

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Study Kasus

1. Pengkajian

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada hari senin 29 april 2025 pukul 10:00 WITA dengan stroke iskemik dan pasien 2 pada hari senin 29 april 2025 pukul 12:00 WITA dengan stroke iskemik di Ruang Interna RSUD Waikabubak dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan dokumentasi pada klien.

a. Biodata Klien

Tabel 4.1 Biodata Klein

Identitas	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn Y B	Tn B K
Umur	35 tahun	67 tahun
Jenis kelamin	Laki-laki	Laki-laki
Agama	Kristen protestan	Kristen katolik
Alamat	Kampung baru	Lamboya
Pendidikan	SD	SD
Pekerjaan	Petani	Petani
Diagnosa medis	Stroke Non hemoragik	Non hemoragik
Lama sakit stroke	4 hari	10 hari
Tanggal MRS	27 April 2025	28 April 2025
Tanggal pengkajian	28 April 2025	28 April 2025
Jam pengkajian	10.00	12.00
Nomor register	25xxxx	24xxxx
Sumber informasi	Pasien, Keluarga pasien	Istri pasien
Identitas penanggung jawab	Pasien 1	Pasien 2

Nama	Ny. M L	NY. R P
Umur	30 Tahun	56 Tahun
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Ibu Rumah Tangga
Pendidikan	SD	SD
Alamat		Lamboya
Agama	Kristen Protestan	Kristen Katolik

b. Riwayat kesehatan

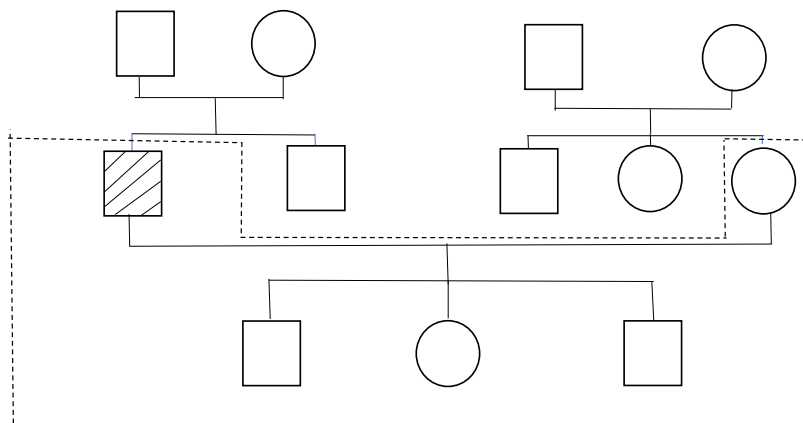
Tabel 4.2 Riwayat Kesehatan

No	Riwayat kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
1	Keluhan utama	Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri	Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri
2	Riwayat kesehatan sekarang	Keluarga klien mengatakan pasien terjatuh ketika pasien hendak berangkat ke kebun. Pada tanggal 27 april 2025 pukul 09:00 pasien diantar oleh keluarganya ke RSUD Waikabubak dan di bawah ke IGD (instalasi gawat darurat) sekitar pukul 10:00 pasien diperiksa oleh perawat IGD dengan hasil keadaan umum: pasien tampak lemah pasien tampak kotor, tekanan darah 135\ 20mmHg, suhu 36, 5°C, nadi 77x\menit, RR 20x\menit dan kemudian pada jam 12:00 pasien terpasang infus RL 20 TPM di tangan bagian kanan kemudian pada pukul 14:00 pasien dilayani injeksi obat recombinant tissue plasminogen pada saat dilakukan pengkajian di ruang interna pada Tanggal 25 april 2025 jam 10.00 wita pasien mengatakan mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri dan semua aktifitas di bantu oleh keluarga dan perawat pasien tampak lemah keadaan umum pasien compos mentis GCS (E4, V5, M6) TTV TD:130\ 60MmHg, suhu 36,5, nadi 57x\menit RR 20X\menit, spo2:90% terpasang infus RL	Istri klien mengatakan pasien tiba-tiba kejang. Pada 28 april 2025 pukul 08:00 pasien di bawah keluarga ke RSUD dan masuk IGD pukul 10.00 pagi,) pasien diperiksa oleh perawat IGD dengan hasil keadan umum: pasien tampak lemah pasien tampak kotor kulit pasien terlihat kasar Tekanan Darah 123\20mmHg, suhu 36, 5°C, nadi 59x\menit, RR 20x\menit dan kemudian pada pukul 12:00 pasien terpasang infus NACL 20 TPM di tangan bagian kanan kemudian pada pukul 14:00 pasien dilayani injeksi obat recombinant tissue plasminogen. Pada saat dilakukan pengkajian di ruang interna pada Tanggal 29 april 2025 jam 12.00 wita pasien mengatakan mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri dan semua aktifitas di bantu oleh keluarga dan perawat pasien tampak lemah keadaan umum pasien compos mentis GCS (E4, V5, M6) TTV TD:110\ 80MmHg, suhu 36,5, nadi 67x\menit RR 22X\menit, spo2:95% terpasang infus NACL 20 TPM pada tangan kanan pasien dan pada jam 12.00 pasien di layani injeksi ambroxoll

No	Riwayat kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
		pada tangan kanan pasien dan pada jam 12.00 pasien di layani injeksi ambroxol	
3	Riwayat penyakit dahulu	Pasien mengatakan tidak ada riwayat stroke dan baru kali ini sakit stroke.	Istri pasien mengatakan tidak ada riwayat stroke dan baru kali ini sakit stroke.
4	Riwayat penyakit keluarga	Pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga	Istri pasien mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga
5	Keadaan penampilan dan kesan umum	Keadaan pasien tampak lemah pasien tampak cemas, kesadaran compos mentis	Keadaan pasien tampak lemah pasien terlihat sedikit gelisa dan cemas, kesadaran compos mentis

c. Genogram :

Bagan 4,1 Genogram pasien 1



Keterangan :

Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

■ : Pasien

| : Garis keturunan

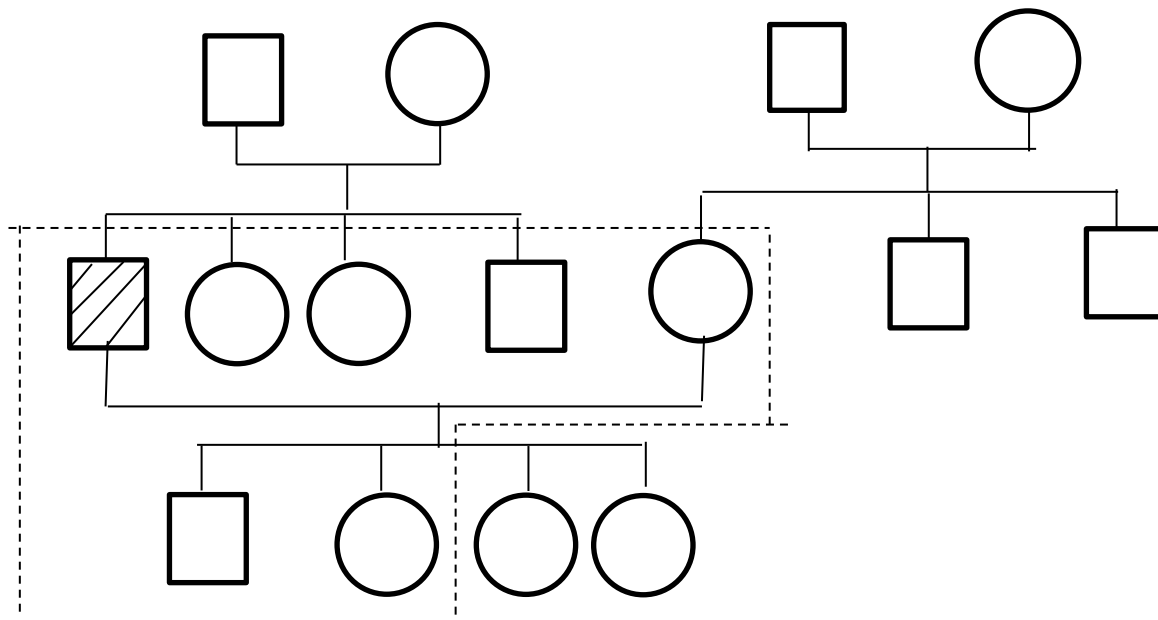
— : Garis perkawinan

---- : Tinggal serumah

× : Meninggal

Pasien tinggal serumah bersama istrinya memiliki tiga orang anak, 1 perempuan dan 2 orang anak laki laki

Bagan 4,1 Genogram pasien 2



Keterangan:

□ : Laki-laki

○ : Perempuan

■ : Pasien

| : Garis keturunan

— : Garis perkawinan

--- : Tinggal serumah

✕ : Meninggal

Pasien tinggal serumah bersama istrinya memiliki tiga orang anak, 1 laki laki dan 3 orang anak perempuan

d. Riwayat keperawatan

Tabel 4.3 Riwayat Keperawatan

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
1	Pola penatalaksanaan	Pasien mengatakan sangat memahami tentang pola hidup kurang sehat karena pasien sering merokok dan minum alkohol dan sering berkunjung ke puskesmas ketika sakit	Istri klien mengatakan tidak memahami pola hidup sehat pasien tidak merokok dan minum alkohol dan jarang berkunjung ke puskesmas apabila merasa sakit
2.	Pola nutrisi metabolisme	Di Rumah pasien mengatakan di rumah makan 3x sehari, 1 porsi dihabiskan jenis makanan yang dimakan: nasi, sayur, telur, ikan, buah-buahan jarang nafsu makanan baik minum lebih 500cc dan tidak ada pantangan makan atau minuman dan pasien sering makan yang kurang sehat ketika ke pesta Masalah Keperawatan: dari data diatas tidak terdapat masalah Di Rumah Sakit Pasien mendapatkan bubur, sayur, telur, tahu, bubur 1 porsi dihabiskan dengan frekuensi 3x sehari, minum kurang lebih 250 atau 2 gelas sehari dan tidak ada pantangan Masalah keperawatan: Dari data di atas tidak terdapat masalah keperawatan	Di Rumah Pasien mengatakan di rumah makan tidak menentu jika lapar baru makan (3-4x sehari), 1 porsi dihabiskan, jenis makanan yang dimakan: nasi, sayur, ikan, serta buah-buahan tapi jarang, nafsu makan baik dan pasien dianjurkan untuk mengurangi mengonsumsi makanan yang mengandung garam tinggi Masalah Keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah keperawatan Di Rumah sakit Pasien mendapatkan bubur, sayur, telur dan tahu bubur 1 porsi dihabiskan dengan frekuensi 3x sehari, minum kurang lebih 250 atau sama dengan 2 gelas sehari dan tidak ada pantangan makanan Masalah keperawatan: Dari data diatas tidak terdapat masalah keperawatan
3.	Pola eliminasi di rumah dan di rumah sakit	Di rumah BAB: Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari kadang 2 kali kalau makan banyak warna kuning kecoklatan tekstur sedikit lunak dan bau khas feses BAK: Pasien mengatakan 5-6 kali sehari, berwarna kuning jernih, bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat berkemih Di rumah sakit Pasien mengatakan BAB 1 kali sehari konsistensi padat, berwarna kuning kecoklatan, bau khas feses dan tidak menggunakan obat pengencer BAK: pasien mengatakan BAK 5 kali sehari berwarna kuning jernih, bau khas amoniak tidak ada masalah saat berkemih	Di rumah BAB: Istri klien mengatakan pasien BAB 1x sehari berwarna kuning kecoklatan tekstur padat dan bau khas feses BAK: istri pasien mengatakan pasien ketika di rumah BAK 4x sehari berwarna kuning jernih bau khas amoniak dan tidak ada keluhan saat berkemih Di rumah sakit BAB: istri klien mengatakan BAB pasien 1 kali sehari konsistensi padat berwarna kuning kecoklatan bau khas feses dan tidak menggunakan obat pengencer BAK: istri klien mengatakan pasien BAK 4 kali berwarna kuning jernih bau khas amoniak tidak ada masalah saat berkemih dan tidak menggunakan kateter

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		Masalah keperawatan dari data di atas tidak terdapat masalah keperawatan	Masalah keperawatan dari data diatas tidak terdapat masalah keperawatan
4.	Pola aktivitas dirumah dan di rumah sakit	Di rumah Pasien mengatakan di rumah melakukan aktifitas tanpa dibantu oleh keluarga pasien melakukannya sendiri seperti makan, berpakaian serta ke toilet. Masalah keperawatan dari data diatas tidak terdapat masalah keperawatan Di rumah sakit Pasien mengatakan saat sakit semua aktivitas dibantu keluarga baik makan, berpakaian dan ke toilet dan pasien juga mengatakan selama mengalami stroke aktifitas terganggu	Di rumah Istri klien mengatakan aktifitas pasien di rumah semuanya di bantu keluarga baik makan, berpakaian, dan toilet Masalah keperawatan Dari data diatas disimpulkan bahwa terdapat masalah keperawatan dalam pola aktivitas Di rumah sakit Istri klien mengatakan aktivitas pasien semuanya di bantu keluarga baik makan, mandi, berpakaian, dan toilet Masalah keperawatan: dari data diatas disimpulkan bahwa terdapat masalah keperawatan pada pola aktivitas
5.	Pola istirahat tidur di rumah dan di rumah sakit	Di rumah pasien mengatakan tidur siang pukul 15.00 sampai 16.00 dan jam tidur malam pukul 22.00 – 06.00 WITA. Kualitas tidur nyenyak, frekuensi tidur 6-7 jam Masalah Keperawatan: dari data di atas tidak terdapat masalah keperawatan Di rumah sakit Pasien mengatakan waktu tidur siang pukul 10.00 – 12.00 WITA. Kualitas tidur tidak merasa nyenyak karena terasa sakit badan bagian kiri. Tidur malam pukul 21.00 – 05.00 WITA. Frekuensi tidur 7-8 jam. Masalah keperawatan: Dari data di atas di simpulkan terdapat masalah keperawatan dalam pola istirahat tidur	Di rumah Istri klien mengatakan tidur siang pasien pukul 11.00 – 12:00 WITA. Kualitas tidur nyenyak. Jam tidur malam pukul 22.00 – 06.00. Kualitas tidur nyenyak dan frekuensi 6-8 jam Masalah keperawatan: Dari data di atas tidak terdapat masalah keperawatan Di rumah sakit: Istri klien mengatakan tidur siang pasien pukul 10.00 – 11.05 WITA. Kualitas tidur kurang nyenyak. Tidur malam pukul 21.30 – 05.30 WITA dan kadang terbangun karena nyeri, frekuensi tidur 6-7 jam. Masalah keperawatan: Dari data di atas di simpulkan bahwa terdapat masalah keperawatan dealm pola istirahat dan tidur.
6.	Pola kognitif perseptual	Penglihatan pasien normal, kemampuan dalam berbahasa baik dan daya ingat baik.	Penglihatan pasien kabur, kemampuan pasien dalam berbahasa baik dan daya ingat menurun.
7.	Pola persepsi diri konsep diri	Gambar diri: Pasien mengatakan sejak sakit tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri, aktivitas selalu di bantu oleh keluarga.	Gambar diri: Istri klien mengatakan sejak sakit pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan

No	Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
		Ideal diri: Pasien mengatakan dengan mendapatkan pertolongan dari RS kondisinya cepat pulih agar dapat beraktivitas seperti biasa. Identitas diri: Pasien mengatakan bahwa dirinya adalah kepala keluarga. Persepsi terhadap kemampuan: Pasien mengatakan mampu mengambil keputusan. Emosional: Pasien mengatakan mampu mengontrol emosi, dan ketika sedanh emosi pasien lebih bmemilih untuk diam.	aktivitas selalu di bantu oleh keluarga. Ideal diri: Istri klien mengatakan semoga dengan adanya pertolongan dari RS pasien cepat pulih dan bisa menggerakkan badan bagian kiri. Identitas diri: Istri pasien mengatakan bahwa pasiewn adalah kepala keluarga. Persepsi terhadap kemampuan: Istri klien mengatakan bahwa pasien mampu mengambil keputusan. Emosional: Istri klien mengatakan pasien mampu mengontrol emosi.
8.	Pola peran - hubungan	Di rumah: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar serta memiliki peran dan tanggung jawab. Di rumah sakit: Pasien mengatakan tidak ada masalah di lingkungan sekitar, hubungan dengan dokter perawat dan tenaga kesehatan lainnya baik-baik saja.	Di rumah: Istri klien mengatakan tidak terdapat masalah di lingkungan sekitar dan pasien memiliki peran dan tanggung jawab di rumah. Di rumah sakit: Istri klien mengatakan tidak ada masalah di lungkungan sekitar dan hubungan pasien dengan dokter dan perawat baik-baik sja.
9.	Pola sexual - reproduktif	Pasien sudah menikah, berjenis kelamin laki-laki, istri masih hidup, dan mempunyai anak 4 orang (3 orang perempuan 1 orang laki-laki)	Pasien sudah menikah, berjenis kelamin laki-laki, istri masih hidup, dan mempunyai anak 4 orang (2 orang laki-laki 2 orang perempuan)
10.	Pola koping – toleransi stress	Pasien mengatakan apabila dirinya stres pasien lebih memilih diam untuk meredakan stres.	Istri klien mengatakan ketika pasien stres lenih memilih berdiam diri.
11.	Pola nilai - keyakinan	Pasien beragama kristen protestan, jarang ke gereja dan jarang melakukan ibadah di rumah.	Pasien beragama kristen katolik, jarang ke gereja dan jarang melakukan ibadah di rumah bersama keluarga.

e. Pemeriksaan fisik per sistem (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

No	Observation	Pasien 1	Pasien 2
1.	Tanda –tanda vital Tekanan darah Nadi Respiratory rate Suhu SpO2	140\60mmHg 57x\menit 20x\menit 36,5°C 90%	110\80mmHg 67x\menit 22x\menit 36,6°C 95%
2.	Sistem pernapasan	Inspeksi: bentuk dada simetris. Palpasi: tidak ada benjolan dan lesi saat di palpasi. Perkusi: hipersonor Auskultasi: suara nafas vesikuler.	Inspeksi: bentuk dada simetris, adanya tarikan dinding dada. Palpasi: tidak ada benjolan dan lesi saat di palpasi. Perkusi: hipersonal Auskultasi: suara nafas vesikuler
3.	Sistem peredaran darah dan sirkulasi	Inspeksi: bentuk dada simetris, adanya tarikan dinding dada, tidak ada kelainan pada dada dan tidak ada cedera. Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 67 x/menit, irama teratur, tekanan darah 110/80 mmHg, CRT < 2 detik. Perkusi: pekak Auskultasi: suara jantung S1 S2 tunggal tidak ada suara tambahan.	Inspeksi: bentuk dada simetris, adanya tarikan dinding dada, tidak ada kelainan pada dada dan tidak ada cedera. Palpasi: tidak ada kelainan atau lesi pada kulit, tidak ada nyeri tekan, frekuensi nadi 57 x/menit, irama teratur, tekanan darah 130/60 mmHg, CRT < 2 detik.
4.	Sistem persyarafan	Pemeriksaan GCS: E4, V5, M6. Eye: membuka mata dengan spontan, pupil refleks terhadap cahaya. Verbal: berorientasi dengan baik. Motorik: mengikuti perintah.	Pemeriksaan GCS: E4, V5, M6. Eye: membuka mata dengan spontan, pupil refleks terhadap cahaya. Verbal: berorientasi dengan baik. Motorik: mengikuti perintah.
5.	Sistem pencernaan	Inspeksi: tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar dan tidak ada pembesaran hepar. Palpas: tidak ada nyeri tekan. Perkusi: perut tidak kembung. Auskultasi: bising usus 14 x/menit.	Inspeksi: tidak terlihat adanya benjolan, abdomen datar dan tidak ada pembesaran hepar. Palpas: tidak ada nyeri tekan. Perkusi: perut tidak kembung. Auskultasi: bising usus 15 x/menit.
6.	Sistem perkemihan	Jumlah: 400 cc Warna: kuning jernih Bau: bau khas amoniak Frekuensi: 3-4 kali/hari	Jumlah: 500 cc Warna: kuning jernih Bau: bau khas amoniak Frekuensi: 3-5 kali/hari
7.	Sistem reproduksi	Pasien berjenis kelamin laki-laki, di lakukan pemeriksaan pada alat reproduksi karena tidak dapat di temukan masalah, pasien berumur 55 tahun dan mempunyai anak 4 orang.	Pasien berjenis kelamin laki-laki, di lakukan pemeriksaan pada alat reproduksi karena tidak dapat di temukan masalah, pasien berumur 72 tahun dan mempunyai anak 4 orang.

No	Observation	Pasien 1	Pasien 2
8.	Sistem endokrin	Inspeksi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan saat menelan.	Inspeksi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan saat menelan.
	Sistem muskuloskeletal	bentuk dan ukuran sama kekuatan otot 2 2 2 2 Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: dapat digerakan namun tidak mampu melawan daya berat atau gravitasi 3: dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa 5: seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal atau normal ROM pasif atau gerak atau aktifitas di bantu keluarga	bentuk dan ukuran sama kekuatan otot 2 2 2 2 Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: dapat digerakan namun tidak mampu melawan daya berat atau gravitasi 3: dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dan sedang dari pemeriksa 5: seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal atau normal ROM pasif atau gerak atau aktifitas di bantu keluarga
10.	Sistem integumen Kulit Turgor kulit Kelembaban Edema Kelainan	Sawo matang Elastis Lembab Tidak ada edema Tidak ada kelainan	hitam keriput Lembab Tidak ada edema Tidak ada kelainan
11.	Sistem panca indra		
	Mata		
	Jumlah	2 bola mata	2 bola mata
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Posisi	Sejajar	Sejajar
	Pupil	Isokor	Isokor
	Konjungtiva	Berwarna merah muda	Berwarna merah muda
	Sklera	Berwarna putih	Berwarna putih
	Kotoran	Tidak terdapat kotoran pada mata	Tidak terdapat kotoran pada mata
	penglihatan	Ketajaman mata baik, tidak menggunakan kacamata	Ketajaman mata baik, tidak menggunakan kacamata
	Telinga		
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Ukuran	Normal	Normal
	Kebersihan	Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen	Telinga tampak bersih dan tidak ada serumen

No	Observation	Pasien 1	Pasien 2
	Pendengaran	Pasien masih bisa mendengar dengan baik	Pasien tidak bisa mendengar dengan baik
	Penggunaan alat bantu	Tidak menggunakan alat bantu pendengaran	Tidak menggunakan alat bantu pendengaran
	Lidah dan mulut		
	Bentuk	Simetris	Simetris
	Kemampuan merasa	Pasien mampu membedakan rasa manis, asam, asin, pahit	Pasien mampu membedakan rasa manis, asam, asin, pahit
	Kebersihan	Mulut pasien tampak bersih	Mulut pasien tampak bersih
	Kelainan	Tidak ada kelainan pada mulut	Tidak ada kelainan pada mulut
	Peraba	Pasien masih refleks terhadap stimulus panas, dingin, tajam, tumpul dan tampak menarik tangan/ menghindari dari stimulus tersebut	Pasien masih refleks terhadap stimulus panas, dingin, tajam, tumpul dan tampak menarik tangan/ menghindari dari stimulus tersebut
	Hidung		
	Bentuk	Simetris, pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu napas	Simetris, pernapasan cuping hidung dan penggunaan otot bantu napas
	Kotoran	Hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kot'oran	Hidung pasien tampak bersih dan tidak ada kotoran
	Kelainan	Tidak ada kelainan pada hidung	Tidak ada kelainan pada hidung

f. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2	Nilai rujukan	Satuan
Darah lengkap				
Eritrosit (RBC)	4.50	4.19	L:5.5-4.4 L:4.0-4.5	JT\UL
Hemoglobine (HCT)	13.5	10.7	L:13.014.0 L:12.0-13.0	JT\UL
Leukosit (WBC)	10.9	9.9	4.0-9.0	103\UL
Hematokrit (HCT)	36.0	37.0	45-55	%
MCV	70.0	71.5	76-94	FL
MCH	20.5	22.4	27.35	pg
MCHC	34.5	36.0	30.32	g\dl
Trombosit (PLT)	170	150	80.200	Mg\dl

Sumber: Rekam medik (2025)

Keterangan:

1. HB yang di atas normal dapat meningkatkan resiko terjadinya penyakit kardiovuskular, seperti stroke dan serangan jantung

2. MCHC yang diatas normal di sebabkan oleh beberapa kemungkinan meliputi: anemia makrositik, yaitu dimana tubuh kekurangan sel darah merah dan sel darah merah berukuran lebih besar dari pada seharusnya umumnya di sebabkan oleh kekurangan vitamin B12 dan asam folat.
3. Trombosis yang di atas normal dapat menyebabkan darah cepat menggumpal, sehingga meningkatkan resiko serangan jantung, stroke, atau penyumbatan pembuluh darah.

g. Terapi Medis

Tabel 4.6 Terapi Medis

Pasien 1				Pasien 2			
Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat	Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat
Infus RL	500mg/20 tpm	IV	Berfungsi untuk mempertahankan hidrasi pada pasien serta mengembalikan cairan tubuh	Infus NACL	500/12 tpm	IV	Berfungsi untuk mempertahankan hidrasi pada pasien serta mengembalikan cairan tubuh
bisoprosol	1 gram	IV	Berfungsi untuk membantu dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi dalam tubuh	ceftriaxone	1 gram	IV	Berfungsi untuk membantu dan menghambat pertumbuhan bakteri penyebab infeksi dalam tubuh
ambroxool	1 ampul	IV	Neurosanbe berfungsi untuk Mencegah dan mengatasi kekurangan vitamin B	amlodipin	500 mg	oral	Berfungsi untuk meredakan demam dan nyeri
citirizin	200 mg	Oral	Berfungsi untuk menurunkan asam lambung	Omeprazole	1 tablet	Oral	Berfungsi untuk menurunkan asam lambung

Pasien 1				Pasien 2			
Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat	Nama obat	Dosis	Rute	Fungsi obat
			karena efek dari antibiotik				karena efek dari antibiotik
amlodipin	500 mg	Oral	Berfungsi untuk meredakan demam dan nyeri	Paracetamol	500 mg	Oral	Berfungsi untuk meredakan demam dan nyeri
Imj.antrain	1 ampul 2,5 mg		Berfungsi untuk mengobati penyakit saluran pernapasan serta membantu melebarkan saluran pernapasan ketika sesak	Ventolin	1 ampul 2,5 mg		Berfungsi untuk mengobati penyakit saluran pernapasan serta membantu melebarkan saluran pernapasan ketika sesak
.mocobelamin	1 tablet	Oral	Berfungsi untuk mengencerkan dahak	Rifampisin	1x150 mg	Oral	Berfungsi untuk mengobati dan membunuh bakteri TB

Sumber : Terapi Medis (2025)

h. Pengelompokan data

Tabel 4.7 Pengelompokan Data

Pasien 1	Pasien 2
Data Subjektif 1. Pasien mengatakan sering merasa sedih 2. Pasien mengatakan merasa takut 3. Pasien mengatakan sejak sakit aktivitasnya sering di bantu oleh keluarga	Data Subjektif 1. Pasien mengatakan sering merasa khawatir 2. Pasien mengatakan sering kepikiran 3. Pasien mengatakan sejak mengalami sakit aktivitas sering di bantu oleh keluarga
Do: 1. Pasien tampak lemah dan tidak bisa beraktifitas 2. Kesadaran CM (E4, V5, M6) 3. Kaki dan tangan sebelah kiri tidak bisa di gerakan 4. Semua aktifitas di bantu keluarga dan perawat 5. Semua aktifitas di lakukan di tempat tidur Keterangan: 6. Gerakan terbatas 7. Sendi kaku 8. Ttv Td:130\60 mmHg Nadi:57x\menit RR:20x\menit Suhu:36,55°C Spo2:90% 9. kekuatan otot 0 5 0 5 Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitas 3: dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dari pemeriksa 5: seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal	Do: 1. Pasien tampak lemah 2. Kesadaran CM (E4, V5, M6) 3. Kaki dan tangan kiri tidak bisa bergerak serta kaku tidak bisa di luruskan 4. Semua aktifitas di bantu keluarga dan pasien 5. Semua aktifitas di lakukan di tempat tidur 6. Gerakan terbatas 7. TTV TD:110\80MmHg Nadi:67x\menit Suhu:36,4 RR:22x\menit Spo2:95% 8. kekuatan otot 0 5 0 5 Keterangan: 0: tidak ada kontraksi otot sama sekali 1: terdapat sedikit kontraksi otot namun tidak dapat menggerakkan persendian 2: dapat digerakkan namun tidak mampu melawan gaya berat/gravitas 3: dapat melawan gaya gravitasi tetapi tidak dapat melawan tahanan dari pemeriksa 4: dapat melawan gaya berat dan melawan tahanan ringan dari pemeriksa 5: seluruh gerakan dapat dilakukan dengan tahanan maksimal/normal

No	Data	Etiologi	Masalah
Pasien 1			
1	Data subjektif: - Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kiri merasa lemas saat di gerakan - Pasien mengatakan segala kebutuhan dan aktifitas sehari-hari di bantu oleh keluarga dan perawat Data objektif: - Pasien tampak lemah - Pasien terlihat kesulitan mergerakan tangan dan kaki kiri - Pasien kesulitan untuk berpindah seperti miring kiri dan kanan kekuatan otot yaitu tangan kiri 2222 dan kaki kiri 2222 - TTV: - TD : 130\60 mmHg - N : 57x/menit - RR : 20x/menit - Suhu : 36,5°C - Spo2 : 90%	stroke iskemik ↓ sumbatan aliran darah di otak kelemahan otot ↓ kaku sendi ↓ gerakan terbatas ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
Pasien 2			
1	Data subjektif: - Istri klien mengatakan anggota gerak sebelah kiri sulit di gerakan - Istri klien mengatakan segala kebutuhan dan aktifitas di bantu keluarga dan perawat Data objektif: - Pasien tampak lemah - Pasien tampak sedikit cemas - Gerakan terbatas - Sendi kaku - Pasien kesulitan dalam menggerakan tangan dan kaki sebelah kiri kekuatan otot tanggan kiri 2222, dan kaki kiri 2222 - TTV: - TD : 110\80 MmHg - Nadi : 67x/menit - RR : 22x/menit - Suhu : 36°C - Spo2 : 95%	stroke iskemik adanya sumbatan aliran darah ke otak ↓ n kelemahan otot kaku sendi ↓ gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

i. Analisa data

Tabel 4.8 Analisa Data

No	Analisa Data	Etiologi	Masalah
Pasien 1			
1	Data subjektif: 3. Pasien mengatakan anggota gerak sebelah kiri merasa lemas saat di gerakan 4. Pasien mengatakan segalah kebutuhan dan aktifitas sehari-hari di bantu oleh keluarga dan perawat Data objektif: 5. Pasien tampak lemah 6. Pasien terlihat kesulitan mergerakan tangan dan kaki kiri 7. Pasien kesulitan untuk berpindah seperti miring kiri dan kanan kekuatan otot yaitu tangan kiri 2222 dan kaki kiri 2222 8. TTV: TD : 130\60 mmHg N : 57x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36,5°C Spo2 : 90%	stroke iskemik ↓ sumbatan aliran darah di otak kelemahan otot ↓ kaku sendi ↓ gerakan terbatas ↓ Gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik
Pasien 2			
1	Data subjektif: 3. Istri klien mengatakan anggota gerak sebelah kiri sulit di gerakan 4. Istri klien mengatakan segalah kebutuhan dan aktifitas di bantu keluarga dan perawat Data objektif: 7. Pasien tampak lemah 8. Pasien tampak sedikit cemas 9. Gerakan terbatas 10. Sendi kaku 11. Pasien kesulitan dalam menggerakan tangan dan kaki sebelah kiri kekuatan otot tanggan kiri 2222, dan kaki kiri 2222 12. TTV: TD : 110\80 MmHg Nadi : 67x/menit RR : 22x/menit Suhu : 36°C Spo2 : 95%	stroke iskemik adanya sumbatan aliran darah ke otak ↓ n kelemahan otot kaku sendi ↓ gangguan mobilitas fisik	Gangguan mobilitas fisik

1. Diagnosa keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Pasien 1	Diagnosa Pasien 2
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

2. Intervensi keperawatan

Tabel 4.10 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)																																										
Pasien 1																																													
1	Kode diagnose (D.0054) Gangguan mobilitas fisik Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas mandiri. Tanda mayor: Subjektif: mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas Objektif: kekuatan otot menurun, rentang gerak ROM menurun Tanda minor: Subjektif: nyeri saat bergerak, tidak melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut : Kriteria Hasil : <table><tr><th>Hasil</th><th>meningkat</th><th>Cukup meningkat</th><th>sedang</th><th>menurun</th><th>Cukup menurun</th></tr><tr><td>Pergerakan ekstermitas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Kekuatan otot</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Rentang gerak ROM</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> <table><tr><th>Hasil</th><th>menurun</th><th>Cukup menurun</th><th>sedang</th><th>meningkat</th><th>Cukup meningkat</th></tr><tr><td>Kaku sendi</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>Gerakan terbatas</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>	Hasil	meningkat	Cukup meningkat	sedang	menurun	Cukup menurun	Pergerakan ekstermitas	1	2	3	4	5	Kekuatan otot	1	2	3	4	5	Rentang gerak ROM	1	2	3	4	5	Hasil	menurun	Cukup menurun	sedang	meningkat	Cukup meningkat	Kaku sendi	1	2	3	4	5	Gerakan terbatas	1	2	3	4	5	Kode 1.05173 Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi 4. Terapeutik: 5. Fasilitasi melakukan pergerakan 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Hasil	meningkat	Cukup meningkat	sedang	menurun	Cukup menurun																																								
Pergerakan ekstermitas	1	2	3	4	5																																								
Kekuatan otot	1	2	3	4	5																																								
Rentang gerak ROM	1	2	3	4	5																																								
Hasil	menurun	Cukup menurun	sedang	meningkat	Cukup meningkat																																								
Kaku sendi	1	2	3	4	5																																								
Gerakan terbatas	1	2	3	4	5																																								

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
	Objektif: sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah.	Kelemahan 1 2 3 4 5 fisik	7. Ajarkan pasien dalam melakukan latihan bola karet menggunakan tangan 8. Edukasi: 9. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 10. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 11. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan
Pasien 2			
1.	Kode Diagnose (D.0054) Gangguan mobilitas fisik Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas mandiri. Tanda mayor:	Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut : Kriteria Hasil : Kode L.05042 : Mobilitas Fisik Hasil meningkat Cukup meningkat sedang menurun Cukup menurun	Kode 1.05173 Dukungan mobilisasi Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan

No	Diagnosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi keperawatan (SIKI)
			9. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan

3. Implementasi keperawatan

Tabel 4.11 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan	Diagnosis	Jam/Wita	Tindakan	Respon
Pasien 1 Tanggal 29 april 2025				
Hari ke-1	Gangguan mobilitas fisik	10.30	1. Memonitor keadaan umum pasien	Keadaan umum pasien lemah
		10.35	2. Mengkaji TTV	TD:130\60 mmHg, nadi:57x\menit, suhu 36,5 RR 20x\menit Sop2 90%
		10.37	3. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Pasien mengatakan tidak ada nyeri, namun tubuh sebelah kiri lemah dan sendi-sendi terasa kaku
		10.39	4. Mengkaji rentang gerak pasien	Rentang gerak pasien pasif di bantu keluarga dan perawat
		10.41	5. Mengkaji pergerakan ekstermitas pasien	Gerakan ekstermitas kanan tidak terbatas, dan ekstermitas kiri terbatas dan kaku sendi rentang gerak pasien pasif
		10.43	6. Mengajarkan keluarga dan pasien dalam melakukan latihan therapy cermin	Keluarga pasien dan pasien mengatakan mau untuk melakukan therapy cermin
		10.48	7. Memberikan dan mengajarkan kekuatan mobilisasi dengan latihan therapy menggunakan cermin	Pasien sudah melakukan latihan therapy cermin tangan dengan cara menggerakkan tangan di depan cermin
Pelaksanaan	Diagnosis		Tindakan	Respon
Pasien 2 Tanggal 29 april 2025				
Hari ke-1	Gangguan mobilitas fisik	13.00 wita	1. Memonitor keadaan umum pasien	Keadaan umum pasien lemah
		13.05	2. Mengkaji TTV	TD:110\60 mmHg, nadi:60x\menit, suhu 36,5 RR 20x\menit Sop2 90%

		13.10	3. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lnnya	Pasien mengatakan tidak ada nyeri, namun tubuh sebelah kiri lemah dan sendi-sendi terasa kaku
		13.15	4. Mengkaji rentang gerak poasien	Rentang gerak pasien pasif di bantu keluarga dan perawat
		13.20	5. Mengkaji pergerakan ekstermitas pasien	Gerakan ekstermitas kanan tidak terbatas, dan ekstermitas kiri terbatas dan kaku sendi rentang gerak pasien pasif
		13.25	6. Mengajarkan keluarga dan pasien dalam melakukan latihan therapy cermin	Keluarga pasien dan pasien mengatakan mau untuk melakukan therapy cermin
		13.30	7. Memberikan dan mengajarkan kekuatan mobilisasi dengan latihan therapy cermin	Pasien sudah melakukan latihan therapy cermin pada tangan dengan cara menggerakkan tangan di depan cermin
		13.40	8. Melakukan kembali latihan therapy cermin dengan menggerakkan tangan di depan cermin secara pasif serta mobilisasikan dengan rangsangan tastil	Latihan sudah di lakukan kembali selama 5 menit

Pelaksanaan	Diagnosis	Jam/Wita	Tindakan	Respon
Pasien 1 Tanggal 30 april 2025				
Hari ke 2	Gangguan mobilitas fisik	08.00	1. Memonitor keadaan umum pasien	Keadaan umum pasien lemah
			2. Mengkaji TTV	
		08.05	3. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	TD:120\80 mmHg, nadi:67x\menit, suhu 36,5 RR 22x\menit Sop2 95%
		08.10	4. Mengkaji rentang gerak pasien	Pasien mengatakan tidak ada nyeri, namun tubuh sebelah kiri lemah dan sendi-sendi terasa kaku
		08.15	5. Mengkaji pergerakan ekstermitas pasien	Rentang gerak pasien pasif di bantu keluarga dan perawat
		08.20	6. Mengajarkan keluarga dan pasien dalam melakukan latihan therapy cermin	Gerakan ekstermitas kanan tidak terbatas, dan ekstermitas kiri terbatas dan kaku sendi rentang gerak pasien pasif
		08.25	7. Memberikan dan mengajarkan kekuatan mobilisasi dengan latihan gerak di depan cermin	Sudah di lakukan latihan therapy cermin pada tangan
Pelaksanaan	Diagnosis	Jam/Wita	Tindakan	Respon
Pasien 2 Tanggal 30 april 2025				
Hari ke-2	Gangguan mobilitas fisik	12.00	1. Memonitor keadaan umum pasien	Keadaan umum pasien lemah
		12.05	2. Mengkaji TTV	TD:110\60 mmHg, nadi:60x\menit, suhu 36,5 RR 20x\menit Sop2 90%

		12.10	3. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Pasien mengatakan tidak ada nyeri, namun tubuh sebelah kiri lemah dan sendi-sendi terasa kaku
		12.15	4. Mengkaji rentang gerak pasien	Rentang gerak pasien pasif di bantu keluarga dan perawat
		12.20	5. Mengkaji pergerakan ekstermitas pasien	Gerakan ekstermitas kanan tidak terbatas, dan ekstermitas kiri terbatas dan kaku sendi rentang gerak pasien pasif
		12.25	6. Mengajarkan keluarga dan pasien dalam melakukan latihan therapy cermin	Keluarga pasien dan pasien sudah paham untuk melakukan latihan therapy cermin
		12.30	7. Memberikan dan mengajarkan kekuatan mobilisasi dengan latihan gerak di depan cermin	Pasien sudah melakukan latihan therapy cermin
		12.35	9. Melakukan kembali latihan therapy cermin dengan menggerakkan tangan di depan cermin secara pasif serta mobilisasikan dengan rangsangan tastil	Latihan sudah dilakukan kembali selama 5 menit

Pelaksanaan	Diagnosis	Jam/Wita	Tindakan	Respon
Pasien 1 Tanggal 30 april 2025				
Hari ke-3	Gangguan mobilitas fisik	08.30	1. Memonitor keadaan umum pasien	Keadaan umum pasien lemah
		08.33	2. Mengkaji TTV	TD:120\10 mmHg, nadi:60x\menit, suhu 36,5 RR 20x\menit Sop2 90%
		08.35	3. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lnnya	Pasien mengatakan tidak ada nyeri, namun tubuh sebelah kiri lemah dan sendi-sendi terasa kaku
		08.38	4. Mengkaji rentang gerak poasien	Rentang gerak pasien pasif di bantu keluarga dan perawat
		08.40	5. Mengkaji pergerakan ekstermitas pasien	Gerakan ekstermitas kanan tidak terbatas, dan ekstermitas kiri terbatas dan kaku sendi rentang gerak pasien pasif
		08.45	6. Mengajukan keluarga dan pasien dalam melakukan latihan therapy cermin	Pasien mau untuk melakukan therapy cermin
		08.50	7. Memberikan dan mengajarkan kekuatan mobilisasi dengan latihan menggerakan tangan di depan cermin	Pasien sudah melakukan latihan therapy cermin pada tangan dengan cara menggerakan tangan di depan cermin
Pelaksanaan	Diagnosis		Tindakan	Respon
Pasien 2 Tanggal 30 april 2025				
Hari ke-3	Gangguan mobilitas fisik	11.30	1. Memonitor keadaan umum pasien	Keadaan umum pasien lemah
		11.35	2. Mengkaji TTV	TD:120\10 mmHg, nadi:60x\menit, suhu 36,5 RR 20x\menit Sop2 90%
		11.40	3. Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	Pasien mengatakan tidak ada nyeri, namun tubuh sebelah kiri lemah dan sendi-sendi terasa kaku

		11.45	4. Mengkaji rentang gerak pasien	Rentang gerak pasien pasif di bantu keluarga dan perawat
		11.50	5. Mengkaji pergerakan ekstermitas pasien	Gerakan ekstermitas kanan tidak terbatas, dan ekstermitas kiri terbatas dan kaku sendi rentang gerak pasien pasif
		11.55	6. Mengajukan keluarga dan pasien dalam melakukan latihan therapy cermin	Pasien mau untuk melakukan therapy cermin
		11.59	7. Memberikan dan mengajarkan kekuatan mobilisasi dengan latihan gerak pada cermin	Pasien sudah melakukan latihan gerak pada cermin pada tangan dengan cara menggerakkan tangan di depan cermin
			8. Melakukan kembali latihan therapy cermin dengan menggerakkan tangan secara pasif serta mobilisasikan dengan rangsangan tastil	Latihan sudah di lakukan kembali selama 5 menit

4. Evaluasi keperawatan

Tabel 4.12 Evaluasi Keperawatan

	Jam/Wita	Hari ke-1	Jam/wita	Hari ke-2	Jam/Wita	Hari ke-3
Pasien 1						
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	12.00	S: pasien mengatakan ekstermitas sebelah kiri Mengalami kelemahan dan susah untuk di gerakan O: pasien tampak gelisah, tampak tegang, tampak lemah, tampak pucat, tampak tremor Tanda-tanda vital: TD:130\60mMhG N:57x\menit S:36,5 RR:20x\menit Spo2:90% A: masalah belum teratasi P: Teknik latihan penguataan sendi dan otot di lanjutkan NO: 23458	13.00	S : pasien mengatakan setelah melakukan therapy cermin kekutan sendi dan otot suda sedikit meningkat O: pasien tampak gelisah, tampak sedikit bersemangat, tampak sedikit pucat, tampak tremor. Tanda-tanda vital: TD:130\60Mmhg N:57x\menit S:36,5 RR:20x\menit Spo2:89% A: Masalah teratasi sebagian P: intervensi di lanjutkan NO: 23458	13.00	S: pasien mengatakan kekutan sendi dan otot suda sedikit membaik O: pasien tampak semangat, pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman, pasien tidak tremor lagi. Tanda-tanda vital: TD:120\60mMhG N:57x\menit S:36,5 RR:20x\menit Spo2:89% A: Masalah teratasi P: intervensi di hentikan
Pasien 2						
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	16.00	S: istri klien mengatakan pasien mengalami kelemahan anggota gerak pada badan sebelah kiri istri klien mengatakan semua aktifitas di bantu keluarga dan perawat	''	S: istri klien mengatakan pasien kekutan sendi dan otot suda sedikit meningkat O:	15.00	S: istri klien mengatakan pasien mengatan kekutan sendi dan otot suda sedikit membaik O: pasien tampak rileks kaki dan tangaan kiri sudah bisa bergerak terdapat kaku sendi

	Jam/Wita	Hari ke-1	Jam/wita	Hari ke-2	Jam/Wita	Hari ke-3
		O: pasien tampak lemah kaki dan tangan kiri tidak bisa bergerak terdapat kaku sendi TTV: TD:120\80MmHg nadi:67x\menit, suhu 36,5 RR 22x\menit Sop2 95% A:Masalah belum teratasi P:intervensi di lanjutkan NO: 23458		Pasien tampak sedikit membaik kekutan otot sedikit meningkat TTV TD:110\60mmHg, nadi:60x\menit, suhu 36,5 RR 20x\menit Sop2 90% A: Masalah teratasi sebagian P: :intervensi di lanjutkan NO: 23458		rentang gerak pasien aktif atau dengan bantuan perawat dan keluarga TTV: TD:120\10mmHg, nadi:60x\menit, suhu 36,5 RR 20x\menit Sop2 90% A: masalah teratasi P:intervensi di hentikan

B. Pembahasan

Pembahasan merupakan proses analisa teori dan aplikasi proses keperawatan secara nyata, pada bab ini menguraikan masalah yang ada antara tinjauan teori, tinjauan kasus dan solusi yang diambil untuk mengatasi masalah yang terjadi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 di Ruang Interna RSUD Waikabubak. Dalam pembahasan ini meliputi proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan

1. Pengkajian

a. Identitas

Berdasarkan data yang didapat saat pengkajian pada pasien 1 usia 35 tahun, dan pasien 2 usianya 67 tahun, Pada pasien stroke Iskemik lebih banyak menyerang pada pasien yang berusia 51-70 tahun yaitu 37,5 %, namun pada usia antara 31-35 tahun stroke non hemoragik sebesar 4,2%

stroke sebagian besar terjadi pada usia tua, ada beberapa peneliti yang mengatakan bahwa stroke juga sebagian besar terjadi pada usia muda. Meskipun kebanyakan kasus stroke didiagnosis pada pasien usia lanjut, ada sejumlah besar orang yang menderita stroke pada usia di bawah 50 tahun, yang disebut sebagai stroke "muda". Artinya, meskipun umumnya stroke terjadi pada usia lanjut, stroke juga dapat terjadi pada usia muda. Terjadinya stroke pada kelompok umur 15-45 tahun disebut sebagai stroke pada usia muda. Stroke non hemoragik pada orang usia muda telah semakin diakui sebagai kondisi kesehatan yang serius. Stroke pada usia muda terkait dengan gaya hidup kaum muda saat ini, seperti pola makan yang kurang sehat dengan banyak mengonsumsi makanan berlemak, kurangnya aktivitas fisik, kurang tidur, dan stres berat, yang semuanya dapat menyebabkan peningkatan risiko terjadinya stroke (Rahayuningtyas & Ismoyowati, 2024). Sehingga menurut penulis Dari data diatas dapat disimpulkan bahwa terdapat kesesuaian antara fakta dan teori.

Kedua pasien berjenis kelamin laki-laki, stroke non hemoragik lebih banyak terjadi pada laki-laki karna laki-laki mengalami

hemiplegi\hemiparesis, afasia dan kelumpuhan wajah yang di sebabkan oleh, merokok dan minum alkohol. Merokok secara langsung dapat peningkatan risiko stroke. Seorang perokok rata-rata memiliki peluang dua kali lipat untuk menderita stroke dibandingkan non perokok. Merokok berkontribusi 15% terkait kematian akibat stroke. Seseorang yang berhenti merokok mengurangi risiko relatif stroke, sementara perokok pasif yang berkepanjangan memberikan peningkatan sebesar 30% risiko stroke. Sedangkan Hubungan antara asupan alkohol dan kejadian stroke tergantung dengan jumlah alkohol yang dikonsumsi setiap hari. Konsumsi alkohol rendah hingga sedang, mengurangi risiko stroke, sedangkan asupan tinggi meningkatkannya. Penggunaan zat terlarang secara teratur seperti kokain, heroin, phencyclidine (PCP), lysergic acid diethylamide (LSD), ganja/ marijuana atau amfetamin berhubungan dengan peningkatan risiko stroke. Penggunaan obat-obatan terlarang merupakan faktor predisposisi umum untuk stroke di antara individu berusia di bawah 35 tahun.

Dari data diatas di simpulkan bahwa stroke lebih banyak terjadi pada pasien yang berjenis kelamin laki-laki keduanya bekerja sebagai petani. Secara teori stroke non hemoragik kondisi gangguan kesehatan pada otak yang di sebabkan oleh berkurangnya aliran darah penurunan aliran darah ini di sebabkan oleh adanya sumbatan pada pembuluh darah arteri yang menuju ke otak (Setiyawan et al., 2019)).

Menurut penulis terdapat kesesuaian antara pengkajian pasien 1 dan pasien 2 dengan teori yang ada dikarenakan jenis kelamin, dan usia Laki-laki terkena stroke pada usia lebih mudah. Wanita berusia lebih tua pada saat timbulnya stroke dan tidak sadarkan diri, Riwayat penyakit sekarang Berdasarkan data yang didapat dari pengkajian, keluhan utama pasien 1 kelemahan pergerakan sebelah kiri dan pasien 2 kelemahan pergerakan bagian kiri Berdasarkan teori keluhan utama yang sering dirasakan penderita stroke non hemoragik biasanya kelemahan pada persendian dan ekstermitas.

Menurut penulis terdapat kesesuaian antara teori dengan hasil pengkajian, dimana pasien mengeluh kelemahan pada pergerakan sebelah kiri

b. Riwayat penyakit sekarang

Berdasarkan hasil pengkajian yang di dapat dari pasien 1 mengeluh tidak bisa menggerakkan anggota gerak sebelah kiri dan pasien mengeluh tidak bisa menggerakkan anggota gerak sebelah kiri secara teori. Manifestasi klinik penderita stroke iskemik gejalanya termasuk hemiparesis dan hemiplegia kontralateral, yang terutama terjadi pada tungkai, disebabkan oleh gangguan peredaran darah arteri serebri anterior, hernia homonim atau kuadrantanopsi contralateral timbul jika gangguan peredaran darah arteri cerebri posterior tidak disertai dengan gangguan motorik atau sensorik, gangguan saraf kranial disebabkan oleh masalah peredaran darah batang otak, gangguan cerebral seperti ataksia atau hilangkeseimbangan atau hilangnya kesadaran.

Menurut penulis terdapat beberapa kesenjangan antara teori dengan hasil pengkajian, dimana pada pasien 1 dan pasien 2 mengeluh tidak bisa menggerakkan pergerakan sebelah kiri tetapi beberapa manifestasi klinis yang tidak di keluhkan oleh pasien 1 dan 2 yaitu hemiparesis, hernia homonim.

c. Genogram

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapat pada pasien 1 dan pasien 2 mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki penyakit yang terdiagnosa stroke non hemoragik

d. Pola aktifitas

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapat pada pasien 1 mengatakan pada saat melakukan aktivitas di bantu oleh orang lain seperti makan, mandi, pergi ke toilet, berpakaian dan pada pasien 2 mengatakan saat aktivitas juga di bantu oleh orang lain seperti makan, pergi ke toilet, mandi dan berpakaian Secara teori pasien dengan stroke iskemik pasien tidak

dapat melakukan aktifitas karena adanya kelemahan otot pada persendian (Setiyawan et al., 2019).

Menurut penulis terdapat beberapa kesesuaian antara teori dan hasil pengkajian dimana pasien 1 dan pasien mengalami sesak napas bila aktivitas seperti ke toilet dan pasien tampak lemah. Namun ada beberapa kesenjangan teori dengan hasil pengkajian yaitu pasien tidak mengeluh demam, menggigil

e. Pola koping-toleransi stres

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien 1 apabila dirinya stres, pasien mudah marah dan mudah menangis hingga pasien sering merasa cemas, dan pada pasien 2 pasien mengatakan stres pasien akan mudah marah dan kepikiran sampai merasa cemas (Sinta Amira, 2021).

Menurut penulis terdapat kesesuaian antara teori dan hasil pengkajian dimana pasien 1 merasa sedih, dan takut, dan pasien 2 khawatir dan kepikiran.

f. Sistem pencernaan

Berdasarkan hasil pengkajian pasien 1 tidak ada masalah pada pola makan dan minum, pasien mengatakan nafsu makan baik, selalu menghabiskan 1 porsi makanan dan pada pasien 2 tidak ada masalah pada pola makan dan minum, nafsu makan baik dan selalu menghabiskan 1 porsi makanan. Secara teori pasien sering mengeluh tidak nafsu makan akibat menurunnya kemauan untuk makan disertai perasaan cemas dan khawatir yang pada akhirnya membuat penderita mengalami penurunan berat badan (Suriya Z. M., & Yuanita, 2017).

Menurut penulis terdapat kesenjangan antara teori dengan hasil pengkajian, dimana hasil pengkajian pasien 1 tidak ada masalah pola makan dan minum, nafsu makan baik, selalu menghabiskan 1 porsi makanan dan pasien 2 juga tidak ada masalah pola makan dan minum, nafsu makan baik, dan selalu menghabiskan 1 porsi makanan.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan mengurangi respon actual atau potensial pasien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin untuk menguasainya. Berdasarkan hasil pengkajian pada dua pasien ditemukan keluhan utama kelemahan anggota gerak sebelah badan, badan terasa lemas, kesulitan dalam bicara dan keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau gangguan mobilitas fisik. (Najib Putri & Yuliana, 2023).

penulis menjadi dasar dalam mengangkat diagnosa keperawatan pada kasus. Penulis mengangkat diagnosa kasus gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot sehingga pada penelitian ini tidak ada kesenjangan antara laporan kasus dan teori

3. Intervensi keperawatan

Rencana asuhan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2.

yang menderita penyakit stroke *non-hemoragik* dengan gangguan mobilitas fisik, maka penulis melakukan perancangan dengan tujuan, kriteria hasil, dan intervensi pada diagnosa tersebut. Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut: Pergerakan ekstermitas (5), Kekuatan otot menurun (5), kaku sendi meningkat (5), gerakan terbatas meningkat (5), kelemahan fisik meningkat (5). Perencanaan yang dilakukan adalah observasi: 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah Latihan, terapeutik: 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, 4) Ajarkan pasien dalam melakukan latihan bola karet menggunakan tangan, 5) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi, 6) Anjurkan melakukan mobilisasi dini, edukasi 7) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan, (PPNI, 2018).

4. Implementasi keperawatan r

Berdasarkan tahap implementasi keperawatan, upaya untuk merealisasikan rencana tindakan keperawatan yang telah ditetapkan yaitu membina hubungan saling percaya adalah hal yang sangat penting dalam tahap pelaksanaan ini, sehingga upaya pelaksanaan atau tindakan yang dilaksanakan dapat diterima sebagai upaya untuk memecahkan masalah. Implementasi dilakukan penulis selama 3 hari pada kedua kasus. Implementasi pada Tn. Y dan Tn. B dimulai pada 28 April 2025 sampai 31 April 2025. Pada studi kasus ini penulis melakukan implementasi dan mengevaluasi keadaan klien setiap hari.

Pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yaitu mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, memfasilitasi mobilisasi, memfasilitasi melakukan pergerakan, melibatkan keluarga untuk membantu meningkatkan pergerakan.

Pada saat pelaksanaan implementasi pada kasus, peneliti memberikan beberapa evidence based nursing pada kedua kasus. Evidence based yang diterapkan yaitu latihan fisik berupa latihan *Mirror Therapy* Mirror therapy dapat membantuk menambah kekuatan otot (Aini et al., 2020).

Tindakan pertama yaitu Mirror therapy Penerapan terapi non farmakolgi untuk meningkatkan kekuatan otot pada pasien stroke non hemoragik menggunakan Mirror therapy dengan respon klien kooperatif. Pada awalnya implementasi dilakukan dengan cara identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan, monitor TTV, Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, fasilitasi melakukan pergerakan, Libatkan keluarga dalam melakukan pergerakan, Berikan terapi non farmakologi (Mirror therapy), jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi dini. Pemberian terapi dilakukan 1 kali dalam sehari setiap kali terapi dilakukan selama 2 sesi, masing – masing 15 menit dan ada jeda waktu istirahat antar sesi 5

menit, dilakukan selama 3 hari dan prosedur pelaksanaan sesuai SOP yang telah dibuat agar tujuan penelitian dapat tercapai dengan maksimal.

Implementasi yang dilaksanakan penulis pada kedua kasus tidak menemukan hambatan atau kendala yang berarti, kedua pasien dapat bekerjasama dengan baik, kooperatif, dan mengerti dengan apa yang disampaikan penulis. Keluarga pasien pada kedua kasus juga dapat bekerjasama dan mendukung implementasi dengan baik.

5. Evaluasi keperawatan

Hasil dari evaluasi keperawatan selama 3 hari pada pasien stroke non hemoragik

Pasien 1: Dimulai pada tanggal 29- April 2025

Diagnosa: gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Evaluasi: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil sebagai berikut :yang didapatkan evaluasi hari pertama tanggal 29 April 2025 Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri, TTV : TD: 140/60mmHg, N: 57 x/menit,, S: 36 C, RR: 22x/menit, masalah belum teratasi, intervensi dilanjutkan. Pada evaluasi hari pertama belum teratasi dikarenakan masih merasa sedih dan takut. Evaluasi hari kedua dimulai tanggal 30 April 2025 pasien mengatakan kekuatan otot sudah sedikit meningkat tetapi masih sedikit takut akan kesembuhan penyakitnya, pasien tampak sedikit gelisah, tampak tegang, tampak lemah, tampak pucat,. TTV: TD: 120/60 mmHg, N: 57x/menit, S: 36,2 C, RR: 20x/menit, pada evaluasi hari kedua gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian karena pasien merasa tidak sedih lagi tetapi masih sedikit takut akan kesembuhan penyakitnya. Dan evaluasi hari ketiga dimulai tanggal 31 April 2025 didapatkan hasil: pasien mengatakan tampak senang perasaan takutnya berkurang, pasien tampak semangat, pasien tampak rileks, pasien tampak nyaman, TTV: TD: 123/60 mmHg, N: 53x/menit, S: 36,2 C, RR: 20x/menit, penerapan morror therapy tetap diterapkan di rumah

Pasien 2: Dimulai pada tanggal 29 april 2025

Diagnosa: gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Evaluasi: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik membaik dengan kriteria dengan hasil yang didapatkan evaluasi hari pertama tanggal 28 April 2025 Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri. TTV:TD:120/80 mmHg, N: 67x/menit, S: 36⁰C, RR: 23x/menit, pada evaluasi hari pertama belum teratasi dikarenakan Pasien mengatakan sulit menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri.. Evaluasi hari kedua dimulai tanggal 30 April 2025, pasien mengatakan kekuatan otot suda sedikit meningkat tetapi masih sedikit takut akan kesembuhan penyakitnya TTV:TD:130/60mmHg, N: 83x/menit, S: 36,2⁰ C, RR: 22x/menit, pada evaluasi hari kedua gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian karena pasien merasa tidak sedih lagi tetapi masih sedikit takut akan kesembuhan penyakitnya. Dan evaluasi hari ketiga dimulai tanggal 31 April 2025 didapatkan hasil: pasien mengatakan kekutan sendi dan otot suda sedikit membaik TTV:TD:130/70 mmHg, N: 85x/menit, S: 36,5⁰C, RR: 18x/menit.

Hasil evaluasi pertama pada klien 1 kekuatan otot pada tangan kiri dan kaki kiri dengan menggunakan therapy cermin didapatkan nilai 3 yang hanya mampu bergerak melawan gravitasi tetapi belum melawan tahanan setelah dilakukan terapi sedikit bertambah dengan nilai 4 mampu bergerak melawan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang, keadaan umum baik didapati tanda tanda vital yaitu TD : 120/80mmHg, N : 87x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,oC. Hasil evaluasi klien 2 hari pertama hasil kekuatan otot menggunakan therapy cermin pada tangan kiri didapatkan nilai 2 yang mampu melakukan gerakan namun belum bisa melawan gravitasi dan pada kaki kiri yaitu nilai 3 yang mampu bergerak melawan gravitasi tetapi belum melawan tahanan setelah dilakukan terapi sedikit bertambah pada tangan kiri yaitu nilai 3 yang mampu bergerak melawan gravitasi tetapi belum melawan tahanan dan pada kaki kiri yaitu nilai 4 mampu bergerak melawan

gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang, keadaan umum baik didapati tanda tanda vital yaitu TD : 130/70mmHg, N : 86x/menit, RR : 20x/menit, S : 36,6oC, hentikan intervensi dan terapi dilakukan secara mandiri oleh klien dengan dibantu keluarga.

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penelaian ternyata tujuan tidak tercapai maka perlu dicari penyebabnya. Alasan pentingnya penilaian sebagai berikut : menghentikan tindakan atau kegiatan yang tidak berguna, untuk menambah ketepatan guna tindakan keperawatan, sebagai bukti hasil dari tindakan keperawatan dan untuk mengembangkan dan penyempurnaan praktik keperawatan.

Setelah melakukan penelitian dengan memberikan penerapan Mirror therapy pada penderita stroke non hemoragik dilakukan 1 kali dalam sehari setiap kali terapi dilakukan selama 2 sesi, masing – masing 15 menit memberikan dampak terhadap menambah kekuatan otot, karena setiap implementasi yang diberikan pasien kooperatif sehingga penerapan Mirror therapy dapat membantuk menmabah kekuatan otot pasien dan dapat disimpulkan bahwa tidak ada kesenjangan antara fakta dan teori ditahap evaluasi ini.

C. Keterbatasan

Pada karya tugas akhir ini tidak luput dari keterbatasan. Keterbatasan dalam peneilitian yaitu kurangnya waktu penelitian sehingga dalam mengimplementasikan intervensi sangat terbatas. Diharapkan dalam mengimplementasikan intervensi khususnya pemberian implementasi mirror therapy membutuhkan waktu yang lebih banyak untuk mendapatkan hasil yang lebih optimal.

Tindak lanjut di harapkan pasien melakukannya therapy cemin pada tangan dapat melakukannya sendiri di rumah agar pasien bisa mendapatkan hasil yang baik.