

BAB 4

LAPORAN KASUS

Pada bab ini berisi tentang Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan masalah keperawatan Gangguan mobilitas fisik di Ruang Ustman Bin Affan RS Amal Sehat Wonogiri. Asuhan Keperawatan ini dimulai dari pengkajian, analisis data, perumusan diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan serta evaluasi hasil tindakan keperawatan

1.1. Pengkajian

a. Identitas

1) Pasien

Nama / Inisial : Ny. P
Umur : 45 Tahun
No. Register : 61.30.xx
Agama : Islam
Alamat : Ngembongan 4/2 Sugihan, Jatiroto
Pendidikan : SD
Pekerjaan : Swasta
Tanggal MRS : 12 Agustus 2024
Tanggal Pengkajian : 13 Agustus 2024, jam 10.00
Dx. Medis : Stroke Non Hemoragik

2) Penanggung Jawab

Nama : Tn. M
Hubungan dengan pasien : Suami

Umur : 45 Tahun
Pendidikan : SMP
Agama : Islam
Pekerjaan : Swasta
Suku/Bangsa : Jawa / Indonesia
Alamat : Ngembongan 4/2 Sugihan, Jatiroto

b. Keluhan utama

1) Keluhan saat MRS

Tangan dan kaki kanan terasa berat dan sulit untuk digerakkan

2) Keluhan saat pengkajian

Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa berat, sulit digerakkan sejak 1 hari sebelum masuk Rumah Sakit

c. Riwayat penyakit sekarang

Keluarga mengatakan 1 hari sebelum dibawa ke Rumah sakit pada hari minggu 11 Agustus 2024 sekitar jam 19.15 WIB, pasien tiba-tiba berbicara pelo, tangan dan kaki kanan terasa berat dan sulit untuk digerakkan, oleh saudaranya pasien dibawa ke bidan terdekat sambil menunggu suaminya pulang dari merantau. Dari hasil pemeriksaan bidan, pasien disarankan untuk dibawa ke Rumah Sakit. Oleh saudaranya pasien dibawa pulang dulu sambil menunggu suami pasien pulang dari merantau dan sementara minum obat dari bidan. Pada hari senin 12 Agustus 2024 jam 20.00 WIB pasien dibawa ke IGD RS Amal

Sehat Wonogiri dengan keluhan tangan dan kaki kanan terasa berat dan sulit untuk digerakkan, bicara sedikit pelo. Dari hasil pemeriksaan petugas IGD didapatkan kesadaran composmentis, TD 100/70 mmHg, Nadi 84x/menit, RR 24x/menit, Suhu 36 °C, SPO2 98 %. Oleh dokter jaga IGD pasien disarankan untuk rawat inap dan dilakukan pemeriksaan CT Scan serta perawatan lanjutan, pasien kemudian di transfer ke Bangsal Ustman Bin Affan 3 B.

Pada saat pengkajian yang dilakukan tanggal 13 Agustus 2024 pukul 10.00 didapatkan keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis, pasien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa berat dan sulit untuk digerakkan, bicara sudah tidak pelo, persendian ekstremitas kanan terasa kaku/kram jika digerakkan skala nyeri 6. TD 100/70 mmHg, Nadi 88x/menit, RR 20x/menit, Suhu 36,2 °C, SPO2 98 %. Kekuatan otot pada ekstremitas kanan atas bawah di derajat 2, sedangkan untuk ekstremitas kiri atas dan bawah di derajat 5. Pasien terpasang infus ditangan sebelah kiri..

d. Riwayat kesehatan dahulu

1) Penyakit yang pernah dialami

Ny. P tidak memiliki riwayat penyakit kronis seperti hipertensi, DM dan tidak memiliki penyakit menular.

2) Pengobatan/tindakan yang dilakukan

Ny. P tidak mengkonsumsi obat rutin dan jika sakit Ny. P biasa periksa ke bidan atau Rumah Sakit terdekat.

3) Pernah dirawat/dioperasi

Ny. P pernah dirawat di Rumah sakit amal sehat sebanyak 3x, dengan diagnosa stroke non hemoragik, chepalgia berat, dispepsia. Tidak pernah dilakukan tindakan operasi atau pembedahan lainnya

4) Alergi

Ny. P tidak memiliki riwayat alergi obat maupun makanan dan cuaca.

e. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada yang memiliki penyakit kronis seperti DM, HT, dan juga tidak ada yang memiliki penyakit menular.

f. Riwayat psikososial

1) Persepsi dan harapan klien terhadap masalah klien

Pasien mengerti tentang sakit yang dideritanya karena 3 tahun yang lalu pernah mengalami sakit yang sama, pasien berharap agar segera sembuh dan beraktivitas maupun bekerja seperti biasanya.

2) Persepsi dan harapan keluarga terhadap masalah klien

Keluarga mengatakan memahami sakit yang diderita pasien dan bisa memahami apa yang dirasakan pasien, serta berharap pasien akan tetap semangat dan berusaha agar segera sehat lagi seperti biasanya.

3) Pola interaksi dan komunikasi

Pasien dapat berinteraksi dengan baik dengan keluarganya dan dalam berkomunikasi juga tidak mengalami masalah

4) Pola pertahanan

Pasien dalam keseharian selalu berusaha untuk menjaga kesehatan dengan menjaga pola makan dan pola istirahat tetapi pasien suka dengan makanan yang berminyak dan santan. jika ada keluhan kesehatan selalu periksa ke bidan terdekat.

5) Pola nilai dan kepercayaan

Pasien mengatakan bahwa sakit menjadi ujian dari Allah SWT dan jika diterima dengan ikhlas akan bisa menjadi kebaikan diakhirat kelak, Pasien berusaha untuk selalu beribadah dan berdoa agar segera diberi kesembuhan oleh Allah SWT.

6) Pengkajian Konsep diri

a) Gambaran diri : Pasien mengatakan mengetahui tentang sakitnya dan menyadari dalam penyembuhan memerlukan proses dan semangat serta keyakinan untuk sembuh. Pasien berharap akan segera sembuh dan bekerja seperti biasanya.

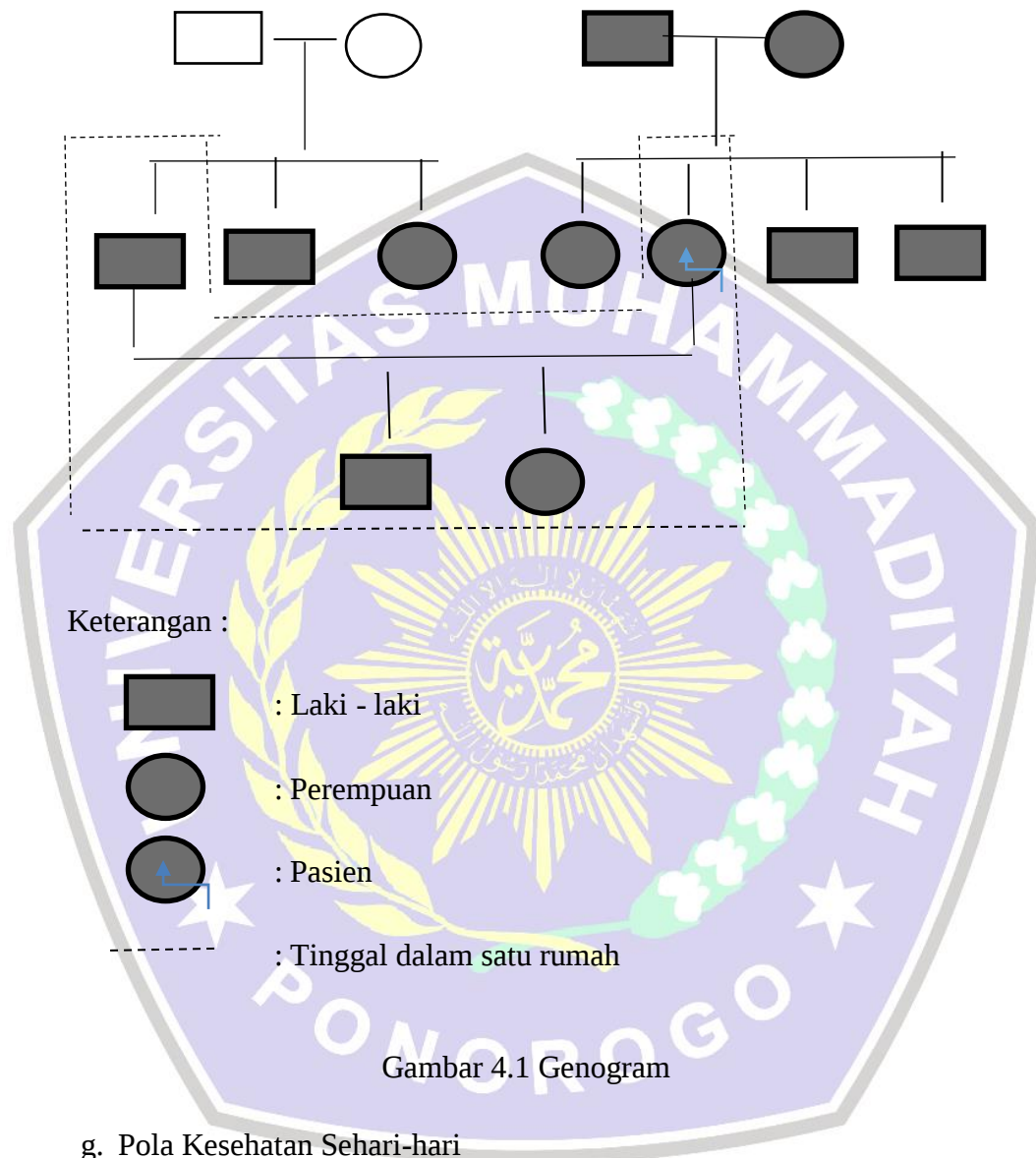
b) Ideal diri : Pasien ingin bisa kembali bekerja lagi untuk membantu ekonomi keluarga dan dapat beraktivitas seperti sedia kala

c) Harga diri : Pasien merasa yakin bahwa penyakit bisa sembuh dan bisa beraktivitas seperti biasanya.

d) Peran : Pasien berperan sebagai Ibu rumah tangga dan juga bekerja membantu untuk mencukupi kebutuhan keluarga.

- e) Identitas diri : Pasien mengatakan selalu semangat dalam menjalani kehidupannya

7) Genogram



g. Pola Kesehatan Sehari-hari

Tabel 4.1 Pola kesehatan sehari-hari

Pola-Pola	Sebelum sakit	Saat Sakit
Nutrisi	Pasien makan 3x sehari dengan porsi nasi $\frac{1}{2}$ piring dengan lauk dan sayur, minum air putih	Saat dirawat di rumah sakit pasien makan habis $\frac{1}{2}$ porsi jatah Rumah Sakit, minum 3-4 gelas air putih dalam sehari,

	5-6 gelas sehari	pasien terpasang infus
BAK BAB	Pasien BAK sehari tidak pasti dengan frekuensi 5-6 x , urine jernih dan bau khas urine Pasien BAB sehari 1x kadang bisa 2 hari sekali	Saat dirawat pasien BAK 4-5 x, dengan dibantu oleh keluarga pasien menggunakan pispot Pasien belum BAB saat pengkajian
Istirahat	Pasien dirumah tidur 6-7 jam saat malam hari dan jarang tidur disiang hari, pasien tidak pernah mengkonsumsi obat tidur	Pasien saat dirumah sakit tidur hampir sama seperti dirumah tapi saat malam hari kadang terbangun dan kadang siang hari tidur
Pola aktivitas	Pasien dalam beraktivitas dan bekerja dapat dilakukan secara mandiri tanpa bergantung pada orang lain	Adanya kelemahan anggota gerak kanan atas dan bawah, kekuatan otot melemah diderajat 2, sehingga dalam beraktivitas, dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari, pasien tidak bisa sendiri dan membutuhkan bantuan dari keluarga atau petugas medis
Personal hygiene	Pasien mengatakan mandi 2x sehari pagi dan sore	Saat sakit pasien hanya disibin oleh keluarganya pagi dan sore hari

h. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan umum pasien

- a) Keadaan umum : Lemah
- b) Kesadaran : Composmentis
- c) GCS : E:4 V:5 M:6
- d) Tanda-tanda vital

TD : 100/70 mmHg

RR : 20 x/ menit

Nadi : 88 x/ menit

Suhu : 36,2°C

SpO₂ : 98%.

2) Pemeriksaan *Review Of System* (ROS)

a) Pemeriksaan kepala

Inspeksi : Rambut berwarna hitam lurus, penyebaran rambut merata, tidak terdapat lesi.

Palpasi : Tidak terdapat benjolan maupun nyeri tekan dikepala

b) Pemeriksaan muka

Inspeksi : Bentuk muka oval, simetris, tidak ada lesi atau benjolan

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan disekitar muka

c) Pemeriksaan telinga

Inspeksi : Simetris kanan kiri, tidak ada lesi, tidak ada serumen

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan maupun benjolan disekitar telinga

d) Pemeriksaan mata

Inspeksi : Simetris kanan kiri , kongjungtiva ananemis, sklera tidak ikterik, reflek cahaya (+/+), reflek pupil isokor, ukuran pupil 2 mm /2 mm.

Palpasi : Tidak ada benjolan maupun nyeri tekan pada area

mata

e) Pemeriksaan hidung

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada benjolan di hidung, tidak ada lesi

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan maupun benjolan pada hidung

f) Pemeriksaan mulut dan faring

Inspeksi : Mukosa bibir lembab, tidak ada kelainan pada bibir seperti bibir sumbing .

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan maupun benjolan

g) Pemeriksaan leher

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak terdapat lesi.

Palpasi : Vena jugularis teraba, tidak ada nyeri tekan tidak ada pembengkan kelenjar tiroid

h) Pemeriksaan payudara dan ketiak

Inspeksi : Payudara kiri dan kanan simetris, tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan dan tidak ada benjolan pada bagian payudara dan ketiak

i) Pemeriksaan thorax :

(1) Pemeriksaan paru-paru

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan pergerakan dinding dada, RR 20 x/ menit reguler

Palpasi : Tidak teraba nyeri tekan, tidak ada

Pembengkakan, taktil fremitus simetris

Perkusi : Terdengar bunyi sonor disemua lapang paru

Auskultasi : Tidak ada suara nafas tambahan/ vesikuler

(2) Pemeriksaan jantung

Inspeksi : Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi,
tidak ada pembesaran pada jantung.

Palpasi : Tidak ada pembengkakan/benjolan tidak ada
nyeri tekan.

Perkusi : Bunyi suara jantung redup

Auskultasi : Bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II
(dup), tidak ada bunyi tambahan, Teratur dan
tidak ada bunyi tambahan seperti mur-mur dan
gallop

i. Pemeriksaan abdomen

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak terdapat lesi

Auskultasi : Bising usus 14x

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan maupun benjolan diperut

Perkusi : Terdengar bunyi timpani

j) Pemeriksaan integument

Inspeksi : Warna kulit sawo matang, tidak ada lesi

Palpasi : Akral teraba hangat, turgor kulit normal. CRT $\leq$ 2
detik

k) Pemeriksaan anggota gerak (ekstremitas)

Terdapat kelemahan anggota gerak kanan atas dan bawah (tangan dan kaki) dengan kekuatan otot tangan dan kaki kanan derajat 2 tangan dan kaki kiri derajat 5.

l) Pemeriksaan genitelia dan sekitar anus

Vulva bersih, tidak ada keputihan, tidaka terdapat benjolan di vagina, tidak terdapat hemoroid

m) Pemeriksaan status neurologis

(1) Tingkat kesadaran : composmentis

(2) GCS : E 4 V 5 M 6

(3) Syaraf Kranial

N I (*Olfactorius*) : Pasien mampu mencium dan membedakan bau dengan baik

N II (*Optikus*) : Pasien mampu membedakan warna dan lapang pandang pasien baik

NIII (*Okulomotorius*) : Pasien mampu membuka mata, reflek pupil isokor

N IV (*Trokhlearis*) : Pasien mampu menggerakkan bolamata ke bawah

N V (*Trigeminus*) : Pasien mampu menggerakkan rahangnya dengan baik

N VI (*Abdusen*) Pasien mampu menggerakkan
: bolamata kesamping

N VII (*Facialis*) : Pasien mampu mengekspresikan wajah sesuai perintah

N VIII (*Auditorius*) : Pasien tidak memiliki gangguan pendengaran

N IX (*Glossofaringeus*): Pasien mampu menggerakkan lidah

N X (*Vagus*) : Pasien mampu menggerakkan lidah

N XI (*Accesorius*) : Pasien mampu menggerakkan bahu kanan kiri secara otomatis namun pasien mengalami kelemahan pada bagian ekstermitas kanan

N XII (*Hipoglossus*) : Pasien mampu menjulurkan lidah dan dapat menggerakkannya ke kanan dan kiri,

i. Pemeriksaan Penunjang

1) Pemeriksaan laboratorium

Tabel 4.2 Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal Pemeriksaan	Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
12-8-2024	Darah Lengkap			
	Hemoglobin	13,7	g/dl	11.0 - 18.0
	Leukosit	7,8	$10^3/UL$	3,50 - 10.0
	Hematokrit	41,6	%	35 - 54
	Trombosit	318	$10^3/UL$	150 - 400
12-8-2024	Kimia Darah			

	Gula Darah Sewaktu	121	mg/dl	70-140
	Ureum	19	mg/dl	10-50
	Creatinin	0,72	mg/dl	0.60 – 1,0
13-8-2024	Kimia Darah			
	Cholesterol Total	241	mg/dl	< 200
	LDL Cholesterol	62	mg/dl	< 150
	HDL Cholesterol	65	mg/dl	> 35
	Trigliserida	286	mg/dl	< 150

2) Pemeriksaan CT SCAN tanggal 12 Agustus 2024

Kesan : infark cerebri di kapsula interna kiri

3) Pemeriksaan EKG tanggal 12 Agustus 2024

Sinus Rithm

j. Penatalaksanaan

Tabel 4.3 Penatalaksanaan

Nama obat	Dosis	Rute
Infus Asering	20 tpm	IV
Inj. Citicolin	1 gr/12 jam	IV
Inj. Lansopazole	1 vial/24 jam	IV
Tebokan F	1x1	Oral
Disolf	3x 2tab	Oral
Aspilet	Atorvastatin 1x20 mg	Oral
Atorvastatin	1 x 1	Oral

1.2. Analisa Data

Nama : Ny. P

No Reg : 6130xx

Umur : 45 Th

Ruang : Ustman Bin Affan

Tabel 4.4 Analisa Data

No	Tgl/Jam	Kelompok data	Masalah	penyebab
1	13/08/24 Jam 12.00	Data Subyektif : Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa berat, sendi saat digerakkan terasa kaku/kram Data Obyektif : 1. Keadaan Umum : lemah 2. Tangan dan kaki kanan tampak lemah 3. Gerakan tangan dan kaki kanan terbatas 4. Aktivitas tampak dibantu keluarga 5. Persendian ekstremitas kanan terasa kaku/kram jika digerakkan 6. Kekuatan tonus otot 2 5 2 5 7. Hemiparesis kanan	Gangguan Mobilitas Fisik	Obstruksi pembuluh otak ↓ Sirkulasi cerebral terganggu ↓ Penurunan darah dan oksigen ke otak ↓ Gangguan neuromuskular ↓ Mobilitas menurun ↓ Gangguan mobilitas fisik

1.3. Diagnosa Keperawatan

Nama : Ny. P

No Reg : 6130xx

Umur : 45 Th

Ruang : Ustman Bin Affan

Tabel 4.5 Diagnosa Keperawatan

No	Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan	Tanggal teratasi	TTD
1	13/08/24	Gangguan Mobilitas fisik berhubungan dengan Gangguan Neuromuskular		 Heri

1.4. Intervensi Keperawatan

Nama : Ny. P

No Reg : 6130xx

Umur : 45 Th

Ruang : Ustman Bin Affan

Tabel 4.6 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054) Definisi : Keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri	Setelah dilakukan tindakan Keperawatan selama 5x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (L.05042)	Teknik Latihan Penguatan Otot (I.05184) Observasi 1. Identifikasi risiko latihan 2. Monitor efektivitas latihan Terapeutik 3. Lakukan Latihan ROM sesuai dengan program yang telah ditentukan 4. Fasilitasi menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka Panjang yang realistis dalam menentukan rencana Latihan ROM 5. Fasilitasi mengubah program atau mengembangkan strategi lain untuk mencegahnya bosan dan putus latihan 6. Berikan instruksi tertulis tentang pedoman dan bentuk gerakan ROM untuk setiap gerakan latihan Otot Edukasi 7. Jelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakannya otot 8. Ajarkan tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah sesi latihan (mis. Kelemahan, kelelahan ekstrem,angina, palpiltasi) Kolaborasi 9. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain (mis. Terapis aktivitas, ahli fisiologi olahraga, terapis

		okupasi, terapis rekreasi, dan terapis fisik) dalam perencanaan pengajaran, dan memonitor program latihan otot
--	--	--

1.5. Implementasi Keperawatan

Nama : Ny. P

No Reg : 6130xx

Umur : 45 Th

Ruang : Ustman Bin Affan

Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan

No DX	Tgl/jam	Tindakan keperawatan dan Respon pasien	TTD
1	13-08-24 12.00 WIB	1. Melakukan identifikasi Resiko latihan R : Pasien kooperatif paham jika nanti dilakukan latihan dan resiko yang akan muncul	Heri
	12.05 WIB	2. Melakukan Identifikasi jenis dan durasi aktivitas pemanasan atau pendinginan R : Pasien sebelum dilakukan latihan di berikan minyak oles	Heri
	12.30 WIB	3. Melakukan Latihan ROM <i>exercise</i> R : Pasien mau mengikuti arahan dan mau melakukan latihan. Tangan dan kaki kanan masih terasa berat kekutana otot masih diderajad 2, sendi terasa kaku	Heri
1	14-08-24 09.00 WIB	1. Melakukan identifikasi Resiko latihan R : Pasien kooperatif paham jika nanti dilakukan latihan dan resiko yang akan muncul	Heri
	09.05 WIB	2. Melakukan monitoring efektifitas latihan	Heri

	09.08 WIB	R : Pasien menjelaskan tangan merasa kaku bila digerakkan 3. Melakukan Latihan ROM <i>excercise</i> R : Pasien mau mengikuti arahan dan mau melakukan latihan, tangan dan kaki kanan sudah bisa digeser mapupuin diangkat sedikit sedikit, sendi masih terasa kaku, kekuatan otot masih diderajad 2	Heri 
	09.25 WIB	4. Menetapkan tujuan jangka pendek dan jangka panjang dalam menentukan rencana latihan Rom <i>Excercise</i> R : Pasien paham tujuan apa yang ingin dicapai dengan latihan ROM <i>Excercise</i>	Heri 
	09.30 WIB	5. Memberikan leaflet kepada pasien tentang latihan ROM <i>Excercise</i> R : pasien mau menerima dan terlihat membaca leaflet yang diberikan	Heri 
	09.40 WIB	6. Mengajarkan cara mengurangi kebosanan untuk melakukan latihan R : Pasien kooperatif dan akan selalu dibantu serta didukung oleh keluarga	Heri 
	09.45 WIB	7. Menjelaskan fungsi otot, fisiologi olahraga, dan konsekuensi tidak digunakannya otot R : Pasien kooperatif dan mau untuk latihan gerak agar tidak ada kaku otot	Heri 
	09.48 WIB	8. Mengajarkan tanda dan gejala intoleransi selama dan setelah sesi latihan (mis. Kelemahan, kelelahan ekstrem,angina, palpiltasi) R:Pasien paham dan bisa menjelaskan kembali	Heri 
	09.50 WIB	9. Melakukan kolaborasi dengan petugas fisioterapi R : - 10. Melakukan kolaborasi dengan	Heri 

	17.00 WIB	petugas fisioterapi dalam pengajaran, dan memonitor program latihan ROM <i>Excercise</i> R : -	Heri
	15-08-24 09.00 WIB	1. Melakukan identifikasi Resiko latihan R : Pasien kooperatif paham jika nanti dilakukan latihan dan resiko yang akan muncul	Heri
	09.05 WIB	2. Melakukan monitoring efektifitas latihan R : Pasien menjelaskan tangan merasa kaku bila digerakkan berkurang, kekuatan otot juga sudah mengalami peningkatan	Heri
	09.10 WIB	3. Melakukan Latihan ROM <i>excercise</i> R : Pasien mau mengikuti arahan dan mau melakukan latihan, tangan dan kaki kanan sudah bisa diangkat sedikit sedikit, kekuatan otot derajat 3	Heri
	16.30 WIB	4. Melakukan kolaborasi dengan petugas fisioterapi dalam melakukan dan memonitor program latihan ROM <i>Excercise</i> R : -	Heri
1	16-08-24 09.15 WIB	1. Melakukan identifikasi Resiko latihan R : Pasien kooperatif paham jika nanti dilakukan latihan dan resiko yang akan muncul	Heri
	09.20 WIB	2. Melakukan monitoring efektifitas latihan R : Pasien menjelaskan tangan merasa kaku bila digerakkan cenderung hilang, gerak pasien membaik	Heri
	09.25 WIB	3. Melakukan Latihan ROM <i>excercise</i> R : Pasien mau mengikuti arahan dan mau melakukan latihan, kekuatan otot derajat 3, tangan dan kaki kanan semakin terasa ringan rentang gerak semakin membaik	Heri

1.6.

	18.00 WIB	a	4.T Melakukan kolaborasi dengan petugas fisioterapi dalam melakukan dan memonitor program latihan ROM <i>Excercise</i> R : -	Heri
1	17-08-24 08.00 WIB		1. Melakukan identifikasi Resiko latihan R : Pasien kooperatif paham jika nanti dilakukan latihan dan resiko yang akan muncul	Heri
	08.35 WIB		2. Melakukan monitoring efektifitas latihan R : Pasien menjelaskan tangan merasa kaku bila digerakkan cenderung hilang, gerak pasien membaik	Heri
	08.40 WIB		3. Melakukan Latihan ROM <i>excercise</i> R : Pasien mau mengikuti arahan dan mau melakukan latihan, kekuatan otot derajat 4	Heri
	09.00 WIB		4. Menetapkan jadwal tindak lanjut untuk mempertahankan semangat pasien dalam latihan R : -	Heri

Keperawatan

Nama : Ny. P

No Reg : 6130xx

Umur : 45 Th

Ruang : Ustman Bin Affan

Tabel 4.7 Evaluasi Keperawatan

No DX	Tgl/ Jam	Perkembangan	TTD
1	13-08-24 16.00 WIB	S : Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan masih terasa berat dan terasa kaku jika digerakkan O : 1. Terdapat kekakuan sendi saat digerakkan 2. Pasien hanya bisa berbaring 3. Pasien dalam bergerak masih dengan bantuan keluarga maupun petugas medis secara penuh 4. TTV	Heri

		sendiri 3. Kekakuan sendi berkurang, sudah bisa menekuk sendi tapi belum maksimal (45 °) 4. TTV TD :110/80mmHg N : 88 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,4°C SPO² : 98% 5. Kekuatan Otot 3 5 3 5 6. Pasien sudah mulai belajar duduk A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 123	Heri
1	16-08-24 15.00 WIB	S : 1. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan kadang kesemutan berangsur berkurang frekuensinya 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan terasa berat mulai berkurang sudah bisa mengangkat tangan dan kaki 3. Pasien mengatakan sudah bisa duduk dengan sedikit bantuan keluarga, belajar untuk memegang benda misal sendok O : 1. Tangan dan kaki kanan lebih ringan saat digeser maupun diangkat, gerakan abduksi dan adduksi sudah bisa dilakukan, fleksi dan ekstensi sudah bisa dilakukan dengan bantuan perawat dan keluarga 2. Pasien sudah bisa miring, duduk dibantu keluarga 3. Kekakuan sendi berkurang, sudah bisa menekuk sendi tapi belum maksimal (60 °) 4. TTV 5. TD :100/80mmHg 6. N : 76 x/menit 7. RR : 22 x/menit 8. S : 36,1°C 9. SPO² : 98% 10. Kekuatan Otot 3 5	Heri

		3 5 11. Pasien sudah mulai duduk A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1234	
1	17-08-24 11.00 WIB	S : 1. Pasien mengatakan tangan dan kaki kanan sudah terasa ringan, bisa mengangkat dan menggeser 2. Pasien mengatakan sudah bisa duduk sendiri dan mulai berjalan dengan bantuan keluarga O : 1. Pasien mengangkat dan mengeser tangan dan kaki sudah mandiri tanpa bantuan keluarga 2. Pasien sudah bisa duduk sendiri, berdiri, jalan dengan bantuan keluarga 3. Kekakuan sendi berkurang, sudah bisa menekuk sendi 90 ° 4. TTV - TD :120/80mmHg - N : 86 x/menit - RR : 20 x/menit - S : 36, °C 5. SPO² : 98% 6. Kekuatan Otot 4 5 4 5 7. Pasien sudah mulai belajar jalan dengan bantuan keluarga A : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 123	Heri