirahani
Tempat Praktik : Psu an'nimah
Tanggal : 19 nov 2025

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : Ny. R L^P
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 31-12-1961
3. Golongan darah : A⁺B/AB
4. Pendidikan terakhir : SD/SMP/SMA/DI/DII/DIII/DIV/S1/S2/S3
5. Agama : Islam/Protestan/Katolik/Hindu/Budha/Konghucu
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin/belum/janda/duda (cerai -hidup/mati)
8. Pekerjaan : IRT
9. Alamat : Gentawangi
10. Diagnosa medik : SNH

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Tn. B
2. Umur : -
3. Jenis kelamin : laki-laki
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : suami
7. Pendidikan terakhir : SD
8. Alamat : Gentawangi

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Ny. R mengatakan nyeri kepala senud-senud dan leher cengeng, nyeri terus menerus
2. Faktor pencetus :
Ny. R mengatakan gejala awalnya pusing lalu tiba-tiba kaki sepele badan kanan terasa kebas ± 1 minggu lalu (-)
3. Lamanya keluhan : ± 1 minggu
4. Timbulnya keluhan : (X) bertahap (✓) mendadak
5. Faktor yang memperberat : Ny. R mengatakan jika beraktivitas berat terutama tambah nyeri pada tangan kanan dan kaki kanan

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

2. Kecelakaan : dirangkal

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : dirangkal
2. Waktu : dirangkal
3. Riwayat operasi : dirangkal

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
pasien mengatakan kesehatan itu penting
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Ny. R mengatakan tidak tahu ttg penyakitnya dan bingung ttg perawatan yg akan dilakukan
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
Ny. R mengatakan suka makan gorengan dan jeroan
b. Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Ny. R mengatakan jarang memeriksakan kesehatannya
c. Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
a). Yang dilakukan bila sakit
Ny. R mengatakan jika sakit minum obat warung saja
b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
Ny. R mengatakan jika sakit tidak membaik pergi ke Ibu Aninimah
c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)
Merokok : pak/hari, lama : tahun
Alkohol : , lama : Tahun
Kebiasaan olah raga, jenis : tidak ada, frekuensi :

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan

d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan

- 1). Penghasilan BPJS Kesehatan
- 2). Asuransi/jaminan kesehatan
- 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal
Ny. R mengatakan rumahnya dekat dg perawahan dan sejuk

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

a. Gejala (subyektif)

- 1). Diet biasa (tipe) : Bubur kasar. jumlah makan/hari : 3x/hari
- 2). Pola diit : Rendah garam makan terakhir : pagi
- 3). Nafsu/selera makan : normal Mual : Ya/Tidak, waktu :
- 4). Muntah : ☒ tidak ada () ada, jumlah :
Karakteristik :
- 5). Nyeri ulu hati : ☒ tidak ada () ada,
Karakter/penyebab :
- 6). Alergi makanan : ☒ tidak ada () ada
- 7). Masalah mengunyah/menelan : ☒ tidak ada
() ada, jelaskan
- 8). Keluhan demam : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 9). Pola minum/cairan : jumlah minum 7-8 gelas air putih / gelas belimbing.
Cairan yang biasa diminum air putih
- 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan

b. Tanda (obyektif)

- 1). Suhu tubuh 36,8 °C
Diaphoresis : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 2). Berat badan 57 kg Tinggi badan 158 cm
Turgor kulit : kembali cepat Tonus otot 2/3
- 3). Edema : ☒ tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 4). Ascites : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Integritas kulit perut normal Lingkar abdomen - cm
- 6). Distensi vena jugularis : ☒ tidak ada () ada,
Jelaskan
- 7). Hernia/masa : ☒ tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
- 8). Bau mulut/halitosis : ☒ tidak ada () ada
- 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
tampak bersih tidak ada karang gigi dan stomatitis

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

a. Gejala subyektif:

- 1). Dispneu : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak
- 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya
- 4). Penggunaan alat bantu : ☒ tidak ada () ada,

b. Tanda obyektif :

- 1). Pernafasan : frekuensi 21 x/m Kedalaman normal
Simetris ya
- 2). Penggunaan alat bantu nafas dirangkal
Nafas cuping hidung dirangkal
- 3). Batuk : dirangkal Sputum (karakteristik)
- 4). Fremitus : sama Bunyi nafas vesikuler
- 5). Egofoni : Sianosis : dirangkal

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

a. Gejala subyektif :

- 1). Kegiatan dalam pekerjaan membersihkan rumah
- 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan tubuh terbatas rematik
 - b). Kemampuan merubah posisi : () mandiri (✓) perlu bantuan,
Jelaskan Ny. P mengatakan sesak nafas perlu bantuan W duduk dan berdin
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
() mandiri (✓) perlu bantuan, jelaskan berpakaian
- 3). Toileting (BAB/BAK) : () mandiri (✓) perlu bantuan, jelaskan
Ny. P mengatakan jika ke kamar mandi perlu dibantu oleh suaminya.
- 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (✓) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 5). Mudah merasa kelelahan : (✓) tidak ada () ada, jelaskan
- 6). Toleransi terhadap aktivitas : () baik (✓) kurang, jelaskan
Ny. P mengatakan sesak nafas kegiatannya menjadi terbatas.

b. Tanda obyektif :

- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati Tampak kurang
- 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) dirangkal
- 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : (✓) tidak () ya, jelaskan
 - b). Kerapian berpakaian tampak rapih
- 4). Pengkajian neuromuskuler :
Masa/tonus : normal
Kekuatan otot : 5/5
Rentang gerak : terbatas
Deformitas : -
- 5). Bau badan : dirangkal Bau mulut : dirangkal
Kondisi kulit kepala : tampak bersih
Kebersihan kuku : tampak bersih

5. Istirahat

a. Gejala subyektif :

- 1). Kebiasaan tidur Ny. P mengatakan biasa tidur jam 21-00 malam
Lama tidur 6-9 jam
- 2). Masalah berhubungan dengan tidur

- a). Insomnia : (☒) tidak ada () ada
- b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- c). Lain-lain, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Tampak mengantuk/mata sayu : (☒) tidak ada () ada, jelaskan.....
 - 2). Mata merah : (☒) tidak ada () ada
 - 3). Sering menguap : (☒) tidak ada () ada
 - 4). Kurang konsentrasi : (☒) tidak ada () ada

6. Sirkulasi

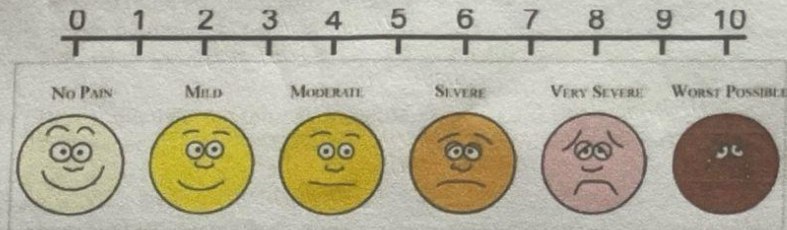
- a. Gejala subyektif :
 - 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : () tidak ada (☒) ada,
Jelaskan ny. R mengatakan ada riwayat tH namun tidak terkontrol
 - 2). Riwayat edema kaki : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
 - 3). Flebitis disangkal () Penyembuhan lambat
 - 4). Rasa kesemutan ny. R mengatakan kadang kaki & tangan kesemutan
 - 5). Palpitasi
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Tekanan darah 118/92 mmHg
 - 2). Mean Arteri Pressure (MAP) : 120
 - 3). Nadi : 86 x/menit
 - a). Karotis :
 - b). Femoralis :
 - c). Popliteal :
 - d). Jugularis :
 - e). Radialis :
 - f). Dorsal pedis :
 - g). Bunyi jantung : Frekuensi :
 - Irama : Kualitas :
 - h). Murmur : Gallop :
 - i). Pengisian kapiler : Varises : Phlebitis :
 - j). Warna membrane mukosa : Bibir :
 - Konjungtiva : Sklera :
 - Punggung kuku :

7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Pola BAB : frekuensi : 1x/sehari konsistensi : lunak
 - 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : disangkal
 - 3). Kesulitan BAB : konstipasi : disangkal
 - Diare :

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



- 1). Adanya nyeri
 - P = paliatif/provokatif (yang mengurangi/meningkatkan nyeri).....
 - Sy: R mengatakan jika bangun nyennya bertambah, berkurang saat tidur.
 - Q = kualitas/kuantitas (frekuensi dan lamanya keluhan dirasakan, deskripsi sifat nyeri yang dirasakan)..... rasanya cendud-cendud
 - R = region/tempat (lokasi sumber dan penyebarannya)..... leher menjalar ke kepala depan
 - S = severity/tingkat berat nyeri (skala 1 – 10)..... 6
 - T = time (kapan keluhan dirasakan dan lamanya)..... hilang timbul
- 2). Rasa ingin pingsan/pusing : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Sakit kepala : lokasi nyeri nyen kepala depan
Frekuensi : hilang timbul
- 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi kaki kanan dan tangan kanan
- 5). Kejang : (☒) tidak ada () ada
Jelaskan
- Cara mengatasi :
- 6). Mata : penurunan penglihatan (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 7). Pendengaran : penurunan pendengaran (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 8). Epistaksis : (☒) tidak ada () ada
Jelaskan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Status mental :
Kesadaran : (☒) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma
 - 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) 4
Respon motorik (M) 6 respon verbal (V) 5
 - 3). Terorientasi/disorientasi : waktu disangkal Orang disangkal
 - 4). Persepsi sensori : ilusi halusinasi
Delusi Afek Jelaskan
 - 5). Memori :
Saat ini -

- Masa lalu
- 6). Alat bantu penglihatan/pendengaran : (☒ tidak ada () ada, sebutkan.....
- 7). Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki normal
- Ukuran pupil 2-3
- 8). Fascial drop dirangkul Postur
- Reflek
- 9). Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada (☒) ada
- Respon emosional menangis penyempitan fokus

9. Keamanan

a. Gejala subyektif:

- 1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik):
Obat-obatan : dirangkul
Makanan : dirangkul
- 2). Riwayat penyakit hubungan seksua : (☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 3). Riwayat tranfusi darah dirangkul
Riwayat adanya reaksi tranfusi dirangkul
- 4). Riwayat cedera : (☒ tidak ada () ada, sebutkan
- 5). Riwayat kejang : (☒ tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif:

- 1). Suhu tubuh 36.8 °C Diaforesis
- 2). Integritas jaringan
- 3). Jaringan parut : (☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Kemerahan/pucat : (☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Adanya luka : luas, kedalaman.....
Drainase purulen,
Peningkatan nyeri pada luka
- 6). Ekimosis/tanda perdarahan lain
- 7). Faktor resiko terpasang alat invasive : (☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 8). Gangguan keseimbangan : () tidak ada (☒ ada, jelaskan,
kakikan dan tangan kanan sulit digerakan
- 9). Kekuatan umum melemah tonus otot 5/3
Parese/paralisa

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif:

- 1). Pemahaman terhadap fungsi seksual normal
- 2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit)
dirangkul

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : ☒ tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis
Gangguan prostat -
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
dirangkul
 - b). Riwayat kehamilan
G3P3A0
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
-
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Pemeriksaan payudara/penis/testis
tampak tidak ada benjolan pada payudara
 - 2). Kutil genital, lesi
dirangkul

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme coping

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Faktor stress Ny. R menyatakan tidak cemas
 - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu)
Ny. R mengatakan jika ada masalah diskusi dg suaminya
 - 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll)
Ny. R mengatakan jika ada masalah relay cerita dg suaminya
 - 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang
Ny. R mengatakan saat ini berdua memohon kesembuhan atas penyakitnya
 - 5). Perasaan cemas/takut : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
 - 6). Perasaan ketidakberdayaan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
 - 7). Perasaan keputusasaan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
 - 8). Konsep diri :
 - a). Citra diri : Ny. R mengatakan menyukai semua bentuk tubuhnya dan relay bersyukur
 - b). Ideal diri : Ny. R mengatakan saat ini sudah berusaha menjadi istri yang baik
 - c). Harga diri : Ny. R mengatakan tidak ada harga diri rendah
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : dirangkul
 - e). Konflik dalam peran : dirangkul
- b. Tanda obyektif :

- 1). Status emosional : (☒) tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah
dirangkul

12. Interaksi sosial

a. Gejala subyektif :

- 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
Ny. R mengatakan orang terdekat adalah suaminya.
- 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
Ny. R mengatakan suaminya.
- 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (☒) tidak ada () ada, sebutkan
- 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : () tidak ada
(☒) ada, sebutkan

b. Tanda obyektif :

- 1). Kemampuan berbicara : (☒) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti Afasia
- 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
normal
- 3). Penggunaan alat bantu bicara
disangkal
- 4). Adanya trakeostomi
dirangkal
- 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
tampak normal
- 6). Perilaku menarik diri : (☒) tidak ada () ada,
Sebutkan

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

a. Gejala subyektif :

- 1). Sumber kekuatan bagi klien : Ny. R mengatakan Tuhan
- 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
- 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : sholat dan mengaji/tadarus
frekuensi 5x, tadarus setiap magrib.
- 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat Ny. R mengatakan
walaupun sakit tetap sholat dg tayamum.
- 5). Pemecahan oleh klien Ny. R mengatakan kadang tayamum
- 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :
(☒) tidak ada () ada, jelaskan

Analisa Data

no.	Tgl / Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
1.	19 Nov 2024	ps: ny. R mengatakan nyeri kepala terasa terus menerus, nyeri bertambah jika bangun dan berkurang saat tidur, nyeri menjalar dari leher sampai ke kening, skala nyeri 6, nyeri hilang timbul. DO: - TD: 160/98 N: 86 R: 21 S: 36,8 - pasien tampak merengis - GCS: 15. - ct scan kepala polos kesun infark di corona radiata sinistra, lacunar infark di putamen destra.	Embolisme	Risiko perfusi serebral tidak efektif.
2.	19 Nov	ps: pasien mengatakan tangan kanan dan kakikanan terasa kaku/ sulit digerakan + 1 minggu, ny. R mengatakan semenjak sakit aktivitasnya menjadi terbatas. DO: $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ - Pasien tampak sulit untuk memegang benda sekitar.	penurunan kekuatan otot.	Gangguan mobilitas fisik
3.	19 Nov	ps: ny. R mengatakan aktivitas terbatas semenjak sakit, ny. R mengatakan perlu bantuan orang lain jika ingin duduk dan kamar mandi. DO: pasien tampak lemah - skor skala jatuh: 55 (risiko tinggi)	kekuatan otot menurun	Risiko jatuh

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa.

No.	Tanggal / Jam	Diagnosa	prioritas.
1.	14 nov	- Risiko perfusi serebral tidak efektif b.d embolisme - Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot d-d tangan dan kaki kanan terasa kebas. - Risiko jatuh d-d kekuatan otot menurun	Gangguan mobilitas fisik b-d Penurunan kekuatan otot.
2.	20 nov	- Risiko perfusi serebral tidak efektif b-d embolisme - Gangguan mobilitas fisik b-d tangan dan kaki kanan terasa kebas - Risiko jatuh d-d kekuatan otot menurun	Gangguan mobilitas fisik b-d Penurunan kekuatan otot. d-d tangan dan kaki kanan terasa kebas.
3.	21 nov	- Risiko perfusi serebral tidak efektif b-d embolisme. - Gangguan mobilitas fisik b-d penurunan kekuatan otot d-d tangan dan kaki kanan terasa kebas. - Risiko jatuh d-d kekuatan otot menurun	Gangguan mobilitas fisik b-d Penurunan kekuatan otot d-d tangan dan kaki kanan terasa kebas.

no.	Tgl / jam	Dx. keperawatan	SLK I	SLK I
1-	19 nov	Gangguan mobilitas fisik.	setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24j diharapkan mobilitas fisik meningkat, dg kriteria hasil:	Dukungan mobilisasi observasi.
			kriteria hasil	-identifikasi adanya nyeri / keluhan fisik lainnya
			-pergerakan ekstremitas	-identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan.
			-kekuatan otot	-monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
			-Rentang gerak	-monitor kondisi umum selama mobilisasi.
			ket:	Terapeutik
			1. menurun	-fasilitasi aktivitas mobilisasi dg alat bantu.
			2. cukup menurun	-fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu. (rom pasif)
			3. sedang	-libatkan keluarga yg membantu pasien.
			4. cukup meningkat	Edukasi
			5. meningkat.	-jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi.
				-Ajarkan mobilisasi redup.
		Risiko perfusi serebral tidak efektif.	setelah dilakukan tindakan KEP selama 3x24jam diharapkan perfusi serebral meningkat, dg kriteria hasil:	Pemantauan tekanan Intrakranial.
			kriteria hasil	observasi:
			-sakit kepala.	-identifikasi penyebab peningkatan TIK.
			-gejala.	-monitor peningkatan TD.
				-monitor penurunan frekuensi jantung
			keterangan:	-monitor penurunan tingkat kesadaran
			1. meningkat.	-monitor efek stimulasi lingkungan.
			2. cukup meningkat.	Terapeutik.
			3. sedang.	-pertahankan posisi kepala dan leher netral.
			4. cukup menurun.	Edukasi
			5. menurun.	-jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan.
		Risiko jatuh	setelah dilakukan tindakan KEP selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dg kriteria hasil:	pencegahan jatuh.
			kriteria hasil	observasi
			-jatuh dan tempat tidur.	-identifikasi faktor risiko jatuh.
			-jatuh saat berdiri	-identifikasi risiko jatuh
			-jatuh saat duduk	-identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko.
				-hitung risiko jatuh
			ket:	-monitor kemampuan berpindah dan tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya.
			1. meningkat	Terapeutik
			2. cukup meningkat.	-orientasi ruangan pd pasien dan keluarganya
			3. sedang.	-pasang handuk tempat tidur

No.	Tanggal	Implementasi	Evaluasi tindakan.	TD				
1	19 nov	- menanyakan keluhan nyeri saat beraktivitas pd ny R. - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - memantau monitor frekuensi jantung dan TD sebelum melalui mobilisasi - mengajarkan POM pasy dan mengukur kekuatan otot pra dan post tindakan.	S: ny R mengatakan saat aktivitas tidak mengeluh nyeri namun lemas dan kebas. O: pasien tampak lemas. S: ny R mengatakan jika aktivitas dibantu karena takut jatuh dan sulit. (tangan) dan O: pasien tampak berpegangan pada kemanganya S: ny R mengatakan jika sudah lelah saat aktivitas karena hanya menganggun anggota badan yg normal. O: TD: 159/98 N: 89x/m S: ny R mengatakan sensasinya jadi lebih lemas setelah dilakukan tindakan. O: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3</td><td>5</td></tr></table>	3	5	3	5	1 2 2 4
3	5							
3	5							
2	19 nov	- mengidentifikasi penyebab peningkatan Tk. - memonitor peningkatan TD. - memonitor penurunan frekuensi jantung	S: ny R mengatakan masih pusing terus. O: TD: 159/98 N: 89x/m. dx: hipertensi, sulit. S: ny R mengatakan TD naik turun O: TD: 162/82 N: 69x/m. S: ny R mengatakan tidak ada kel jantung berdebar / nyeri dada. O: TD: 162/82 N: 69x/m.	2 1 2				
3	19 nov	- mengidentifikasi risiko jatuh. (utara dll) - mengidentifikasi risiko jatuh peserta - menghitung risiko jatuh menggunakan skala - memasang handuk tempat tidur	S: ny R mengatakan sulit beraktivitas semakin sakit. O: pasien pasien tampak lemah dalam mobilisasi. S: - O: risiko jatuh tinggi. S: pasien mengatakan takut terjatuh O: tidak jatuh. S: pasien mengatakan lebih aman jika dipanggang pengaman O: pasien tampak kooperatif.	4 1 2 1				

No. dx	Tgl	Implementasi	Evaluasi	TD
1.	20 nov	- mengukur kekuatan otot sebelum tindakan ROM - membimbing melakukan ROM selama 15-25 menit. - mengarahkan keluarga untuk ikut melatih ROM - mengukur kekuatan otot setelah ROM	r: pasien mengatakan otot-ototnya sudah mulai lemas dan tidak kaku seperti kemarin o: $\frac{4}{3} \mid \frac{5}{5}$ s: pasien dan keluarga terasa mampu mengerti gerakan ROM o: pasien dan keluarga tampak paham r: pasien mengatakan tangan sudah bisa mulai mulai menggenggam walaupun masih sedikit lemas o: $\frac{4}{3} \mid \frac{5}{5}$	✓ 4b 4
2.	20 nov	- memonitor tingkat kesadaran. - memonitor peningkatan tekanan darah.	s: pasien mengatakan pusingnya sudah mulai berkurang o: GCS: 15 /comprehensi TD: 149/80 N: 69 R: 21 S: 36,7 SP096 FA	4
3.	20 nov	- mengukur posisi tempat tidur yang paling rendah - menginstruksikan memanggil perawat jika memerlukan bantuan. - mengoreksi mangsa pada pasien dan keluarga.	s: pasien mengatakan takut jatuh jika tempat tidurnya terlalu tinggi. o: pasien tampak kooperatif. s: pasien mengatakan paham mengenai dasar murga. o: pasien tampak kooperatif	4

no dx	Tgl	Implementasi	Evaluasi	TD
1		- mengantar pasien untuk mobilisasi jalan - mengukur kekuatan otot sebelum melakukan tindakan - melatih pasien ROM selama 15-20 menit - mengantar pasien untuk melakukan ROM stretch selama 15-20 menit - Mengukur kekuatan otot	s: pasien mengatakan bisa jalan dengan lancar walaupun pelan o: pasien tampak bisa berjalan s: pasien mengatakan $\begin{array}{c c} 4 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ s: pasien mengatakan setelah diberikan ROM jadi lebih baik. $\begin{array}{c c} 4 & 5 \\ \hline 4 & 5 \end{array}$	g g g g
2.		- memantau pengetahuan keluarga awal - menjelaskan hal yang harus dihindari	s: pasien mengatakan pengetahuan berkurang o: TD: 132/90 N: 72 R: 20 s: pasien mengatakan paham. o: pasien tampak kooperatif.	g g
3.		- mengantar pasien untuk berkontribusi saat berjalan - melibatkan keluarga untuk memantau pasien	s: pasien mengatakan karena sudah bisa berjalan maka sudah tidak cemas lagi. o: pasien tampak mandiri berjalan dan seimbang.	g g

Tgl	Dx. keperawatan	Catatan keperawatan																																												
21/Nov	Gangguan mobilitas fisik	S: pasien mengatakan kekakuan ringan dan halusnya tidak mulai pulih walaupun belum tempurno. O: pasien tampak mulai bisa menahan tekanan sedang-bes $\frac{1}{4} \frac{5}{5}$ A: mobilitas fisik belum teratasi teratasi sebagian. <table border="1"> <tr> <th>Intervensi</th><th>A</th><th>T</th><th>Alk</th></tr> <tr> <td>- peregangan ekstensi leher</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td></tr> <tr> <td>- kelenturan otot</td><td>2</td><td>1</td><td>3</td></tr> <tr> <td>- rentang gerak</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td></tr> </table> P: pertahankan intervensi S: pasien mengatakan sudah tidak nyeri kepala O: pasien tampak nyaman A: perputih sekret teratas <table border="1"> <tr> <th>Intervensi</th><th>A</th><th>T</th><th>Alk</th></tr> <tr> <td>- Suction kepala</td><td>2</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- Gigitan</td><td>2</td><td>1</td><td>5</td></tr> </table> P: pertahankan intervensi S: pasien mengatakan sudah mulai berjalan dg lancar tanpa jatuh O: pasien tampak bisa berjalan tanpa jatuh A: meningkatkan teratensi <table border="1"> <tr> <th>Intervensi</th><th>A</th><th>T</th><th>Alk</th></tr> <tr> <td>- latihan keseimbangan</td><td>3</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- latihan kekuatan</td><td>3</td><td>1</td><td>5</td></tr> <tr> <td>- latihan rentang gerak</td><td>2</td><td>1</td><td>5</td></tr> </table> P: hentikan intervensi.	Intervensi	A	T	Alk	- peregangan ekstensi leher	2	1	4	- kelenturan otot	2	1	3	- rentang gerak	2	1	4	Intervensi	A	T	Alk	- Suction kepala	2	1	5	- Gigitan	2	1	5	Intervensi	A	T	Alk	- latihan keseimbangan	3	1	5	- latihan kekuatan	3	1	5	- latihan rentang gerak	2	1	5
Intervensi	A	T	Alk																																											
- peregangan ekstensi leher	2	1	4																																											
- kelenturan otot	2	1	3																																											
- rentang gerak	2	1	4																																											
Intervensi	A	T	Alk																																											
- Suction kepala	2	1	5																																											
- Gigitan	2	1	5																																											
Intervensi	A	T	Alk																																											
- latihan keseimbangan	3	1	5																																											
- latihan kekuatan	3	1	5																																											
- latihan rentang gerak	2	1	5																																											