

Lampiran 2



PEMERINTAH KABUPATEN PONOROGO
DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. HARJONO S.
Jalan Ponorogo-Pacitan, Ponorogo, Jawa Timur 63419 Telepon 0352-
489262, 481218, 489136, Faksimile 0352-485051
Laman: rsudharjono.ponorogo.go.id, Posel: rsudharjono@ponorogo.go.id



Tanggal, 16 April 2025

Nomor : 800.2.2.6/KH/ 765 /405.09.01/2025
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Jawaban Permohonan
Ijin Rekomendasi Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Prodi D-III Keperawatan Ponorogo
Poltekkes Kemenkes Malang
Di
PONOROGO

Menindak lanjuti surat dari Ketua Jurusan Teknologi Laboratorium Medis Poltekkes Kemenkes Surabaya Nomor : PP.06.02/F.XIII.15.6/228/2025 Tanggal 20 Maret 2025 perihal permohonan ijin rekomendasi penelitian. Sehubungan dengan hal tersebut, kami dapat memberikan ijin penelitian kepada :

Nama : **IMROATU TRI KAMALIA**
Mhs. Poltekkes Kemenkes Malang

Alamat : RT 03 RW 03, Ds Ngariboyo, Kec Ngariboyo, Kab Magetan

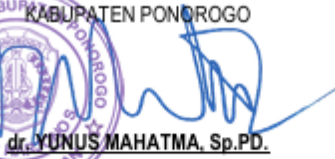
Lama Penelitian : 1 (Satu) Bulan setelah surat ini dikeluarkan

Judul Penelitian : **"ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE DENGAN INTOLERANSI AKTIVITAS DI RUANG ASTER RSUD Dr. HARJONO S KABUPATEN PONOROGO"**

Dengan catatan tidak mengganggu pelayanan RSUD Dr. Harjono S. Kabupaten Ponorogo dan perlu diinformasikan bahwa sebelum melaksanakan penelitian, kami mohon menyelesaikan administrasi sebesar Rp.250.000,- sesuai dengan Peraturan Bupati Nomor 72 Tahun 2024.

Demikian untuk menjadikan perkara dan atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

RSUD Dr. HARJONO S
KABUPATEN PONOROGO



dr. YUNUS MAHATMA, Sp.PD.
Direktur

Tembusan disampaikan kepada :

1. Ka. Bid. Yan Medik RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
2. Ka. Bid. Yan Keperawatan RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
3. Ka. Bag SDM Diklat RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
4. Ka. Instalasi Diklat RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
5. KEPK RSUD Dr. Harjono S Kab. Ponorogo
6. Arsip

*Lampiran 3***LEMBAR PERSETUJUAN**

Saya yang bertandatangan dibawah ini menyatakan bersedia menjadi berkerjasama dalam karya tulis (studi kasus) yang berjudul " Asuhan Keperawatn Pada Pasien Stroke Dengan Intoleransi Aktivitas Di Ruang Aster RSUD Dr. Hardjono Ponorogo "

Setelah membaca dan memahami surat pengantar persetujuan maka saya menyatakan bersedia bekerja sama dalam kegiatan ini. Saya menyadari bahwa data yang dihasilkan merupakan rahasia dan hanya digunakan untuk keperluan karya tulis dan pengembangan ilmu keperawatan. Saya juga memahami bahwa kegiatan kegiatan ini akan memberikan manfaat pada peningkatan pelayanan keperawatan.

Ponorogo, 28 April 2025

Responden

(.....)

*Lampiran 4***SURAT PENGANTAR**

Kepada Yth.

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama / NIM : Imroatu Tri Kamalia / P17250224086

Alamat : Rt 03 Rw 03, Kec. Ngariboyo Kab. Magetan

Telp : 082231442035

Saya adalah mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Ponorogo Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang sedang melaksanakan penelitian studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Intoleransi Aktivitas Di Ruang Aster Rsud Dr. Harjono Kabupaten Ponorogo”.

Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui pelaksanaan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan dan upaya meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Kerahasiaan identitas dan informasi yang diberikan akan dijaga. Jika terjadi hal-hal yang memberatkan maka anda diperbolehkan mengundurkan diri dari kegiatan studi kasus ini dengan menghubungi penulis pada nomor yang tercantum diatas.

Apabila anda menyetujui maka saya mohon kesediaannya menandatangani lembar persetujuan. Atas kesediaan dan kerjasamanya dalam proposal karya tulis ilmiah (studi kasus) ini, saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Imroatu Tri Kamalia

Lampiran 5

**PENILAIAN *ACTIVITY DAILY LIVING* (ADL)
DENGAN INSTRUMEN INDEKS BARTHEL
MODIFIKASI**

Nama : Ny. S

Umur/jenis kelamin : 55 Tahun/Perempuan

NO	FUNGSI	SKOR	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Hari 5	Hari 6	Hari 7
1.	Mengendalikan rangsang BAB	0 tidak terkendali/tak teratur (perlu pencahar) 1 kadang-kadang tak terkendali 2 terkendali teratur	0	0	0	0	0	0	0
2.	Mengendalikan rangsang BAK	0 tak terkendali atau pakai kateter 1 kadang-kadang tak terkendali 2 mandiri	1	0	1	0	0	1	0
3.	Membersihkan diri (mencuci wajah, keramas, mencukur kumis, sikat gigi)	0 butuh pertolongan orang lain 1 mandiri	0	0	0	0	0	0	0
4.	Penggunaan WC (keluar masuk WC, melepas/memakai celana, cebok, menyiram)	0 tergantung pertolongan orang lain 1 perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri beberapa kegiatan yang lain	0	0	0	0	0	0	0

5.	Makan minum (jika makan harus dipotongkan dianggap dibantu)	0 tidak mampu 1 perlu ditolong memotong makanan 2 mandiri	2	2	2	2	2	2	2
6.	Bergerak dari kursi roda ke tempat tidur dan sebaliknya (termasuk duduk di tempat tidur)	0 tidak mampu 1 perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang) 2 bantuan minimal 1 orang 3 mandiri	0	0	0	0	0	0	0
7.	Berjalan di tempat rata (atau jika tidak bisa berjalan, menjalankan kursi roda)	0 tidak mampu 1 bisa berpindah dengan kursi roda 2 berjalan dengan bantuan 1 orang 3 mandiri	0	0	0	0	0	0	0
8.	Berpakaian (mis. mengancing baju)	0 tergantung orang lain 1 sebagian dibantu (mis : mengancing baju) 2 mandiri	0	0	0	0	0	0	0
9.	Naik turun tangga	0 tidak mampu 1 butuh pertolongan 2 mandiri	0	0	0	0	0	0	0
10.	Mandi	0 tergantung orang lain 1 mandiri	0	0	0	0	0	0	0
Total Skor			3	2	3	2	2	3	2

Interpretasi hasil :

20 : Mandiri

12-19 : Ketergantungan Ringan

9-11 : Ketergantungan Sedang

5-8 : Ketergantungan Berat

0-4 : Ketergantungan Total

Lampiran 6

**Kuesioner Derajat Keparahan Stroke Berdasarkan
National Institute Of Health Stroke Scale (NIHSS)**

Nama : Ny. S

Umur : 55 Tahun

No.	Komponen Cara Pemeriksaan	Skor	Hasil Pemeriksaan	Nilai
1.	a. Derajat Kesadaran Apakah pasien dapat melakukan komunikasi baik secara verbal maupun nonverbal?	0 1 2 3	Sadar penuh Somnolen Stupor Koma	1
	b. Menjawab Pertanyaan Apakah pasien dapat menyebutkan tanggal lahir dengan benar sesuai dengan identitas pasien?	0 1 2	Dapat menyebutkan dengan jelas dan benar Dapat menjawab namun lambat dan sedikit lupa Tidak ada respon	0
	c. Mengikuti Perintah Apakah pasien dapat menutup dan membuka mata kembali?	0 1 2	Normal Hanya satu mata Tidak ada respon	0
	2. Gerakan Mata Apakah Pasien dapat menggerakkan mata ke kanan dan ke kiri?	0 1 2	Normal Hanya satu mata Tidak ada respon	0
	3. Lapangan Pandang Apakah pasien dapat menyebutkan angka yang dibentuk	0 1 2 3	Dapat menjawab dengan benar dan tepat Menjawab dengan ragu-ragu Menjawab namun salah Tidak ada respon	0
	4. Paresis Wajah Apakah pasien dapat menggerakkan wajahnya?	0 1 2 3	Normal Paresis normal Paresis sebagian Paresis total	
5.	a. Motorik lengan kanan Apakah pasien dapat mengangkat lengan kanan?	0 1 2	Dapat mengangkat dan menggerakkan sendiri dengan baik Lengan dapat diangkat dengan bantuan tangan sebelah kiri	1

		3 X	Lengan dapat diangkat namun tidak dapat digerakkan Tidak ada respon Tidak dapat diperiksa	
	b. Motorik lengan kiri Apakah pasien dapat mengangkat lengan kiri?	0 1 2 3 X	Dapat mengangkat dan menggerakkan sendiri dengan baik. Lengan diangkat dengan bantuan tangan sebelah kanan. Lengan dapat diangkat namun tidak dapat digerakkan. Tidak ada respon Tidak dapat diperiksa	0
6.	a. Motorik tungkai kanan Apakah pasien dapat mengangkat dan menggerakkan tungkai kanan?	0 1 2 X	Normal Dapat mengangkat dan menggerakkan dengan susah payah Tidak ada respon Tidak dapat diperiksa	2
	b. Motorik tungkai kiri Apakah pasien dapat menggerakkan tungkai kiri?	0 1 2 X	Normal Dapat mengangkat dan menggerakkan dengan susah payah Tidak ada respon Tidak dapat diperiksa	0
7.	Ataksia Anggota Badan Apakah pasien dapat merasakan anggota badannya saat disentuh?	0 1 2 X	Normal Satu bagian yang tidak dapat dirasakan Pada dua atau lebih yang tidak dapat dirasakan Tidak dapat diperiksa jika terjadi amputasi	1
8.	Sensorik Apakah pasien merasakan respon saat bagian tubuh pasien dipegang seperti merasa hangat atau dingin dari tangan perawat?	0 1 2	Normal Pasien merasa pegangan perawat Tidak ada respon.	1
9.	Bahasa Terbaik Apakah pasien dapat menyebutkan nama pasien sesuai dengan identitas?	0 1 2 3	Menyebutkan dengan jelas dan tepat Sedikit jelas Sangat tidak jelas Tidak dapat bersuara.	0
10.	Disartria	0	Artikulasi normal	1

	Apakah pasien dapat berbicara dengan jelas?	1 2 X	Disartria ringan-sedang Disartria berat Tidak dapat diperiksa jika intubasi atau halangan	
Total Skor				7

Adapun interpretasi dari hasil penilaian NIHSS adalah sebagai berikut:

- Skor 0 : Tidak ada stroke.
- Skor 1–4 : Stroke derajat ringan.
- Skor 5–15 : Stroke derajat sedang.
- Skor 15–20 : Stroke derajat sedang-berat.
- Skor 21–42 : Stroke derajat berat.

Lampiran 7

LEMBAR OBSERVASI LATIHAN PENGUATAN SENDI
RANGE OF MOTION (ROM)

Nama Pasien : Ny. S

Usia : 55 Tahun

Panduan Latihan (SOP)	Hari 1		Hari 2		Hari 3		Hari 4		Hari 5		Hari 6		Hari 7	
	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T	Y	T
Tahap Persiapan														
1. Persiapan lingkungan yang tenang dan nyaman			✓						✓					
2. Jelaskan tujuan, manfaat, prosedur, tindakan, dan pengisian lembar persetujuan ke pasien			✓						✓					
3. Atur posisi senyaman mungkin			✓						✓					
Tahap Pelaksanaan														
1. Menjaga privasi klien			✓						✓					
2. Memberikan latihan ROM 2 kali sehari selama 7 hari			✓						✓					
3. Memberikan latihan selama 15 menit			✓						✓					
4. Gerakan kepala 1) Rotasi : palingkan kepala ke kanan dan ke kiri 2) Fleksi dan ekstensi : gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit di tegakkan				✓						✓				

3) Fleksi lateral : gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan													
5. Gerakan leher 1) Rotasi : putar leher setengah lingkaran, kemudian berhenti dan lakukan pada arah berlawanan			✓					✓					
6. Gerakan bahu 1) Fleksi dan ekstensikan bahu : gerakan lengan ke atas melawan gravitasi, kembalikan ke posisi semula 2) Abduksikan bahu : gerakan lengan menjauhi tubuh dan menuju kepala klien sampai tangan ditar kepala 3) Adduksikan bahu : gerakan lengan klien ke atas tubuh sampai tangan yang bersangkutan menyentuh tangan sebelahnya 4) Rotasikan bahu: - Letakkan lengan di samping		✓					✓						

tubuh klien sejajar dengan bahu - Siku membentuk 90° dengan kasur - Gerakan lengan ke bawah hingga telapak tangan menyentuh kasur, kemudian gerakkan ke atas hingga punggung tangan menyentuh tempat tidur													
7. Gerakan siku 1) Fleksi dan ekstensikan siku - Bengkokkan siku hingga jari tangan menyentuh dagu, kembalikan ke posisi semula 2) Pronasi dan supinasikan siku - Arahkan telapak tangan klien ke bawah dan ke atas, pastikan yang bergerak hanya siku bukan bahu			✓					✓					

8. Gerakan pergelangan tangan 1) Fleksi pergelangan tangan : bengkokkan pergelangan tangan ke depan 2) Ekstensi pergelangan tangan : dari posisi fleksi, tegakkan kembali pergelangan tangan ke posisi semula 3) Abduksi : bengkokkan pergelangan tangan secara lateral menuju ibu jari 4) Adduksi : bengkokkan pergelangan tangan secara lateral ke arah jari kelingking			✓						✓					
9. Gerakan jari-jari tangan 1) Fleksi : bengkokkan seluruh jari tangan ke arah telapak tangan (menggenggam) 2) Ekstensi : dari posisi fleksi, kembalikan ke posisi semula 3) Hiperekstensi : bengkokkan jari-jari tangan ke belakang sejauh mungkin			✓						✓					

4) Abduksi : buka dan pisahkan jari-jari tangan dengan ibu jari														
10. Gerakan panggul dan lutut 1) Fleksi dan ekstensikan lutut dan pinggul			✓						✓					
11. Gerakan telapak kaki dan pergelangan kaki			✓						✓					
Tahap Terminasi :														
1. Evaluasi hasil tindakan dan perasaan pasien			✓						✓					
2. Melakukan kontrak waktu berikutnya			✓							✓				
3. Dokumentasi hasil tindakan			✓						✓					

*Lampiran 8***LEMBAR EVALUASI PENILIAN KEKUATAN OTOT**

Nama : Ny. S

Umur : 55 Tahun

	Hari ke-1	Hari ke-2	Hari ke-3	Hari ke-4	Hari ke-5	Hari ke-6	Hari ke-7
Ekstremitas kanan atas	0	2	0	0	0	0	0
Ekstremitas kiri atas	5	5	5	5	5	5	5
Ekstremitas kanan bawah	0	0	0	0	0	0	0
Ekstremitas kiri bawah	5	5	5	5	5	5	5

Interpretasi :

- Derajat 0 : tidak ada kontraksi otot sama sekali atau lumpuh total
- Derajat 1 : ada sedikit kontraksi otot tetapi persendian tidak bisa digerakkan
- Derajat 2 : pasien bisa menggerakkan ekstremitas tetapi gerakan ini tidak mampu melawan gaya berat, misalnya pasien bisa menggeser lengan tetapi tidak dapat mengangkatnya
- Derajat 3 : kekuatan otot sangat lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi
- Derajat 4 : kekuatan otot lemah tetapi anggota tubuh dapat digerakkan melawan gaya gravitasi dan dapat menahan sedikit tahanan yang diberikan
- Derajat 5 : tidak ada kelumpuhan maupun kelemahan (kondisi normal)

Lampiran 9

SOP *Range Of Motion* (ROM) Aktif-Pasif

	POLTEKKES KEMENKES MALANG	No. Dokumen : SOP.KDM.001
	STANDARD OPERASIONAL PROSEDUR	
	MELATIH ROM PASIF DAN AKTIF	
Unit Laboratorium Keperawatan		Petugas/Pelaksana: Perawat, dosen, CI, mahasiswa
Pengertian	Melakukan latihan pergerakan rentang sendi (ROM) sesuai dengan rentang gerak sendi penuh tanpa menyebabkan ketidaknyamanan. Latihan ROM dilakukan secara aktif, pasif atau aktif dengan bantuan	
Indikasi	Klien imobilisasi	
Tujuan	1. Mencegah atropi otot dan kontraktur sendi 2. Klien mampu mendemonstrasikan latihan ROM secara mandiri	
Persiapan alat	-	
Persiapan pasien	1. Lakukan tindakan dengan 5S (senyum, salam, sapa, sopan, santun) 2. Lakukan pengenalan diri dan identifikasi pasien 3. Jelaskan tujuan yang akan dilakukan 4. Jelaskan prosedur pelaksanaan 5. Buat informed consent	
Persiapan lingkungan	1. Jaga privasi pasien dengan memasang sketsel/sampiran 2. Ciptakan lingkungan yang aman dan nyaman	
Pelaksanaan	1. Jelaskan prosedur dan waktu : tiap gerakan diulangi maksimal 5 kali atau tiap ekstremitas 5-7 menit (sesuai kondisi klien) dan latihan dilakukan 2 kali sehari 2. Lindungi privasi klien, perlihatkan hanya ekstremitas yang dilatih 3. Atur ketinggian tempat tidur nyaman mungkin 4. Rendahkan pelindung tempat tidur sisi kita bekerja 5. Mulai latihan ROM dari kepala hingga seluruh bagian tubuh Lakukan gerakan perlahan-lahan maksimal 5 kali, sokong penuh gerakan dengan perlahan tapi jangan berbalik menjadi nyeri, lelah atau tertahan	

Pelaksanaan	1. Jelaskan prosedur dan waktu : tiap gerakan diulangi maksimal 5 kali atau tiap ekstremitas 5-7 menit (sesuai kondisi klien) dan latihan dilakukan 2 kali sehari 2. Lindungi privasi klien, perlihatkan hanya ekstremitas yang dilatih 3. Atur ketinggian tempat tidur senyaman mungkin 4. Rendahkan pelindung tempat tidur sisi kita bekerja 5. Mulai latihan ROM dari kepala hingga seluruh bagian tubuh 6. Lakukan gerakan perlahan-lahan maksimal 5 kali, sokong penuh gerakan dengan perlahan tapi jangan berbalik menjadi nyeri, lelah atau tertahan 7. Kepala : bila memungkinkan posisikan duduk dengan gerakan : a. Rotasi : Palingkan kepala ke kanan dan ke kiri b. Fleksi dan ekstensi : Gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit didengarkan c. Fleksi lateral : Gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan 8. Leher : posisi duduk a. Rotasi : Putar leher setengah lingkaran, kemudian berhenti dan lakukan pada arah yang berlawanan 9. Tubuh : posisi duduk a. Fleksi dan ekstensi : Tundukkan tubuh ke depan, luruskan tubuh dan sedikit rentangkan ke belakang b. Fleksi lateral : Rebahkan tubuh ke samping kiri, luruskan, lalu rebahkan ke samping kanan 10. Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan a. Atur posisi lengan pasien menjauhi sisi tubuh dengan siku menekuk dengan lengan b. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan lain memegang pergelangan tangan klien c. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh yang memungkinkan 11. Fleksi dan ekstensi siku a. Atur lengan pasien menjauhi sisi tubuh klien dengan telapak tangan mengarah ke tubuh klien b. Letakkan tangan di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lain c. Tekuk siku klien sehingga klien mendekat ke bahu d. Kembalikan ke posisi semula 12. Pronasi dan supinasi lengan bawah a. dengan siku menekuk b. Letakkan satu tangan pada pergelangan tangan dan pegang pergelangan pasien dengan tangan lain c. Tekuk siku klien sehingga tangan klien mendekat
--------------------	--

	ke bahu d. Kembalikan ke posisi semula 13. Pronasi dan supinasi lengan bawah a. Atur posisi lengan bawah menjauhi tubuh pasien dengan siku menekuk b. Letakkan satu tangan pada pergelangan tangan dan pegang tangan lain dengan tangan satunya c. Putar lengan bawah klien sehingga telapak klien menjauhi klien d. Kembalikan ke posisi awal e. Putar lengan bawah klien sehingga telapak tangan 14. Fleksi bahu a. Atur posisi tangan klien di sisi tubuhnya b. Letakkan satu tangan di atas siku klien dan pegang tangan klien dengan tangan lainnya c. Angkat lengan klien pada posisi awal d. Abduksi dan aduksi bahu e. Atur posisi lengan klien di samping badannya f. Letakkan satu tangan di atas siku dan pegang tangan klien dengan tangan yang lainnya g. Gerakkan tangan klien menjauhi dari tubuhnya ke arah perawat h. Kembalikan ke posisi awal 15. Rotasi bahu a. Atur posisi lengan klien menjauhi dari tubuh dengan siku menekuk b. Letakkan satu tangan atas klien dekat siku dan pegang tangan lain memegang kaki erat-erat c. Gerakkan lengan bawah sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas d. Kembalikan posisi awal 16. Fleksi dan ekstensi jari-jari a. Pegang jari-jari klien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki erat-erat b. Bengkokan jari-jari kaki ke bawah c. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang d. Kembalikan ke posisi awal 17. Inversi dan eversi kaki a. Pegang seluruh bagian atas kaki klien satu jari dan pegang pergelangan kaki dengan tangan lainnya b. Putar kaki ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki yang lain c. Kembalikan ke posisi semula 18. Fleksi dan ekstensi pergelangan kaki a. Letakkan satu tangan pada telapak kaki klien dan satu tangan lainnya di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks b. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari kaki ke arah
--	---

	dada klien c. Kembalikan ke posisi semula d. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada klien 19. Fleksi dan ekstensi lutut a. Letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan pegang tumit klien dengan tangan klien b. Angkat kaki, tekuk lutut dan pangkal paha c. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada sejauh mungkin d. Ke bawahkan kaki dan luruskan lutut dengan mengangkat kaki ke atas e. Kembalikan ke posisi semula 20. Rotasi pangkal paha a. Letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan satu tangan yang lain di atas lutut b. Putar kaki menjauhi dada c. Putar kaki mengarah ke perawat d. Kembalikan ke posisi semula 21. Abduksi dan adduksi pangkal paha a. Letakkan satu tangan di bawah lutut klien dan satu tangan lainnya pada tumit b. Jaga posisi kaki klien tetap lurus, angkat kaki 8 cm dari tempat tidur gerakan kaki menjauhi badan klien c. Gerakkan kaki mendekati badan klien d. Kembalikan ke posisi awal 22. Observasi sendi-sendi klien dan wajah untuk tanda-tanda kepayahan, nyeri selama gerakan 23. Kembalikan pelindung tempat tidur 24. Mencuci tangan 25. Dokumentasi respon dan toleransi klien
Evaluasi	1. Respon klien selama latihan ROM (kesakitan, kelelahan) 2. Keterlibatan klien dalam latihan ROM secara mandiri 3. Observasi rentang gerak sendi dan bandingkan dengan rentang gerak sendi normal

Lampiran 10

DAFTAR KEGIATAN HARIAN

No.	Hari	Kegiatan
1.	Hari 1	1. Melakukan informed concent pada klien, sekaligus menjelaskan maksud dan tujuan 2. Menginformasikan kepada keluarga klien tentang maksud dan tujuan tindakan keperawatan 3. Melakukan pemeriksaan TTV 4. Melakukan skoring dengan kuesioner derajat keparahan stroke berdasarkan <i>National Institute Of Health Stroke Scale</i> (NIHSS) 5. Melakukan anamnesa dan pemeriksaan fisik 6. Merumuskan diagnosa keperawatan 7. Merumuskan intervensi 8. Melatih ROM pasif-aktif 9. Mengobservasi kekuatan otot 10. Melakukan pemeriksaan TTV
2.	Hari 2	1. Melakukan pemeriksaan TTV 2. Melatih klien ROM pasif-aktif 3. Mengobservasi kekuatan otot 4. Melakukan pemeriksaan TTV 5. Istirahat
3.	Hari 3	1. Melakukan pemeriksaan TTV 2. Melatih ROM pasif-aktif 3. Mengobservasi kekuatan otot 4. Melakukan pemeriksaan TTV 5. Istirahat
4.	Hari 4	1. Melakukan pemeriksaan TTV 2. Melatih ROM pasif-aktif 3. Mengobservasi kekuatan otot 4. Melakukan pemeriksaan TTV 5. Istirahat
5.	Hari 5	1. Melakukan pmeriksaan TTV 2. Melatih ROM pasif-aktif 3. Mengobservasi kekuatan otot 4. Melakukan pemeriksaan TTV 5. Istirahat
6.	Hari 6	1. Melakukan pemeriksaan TTV 2. Melatih klien ROM pasif-aktif 3. Mengobservasi kekuatan otot 4. Melakukan pemeriksaan TTV 5. Istirahat
7.	Hari 7	1. Melakukan pemeriksaan TTV 2. Melatih klien ROM pasif-aktif 3. Mengobservasi kekuatan otot 4. Melakukan pemeriksaan TTV 5. Istirahat

*Lampiran 11***PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN KAMPUS PONOROGO**

Jln. Dr. Cipto Mangunkusumo no. 82 A Ponorogo Telp (0352)
461792, Fax. (0352) 462819

Web: www.poltekkes-malang.ac.id

Email: prodiponorogo.polkesma@gmail.com

Nama Mahasiswa : Imroatu Tri Kamalia

Tanggal Pengkajian : 29 April 2025

PENGKAJIAN**A. DATA UMUM****1. Klien**

- a. Nama inisial klien : Ny. S
- b. Tanggal lahir : 27 Maret 1973
- c. Umur : 52 Tahun
- d. Jenis Kelamin : Perempuan
- e. KMB ke- : -
- f. Jumlah saudara : 2
- g. Alamat : Jl. S, Kec. B, Kab. P
- h. Agama : Islam
- i. Tanggal/Jam masuk MRS: 28 April 2025/09.00
- j. Nomor Rekam Medis : 54****
- k. Diagnosis Medis : Stroke
- l. Sumber informasi : Pasien dan keluarga

2. Penanggung jawab

- a. Nama inisial : Tn. S
- b. Umur : 58 Tahun
- c. Jenis Kelamin : Laki-laki
- d. Pendidikan terakhir : SMP
- e. Pekerjaan : Petani
- f. Alamat : Jl. S, Kec. B, Kab. P
- g. Agama : Islam

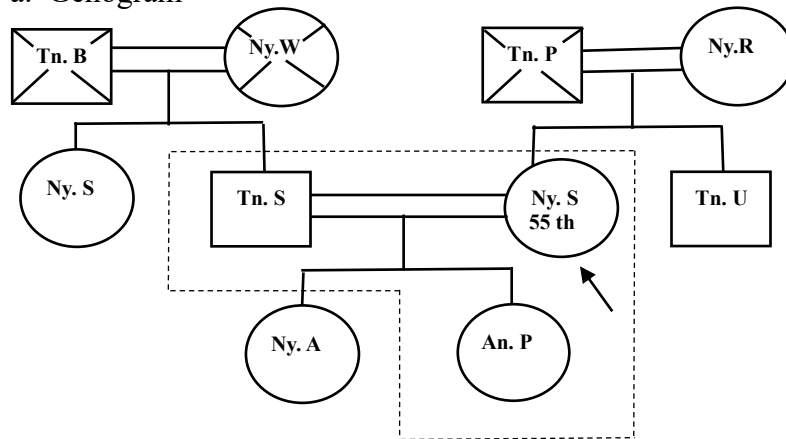
h. Suku/bangsa : Jawa

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan utama
 - a. Saat MRS : Kesulitan berbicara
 - b. Saat Pengkajian : Lemah
2. Riwayat Penyakit Sekarang
 - a. Awal Keluhan : pasien mengeluh sering merasa pusing, kaki kiri sering merasa linu
 - b. Saat MRS
 Pasien mengatakan pada tanggal 28 April 2025 pagi setelah pulang dari poskesdes tiba-tiba pasien merasa kakinya sebelah kanan sulit digerakkan, dan kesulitan berbicara. Kemudian pasien dibawa ke RSUD dr. Harjono Ponorogo pukul 09.00 pagi dan didiagnosa menderita stroke
 - c. Saat Pengkajian
 Pasien mengatakan badan terasa lemas, anggota badan sebelah kanan sulit digerakkan, sulit tidur
3. Riwayat masa lalu (penyakit, kecelakaan,dll):
 - 1) Penyakit yang diderita
 Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 2 tahun yang lalu dan riwayat kolesterol sejak bulan Maret 2025
 - 2) Luka/operasi
 Tidak ada
 - 3) Riwayat alergi
 Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan
 - 4) Pernah dirawat di RS sebelumnya
 Pasien mengatakan baru pertama kali di rawat di RS

4. Riwayat Kesehatan Keluarga

a. Genogram



Keterangan :

□ : laki-laki

○ : perempuan

== : menikah

--- : tinggal serumah

⊗ : meninggal

↖ : pasien

b. Persepsi keluarga tentang penyakit klien

Keluarga mengatakan mengetahui penyakit yang diderita pasien adalah stroke

c. Riwayat penyakit keluarga

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dari ibunya

C. PENGKAJIAN 13 DOMAIN NANDA & POLA FUNGSI GORDON

1. HEALTH PROMOTION

a. Kesadaran Kesehatan

- Pengetahuan tentang penyakit dan kesehatan

Keluarga mengatakan pasien jarang mengecek tensi

- Kultur dan kepercayaan

Pasien beragama Islam

- Perilaku yang dapat mempengaruhi kesehatan

Pasien kurang mengontrol makanan yang mengandung tinggi garam dan lemak

b. Manajemen Kesehatan Riwayat Pengobatan

No.	Nama obat/jamu	Dosis	Keterangan
1.	Captopril 25 mg	2x1 tablet	Diminum di pagi dan malam hari
2.			
3.			

c. Kemampuan mengontrol kesehatan:

- Yang dilakukan bila sakit :

Pasien mengatakan jika sakit berobat ke klinik terdekat

- Pola hidup (konsumsi/alkohol/olah raga, dll)

Pasien mengonsumsi kopi

d. Faktor sosial ekonomi (penghasilan/asuransi kesehatan, dll):

Pasien BPJS

e. E (Energy) meliputi kemampuan klien dalam beraktivitas selama di rumah sakit

Selama di rumah sakit semua aktivitas pasien dibantu total oleh keluarganya

2. NUTRITION

a. A (Antropometri) meliputi BB, TB, IMT

1) BB biasanya : 52 kg dan BB sekarang : 50 kg

2) TB : 150 cm

3) IMT : 22, 2 (normal)

b. B (Biochemical) meliputi data laboratorium yang abnormal

- Kreatinin : 1.35 mg/dL

- Leukosit : $13.31 \times 10^3/\mu\text{l}$

c. C (Clinical) meliputi tanda-tanda klinis rambut, turgor kulit, mukosa bibir, conjungtiva

Pertumbuhan rambut merata sedikit beruban, mukosa bibir kering dan pucat, conjungtiva tidak anemis

- d. D (Diet) meliputi nafsu, jenis, frekuensi makanan yang diberikan selama di rumah sakit
Pasien mengatakan makan 3x sehari namun nafsu makan menurun dan porsi makan tidak dihabiskan
- e. Pemberian ASI atau susu Formula (jumlah dan alasan pemberian)
Tidak ada
- f. F (Factor) meliputi penyebab masalah nutrisi: (kemampuan menelan, mengunyah, dll). Komplemen gigi.
Kemampuan menelan dan mengunyah baik
- g. Penilaian Status Gizi (Baik, Kurang, Lebih)
Berdasarkan penilaian IMT diperoleh nilai 22,2 yaitu gizi baik
- h. Pola asupan cairan
Minum = 600 cc/hari
Infus = 1500 cc/hari
- i. Cairan masuk
CM = enteral + parenteral
= 600 + 1500
= 2100 cc/24 jam
- j. Cairan keluar
BAK = 2000 cc
IWL = 10-15 kgBB/24 jam
= 5x50 kgBB/24 jam
= 750 cc/24 jam
CK = 2000 + 750 = 2750 cc/24 jam
- k. Penilaian Status Cairan (balance cairan)
Balance Cairan = CM – CK
= 2100 – 2750
= - 650 cc
- l. Pemeriksaan Abdomen
Inspeksi : tidak asites, tidak ada bekas luka
Auskultasi : bising usus 18x/mnt
Palpasi : kuadran I teraba hepar

kuadran II teraba apendik

kuadran III teraba limpa

kuadran IV teraba usus besar

Perkusi : thympani

Masalah keperawatan :

1)

2)

3)

3. ELIMINATION

a. Sistem Urinary

Keluhan : ☒ Normal ☒ Kencing menetes ☒ Inkontinensia ☒

Retensi

☒ Anuria ☒ Disuria ☒ Poliuria

☒ Tenosis ☒ Gross hematuri ☒ Oliguria Kebersihan kelamin :

☒ bersih ☒ kotor ☒ luka

Urine :

Warna : kekuningan Bau : tidak ada Kateter : tidak

Produksi urine : 1500 ml/hari

Intake cairan ☒ Oral : 600 cc/hari ☒ Parenteral : 1500 cc/hari

Nyeri tekan suprapubik : ☒ Ya ☒ Tidak

Lain-lain :

b. Sistem Gastrointestinal

1) Pola eliminasi : Selama di RS pasien belum BAB

Konstipasi dan faktor penyebab konstipasi : Tidak ada

c. Sistem Integument

1) Kulit (integritas kulit / hidrasi/ turgor /warna/suhu)

Integritas bersih, warna kulit merata tidak ikterus

Masalah keperawatan :

1)

2)

3)

4. ACTIVITY/REST

a. Istirahat/tidur

- 1) Jam tidur : pasien tidur pukul 20.00 – 04.00
- 2) Insomnia : tidak ada
- 3) Kualitas tidur : sering terbangun
- 4) Pertolongan untuk merangsang tidur: tidak ada

b. Aktivitas

1) ADL

- a) Makan : dibantu
- b) Toileting : dibantu
- c) Kebersihan : cukup bersih
- d) Berpakaian : dibantu

2) Bantuan ADL : dibantu total

3) Kekuatan otot : lemah

4) ROM :

5		0
5		0

5) Pergerakan sendi : lemah

6) Resiko untuk cedera : resiko sedang

c. *Cardio respons*

- 1) Penyakit jantung : tidak ada
- 2) Edema esktremitas : tidak ada
- 3) Tekanan darah dan nadi
 - a) Berbaring : 176/112 mmHg
 - b) Duduk : tidak terkaji
- 4) Tekanan vena jugularis : tidak ada
- 5) Pemeriksaan jantung
 - a) Inspeksi : tidak nampak ictus cordis
 - b) Palpasi : ictus cordis teraba di ICS midclavícula V
 - c) Perkusi : sonor
 - d) Auskultasi : lup dup, tidak ada suara tambahan

d. *Pulmonary respon*

- 1) Penyakit sistem nafas : tidak ada

- 2) Penggunaan O₂ : nasal kanul 3 lpm
- 3) Kemampuan bernafas : baik RR=20x/mnt
- 4) Gangguan pernafasan (batuk, suara nafas, sputum, dll)
- 5) Pemeriksaan paru-paru
 - a) Inspeksi : tidak tampak pulsasi jantung
 - b) Palpasi : teraba denyut di ICS V Midclavícula kiri
 - c) Perkusi : redup
 - d) Auskultasi : tidak ada murmur jantung

Masalah keperawatan :

- 1)
- 2)

6. PERCEPTION/COGNITION

- a. Orientasi/kognisi
 - 1) Tingkat pendidikan : pendidikan terakhir SD
 - 2) Kurang pengetahuan : belum begitu paham tentang penyakitnya
 - 3) Pengetahuan tentang penyakit : pasien kurang
 - 4) Orientasi (waktu, tempat, orang) : baik
- b. Sensasi/persepi
 - 1) Riwayat penyakit jantung : tidak ada
 - 2) Sakit kepala : sering
 - 3) Penggunaan alat bantu : tidak ada
 - 4) Penginderaan : baik
- c. *Communication*
 - 1) Bahasa yg digunakan : Indonesia dan Jawa
 - 2) Kesulitan berkomunikasi : Tidak ada

Masalah keperawatan :

- 1)
- 2)

7. SELF PERCEPTION

- a. *Self-concept/self-esteem*
 - 1) Perasaan cemas/takut : Pasien cemas karena penyakitnya

- 2) Perasaan putus asa/kehilangan: Putus asa apabila sampai mengalami stroke permanen
- 3) Keinginan untuk mencederai : Tidak ada
- 4) Adanya luka/cacat : Tidak ada

Masalah keperawatan :

- 1)
- 2)

8. ROLE RELATIONSHIP

- a. Peranan hubungan
 - 1) Orang terdekat : suami
 - 2) Interaksi dengan orang lain : suami dan anak
- b. Tempat tinggal dan lingkungan
 - 1) Tinggal bersama siapa : suami dan anak kedua
 - 2) Lingkungan rumah : tinggal di pedesaan

Masalah keperawatan :

- 1)
- 2)

9. SEXSUALITY (Identitas Seksual, bentuk, kelainan organ seksual)

Pasien berjenis kelamin perempuan

Masalah keperawatan :

- 1)

10. COPING/STRESS TOLERANCE

- a. Coping respon
 - 1) Rasa sedih/takut/cemas : cemas apabila penyakitnya tidak bisa sembuh
 - 2) Kemampuan untuk mengatasi : percaya dengan berobat akan sembuh
 - 3) Perilaku yang menampakkan cemas : pasien sulit tidur
- b. Reaksi *Hospitalisasi*
 - 1) Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap
Pasien baru pertama kali di rawat di RS
 - 2) Pemahaman klien tentang sakit dan rawat inap

Pasien dengan di rawat berharap akan mendapat pengobatan

Masalah keperawatan :

- 1)
- 2)

11. LIFE PRINCIPLES

- a. Nilai kepercayaan
 - 1) Kegiatan keagamaan yang diikuti : yasinan rutin
 - 2) Kemampuan untuk berpartisipasi : baik

Masalah keperawatan :

.....

12. SAFETY/PROTECTION

- a. Alergi : tidak ada riwayat alergi obat-obatan maupun makanan
- b. Penyakit autoimune : tidak ada
- c. Gangguan thermoregulasi : tidak ada
- d. Tanda infeksi : tidak ada
- e. Faktor Resiko Jatuh/Cedera/Trauma/Keracunan : resiko jatuh sedang
- f. Faktor Resiko Keracunan : tidak ada
- g. Gangguan/resiko (komplikasi immobilisasi, jatuh, aspirasi, disfungsi neurovaskuler peripheral, kondisi hipertensi, pendarahan, hipoglikemia, Sindrome disuse, gaya hidup yang tetap)
Komplikasi immobilisasi, resiko jatuh sedang, kondisi hipertensi

13. COMFORT

- a. Kenyamanan/Nyeri : tidak ada nyeri
 - 1) *Onset* (kapan mulainya) :
 - 2) *Provokes* (yang menimbulkan nyeri) :
 - 3) *Quality* (bagaimana kualitasnya):
 - 4) *Regio* (dimana letaknya) :
 - 5) *Scala* (berapa skalanya) :
 - 6) *Treatment* (usaha mengatasi) :
 - 7) *Understanding* (persepsi pada nyeri):
 - 8) *Values* (harapan terhadap nyeri) :
 - a. Rasa tidak nyaman lainnya :

b. Gejala yang menyertai :

14. **DATA LABORATORIUM**

Tanggal pemeriksaan : 28 April 2025

Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Harga Normal	Satuan	Interpretasi
Hemoglobin	12.6	11.7-15.5	g/dL	Normal
Kreatinin	1.35	0.6-1.3	mg/dL	Abnormal
Asam Urat	4.9	2.6-6.0	mg/dL	Normal
Kolesterol	92	<130	mg/dL	Normal
Leukosit	13.31	4.1-10.-9	10 ³ /μl	abnormal

15. **PEMERIKSAAN USG/RADIOLOGI**

Kesimpulan : Pemeriksaan CT Scan, 28 April 2025

- *Subacute to chronic ischemic cerebral infarction* di *corona radiata* kiri hingga basal ganglia kiri
- *Lacunar infarction* di basal ganglia kanan kiri
- Tak tampak lesi perdarahan pada *brain parenchyme*

16. **PENATALAKSANAAN TERAPI**

Tanggal	Nama Obat	Cara Pemberian	Dosis	Manfaat
28 April 2025	Infus asering Citicolin Ranitidin Proxime CPG	IV Inj IV Inj IV Oral Oral	16 tpm 2x500 mg 2x25 mg 1x100 mg 1x75 mg	

Diet : rendah garam dan lemak

Infus : asering

Ponorogo, 28 April 2025

Perawat,



ANALISA DATA

No.	Data Fokus	Etiologi	Diagnosa Keperawatan
1.	DS : - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan merasa sudah menggerakkan badan sebelah kanan namun seperti tidak memiliki energi DO : - Pasien tampak lemah - Pasien tampak pucat - Aktivitas pasien tampak dibantu keluarganya - TD : 176/112 mmHg - S : 36,8 °C - N : 96x/mnt - RR : 20x/mnt - SPO : 98%	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas (D.0056)
2.	DS : - Pasien mengatakan sulit menggerakkan anggota badan sebelah kanan DO : - Pasien tampak kesulitan menggerakkan anggota badan sebelah kanan - Kesadaran pasien somnolen - Kekuatan otot 50 50 - TD : 176/112 mmHg - S : 36,8 °C - N : 96x/mnt - RR : 20x/mnt - SPO : 98%	Penurunan kekuatan otot	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)

3.	DS : - Pasien mengatakan sulit tidur karena pusing - Pasien mengatakan sering terbangun DO : - - TD : 176/112 mmHg S : 36,8 °C N : 96x/mnt RR : 20x/mnt SPO : 98%	Hambatan lingkungan	Gangguan Pola Tidur (D.0056)
----	--	---------------------	------------------------------

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Paraf
1.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan aktivitas pasien bergantung pada keluarga	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan kelemahan anggota badan sebelah kanan	
3.	Gangguan pola tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan ditandai dengan pasien kesulitan tidur	

INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Intoleransi Aktivitas (D.0056)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil (L.05047): 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 3. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 4. Toleransi dalam menaiki tangga meningkat 5. Perasaan lemah menurun 6. Tekanan darah membaik	Terapi Aktivitas (I.01026) Observasi 1. Identifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Identifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas Terapeutik 4. Fasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 5. Fasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan 6. Libatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 7. Jadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari Edukasi 8. Anjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 9. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas
2.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pasien meningkat dengan kriteria hasil (L.05042) : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat. 2. Kekuatan otot meningkat. 3. Rentang gerak (ROM) meningkat. 4. Kekakuan sendi menurun. 5. Kelemahan fisik menurun. 6. Kecemasan menurun.	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik 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)

		7. Gerakan terbatas menurun.	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 mobilisasi dini 10. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)
3.	Gangguan Pola Tidur (D.0055)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pola tidur pasien membaik dengan kriteria hasil (L.05045) : 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun 3. Keluhan pola tidur berubah menurun 4. Keluhan istirahat tidak cukup menurun	Dukungan Tidur (L.05174) Observasi 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis) 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) Terapeutik 4. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 5. Batasi waktu tidur siang, jika perlu 6. Fasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7. Tetapkan jadwal tidur rutin Edukasi 8. Jelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 9. Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 10. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.	Hari/ tanggal	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Selasa, 29 April 2025	07.00 07.10 07.15 07.20 07.25	1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Memonitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas 4. Memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 5. Memfasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan 6. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 7. Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 8. Mengajukan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 9. Mengajukan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas	12.00	S : - Pasien mengatakan badan terasa lemas - Pasien mengatakan aktivitas selama di Rumah Sakit dibantu oleh keluarga O : - TD : 156 mmHg S : 36 N : 88 x/mnt SpO2 : 99% RR : 22x/mnt A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
2.		07.00 07.15	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi	12.00	S : - Pasien mengatakan anggota badan sebelah kanan sulit digerakkan O : - Pergerakan sendi mengalami kelemahan - Kekuatan otot	

		07.20	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi		5 0	
		07.25	5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)		5 0	
		07.30	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu		A : masalah belum teratasi	
			7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		P : lanjutkan intervensi	
			8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit			
			9. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur			
			10. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			
3.		07.00	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	12.00	S :	
		07.15	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)		- Pasien mengatakan sulit tidur dan sering terbangun	
		07.20	3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)		O :	
			4. Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)		- Pasien tampak kurang fresh	
			5. Membatasi waktu tidur siang, jika perlu		- TD : 156/110 mmHg	
					S : 36	
					N : 88 x/mnt	
					SpO2 : 99%	
					RR : 22x/mnt	
					A : masalah belum teratasi	
					P : lanjutkan intervensi	

		07.25	6. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7. Menetapkan jadwal tidur rutin 8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 9. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 10. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			
1.	Rabu, 30 April 2025	07.00	1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas	12.00	S : - Pasien mengatakan badan masih terasa lemas - Pasien mengatakan makan dan minum dibantu oleh keluarganya O : - TD : 160/110 mmHg S : 36 N : 90 x/mnt SpO2 : 99% RR : 22x/mnt A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
		07.10	2. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Memonitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas 4. Memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami			
		07.20	5. Memfasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan 6. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 7. Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari			
		07.25	8. Menganjurkan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 9. Menganjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas			

2.		07.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	12.00	S : - Pasien mengatakan tangan kanan bisa digerakkan bahkan sedikit diangkat	
		07.15	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan		O : - Pergerakan sendi mengalami kelemahan - Kekuatan otot	
		07.20	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi			
		07.20	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi			
		07.25	5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)		5 2 5 2	
		07.25	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
		07.30	7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan			
			8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit			
			9. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur			
			10. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			
3.		07.00	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	12.00	S : - Pasien mengatakan masih sulit tidur	
		07.15	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)		O : - Pasien tampak kurang fresh - TD : 160/110 mmHg S : 36	
			3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati			

		07.20	waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur) 4. Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur) 5. Membatasi waktu tidur siang, jika perlu 6. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur 7. Menetapkan jadwal tidur rutin 8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 9. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur 10. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur		N : 90 x/mnt SpO2 : 99% RR : 22x/mnt A : masalah teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi	
1.	Kamis, 1 Mei 2025	07.00	1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Memonitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas 4. Memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 5. Memfasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan 6. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 7. Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari	12.00	S : - Pasien mengatakan badan masih lemas - Pasien mengatakan kebutuhan aktivitasnya masih bergantung pada keluarganya O : - TD : 155/100 mmHg S : 36 N : 88 x/mnt SpO2 : 100% RR : 22x/mnt A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	

		07.20	8. Mengajukan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 9. Mengajukan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas			
2.		07.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	12.00	S : - Pasien mengatakan anggota badan sebelah kanan sulit digerakkan	
		07.10	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan		O : - Pergerakan sendi mengalami kelemahan - Kekuatan otot	
		07.15	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi		5 0 5 0	
		07.20	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
		07.25	7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit 9. Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur 10. Mengajukan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			

3.		07.00	1. Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur	12.00	S : - Pasien mengatakan semalam sudah bisa tidur O : - TD : 160/110 mmHg S : 36 N : 90 x/mnt SpO2 : 99% RR : 22x/mnt A : masalah teratasi P : intervensi dihentikan	
		07.10	2. Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur (fisik dan/atau psikologis)			
			3. Mengidentifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh, alcohol, makan mendekati waktu tidur, minum banyak air sebelum tidur)			
		07.15	4. Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur)			
		07.20	5. Membatasi waktu tidur siang, jika perlu			
			6. Memfasilitasi menghilangkan stress sebelum tidur			
			7. Menetapkan jadwal tidur rutin			
			8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit			
		07.25	9. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur			
			10. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			
1.	Jum'at, 2 Mei 2025	07.00	1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas	12.00	S : - Pasien mengatakan badan masih lemas - Pasien mengatakan kebutuhan aktivitasnya masih bergantung pada keluarganya O : - TD : 155/100 mmHg	
		07.10	2. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu			
			3. Memonitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas			
			4. Memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami			

		07.15	5. Memfasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan		S : 36 N : 88 x/mnt SpO2 : 100% RR : 22x/mnt A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
		07.20	6. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 7. Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 8. Mengajukan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 9. Mengajukan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas			
2.		07.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	12.00	S : - Pasien mengatakan anggota badan sebelah kanan masih sulit digerakkan	
		07.15	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan		O : - Pergerakan sendi mengalami kelemahan - Kekuatan otot	
		07.20	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi		5 0 5 0	
		07.25	5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) 6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan 8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	

			9. Mengajukan menepati kebiasaan waktu tidur 10. Mengajukan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			
1.	Sabtu, 3 Mei 2025	07.00 07.10 07.15 07.20 07.25	1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas 2. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu 3. Memonitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas 4. Memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami 5. Memfasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan 6. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu 7. Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari 8. Mengajukan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai 9. Mengajukan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas	12.00	S : - Pasien mengatakan badan masih lemas - Pasien mengatakan kebutuhan aktivitasnya masih bergantung pada keluarganya O : - TD : 160/110 mmHg S : 36 N : 89 x/mnt SpO2 : 97% RR : 24x/mnt A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
2.		07.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan	12.00	S : - Pasien mengatakan anggota badan sebelah kanan masih belum bisa digerakkan O :	

		07.10	3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi		- Pergerakan sendi mengalami kelemahan - Kekuatan otot	
		07.15	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi			
			5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)		5 0 5 0	
		07.20	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu		A : masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
			7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan			
			8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit			
			9. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur			
		07.25	10. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			
1.	Minggu, 4 Mei 2025	07.00	1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas	12.00	S : - Pasien mengatakan badan masih lemas - Pasien mengatakan kebutuhan aktivitasnya masih bergantung pada keluarganya O : - TD : 150/115 mmHg S : 36 N : 85 x/mnt SpO2 : 97%	
		07.10	2. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu			
			3. Memonitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas			
			4. Memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami			
		07.15	5. Memfasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan			

			10. Mengajukan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			
1.	Senin, 5 Mei 2025	07.00	1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktivitas	12.00	S :	
		07.10	2. Mengidentifikasi kemampuan berpartisipasi dalam aktivitas tertentu		- Pasien mengatakan badan masih lemas	
		07.15	3. Memonitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas		- Pasien mengatakan kebutuhan aktivitasnya di Rumah Sakit dibantu keluarganya	
		07.20	4. Memfasilitasi fokus pada kemampuan, bukan defisit yang dialami		O :	
			5. Memfasilitasi aktivitas rutin (mis : mobilisasi) sesuai kebutuhan		- TD : 160/120 mmHg	
			6. Melibatkan keluarga dalam aktivitas, jika perlu		S : 36	
			7. Menjadwalkan aktivitas dalam rutinitas sehari-hari		N : 89 x/mnt	
			8. Mengajukan terlibat dalam aktivitas kelompok atau terapi, jika sesuai		SpO2 : 97%	
			9. Mengajukan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas		RR : 24x/mnt	
					A : masalah belum teratasi	
					P : intervensi dihentikan karena pasien pulang	
2.		07.00	1. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	12.00	S :	
		07.10	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan		- Pasien mengatakan anggota badan sebelah kanan masih belum bisa digerakkan	
			3. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi		O :	
					- Pergerakan sendi mengalami kelemahan	
					- Kekuatan otot	

		07.15	4. Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi		5 0	
			5. Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)		5 0	
		07.20	6. Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu		A : masalah belum teratasi	
			7. Melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan		P : intervensi dilanjutkan dirumah	
			8. Menjelaskan pentingnya tidur cukup selama sakit			
		07.25	9. Menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur			
			10. Menganjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur			

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Imroatu Tri Kamalia

NIM : P17250224086

Dosen Pembimbing : Rudi Hamarno S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan
Intoleransi Aktivitas di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono
Ponorogo

NO	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
1.	Senin, 23 Desember 2024		- Acc Judul	
2.	Jum'at, 27 Desember 2024		- Menyusun latar belakang dan rumusan masalah	
3.	Selasa, 31 Desember 2024		- Pemberian citasi pada latar belakang paragraph pertama - Penulisan huruf kapital - Penempatan tanda koma - Penempatan tanda titik setelah sumber - Spasi judul - Mencari data prevelensi WHO terbaru	
4.	Selasa, 7 Januari 2024		- Spasi judul dirapikan - Spasi tab disamakan 1,5 cm - Penulisan Bahasa asing dimiringkan - Pembahasan Amerika Serikat diadakan satu paragraf - Penulisan titik setelah sumber - Diagnose keperawatan ditambahkan - Spasi table 1 cm	
5.	Kamis, 9 Januari 2024		- Melengkapi metode penelitian - Menambahkan kriteria eksklusi, inklusi	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Imroatu Tri Kamalia
NIM : P17250224086
Dosen Pembimbing : Rudi Hamarno S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan
Intoleransi Aktivitas di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono
Ponorogo

NO	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
6.	Rabu, 5 Maret 2025		- Mencari instrument intoleransi aktivitas - Melengkapi daftar singkatan - Acc Proposal	
7.	Selasa, 11 Maret 2025		- Sebelum penulisan karya tulis ilmiah ditambahkan - Penulisan citasi nama penulis ditulis nama belakangnya saja - Spasi pada daftar pustaka dirapikan - Ditambahkan interpretasi Tingkat keparahan stroke pada lampiran 6 - Pada lembar pengesahan ditambahkan proposal - Penulisan kutipan diberi tanda kurung pada tahunnya - Penulisan daftar Pustaka dirapikan - Scan lembar konsul diperbaiki - Bahasa asing dimiringkan	 
8.	Kamis, 20 Maret 2025		- Acc revisi proposal	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Imroatu Tri Kamalia

NIM : P17250224086

Dosen Pembimbing : Rudi Hamarno S.Kep.,Ns.,M.Kep.

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan
Intoleransi Aktivitas di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono
Ponorogo

NO	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
9.	Jum'at, 9 Mei 2025		- Karakteristik partisipan dibuat lebih detail - Table TTV diganti menjadi grafik - Terapi di pembahasan dihapus - Diagnose pada pembahasan ditambahkan opini dan teori - Grafik ROM dipindah ke bagian hasil - Ditambahkan teori pada bagian evaluasi	
10.	Selasa, 13 Mei 2025		- Waktu penelitian di BAB 3 dirubah - Spasi dalam table 1 cm - Ditambahkan teori tentang jenis kelamin - Penulisan Bahasa asing dimiringkan	
11.	Senin, 19 Mei 2025		- Penulisan dirapikan - Ditambahkan abstrak - Tab pada awal paragraph 1,5	
12.	Selasa, 20 Mei 2025		- Acc KTI	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Imroatu Tri Kamalia
NIM : P17250224086
Dosen Pembimbing : Rudi Hamarno S.Kep.,Ns.,M.Kep.
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan
Intoleransi Aktivitas di Ruang Aster RSUD Dr. Harjono
Ponorogo

NO	TANGGAL	BAB	REKOMENDASI PEMBIMBING	TANDA TANGAN
10.	Rabu, 4 Juni 2025		- Pada abstrak ditambahkan isu - Ditambahkan teori, opini, fakta tentang hasil TTV, skala kekuatan otot, dan instrumen intoleransi aktivitas - Pada kata pengantar ditambahkan ucapan terimakasih kepala RS dan kepala ruang - Spasi pada abstrak - Penulisan nama pengarang di daftar pustaka - Penulisan berulang citasi - Mencantumkan hasil CT Scan - Acc KTI	  

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Imroatu Tri Kamalia
Tempat/ Tanggal Lahir : Magetan, 22 Mei 2004
Alamat : Rt 3 / Rw 3 Dusun.
Daleman, Ds. Ngariboyo,
Kec. Ngariboyo, Kab.
Magetan
Nama Ayah : Kusnaini
Nama Ibu : Robingatun
No.Telp : 082231442035
Sosial Media : Kamalia.a

Riwayat Pendidikan:

1. TK Ngariboyo 1 Magetan, Lulus Tahun 2010
2. MIN 13 Magetan, Lulus Tahun 2016
3. MTs Bani 'Ali Mursyad Takeran, Lulus Tahun 2019
4. MAN 2 Kota Madiun, Lulus Tahun 2022
5. Sedang menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Malang Kampus Kab. Ponorogo