

BAB III

GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini dijelaskan tentang hasil asuhan keperawatan mulai dari Pengkajian, Analisis Data, Diagnosis Keperawatan, Intervensi Keperawatan, Implementasi Keperawatan Dan Evaluasi Keperawatan.

3.1 Pengkajian

1. Identitas pasien

Nama Pasien	: Tn. S
Umur	: 57 th
Jenis Kelamin	: Laki - Laki
Agama / Suku	: Islam / Jawa
Pendidikan	: SLTA
Pekerjaan	: Wiraswasta
No. RM	: x383
Tanggal MRS	: 16 Januari 2026
Jam	: 00.48 WIB
Ruangan	: Edelweis
Tanggal Pengkajian	: 19 Januari 2026
Jam	: 11.30 WIB
Diagnosis Medis	: Cva infark

2. Riwayat penyakit

1. Riwayat Penyakit

Keluhan Utama : Keluarga pasien mengatakan pasien lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan dan gabisa diajak bicara

Riwayat Penyakit Sekarang : Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke RSUD Ibnu Sina Gresik ia merupakan pasien rujukan dari rsual-islam hm mawardi dengan keluhan kelemahan otot tangan dan kaki sebelah kanan disertai tidak bisa bicara sama sekali, karena adanya riwayat hipertensi yang jarang minum obat rutin dengan Tekanan Darah awal 150/83 mmHg, Nadi 68x/menit, Saturasi oksigen 100% dengan disertai muntah 2x

Riwayat Penyakit Dahulu : Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat darah tinggi, pernah dirawat, tidak mempunyai alergi, pasien dulu perokok aktif

Riwayat Penyakit : Keluarga pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit keluarga

3. **Review of system**

Review of Sistem

Keadaan Umum

Kesadaran

Tanda Tanda Vital

Hasil

:Cukup

:Compos Metis

:Tensi : 150/ 83 mmHg

Nadi : 68x/mnt

Suhu : 36 °C

RR : 20 x/mnt

SpO2 : 100 %

1.B1 (Breathing)

Data Subyektif

:Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sesak nafas

Data Obyektif

:Pasien terpasang O2 Nasal 4 lpm

Inspeksi :

Bentuk dada normal (normal chest),Pergerakan dinding dada simetris antara kiri dan kanan,Tidak tampak lesi pada dinding dada,Tidak menggunakan otot bantu napas,Frekuensi napas 20 kali/menit.

Palpasi :

Tidak ada nyeri tekan pada palpasi,Vokal fremitus teraba seimbang antara sisi kiri dan kanan.

Perkusi :

Hasil perkusi sonor.

Auskultasi :

Hasil auskultasi menunjukkan suara napas vesikuler normal, tanpa suara napas tambahan.

2.B₂ (Blood)

Data Subyektif

:Keluarga pasien mengatakan mengeluh pusing dengan meringis dan memegang /meremas kepala dengan tangan kanan dan mengangguk ketika ditanya pusing

Data Obyektif

Inspeksi :

Konjungtiva tampak non anemis, Pasien tampak lemas, Tidak terdapat pembesaran vena jugularis.

Palpasi :

Capillary Refill Time (CRT) < 2 detik, Frekuensi nadi 68 kali/menit (meningkat dari nilai normal).

Perkusi :

Jantung redup pada perkusi.

Auskultasi :

Irama jantung reguler, dengan bunyi S1–S2 tunggal pada auskultasi.

3.B₃ (Brain)

Data Subyektif

:Keluarga pasien mengeluh lemas pada tangan dan kaki sebelah kanan dan tidak bisa diajak bicara .

:Keluarga pasien mengatakan pasien cenderung banyak tidur.

Data Obyektif

Inspeksi :

Kesadaran compos mentis, (GCS): E4 V1 M6.(Afasia broca)

Saraf kranial:

- N I (Olfactorius): pasien dapat mengenali bau tapi terasa tidak begitu tajam
- N II (Optikus): pasien dapat membedakan warna, penglihatan sedikit menurun.
- N III (Oculomotorius): tidak terdapat edema palpebra, konjungtiva non anemis, pupil isokor.
- N IV (Trochlearis): bola mata dapat digerakkan ke atas dan ke bawah secara normal.
- N V (Trigeminus): bisa membuka mulut, sensasi wajah tidak terasa.
- N VI (Abducens): dapat memfokuskan pandangan dan mengikuti arah dengan baik.
- N VII (Facialis): dapat mengerutkan dahi, mengangkat alis, namun lemah dan tersenyum asimetris.

- N VIII (Auditorius): pendengaran baik.
- N IX (Glossopharyngeus): tidak adakesulitan menelan, refleks muntah positif.
- N X (Vagus): fungsi menelan dan refleks terganggu.
- N XI (Accesorius): kekuatan otot bahu kanan lemah, kiri baik, pergerakan asimetris.
- N XII (Hypoglossus): pergerakan lidah kurang terkoordinasi, pelo +.

4.B4/Bladder/Perkemiha n

Keluarga pasien mengatakan membuang urine dengan frekuensi 1.500cc dengan karakteristik warna kuning

Data Subyektif

Inspeksi :

Produksi +- 1.500 cc/24 Jam, Warna urin kuning jernih, tanpa sedimen atau bekuan darah, Oliguri (-), Anuria (-), pasien terpasang kateter

Data Obyektif

Palpasi :

Tidak terdapat nyeri tekan pada area suprapubik

Perkusi :

Bunyi timpani pada area suprapubik

5.B5/Bowel/Pencernaan

Data Subyektif

:Keluarga pasien mengeluh tidak nyaman pada perut dan sempat mual muntah disertai muntah 2x

:Keluarga mengatakan BAB 1 hari

Data Obyektif

Inspeksi :

Terdapat penumpukan plak pada gigi, Diet: makanan cair (fluibar) + susu, Porsi makan: ½ porsi dari jumlah normal.

Palpasi :

Tidak terdapat nyeri tekan pada palpasi abdomen.

Auskultasi :

Bising usus terdengar normal (peristaltik positif), Berat badan saat masuk rumah sakit (BB SMRS): 60 kg, Tinggi badan saat masuk rumah sakit (TB SMRS): 160 cm

6.B6/Bone/Muskuloskletl

Data Subyektif

:Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kan tidak bisa digerakkan sama sekali dan pemenuhan kebutuhan ketergantungan dengan keluarga, keluarga juga sering mendapati pasien mengeluh badan kaku dengan memberikan anggukan ketika ditanya

Data Obyektif

- Inspeksi :

Mobilitas di tempat tidur dibantu keluarga
Ekstremitas atas kanan:

Tidak terdapat edema,kesulitan bergerak ekstremitas kanan,Tidak terdapat nyeri sendi maupun tulang,Tidak ditemukan adanya fraktur atau dislokasi.

Ekstremitas bawah kanan:

Kesulitan bergerak

Tidak terdapat edema,Rentang gerak

(ROM) pasif,Tidak ada nyeri sendi maupun tulang,Ekstremitas bawah kiri:

Tidak terdapat edema,Bisa bergerak,Tidak terdapat nyeri sendi maupun tulang,Tidak ditemukan adanya fraktur atau dislokasi.

- Palpasi:

Turgor kulit baik pada ekstremitas atas kiri.

Kekuatan otot:

Kiri kanan

Atas	5	0
Bawah	5	0

Ket :

5 (mampu melawan tahanan – normal)

4 (mampu melawan tahanan – ringan)

3 (mampu melawan gravitasi),

2 (mampu menggerakkan sendi),

1 (kontraksi otot)

0 (paralisis sempurna)

-Rentang gerak ROM:

-Leher:normal

-Bahu

- Kanan: Rentan 0 derajat
- Kiri: Fleksi 180 derajat, Ekstensi, 180, Hiperekstensi 45 derajat, Abduksi 180, adduksi 180 derajat

-Lengan bawah:

- Kanan: 0 Derajat
- Kiri : Supinasi 90 derajat, Pronasi 90 derajat

-Pergelangan tangan:

- Kanan: 0 Derajat
- Kiri : Fleksi 80, Ekstensi 80, Hiperekstensi 80, Abduksi 30, Adduksi 30 derajat

-Jari tangan:

- Kanan: 0 derajat
- Kiri : Fleksi 90, Ekstensi 90, Hiperekstensi 30, Abduksi 30, Adduksi 30

-Ibu Jari:

- Kanan: 0 derajat
- Kiri : Fleksi 90, Ekstensi 90, Abduksi 30, Adduksi 30

-Tungkai:

- Kanan: 0 Derajat
- Kiri: Fleksi 90, Ekstensi 90, Hiperekstensi 30, Abduksi 30, Adduksi 30

-Lutut:

- Kanan: 0 Derajat
- Kiri: Fleksi 120, Ekstensi 120

-Mata kaki:

- Kanan: 0 Derajat
- Kiri: Dorsifleksi 20, Plantarfleksi 45 derajat

-Kaki:

- Kanan: 0 Derajat
- Kiri: Inversi 10, Eversi 10 derajat

-Jari Kaki:

- Kanan:0 Derajat
- Kiri : Fleksi 30,ekstensi 30,abduksi 15,Adduksi 15

4. Data penunjang

-Thorax:Cor dan pulmo tak tampak kelainan foto ctscan kepala polos ukuran dan bentuk normal

-CT Scan:Lacunar infracton coronaradiarta kanan &basal ganglia bilateral

Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3. 1 Pemeiksaan Laboratorium

No.	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil
1	BASO#	$10^3/\mu\text{L}$	0
2	EO#	$10^3/\mu\text{L}$	0.04
3	EO%	0 – 1 %	0.60
4	HCT (Hematokrit)	37-52 %	36,5
5	HGB (Hemoglobin)	12 – 8 g/dL	13,8
6	LYMPH#	$0.8 - 4.10^3/\mu\text{L}$	1.5
7	LYMPH%	25 – 40 %	20.4
8	MCH	27 – 31 pg	27.7
9	MCHC	33 – 37 g/dL	32.0
10	MCV	79 – 99 fl	86.5
11	MONO#	$10^3/\mu\text{L}$	0.51
12	MPV	9 – 13 fl	9.7
13	NEUT#	$2 - 7.7 10^3/\mu\text{L}$	5.1
14	NEUT%	50 – 70 %	71.7
15	P-LCR	13 – 43 %	23.0
16	PCT	0.150 – 0.400 %	0.2
17	PDW	9 – 17 fl	9.8
18	PLT (Trombosit)	150 – 450 $10^3/\mu\text{L}$	186

19	RBC (Eritrosit)	4.2 – 6.1 $10^6/\mu\text{L}$	3.9
20	RDW-CV	11.5 – 14.5 %	14.4
21	RDW-SD	35 – 47 fl	45.7
22	WBC (Leukosit)	4.8 – 10.8 $10^3/\mu\text{L}$	7.12

5. Terapi

Tabel 3. 2 Terapi Medis

Terapi Medis	Dosis Pemberian
Infus Ns 0,9%	12 Tpm
Injeksi piracetam	2x3g/15 mg Inj Iv
Injeksi Santagesik	3x1 500mg Inj Iv
Injeksi Omeprazol	2x1 40mg Inj Iv
Oral Amlodipine	1x 10mg tablet
Oral Bisoprolol	1x 2,5 mg tablet
Oral Candesartan 8mg	1x 8mg tablet
Fenofibrat	0-0-300cc

3.2 Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
DS : - Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan sama sekali DO : - Keadaan umum lemah - Tampak lemas - GCS E4, V1, M6(AFASIA) - Hemiparase - Disartria afasia broca - Hasil TTV - TD : 150/83 mmHg - N : 68x/menit - S : 36 o C - RR : 20x/menit - Spo2: 100%	Kerusakan sistem saraf pusat (otak) akibat stroke ↓ Gangguan suplai darah ke jaringan otak (iskemia/perdarahan) ↓ Kerusakan neuron pada area motorik otak (korteks motorik, kapsula interna, atau jalur traktus kortikospinal) ↓ Gangguan transmisi	Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI D0054)

- Kekuatan otot: $\begin{array}{r l} 5 & 0 \\ \hline 5 & 0 \end{array}$ -Rentang gerak ROM: -Leher:normal -Bahu • Kanan:Rentan 0 derajat • Kiri:Fleksi 180 derajat,Ekstensi,180,Hiperekstensi45 derajat,Abduksi 180,adduksi 180derajat -Lengan bawah: • Kanan:0 Derajat • Kiri :Supinasi 90 derajat,Pronasi 90 derajat -Pergelangan tangan: • Kanan:0 Derajat • Kiri :Fleksi 80,Ekstensi 80,Hipperekstensi 80,Abduksi 30,Adduksi 30derajat -Jari tangan: • Kanan: 0 derajat • Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Hipperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30 -Ibu Jari: • Kanan:0 derajat • Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Abduksi 30,Adduksi 30 -Tungkai: • Kanan: 0 Derajat • Kiri:Fleksi 90,Ekstensi 90,Hiperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30 -Lutut: • Kanan:0 Derajat • Kiri:Fleksi 120,Ekstensi 120 -Mata kaki: • Kanan:0 Derajat • Kiri:Dorsifleks 20,Plantarfleks45 derajat -Kaki: • Kanan:0 Derajat • Kiri:Inversi 10,Eversi 10 derajat -Jari Kaki:	impuls saraf motorik ke ekstremitas ↓ Penurunan kekuatan otot dan gangguan kontrol neuromuskular ↓ Hemiparesis/hemiplegi a pada salah satu sisi tubuh ↓ Keterbatasan rentang gerak (ROM), gangguan keseimbangan, dan kesulitan melakukan aktivitas sehari-hari ↓ Gangguan Mobilitas Fisik	
---	---	--

• Kanan:0 Derajat • Kiri : Fleksi 30,ekstensi 30,abduksi 15,Adduksi 15 derajat		
---	--	--

3.3.Diagnosa Keperawatan

Gangguan Mobilitas Fisik (**D.0054**) berhubungan dengan gangguan neuromuskular ditandai dengan hemiparesis dextra, penurunan kekuatan otot, keterbatasan rentang gerak (ROM), dan ketidakmampuan melakukan aktivitas secara mandiri

3.4.Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular (SDKI D0054)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik meningkat, dengan kriteia hasil : 1. Pergerakan ekstremitas meningkat (5) 2. Kekuatan otot meningkat (5) 3. Rentang gerak (ROM) meningkat (5) 4. Kelemahan fisik berkurang (5)	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) 6.Fasilitasi melakukan pergerakan latihan

			ROM 7.Libatkan keluarga membantu klien 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) Kolaborasi 11.Kolaborasi pemberian cairan dan obat-obatan 12.Kolaborasi pemberian diet halus
--	--	--	--

3.5.Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 4 Implementasi Keperawatan

No. Dx	Hari/Tanggal	Jam	Tindakan Keperawatan	Paraf				
Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Senin, 19 Januari 2026	08.00	1..Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan dan merasa kaku sendi karena minim mobilisasi Kekuatan otot: <table><tr><td>5</td><td>0</td></tr><tr><td>5</td><td>0</td></tr></table>	5	0	5	0	
5	0							
5	0							

		08.35	2.Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tampak lemah dikarenakan tangan dan kaki kanan belum digerakkan	
		08.45	3..Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD : 150/83 mmHg, N : 68 x/menit, S : 36 C, RR 20 x/menit, SPO : 100 %	
		09.00	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya	
		09.15	5.Memfasilitasiaktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil: Perawat memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur	
		09.30	6.Memfasilitasi melakukan pergerakan latihan ROM Hasil : Perawat mengajarkan dan melakukan gerakan ROM pergelangan tangan, jari-jari tangan, ibu jari, lutut, mata kaki, kaki, dan jari kaki pasien Output:Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki masih belum bisa digerakkan	
		10.00	7.Melibatkan keluarga membantu pasien meningkatkan pergerakan Hasil: Keluarga mengatakan bersedia untuk membantu melatih pasien untuklatihan ROM	
		10.05	8.Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	

			Hasil:Perawat menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi seperti duduk ditepi tempat tidur,keluarga pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat	
		10.20	9.Menganjurkanmelakukan mobilisasi dini Hasil:Keluargapasien mengatakan masih sulit untuk memposisikanpasien untuk duduk	
		10.30	10.Mengajarkanmobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil:Perawat mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan yaitu dengan duduk ditempat tidur dan duduk disisi tempat tidur	
		11.00	11.Mengkolaborasi pemberian cairan dan obat-obatan Hasil: - Infuz Nacl 0,9 % 12 Tpm - Injeksi Piracetam15 mg IV - Injeksi Santagesik 500 mg IV - Injeksi Omeprazol 40 mg dd 10 cc IV - Oral Amlodipine1x10mg - Oral Bisoprolol 1x 2,5 mg - Oral Candesartan 1x8mg	
		11.30	12.Berkolaborasi pemberian Diet halus Hasil: pasien diberikan diet halus agar kebutuhan nutrisi terpenuhi	

Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Selasa, 20 Januari 2026	08.00	1..Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Hasil: pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan dan merasa kaku sendi karena minim mobilisasi Kekuatan otot: $\begin{array}{r} 5 \mid 0 \\ \hline 5 \mid 0 \end{array}$	
		08.30	2.Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Hasil: Pasien tampak lemah dikarenakan tangan dan kaki kanan belum digerakkan	
		08.45	3..Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Hasil: TD : 145/84 mmHg, N : 65 x/menit, S : 36 C, RR 21 x/menit, SPO : 100 %	
		09.00	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Hasil:Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kanannya ,namun kaku sudah agak berkurang	
		09.15	5.Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil:Perawat memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur	
		09.30	6.Memfasilitasi melakukan pergerakan latihan ROM Hasil :Perawat mengajarkan dan melakukan gerakan ROM pergelangan tangan, jari-jari tangan, ibu jari, lutut, mata kaki, kaki, dan jari kaki pasien Output:Keluarga pasien	

		10.00	mengatakan tangan dan kaki masih belum bisa digerakkan,namunkaku agak berkurang 7.Melibatkan keluarga membantu pasien meningkatkan pergerakan Hasil: Keluarga mengatakan bersedia untuk membantu melatih pasien untuklatihan ROM	
		10.05	8.Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil:Perawat menjelakan tujuan dan prosedur mobilisasi ,keluarga pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat	
		10.20	9.Menganjurkanmelakukan mobilisasi dini Hasil:Keluargapasien mengatakan masih sulit untuk memposisikanpasien untuk duduk	
		10.30	10.Mengajarkanmobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) Hasil:Perawat mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan yaitu dengan duduk ditempat tidur dan duduk disisi tempat tidur	
		11.00	11.Mengkolaborasi pemberian cairan dan obat-obatan Hasil: - Infuz Nacl 0,9 % 12 Tpm - Injeksi Piracetam15 mg IV - Injeksi Santagesik 500 mg IV	

		11.30	- Injeksi Omeprazol 40 mg dd 10 cc IV - Oral Amlodipine 1x10mg - Oral Bisoprolol 1x 2,5 mg - Oral Candesartan 1x8mg 12. Berkolaborasi pemberian Diet halus Hasil: pasien diberikan diet halus agar kebutuhan nutrisi terpenuhi					
Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Rabu, 21 Januari 2026	08.00	1.. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya					
			Hasil: pasien mengalami kelemahan pada ekstremitas sebelah kanan dan merasa kaku sendi karena minim mobilisasi Kekuatan otot: <table><tr><td>5</td><td>1</td></tr><tr><td>5</td><td>0</td></tr></table>		5	1	5	0
		5	1					
		5	0					
		08.35	2. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan					
	Hasil: Pasien tampak lemah dikarenakan kaki kanan belum bisa digerakkan, namun ibu jari sudah bisa digerakkan							
08.45	3.. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi							
			Hasil: TD : 151/79 mmHg, N : 74 x/menit, S : 36 C, RR 20 x/menit, SPO : 100 %					
		09.00	4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi					
			Hasil: Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan kaki kanannya, namun ibu jari sudah bisa digerakkan					
		09.15	5. Memfasilitasi aktivitas					

			mobilisasi dengan alat bantu (mis. pagar tempat tidur) Hasil:Perawat memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu pagar tempat tidur	
		09.30	6.Memfasilitasi melakukan pergerakan latihan ROM Hasil :Perawat mengajarkan dan melakukan gerakan ROM pergelangan tangan, jari-jari tangan, ibu jari, lutut, mata kaki, kaki, dan jari kaki pasien Output:Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki masih belum bisa digerakkan	
		10.00	7.Melibatkan keluarga membantu pasien meningkatkan pergerakan Hasil: Keluarga mengatakan bersedia untuk membantu melatih pasien untuk latihan ROM	
		10.05	8.Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi Hasil:Perawat menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi seperti duduk ditepi tempat tidur,keluarga pasien mengatakan paham apa yang dijelaskan perawat	
		10.20	9.Menganjurkanmelakukan mobilisasi dini Hasil:Keluargapasien mengatakan masih sulit untuk memposisikanpasien untuk duduk	
		10.30	10.Mengajarkanmobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	

		11.00	Hasil: Perawat mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan yaitu dengan duduk ditempat tidur dan duduk disisi tempat tidur 11. Mengkolaborasi pemberian cairan dan obat-obatan Hasil: - Infuz Nacl 0,9 % 12 Tpm - Injeksi Piracetam 15 mg IV - Injeksi Santagesik 500 mg IV - Injeksi Omeprazol 40 mg dd 10 cc IV - Oral Amlodipine 1x10mg - Oral Bisoprolol 1x 2,5 mg - Oral Candesartan 1x8mg	
		11.30	12. Berkolaborasi pemberian Diet halus Hasil: pasien diberikan diet halus agar kebutuhan nutrisi terpenuhi	

3.6. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 5 Evaluasi Keperawatan

No. DX	Hari/Tgl	Jam	Evaluasi	Paraf
Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Senin, 19 Januari 2026	12.00 WIB	S: Keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan tidak bisa digerakkan O: 1. Keadaan umum: lemah 2. Kesadaran (GCS E4, V1, M6) Afasia Broca 3. Pasien terbaring di atas tempat tidur dan kebutuhan dibantu penuh oleh keluarga (Tirah Baring) 4. Hemiparese Dextra 5. Kekuatan otot 5/0 5/0	

			6. Rentang Gerak ROM -Rentang gerak ROM:menurun pada ekstermitas atas dan bawah -Leher:normal -Bahu •Kanan:Rentan 0 derajat •Kiri:Fleksi 180 derajat,Ekstensi,180,Hiperekstensi45 derajat,Abduksi 180,adduksi 180derajat -Lengan bawah: •Kanan:0 Derajat •Kiri :Supinasi 90 derajat,Pronasi 90 derajat -Pergelangan tangan: •Kanan:0 Derajat •Kiri :Fleksi 80,Ekstensi 80,Hipperekstensi 80,Abduksi 30,Adduksi 30derajat -Jari tangan: •Kanan: 0 derajat •Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Hipperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30 -Ibu Jari: •Kanan:0 derajat •Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Abduksi 30,Adduksi 30 -Tungkai: •Kanan: 0 Derajat •Kiri:Fleksi 90,Ekstensi 90,Hiperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30 -Lutut: •Kanan:0 Derajat •Kiri:Fleksi 120,Ekstensi 120 -Mata kaki: •Kanan:0 Derajat •Kiri:Dorsifleks 20,Plantarfleks45 derajat -Kaki: •Kanan:0 Derajat •Kiri:Inversi 10,Eversi 10 derajat -Jari Kaki: •Kanan:0 Derajat	
--	--	--	--	--

			• Kiri : Fleksi 30, ekstensi 30, abduksi 15, Adduksi 15 derajat. 7. Terpasang O2 Nasal canul 4 lpm 8. Hasil TTV TD: 150/83 mmHg, N : 68 x/menit, S : 36 C, RR 20 x/ menit, SPO : 100 % A : Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor kekuatan otot 2. Monitor kemampuan aktivitas fungsional (duduk, miring kanan/kiri) 3. Monitor tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi 4. Identifikasi adanya nyeri atau spastisitas 5. Kolaborasi pemberian terapi medis dan diit halus -Infuz Nacl 0,9 % 12 Tpm -Injeksi Piracetam 15 mg IV -Injeksi Santagesik 500 mg IV -Injeksi Omeprazol 40 mg dd 10 cc IV -Oral Amlodipine 1x10mg -Oral Bisoprolol 1x 2,5 mg -Oral Candesartan 1x8mg -Diit halus 3x1 sehari	
Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Selasa, 10 Januari 2025	12.00 WIB	S: Keluarga pasien mengatakan tangan kanan dan kaki kanan pasien masih lemas dan tidak bisa digerakkan namun kakunya sudah agak berkurang O: 1. Keadaan umum: lemah	

			2. Kesadaran (GCS E4,V1,M6) Afasia Broca 3. Pasien terbaring di atas tempat tidur dan kebutuhan dibantu penuh oleh keluarga (Tirah Baring) 4. Hemiparese Dextra 5. Kekuatan otot 5/0 5/0 6. Rentang Gerak ROM -Rentang gerak ROM:menurun padaekstermitas atas dan bawah -Leher:normal -Bahu • Kanan:Rentan 0 derajat • Kiri:Fleksi 180 derajat,Ekstensi,180,Hiperekstensi45 derajat,Abduksi 180,adduksi 180derajat -Lengan bawah: • Kanan:0 Derajat • Kiri :Supinasi 90 derajat,Pronasi 90 derajat -Pergelangan tangan: • Kanan:0 Derajat • Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 80,Hipperekstensi 80,Abduksi 30,Adduksi 30derajat -Jari tangan: • Kanan: 0 derajat • Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Hipperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30 -Ibu Jari: • Kanan:0 derajat • Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Abduksi 30,Adduksi 30 -Tungkai: • Kanan: 0 Derajat • Kiri:Fleksi 90,Ekstensi 90,Hiperekstensi 30,Abduksi	
--	--	--	--	--

			30, Adduksi 30 -Lutut: • Kanan: 0 Derajat • Kiri: Fleksi 120, Ekstensi 120 -Mata kaki: • Kanan: 0 Derajat • Kiri: Dorsifleksi 20, Plantarfleksi 45 derajat -Kaki: • Kanan: 0 Derajat • Kiri: Inversi 10, Eversi 10 derajat -Jari Kaki: • Kanan: 0 Derajat • Kiri: Fleksi 30, ekstensi 30, abduksi 15, Adduksi 15 derajat 7. Terpasang O2 Nasal canul 4 lpm 8. Hasil TTV TD: 145/84 mmHg N : 65 x/menit S : 36 C RR 21 x/ menit SPO : 100 % A : Masalah pergerakan ekstremitas belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan 1. Monitor kekuatan otot 2. Monitor kemampuan aktivitas fungsional (duduk, miring kanan/kiri) 3. Monitor tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi 4. Identifikasi adanya nyeri atau spastisitas 5. Kolaborasi pemberian terapi medis dan diet halus -Infuz NaCl 0,9 % 12 Tpm -Injeksi Piracetam 15 mg IV	
--	--	--	---	--

			-Injeksi Santagesik 500 mg IV -Injeksi Omeprazol 40 mg dd 10 cc IV -Oral Amlodipine 1x10mg -Oral Bisoprolol 1x 2,5 mg -Oral Candesartan 1x8mg -Diit halus 3x1 hari	
Gangguan Mobilitas Fisik D.0054	Rabu, 21 Januari 2026	13.30 WIB	S: Keluarga pasien mengatakan pasien masih belum bisa menggerakkan kakinya, namun ibu jari sudah bisa digerakkan O: 1. Keadaan umum: lemah 2. Kesadaran (GCS E4, V1, M6) Afasia broca 3. Pasien terbaring di atas tempat tidur dan kebutuhan dibantu penuh oleh keluarga (Tirah Baring) 4. Hemiparese Dextra 5. Kekuatan otot 5/1 5/0 6. Rentang gerak ROM -Rentang gerak ROM: cukup meningkat pada jari tangan kanan 20 derajat -Leher: normal -Bahu • Kanan: Rentan 0 derajat • Kiri: Fleksi 180 derajat, Ekstensi, 180, Hiperekstensi 45 derajat, Abduksi 180, adduksi 180 derajat -Lengan bawah: • Kanan: 0 Derajat • Kiri : Supinasi 90 derajat, Pronasi 90 derajat -Pergelangan tangan: • Kanan: 0 Derajat • Kiri : Fleksi 90, Ekstensi 80, Hiperekstensi 80, Abduksi 30, Adduksi 30 derajat	

			-Jari tangan: • Kanan: 20 derajat • Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Hipperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30 -Ibu Jari: • Kanan:20 derajat • Kiri :Fleksi 90,Ekstensi 90,Abduksi 30,Adduksi 30 -Tungkai: • Kanan: 0 Derajat • Kiri:Fleksi 90,Ekstensi 90,Hiperekstensi 30,Abduksi 30,Adduksi 30 -Lutut: • Kanan:0 Derajat • Kiri:Fleksi 120,Ekstensi 120 -Mata kaki: • Kanan:0 Derajat • Kiri:Dorsifleks 20,Plantarfleks45 derajat -Kaki: • Kanan:0 Derajat • Kiri:Inversi 10,Eversi 10 derajat -Jari Kaki: • Kanan:0 Derajat • Kiri : Fleksi 30,ekstensi 30,abduksi 15,Adduksi 15 derajat 7. Terpasang O2 Nasal canul 2 lpm 8. Hasil TTV TD : 151/79 mmHg N : 74 x/menit S : 36 C RR 20 x/ menit SPO : 100 % A : Masalah pergerakan ketremitas teratasi sebagian P: Intervensi dilanjutkan	
--	--	--	---	--

			1. Monitor kekuatan otot 2. Monitor kemampuan aktivitas fungsional (duduk, miring kanan/kiri) 3. Monitor tanda vital sebelum dan sesudah mobilisasi 4. Identifikasi adanya nyeri atau spastisitas 5. Kolaborasi pemberian terapi medis dan diit cair -Infuz Nacl 0,9 % 12 Tpm -Injeksi Piracetam 15 mg IV -Injeksi Santagesik 500 mg IV -Injeksi Omeprazol 40 mg dd 10 cc IV -Oral Amlodipine 1x10mg -Oral Bisoprolol 1x 2,5 mg -Oral Candesartan 1x8mg -Diit halus 3x1 hari	
--	--	--	--	--

