BAB IV
HASIL STUDI KASUS

Pada bab ini penulis menjelaskan mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan manajemen energi pada pasien stroke dengan gangguan mobilitas fisik di ruang stroke RSUD Dr. M. Yunus Bengkulu yang dilaksanakan pada tanggal 20 Mei Tahun 2025. Proses keperawatan diawali dengan tahap pengakajian, analisis data, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Metode yang digunakan dalam pengkajian ini meliputi riwayat diri (wawancara langsung pada klien), riwayat alogenik (wawancara dengan keluarga atau orang terdekat klien), pemeriksaan fisik, dan observasi, dan catatan keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Gambaran Identitas Pasien

Identitas pasien didapatkan peneliti melalui wawancara pada keluarga pasien seorang laki-laki Tn. S berusia 74 tahun, beragama islam, telah menikah, pendidikan terakhir SD, pekerjaan petani, alamat jalan kandang mas kec. Kampung melayu. Dan pasien Tn. K berusia 58 tahun sudah menikah, beragama islam, pekerjaan petani, pendidikan terakhir SMP, yang beralamat di perumahan graha asri.

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

2. Riwayat Kesehatan

Pada pengkajian riwayat kesehatan ini perawat melakukan pengkajian keperawatan meliputi keluhan utama, keluhan sekarang, riwayat penyakit dahulu dan riwayat kesehatan keluarga untuk menegakkan diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan yang akan dilakukan pada pasien dalam penelitian.

Tabel 4.1
Riwayat Kesehatan

No	Riwayat Kesehatan	Pasien Tn. S	Pasien Tn. K
1.	Keluhan Utama	Tn. S dibawa oleh keluarga ke IGD RSMY Bengkulu pada hari sabtu 17 Mei 2024	Tn. K dibawa oleh keluarga ke IGD RSMY Bengkulu pada hari minggu 18 Mei

		pukul 20.42 WIB dengan keluhan kaki dan tangan kanan tidak bisa digerakan sejak 1 minggu yang lalu, lemas dan nafsu makan menurun	2025 pukul 08.35 WIB dengan keluhan lemah anggotan gerak tubuh bagian kiri sejak pukul 05.30 wib
2.	Keluhan Sekarang	pada saat dikaji hari selasa tanggal 20 Mei 2025 di ruang stroke RSMY Bengkulu keluarga Tn. S mengatakan adanya kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri, pasien tampak lemah, semua aktivitas Tn. S dibantu penuh oleh keluarga	pada pasien Tn. K saat dikaji adanya kelemahan anggota gerak tubuh bagian kanan dan seluruh badan terasa lemas, Tn.K hanya terbaring di tempat tidur, badan terasa lemas, aktivitas dibantu oleh keluarga.
3.	Riwayat Kesehatan Dahulu	Keluarga Tn. K mengatakan Tn. K memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol dan jarang minum obat rutin, ada memiliki riwayat merokok, tidak memiliki riwayat narkoba, alkohol maupun alergi obat dan makanan.	Pada pasien Tn. S keluarga mengatakan Tn. S memiliki riwayat hipertensi yang tidak terkontrol dan jarang minum obat rutin, ada riwayat merokok, tidak memiliki riwayat narkoba, alkohol maupun alergi obat dan makanan.
4.	Riwayat Kesehatan Keluarga	keluarga Tn. S mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, DM, jantung, dll yang menjadi faktor risiko.	keluarga Tn. K mengatakan Ibu Tn. K memiliki riwayat penyakit hipertensi

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

3. Riwayat Pola Kebiasaan

   Pada pengkajian ini, peneliti melakukan pengkajian riwayat pola kebiasaan pasien saat dirawat rumah sakit.

   1. Kebutuhan Aktivitas/Mobilisasi pada pasien Tn. S

      Terdapat perasaan lemah otot, keterbatasan dalam pergerakan, pemenuhan personal hygien dibantu penuh keluarga, adanya penurunan kekampuan berjalan (pasien hanya berbaring di tempat tidur), kemandirian pemenuhan kebutuhan makan dibantu keluarga, kemandirian pemenuhan eliminasi dibantu keluarga, dan ada keluhan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan mobilisasi.

   2. Kebutuhan Aktivitas/Mobilisasi pada pasien Tn. K

      Ada perasaam lemah otot, keadaan tonus otot lemah, ada keterbatasan dalam pergerakkan, pemenuhan personal hygiene dibantu keluarga, kemampuan berjalan dibantu keluarga, kemandirian pemenuhan kebutuhan makan dan minum dibantu keluarga, kemandirian pemenuhan eliminasi dibantu keluarga, badan terasa lemas, ada keluhan pemenuhan kebutuhan aktivitas dan mobilisasi.

4. Pemeriksaan Fisik

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Tabel 4.2
Gambaran Pemeriksaan Fisik

Nama Klien	Tn. S	Tn. K
Pemeriksaan Fisik umum	pasien tampak lemah, tingkat kesadaran composmentis E4, V5, M6	Pada Tn. K pasien tampak lemah, tingkat kesadaran composmentis E4, V5, M6
Tanda-tanda Vital	TD: 162/98 mmHg, nadi: 63x/menit, RR: 20x/menit, suhu: 36,6ºC	TD: 148/95 mmHg, nadi: 79x/menit, RR: 20x/menit, suhu: 36,5ºC
Sistem Pengelihatan	Posisi mata pasien simetris, konjungtiva ananemis, sclera an-ikterik, pupil iskor dan ada retraksi pupil saat diberi cahaya, dan tidak menggunakan kaca mata maupun lensa kontak.	Posisi mata pasien simetris, konjungtiva ananemis, sclera an-ikterik, pupil iskor dan ada retraksi pupil saat diberi cahaya, dan tidak menggunakan kaca mata maupun lensa kontak.

Sistem Pendengaran	Daun telinga pasien simetris, tampak terdapat serumen pada bagian dalam telinga pasien, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, fungsi pendengaran kurang baik dan tidak memakai alat bantu pendengaran	Daun telinga pasien simetris, telinganya tampak bersih, tidak ada cairan yang keluar, tidak ada tinitus, pendengaran baik, tidak menggunakan alat bantu dengar.
Sistem Kardiovaskuler	Dada normochest, sianosis (-), nadi 88 x/menit dan teraba kuat dan irama teratur, akral hangat, CRT kembali < 3 detik, tidak ada bunyi jantung tambahan, bunyi jantung BJ I > BJ II, irama tertatur, tidak ada sakit dada.	Bentuk dada normochest, sianosis (-), nadi 74 x/menit dan teraba kuat dan irama teratur, akral hangat, CRT kembali < 3 detik, bunyi jantung tidak ada tambahan, BJ I > BJ II, irama tertatur, tidak ada sakit dada.
Sistem Saraf Pusat	Tingkat kesadaran composmentis, GCS: 15 (E: 4, V:5, M:6) Pemeriksaan Nervus: 1. Nervus Olfaktori Kiri: masih dapat berfungsi dengan normal Kanan: berfungsi dengan normal 2. Nervus Optikus Lapang pandang dalam rentang normal, pasien tidak dapat melihat pada jarak 1 meter 3. Nervus Okulomotoris Pupil mata pasien isokor, pupil mengecil saat terkena cahaya 4. Nervus Trochlearis Pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan ke atas 5. Nervus Trigeminus Otot pengunyah lemah, pasien mampu merasaan rangsangan nyeri pada wajah sebelah kiri dan kanan, refleks kornea +/+ 6. Nervus abdusen Pergerakan bola mata kesamping +/+ 7. Nervus Fasialis Wajah simetris, mata dapat	Tingkat kesadaran composmentis, GCS: 15 (E:4,V:5,M:6) Pemeriksaan Nervus: 1. Nervus Olfaktori Kiri: masih dapat berfungsi dengan normal Kanan: berfungsi dengan normal 2. Nervus Optikus Lapang pandang dalam rentang normal, pasien tidak dapat melihat pada jarak 2 meter 3. Nervus Okulomotoris Pupil mata pasien isokor, pupil mengecil saat terkena cahaya 4. Nervus Trochlearis Pasien mampu menggerakkan bola mata ke bawah dan ke atas 5. Nervus Trigeminus Otot pengunyah kuat, pasien mampu merasaan rangsangan nyeri pada wajah sebelah kiri dan kanan, refleks kornea +/+ 6. Nervus abdusen Pergerakan bola mata kesamping +/+ 7. Nervus Fasialis Wajah simetris, alis mata

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	ditahan saat diberi tahanan saat dibuka serta kemampuan indra pengecapan masih baik 8. Nervus verstibulocochlearis Keseimbangan: pasien masih sulit untuk berdiri Pendengaran: pendengaran kurang pasien baik 9. Nervus glosofaringeus Pasien dapat membedakan rasa manis dan rasa asam 10. Nervus fagus Pasien mengalami penurunan refleks menelan 11. Nervus asesoris Pasien mengalami kelemahan dalam menggerakan bahu dan leher 12. Nervus hipoglosus Pasien mampu menjulurkan lidah ke segala arah, pasien mampu mendorong pipi dengan lidah	simetris, mata dapat ditahan saat diberi tahanan saat dibuka serta kemampuan indra pengecapan masih baik 8. Nervus verstibulocochlearis Keseimbangan: pasien masih sulit untuk berdiri Pendengaran: pasien dapat mendengar dengan baik dan merespon percakapan dengan benar 9. Nervus glosofaringeus Pasien mampu membedakan rasa manis dan rasa asam 10. Nervus fagus Refleks menelan baik 11. Nervus asesoris Pasien mengalami kelemahan dalam menggerakan bahu 12. Nervus hipoglosus Pasien mampu menjulurkan dan menggerakan lidah ke segala arah, pasien mampu mendorong pipi dengan lidah
Sistem Muskuloskeletal	Terdapat kesulitan dalam pergerakan, terdapat keleman pada ekstremitas kiri, kekuatan otot Nilai kekuatan otot 5555 | 1111 5555 | 1111	Terdapat kesulitan dalam pergerakan, terdapat keleman pada ekstremitas kanan, kekuatan otot Nilai kekuatan otot 1111 | 5555 1111 | 5555

kemenkes Poltekkes Bengkulu

5. Data Penunjang

   Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien Tn. S pada tanggal 17 Mei 2025 hematokrit 46 %, hemoglobin 14.8 g/dl, leukosit 10.600 10^3/uL, trombosit 231.000 10^3/u, gulah darah sewaktu 118 mg/dl, ureum 59 mg/d, creatinin 0,9 mg/dl, Natrium 148 mmol/l, kalium 4,1 mmol/l, klorida 112 mmol/l, pada tanggal 18 mei 2025 didapatkan hasil cholesterol total 271 mg/dl, trigliserida 118 mg/dl, HDL cholesterol 38 mg/dl, LDL cholesterol 181 mg/dl, uric acid 6,2 mg/dl. Dan hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 18 Mei 2025 pada Tn. K didapatkan hematokrit 45 %, hemoglobin 13.4 g/dl, leukosit 7.000 10^3/uL, trombosit 204.000 10^3/u, gulah darah sewaktu 100 mg/dl, ureum 39 mg/d, creatinin 0,8 mg/dl, cholesterol total 209 mg/dl, trigliserida 88 mg/dl, HDL cholesterol 51 mg/dl, LDL cholesterol 128 mg/dl, uric acid 6,3 mg/dl.

6. Pemeriksaan Radiologi

   Hasil pemeriksaan Radiologi CT scan kepala tanggal 17 Mei 2025 pada Tn. S disimpulkan terdapat infark pada lobus tamporoparietalis sinistra dan ganglia basalis bilateral. Tn. S terdapat gangguan atau kelainan pada lobus temporoparietalis di sisi kiri otak (sinistra), yang merupakan bagian otak yang terlibat dalam pemrosesan suara, memori, serta integrasi informasi sensori. Selain itu, juga ditemukan kelainan pada ganglia basalis di kedua sisi otak (bilateral), yang berperan dalam mengatur gerakan tubuh dan koordinasi motorik dan hasil pemeriksaan radiologi CT scan kepala tanggal 18 Mei 2025 pada Tn. K menunjukkan adanya lacunar infark pada thalamus sinistra. Lacunar infark, yaitu stroke kecil yang terjadi akibat sumbatan pada pembuluh darah arteri kecil di otak, yang dalam hal ini mengenai bagian thalamus sebelah kiri (thalamus sinistra), suatu struktur penting yang berfungsi mengatur dan meneruskan sinyal sensorik serta motorik ke berbagai bagian otak.

7. Penatalaksanaan Kolaborasi

   Penatalaksanaan kolaborasi yang diberikan pada Tn. K yaitu IVFD Rl 20 tpm via intravena, lansoprazole 1x1 via intravena, citicolin 3x250 mg via

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

intravena, ceftriaxone 2x1 gr via intravena, amlodipine 1x10 mg peroral, candesartan 1x16 mg peroral, piracetam 2x400 mg peroral,, ISDN 3x1 5 mg peroral,, CPG 1x75 mg peroral,, clobazam 1x10 mg peroral,, racikan nyeri kepala 2x1 peroral,, sulrafat sirup 3x1 peroral. Dan pada pasien Tn. S yaitu drip tarontal 1 amp/kolf per 8 jam, IVFD RK 20 tpm via intravena, omeprazole 1x1 via intravena , piracetam 1x12 gr via intravena, citicolin 3x250 mg via intravena, ceftriaxone 2x1 gr via intravena, amlodipin 1x10 mg peroral, candesartan 1x16 mg peroral, CPG 1x75 mg peroral.

B. Diagnosa Keperawatan

Sebelum mengangkat diagnosa keperawatan, perawat mengumpulkan data hasil pengkajian untuk di analisa dalam bentuk data subjektif dan objektif sehingga dapat ditegakkan diagnosa keperawatannya.

1. Analisa Data

Tabel 4.3
Analisa data

Pasien	DATA SENJANG	ETIOLOGI	MASALAH
Tn. S	DS: Keluarga Tn. S mengatakan Tn. S adanya kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri DO: - Pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Nilai kekuatan otot 5555 | 1111 5555 | 1111 - Terdapat kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri - Pasien hanya berbaring ditempat tidur - Rentang gerak (ROM) menurun	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Tn. K	DS: - Keluarga Tn. K mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakan - Keluarga Tn. K mengatakan badan terasa lemas DO: - Pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Gerakan pasien tampak terbatas - Terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri - Nilai kekuatan otot 1111 | 5555 1111 | 5555 - Rentang gerak (ROM) menurun	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik

2. Diagnosa Keperawatan

Gangguan Mobilitas Fisik b.d Gangguan Neuromuskular

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

C. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.4
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tindakan Keperawatan		Rasional
		Tujuan / Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan	
1	Gangguan mobilitas fisik	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat Dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak meningkat 4. Kelemahan fisik menurun	**SIKI:** Manajemen Energi **Observasi:** 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik emosional 3. Monitor pola dan jam tidur **Terapeutik:** 4. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. Cahaya, suara, kunjungan) 5. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau/ aktif 6. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan	Observasi: 1. Untuk mengetahui gangguan fungsi tubuh yang dialami pasien akibat kelelahan 2. Untuk mengetahui tingkat kelelahan fisik dan emosinal pasien 3. Untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak 4. Untuk memberikan rasa nyaman pada pasien 5. Untuk meningkatkan dan melatih massa otot dan gerak ekstremitas pasien 6. Untuk melatih gerak mobilisasi pasien selama dirawat

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

			Edukasi: 7. Anjurkan tirah baring 8. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 9. Ajarkan strategi untuk mengurangi kelelahan **Kolaborasi:** 10. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan *Evidence besed* 11. Mengajurkan keluarga pasien untuk mendengarkan morotal al-quran untuk memberikan rasa tenang 12. Menganjurkan keluarga memberikan aroma terapi lavender untuk membuat tubuh menjadi relaks 13. Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien	7. Untuk memberikan kenyamanan pada pasien saat istirahat 8. Untuk menunjang proses kesembuhan pasien secara bertahap 9. Agar pasien dapat mengatasi kelelahannya secara mandiri dengan mudah 10. Untuk memaksimalkan proses penyembuhan pasien 11. Untuk mengurangi keparahan kelelahan yang dialami pasien 12. Untuk mengatasi gangguan tidur, dapat memberikan efek relaksasi dan menenangkan 13. Untuk mengembalikan rentak gerak aktivitas dan memenuhi kebutuhan sehari-hari

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.5
IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. S	**Diagnosa Keperawatan:**
RUANGAN : Stroke	**Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan neuromuskular**
HARI/TANGGAL : Selasa / 20-05-2025 (Hari ke-1)	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul : 09.00 WIB **S**: - Keluarga Tn. S mengatakan Tn. S adanya kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri **O**: - Keadaan umum pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Ekstremitas atas dan bawah bagian kiri tidak bisa digerakan - Rentang gerak (ROM) menurun - Pasien hanya berbaring ditempat tidur	Pukul : 10.00 WIB 1. Mengobservasi keadaan umum pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur pasien 3. Menjelaskan manfaat latihan gerak pasif (ROM), aroma terapi lavender, pengaruh morotal Pukul 10.05 WIB 4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital	Pukul 10.00 WIB 1. Pasien masih tampak lemah 2. Pasien tidur mulai pukul 21.00, namun sering terbangun 2–3 kali dalam semalam karena rasa tidak nyaman di sisi tubuh yang lumpuh. waktu tidur malam sekitar 4–5 jam. 3. Pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan Pukul 10.05 WIB 4. TD: 162/98 mmHg, N: 63 x/m, RR: 20x/m, suhu 36 ,6 C, SPO2: 98%	Pukul : 14.00 WIB **S** : - Keluarga Tn. S mengatakan Tn. S masih mengalami kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri **O** : - Keadaan umum pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Ekstremitas atas dan bawah bagian kiri tidak bisa digerakan - Rentang gerak (ROM) menurun - Pasien hanya berbaring

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

A : Mobilitas fisik menurun (level 1) **P :** Lakukan SIKI: Manajemen Energi *Evidence based* 1-3	5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 7. Mengajurkan keluarga pasien untuk mendengarkan morotal al-quran untuk memberikan rasa tenang 8. Menganjurkan keluarga memberikan aroma terapi lavender untuk membuat tubuh menjadi relaks 9. Menganjurkan tirah baring 10. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Pukul 11.25 WIB 11. Melakukan latihan gerak pasif (ROM) 12. Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien	5. Pasien tampak nyaman, pencahayaan baik, suhu ruangan stabil 6. Pasien belum mampu melakukan aktivitas 7. Keluarga bersedia untuk mendengarkan morotal al-quran 8. Keluarga bersedia memberikan aromaterapi kepada pasien 9. Pasien hanya tirah baring diatas tempat tidur 10. Pasien tampak belum bisa melakukan aktivitas hanya berbaring di tempat tidur Pukul 11.25 WIB 11. Pasien hanya mampu menggerakan jari sedikit demi sedikit 12. Keluarga tampak memperhatikan gerakan ROM yang telah diajarkan untuk dilakukan kepada pasien secara mandiri	ditempat tidur **A :** Mobilitas fisik menurun (level 1) **P :** Intervensi manajemen energi dilanjutkan nomor 3,4,5,8.11,12,13 dan *Evidence based* 1-3

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. S **RUANGAN : Stroke** **HARI/TANGGAL : Rabu / 21-05-2025 (Hari ke-2)**	**Diagnosa Keperawatan:** **Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan neuromuskular**

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul : 14.00 WIB **S**: - Keluarga Tn. S mengatakan Tn. S masih mengalami kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri **O**: - Keadaan umum pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Ekstremitas atas dan bawah bagian kiri tidak bisa digerakan - Rentang gerak (ROM) menurun - Pasien hanya berbaring ditempat tidur **A :** Mobilitas fisik menurun (level 1)	Pukul : 14.00 WIB 1. Mengukur tanda-tanda vital pada pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur pasien 3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 4. Mengajurkan keluarga pasien untuk mendengarkan morotal al-quran untuk memberikan rasa tenang 5. Menganjurkan keluarga memberikan aroma terapi lavender untuk membuat	Pukul 14.00 WIB 1. TD: 144/79 mmHg, N: 77 x/m, RR: 20x/m, suhu 36,5 C, SPO2: 98% 2. Pasien masih sering terbangun 2–3 kali dalam semalam karena rasa tidak nyaman di sisi tubuh yang lumpuh. waktu tidur malam sekitar 4–5 jam. 3. Pasien tampak nyaman, pencahayaan baik, suhu ruangan stabil 4. Kaluarga mengatakan sudah diberikan morotal alquran pasien tampak lebih tenang 5. Kaluarga mengatakan sudah diberikan aroma terapi lavender pasien tampak relaks	Pukul : 20.00 WIB **S** : - Keluarga Tn. S mengatakan Tn. S masih mengalami kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri **O** : - Keadaan umum pasien tampak lemah - Aktivitas masih dibantu oleh keluarga - Tampak gerak pasien terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun - Pasien hanya berbaring ditempat tidur

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

P : Lanjutkan intervensi SIKI: Intervensi manajemen energi dilanjutkan nomor 3,4,5,8.11,12,13 dan *Evidence based* 1-3	tubuh menjadi relaks 6. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Pukul 16.00 WIB 7. Melakukan latihan gerak pasif (ROM) 8. Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien 9. Menetapkan jadwal latihan selanjutnya	6. Pasien Pasien hanya miring kiridan kanan juga posisi fowler 7. Pasien sudah mulai perlahan menggerakan hari-jari tangan secara mandiri 8. Keluarga tampak memperhatikan dengan baik dan mencobo memberikan ROM pada pasien 9. Pasien menyetujui jadwal latihan besok	**A :** Mobilitas fisik cukup menurun (level 2) **P :** Intervensi manajemen energi dilanjutkan nomor 3,4,5,8.11,12,13 dan *Evidence based* 1-3

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. S **RUANGAN : Stroke** **HARI/TANGGAL : Kamis / 22-05-2025 (Hari ke-3)**	**Diagnosa Keperawatan:** **Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan neuromuskular**

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul : 09.00 WIB **S:** - Keluarga Tn. S mengatakan Tn. S masih mengalami kelemahan anggota gerak tubuh sebelah kiri **O** : - Keadaan umum pasien tampak lemah - Aktivitas masih dibantu oleh keluarga - Kesadaran composmentis - Tampak gerak pasien terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik cukup menurun (level 2)	Pukul : 09.00 WIB 1. Mengukur tanda-tanda vital pada pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur pasien 3. Mengajurkan keluarga pasien untuk mendengarkan morotal al-quran untuk memberikan rasa tenang 4. Menganjurkan keluarga memberikan aroma terapi lavender untuk membuat tubuh menjadi relaks 5. Menganjurkan melakukan	Pukul 09.00 WIB 1. TD: 134/84 mmHg, N: 79 x/m, RR: 20x/m, suhu 36,4C, SPO2: 98% 2. Pasien sudah mulai nyenyak dan jarang terbangmasih sering terbangun malam 3. Kaluarga mengatakan sudah diberikan morotal alquran pasien tampak nyaman 4. Kaluarga mengatakan sudah diberikan aroma terapi pasien relaks 5. Pasien Pasien hanya miring	Pukul : 14.00 WIB **S** : - Keluarga Tn. S mengatakan tangan dan kakinya sudah dapat digerakan, sudah dapat diangkat sendiri **O** : - Keadaan umum pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Tampak gerak pasien terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik sedang (level 3)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

P : Lanjurkan intervensi SIKI: manajemen energi dilanjutkan nomor 2,3,4,6,7,8,9,10,11,12,13 dan *Evidence based* 1-3	aktivitas secara bertahap Pukul 16.00 WIB 6. Melakukan latihan ROM pasif 7. Membuat jadwal latihan dirumah bersama pasien	kiridan kanan juga posisi fowler 6. Pasien sudah mulai perlahan menggerakan hari-jari tangan secara mandiri 7. Pasien menyetujui jadwal untuk latihan besok pagi	**P :** Intervensi manajemen energi dihentikan dan diteruskan dirumah

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. K **RUANGAN : Stroke** **HARI/TANGGAL : Selasa / 20-05-2025 (Hari ke-1)**	**Diagnosa Keperawatan:** **Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan neuromuskular**

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul : 09.15 WIB **S :** - Keluarga Tn. K mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakan - Keluarga Tn. K mengatakan badan terasa lemas dan tak berdaya **O :** - Pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Gerakan terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik menurun (level 1)	Pukul : 10.00 WIB 1. Mengobservasi keadaan umum pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur pasien 3. Menjelaskan manfaat latihan gerak pasif (ROM), aroma terapi lavender, pengaruh morotal Pukul 10.05 WIB 4. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital 5. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus 6. Mengajurkan keluarga pasien untuk mendengarkan morotal al-quran untuk memberikan rasa tenang	Pukul 10.00 WIB 1. Pasien masih tampak lemah 2. Pasien tidur mulai pukul 20.00, waktu tidur malam sekitar 6-7 jam. 3. Pasien dan keluarga mengerti dengan penjelasan yang diberikan Pukul 10.05 WIB 4. TD: 151/88 mmHg, N: 81 x/m, RR: 20x/m, suhu 36 C, SPO2: 98% 5. Pasien tampak nyaman, pencahayaan baik, suhu ruangan stabil 6. Keluarga bersedia untuk mendengarkan morotal al-quran	Pukul : 14.00 WIB **S :** - Keluarga Tn. K mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakan - Keluarga Tn. K mengatakan badan terasa lemas dan tak berdaya **O :** - Pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Gerakan terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik menurun (level 1)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

P : Lakukan SIKI: Manajemen Energi *Evidence based* 1-3	7. Menganjurkan keluarga memberikan aroma terapi lavender untuk membuat tubuh menjadi relaks 8. Menganjurkan tirah baring 9. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 10. Menganjurkan kepada keluarga strategi untuk mengurangi kelelahan Pukul 11.25 WIB 11. Melakukan latihan gerak pasif (ROM) 12. Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien	7. Keluarga bersedia memberikan aromaterapi kepada pasien 8. Pasien hanya tirah baring di tempat tidur 9. Pasien belum mampu melakukan aktivitas pasien hanya terbaring di tempat tidur 10. Keluarga mengatakan jika pasien merasa lelah pasien istirahat; tidur Pukul 11.25 WIB 11. Pasien hanya mampu menggerakan jari sedikit demi sedikit 12. Keluarga tampak memperhatikan gerakan ROM yang telah diajarkan untuk dilakukan kepada pasien secara mandiri	**P :** Intervensi manajemen energi dilanjutkan nomor 3,4,5,8,10,11,12,13 dan *Evidence based* 1-3

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. K	**Diagnosa Keperawatan:**
RUANGAN : Stroke	**Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan neuromuskular**
HARI/TANGGAL : Rabu / 21-05-2025 (Hari ke-2)	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul : 09.15 WIB **S :** - Keluarga Tn. K mengatakan tangan dan kaki kanan sulit digerakan - Keluarga Tn. K mengatakan badan terasa lemas dan tak berdaya **O :** - Pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Gerakan terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik menurun (level 1) **P :** Lanjurkan intervensi SIKI: manajemen energi dilanjutkan nomor 3,4,5,8,10,11,12,13 dan	Pukul : 14.00 WIB 1. Mengukur tanda-tanda vital pada pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur pasien 3. Mengajurkan keluarga pasien untuk mendengarkan morotal al-quran untuk memberikan rasa tenang 4. Menganjurkan keluarga memberikan aroma terapi lavender untuk membuat tubuh menjadi relaks 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Pukul 16.00 WIB 6. Melakukan latihan gerak pasif (ROM)	Pukul 14.00 WIB 1. TD 135/87 mmHg, N: 84 x/m, RR: 20x/m, suhu 36,7 C, SPO2: 98% 2. Pasien tidur mulai pukul 20.00, waktu tidur malam sekitar 6-7 jam. 3. Kaluarga mengatakan sudah diberikan morotal alquran pasien tampak lebih tenang 4. Kaluarga mengatakan sudah diberikan aroma terapi lavender pasien tampak relaks 5. Pasien Pasien hanya miring kiridan kanan juga posisi fowler 6. Pasien sudah mulai perlahan menggerakan hari-jari tangan	Pukul : 14.00 WIB **S :** - Keluarga Tn. K mengatakan tangan dan kaki kanan sudah mulai dapat digerakan - Keluarga Tn. K mengatakan badan masih terasa lemas **O :** - Pasien tampak lemah - Aktivitas masih dibantu oleh keluarga - Gerakan terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik cukup menurun (level 2)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

Evidence based 1-3	7. Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien 8. Menetapkan jadwal latihan selanjutnya	secara mandiri 7. Keluarga tampak memperhatikan dengan baik dan mencobo memberikan ROM pada pasien 8. Pasien menyetujui jadwal latihan besok	**P :** Intervensi manajemen energi dilanjutkan nomor 3,4,5,8,10,11,12,13 dan *Evidence based* 1-3

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Tn. K	**Diagnosa Keperawatan:**
RUANGAN : Stroke	**Gangguan mobilitas fisik b.d Gangguan neuromuskular**
HARI/TANGGAL : Kamis / 22-05-2025 (Hari ke-3)	

PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI	EVALUASI FORMATIF	EVALUASI (S-O-A-P)
Pukul : 09.00 WIB **S :** - Keluarga Tn. K mengatakan tangan dan kaki kanan sudah mulai dapat digerakan - Keluarga Tn. K mengatakan badan masih terasa lemas **O :** - Pasien tampak lemah - Aktivitas masih dibantu oleh keluarga - Gerakan terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik cukup menurun (level2) **P :** Lakukan SIKI: Manajemen Energi Dilanjutkan nomor 3,4,5,8,10,11,12,13 dan *Evidence based* 1-3	Pukul : 09.00 WIB 1. Mengukur tanda-tanda vital pada pasien 2. Memonitor pola dan jam tidur pasien 3. Mengajurkan keluarga pasien untuk mendengarkan morotal al-quran untuk memberikan rasa tenang 4. Menganjurkan keluarga memberikan aroma terapi lavender untuk membuat tubuh menjadi relaks 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Pukul 11.00 WIB 6. Melakukan latihan gerak pasif (ROM)	Pukul 09.00 WIB 1. TD 130/81 mmHg, N: 79 x/m, RR: 20x/m, suhu 36,7 C, SPO2: 98% 2. Pasien tidur mulai pukul 20.00, waktu tidur malam sekitar 6-7 jam. 3. Kaluarga mengatakan sudah diberikan morotal alquran pasien tampak lebih tenang 4. Kaluarga mengatakan sudah diberikan aroma terapi lavender pasien tampak relaks 5. Pasien Pasien hanya miring kiridan kanan juga posisi fowler 6. Pasien sudah mulai perlahan menggerakan hari-jari tangan secara mandiri	Pukul : 14.00 WIB **S :** - Keluarga Tn. K mengatakan tangan dan kaki kanan sudah mulai digeserkan sedikit demi sedikit - Keluarga Tn. K mengatakan badan terasa lemas berkurang **O :** - Pasien tampak lemah - Aktivitas dibantu oleh keluarga - Gerakan terbatas - Rentang gerak (ROM) menurun **A :** Mobilitas fisik sedang (level 3)

Kemenkes Poltekkes Bengkulu

	7. Mengajarkan keluarga untuk melakukan ROM pada pasien 8. Menetapkan jadwal latihan selanjutnya	7. Keluarga tampak memperhatikan dengan baik dan mencobo memberikan ROM pada pasien 8. Pasien menyetujui jadwal latihan besok	**P :** Intervensi manajemen energi dihentikan dan diteruskan dirumah

Kemenkes
Poltekkes Bengkulu