

HASIL DAN PEMBAHASAN

1. Hasil Penelitian

Lokasi studi kasus dilaksanakan di Ruang Arofah Rumah Sakit Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang Sidoarjo pada tanggal 18-20 Oktober 2021, Bangsal yang digunakan untuk studi kasus yaitu di ruang Atofah, bangsal Arofah merupakan ruangan dengan perawatan ketat, dimana setiap ruangan terdapat 24 tempat tidur. Salah satu penyakit yang paling banyak dirawat di bangsal tersebut adalah penyakit stroke. Penyakit stroke merupakan penyakit yang menyerang sistem syaraf sehingga pasien sering mengalami kelemahan atau kelumpuhan pada anggota tubuhnya. Akibat dari hal tersebut memerlukan tindakan untuk melatih anggota tubuh yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan tersebut yaitu tindakan ROM (*Range Of Motion*). Oleh sebab itu perlu adanya tindakan ROM yang dilakukan untuk pasien stroke di bangsal Edelweis. Menurut data sekunder yang didapatkan, perawat yang ada di Bangsal Edelweis jarang melakukan tindakan ROM untuk latihan rentang gerak pada pasien stroke yang mengalami kelemahan atau kelumpuhan dan juga di bangsal tersebut tidak terdapat SOP (Satuan Acara Penyuluhan) mengenai latihan ROM.

A. ROSES KEPERAWATAN

1. Pengkajian Pasien

a. Identitas Klien

Nama	: Ny. L
Umur	: 65 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Janda
Agama	: Islam
Pekerjaan	: IRT
Pendidikan	: SD
Alamat	: Bebekan Masjid, Sepanjang
Diagnosa Medis	: Stroke
Penanggung Jawab Yang Bisa	
Hubungi Nama	: Ny. F
Umur	: 46 Tahun
Hub.keluarga	: Anak
Pekerjaan	: IRT

b. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluarga mengatakan klien jatuh di halaman rumah dengan tangan dan kaki kiri klien susah untuk digerakkan sejak 9 hari yang lalu sebelum masuk Rumah Sakit, keluarga mengatakan klien bicara pelo, keluarga mengatakan klien tidur kurang nyenyak, badan klien sulit di gerakkan, keluarga mengatakan

klien susah tidur. Keluarga mengatakan klien sering terbangun baik siang ataupun malam hari, klien belum mandi atau di lap, kuku klien tampak panjang dan kotor, Mata klien tampak cekung, akral klien teraba hangat, klien tampak lesu, klien tampak tidak segar, Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur, klien tampak susah bicara, aktivitas klien semua dibantu oleh keluarga. Pada tanggal 17 Oktober 2021 pukul 09.00 dibawa ke IGD RS. Siti Khodijah dan dirawat diruang Arofah.

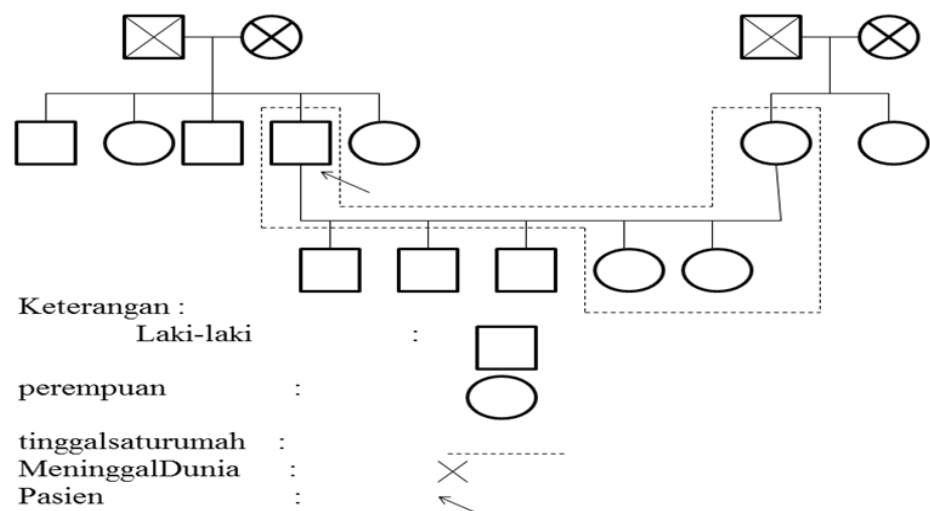
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga mengatakan klien belum pernah di rawat di rumah sakit, dan klien belum pernah menderita penyakit seperti hipertensi, DM, jantung, asma dan penyakit lainnya.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada mempunyai penyakit keturunan seperti penyakit hipertensi, DM, jantung, asma dan penyakit lainnya.

Genogram :



4. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran: Delirium

GCS : 11 (E3 V3 M5)

BB/TB : 58 kg /165 cm

Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 75 x/menit

Pernafasan : 21 x/menit

Suhu : 36,3°C

a. Kepala

- 1) **Rambut** : Rambut pasien keseluruhannya beruban, kepala tampak berminyak, rambut tidak diikat dan tidak ada nyeri tekan pada kulit kepala.
- 2) **Mata** : Simetris kiri dan kanan ,pupil pasien tampak isokor, mata pasien tampak bersih dan konjungtiva anemis.
- 3) **Telinga** : Simetris kiri kanan, telinga pasien normal tidak ada pakai alat bantu dengar,dan telinga pasien tampak bersih, tidak ada pembengkakan atau nyeri tekan pada telinga pasien.
- 4) **Hidung** : Hidung pasien tampak bersih, hidung pasien tidak terpasang oksigen dan tidak terpasang NGT pada hidung.
- 5) **Mulut dan gigi** : Mulut pasien tampak kering dan mulut pasien tampak pencong kedalam dan sedikit berbau .Gigi pasien tidak terlihat kotor, gigi tidak lengkap.

b. Leher

Dileher pasien tidak ada pembengkakan tiroid dan tidak ada nyeri tekan atau lesi.

c. Thorax**a) Paru-Paru**

I : Pergerakan dinding dada kiri dan kanan sama,tidak ada lesi.

P : Tidak ada nyeri tekan pada dada klien, tidak ada penurunan maupun peningkatan getaran antara paru kanan dan kiri.

P :Terdengar sonor.

A :Suara nafas Vesikuler. Tidak ada nafas tambahan

b) Jantung

I : Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada pembengkakan sekitar dada.

P : Tidak ada nyeri tekan sekitar dada.

P : Terdengar redup

A : Suara jantung normal 1 lup, 2dub

d. Abdomen

I : Perut pasien tampak datar dan simetris, warna kulit sawo matang ,tidak ada pembengkakan dan lesi pada perut klien.

P : Tidak ada nyeri tekan pada perut pasien.

P : tympani

A : Bising usus (-)

e. Punggung

I : Tidak terdapat luka lecet atau jejas pada punggung, dan tidak kelainan pada tulang punggung klien.

f. Ekstremitas

Atas : Tidak ada nyeri tekan pada ekstremitas bagian atas. Terdapat luka lecet bekas cubitan pada tangan lengan atas bagian kiri.

Bawah : simetris kiri dan kanan, tidak ada luka lecet dan nyeri tekan pada ekstremitas bawah.

- Kekuatan Otot

0000	5555
0000	5555

- Kekuatan otot pasien sebelah kiri atas dan bawah 0000
- Kekuatan otot pasien sebelah kanan atas dan bawah 5555
- Reflek Babinski : ekstremitas : tungkai bawah sebelah kiri positif.

g. Genetalia

Pasien tidak terpasang kateter, dan pasien menggunakan Pampers dengan ukuran L.

h. Integumen

Tidak ada lesi pada kulit klien, dan kulit klien berwarna sawo matang.

5. Data Biologis

Tabel Data Biologis Ny.L

AKTIVITAS	SEHAT
Makanan dan Minuman	
MAKANAN	Nasi+ikan+sayur
-menu	3x1 sehari
-porsi	Ikan
-makanan kesukaan	Kacang-kacangan
-pantangan	
MINUMAN	8 gelas/hari
-Jumlah	The manis
-Minuman Kesukaan	Tidak ada
-Pantangan	
Elaminasi	
BAB	1x sehari
-Frekuensi	Kuning
-Warna	Khas
-Bau	Padat
-Konsistensi	
BAK	4x sehari
-Frekuensi	Kuning
-Warna	Khas
-Bau	
Istirahat dan Tidur	Malam hari
-Waktu tidur	± 8jam
-Lama tidur	Tidak ada
-Kesulitan tidur	
Personal Hygiene	2x sehari
-Mandi	2x sehari
-Cuci rambut	2x sehari
-Gosok gigi	1x seminggu
-Potong kuku	

6. Riwayat Alergi

Keluarga pasien menyatakan klien tidak memiliki riwayat alergi makanan dan obat-obatan.

7. Data Psikologis

Keluarga berharap kembali beraktifitas seperti biasanya.

8. Data Sosial dan Ekonomi

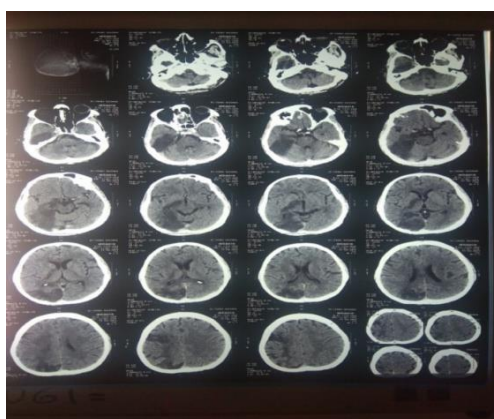
Pada saat sehat klien selalu mengikuti kegiatan social serta keagamaan yang ada di lingkungannya dan menjadi tulang punggung keluarganya. Setelah klien sakit klien tidak mampu lagi untuk menafkahi keluarganya karena tubuh klien terbaring lemah di tempat tidur.

9. Data Spiritual

Pada saat sehat klien menyatakan shalat lima waktu sehari semalam, Klien mengatakan dirinya seorang muslim dan berkepercayaan kepada ALLAH SWT, dan pada saat sakit klien sekarang melakukan shalat sebisanya di tempat tidur serta berdoa agar cepat sembuh.

10. Data Penunjang

a. Pemeriksaan CT Scan Tanggal 17 Oktober 2021



Gambar 4.1 CT Scan Ny. L

Bacaan : CT Scan kepala Irisan Axial // OM Line tanpa kontras :

System ventrikel tampak normal

Tampak gambaran infark thrombotic chronic pada subcortex lobus

occipitoparietas Dextra

Cysterna basalis tampak terbuka

Tak tampak deviasi midline struktur .

Sulcy dan gyri normal

Pons, mid brain , cerebellum normal .

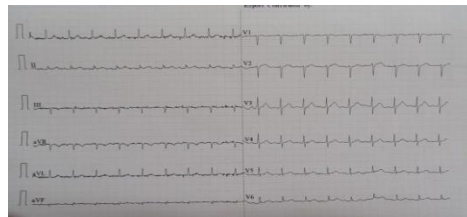
Orbita , mastoid & sinus Paranasalis kanan kiri tampak normal

Tulang Tak tampak fraktur

Kesimpulan : CVA Infark Thrombotik Chronic Subcortex Lobus

Occipitoparietal Dextra.

b. Gambar ECG NY. L tanggal 17 Oktober 2021



Gambar 4.2 ECG Ny. L

Bacaan : Sinus Rythm dengan Hate rate 108x/ Menit

11. Data Pengobatan

Tabel Data Pengobatan

Tanggal	Nama obat	Dosis	Manfaat	Efek samping
17 Oktober 2021	NACL	14 TPM	NaCl atau sodium chloride adalah elektrolit dengan fungsi untuk mengatur jumlah air dalam tubuh . Sodium juga memainkan peran pada bagian impuls saraf dan kontraksi otot.	<ul style="list-style-type: none"> • detak jantung cepat • demam • gatal-gatal atau ruam • suara serak • iritasi
	Inj. Mecobalam in	2x500 mg	Methylcobalamin atau mecobalamin digunakan untuk mengatasi kekurangan <u>vitamin B12</u> . Kekurangan atau defisiensi vitamin B12 bisa menyebabkan <u>neuropati perifer</u> , anemia megaloblastik, atau <u>glositis</u> . Methylcobalamin tersedia dalam bentuk kapsul dan suntik.	<ul style="list-style-type: none"> • Mual atau muntah • Hilang nafsu makan • Diare
	Aptor tab	1x 100mg	Aptor adalah tablet yang mengandung Acetosal atau Asam asetilsalisilat atau aspirin sebagai bahan aktif. Acetosal bekerja sebagai analgetik (obat penahan sakit) dan antipiretik (penurun demam) sentral, serta mempunyai efek antiinflamasi (antiradang).	<ul style="list-style-type: none"> • perdarahan, ulserasi, dan perforasi lambung atau usus yang bisa berakibat fatal
	Inj. Citicolin	2x500 mg	Citicolin adalah obat yang bekerja dengan cara meningkatkan senyawa kimia di otak bernama phospholipid phosphatidylcholine. Senyawa ini memiliki efek untuk melindungi otak, mempertahankan fungsi otak secara normal, serta mengurangi jaringan otak yang rusak akibat cedera.	<ul style="list-style-type: none"> • Insomnia. • Sakit kepala. • Diare. • Tekanan darah rendah atau hipotensi. • Tekanan darah tinggi • Mual. • Penglihatan terganggu.

Data Fokus

Data Subjektif

1. Keluarga mengatakan klien susah untuk bergerak.
2. Keluarga mengatakan semua aktifitas klien di bantu.
3. Keluarga mengatakan pasien belum mandi atau di lap.
4. Keluarga mengatakan pasien susah untuk beraktivitas.
5. Keluarga menyatakan berbicara klien kurang jelas.
6. Keluarga mengatakan klien tidur sering terbangun baik siang ataupun malam
7. Keluarga mengatakan klien tidurnya kurang nyenyak
8. Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri klien susah untuk di gerakan.

Data Objektif

1. Klien tampak pergerakan terbatas, Klien tampak semua aktifitas di bantu keluarga, Klien tampak lemah sisi tubuh sebelah kiri
2. Klien tampak susah beraktivitas , Klien tampak sendi kaku,
3. Klien susah tidur, mata klien cekung, klien tampak lesu, akral teraba hangat
4. Sering terbangun siang ataupun malam hari, klien bicara pelo/kurang jelas.
5. Klien tampak susah menggerakan tangan kiri dan kaki kiri.
6. Saat pengkajian TTV klien : -TD : 100/80 mmHg, -Suhu : 36,3°C, -Nadi : 64 kali/menit, -Pernafasan : 21 kali/menit
7. Kekuatan otot :

0000	5555
0000	5555
8. GCS : 11 Delirium (E3,M5,V3).
9. Lidah klien tampak pencong atau miring ke kiri. Dan klien tampak tidak segar.
10. Kuku klien tampak panjang dan kotor.

Analisa Data

Tabel Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>Data subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu keluarga. - Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri klien susah untuk di gerakan - Keluarga mengatakan klien susah bergerak. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak susah untuk bergerak - Klien tampak semua aktivitas di bantu - Kekuatan otot klien 000/5555 - Terkenanya saraf motorik bagian atas dan bawah yang terletak pada sumsum tulang belakang. (nervus VII dan nervus XII). - Klien tampak lemah di tempat tidur. - TD : 110/80 mmHg N:64 RR: 21 S:36,3 	Kelemahan Neuromuskuler	Gangguan mobilitas fisik
2	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien tampak pencong atau miring ke kiri. - Keluarga mengatakan klien terbaring lemah ditempat tidur. - Terkenanya saraf motorik bagian atas dan bawah yang terletak pada sumsum tulang belakang. (nervus VII dan nervus XII). - Keluarga mengatakan klien tidak mampu menjawab pertanyaan yang di berikan. 	Gangguan saraf kranial	Hambatan komunikasi verbal

	<p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak susah bicara - klien bicara pelo - klien tampak lemah - KU : sedang - TD 110/80mmHg - RR : 21 N:75x/I S:36,3 - lidah klien tampak pencong - kekuatan otot 0000/5555 - semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga 		
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan pasien sering terbangun. - Keluarga mengatakan klien susah tidur baik siang ataupun malam hari. - Keluarga mengatakan klien tidurnya kurang nyenyak. - Keluarga mengatakan klien hanya tidur 1-2 jam saja (pola tidur normal 7-8 jam). <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - TD : 110/80mmHg - RR : 21x/i - N : 75x/i - Kekuatan otot 0000/5555 - Palpebra hitam - Akral teraba hangat - Pasien tampak lesu 	Proses penyakit	Gangguan pola tidur

4	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan klien susah untuk bergerak di tempat tidur. - keluarga mengatakan pasien belum mandi atau di lap. - keluarga mengatakan klien tidak mampu melakukan aktivitas untuk kebersihan diri. - keluarga mengatakan aktivitas klien semua dibantu keluarga. - Terkenanya saraf motorik bagian atas dan bawah yang terletak pada sumsum tulang belakang. (nervus VII dan nervus XII). <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak kurang bersih. - mulut klien tampak kotor dan berbau. - semua aktivitas klien tampak dibantu keluarga. - kuku klien tampak panjang dan kotor. - klien tampak lemah di tempat tidur. - kekuatan otot klien 0000/5555 	Kelemahan neuromusuler	Defisit perawatan diri
---	--	------------------------	------------------------

3.2 Diagnosa keperawatan

Masalah keperawatan :

1. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskular.
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit.
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskuler.

Intervensi keperawatan

Tabel Intervensi Keperawatan Ny.L

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler.	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam didapatkan hasil: -pergerakan esktremitas meningkat -kekuatan otot meningkat -nyeri menurun -kecemasan menurun	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu - Fasilitasi melakukan pergerakan - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Anjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur).

			Kolaborasi : - Konsultasi kesehatan
2	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial	Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil sebagai berikut : - Kemampuan berbicara meningkat - Kemampuan mendengar meningkat - Kontak mata meningkat pemahaman komunikasi membaik - Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat.	Observasi : - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara - Memonotor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi Terapeutik: - gunakan metode komunikasi alternative - sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan(mis,berdiri di depan pasien,dengarkan secara seksama) - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang di sampaikan pasien - berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara,jika perlu

			<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologi yang berhubungan dengan kemampuan berbicara <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	<p>Setelah dilakukan tindakan keprawatan diharapkan kualitas tidur pasien kembali normal dengan kriteria hasil sebagai berikut :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan sulit tidur menurun / hilang - Keluhan sering terjaga menurun/hilang - Keluhan tidur tidak puas tidur menurun/hilang - Keluhan pola tidur berubah menurun/hilang - Keluhan istirahat tidak cukup menurun/hilang - Kemampuan beraktivitas meningkat 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi pola aktivitas dan tidur - Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan / atau psikologi) - Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis. Kopi, teh, alcohol. Makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) - Identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modifikasi lingkungan (mis. Pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) - Batasi waktu tidur siang jika perlu - Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur - Tetapkan jadwal tidur rutin - Lakukan prosedur untuk

			<p>meningkatkan kenyamanan (mkis. pijat, pengaturan posisi, terapi akupresur)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesuaikan jadwal pemberian obat dan/ atau tinjakan untuk menunjang siklus tidur terjaga <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tidur cukup selama sakit - Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur - Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur - Anjurkan penggunaan obat tidur yang tidak mengganggu supresor terhadap tidur REM - Ajarkan faktor-faktor yang berkontribusi terhadap gangguan pola tidur (mis. Psikologis, gaya hidup, sering berubah <i>shift</i> bekerja) - Ajarkan relaksasi otot autogenik atau cara nonfarmakologi lainnya <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi kesehatan
--	--	--	---

4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	<p>Setelah dilakukan pengkajian selama 1x24 jam di dapatkan hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - kemampuan makan meningkat - mempertahankan kebersihan mulut - minat melakukan perawatan diri meningkat 	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - identifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - monitor kebersihan tubuh - monitor integritas kulit <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sediakan peralatan mandi - sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - fasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - fasilitas mandi,sesuai kebutuhan - pertahankan kebiasaan kebersihan diri - berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien <p>Konsultasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi kesehatan
---	--	---	--

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel (NCP) Implementasi dan Evaluasi Keperawatan Ny.L

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/Tgl	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromusuler	Senin, 18 Oktober 2021 Jam 16:00–18:00	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (yaitu dengan cara menanyakan kepada klien dengan adanya nyeri). - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (pergerakan yang dilakukan yaitu dengan cara mengajarkan latihan Range Of Motion pasif pada klien) - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur tekanan darah klien (TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i) - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur GCS klien) - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (alat yang digunakan untuk membantu mobilitas klien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien masih belum bisa menggerakkan anggota tubuhnya. - Keluarga mengatakan aktivitas klien masih di bantu. - Keluarga mengatakan klien sulit untuk bergerak karena terbaring lemah ditempat tidur. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terbaring lemah di tempat tidur - Klien tampak susah beraktivitas - Klien tampak semua aktivitas di bantu keluarga - TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i - Kekuatan otot 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan

			<p>yaitu dengan menggunakan bantal sebanyak 3 buah)</p> <ul style="list-style-type: none">- memfasilitasi melakukan pergerakan (yaitu dengan cara melakukan latihan Range Of Motion pasif pada klien).- melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (yaitu dengan cara mengajarkan keluarga untuk melatih klien dengan cara latihan ROM)- menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (untuk tujuan dan prosedur dijelaskan kepada keluarga dan klien)- menganjurkan melakukan mobilisasi dini (yaitu semuanya dijelaskan kepada keluarga untuk melakukan latihan ROM pada klien sejak sekarang)- menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, mika miki). (Tindakan yang di lakukan pada klien adalah dengan cara mengajarkan miring kiri dan miring kanan pada klien.)	
--	--	--	--	--

2	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial	Senin, 18 Oktober 2021 Jam 16:00–18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara. - Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang di sampaikan pasien - berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara, jika perlu - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah untuk berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien miring ke kiri. - Keluarga mengatakan bicara klien bicara kurang jelas/pelo. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bicara kurang jelas/pelo - Lidah klien tampak pencong/miring ke kiri. - Klien tampak susah bicara - TD : 110/80mmHg - Suhu : 36,3 - RR : 21 x/i - Nadi : 64 x/i - Kekuatan oto 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi dilanjutkan
---	--	---	---	--

3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit.	Senin, 18 Oktober 2021 Jam 16:00–18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jam tidur pasien sehari-hari - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur - Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman - Mambatasi pengunjung 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah tidur - Keluarga mengatakan klien sering terbangun. - Keluarga mengatakan klien tidr kurang nyenyak. - Keluarga mengatakan tidur klien hanya 1-2 jam saja. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - Palpebra hitam - Akral teraba hangat TD :110/80mmHg - Kekuatan otot 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	Senin, 18 Oktober 2021 Jam 16:00–18:00	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh - memonitor integritas kulit - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak dan semua aktifitas di bantu. - Keluarga mengatakan jarang memandikan klien.

			<p>aman dan nyaman</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. - TD : 110/80 mmHg - Kuku klien tampak panjang dan kotor - Rambut klien tidak diikat. - <p>A :</p> <p>-Masalah belum teratasi.</p> <p>P :</p> <p>-Intervensi dilanjutkan.</p>
--	--	--	--	---

NO	DIAGNOSA KEPERAWAN	HARI/TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelemahan neuromusuler	Selasa, 19 Oktober 2021 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (yaitu dengan cara menanyakan kepada klien dengan adanya nyeri). - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (pergerakan yang dilakukan yaitu dengan cara mengajarkan latihan Range Of Motion pasif pada klien) - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur tekanan darah klien (TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i) - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur GCS klien) - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (alat yang digunakan untuk 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan kaki klien sedikit nyeri saat di lipat - Keluarga mengatakan pasien susah bergerak. - Keluarga mengatakan badan klien lemah. - Keluarga mengatakan pasien susah beraktifitas. - Keluarga mengatakan semua aktivitas klien dibantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak semua aktifitas di bantu keluarga. - Pasien taampak susah bergerak. - Pasien tampak lemah tubuh sisi sebelah kiri. - TD : 110/80mmHg - Kekuatan otot 0000/5555 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan imobilitas fisik <p>P :</p>

			<p>membantu mobilitas klien yaitu dengan menggunakan bantal sebanyak 3 buah)</p> <ul style="list-style-type: none"> - memfasilitasi melakukan pergerakan (yaitu dengan cara melakukan latihan Range Of Motion pasif pada klien). - melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (yaitu dengan cara mengajarkan keluarga untuk melatih klien dengan cara latihan ROM) - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (untuk tujuan dan prosedur dijelaskan kepada keluarga dan klien) - menganjurkan melakukan mobilisasi dini (yaitu semuanya dijelaskan kepada keluarga untuk melakukan latihan ROM pada klien sejak sekarang) - menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, mika 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
--	--	--	--	--

			miki). (Tindakan yang dilakukan pada klien adalah dengan cara mengajarkan miring kiri dan miring kanan pada klien.)	
2	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial	Selasa 19 Oktober 2021 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara. - Memonitor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - monitor frustrasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang disampaikan pasien - berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara, jika perlu - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien masih susah untuk berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien miring ke kiri. - Keluarga mengatakan bicara klien bicara kurang jelas/pelo. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bicara kurang jelas/pelo - Lidah klien tampak pencong/miring ke kiri. - Klien tampak susah bicara - TD : 110/80mmHg - Suhu : 36,3 - RR : 21 x/i - Nadi : 64 x/i <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi dilanjutkan

			fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara	
3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	Selasa 19 Oktober 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jam tidur pasien sehari-hari - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur - Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman - Mambatasi pengunjung 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah tidur - Keluarga mengatakan klien sering terbangun. - Keluarga mengatakan tidur klien 1-2 jam saja. - Keluarga mengatakan klien tidr kurang nyenyak. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - Palpebra hitam - TD : 110/80mmHg - Akral teraba hangat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p style="text-align: center;">Intervensi dilanjutkan</p>

4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	Selasa 19 Oktober 2021 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri - mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan - memonitor kebersihan tubuh - memonitor integritas kulit - menyediakan peralatan mandi - menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman - memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan - memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan - memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian - menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak - Keluarga mengatakan klien terbaring lemah di tempat tidur. - Keluarga mengatakan semua aktifitas klien di bantu. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. - Klien tampak lemah ditempat tidur. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Defisit perawatan diri <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan.
---	---	--	---	--

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	HARI/TANGGAL	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Gangguan mobilitas fisik b/d kelmahan neuromusuler	Rabu 20 Oktoberber 2021 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya (yaitu dengan cara menanyakan kepada klien dengan adanya nyeri). - mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan (pergerakan yang dilakukan yaitu dengan cara mengajarkan latihan Range Of Motion pasif pada klien) - memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur tekanan darah klien (TD : 110/80mmHg S:36,3 RR:21x/i N:64x/i) - memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi (yaitu dengan cara mengukur GCS klien) - memfasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu (alat yang digunakan untuk membantu mobilitas klien yaitu dengan menggunakan bantal sebanyak 3 buah) - memfasilitasi melakukan pergerakan (yaitu dengan cara melakukan latihan Range Of 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan klien sudah mulai sedikit bisa menggerakkan jari- jari tangan nya - Pasien mengatakan kaki sedikit nyeri saat di lipat - Keluarga mengatakan pasien masih susah bergerak. - Keluarga mengatakan pasien susah beraktifitas. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak semua aktifitas di bantu Keluarga. - Pasien taampaksusah bergerak. - Pasien tampak lemah tubuh sisi sebelah kiri. - Kekuatan otot 0000/5555 0000/5555 <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan.</p>

			<p>Motion pasif pada klien).</p> <ul style="list-style-type: none">- melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan (yaitu dengan cara mengajarkan keluarga untuk melatih klien dengan cara latihan ROM) - menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi (untuk tujuan dan prosedur dijelaskan kepada keluarga dan klien)- menganjurkan melakukan mobilisasi dini (yaitu semuanya dijelaskan kepada keluarga untuk melakukan latihan ROM pada klien sejak sekarang)- menganjurkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk ditempat tidur, mika miki). (Tindakan yang dilakukan pada klien adalah dengan cara mengajarkan miring kiri dan miring kanan pada klien.)- berikan penyuluhan dan edukasi kepada keluarga.- klien konsul dengan dr. Fauzi Sp.BS ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen.	
--	--	--	---	--

2	Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial	Rabu 20 Oktober 2021 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor kecepatan tekanan, kuantitas volume, dan diksi bicara. - Memonotor proses kognitif, anatomis dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misalnya memori pendengaran dan bahasa) - Monitor frustasi, marah depresi atau hal lain yang mengganggu bicara - Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi - modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan - ulangi apa yang di sampaikan pasien berikan dukungan psikologis - gunakan juru bicara, jika perlu - anjurkan berbicara perlahan - ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara - klien konsul dengan dr. Fauzi Sp.BS ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - keluarga mengatakan klien sering dilatih untuk bicara. - keluarga mengatakan klien sudah mulai sedikit bisa bicara dan mengulang kata sedikit demi sedikit. - Keluarga mengatakan klien masih susah untuk berbicara. - Keluarga mengatakan lidah klien masih miring ke kiri. - Keluarga mengatakan bicara klien bicara kurang jelas/pelo. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak bicara kurang jelas/pelo - Lidah klien tampak pencong/miring ke kiri. - Klien tampak susah bicara - TD : 110/80mmHg - Suhu : 36,3 - RR : 21 x/i - Nadi : 64 x/i <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - intervensi dilanjutkan
---	--	--	--	---

3	Gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit	Rabu 20 Oktober 2021 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor jam tidur pasien sehari-hari - Menjelaskan pentingnya tidur yang adekuat - Memfasilitasi untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur - Menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman - Membatasi pengunjung - klien konsul dengan dr. Fauzi Sp.BS ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien susah tidur. - Keluarga mengatakan klien sering terbangun. - Keluarga mengatakan klien tidr kurang nyenyak. - Keluarga mengatakan klien tidur 1-2 jam sajan (tidur normal 7-8 jam). <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak tidak nyaman - Klien tampak lesu - Klien tampak tidak segar - Mata klien tampak cekung - Palpebra hitam - Akral teraba hangat - <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
---	--	--	---	--

4	Defisit perawatan diri b/d kelemahan neuromuskuler	Rabu 20 Oktober 2020 Jam 16:00 – 18:00	<ul style="list-style-type: none"> • mengidentifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri • mengidentifikasi jenis bantuan yang di butuhkan • memonitor kebersihan tubuh • memonitor integritas kulit • menyediakan peralatan mandi • menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman • memfasilitas menggosok gigi,sesuai kebutuhan • memfasilitas mandi,sesuai kebutuhan • memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian • menjelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan • mengajarkan kepada keluarga cara memandikan • klien konsul dengan dr. Fauzi Sp.BS ahli saraf dan klien di anjurkan untuk rontgen. 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan mulut klien tampak kotor dan berbau. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. - Keluarga mengatakan klien mandi hanya di lap saja - Keluarga mengatakan semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga. - Keluarga mengatakan jarang memandikan klien <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mulut klien tampak kotor dan berbau. - Semua aktivitas klien dibantu keluarga. - Klien mengatakan susah untuk bergerak. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan.
---	--	---	---	--

4.1 Pembahasan

Selama Penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny.L Dengan gangguan kebutuhan mobilitas di Ruang Arofah RS. Siti Khodijah Muhammadiyah Cabang Sepanjang pada tanggal 18-20 Oktober 2021. Beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut, penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan pada klien dengan gangguan kebutuhan mobilitas sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan prosedur keperawatan dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

Dalam melakukan pengkajian pada tanggal 18 Oktober 2021 ditemukan data pada pasien bernama Ny. L berusia 65 tahun. Pada saat pengkajian ditemukan riwayat sekarang pasien dengan keluarga pasien yang mengatakan bahwa ekstremitas sebelah kiri pasien tampak lemah sejak 9 hari yang lalu, dan keluarga mengatakan bicara pasien pelo, pasien tampak lemah sebelah kiri dan bicara pasien kurang jelas, dari hasil pemeriksaan tingkat kesadaran di dapatkan GCS 11 (E3 V5 M3) dan keluarga mengatakan sudah 8 hari belum BAB. Riwayat kesehatan dahulu pasien sebelumnya belum pernah mengalami penyakit yang sama dan tidak pernah menderita penyakit kronis lainnya. Pada pemeriksaan fisik didapatkan GCS E:3 (respon membuka mata dengan ransangan suara), M:5 (mampu mengangkat tangan dan mampu menahan sedikit tahanan) V:3 (bicara pelo). Kondisi kepala dan leher pasien didapatkan rambut tampak beruban kulit kepala berminyak, tidak terdapat luka atau nyeri tekan disekitar kepala. Keadaan mata pasien tampak isokor. Telinga, hidung dan mulut serta tenggorokan pada saat pengkajian tidak ada gangguan pendengaran, mukosa bibir kering, gigi tidak lengkap, mulut tidak

berbau. Pada tinjauan teoritis ditemukan 8 diagnosa keperawatan tidak mengalami kesenjangan tinjauan kasus ditemukan 5 diagnosa keperawatan teoritis karena pada kasus Ny.L 5 diagnosa keperawatan yang menjadi masalah utama dalam kasus Ny.L diagnosa keperawatan tinjauan teoritis yang muncul :

1. Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular.
2. Hambatan komunikasi verbal dengan penurunan fungsi.
3. Gangguan pola tidur berdasarkan proses penyakit.
4. Defisit Perawatan diri berhubungan dengan kelemahan.

Masalah prioritas pertama pada kasus Ny.L adalah Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan kelemahan neuromuskular karena pada saat pengkajian didapatkan data subjektif klien tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga, badan klien susah untuk digerakkan. Data objektif klien tampak susah digerakkan, klien tampak lemah ditempat tidur, aktivitas klien tampak di bantu dengan keluarga, dengan kekuatan otot 0000/5555. Setelah didapatkan data maka, dapat dirumuskan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien dan penulis melakukan tindakan yaitu tentang, latihan rentang gerak ROM, memonitor keadaan umum klien, identifikasi adanya nyeri, miring kiri dan miring kanan, fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu, tanda Vital Sign, serta memberikan edukasi ROM kepada keluarga. Kelemahan ini mengakibatkan klien mengalami gangguan mobilitas fisik. Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik mandiri dan terarah pada tubuh atau ekstremitas atau lebih (berdasarkan tingkat aktifitas (Walkinson,2011).

Pemberian terapi ROM pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari kaki atau pada bagian ekstermitas yang mengalami

hemiparesis sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi menurut Irfan (dalam Eka Nur So'emah, 2014).

Diagnosa kedua adalah gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan saraf kranial. Komunikasi verbal karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif Ny.L susah untuk bicara, bicara klien tidak jelas atau pelo, dan data objektif klien tampak susah bicara, klien tampak pelo. Dari data diatas dapat dirumuskan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien yaitu mengkaji kemampuan klien dan bicara, mengajarkan klien untuk berbicara dengan perlahan. Terapi bicara yaitu keluarga diminta untuk melatih mengeluarkan suara dengan mengulang kata demi kata, membersihkan mulut, hidung, serta mengajak klien bicara, klien dengan gangguan bicar sehingga keluarga diminta untuk memperhatikan apa yang diperlukan klien.

Diagnosa ketiga gangguan pola tidur berhubungan dengan proses penyakit karena pada saat dilakukan pengkajian didapatkan data subjektif Ny.L susah tidur, sering terbangun baik disiang ataupun malam hari, klien tidur kurang nyenyak. Dan data objektif klien tampak lesu, mata klien tampak cekung, klien tampak tidak segar. Dari data tersebut di rumuskan rencana tindakan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien yaitu mengkaji tentang tingkat pengetahuan proses penyakit stroke monitor jam tidur klien perhari, media pendidikan kesehatan tentang stroke dan latihan ROM, menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman.

Berdasarkan diagnosa diatas sesuai dengan Kurniati (2014) mengemukakan penatalaksanaan yang dilakukan dengan teknik non farmakologi meliputi pendidikan kesehatan dan membrikan gambaran tentang penyakit stroke dengan memberikan informasi mengenai penyakit stroke, dengan tujuan agar pengetahuan dapat

meningkatkan tentang penyakit stroke tersebut.

Diagnosa yang keempat defisit perawatan diri b/d kerusakan neuromuskular dan kelemahan. Berdasarkan hasil pengkajian pada Ny.L mengalami kelemahan pada anggota gerak yang menyebabkan Tn.H tidak bisa melakukan aktivitas sehingga semua aktivitas Ny.L dibantu oleh keluarga. *Personal hygiene* merupakan suatu usaha pemeliharaan kesehatan diri seseorang yang bertujuan mencegah terjangkitnya penyakit serta untuk memperbaiki status kesehatannya. Salah satu indikator dari *personal hygiene* adalah perawatan kulit, gigi dan mulut, rambut, mata, hidung dan telinga, kaki dan kuku, genitalia serta kebersihan dan kerapian pakaian (Perry, 2005).

4.1.1 Intervensi Inovasi Dengan Konsep Data Dan Penelitian Terkait

Intervensi inovasi yang dilakukan pada kasus di atas adalah latihan ROM di tempat tidur dan Miring kiri serta miring kanan dan juga Memberikan penyuluhan. Tujuannya supaya melatih kekuatan otot agar tidak ada kekakuan pada sendi serta agar gerakan normal secara aktif ataupun pasif.

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan pada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan yang dirasakan pasien saat pengkajian dilakukan. Latihan fisik pada pasien mengalami gangguan kebutuhan mobilitas terdiri dari mobilisasi di tempat tidur dan latihan ROM dan miring kiri miring kanan. Mobilisasi ini terdiri dari mobilisasi di tempat tidur dan latihan duduk. Mobilisasi ini terdiri dari mobilisasi mika miki dan rentang pergerakan sendi (Maliya & Purwanti, 2010). Intervensi yang dilakukan sesuai dengan kondisi yang dialami klien yaitu ambulasi,

mobilisasi, latihan rentang gerak (range of motion), dan bantuan perawatan diri, serta pengaturan pola tidur.

Tindakan intervensi yang dilakukan pada Ny.L selama 3 hari yaitu aktivitas latihan. Sebelum melakukan aktivitas latihan pasien dilakukan pemeriksaan vital sign serta pertimbangan kondisi pasien. Dukungan ambulasi dilakukan dengan membantu dan memfasilitasi klien untuk melakukan gerakan, miring kiri miring kanan dengan menggunakan bantal, Dukungan mobilisasi untuk meningkatkan kemampuan aktivitas pergerakan fisik dilakukan dengan membantu mengarahkan klien merubah posisi berbaring miring kiri dan kanan secara bergantian setiap 2 jam. Latihan rentang gerak sebagai upaya untuk meningkatkan kemampuan gerak aktif guna mengembalikan kelenturan sendi dan mencegah terjadinya deformitas dengan cara melatih gerakan pada jari-jari tangan dan kaki, pergelangan tangan, siku, lengan, lutut dan tungkai dengan tetap berkolaborasi dengan tenaga fisioterapi nantinya. Latihan gerak pasif ini dilakukan supaya mencegah kontraktur, setiap hari kontraktur dapat terjadi jika mobilisasi selama 8 jam. Bantuan perawatan diri dilakukan dengan mengajarkan keluarga memberi bantuan pada klien ditempat tidur seperti oral care, mandi, mengganti pakaian, makanan, dan memabantu memenuhi kebutuhan eliminasi. Kelemahan yang dialami klien stroke yang menyebabkan ketidakmampuan memenuhi kebutuhan aktivitas sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan dan merawat diri.

Menurut Yurida (dalam Rahmawati, Yurida Oliviani, Mardalena, 2017), latihan ini disesuaikan dengan kondisi klien dan sasarannya utamanya adalah kesadaran untuk melakukan gerakan yang dapat di kontrol dengan baik, bukan pada besarnya gerakan.

Pemberian terapi ROM Pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergerakan tangan,

siku, bahu, dan jari-jari atau pada bagian ekstremitas yang mengalami hemiparisis sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti kontraktur, kekakuan sendi menurut Irfan (dalam Eka Nur So'emah, 2014).

Motorik dan sensorik adalah bagian penting dalam menggerakkan anggota badan untuk melakukan aktivitas. Biasanya melibatkan pasien selama bertugas fungsional dan dirancang untuk menstimulasikan keterampilan dalam pemenuhan aktivitas, sehingga kedua komponen ini di dahulukan untuk rehabilitasi. RPS bertujuan agar meningkatkan kontrol motorik dan mengembalikan fungsi sensori motorik. Proses rehabilitasi pasien gangguan kebutuhan mobilisasi merupakan proses *motor learning* yang merupakan satu set proses latihan yang mempengaruhi keadaan dengan melibatkan memori jangka panjang tentang kemampuan motorik dan di pelajari kembali sehingga memudahkan pasien untuk memiliki kemampuan motorik yang telah di pelajari dulu (Mudie & Matyas, 2010).

Menurut Muhamad Ardi, (2019) pemberian dukungan ambulasi, dukungan mobilisasi, gangguan mobilitas fisik memberikan perawatan diri, dan memberikan edukasi pada keluarga, penerapan pelaksanaan tindakan dalam mengurangi kecacatan dan kelemahan otot, ekstremitas pada klien dengan gangguan mobilitas fisik maka penulis untuk mengadakan penelitian observasi dengan judul "Asuhan Keperawatan Pemenuhan Kebutuhan Mobilitas Fisik pada pasien non hemoragik" Hasil dari latihan ROM sangat menguntungkan bagi pasien juga mendapatkan kepercayaan dari pasien sehingga mendapatkan kepuasan pelayanan dalam perawatan stroke juga dapat mengembalikan kekakuan otot-otot sendi yang kaku pada pasien stroke sehingga bisa mendapatkan kesembuhan yang optimal.

Menurut hasil penelitian Rina Bidi Kristiani, (2017) menunjukkan terdapat peningkatan kekuatan otot dari skala 3 ke skala 4 dan dari skala 4 ke skala 5 setelah

dilakukan Range of Motion Exercise. Uji statistik T-test menunjukkan p value 0.000 ($x < 0,005$) menyatakan ada pengaruh. Oleh karena itu dengan pemberian Range of Motion Exercise mampu meningkatkan kekuatan otot. Menurut hasil penelitian diatas disimpulkan bahwa malakukan latihan kekuatan mendapat peningkatan hasil yang maksimal sehingga kekuatan otot bisa meningkat karean adala latihan gerak sendi yang dilakukan dengan sempurna sehingga kakakuan otot menjadi berkurang bahkan bisa hilang, sehingga gerakan menjadi normal kembali.

Setelah dilakukan implementasi pada Ny.L selama 3 hari mulai dari tanggal 18 Oktober 2021 sampai 20 Oktober 2021 Ny.L dengan gangguan mobilitas dan intervensi yang diberikan yaitu latihan ROM dan edukasi kepada keluarga. Jadi dapat disimpulkan bahwa adanya pengaruh intervensi latihan ROM dengan gangguan kebutuhan mobilitas sebelum dan sesudah intervensi.

Latihan ROM ini dapat memberikan banyak manfaat pada klien yang mengalami gangguan kebutuhan mobilitas fisik. Kegiatan pemberian latihan ROM memberikan efek perubahan pada klien yang mengalami penyakit stroke denga gangguan mobilitas, maka dari itu saya tertarik untuk mengaplikasikan latihan ROM pada pasien stroke dengan gangguan kebutuhan mobilita.

Setelah dilakukan latihan ROM selama 3 hari, klien tampak ada perubahan pada klien kaki dan tangan sudah mulai lurus sedikit, bicara ada satu-satu tapi terbata-bata, Klien dan keluarga mau melakukan latihan ROM secara perlahan. Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada Ny.L klien tampak mulai menggerakakn anggota tubuhnya, mata sudah sering membuka, sudah mulai tersenyum, bicara sudah bisa, suara mulai keluar, kaki dan tangan sudah banyak digerakkan walaupun sedikit. Klien sudah bisa miring kiri dan kanan walaupun sedikit, tangan kanan yang lemas sudah berkurang kekakuanya. klien tampak mulai ada pergerakan walaupun

belum sempurna ,. Gerakan mata sudah bisa melirik dengan panggilan Ny.L.

4.1.2 Alternatif Pemecahan Yang Dapat Dilakukan

Berdasarkan dari perencanaan keperawatan pasien melakukan beberapa aktifitas yang masing-masing diagnosa, penulis melakukan komunikasi setiap tindakan dan kegiatan yang dilakukan, konseling, penyuluhan, memberikan asuhan keperawatan langsung, serta tindakan penyelamatan jiwa seperti keadaan psikososial dan spiritual Ny. L.

Komunikasi yang digunakan adalah komunikasi terapeutik dimana penulis dan Ny.L serta keluarga menjalin hubungan saling percaya, sehingga pasien nyaman saat dilakukan tindakan.

Peran keluarga juga cukup penting dalam tingkat keberhasilan terapi ,menurut hasil penelitian yang dilakukan oleh festy (2009) semakin baik peran yang dimainkan oleh keluarga dalam pelaksanaan program terapi maka semakin baik pula hasil yang akan dicapai. Peran keluarga terdiri dari peran sebagai motivator, edukator dan peran sebagai perawat.