

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada 2 kelolaan, pasien pertama dengan inisial Ny.S dan pasien kedua dengan inisial Ny.K. Kedua pasien kelolan memiliki riwayat penyakit stroke dengan gangguan mobilitas fisik di Panti Disabilitas *Mizuho Oozora*, Osaka. Pengkajian dilakukan pada tanggal 09 Desember 2025 yang telah dijabarkan Dalam data sebagai berikut :

1. Data biografi

Pasien 1	Pasien 2
Nama inisial Ny. S berusia 40 tahun berjenis kelamin perempuan yang beralamat di Minowa, Kota Toyonaka, Osaka memiliki diagnosa medis Stroke. Pendidikan yang terakhir ditempuh adalah SMA dan berstatus belum menikah. Penampilan pasien 1 tampak ada alergi pada sekitar wajah. Pasien 1 memiliki penanggung jawab yaitu Ayah pasien berinisial Tn.B	Nama inisial Ny. K berusia 46 tahun berjenis kelamin perempuan yang beralamat di Minowa, Kota Toyonaka, Osaka memiliki diagnosa medis Stroke. Pendidikan yang terakhir ditempuh adalah SMA dan berstatus belum menikah. Penampilan pasien 2 tampak bersih dan rapi. Pasien 2 memiliki penanggung jawab yaitu Ayah pasien berinisial Tn.D
Keluhan Utama	
Pasien mengalami kelemahan ekstremitas atas dan bawah sejak stroke sejak 3 tahun lalu sehingga aktivitas sehari-hari dibantu penuh oleh caregiver.	Pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas bawah bilateral sehingga mengalami keterbatasan mobilitas dan membutuhkan bantuan penuh dalam aktivitas sehari-hari

2. Riwayat Penyakit Sekarang

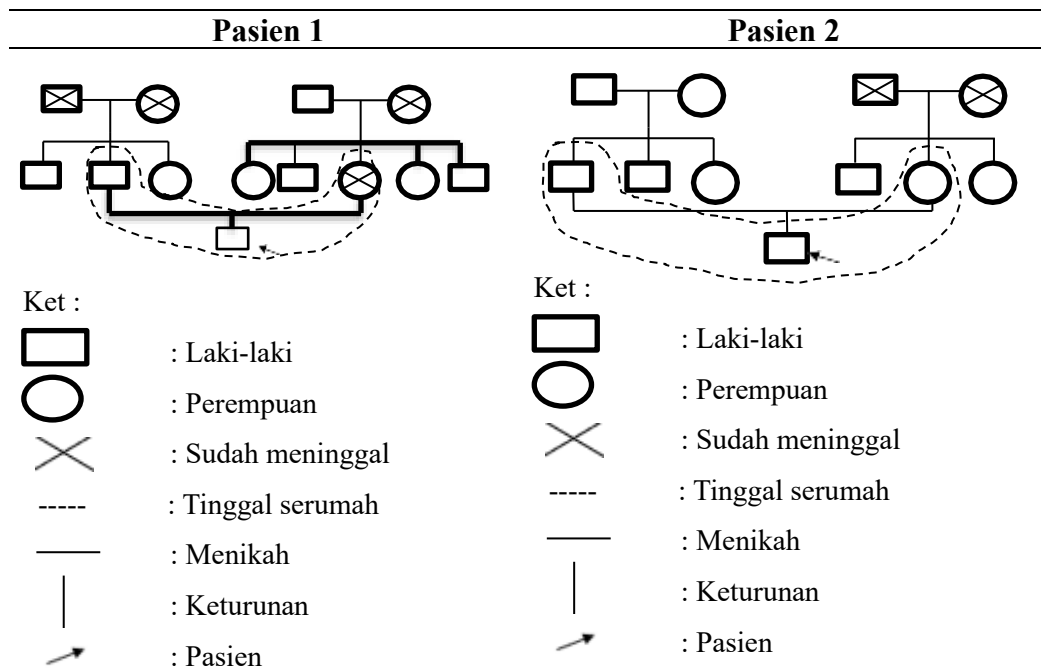
Pasien 1	Pasien 2
Pasien mempunyai riwayat stroke sejak 3 tahun yang lalu. Menurut keterangan caregiver, setelah mengalami serangan stroke pasien kelemahan pada kedua ekstremitas	Pasien mempunyai riwayat stroke sejak 2 tahun yang lalu. Setelah serangan stroke, pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas bawah kanan dan kiri. Pasien mengalami

atas dan bawah sehingga aktivitas sehari – hari menjadi sangat terbatas. Pasien mengalami kesulitan dalam melakukan pergerakan secara mandiri, termasuk makan, berpindah posisi dan perawatan diri sehingga seluruh aktivitas dibantu oleh caregiver di Panti.	keterbatasan dalam melakukan aktivitas sehari-hari sehingga membutuhkan bantuan penuh dari caregiver. Saat ini pasien masih mampu merespon menggunakan komunikasi non-verbal seperti anggukan kepala, kontak mata, ekspresi wajah, dan menunjuk ke arah tertentu.
--	---

3. Riwayat Penyakit terdahulu

Pasien 1	Pasien 2
Menurut informasi dari caregiver, pasien memiliki riwayat stroke sekitar 3 tahun yang lalu yang menyebabkan gangguan mobilitas fisik pada ekstremitas atas dan bawah. Sejak kejadian stroke tersebut pasien mengalami penurunan kemampuan aktivitas secara bertahap dan bergantung penuh pada bantuan orang lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.	Pasien memiliki riwayat stroke sejak 2 tahun yang lalu. Sebelum mengalami stroke, pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Setelah serangan stroke, pasien mengalami penurunan kekuatan otot dan keterbatasan mobilitas. Tidak terdapat riwayat trauma pada ekstremitas. Pasien menjalani rehabilitasi dan latihan mobilisasi secara bertahap.

4. Riwayat Keluarga



Keterangan :
 Pasien merupakan anak tunggal perempuan, Ibu pasien sudah meninggal 1 tahun yang lalu, pasien kini tinggal bersama ayahnya.

Keterangan :
 Pasien merupakan anak satu-satunya, pasien tinggal bersama kedua orangtuanya.

5. Riwayat Pekerjaan

Pasien 1	Pasien 2
Pasien tidak bekerja karena dari kecil sudah mengidap disabilitas intelektual	Pasien tidak bekerja karena dari kecil sudah mengidap disabilitas intelektual

6. Riwayat Lingkungan Hidup

Pasien 1	Pasien 2
Pasien tinggal di Minowa, Kota Toyonaka, Osaka bersama keluarga. Setiap hari pasien dititipkan di panti Disabilitas Misuho Oozora lantai 1. Di lantai 1 terdapat 6 orang pasien yang juga dititipkan dipanti. Lingkungan panti	Pasien tinggal di Juso, Kota Toyonaka, Osaka bersama keluarga. Setiap hari jumat pasien dititipkan di Panti Disabilitas Mizuho Oozora lantai 1. Lingkungan panti tampak bersih, aman serta jauh dari paparan polusi berat. Keluarga pasien juga selalu menjaga kebersihan pasien.

tampak bersih, aman dan memiliki ventilasi serta pencahayaan yang cukup.

7. Riwayat Rekreasi

Pasien 1	Pasien 2
Sebelum sakit, pasien sering diajak jalan-jalan ke taman bersama keluarga untuk sekedar berkumpul dan mengobrol bersama. Namun, sejak mengalami stroke 6 bulan terakhir, pasien tidak mampu melakukan aktivitas rekreasi secara mandiri. Saat ini pasien hanya mampu menikmati hiburan seperti menonton televisi di Panti.	Keseharian pasien selalu dirumah, hanya pada hari Jumat pasien dititipkan di Panti. Karena keterbatasan mobilitas terkadang pasien diajak jalan-jalan disekitar taman dekat rumah oleh Ibu pasien.

8. Sistem Pendukung

Pasien 1	Pasien 2
Pasien memiliki sistem pendukung utama yaitu keluarga, khususnya ayah pasien sebagai penanggung jawab. Keluarga berperan aktif dalam perawatan pasien termasuk aktivitas sehari-hari, serta pemenuhan kebutuhan dasar.	Pasien memiliki Keluarga sebagai orang terdekat yang selalu mendukungnya. Keluarga selalu peduli dan berperan aktif dalam perawatan pasien termasuk aktivitas sehari-hari dan selalu memantau kondisi kesehatan pasien.

9. Sistem Kesehatan

Pasien 1	Pasien 2
Pasien memiliki riwayat stroke. Pasien mengatakan tidak memiliki alergi apapun.	Pasien memiliki riwayat stroke. Pasien mengatakan memiliki alergi dingin dan debu.

10. Aktivitas Hidup Sehari-Hari

Pasien 1	Pasien 2
Activity Daily Living (ADL) seperti makan, BAB, BAK, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian pasien dibantu oleh perawat.	Activity Daily Living (ADL) seperti BAB, BAK, berpindah, ke kamar kecil, berpakaian pasien masih dibantu oleh perawat, namun untuk makan pasien perlu bantuan sebagian.

11. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-Hari

Pasien 1	Pasien 2
a. Oksigenasi Pasien tidak ada keluhan mengenai pernapasannya, jarang sesak dan tidak ada riwayat penyakit pada sistem pernapasan. Pernapasan tampak baik, irama normal, tidak ada bunyi napas tambahan, respirasi normal 20x/menit. b. Cairan dan elektrolit Pasien minum ocha berry 2-3 kali dalam sehari dan tidak pernah mengalami dehidrasi. c. Nutrisi Pasien makan 2 kali dalam sehari di Panti, porsi makan cukup dan sesuai aturan panti, pasien tampak makan dengan lahap dan selalu habis. BB : 37 kg, TB : 148 cm, IMT : 16,89 (kurus). d. Eliminasi Pasien BAK setiap 3-4 kali dalam sehari dengan menggunakan pampers yang diganti setiap 4 jam sekali. e. Aktivitas Kegiatan pasien sehari-hari hanya berdiam diruangan menonton televisi. Aktivitas harian seperti berpindah, BAK, BAB, perawatan diri, makan lainnya pasien masih dibantu oleh care giver di Panti. f. Istirahat dan tidur Pasien tidak ada gangguan dalam istirahat dan tidur, tidur pasien teratur selama 6-8 jam sehari dimulai dari jam 21.00-05.00 JST. Pasien juga tidur siang 1-2 jam sehari. g. Personal hygiene Pasien tampak tidak ada masalah pada personal hygiene. Pasien tampak rapi, bersih, tidak bau, tidak kotor dan kebersihan diri baik. h. Seksual Tidak terkaji i. Rekreasi	a. Oksigenasi Pasien tidak ada keluhan mengenai pernapasannya, jarang sesak dan ada riwayat penyakit pada sistem pernapasan. Pernapasan tampak baik, irama normal, tidak ada bunyi napas tambahan, respirasi normal 22x/menit. b. Cairan dan elektrolit Pasien minum ocha minum ocha 3-4 gelas dalam sehari. Pasien tampak tidak pernah mengalami dehidrasi. c. Nutrisi Pasien makan 2 kali dalam sehari, pasien selalu makan dengan lahap dan selalu menghabiskan makanan. Pada sore hari sebelum makan malam, pasien selalu diberi cemilan berupa roti dan jus apel. BB : 70 kg, TB : 177 cm, IMT : 22,3 (normal). d. Eliminasi Pasien BAK setiap 2-3 kali dalam sehari, pasien dibantu untuk mobilisasi ke kamar mandi setiap 4 jam sekali. e. Aktivitas Keseharian pasien hanya berdiam diri dirumah, terkadang pasien diajak ke taman dekat rumah. Aktivitas harian seperti mandi, BAK, BAB, berjalan atau berpindah serta merawat diri sepenuhnya dibantu oleh kedua orang tua dan care giver di Panti. f. Istirahat dan tidur Pasien tidak ada gangguan tidur, tidur pasien teratur selama 6-8 jam sehari dimulai dari jam 20.00-06.00 JST. g. Personal hygiene Pasien tampak tidak ada masalah pada personal hygiene. Pasien tampak rapi, bersih, tidak bau, tidak kotor dan kebersihan diri baik. h. Seksual Tidak terkaji i. Rekreasi

Pasien tidak pernah keluar untuk berekreasi. Pasien hanya dititipkan di Panti pada pagi hari dan pulang kerumah pada sore hari. Jika ada kegiatan yang diadakan oleh Panti, pasien juga ikut berpartisipasi dalam kegiatan tersebut.

j. Psikologis

Pasien tampak tidak menunjukkan raut wajah gelisah atau stres. Pasien tidak tampak tanda-tanda psikologis yang mengkhawatirkan.

1) Persepsi pasien

Pasien tampak memperhatikan lingkungan sekitar, sesekali melakukan kontak mata, dan menunjukkan respons terhadap rangsangan seperti sentuhan atau suara. Pasien tampak tenang saat diberikan tindakan, namun kadang menunjukkan ekspresi bingung.

2) Konsep diri

Berdasarkan informasi dari caregiver, sebelum sakit pasien adalah individu yang mandiri. Saat ini pasien tampak menerima bantuan dalam perawatan diri dan tidak ada tanda-tanda penolakan.

3) Emosi

Keadaan emosi pasien dinilai melalui observasi. Pasien tampak sering melamun dan lebih sering tertidur. Pada situasi tertentu pasien sering menunjukkan respon dengan tersenyum lebar dan tertawa. Respons terhadap interaksi terbatas, namun pasien masih menunjukkan reaksi terhadap sentuhan atau kehadiran orang lain.

4) Adaptasi

Kemampuan adaptasi pasien terhadap kondisi penyakit dinilai dari perilaku sehari-hari. Pasien tampak mulai menyesuaikan diri dengan lingkungan perawatan, ditunjukkan dengan sikap lebih tenang saat dilakukan tindakan keperawatan. Namun pasien masih menunjukkan ketergantungan penuh pada orang lain dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari.

Keseharian pasien selalu dirumah, hanya pada hari Jumat pasien dititipkan di Panti. Karena keterbatasan mobilitas terkadang pasien diajak jalan-jalan disekitar taman dekat rumah oleh Ibu pasien.

j. Psikologis

Pasien tampak tenang tanpa menunjukkan ekspresi cemas atau stres. Tidak ditemukan tanda-tanda gangguan psikologis yang menonjol selama proses pengkajian.

a. Persepsi pasien

Pasien menyadari keberadaan lingkungan sekitar, ditunjukkan dengan kontak mata sesekali dan respons terhadap rangsangan seperti suara maupun sentuhan. Pasien terlihat tenang saat dilakukan tindakan.

b. Konsep diri

Saat ini pasien tampak menerima kondisi ketergantungan tanpa adanya tanda penolakan saat dibantu dalam perawatan diri.

c. Emosi

Pasien tampak lebih banyak diam, sering terlihat melamun. Meskipun interaksi terbatas, pasien masih memberikan respons terhadap rangsangan dari lingkungan sekitar.

d. Adaptasi

Kemampuan adaptasi pasien terhadap kondisi penyakit dinilai cukup baik secara bertahap. Pasien kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan.

e. Mekanisme pertahanan diri

Pasien menunjukkan ketergantungan pada keluarga dan caregiver dalam menghadapi kondisi saat ini. Tidak ditemukan tanda-tanda perilaku agresif maupun penolakan terhadap tindakan atau lingkungan sekitar.

5) Mekanisme pertahanan diri
Mekanisme pertahanan diri pasien dinilai melalui perilaku nonverbal. Pasien cenderung pasif, menunjukkan ketergantungan pada keluarga dan caregiver. Tidak tampak adanya perilaku agresif ataupun penolakan dari pasien.

12. Tinjauan system

Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Keadaan Umum
Tingkat kesadaran : Composmentis	Tingkat kesadaran : Composmentis
GCS : 15 (E4V5M6)	GCS : 15 (E4V5M6)
Tanda-tanda vital :	Tanda-tanda vital :
Suhu : 36,5°C	Suhu : 36,5°C
Nadi : 70x/menit	Nadi : 88x/menit
Respirasi : 22x/menit	Respirasi : 20x/menit
Tekanan darah : 126/88 mmHg	Tekanan darah : 120/70 mmHg
a. Kepala	a. Kepala
Bentuk kepala simetris, tidak terdapat luka/ benjolan. Rambut tampak bersih dan tidak rontok berlebihan. Tidak ditemukan tanda trauma pada kepala.	Bentuk kepala simetris, tidak terdapat luka/ benjolan. Rambut tampak bersih dan tidak rontok berlebihan. Tidak ditemukan tanda trauma pada kepala
b. Mata- Telinga- Hidung	b. Mata- Telinga- Hidung
1) Penglihatan	1) Penglihatan
Pasien tampak mampu membuka mata, melakukan kontak mata, dan mengikuti arah gerakan objek secara terbatas.	Pasien tampak mampu membuka mata, melakukan kontak mata, dan mengikuti arah gerakan objek secara terbatas.
2) Pendengaran	2) Pendengaran
Pasien tampak bereaksi terhadap suara, seperti menoleh atau membuka mata saat dipanggil, menunjukkan fungsi pendengaran masih ada.	Pasien tampak bereaksi terhadap suara, seperti menoleh atau membuka mata saat dipanggil, menunjukkan fungsi pendengaran masih ada.
3) Hidung, pembau	3) Hidung, pembau
Tidak terdapat sekret, bentuk hidung simetris, dan tidak ada tanda sumbatan. Fungsi pembauan tidak dapat dikaji secara langsung karena keterbatasan komunikasi.	Tidak terdapat sekret, bentuk hidung simetris, dan tidak ada tanda sumbatan. Fungsi pembauan tidak dapat dikaji secara langsung karena keterbatasan komunikasi.
c. Leher	c. Leher
Leher tampak simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maupun vena jugularis. Tidak ditemukan kekakuan leher.	Leher tampak simetris, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid maupun vena jugularis. Tidak ditemukan kekakuan leher.
d. Dada dan punggung	d. Dada dan punggung
	1) Paru-paru

1) Paru-paru Frekuensi napas dalam batas normal/meningkat ringan, pola napas teratur. Tidak tampak penggunaan otot bantu napas. Bunyi napas vesikuler, tidak terdengar bunyi tambahan. 2) Jantung Irama jantung teratur, tidak terdengar murmur. Nadi teraba cukup kuat dan teratur. e. Abdomen dan pinggang 1) Sistem pencernaan Abdomen datar, tidak tampak ada pembengkakan, bising usus terdengar normal, tidak tampak tanda nyeri tekan. 2) Sistem genetaurinauriue Produksi urin 3-4x ganti pampers, warna kuning jernih. Tidak tampak tanda infeksi. BAB setiap 1- 2x dalam sehari, konsistensi padat, warna kecoklatan. f. Ekstremitas atas dan bawah Terjadi kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah, tidak ada varises, tidak ada edema, ROM terbatas, akral hangat, CRT <2 detik, kuku bersih, kekuatan otot : 2222 2222 1111 1111 g. Sistem immune Tidak tampak tanda infeksi seperti demam, luka, atau peradangan. Kondisi umum cukup stabil. h. Genetalia Tidak terdapat kelainan secara fisik, kebersihan area genetalia dibantu oleh caregiver. Tidak tampak tanda infeksi. i. Reproduksi Pasien mengalami menstruasi yang jarang dan tidak teratur, periode menstruasi yang tidak teratur, bisa lebih dari 35 hari atau bahkan 2 bulan sekali. j. Persarafan Kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah. Kekuatan otot menurun 2/5, pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas secara aktif dan memerlukan bantuan dalam mobilisasi.	Frekuensi napas dalam batas normal/meningkat ringan, pola napas teratur. Tidak tampak penggunaan otot bantu napas. Bunyi napas vesikuler, tidak terdengar bunyi tambahan. 2) Jantung Irama jantung teratur, tidak terdengar murmur. Nadi teraba cukup kuat dan teratur. e. Abdomen dan pinggang 1) Sistem pencernaan Abdomen datar, tidak tampak ada pembengkakan, bising usus terdengar normal, tidak tampak tanda nyeri tekan. 2) Sistem genetaurinauriue Produksi urin 500-1000ml, frekuensi 2-3x ke kamar mandi, warna kuning jernih. Tidak tampak tanda infeksi. BAB setiap 1- 2x dalam sehari, konsistensi padat, warna kecoklatan. f. Ekstremitas atas dan bawah Terjadi kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah, tidak ada varises, tidak ada edema, ROM terbatas, akral hangat, CRT <2 detik, kuku bersih, kekuatan otot : 3333 3333 1111 1111 g. Sistem immune Tidak tampak tanda infeksi seperti demam, luka, atau peradangan. Kondisi umum cukup stabil. h. Genetalia Tidak terdapat kelainan secara fisik, kebersihan area genetalia dibantu oleh caregiver. Tidak tampak tanda infeksi. i. Reproduksi Pasien mengalami menstruasi yang teratur. Siklus menstruasi 30 hari, lama menstruasi 5-6 hari. j. Persarafan Kelemahan pada kedua ekstremitas bawah. Kekuatan otot menurun 2/5, pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas secara aktif dan memerlukan bantuan dalam mobilisasi. k. Pengecapan
---	--

k. Pengecapan	Tampak tidak ada gangguan, pasien masih dapat menerima makanan dan minuman dengan bantuan.
---------------	--

13. Data penunjang

Pasien 1	Pasien 2
Tidak ada	Tidak ada

B. Analisis Data

Tabel 3
Analisis Data Asuhan Keperawatan pada Pasien Stroke Di Panti
Disabilitas *Mizuho Oozora*, Gedung Minori, Osaka

Pasien	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS : - Caregiver mengatakan pasien mengalami gangguan pada ekstremitas atas dan bawah sejak 2 tahun terakhir - Caregiver menyatakan pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri - Caregiver mengatakan pasien bergantung pada bantuan orang lain untuk makan, berpindah posisi, dan perawatan diri - Caregiver menyebutkan kekuatan genggamannya pasien lemah dan perlu bantuan untuk mempertahankan atau melepaskan genggamannya	Stroke ↓ Kerusakan neuron motoric ↓ Kekuatan otot melemah ↓ Hemiplegia ↓ Penurunan kemampuan gerak ↓ Tidak mampu mobilisasi secara mandiri	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

	DO : - Pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah sejak 2 bulan terakhir - Tidak mampu mobilitas secara mandiri - Aktivitas sehari-hari bergantung pada bantuan - Kekuatan otot lemah - Pasien hanya mampu menggenggam dengan bantuan dan tidak dapat mempertahankan genggamannya dengan baik	↓ Gangguan Mobilitas Fisik	
2	DS : - Caregiver mengatakan pasien mengalami kelemahan pada anggota gerak sejak 1 tahun terakhir - Caregiver mengatakan pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri - Pasien hanya mampu merespon menggunakan isyarat (anggukan, menunjuk) - Caregiver menyatakan pasien membutuhkan bantuan sebagian dalam aktivitas sehari-hari DO : - Terdapat gangguan mobilitas pada ekstremitas bawah bilateral dan ekstremitas atas kiri - Kekuatan otot lemah - Genggaman tangan lemah, hanya bertahan 5–10 menit	Stroke ↓ Kerusakan neuron motoric ↓ Kekuatan otot melemah ↓ Hemiplegia ↓ Penurunan kemampuan gerak ↓ Tidak mampu mobilisasi secara mandiri ↓	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

- Pasien tampak membutuhkan bantuan total dalam aktivitas sehari-hari (ADL)	Gangguan Mobilitas Fisik
---	--------------------------

C. Diagnosa Keperawatan/ Prioritas

Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah, kekuatan genggam tangan pasien tampak lemah, pasien tampak keterbatasan dalam melakukan mobilisasi, pasien tampak ketergantungan untuk melakukan aktivitas sehari-hari (ADL).

D. Perencanaan Keperawatan

Berikut merupakan intervensi yang dirancang untuk mengatasi masalah yang dijelaskan seperti tabel 4

Tabel 4
Intervensi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Di Panti
Disabilitas Mizuho Oozora, Gedung Minori, Osaka

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
1	2	3
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan kelemahan pada ekstremitas atas dan bawah, kekuatan genggam tangan pasien tampak lemah, pasien tampak keterbatasan dalam melakukan mobilisasi, pasien tampak ketergantungan untuk	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 45 menit dalam 6 kali pertemuan diharapkan Mobilitas Fisik (L.05042) meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5)	Intervensi Utama Dukungan Mobilitas (I.05173) Observasi 1. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik

melakukan aktivitas sehari-hari (ADL).	4. Gerakan menurun (5)	terbatas	1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: kursi roda)
Edukasi			
1. Anjurkan mobilisasi dini (mis: latihan gerak anggota tubuh secara pasif dan aktif)			
Intervensi Pendukung Latihan Rentang Gerak (I.05177)			
Observasi			
1. Identifikasi keterbatasan pergerakan sendi			
Terapeutik			
1. Fasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif			
2. Lakukan gerakan pasif dengan bantuan			
3. Berikan dukungan positif pada saat melakukan latihan gerak sendi			
Edukasi			
1. Ajarkan rentang gerak aktif (menggenggam benda berbentuk lonjong)			

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan sebanyak 6 kali dalam 45 menit pemberian asuhan keperawatan selama 6 hari berturut-turut sesuai dengan intervensi yang telah ditetapkan sebelumnya dengan memfokuskan kepada pemberian Latihan ROM aktif menggunakan *Yadokari no omocha*. Implementasi keperawatan dimulai dari tanggal 8 Desember sampai 13 Desember 2025 yang dijabarkan seperti tabel 5

Tabel 5
Implementasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Di Panti Disabilitas
Mizuho Oozora, Gedung Minori, Osaka

Hari/ Tanggal	Implementasi	Respon		Paraf
		Pasien 1	Pasien 2	
1	2	3	4	5
Senin, 8 Desember 2025 Pukul 09.30 JST	- Melakukan pengkajian data - Menanyakan keluhan yang dirasakan saat ini - Membina hubungan saling percaya	DS : - Caregiver mengatakan pasien mengalami gangguan pada ekstremitas atas dan bawah sejak 2 tahun terakhir - Caregiver menyebutkan kekuatan genggamannya pasien lemah dan perlu bantuan untuk mempertahankan atau melepaskan genggamannya DO :	DS : - Caregiver mengatakan pasien mengalami gangguan pada ekstremitas bawah sejak 1 tahun terakhir - Caregiver menyebutkan kekuatan genggamannya pasien lemah DO : - Pasien tampak membutuhkan bantuan total untuk ADL - Pasien tampak merespon pertanyaan dengan kontak	 Galuh

			- Pasien tampak membutuhkan bantuan total untuk ADL - Pasien tampak merespon pertanyaan dengan kontak mata dan ekspresi wajah	mata dan ekspresi wajah	
Pukul 09.35 JST	- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi	DS : - Pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri - Pasien membutuhkan bantuan untuk makan, berpindah dan perawatan diri	DS : - Pasien tidak mampu melakukan aktivitas secara mandiri - Pasien membutuhkan bantuan untuk makan, berpindah dan perawatan diri	 Galuh	
		DO : - Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah lemah - ADL dibantu total - ROM terbatas pada ekstremitas - Pasien tidak mampu mempertahankan posisi tanpa bantuan	DO : - Kekuatan otot ekstremitas bawah lemah - ADL dibantu total - ROM terbatas pada ekstremitas		
Pukul 09.45 JST	- Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: kursi roda) - Mengajukan mobilisasi dini	DS : - Pasien menggunakan kursi roda untuk mobilisasi - Caregiver mengatakan belum rutin	DS : - Pasien menggunakan kursi roda untuk mobilisasi - Caregiver mengatakan	 Galuh	

		(mis: latihan gerak anggota tubuh secara pasif dan aktif)	mengajarkan pasien melakukan latihan ROM	belum rutin mengajarkan pasien melakukan latihan ROM	
			DO :		
			- Pasien tampak kesulitan melakukan mobilisasi mandiri	DO : - Pasien tampak kesulitan melakukan mobilisasi mandiri	
			- Tampak pergerakan ekstremitas terbatas	- Tampak pergerakan ekstremitas terbatas	
			- Pasien tampak kaku		
Pukul 10.00 JST	-	Mengidentifikasi keterbatasan pergerakan sendi	DS : - Caregiver mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan sendi secara aktif	DS : - Caregiver mengatakan respon pasien aktif tetapi tidak dapat mempertahankan secara mandiri	 Galuh
	-	Memfasilitasi mengoptimalkan posisi tubuh untuk pergerakan sendi yang aktif dan pasif	DO : - Pasien tampak tidak mampu melakukan gerak aktif - Pergerakan dilakukan secara pasif dibantu oleh caregiver - Pasien tampak menggunakan bantal untuk mempertahankan posisi	DO : - Pergerakan dibantu sebagian oleh caregiver	
Pukul 10.15 JST	-	Melakukan gerakan pasif dengan bantuan	DS : - DO :	DS : - DO :	 Galuh
	-	Mengajarkan rentang gerak	- Pasien tampak mampu	- Pasien tampak mampu	

	aktif (menggenggam <i>Yadokari no omocha</i>) dengan durasi 30 menit	- Kekuatan genggaman tampak lemah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala selama 2-3 menit lalu berhenti	menggenggam dengan bantuan (aktif) - Kekuatan genggaman tampak lemah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala selama 1 menit lalu berhenti	
	- Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan ROM	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak berinteraksi	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak berinteraksi	 Galuh
		DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata saat diajak komunikasi - Ekspresi wajah tampak rileks selama latihan	DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata saat diajak komunikasi - Ekspresi wajah tampak rileks selama latihan	
Selasa, 9 Desember 2025 Pukul 10.00 JST	- Menanyakan perkembangan pasien saat ini - Menanyakan keluhan yang dirasakan pasien saat ini - Membina hubungan saling percaya	DS : - Caregiver mengatakan kondisi pasien belum banyak perubahan DO : - Pasien tampak belum mampu	DS : - Caregiver mengatakan kondisi pasien belum banyak perubahan DO : - Pasien tampak belum mampu	 Galuh

			melakukan aktivitas secara mandiri	melakukan aktivitas secara mandiri
			- Tidak tampak peningkatan kemampuan mobilitas yang signifikan	- Tidak tampak peningkatan kemampuan mobilitas yang signifikan
Pukul 10.20 JST	- Memfasilitasi mobilisasi dengan kursi roda	DS :	- Caregiver mengatakan pasien masih perlu bantuan penuh untuk kemampuan berpindah	DS : - Caregiver mengatakan pasien masih perlu bantuan penuh untuk mobilisasi
	- Melakukan monitoring toleransi fisik pasien selama mobilisasi	DO :	- Pasien tampak belum mampu mempertahankan posisi tubuh secara mandiri	DO : - Pasien tampak belum mampu mempertahankan posisi tubuh secara mandiri
			- Tampak masih perlu menggunakan bantalan untuk menjaga posisi tubuh	
Pukul 10.35 JST	- Melakukan latihan gerak pasif pada ekstremitas	DS : -		DS : -
	- Melatih ROM aktif-asistif menggenggam <i>Yadokari no omocha</i> selama 30 menit	DO :	- Pasien tampak belum mampu melakukan gerakan secara aktif	DO : - Pasien tampak mengikuti gerakan saat dibantu
			- Pasien tampak mengikuti gerakan saat dibantu	- Tampak tidak ada perlawanan aktif saat latihan
			- Tampak tidak ada perlawanan aktif saat latihan	- Kekuatan menggenggam tampak lemah terlihat dari <i>Yadokari no</i>


Galuh


Galuh

			- Kekuatan menggenggam tampak lemah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala selama 3 menit lalu berhenti	<i>omocha</i> tampak menyala selama 2-3 menit lalu berhenti	
Pukul 10.35 JST	- Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan ROM	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak berinteraksi	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak berinteraksi		 Galuh
		DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata saat diajak komunikasi - Ekspresi wajah tampak rileks selama latihan	DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata saat diajak komunikasi - Ekspresi wajah tampak rileks selama latihan		
Rabu, 10 Desember 2025 Pukul 09.00 JST	- Memfasilitasi mobilisasi dengan kursi roda - Mengatur posisi tubuh sejajar dan lurus agar nyaman	DS : - Caregiver mengatakan posisi pasien lebih mudah dipertahankan DO : - Pasien tampak lebih stabil saat duduk dibandingkan sebelumnya - Posisi tubuh pasien tampak lebih stabil	DS : DO : - Pasien tampak dapat mempertahankan posisi tubuh secara mandiri		 Galuh

Pukul 09.20	- Melakukan monitoring toleransi fisik pasien selama mobilisasi	DS : - DO : - Pasien tampak lebih terbiasa saat dilakukan latihan - Tampak tidak ada penolakan dari pasien selama latihan	DS : - DO : - Pasien tampak lebih terbiasa saat dilakukan latihan - Tampak tidak ada penolakan dari pasien selama latihan	 Galuh
Pukul 09.35	- Melakukan latihan gerak pasif pada ekstremitas - Melatih ROM aktif-asistif menggenggam <i>Yadokari no omocha</i> selama 30 menit	DS : - DO : - Tampak rentang gerak masih terbatas namun lebih mudah digerakkan - Tampak tidak ada perlawanan otot - Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala terus selama 5 menit	DS : - DO : - Tampak tidak ada perlawanan otot - Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala terus selama 6 menit	 Galuh
Pukul 09.45	- Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan ROM	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak komunikasi DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak komunikasi DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering	 Galuh

			- Ekspresi wajah tampak rileks	- Ekspresi wajah tampak rileks	
Kamis, 11 Desember 2025	- Memfasilitasi mobilisasi dengan kursi roda	DS :	- Caregiver mengatakan pasien masih memerlukan bantuan penuh saat berpindah.	DS : - Caregiver mengatakan pasien masih memerlukan bantuan penuh saat berpindah.	Galuh
Pukul 09.30 JST	- Mengatur posisi tubuh sejajar dan lurus agar nyaman	DO : - Pasien tampak stabil saat duduk dikursi roda - Tidak ada peningkatan mobilisasi mandiri		DO : - Tidak ada peningkatan mobilisasi mandiri	
Pukul 09.50 JST	- Melakukan monitoring toleransi fisik pasien selama mobilisasi	DS : - DO : - Pasien tidak menunjukkan tanda kelelahan selama latihan - Pasien tampak terbiasa dengan latihan yang dilakukan		DS : - DO : - Pasien tidak menunjukkan tanda kelelahan selama latihan - Pasien tampak terbiasa dengan latihan yang dilakukan	Galuh
Pukul 10.00 JST	- Melakukan latihan gerak pasif pada ekstremitas - Melatih ROM aktif-asistif menggenggam <i>Yadokari no omocha</i> selama 30 menit	DS : - DO : - Tampak rentang gerak masih terbatas namun tidak memburuk - Tampak tidak ada perlawanan otot - Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari		DS : - DO : - Tampak rentang gerak masih terbatas namun tidak memburuk - Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak	Galuh

			<i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala terus selama 6 menit	menyala terus selama 8 menit	
Pukul 10.15 JST	-	Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan ROM	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak komunikasi	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak komunikasi	 Galuh
			DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering - Ekspresi wajah tampak rileks	DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering - Ekspresi wajah tampak rileks	
Jumat, Desember 2025 Pukul 09.00 JST	-	Memfasilitasi mobilisasi dengan kursi roda - Mengatur posisi tubuh sejajar dan lurus agar nyaman	DS : - Caregiver mengatakan pasien masih memerlukan bantuan penuh saat berpindah.	DS : - Caregiver mengatakan pasien masih memerlukan bantuan penuh saat berpindah.	 Galuh
			DO : - Pasien tampak stabil saat duduk dikursi roda - Tidak ada peningkatan mobilisasi mandiri	DO : - Tidak ada peningkatan mobilisasi mandiri	
Pukul 09.20 JST	-	Melakukan monitoring toleransi fisik pasien selama mobilisasi	DS : - DO : - Pasien tidak menunjukkan tanda kelelahan selama latihan - Pasien tampak terbiasa dengan	DS : - DO : - Pasien tidak menunjukkan tanda kelelahan selama latihan - Pasien tampak terbiasa dengan	 Galuh

			latihan yang dilakukan	latihan yang dilakukan	
Pukul 09.35 JST	-	Melakukan latihan gerak pasif pada ekstremitas	DS : - DO : - Tampak rentang gerak masih terbatas namun tidak memburuk	DS : - DO : - Tampak rentang gerak masih terbatas namun tidak memburuk	 Galuh
	-	Melatih ROM aktif-asistif menggenggam <i>Yadokari no omocha</i> selama 30 menit	- Tampak tidak ada perlawanan otot - Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala terus selama 6-7 menit	- Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala terus selama 9 menit	
Pukul 09.45 JST	-	Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan ROM	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak komunikasi	DS : - Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang saat diajak komunikasi	
			DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering - Ekspresi wajah tampak rileks	DO : - Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering - Ekspresi wajah tampak rileks	
Senin, 15 Desembe r 2025 Pukul 09.30 JST	-	Memfasilitasi mobilisasi dengan kursi roda	DS : - Caregiver mengatakan pasien masih memerlukan bantuan penuh saat berpindah.	DS : - Caregiver mengatakan pasien masih memerlukan bantuan penuh saat berpindah.	 Galuh
	-	Mengatur posisi tubuh sejajar dan lurus agar nyaman			

			DO :	DO :	
			- Pasien tampak stabil saat duduk dikursi roda	- Pasien tampak stabil saat duduk dikursi roda	
			- Tidak tampak komplikasi	- Tidak tampak komplikasi	
Pukul 09.50	- Melakukan monitoring toleransi fisik pasien selama mobilisasi	DS : -	DO :	DO :	 Galuh
JST			- Pasien tidak menunjukkan tanda kelelahan selama latihan	- Pasien tidak menunjukkan tanda kelelahan selama latihan	
			- Pasien tampak terbiasa dengan latihan yang dilakukan	- Pasien tampak terbiasa dengan latihan yang dilakukan	
Pukul 10.00	- Melakukan latihan gerak pasif pada ekstremitas	DS : -	DO :	DO :	 Galuh
JST	- Melatih ROM aktif-asistif menggenggam <i>Yadokari no omocha</i> selama 30 menit		- Tampak rentang gerak masih terbatas namun tidak memburuk	- Tampak rentang gerak masih terbatas namun tidak memburuk	
			- Tidak tampak penurunan fungsi sendi	- Tidak tampak penurunan fungsi sendi	
			- Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala terus selama 8 menit	- Kekuatan menggenggam sedikit bertambah terlihat dari <i>Yadokari no omocha</i> tampak menyala terus selama 10 menit	
Pukul 10.15	- Memberikan dukungan positif pada saat melakukan latihan ROM	DS :	DS :	DS :	 Galuh
JST		- Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang	- Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang	- Caregiver mengatakan pasien tampak lebih tenang	

saat diajak komunikasi		saat diajak komunikasi	
DO :		DO :	
-	Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering	-	Pasien tampak memberikan kontak mata lebih sering
-	Ekspresi wajah tampak rileks	-	Ekspresi wajah tampak rileks

F. Evaluasi Keperawatan

Tabel 6
Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Di Panti
Disabilitas *Mizuho Oozora*, Gedung Minori, Osaka

Hari/ Tanggal	Evaluasi		Paraf
	Pasien 1	Pasien 2	
Senin, 15 Desember 2025 Pukul 10.30 JST	Subjektif : - Caregiver mengatakan pasien mulai terbiasa dengan latihan yang dilakukan setiap hari - Caregiver mengatakan pasien tidak menunjukkan keluhan selama mobilisasi dan latihan Objektif : - Pasien tampak lemah pada ekstremitas atas dan bawah - Pasien tidak mampu melakukan mobilisasi secara mandiri (dibantu penuh) - Pasien mampu menggenggam benda dengan bantuan, kekuatan lemah - Rentang gerak sendi terbatas namun tidak mengalami penurunan Assesment : Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian	Subjektif : - Caregiver mengatakan pasien mulai terbiasa dengan latihan yang dilakukan setiap hari - Caregiver mengatakan pasien tidak menunjukkan keluhan selama mobilisasi dan latihan Objektif : - Pasien tampak mampu melakukan ROM <i>Cylindrical grip</i> secara mandiri - Pasien mampu melakukan Latihan secara aktif - Pasien mampu mempertahankan genggamannya dengan durasi yang lebih lama dari hari ke hari. Assesment : Masalah Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian	 Galuh
	Planning : Lanjutkan Intervensi Latihan Rentang Gerak	Planning : Lanjutkan Intervensi Latihan Rentang Gerak	