

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami keluhan yang saat ini dirasakan.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit stroke ataupun diabetes.

2.1.3 Pengkajian Persistem

1. B1 (*Breathing*)

Data Subjektif:

Pasien mengatakan tidak sesak, dan tidak batuk

Data Objektif:

- a. Inspeksi: bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi/jejas, pola napas regular, Respirasi 20x/menit, SPO2 98%, tidak terdapat penggunaan alat bantu napas.
- b. Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, vocal fremitus ka/ki sama
- c. Perkusi: sonor di kedua lapang paru
- d. Auskultasi: suara napas normal, tidak ada suara napas tambahan.

2. B2 (*Blood*)

Data Subjektif:

Pasien mengatakan badan terasa lemah

Data Objektif:

- a. Inspeksi: tidak ada sianosis, tidak anemis, tidak ada jejas/luka, tidak ada edema
- b. Palpasi: nadi 97x/menit, tekanan darah 145/92 mmHg, ictus cordis tidak teraba, CRT < 3 detik, tidak ada nyeri tekan, akral hangat
- c. Perkusi redup
- d. Auskultasi: S/ S2 Tunggal

Hasil pemeriksaan laboratorium WBC: $9.47 \times 10^3/\mu\text{L}$ [NR:4.50-11.50]; RBC: $5.1 \times 10^6/\mu\text{L}$ [NR:4.7-6.3]; HGB: 14.5 g/dL [NR: 12.1-17.6]; HCT: 42.3 %; PLT: $223 \times 10^3/\mu\text{L}$ [NR: 152-396]

3. B3 (*Brain*)

Data Subjektif:

pasien mengatakan sedikit pusing

Data Objektif:

- a. Inspeksi: Kesadaran compos mentis, GCS E4V5M6, pupil isokor, reflek pupil terhadap cahaya, kesulitan dalam membuka mulut.
- b. Pemeriksaan 12 Nervus Cranial :
 1. Nervus I (Nervus I (Olfaktorius): fungsi respon dan intepetasi bau normal, tidak ada hilangnya daya membau atau terlalu peka terhadap bau.
 2. Nervus II (Optikus): fungsi ketajaman visual dan lapang pandang jelas, pasien dapat melihat benda dengan jarak 30 cm, tidak ada katarak maupun gangguan fungsi penglihatan lainnya.
 3. Nervus III (Okulomotorius): Fungsi pergerakan bola mata baik, reflek pupil terhadap cahaya dan bentuk lensa normal,pupil isokor.
 4. Nervus IV (Trochlearis): Fungsi pergerakan mata keatas dan kebawah normal, pasien mampu menggerakkan bola mata mengikuti jari-jari pemeriksa.
 5. Nervus V (Trigeminus) : fungsi membuka mulut bibir dan rahang cenderung mengarah kekanan, reflek mengunyah baik.
 6. Nervus VI (Abdusen): Fungsi pergerakan mata kesisi lateral normal.
 7. Nervus VII (Fasialis): Pada saat pasien diperintahkan untuk meringis dan senyum bibir kanan bagian bawah tampak jatuh lebih rendah di banding bibir kiri bawah, mampu mengangkat kedua alis mata simetris, saat menjulurkan lidah terdapat deviasi ke sisi kanan.
 8. Nervus VIII (Vestibulokoklearis): Fungsi pendengaran baik, pasien mampu mendengar suara dengan baik.
 9. Nervus IX (Glosofaringeus): Kemampuan menelan baik ketika menelan air maupun makanan tidak tersedak.

10. Nervus X (Vagus): Fungsi menelan baik, dapat membuka mulut dan mengatakan kalimat dengan tidak jelas / pelo.
11. Nervus XI (Assesorius Spinal): Bahu sebelah kiri dapat mengangkat secara maksimal sedangkan bahu sebelah kanan dapat mengangkat secara minimal, terdapat kelemahan pada bahu sebelah kanan, mampu menoleh kiri dan kanan.
12. Nervus XII (Hipoglosus): lidah cenderung jatuh ke sisi sebelah kanan

Hasil pemeriksaan CT Scan tanpa kontras kepala : MSCT Scan kepala saat ini menunjukkan adanya lacunar ischemic cerebral infarction di corona radiata kiri

4. B4 (*Bladder*)

Data Subjektif:

pasien mengatakan tidak ada keluhan saat berkemih.

Data Objektif:

- a. Inspeksi: warna kuning jernih, urine berbau khas, tidak terdapat hematuria, terpasang kateter urine.
- b. Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat distensi pada kandung kemih

5. B5 (*Bowel*)

Data Subjektif:

Pasien mengeluh belum BAB selama di rumah sakit

Data Objektif:

- a. Inspeksi: tidak terdapat jejas pada abdomen, abdomen simetris, soepel, tidak terpasang NGT
- b. Auskultasi: bising usus 11x/menit
- c. Perkusi: timpani
- d. Palpasi: tidak terdapat nyeri tekan pada abdomen.

6. B6 (*Bone*)

Data Subjektif:

pasien mengatakan tidak mampu menggerakkan kaki dan tangan kanannya dan terasa lemah pada bagian kanan serta kaki kanannya.

Data Objektif:

- a. Inspeksi: warna kulit sawo matang, tidak terdapat deformitas, terpasang infus PZ pada ekstremitas kiri atas, tidak terdapat riwayat fraktur, bentuk tulang normal, tidak terdapat jejas, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga, gerakan terbatas, fisik lemah, rentang gerak menurun,
- b. Palpasi: turgor kulit elastis, tidak ada nyeri tekan
- c. ROM pasif pada ekstremitas kanan, dan ROM aktif pada ekstremitas kiri. Kekuatan otot

1	5
1	5

2.2 Analisa Data

Tabel 2.1 Analisa Data Pasien Tn. M (Pasien Kelolaan)

Data	Etiologi	Masalah				
DS: - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelahkanan, terasa lemah pada bagian tangan kanan serta kaki kanan.	Terbentuknya thrombus arterial dan emboli ↓ Penyumbatan pembuluh darah otak	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)				
DO: - Gerakan terbatas - Fisik lemah - Rentang gerak menurun - Kekuatan otot menurun <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </table>	1	5	1	5	iskemia jaringan pada otak ↓ Penurunan fungsi motorik dan musculoskeletal	
1	5					
1	5					
- ROM pasif pada ekstremitas kanan - Tanda-tanda Vital TD: 145/92 mmHg Nadi: 97x/menit RR: 20x/menit SPO2 : 98 % Suhu: 36°C - Hasil pemeriksaan CT Scan : lacunar ischemic cerebral infarction di corona radiata kiri	↓ Gangguan mobilitas Fisik					

2.3 Diagnosa Keperawatan

Gangguan Mobilitas Fisik b/d gangguan neuromuskular d/d pasien Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas sebelah kanan, gerakan terbatas, fisik lemah, rentang gerak menurun, kekuatan otot menurun

1	5
1	5

2.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan Pasien Tn. M (Pasien Kelolaan)

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Gangguan Mobilitas Fisik b/d penurunan kekuatan otot	Setelah dilakukan tindakankeperawatan 6x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot ekstremitas kanan meningkat 3. Kaku sendi menurun 4. Kelemahan fisik menurun	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan mobilisasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah 4. Monitor kondisi umum <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu : terapi ROM kombinasi <i>Squishy</i> 6. Libatkan keluarga untuk membantu pasien <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 8. Anjurkan melakukan mobilisasi dini. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberianterapi medis <ol style="list-style-type: none"> a. Infus Nacl 0,9% 14 Tpm b. Citicoline 3x500 mg c. Ceftriaxone 2x1 g d. Mecobalamin 500 mg Injeksi IV

2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat, baik secara kolaboratif maupun asuhan keperawatan yang diberikan selama 6x24 jam. Terapi asuhan keperawatan yang dilakukan secara mandiri ialah dukungan mobilisasi melalui pemberian terapi ROM kombinasi *Squishy* diberikan sehari 3 kali dengan durasi kurang lebih 30 menit. Adapun terapi medis yang diberikan ialah Kolaborasi pemberian terapi medis ialah Infus Nacl 0,9% 14 Tpm, Citicoline 3x500 mg, Ceftriaxone 2x1g, Mecobalamin 500 mg Injeksi IV

2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan yang dilakukan 6x24 jam terhadap pasien kelolaan didapatkan masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi. Secara klinis beberapa kriteria hasil yang tercapai ialah : pasien mengatakan tangan dan kaki kanan serta jari-jarinya bisa digerakkan, keadaan umum cukup, rentang gerak bebas, kekuatan otot sebelumnya

1	5
1	5

4	5
4	5

menjadi

