

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Izin Penelitian/ Pengambilan Data

 Universitas Harkat Negeri	Fakultas Sekolah Vokasi Program Studi D-3 Keperawatan
--	--

Tegal, 10 Februari 2026

Nomor : 016.03/D-3KEP.HN/II/2026
 Lampiran : -
 Hal : Permohonan ijin Penelitian

Kepada Yth :
 Direktur RS PKU Muhammadiyah Kab. Tegal
 Di
 Tempat

Dengan hormat,
 Sehubungan dengan dilaksanakan Karya Tulis Ilmiah (KTI) di program Studi D III Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Harkat Negeri, dengan ini kami mengajukan permohonan pengambilan data untuk mahasiswa kami yaitu :

NAMA	: REVA AMALIA NAJWA
NIM	: 23130086
SEMESTER	: VI (Enam)
JUDUL	: IMPLEMENTASI LATIHAN <i>RANGE OF MOTION</i> (ROM) DALAM MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RS PKU MUHAMMADIYAH KAB TEGAL
DATA YANG DIAMBIL	: 1 PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN TINDAKAN ROM DAN EDUKASI KELUARGA

Demikian surat permohonan ini kami ajukan, mohon kiranya dapat dibantu bagi mahasiswa yang bersangkutan dalam melaksanakan kegiatan ini. Atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Program Studi D III Keperawatan



**Universitas
Harkat Negeri**
DIII Keperawatan

Ns. Ardhi Henda Karmandika, M. Kep
NIPY. 09.020.453

Program Studi D-3 Keperawatan, Fakultas Sekolah Vokasi
 Gedung Utama Ruang A.35 Kampus Pendidikan – Jalan Pendidikan No.1 Kota Tegal
 WhatsApp: - | Surel: d3Keperawatan@harkatnegeri.ac.id

Lampiran 2. Surat Balasan Ijin Penelitian



**RUMAH SAKIT ISLAM
PKU MUHAMMADIYAH TEGAL**
Unggul & Islami





SURAT KETERANGAN
NOMOR 0656/KET/III.6.AU/F/2026

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Yang bertandatangan di bawah ini

nama : dr. Arief Darmawan, Sp.PD, MARS, FISQua
jabatan : Direktur Utama RSI PKU Muhammadiyah Tegal

dengan ini menerangkan bahwa

nama : Reva Amalia Najwa
NIM : 23130086
Program Studi : DIII Keperawatan
perguruan tinggi : Universitas Harkat Negeri,

adalah benar telah melakukan penelitian dengan judul “Implementasi Latihan *Range Of Motion*(ROM) Dalam Meningkatkan Kekuatan Otot Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Di RSI PKU Muhammadiyah Kabupaten Tegal”.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Tegal, 14 Muharram 1448 H
29 Juni 2026 M

Direktur Utama
RSI PKU Muhammadiyah Tegal,



dr. Arief Darmawan, Sp.PD, MARS, FISQua
NBM. 1239 356







PKU Tegal



www.pkutegal.com

Lampiran 3. SOP dan Instrumen Penelitian

Definisi	Latihan <i>Range of Motion</i> (ROM) merupakan salah satu bentuk latihan dalam proses yang dinilai cukup efektif untuk mencegah terjadinya kecacatan pada penderita stroke. Latihan ini adalah salah satu bentuk intervensi fundamental perawat yang dapat dilakukan untuk keberhasilan regimen terapeutik bagi penderita dan dalam upaya pencegahan terjadinya kondisi cacat permanen pada penderita stroke paska perawatan di rumah sakit, sehingga dapat menurunkan tingkat ketergantungan penderita pada keluarga, meningkatkan harga diri dan mekanisme coping penderita. Macam-macam Range Of Motion(ROM) 1. ROM Aktif Latihan ROM aktif adalah perawat memberikan motivasi dan membimbing klien melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal ROM Aktif Latihan ROM aktif adalah perawat memberikan motivasi dan membimbing klien melaksanakan pergerakan sendi secara mandiri sesuai dengan rentang gerak sendi normal. 2. ROM Pasif Latihan ROM pasif merupakan ROM yang dilakukan klien dengan bantuan perawat atau keluarga pada setiap gerakan ROM. Indikasi Latihan pasif adalah pasien semi-koma dan tidak sadar, pasien dengan keterbatasan mobilisasi, tidak mampu melakukan beberapa atau semua latihan rentang gerak dengan mandiri, pasien tirah baring total atau pasien dengan paralisis ekstremitas total. Rentang gerak pasif ini berguna untuk
----------	---

	menjaga kelenturan otot-otot dan persendian dengan mengerakkan otot orang lain secara pasif misalnya perawat mengangkat dan mengerakkan kaki pasien.
Tujuan	1. Fase awal (akut) terutama adalah pencegahan komplikasi yang ditimbulkan akibat tirah baring lama, seperti : a. Mencegah ulkus decubitus b. Luka daerah punggung/pantat yang selalu mendapat tekanan saat tidur. c. Mencegah penumpukan sputum untuk mencegah infeksi saluran pernafasan. d. Mencegah kekakuan sendi. e. Mencegah atropi otot / Pengecilan massa otot. f. Mencegah hipotensi ortostatik, osteoporosis. 2. Pada fase lanjut (rehabilitasi) a. Meminimalkan gejala sisa dan kecacatan akibat stroke. b. Memaksimalkan kemandirian dalam perawatan diri dan aktivitas sehari hari. c. Kembali ke pekerjaan sehingga diharapkan dapat berperan aktif dalam kehidupan seperti sedia kala. d. Meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan otot, mempertahankan fungsi jantung dan pernafasan, mencegah kontraktur dan kekakuan pada sendi. Selain itu latihan gerak sendi bertujuan untuk meningkatkan kekuatan otot dan ketahanan otot (endurance) sehingga dapat memperlancar serta suplai oksigen dan

	aliran darah untuk jaringan serta akan mempercepat proses penyembuhan.
Indikasi dan Kontraindikasi	Indikasi 1. Pasien dengan kelemahan otot (hemiparesis) atau kelumpuhan (hemiplegia) 2. Pasien yang mengalami keterbatasan mobilitas fisik akibat gangguan neurologis 3. Pasien dalam kondisi tirah baring (bed rest) dalam waktu lama 4. Adanya penurunan kekuatan otot dan tonus otot 5. Untuk mencegah kontraktur sendi dan kekakuan otot 6. Meningkatkan sirkulasi darah perifer 7. Mempertahankan atau meningkatkan luas gerak sendi 8. Pasien yang sudah stabil secara medis dan tidak dalam kondisi akut yang memburuk 9. Sebagai bagian dari program rehabilitasi untuk meningkatkan kemandirian pasien. Kontraindikasi 1. Pasien dalam kondisi tidak stabil (misalnya tanda vital tidak stabil: tekanan darah sangat tinggi atau menurun drastis) 2. Adanya nyeri hebat saat dilakukan pergerakan 3. Terdapat fraktur atau kecurigaan patah tulang pada area yang akan digerakkan 4. Adanya inflamasi akut pada sendi atau jaringan sekitar 5. Spastisitas berat yang dapat memperburuk cedera jika dipaksakan 6. Adanya luka terbuka atau kondisi kulit yang tidak memungkinkan untuk dilakukan pergerakan

	7. Deep Vein Thrombosis (DVT) atau risiko emboli 8. Pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial yang belum terkontrol 9. Kondisi medis lain yang membahayakan bila dilakukan mobilisasi (misalnya gangguan jantung berat)
Prosedur dan pelaksanaan	1. Melakukan kontrak pada pasien selama 3 hari perawatan untuk melakukan penerapan latihan ROM sesuai dengan SOP 2. Menyiapkan alat-alat yang diperlukan untuk penerapan ROM yaitu handscone bersih 3. Menyiapkan lingkungan sesuai dengan SOP, kaji patensi alat yang terpasang (infus dan kateter urin) lalu rendahkan pagar pengaman tempat tidur pasien selanjutnya buka selimut pada bagian tubuh yang akan dilakukan ROM 4. Pegang area yang akan di gerakan sedekat mungkin dengan sendi yang akan dilakukan ROM dan tolong bagian lainnya atau ekstermitas yang mengalami gangguan 5. Lakukan gerakan ROM 5-10 kali mengikuti anatomi tubuh dengan gerakan sebagai berikut: a. Abduksi dan adduksi jari tangan b. Pergelangan tangan, fleksi dan ekstensi c. Siku, fleksi dan ekstensi d. Lengan bawah, pronasi dan supinasi e. Bahu, fleksi, ekstensi, abduksi, adduksi dan Rotasi f. Jari kaki, fleksi dan ekstensi g. Pergelangan Kaki, inversi dan eversi h. Lutut, fleksi dan ekstensi

	i. Rotasi pangkal paha j. Abduksi dan Adduksi pangkal paha k. Monitor respon pasien selama latihan dilakukan l. Perbaiki posisi pasien dan pasang Kembali selimut lalu lepas handscone dan cuci tangan m. Melakukan evaluasi pada efektifitas penerapan latihan ROM n. Mendokumentasikan hasil penelitian dan perkembangan pasien setelah dilakukan penerapan latihan ROM o. Melakukan evaluasi dengan mengisi lembar ceklis dan mencatat hasil latihan ROM selama latihan. 6. Evaluasi dan dokumentasi Peneliti melakukan monitoring respon, ceklis dan dokumentasi.
--	---

No	Hari/tanggal	Pukul	Evaluasi
			S: O: A: P:

Keterangan:

S (Subyektif) : Berisi tentang keluhan subyektif pasien setelah dilakukan tindakan pemberian ROM Pasif

O (Obyektif) : Berisi hasil kemampuan pasien dalam melakukan tindakan ROM Pasif, peningkatan nilai kekuatan otot pasien, dan tanda-tanda vital pasien sebelum dan setelah pemberian tindakan ROM Pasif.

A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil

P (Planing) : Berisi rencana tindak lanjut setelah dilakukan evaluasi tindakan.

Leaflet Stroke non Hemoragik

KONSEP ROM

Definisi

Range of Motion (ROM) adalah latihan menggerakkan persendian yang dilakukan secara aktif, aktif dengan bantuan, atau dibantu oleh orang lain. Latihan ini bertujuan untuk menjaga kelenturan sendi dan otot, mencegah kekakuan, melancarkan peredaran darah, serta membantu meningkatkan kekuatan otot. Pada pasien stroke non hemoragik, latihan ROM yang dilakukan secara rutin dapat membantu pasien menggerakkan anggota tubuh yang lemah sehingga kemampuan beraktivitas sehari-hari dapat meningkat. Agar hasil latihan lebih optimal, keluarga diharapkan ikut mendampingi dan membantu pasien selama melakukan latihan ROM.

Tujuan dan Manfaat

- ✓ Menjaga kelenturan sendi
- ✓ Mencegah kekakuan sendi
- ✓ Mencegah pengecilan otot (atrofi)
- ✓ Melancarkan sirkulasi darah
- ✓ Membantu meningkatkan kekuatan otot
- ✓ Membantu pasien lebih mandiri dalam beraktivitas sehari-hari

Jenis latihan ROM

- ROM Aktif → dilakukan sendiri oleh pasien.
- ROM Aktif Terbantu → pasien bergerak dengan bantuan keluarga atau perawat.
- ROM Pasif → seluruh gerakan dibantu oleh keluarga atau tenaga kesehatan.



Untuk informasi lebih lanjut, konsultasi, atau jika terdapat pertanyaan mengenai latihan ROM, silakan menghubungi kontak berikut.



CONTACT

✉ revaamalianajwa@gmail.com

☎ +62 882007828198

Universitas
Harkat Negeri



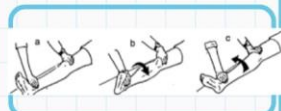
RANGE OF MOTION PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK

Disusun oleh:
Reva Amalia Najwa
23130086

• Fleksi Ekstensi Lutut



• Rotasi Pangkal Paha



• Adduksi dan Abduksi Pangkal Paha

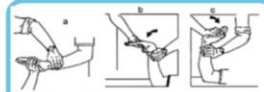


Macam-macam gerakan ROM

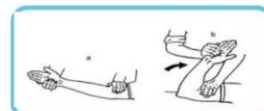
• Adduksi dan Abduksi Jari Tangan



• Fleksi dan Ekstensi Pergelangan Tangan



• Fleksi dan Ekstensi Siku



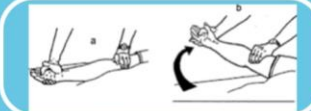
• Pronasi dan Supinasi Lengan Bawah



• Fleksi Ekstensi Bahu



• Abduksi dan Adduksi Bahu



• Rotasi Bahu



• Fleksi dan Ekstensi Jari Kaki



• Inversi dan Eversi pergelangan Kaki



Lampiran 4. Surat Keterangan Plagiarisme/ Similarity Check

 Page 2 of 227 - Integrity Overview Submission ID trn:oid::3618:145397291

28% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

22%	 Internet sources
8%	 Publications
21%	 Submitted works (Student Papers)

**Top Sources**

22% Internet sources
8% Publications
21% Submitted works (Student Papers)

Top Sources

The sources with the highest number of matches within the submission. Overlapping sources will not be displayed.

1	Internet	repository.poltekkes-tjk.ac.id	3%
2	Internet	repository.poltekkes-denpasar.ac.id	2%
3	Internet	eprints.poltekkesjogja.ac.id	1%
4	Internet	repository.poltekkesbengkulu.ac.id	<1%
5	Internet	repository.unimugo.ac.id	<1%
6	Internet	repository.poltekkes-kaltim.ac.id	<1%
7	Internet	perpus-utama.poltekkes-malang.ac.id	<1%
8	Student papers	Universitas Muslim Indonesia on 2025-11-25	<1%
9	Internet	repository.poltekkeskupang.ac.id	<1%
10	Internet	eprints.unisa-bandung.ac.id	<1%
11	Internet	repository.poltekkes-malang.ac.id	<1%



Lampiran 6. lembar Persetujuan Responden (Informed Consent)

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (Informed Consent)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama (Inisial) : T.n D
Usia : 70 th
Alamat : Dukuhwaru

Menyatakan bersedia menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Diploma III Keperawatan Universitas Harkat Negeri Tegal yang bernama Reva Amalia Najwa dengan judul:

“IMPLEMENTASI LATIHAN *RANGE OF MOTION* (ROM) DALAM MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK DI RSI PKU MUHAMMADIYAH KAB TEGAL”

Saya memahami bahwa informasi yang akan saya berikan bersifat rahasia dan hanya dipergunakan untuk keperluan pengembangan ilmu keperawatan serta tidak merugikan bagi saya. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden dalam penelitian ini dan akan mengikuti prosedur penelitian ini tanpa tekanan dari manapun.

Tegal, 19 Februari 2026

Mengetahui,

Peneliti

(Reva Amalia Najwa)

Responden

(Dr. J. d)

Lampiran 7. Hasil Penelitian

19 Februari 2026

Pagi

No	Hari/tanggal	Pukul	Evaluasi
1.	19/26 /02	10.00	S: Keluarga mengatakan sudah paham yg dikerjakan Perawat & akan mengikuti arahan O: - pasien masih acuh tak acuh - Skenario kelemahan otot 2 ekstremitas atas kiri A: ~~kegiatan latihan~~ Membantu dalam latihan P: lanjutkan intervensi - rehabilitasi ROM

Keterangan:

S (Subyektif) : Berisi tentang keluhan subyektif pasien setelah dilakukan tindakan pemberian ROM Pasif

O (Obyektif) : Berisi hasil kemampuan pasien dalam melakukan tindakan ROM Pasif, peningkatan nilai kekuatan otot pasien, dan tanda-tanda vital pasien sebelum dan setelah pemberian tindakan ROM Pasif.

A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil

P (Planing) : Berisi rencana tindak lanjut setelah dilakukan evaluasi tindakan.

Sore

No	Hari/tanggal	Pukul	Evaluasi
2.	19/12	15.55	S: PK mengatakan tgn kiri masih sulit digerakkan. O: skala kekuatan otot 2. A: masalah belum teratasi P: lanjut intervensi - latihan ROM

Keterangan:

S (Subyektif) : Berisi tentang keluhan subyektif pasien setelah dilakukan tindakan pemberian ROM Pasif

O (Obyektif) : Berisi hasil kemampuan pasien dalam melakukan tindakan ROM Pasif, peningkatan nilai kekuatan otot pasien, dan tanda-tanda vital pasien sebelum dan setelah pemberian tindakan ROM Pasif.

A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil

P (Planing) : Berisi rencana tindak lanjut setelah dilakukan evaluasi tindakan.

20 Februari 2026

Pagi

No	Hari/tanggal	Pukul	Evaluasi
	20/02	10.20	S: Px Merasa sulit menggerakkan tangan kirinya. O: -Skala kekuatan 2/5 di tangan kirinya. -Sudah paham semangat mau mengikuti A: sesuai instruksi maupun keretakan sebagian. P: lanjutkan intervensi - lakukan pelatihan ROM.

Keterangan:

S (Subyektif) : Berisi tentang keluhan subyektif pasien setelah dilakukan tindakan pemberian ROM Pasif

O (Obyektif) : Berisi hasil kemampuan pasien dalam melakukan tindakan ROM Pasif, peningkatan nilai kekuatan otot pasien, dan tanda-tanda vital pasien sebelum dan setelah pemberian tindakan ROM Pasif.

A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil

P (Planing) : Berisi rencana tindak lanjut setelah dilakukan evaluasi tindakan.

Sore

No	Hari/tanggal	Pukul	Evaluasi
	20/11/02	15.30	S: Px menyatakan bahwa tangan kiri masih sulit digerakkan O: given kekuatan otot 2 A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - ulu an ROM

Keterangan:

- S (Subyektif) : Berisi tentang keluhan subyektif pasien setelah dilakukan tindakan pemberian ROM Pasif
- O (Obyektif) : Berisi hasil kemampuan pasien dalam melakukan tindakan ROM Pasif, peningkatan nilai kekuatan otot pasien, dan tanda-tanda vital pasien sebelum dan setelah pemberian tindakan ROM Pasif.
- A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil
- P (Planing) : Berisi rencana tindak lanjut setelah dilakukan evaluasi tindakan.

21 Februari 2026

Pagi

No	Hari/tanggal	Pukul	Evaluasi
	21 / 26 02	10.15	S: Px mengungkapkan sudah sedikit bisa bergerak di tangan kirinya. O: - mau mengikuti arahan - tambah semangat. - semua keluhan otot s A: beratus sebagian. P: lanjutkan intervensi - lakukan pelatihan ROM

Keterangan:

S (Subyektif) : Berisi tentang keluhan subyektif pasien setelah dilakukan tindakan pemberian ROM Pasif

O (Obyektif) : Berisi hasil kemampuan pasien dalam melakukan tindakan ROM Pasif, peningkatan nilai kekuatan otot pasien, dan tanda-tanda vital pasien sebelum dan setelah pemberian tindakan ROM Pasif.

A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil

P (Planing) : Berisi rencana tindak lanjut setelah dilakukan evaluasi tindakan.

Sore

No	Hari/tanggal	Pukul	Evaluasi
	4/4 02	15.30	S: px mengatakan bahwa fgn bri sudah sedikit? digalakan dg dibuktikan bisa mengangkat tangennya. O: gejala kelemahan otot? A: masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi

Keterangan:

S (Subyektif) : Berisi tentang keluhan subyektif pasien setelah dilakukan tindakan pemberian ROM Pasif

O (Obyektif) : Berisi hasil kemampuan pasien dalam melakukan tindakan ROM Pasif, peningkatan nilai kekuatan otot pasien, dan tanda-tanda vital pasien sebelum dan setelah pemberian tindakan ROM Pasif.

A (Analisis) : Membandingkan antara informasi subyektif dan obyektif dengan tujuan dan kriteria hasil

P (Planing) : Berisi rencana tindak lanjut setelah dilakukan evaluasi tindakan.

- lanjut ROM & edukasi
keuarga & putrinya

Lampiran 8. Asuhan Keperawatan

A. PENGKAJIAN

Tanggal Masuk RS : 18 Februari 2026
Tanggal Masuk Ruangan : 18 Februari 2026 pukul 22.00 WIB
Tanggal Pengkajian : 19 Februari 2026

a. Data Demografi

1) Identitas Diri Klien

(a) Nama : T.n D
 (b) Umur : 70 Tahun
 (c) Jenis Kelamin : Laki-laki
 (d) Suku Bangsa : Jawa/Indonesia
 (e) Pendidikan Terakhir : SD
 (f) Status Perkawinan : Sudah Menikah
 (g) Alamat : Dukuhwaru
 (h) Keluarga yang dapat dihubungi : Ny. R
 (i) No.Telp : 0819xxxxxxxx

2) Keluarga Atau Orang Lain Yang Penting

(a) Nama : Ny. R
 (b) Umur : 47 Tahun
 (c) Alamat : Dukuhwaru
 (d) Hubungan dengan klien : Anak
 (e) No.Tlp : 0819xxxxxxxx

b. Keluhan Utama

Pasien mengeluhkan kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri di ekstremitas atas.

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 17 Februari 2026 pukul 10.00 WIB dalam kondisi tidak sadar. Sebelum kejadian, pasien melakukan aktivitas seperti biasa dan sempat sarapan.

Setelah selesai sarapan, pasien berusaha untuk berdiri, namun tiba-tiba mengalami kelemahan dan jatuh dalam posisi duduk. Sekitar 30 menit kemudian, pasien dibawa ke rumah sakit oleh keluarga. Menurut keterangan keluarga, kondisi tersebut diduga dipicu oleh paparan zat berbahaya yang berbau menyengat di lingkungan sekitar tempat tinggal pasien yang berdekatan dengan area persawahan, sehingga kemungkinan zat tersebut terhirup oleh pasien. Pada saat masuk rumah sakit, tingkat kesadaran pasien dinilai menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) dengan hasil E1V1M5 (total skor 7) dengan kondisi kesadaran somnolen. Pasien kemudian mendapatkan perawatan di ruang HCU.

Pada tanggal 17 Februari 2026 sekitar pukul 20.00 WIB, kondisi kesadaran pasien mulai membaik hingga sadar dan dapat merespon. Selanjutnya, pasien menjalani perawatan selama 2 hari di ruang HCU. Setelah kondisi stabil, pasien dipindahkan ke ruang Zamzam 3 pada tanggal 18 Februari 2026 pukul 22.00 WIB dalam keadaan sadar. Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 19 Februari 2026, tingkat kesadaran pasien compos mentis dengan nilai GCS 15 (E4V5M6). Kondisi pasien menunjukkan perbaikan, ditandai dengan berkurangnya keluhan sesak napas. Namun, pasien masih mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri, pada ekstremitas atas. Pasien tidak mengeluhkan keluhan lain.

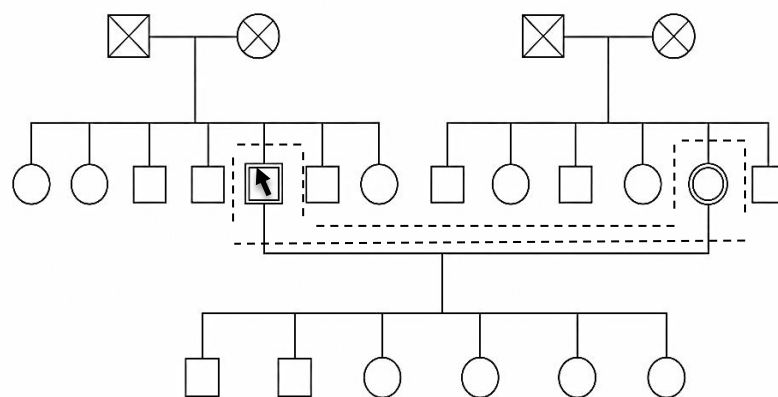
2) Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien memiliki riwayat penyakit serupa sekitar 1 tahun yang lalu, yang ditandai dengan penurunan kesadaran disertai kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri serta gangguan pada area mulut. Pada saat itu pasien juga menjalani perawatan di rumah sakit hingga kondisi membaik. Selain riwayat tersebut, tidak terdapat informasi mengenai penyakit kronis lain seperti hipertensi, diabetes melitus, atau penyakit lainnya.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga, diketahui bahwa tidak terdapat anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti yang dialami pasien saat ini. Selain itu, dalam keluarga juga tidak ditemukan riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, diabetes melitus, stroke, maupun penyakit keturunan lainnya

4) Genogram



Keterangan:



: Laki-laki



: Perempuan



: Meninggal



: Klien



: Garis Pernikahan



: Garis Keturunan

d. Pengkajian kebutuhan dasar manusia

1) Kebutuhan nutrisi dan cairan

Nutrisi

	Saat pengkajian
A(antropometri)	BB : 60 Kg TB : 163 Cm IMT : 22,5 Perhitungan : $60 \text{ Kg} / 16,3 \times 16,3$ IMT saat sakit: $BB/TB(M^2)$
B(biokimia)	Hb : 11.6 g/dL Ht : 36.3 % Eritrosit : 4.68 juta/uL Rdw : 14.0 % Ureum : 21 mg/dL Natrium : 133.5 mEq/L Kalium : 3.10 mEq/uL Chloride : 102.4 mmol/L
C(Clinic)	Konjungtiva : tampak pucat Bibir pucat : tampak pucat Membrane mukosa : lembab Mual : tidak ada keluhan mual Muntah: tidak ada keluhan muntah
D(Diet)	Pasien masih mendapatkan pemenuhan nutrisi melalui <i>nasogastric tube</i> (NGT) berupa susu. Namun, pasien sudah mulai mampu menerima asupan secara per oral, ditandai dengan kemampuan minum air putih. Pemberian nutrisi dilakukan secara bertahap sebagai proses transisi dari enteral menuju oral, dengan tetap memperhatikan kemampuan menelan pasien.

Pasien mengatakan makan dan minum 3x sehari dengan asupan makanan cair melalui selang NGT.

Cairan (hitung berdasarkan IWL)

Input	Output
Infus : 1000 ml	BAK : 1000 ml
Minum susu dan air putih : 360 ml + 45 ml = 405 ml	BAB : 1 kali
Jumlah = 1405 ml/24 jam	IWL : 500 ml
BC/24 jam : input-output = 1405 ml – 1500 ml	Jumlah = 1500 ml
Nilai balance cairan klien adalah	-95 ml

2) Kebutuhan Eliminasi

Pasien mengatakan sebelum sakit buang air kecil (BAK) dengan frekuensi 7-9 kali ,dan buang air besar (BAB) 1 kali setiap harinya ,namun selama sakit buang air besar (BAB) satu kali sehari dengan konsistensi feses lembek,warna kuning kecoklatan,dan bau khas. Buang air kecil (BAK) Dilakukan 6-7 kali sehari dengan warna urine kuning jernih dan bau khas ,Pasien terpasang Selang Kateter

3) Pola Aktivitas dan Latihan

(a) Makan

Pemenuhan kebutuhan makan dan minum masih melalui selang NGT dan dilakukan dengan bantuan perawat,namun sudah mencoba untuk minum air hangat melalui oral dibantu oleh keluarga.

(b) Mandi dan Berpakaian

Keluarga Pasien mengatakan belum mampu melakukan perawatan diri secara mandiri, seperti berpakaian dan mandi, sehingga masih dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan mandi dilakukan dengan cara dilap sebanyak dua kali sehari, yaitu pagi dan sore.

(c) Toileting

Pasien untuk kebutuhan eliminasi menggunakan selang kateter urin serta pampers.

(d) Mobilisasi ditempat tidur

Keluarga Pasien mengatakan mengalami kelemahan pada tangan dan kaki sebelah kiri sehingga aktivitas menjadi terbatas.Keluarga Pasien mengatakan saat ini pasien mampu miring ke kanan dan ke kiri serta dapat duduk, namun terkadang masih memerlukan bantuan dari keluarga.

(e) Berjalan

Keluarga Pasien mengatakan belum diperbolehkan berjalan karena kondisi saat ini merupakan pindahan dari ruang HCU, sehingga mobilisasi masih terbatas di tempat tidur.

4) Kebutuhan oksigenasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan sebelum sakit pasien tidak ada keluhan sesak napas

Selama sakit : Pasien mengatakan sesak napas yang sebelumnya dirasakan sudah berkurang, pasien masih terpasang oksigen nasal kanul. keluarga mengatakan penggunaan oksigen dilakukan karena kondisi sebelumnya mengalami penurunan kesadaran, sehingga diperlukan bantuan oksigen.

5) Kebutuhan Istirahat dan Tidur

Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatkan jika di rumah pasien hanya tidur malam saja 6-8 jam dan tidak ada masalah dalam tidurnya.

Selama sakit: Keluarga Pasien mengatakan pasien tidur pada siang hari hanya 1 jam saja, tidur malam 4-5 jam perhari, kualitas tidurnya kurang nyenyak, karena pasien tidak nyaman dengan posisi tidurnya.

6) Pola kognitif dan interaksi

(a) Kemampuan panca indra

Pasien mengatakan bahwa kemampuan penglihatan pasien masih baik, ditandai dengan pasien mampu melihat objek di sekitarnya dengan jelas, mengenali wajah anggota keluarga, serta tidak mengalami keluhan pandangan kabur atau rabun.

Pasien mengatakan bahwa pendengaran pasien masih baik, ditandai dengan pasien mampu merespon saat diajak berbicara dan dapat mendengar suara dengan jelas tanpa perlu pengulangan berkali-kali.

Pasien mengatakan bahwa fungsi penciuman pasien masih baik, ditandai dengan pasien mampu mengenali bau-bauan di sekitarnya, seperti bau makanan atau bau yang menyengat, serta tidak mengeluhkan adanya gangguan penciuman.

(b) Kemampuan bicara

Pasien mengatakan bahwa kemampuan bicara pasien masih baik, pasien mampu mengucapkan kata-kata dengan cukup jelas dan dapat berkomunikasi dengan orang lain. namun

(c) Kemampuan memahami

Pasien mengatakan bahwa kemampuan memahami pasien masih cukup baik, ditandai dengan pasien mampu mengerti pembicaraan yang disampaikan oleh orang lain, termasuk instruksi dari perawat. Pasien juga dapat memberikan respon yang sesuai terhadap pertanyaan, meskipun terkadang membutuhkan waktu lebih lama untuk memproses dan menjawab pembicaraan yang diberikan

(d) Perubahan memori

Pasien juga mengatakan bahwa daya ingat pasien masih baik, ditandai dengan pasien mampu mengingat kejadian yang telah lalu dan mengenali anggota keluarga.

(e) Orientasi tempat,waktu,orang

Pasien mengatakan bahwa orientasi pasien masih baik, ditandai dengan pasien mampu mengenali tempat ia berada, mengetahui waktu, serta mengenali orang-orang di sekitarnya.

7) Pola persepsi diri/ konsep diri

(a) Persepsi identitas diri

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien sebagai lansia usia 70 tahun memiliki persepsi diri yang masih baik. Hal ini ditandai dengan pasien masih mampu berkomunikasi dengan baik

(b) Kepuasan terhadap citra diri

Pasien tidak pernah mengeluhkan ketidakpuasan terhadap kondisi atau bentuk tubuhnya

(c) Ideal diri

Pasien berharap tangan kirinya dapat digerakkan kembali seperti semula agar tidak menyusahkan keluarga.

(d) Peran diri

Pasien adalah tulang punggung/petani yang biasa bekerja keras, namun kini tidak dapat melakukan aktivitas fisik (bertani).

(e) Harga diri

Pasien mengatakan dirinya merasa tidak berguna lagi sekarang, Biasanya ke sawah setiap hari, sekarang mau makan saja harus dibantu. Pola peran dan hubungan

8) Kebutuhan seksualitas dan reproduksi

Pasien mengatakan dari sebelum sakit hingga saat ini pasien tidak menjalankan peran sebagai suami istri seperti biasanya yaitu melakukan hubungan seksualitas

9) Kebutuhan stres koping

(a) Sebelum sakit

Sebelum sakit, pasien biasanya mengatasi stres dengan bekerja, seperti melakukan aktivitas di sawah. Metode koping yang biasa digunakan, Pasien mengatakan bahwa metode koping yang biasa digunakan adalah dengan melakukan aktivitas fisik seperti bekerja di sawah dan merawat lahan pertanian. Aktivitas tersebut membantu pasien dalam mengalihkan pikiran dari masalah serta mengurangi stres yang dirasakan. Selain itu, pasien juga memanfaatkan dukungan dari keluarga sebagai bentuk koping dalam menghadapi kondisi yang dialami.

(b) Selama sakit

Pasien mengatakan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi coping pasien meliputi kondisi fisik pasien yang saat ini mengalami kelemahan sehingga membatasi aktivitas, perubahan peran akibat tidak dapat bekerja seperti sebelumnya, serta dukungan dari keluarga sebagai sistem pendukung utama. Selain itu, kebiasaan pasien yang sebelumnya aktif bekerja juga mempengaruhi cara pasien dalam menghadapi stres, sehingga saat aktivitas tersebut terhenti, pasien menjadi lebih mudah merasa tertekan

10) Kebutuhan psikososial

Pasien mengatakan bahwa agama memiliki peran penting dalam kehidupan pasien. Sebelum sakit, pasien rutin menjalankan ibadah sesuai dengan keyakinannya. Selama sakit, kegiatan keagamaan pasien mengalami penurunan karena keterbatasan kondisi fisik, namun pasien tetap berusaha menjalankan ibadah semampunya, seperti berdoa. pasien juga mengatakan bahwa keyakinan agama membantu pasien dalam menghadapi kondisi sakitnya, memberikan ketenangan, serta meningkatkan harapan dan semangat dalam proses penyembuhan.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum

2) Kesadaran : E: 4 M: 6 V: 5 = 15

Kesadaran : Composmentis

3) Tanda-tanda vital

TD : 160/70 mm/Hg

Nadi : 80 x/menit

RR : 20 x/menit

Suhu : 36° c

SpO2 : 98 %

4) *Head to toe*

(a) Kepala

Inspeksi : Bentuk kepala normosefal, simetris, tidak ditemukan lesi maupun edema. Rambut tampak beruban dengan distribusi merata

Palpasi : Tidak ditemukan nyeri tekan maupun massa abnormal.

(b) Telinga

Inspeksi : Telinga kanan dan kiri tampak simetris, tidak terdapat deformitas, lesi, maupun sekret.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada daun telinga maupun mastoid.

(c) Mata

Inspeksi : Mata tampak simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Pupil isokor (± 3 mm) dengan refleks cahaya baik.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada area orbita atau mata.

(d) Hidung

Inspeksi : Hidung tampak simetris, tidak terdapat sekret maupun epistaksis atau mimisan.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada hidung

(e) Mulut

Inspeksi : Mukosa bibir tampak kering, tidak terdapat lesi. Terpasang NGT (nasogastrik tube) dengan fiksasi baik. Pemasangan NGT ((nasogastrik tube) dilakukan sebagai tindakan dekompresi lambung untuk mengurangi distensi lambung serta mencegah aspirasi.

Palpasi : Tidak ditemukan nyeri tekan.

(f) Leher

Inspeksi : Leher tampak simetris, tidak terdapat distensi vena jugularis.

Palpasi : Tidak ditemukan pembesaran kelenjar tiroid maupun limfe, serta tidak terdapat kaku kuduk.

(g) Paru dan dada

Inspeksi : Bentuk dada simetris, tidak terdapat retraksi otot bantu napas, frekuensi napas dalam batas normal, terpasang oksigen nasal kanul

Palpasi : Ekspansi paru kanan dan kiri simetris, tidak terdapat nyeri tekan.

Perkusi : Bunyi sonor pada kedua lapang paru.

Auskultasi : Suara napas vesikuler, tidak terdengar suara tambahan seperti ronki atau wheezing.

(h) Jantung

Inspeksi: Iktus kordis tampak jelas.

Palpasi : Iktus kordis teraba pada ICS V linea midklavikula kiri.

Perkusi : Batas jantung dalam batas normal.

Auskultasi : Bunyi jantung S1 dan S2 reguler, tanpa murmur.

(i) Abdomen

Inspeksi : Abdomen tampak sedikit buncit, terpasang NGT (nasogastrik tube)

Auskultasi : Bising usus terdengar $\pm 6-8$ kali/menit.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan maupun massa.

Perkusi : Bunyi timpani dominan

(j) Punggung

Inspeksi : Punggung tampak simetris, tidak terdapat kelainan bentuk tulang belakang seperti kifosis, lordosis, maupun skoliosis. Tidak ditemukan luka, kemerahan, atau tanda-tanda dekubitus.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan, suhu kulit teraba hangat, dan tidak ditemukan adanya penonjolan tulang yang abnormal.

- (k) Anus dan genital : Pada anus area perianal tampak bersih, tidak terdapat kemerahan, luka, hemoroid, maupun tanda iritasi. Genitalia tampak bersih, terpasang kateter urin dengan fiksasi baik.

(l) Ekstremitas atas

Kanan/dextra : Bentuk ekstremitas tampak normal, tidak terdapat deformitas, edema, maupun lesi. Warna kulit merata. Suhu kulit teraba hangat, tidak terdapat nyeri tekan, dan tonus otot dalam batas normal. Turgor kulit baik, ditandai dengan kulit kembali cepat (<2 detik) setelah dilakukan pencubitan. Kekuatan otot 5/5, pasien mampu menggerakkan ekstremitas secara aktif dan melawan tahanan dan terpasang side rail/tali pengaman kanan kiri.

Kiri/sinistra : Tampak kelemahan pada ekstremitas, tidak terdapat deformitas maupun edema. Suhu kulit teraba hangat, tidak terdapat nyeri tekan, dan tonus otot menurun. Turgor kulit cukup baik, ditandai dengan elastisitas kulit kembali <2 detik. Kekuatan otot 2/5, pasien hanya mampu menggerakkan ekstremitas secara terbatas dan belum mampu melawan tahanan secara maksimal dan terpasang side rail/tali pengaman kanan kiri.

(m) Ekstremitas bawah

Kanan/dextra : Bentuk ekstremitas tampak normal, tidak terdapat deformitas, edema, maupun lesi. Warna kulit merata. Suhu kulit teraba hangat, tidak terdapat nyeri tekan, dan tonus otot dalam batas normal. Turgor kulit baik, ditandai dengan kulit kembali cepat (<2 detik) setelah dilakukan pencubitan. Kekuatan otot 5/5, pasien mampu menggerakkan ekstremitas

secara aktif dan melawan tahanan dan terpasang side rail/tali pengaman kanan kiri

Kiri/Sinistra : Bentuk ekstremitas tampak normal, tidak terdapat deformitas, edema, maupun lesi. Warna kulit merata. Suhu kulit teraba hangat, tidak terdapat nyeri tekan, dan tonus otot dalam batas normal. Turgor kulit baik, ditandai dengan kulit kembali cepat (<2 detik) setelah dilakukan pencubitan. Kekuatan otot 5/5, pasien mampu menggerakkan ekstremitas secara aktif dan melawan tahanan dan terpasang side rail/tali pengaman kanan kiri.

f. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

Tanggal : 17 februari 2026

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan	keterangan
Hemoglobin	11.6	g/dL	12.0 - 18.0	L
Lekosit	13780	/mm ³	3500 - 10000	H
Hematokrit	36.3	%	35.0 - 55.0	
Trombosit	313000	/mm ³	150000- 400000	
Eritrosit	4.68	juta/ul	3.50 - 5.50	
MCV	77.6	fL	75.0 - 100.0	
MCH	24.9	Pg	25.0 - 35.0	L
MCHC	32.0	g/dL	31.0 - 38.0	
RDW	14.0	%	11.0 - 16.0	
MPV	7.3	fL	8.0 - 11.0	L
PDW	13.2	fL	0.1 - 99.9	
Limfosit	34.0	%	15.0 - 50.0	
MID%	6.3	%	2.0 - 15.0	
Granulosit (GRA%)	59.7	%	35.0 - 80.0	
Ureum	21	mg/dL	16 - 41	
Creatinin	0.96	mg/dL	0.60 - 1.30	
SGOT	28	U/L	5 - 40	
SGPT	22	U/L	5 - 41	
Kalium	3.10	mEq/L	3.5 - 5.0	L
Natrium	133.5	mEq/L	135 - 147	L
Chlorida	102.4	mmo/L	95 - 105	
Calcium	2.15	mmo/L	2.08 - 2.70	

2) Pemeriksaan foto rontgen/ CT scan/ USG/MRI/sejenisnya

Tanggal : 17 Februari 2026

Hasil pemeriksaan : Thorax dewasa AP

Apex tenang Infiltrat parabronchial (+)

Cor CTR < 0.5

KESAN: Bronchitis

Hasil pemeriksaan : Head CT Scan

Tampak *Lesi hipodens* pd sun cotal lobus parietalis dextra. denban densitas sesuai LCS

Giry Tegas, Sulcy dalam

Sistima Ventrikel & Fissura Silvii Lebar

Struktura mediana tak deviasi

KESAN :

Phorencephali cystic sub cortocal lob us parietalis dextra

Atrofi Cerebri

g. Terapi medis dan keperawatan

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
Aspilet	1X1 tablet	PO	06.00/20 februari 2026	Indikasi: Digunakan sebagai antiplatelet untuk mencegah pembentukan trombus pada pasien dengan risiko penyakit kardiovaskular seperti stroke iskemik dan penyakit jantung koroner. Kontraindikasi: Tidak diberikan	Dapat menyebabkan iritasi gastrointestinal, nyeri ulu hati, mual, perdarahan saluran cerna, serta reaksi alergi seperti ruam dan bronkospasme.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap aspirin, ulkus peptikum aktif, gangguan perdarahan, serta pada pasien dengan asma yang dipicu oleh aspirin.	
Atorvastatin	1X 20 mg	PO	00.00/ 19 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk menurunkan kadar kolesterol total dan LDL, serta mencegah kejadian kardiovaskular pada pasien dengan dislipidemia. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan penyakit hati aktif, peningkatan enzim hati yang tidak diketahui penyebabnya, serta pada ibu hamil dan menyusui.	Dapat menimbulkan nyeri otot (mialgia), peningkatan enzim hati, gangguan pencernaan, serta dalam kasus jarang dapat menyebabkan rhabdomiolisis.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
Nacl	20 tpm			Indikasi: Digunakan sebagai terapi cairan untuk menggantikan kehilangan cairan dan elektrolit, serta sebagai pelarut obat intravena. Kontraindikasi: Tidak diberikan pada pasien dengan kelebihan cairan (overhidrasi), gagal jantung kongestif berat, atau hipernatremia.	Dapat menyebabkan kelebihan cairan, edema, peningkatan tekanan darah, serta gangguan elektrolit bila diberikan secara berlebihan
Citicolin	2X1 Ampul (500 mg/4ml)	IV	09.00/19 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk memperbaiki fungsi neurologis pada pasien dengan stroke, cedera otak, dan gangguan kognitif. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap citicoline.	Efek samping yang mungkin timbul meliputi sakit kepala, insomnia, mual, diare, serta perubahan tekanan darah.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
Ranitidin	2X1 Ampul (50 mg/2ml)	IV	09.00/19 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk menurunkan produksi asam lambung pada kondisi seperti tukak lambung, gastritis, dan refluks gastroesofageal (GERD). Kontraindikasi: Tidak diberikan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap ranitidin.	Dapat menyebabkan sakit kepala, konstipasi atau diare, pusing, serta dalam kasus jarang gangguan fungsi hati.
Manitol	125/12 jam	IV	09.00/19 februari 2026	Indikasi: Digunakan sebagai diuretik osmotik untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien dengan edema serebral serta menurunkan tekanan intraokular. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan gagal ginjal berat, edema paru, dehidrasi berat, serta	Dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, dehidrasi, sakit kepala, mual, serta risiko edema paru.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				perdarahan intrakranial aktif (kecuali saat kraniotomi).	
Citicolin	2X1 Ampul (500 mg/4ml)	IV	20.00/19 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk memperbaiki fungsi neurologis pada pasien dengan stroke, cedera otak, dan gangguan kognitif. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap citicoline.	Efek samping yang mungkin timbul meliputi sakit kepala, insomnia, mual, diare, serta perubahan tekanan darah.
Ranitidin	2X1 Ampul (50 mg/2ml)	IV	20.00/19 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk menurunkan produksi asam lambung pada kondisi seperti tukak lambung, gastritis, dan refluks gastroesofageal (GERD). Kontraindikasi: Tidak diberikan pada pasien dengan	Dapat menyebabkan sakit kepala, konstipasi atau diare, pusing, serta dalam kasus jarang gangguan fungsi hati.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				hipersensitivitas terhadap ranitidin.	
Manitol	125/ 12 jam	IV	20.00/19 februari 2026	Indikasi: Digunakan sebagai diuretik osmotik untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien dengan edema serebral serta menurunkan tekanan intraokular. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan gagal ginjal berat, edema paru, dehidrasi berat, serta perdarahan intrakranial aktif (kecuali saat kraniotomi).	Dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, sakit kepala, mual, serta risiko edema paru.
Citicolin	2X1 Ampul (500 mg/4ml)	IV	09.00/20 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk memperbaiki fungsi neurologis pada pasien dengan stroke, cedera otak, dan gangguan kognitif.	Efek samping yang mungkin timbul meliputi sakit kepala, insomnia, mual, diare, serta perubahan tekanan darah.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap citicoline.	
Ranitidin	2X1 Ampul (50 mg/2ml)	IV	09.00/20 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk menurunkan produksi asam lambung pada kondisi seperti tukak lambung, gastritis, dan refluks gastroesofageal (GERD). Kontraindikasi: Tidak diberikan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap ranitidin.	Dapat menyebabkan sakit kepala, konstipasi atau diare, pusing, serta dalam kasus jarang gangguan fungsi hati.
Manitol	125 cc/ 12 jam	IV	09.00/20 februari 2026	Indikasi: Digunakan sebagai diuretik osmotik untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien dengan edema serebral serta menurunkan tekanan intraokular.	Dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, dehidrasi, sakit kepala, mual, serta risiko edema paru.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan gagal ginjal berat, edema paru, dehidrasi berat, serta perdarahan intrakranial aktif (kecuali saat kraniotomi).	
Aspilet	1X1 tablet	PO	06.00/21 februari 2026	Indikasi: Digunakan sebagai antiplatelet untuk mencegah pembentukan trombus pada pasien dengan risiko penyakit kardiovaskular seperti stroke iskemik dan penyakit jantung koroner. Kontraindikasi: Tidak diberikan pada pasien dengan riwayat hipersensitivitas terhadap aspirin, ulkus peptikum aktif, gangguan perdarahan, serta pada pasien dengan asma yang	Dapat menyebabkan iritasi gastrointestinal, nyeri ulu hati, mual, perdarahan saluran cerna, serta reaksi alergi seperti ruam dan bronkospasme.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				dipicu oleh aspirin.	
Atorvastatin	1X20 mg	PO	06.00/21 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk menurunkan kadar kolesterol total dan LDL, serta mencegah kejadian kardiovaskular pada pasien dengan dislipidemia. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan penyakit hati aktif, peningkatan enzim hati yang tidak diketahui penyebabnya, serta pada ibu hamil dan menyusui.	Dapat menimbulkan nyeri otot (mialgia), peningkatan enzim hati, gangguan pencernaan, serta dalam kasus jarang dapat menyebabkan rhabdomyolisis.
Nacl	20 tpm			Indikasi: Digunakan sebagai terapi cairan untuk menggantikan kehilangan cairan dan elektrolit, serta sebagai pelarut obat intravena.	Dapat menyebabkan kelebihan cairan, edema, peningkatan tekanan darah, serta gangguan elektrolit bila diberikan secara berlebihan

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				Kontraindikasi: Tidak diberikan pada pasien dengan kelebihan cairan (overhidrasi), gagal jantung kongestif berat, atau hipernatremia.	
Citicolin	2X1 Ampul (500 mg/4ml)	IV	09.00/21 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk memperbaiki fungsi neurologis pada pasien dengan stroke, cedera otak, dan gangguan kognitif. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap citicoline.	Efek samping yang mungkin timbul meliputi sakit kepala, insomnia, mual, diare, serta perubahan tekanan darah.
Ranitidin	2X1 Ampul (50 mg/2ml)	IV	09.00/21 februari 2026	Indikasi: Digunakan untuk menurunkan produksi asam lambung pada kondisi seperti tukak lambung, gastritis, dan refluks	Dapat menyebabkan sakit kepala, konstipasi atau diare, pusing, serta dalam kasus jarang gangguan fungsi hati.

Jenis Terapi	Dosis	Rute	Waktu/ Tanggal pemberian	Indikasi/ kontraindikasi	Efek samping
				gastroesofageal (GERD). Kontraindikasi: Tidak diberikan pada pasien dengan hipersensitivitas terhadap ranitidin.	
Manitol	125 cc/ 12 jam	IV	09.00/21 februari 2026	Indikasi: Digunakan sebagai diuretik osmotik untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien dengan edema serebral serta menurunkan tekanan intraokular. Kontraindikasi: Tidak dianjurkan pada pasien dengan gagal ginjal berat, edema paru, dehidrasi berat, serta perdarahan intrakranial aktif (kecuali saat kraniotomi).	Dapat menyebabkan ketidakseimbangan cairan dan elektrolit, sakit kepala, mual, serta risiko edema paru.

B. Diagnosa keperawatan

1. Analisis data

Nama klien : Tn. D
 No rekam medik : 3047**
 Ruang rawat : Zam-zam 3

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: - Pasien mengatakan mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri - Pasien mengatakan aktivitasnya menjadi terbatas DO: - Kekuatan otot ekstremitas kiri atas 2/5 - Pasien belum mampu berjalan - Mobilisasi di tempat tidur masih dibantu - Aktivitas sehari-hari dibantu keluarga	Gangguan Mobilitas Fisik	Gangguan Neuromuskular
2.	DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri - Keluarga pasien mengatakan aktivitas pasien terbatas dan belum mampu berjalan - Keluarga pasien mengatakan pasien masih membutuhkan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari DO : - Usia pasien 70 tahun ($\geq$ 65 tahun) - Kekuatan otot ekstremitas atas kiri 2/5	Risiko jatuh	Kekuatan otot menurun

	- Pasien belum mampu berjalan - Mobilisasi terbatas di tempat tidur (bedrest) - Aktivitas dibantu oleh keluarga/perawat - Pasien dengan riwayat penurunan kesadaran (GCS sebelumnya 7) - Terpasang alat medis (NGT, kateter urin, infus) - Terpasang side rail/tempat tidur dengan pengaman kanan dan kiri (tali pengaman) - Pasien merupakan pindahan dari ruang HCU		
3.	DS: - DO: Hasil pemeriksaan : Head CT Scan Tampak <i>Lesi hipodens</i> pd <i>sun cotical lobus parietalis dextra</i>.denban densitas sesuai LCS Giry Tegas, Sulcy dalam Sistima Ventrikel & Fissura Silvii Lebar Struktura mediana tak deviasi KESAN : Phorencephali cystic sub cortocal lob us parietalis dextra	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Hipertensi

Atrofi Cerebri

TD : 160/70 mm/Hg

Nadi : 85 x/menit

RR : 20 x/menit

Suhu :36° c

SpO2 : 98 %

2. Perumusan dan prioritas masalah

Nama klien : Tn. D

No rekam medik : 3047**

Ruang rawat : Zam-zam 3

No DX	Diagnosa keperawatan	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi
I	Gangguan Mobilitas Fisik B.d Gangguan Neuromuskular D.d Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas,Kekuatan otot menurun,Rentang gerak (ROM) menurun	19 februari 2026	21 februari 2026
II	Risiko jatuh D.d kekuatan otot menurun	19 februari 2026	21 februari 2026
III	Risiko Perfusi Serebral tidak efektif D.d Hipertensi	19 februari 2026	21 februari 2026

C. Perencanaan keperawatan

Nama klien : Tn. D

No rekam medik : 3047**

Ruang rawat : Zam-zam 3

Tanggal	No DX	Tujuan & kriteria hasil	Rencana Tindakan	TTD
19 Februari 2026	I	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik	

-
- | | |
|--|--|
| 2. Kekuatan otot meningkat
3. Rentang gerak (ROM) meningkat | melakukan pergerakan
3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
Terapeutik
5. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
6. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
Edukasi
8. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
9. Anjurkan melakukan ambulasi dini |
|--|--|
-

19 Februari 2026	II	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil:	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi Terapeutik 3. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 4. Pasang handrail tempat tidur 5. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 6. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan
------------------------	----	--	--

				pantauan perawat dari nurse station 7. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 8. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 9. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat
19 Februari 2026	III	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat jatuh menurun, dengan kriteria hasil: 1. Sakit kepala menurun 2. Gelisah menurun 3. Tekanan intra kranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia,	

pola napas
ireguler,
kesadaran
menurun)

Terapeutik

3. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
 4. Berikan posisi semi fowler
 5. Pertahankan suhu tubuh normal
-

D. Implementasi keperawatan

Nama klien : Tn.D

No rekam medik : 3047**

Ruang rawat : Zam-zam 3

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
19 10.20 Februari 2026		I	1. Mengobservasi kekuatan otot dan tanda-tanda vital sebelum dilakukan ROM 2. Mengidentifikasi respon pasien sebelum dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa ekstremitas atas kiri sulit untuk digerakkan - Pasien belum bisa berjalan ataupun berpindah dari tempat tidurnya - Pasien mengatakan jika ekstremitas atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk digerakkan	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				dengan skala kekuatan otot 5 O: - Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan - TD : 150/80 mmHg - RR : 20x/mnt - N : 89x/mnt - S : 36,5°C - Spo2 : 98%	
			3. Menjelaskan tujuan dari prosedur Latihan <i>Range of Motion</i> (ROM) berupa	S: Pasien dan keluarga mengatakan paham dengan apa	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
			leaflet kepada pasien dan keluarga	yang disampaikan perawat O: Pasien dan keluarga tampak antusias mendengarkan dan menyimak apa yang dikatakan perawat	
10.25			4. Mendampingi dan melatih pasien mengenai gerakan ROM pasif	S: Pasien mengatakan tangan kiri masih berat untuk digerakkan dan akan mencoba latihan gerak secara mandiri dengan keluarga	
			5. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan kesembuhan pasien	O: - Pasien tampak sulit menggerakkan tangan kirinya	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				- Pasien mengikuti gerakan ROM - Keluarga pasien paham yang diajarkan perawat - Ekstremitas atas: Kekuatan otot gerak tangan kiri lemah dibandingkan tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri di skala 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan dan	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				tangan kanan dengan skala kekuatan otot 5 - Ekstremitas bawah: kekuatan otot gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak memiliki kelemahan gerak, skala kekuatan otot 5	
10.40			6. Mengobservasi kekuatan otot setelah dilakukan ROM 7. Mengidentifikasi respon pasien setelah dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa tangan kiri masih sulit untuk digerakkan. - Pasien mengatakan jika ekstremitas	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk digerakkan dengan skala kekuatan otot 5 O: Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan	
10.42			8. Mengidentifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi	S: Keluarga pasien mengatakan, pasien suka tiba-tiba memberontak dari tempat tidur O:	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
			9. Memastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci	Pasien terpasang restrain pada ekstremitas atas kanan dan kiri serta ekstremitas bawah kanan dan	
			10. Memasang handrail tempat tidur	kiri yang diikat pada sisi tempat tidur.	
			11. Mengatur tempat tidur mekanis pada posisi terendah		
			12. Menempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station		
10.50			13. Mengidentifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran	S: Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat jatuh	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				sebelum datang kerumah sakit O: - Pasien usia 70 Tahun - Pindahan dari HCU pada tanggal 17-18 februari 2026 karena penurunan kesadaran	
11.05			14. Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah	S: Keluarga pasien mengatakan memahami yang diajarkan perawat O:	
			15. Mengajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	Keluarga pasien tampak memperhatikan perawat yang sedang menjelaskan	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
11.15			16. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 17. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)	S: - O: Hasil pemeriksaan : Head CT Scan Tampak <i>Lesi hipodens</i> pd <i>subcortical lobus parietalis dextra</i>. densitas sesuai LCS Giry Tegas, Sulcy dalam Sistima Ventrikel & Fissura Silvii Lebar Struktura mediana tak deviasi KESAN : Phorencephali cystic subcortical lobus parietalis dextra Atrofi Cerebri TD : 140/70 mm/Hg	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				Nadi : 85 x/menit RR : 20 x/menit Suhu : 36° c SpO2 : 98 %	
			18. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 19. Berikan posisi semi fowler 20. Pertahankan suhu tubuh normal	S: Pasien mengatakan sudah nyaman dengan lingkungan dan posisi semi fowler O: - Pasien dengan suhu normal 36,5°C - Pasien dengan posisi semi fowler	
15.15			21. Mengobservasi kekuatan otot dan tanda-tanda vital sebelum dilakukan ROM 22. Mengidentifikasi respon pasien sebelum dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa ekstremitas atas kiri sulit untuk digerakkan. - Pasien belum bisa berjalan ataupun berpindah	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				dari tempat tidurnya - Pasien mengatakan jika ekstremitas atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk digerakkan dengan skala kekuatan otot 5 O: Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan. - TD : 153/80 mmHg - RR : 20x/mnt - N : 90x/mnt - S : 36,0°C - Spo2 : 97%	
15.20			23. Mendampingi dan melatih pasien mengenai gerakan ROM pasif 24. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan	S: Pasien mengatakan tangan kiri masih sulit untuk digerakkan dan akan mencoba latihan gerak	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
			kesembuhan pasien	secara mandiri dengan keluarga O: - Pasien tampak sulit menggerakkan tangan kirinya - Pasien mengikuti gerakan ROM - Keluarga pasien paham yang diajarkan perawat - Ekstremitas atas: Kekuatan otot gerak tangan kiri lemah dibandingkan tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri di skala 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan dan tangan kanan dengan skala kekuatan otot 5 - Ekstremitas bawah:	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				kekuatan otot gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak memiliki kelemahan gerak, skala kekuatan otot 5	
15.35			25. Mengobservasi kekuatan otot setelah dilakukan ROM 26. Mengidentifikasi respon pasien setelah dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa tangan kiri masih sulit untuk digerakkan. - Pasien mengatakan jika ekstremitas atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk digerakkan dengan skala kekuatan otot 5 O: Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
20 10.20 Februari 2026			1. Mengobservasi kekuatan otot dan tanda-tanda vital sebelum dilakukan ROM 2. Mengidentifikasi respon pasien sebelum dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa tangan kiri masih sulit untuk digerakkan. - Keluarga pasien mengatakan pasien sedikit sudah mencoba untuk duduk ditempat tidur dengan bersandar menggunakan bantal O: Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan. - TD : 147/80 mmHg - RR : 20x/mnt - N : 89x/mnt - S : 36,5°C - Spo2 : 97%	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
10.25			3. Mendampingi dan melatih pasien mengenai gerakan ROM pasif 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan kesembuhan pasien	S: Pasien mengatakan tangan kiri masih berat untuk digerakkan dan akan mencoba latihan gerak secara mandiri dengan keluarga O: - Pasien tampak sulit menggerakkan tangan kirinya - Pasien mengikuti gerakan ROM dengan baik - Keluarga pasien paham yang diajarkan perawat - Ekstremitas atas: Kekuatan otot gerak tangan kiri lemah dibandingkan tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri di skala 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				terbatas namun belum mampu melawan tahanan dan tangan kanan dengan skala kekuatan otot 5 - Ekstremitas bawah: kekuatan otot gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak memiliki kelemahan gerak, skala kekuatan otot 5	
10.40			5. Mengobservasi kekuatan otot setelah dilakukan ROM 6. Mengidentifikasi respon pasien setelah dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa tangan kiri masih sulit untuk digerakkan. - Pasien mengatakan jika ekstremitas atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk digerakkan dengan skala kekuatan otot 5	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				O: Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan	
15.10			7. Mengobservasi kekuatan otot dan tanda-tanda vital sebelum dilakukan ROM 8. Mengidentifikasi respon pasien sebelum dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa ekstremitas atas kiri sulit untuk digerakkan. - Pasien mengatakan jika ekstremitas atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk digerakkan dengan skala kekuatan otot 5 O: Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan.	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				- TD : 145/90 mmHg - RR : 20x/mnt - N : 87x/mnt - S : 36,5⁰C - Spo2 : 98%	
15.25			9. Mendampingi dan melatih pasien mengenai gerakan ROM pasif 10. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan	S: Pasien mengatakan tangan kiri masih sulit untuk digerakkan dan akan mencoba latihan gerak secara mandiri dengan keluarga O: - Pasien tampak menggerakkan tangan kirinya secara mandiri - Pasien mengikuti gerakan ROM dengan baik - Keluarga pasien paham yang diajarkan perawat - Ekstremitas atas: Kekuatan otot gerak tangan kiri lemah dibandingkan	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri di skala 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan dan tangan kanan dengan skala kekuatan otot 5 - Ekstremitas bawah: kekuatan otot gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak memiliki kelemahan gerak, skala kekuatan otot 5	
15.40			11. Mengobservasi kekuatan otot setelah dilakukan ROM 12. Mengidentifikasi respon pasien setelah dilakukan ROM	S: Pasien mengatakan bahwa tangan kiri masih sulit untuk digerakkan. O: Skala kekuatan otot 2 yaitu pasien mampu menggerakkan	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan	
21 10.15 Februari 2026		I	1. Mengobservasi kekuatan otot dan tanda-tanda vital sebelum dilakukan ROM 2. Mengidentifikasi respon pasien sebelum dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa tangan kiri sedikit sedikit bisa untuk digerakkan. - Keluarga pasien mengatakan pasien sedikit sedikit sudah mencoba untuk duduk ditempat tidur dengan bersandar menggunakan bantal - Pasien mengatakan jika ekstremitas atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk digerakkan dengan skala kekuatan otot 5	
				O:	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				Skala kekuatan otot 3 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan. - TD : 139/80 mmHg - RR : 20x/mnt - N : 89x/mnt - S : 36,5°C - Spo2 : 97%	
10.20			3. Mendampingi dan melatih pasien mengenai gerakan ROM pasif 4. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan kesembuhan pasien	S: Pasien mengatakan tangan kiri sudah bisa untuk digerakkan sedikit dan akan mencoba latihan gerak secara mandiri dengan keluarga O: - Pasien tampak menggerakkan tangan kirinya secara mandiri - Pasien mengikuti gerakan ROM dengan baik - Keluarga pasien paham	

Tgl	No D X	J a m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				yang diajarkan perawat - Ekstremitas atas: Kekuatan otot gerak tangan kiri lemah dibandingkan tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri di skala 3 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara aktif melawan gaya gravitasi, tetapi belum mampu melawan tahanan (resistensi) dari perawat dan tangan kanan dengan skala kekuatan otot 5 - Ekstremitas bawah: kekuatan otot gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak memiliki	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				kelemahan gerak, skala kekuatan otot 5	
10.35			5. Mengobservasi kekuatan otot setelah dilakukan ROM 6. Mengidentifikasi respon pasien setelah dilakukan ROM	S: Pasien mengatakan bahwa tangan kiri sedikit sedikit mampu untuk digerakkan. O: Skala kekuatan otot 3 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara aktif melawan gaya gravitasi, tetapi belum mampu melawan tahanan (resistensi) dari perawat	
15.15			7. Mengobservasi kekuatan otot dan tanda-tanda vital sebelum dilakukan ROM 8. Mengidentifikasi respon pasien sebelum dilakukan ROM	S: - Pasien mengatakan bahwa tangan kiri sedikit sedikit mampu untuk digerakkan. - Pasien mengatakan jika ekstremitas atas sebelah kanan dan ekstremitas bawah mampu untuk	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				digerakkan dengan skala kekuatan otot 5. O: Skala kekuatan otot 3 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan. - TD : 140/80 mmHg - RR : 20x/mnt - N : 87x/mnt - S : 36,5°C - Spo2 : 98%	
15.20			9. Mendampingi dan melatih pasien mengenai gerakan ROM pasif 10. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan kesembuhan pasien	S: Pasien mengatakan tangan kiri sudah bisa untuk digerakkan sedikit dan akan mencoba latihan gerak secara mandiri dengan keluarga O: - Pasien tampak menggerakkan tangan kirinya secara mandiri - Pasien mengikuti	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				gerakan ROM dengan baik - Keluarga pasien paham yang diajarkan perawat - Ekstremitas atas: Kekuatan otot gerak tangan kiri lemah dibandingkan tangan kanan, kekuatan otot tangan kiri di skala 3 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara aktif melawan gaya gravitasi, tetapi belum mampu melawan tahanan (resistensi) dari perawat dan tangan kanan dengan skala kekuatan otot 5. - Ekstremitas bawah: kekuatan otot	

Tgl	No D X	Ja m	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Formatif	TTD
				gerak tangan kanan dan kaki kanan tidak memiliki kelemahan gerak, skala kekuatan otot 5.	
15.35			11. Mengobservasi kekuatan otot setelah dilakukan ROM 12. Mengidentifikasi respon pasien setelah dilakukan ROM	S: Pasien mengatakan bahwa tangan kiri sedikit sedikit bisa untuk digerakkan dibuktikan dengan bisa mengangkat tangannya. O: Skala kekuatan otot 3 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara aktif melawan gaya gravitasi, tetapi belum mampu melawan tahanan (resistensi) dari perawat.	

E. Evaluasi keperawatan

Nama klien : Tn.D

No rekam medik : 3047**

Ruang rawat : Zam-zam 3

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
19 Februari	Gangguan mobilitas fisik	16.00	S: - Pasien mengatakan badannya masih terasa lemas. - Pasien mengatakan ekstremitas atas kiri sulit untuk digerakkan. - Pasien belum bisa berjalan ataupun berpindah dari tempat tidurnya. - Pasien mengatakan ekstremitas atas kanan dan ekstremitas bawah masih dapat digerakkan dengan baik. - Keluarga pasien mengatakan pasien belum pernah melakukan latihan <i>Range of Motion</i> (ROM) secara mandiri. O: - Pasien tampak lemah dan mengalami keterbatasan gerak pada ekstremitas atas kiri. - Kekuatan otot ekstremitas atas kiri skala 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan. - Kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan ekstremitas bawah skala 5.	

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
			- Pasien mengikuti latihan ROM dengan bantuan perawat. - Keluarga pasien tampak memahami latihan ROM yang diajarkan. - Tanda-tanda vital: TD 150/80 mmHg RR 20x/menit N 89x/menit S 36,5°C SpO2 98% A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan - Lanjutkan latihan ROM pasif secara bertahap. - Observasi kekuatan otot dan kemampuan mobilisasi pasien. - Libatkan keluarga dalam membantu latihan ROM. - Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan. - Anjurkan pasien melakukan latihan gerak sesuai toleransi.	
19 Februari 2026	Risiko Jatuh	11.10	S: - Keluarga pasien mengatakan pasien sudah lebih tenang dan tidak berusaha turun dari tempat tidur tanpa bantuan. - Keluarga pasien mengatakan memahami upaya	

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
			pencegahan risiko jatuh yang telah dijelaskan. O: - Pasien terpantau di tempat tidur dengan pengawasan keluarga. - Restrain terpasang sesuai indikasi pada ekstremitas pasien. - Tidak terjadi kejadian jatuh selama masa perawatan. - Keluarga tampak kooperatif dalam menjaga keselamatan pasien. - Pasien berusia 70 tahun dan memiliki keterbatasan mobilitas. A: Masalah Risiko Jatuh teratasi sebagian. P: Lanjutkan intervensi - Lanjutkan pemantauan risiko jatuh. - Pertahankan tindakan pencegahan jatuh. - Libatkan keluarga dalam pengawasan pasien. - Evaluasi kebutuhan restrain secara berkala.	
19 Februari 2026	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	12.05	S: - Pasien mengatakan merasa nyaman dengan posisi semi Fowler. - Keluarga pasien mengatakan kondisi pasien tampak lebih baik dibandingkan saat awal masuk rumah sakit.	

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
			O: - Kesadaran compos mentis (GCS 15). - TD: 135/70 mmHg. - Nadi: 85 x/menit. - RR: 20 x/menit. - Suhu: 36,5°C. - SpO₂: 98%. - Tidak ditemukan penurunan kesadaran selama observasi. - Hasil CT-Scan menunjukkan <i>lesi hipodens</i> pada sub cortical lobus parietalis dextra dan atrofi cerebri. A: Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Lanjutkan pemantauan status neurologis. - Monitor tanda-tanda vital secara berkala. - Pertahankan posisi semi Fowler sesuai toleransi pasien. - Kolaborasi pemberian terapi sesuai program medis. - Edukasi keluarga untuk melaporkan perubahan kondisi neurologis pasien.	
20 Februari 2026	Gangguan mobilitas fisik	16.10	S: - Pasien mengatakan tangan kiri masih sulit untuk digerakkan. - Keluarga pasien mengatakan pasien mulai mencoba duduk di tempat tidur dengan	

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
			bersandar menggunakan bantal. - Pasien mengatakan akan mencoba latihan gerak secara mandiri bersama keluarga. O: - Pasien tampak mulai mencoba menggerakkan tangan kiri secara mandiri. - Pasien mengikuti latihan ROM dengan baik. - Kekuatan otot ekstremitas atas kiri skala 2 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara terbatas namun belum mampu melawan tahanan. - Kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan ekstremitas bawah skala 5. - Keluarga pasien tampak memahami latihan ROM yang diajarkan. - Tanda-tanda vital: TD: 147/80 mmHg RR: 20x/menit N: 89x/menit S: 36,5°C SpO2: 97% A: Masalah gangguan mobilitas fisik belum teratasi, namun terdapat sedikit peningkatan kemampuan mobilisasi. P: Intervensi dilanjutkan	

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
			- Lanjutkan latihan ROM sesuai toleransi pasien. - Observasi peningkatan kekuatan otot pasien. - Libatkan keluarga dalam latihan mobilisasi pasien. - Anjurkan pasien latihan duduk secara bertahap. - Monitor kondisi umum dan tanda-tanda vital pasien.	
21 Februari 2026	Gangguan mobilitas fisik	16.05	S: - Pasien mengatakan tangan kiri sedikit demi sedikit sudah bisa digerakkan. - Keluarga pasien mengatakan pasien mulai mencoba duduk di tempat tidur dengan bersandar menggunakan bantal. - Pasien mengatakan akan mencoba latihan gerak secara mandiri bersama keluarga. - Pasien mengatakan ekstremitas atas kanan dan ekstremitas bawah dapat digerakkan dengan baik. O: - Pasien tampak mampu menggerakkan tangan kiri secara mandiri. - Pasien mengikuti latihan ROM dengan baik. - Kekuatan otot ekstremitas atas kiri	

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
			meningkat menjadi skala 3 yaitu pasien mampu menggerakkan anggota gerak secara aktif melawan gravitasi, tetapi belum mampu melawan tahanan. - Kekuatan otot ekstremitas atas kanan dan ekstremitas bawah skala 5. - Keluarga pasien tampak memahami dan membantu latihan ROM pasien. - Tanda-tanda vital: TD: 139/80 mmHg RR: 20x/menit N: 89x/menit S: 36,5°C SpO2: 97%. A: Masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian ditandai dengan peningkatan kekuatan otot ekstremitas atas kiri dari skala 2 menjadi skala 3. P: Intervensi dilanjutkan - Lanjutkan latihan ROM secara bertahap. - Tingkatkan latihan mobilisasi sesuai kemampuan pasien. - Libatkan keluarga dalam membantu latihan pasien. - Observasi perkembangan kekuatan otot dan kemampuan aktivitas pasien.	

Tgl	Diagnosa keperawatan	Jam	Evaluasi sumatif	TTD
			- Monitor tanda-tanda vital dan toleransi pasien selama latihan.	

Lampiran 9. Dokumentasi Kegiatan Penelitian

19 februari 2026





20 Februari 2026



21 Februari 2026



17/4-2026	acc proposal, lanjut ambil data.	PRM
13/5-2026	Askep dilebalkan di lampiran. Bab 3 → hasil dibuat sesuai tujuan khusus → pembahasan hasil dgn bab 2	PRM
3/6-2026	Hasil → tabel 4.1 → sebelum tabel 4.1 dijelaskan kengerahan yg sudah diajarkan pd pasien	PRM
9/6-2026	1) Pembahasan → tulis lebih singkat; berisi penjelasan / perbandingan hasil dgn teori / penelitian lain yg sejenis	PRM
18/6-2026	Hasil diperbaiki di point 2. → Kesimpulan sesuai dgn tujuan khusus. (3 + 'akut).	PRM
24/6-2026	Abstrak, Kata pengantar, COVER, dll.	PRM
26/6-2026	acc sidang TA.	PRM

FORM BIMBINGAN
TUGAS AKHIR PEMBIMBING 2

Identitas Mahasiswa:

Nama : Reva Amalia Najwa

NIM : 23130086

Judul TA : IMPLEMENTASI LATIHAN RANGE OF MOTION (ROM)

DALAM MENINGKATKAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE
NON HEMORAGIK DIRSI PERU MUHAMMADIYAH KAS TELUK

Identitas Pembimbing 2:

Nama : Ns. Yudha Prasetya S.kep

NIDN :

Hari/Tgl	Materi Konsultasi	Paraf Pembimbing 2
11/25 12	KONSUL judul	
27/25 12	BAB 1 BAB 2	
2/24 12	PERBAIKAN BAB 1 & BAB 2	
18/24 12	PERBAIKAN BAB 3 lanjut BAB 4	

21/24 03	ACC PROPOSAL.	<i>Mudju</i>
18/6.2026	Gumbaran Bab IV dan V. - Perbaikan Penulisan hasil - Perbaikan Pembahasan	<i>Mudju</i>
26/6.2026.	Perbaikan Penulisan dan bab IV bab V	<i>Mudju</i>
26/6.2026.	ACC Ujian Hasil.	<i>Mudju</i>

Lampiran 8: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

K.P2M.PHB.04.b.5.e.3	
Revisi: 01	November 2020



LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
TAHUN AKADEMIK

Nama Mahasiswa : Rera Amalia Nazwa
NIM : 23130086
Jenis Tugas Akhir : KTI/ Tim Riset Dosen /Publikasi
Judul TA : Implementasi Action Renge of Motion dalam meningkatkan Edukasi
Orta pada pasien stroke non hipertensi di RS PKH Kluwung Kabupaten Tegal
Ketua/Penguji 1/Penguji 2 : Irama Maulida S.E.M.M. Ed

NO.	REVISI	TANGGAL	TANDA TANGAN
	Revisi tambahan hubungan Pam dg informasi obat	ke 3/11	

Tegal, 09. Juli 2020

Mahasiswa,

(Rera Amalia Nazwa)

NIM 23130086

*Coret salah satu

Lampiran 8: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

JK.P2M.PHB.04.b.5.e.3	
Revisi: 01	November 2020



LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
TAHUN AKADEMIK

Nama Mahasiswa : Rexa Annisa Najwa
NIM : 25130086
Jenis Tugas Akhir : KTI/Tim Riset Dosen/Publikasi
Judul TA : Implantasi latihan range of motion dalam meningkatkan
kegiatan otot pada pasien stroke non hemiparese di R.P.Ku
Ketua / Penguji 1 / Penguji 2 : Dr. Sandra Andika M.Kep. *Muhammad*
Kabupaten
Tegal

NO.	REVISI	TANGGAL	TANDA TANGAN
1.	Perbaikan terkait teori keawatan otak dan penulisan sudah dilakukan <i>Ace</i>	18 Juli 2026	<i>Ch</i>

Tegal, 10. Juli 2026

Mahasiswa,

(*Rexa Annisa Najwa*)NIM 25130086

*Coret salah satu

Lampiran B: Form Revisi Naskah Tugas Akhir

K.P2M.PHB.04.b.5.e.3

Revisi: 01 November 2020



LEMBAR REVISI UJIAN TUGAS AKHIR (TA)
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HARKAT NEGERI
TAHUN AKADEMIK 2019/2020

Nama Mahasiswa : Prita Amalia Nugraha
NIM : 23130086
Jenis Tugas Akhir : KTI/ Tim Riset Dosen/ Publikasi
Judul TA : Implementasi Caring Tangge di Rumah dalam meningkatkan ketahanan jiwa pasien stroke non iskemik di RS Pratiwi Mukti Mataram Kabupaten Tegal
Ketua / Penguji 1/ Penguji 2 : NS. AG. Randa K.

NO.	REVISI	TANGGAL	TANDA TANGAN
	Revisi: Curat peyitiran B mewujudkan psm dg beasiswa GK	24/11/20	

Tegal, 24/11/2020

Mahasiswa,

(Prita Amalia Nugraha)
NIM 23130086

*Coret salah satu