

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Penelitian di lakukan di Rs.Siti Khodijah Sepanjang di ruang Multazam pada tanggal 06.06.2016. di ruang multazam terdiri dari 8 kamar yaitu kamar nomor 1 yang terdiri dari 4 bed, kamar nomor 2 terdiri dari 4 bed, kamar nomor 3 terdiri dari 3 bed, kamar nomor 4 terdiri dari 3 bed, kamar nomor 6 terdiri dari 9 bed, kamar nomor 7 terdiri dari 9 bed dan kamar isolasi terdiri dari 1 bed. Posisi klien yang diteliti berada di kamar 6 yaitu 6A dan 6I.

4.1.2 Pengkajian Pasien

Fokus pengkajian adalah :

1. Pengkajian Identitas

Klien pertama Tn.N umur 61 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa Indonesia, Nomor register 511737, alamat Geluran Sepanjang, pekerjaan swasta, pendidikan STM, agama islam, masuk rumah sakit pada tanggal 05.06.2016 pada pukul 08.00 WIB dengan diagnosa CVA Infark, sumber informasi diperoleh dari pasien.

Klien kedua Tn.W umur 60 tahun berjenis kelamin laki-laki, suku bangsa Jawa Indonesia, nomor register 511441, alamat Driyirejo Gresik, pekerjaan swasta, pendidikan terakhir SMP, adam islam, masuk rumah sakit pada tanggal

01.06.2016 pada pukul 05.00 WIB dengan diagnosa medis CVA Infark, sumber informasi diperoleh dari pasien dan keluarga pasien.

2. Keluhan Utama

Pada klien pertama di dapatkan data : Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kiri sulit digerakkan.

Pada klien kedua di dapatkan data : Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kiri tidak dapat di gerakkan.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang pada klien pertama di ruang Multazam di dapatkan hasil sebagai berikut. Riwayat penyakit sekarang pasien mengatakan pada saat pasien bekerja pasien merasa kakinya kesemutan dan terasa nyeri, kemudian setelah pulang bekerja pasien berobat ke suatu klinik dan pasien mendapat obat. Setelah beberapa hari pasien minum obat namun tidak ada perubahan. Akhirnya pada tanggal 05.06.2016 pukul 06.00 pasien datang ke Rumah Sakit Siti Khodijah untuk berobat dan pasien disuruh rawat inap didapatkan hasil TTV TD : 180/100 mmHg, Suhu : 36,7°C, RR : 24X/menit dan Nadi : 90x/menit

Pada pasien kedua didapatkan hasil pengkajian riwayat penyakit sekarang sebagai berikut. Pasien mengatakan pada hari rabu tanggal 01.06.2016 sekitar pukul 04.00 WIB pasien bangun tidur dan merasa kepalanya pusing .Setelah itu pasien berdiri dan akhirnya pasien terjatuh karena kaki kiri pasien tidak dapat digerakkan, kemudian pada pukul 05.00 WIB pasien di bawa ke Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang melalui UGD dan pasien di suruh rawat inap. Didapatkan

hasil pemeriksaan TTV TD : 150/90 mmHg , Suhu : 37°C, Nadi : 78x/menit, RR : 25x/menit.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

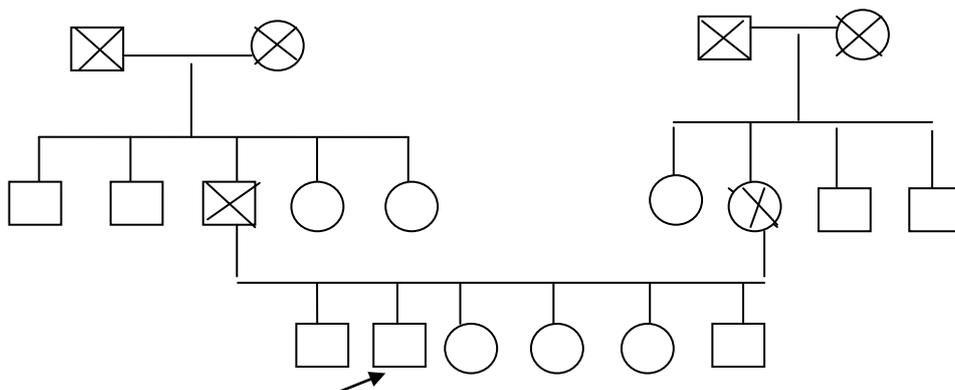
Pada riwayat penyakit dahulu didapatkan data pada pasien pertama yaitu pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit darah tinggi \pm 2 tahun yang lalu.

Pada pasien kedua pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami sakit seperti yang dialami saat ini.

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Pada riwayat penyakit keluarga didapatkan data pada pasien pertama pasien mengatakan ada keluarga pasien yang menderita penyakit darah tinggi yaitu ibu pasien

Genogram :



Keterangan :

Laki-laki : 

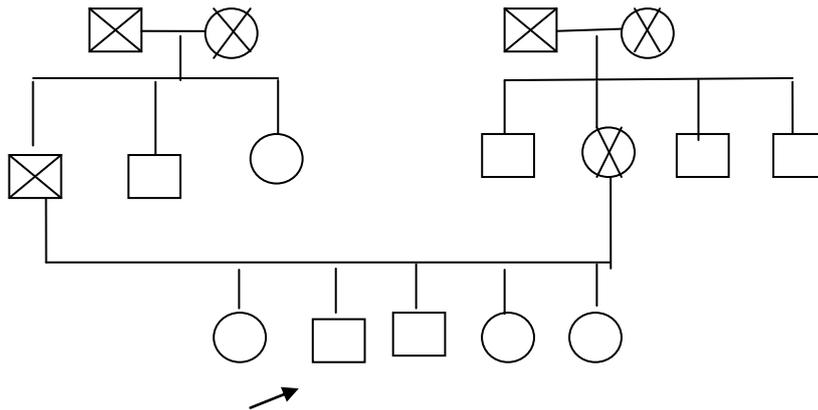
Perempuan : 

Pasien : 

Meninggal : 

Pada pasien kedua didapatkan data pasien mengatakan tidak ada keluarga pasien yang menderita penyakit darah tinggi atau penyakit menular lainnya seperti TBC, Kusta dll.

Genogram



Keterangan :

Laki-laki : 

Perempuan : 

Pasien : 

Meninggal : 

Pola fungsi kesehatan

1. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat

Pada pasien pertama didapatkan data : pasien mengatakan di rumah pasien jarang berolahraga, pasien merokok dan kalau sakit hanya membeli obat di warung biasa, mandi 2 kali sehari. Saat di rawat di rumah sakit sudah tidak merokok, mandi 2 kali sehari di seka keluarga diatas tempat tidur.

Pada pasien kedua didapatkan data : pasien mengatakan di rumah mandi sebanyak 2 kali sehari dan pasien jarang berolahraga dan kalau sakit hanya membeli obat di warung biasa. Saat di rawat di rumah sakit pasien pasien di seka di atas tempat tidur dibantu oleh keluarga dan perawat, pasien hanya bisa miring kanan dan kiri.

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

Pada pasien pertama didapatkan data : pasien mengatakan di rumah makan sebanyak 3 kali sehari dengan menu sayur, nasi, lauk dan 1 porsi habis dan terkadang pasien makan buah setelah makan. Pada saat dirawat di rumah sakit pasien makan sebanyak 3 kali sehari dengan menu bubur kasar, lauk dan sayur. Pasien hanya menghabiskan 3 sendok makan per porsi atau setiap kali pasien makan. Dan minum air putih 1 gelas \pm 200cc setiap kali minum.

Pada pasien kedua didapatkan data : pasien mengatakan di rumah makan sebanyak 3 kali sehari dengan menu sayur, nasi, lauk dan 1 porsi habis. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien makan melalui selang NGT dengan susu cair sebanyak 6x150 cc/hari.

3. Pola Eliminasi

Pada pasien pertama didapatkan data : pasien mengatakan di rumah BAB sebanyak 1 kali sehari dengan konsistensi lunak warna kuning kecoklatan dan pada saat di rumah sakit pasien belum BAB sama sekali. Pasien juga mengatakan di rumah BAK sebanyak 4-5 kali sehari ± 1100 cc/24 jam, warna kuning jernih dan pada saat di rawat di rumah sakit pasien BAK sebanyak 3-4 kali sehari ± 1000 cc/24 jam, warna kuning jernih, bau khas amoniak, pasien BAK di pispot di bantu oleh keluarga.

Pada pasien kedua didapatkan data : pasien mengatakan di rumah BAB sebanyak 1 kali sehari dengan konsistensi lunak warna kuning kecoklatan bau khas feses dan pada selama di rawat di rumah sakit pasien hanya BAB satu kali dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan, di bantu oleh keluarga menggunakan pispot. Pasien juga mengatakan di rumah BAK sebanyak 4-5 kali sehari ± 1100 cc/24 jam, warna kuning jernih dan pada saat di rawat di rumah pasien terpasang selang cateter mulai tanggal 02.06.2016.

4. Pola Istirahat dan tidur

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan di rumah tidur selama 6 jam yaitu mulai pukul 23.00-04.00 WIB dan pasien jarang tidur siang. Pada saat di rumah sakit pasien tidak bisa tidur karena pasien takut ketika tidur di rumah sakit, pada malam hari hanya 4 jam mulai pukul 01.00-04.00 WIB pada siang hari hanya 1 jam yaitu pukul 13.00-14.00 WIB.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan di rumah tidur sebanyak 7 jam pada malam hari yaitu mulai pukul 23.00-05.00 WIB dan pada

siang hari pasien jarang tidur. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidur selama 6 jam pada malam hari yaitu pukul 00.00-05.00 WIB dan pada siang hari selama 2 jam yaitu pukul 13.00-15.00 WIB.

5. Pola Aktivitas dan Latihan

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan selama di rumah pasien bekerja sebagai kuli batu dan pasien jarang berolahraga. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa melakukan aktivitasnya hanya bisa berbaring di atas tempat tidur. Pasien miring kanan dan kiri di bantu keluarga. Terdapat kelemahan pada ekstremitas sebelah kiri yaitu kaki dan tangan pasien sulit di gerakkan dengan nilai kekuatan otot 5 pada sebelah kanan dan 3 pada sebelah kiri.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan selama di rumah pasien tidak ada aktivitas hanya menjaga toko. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien hanya bisa berbaring di atas tempat tidur, miring kanan dan kiri di bantu oleh keluarga dan perawat. Pasien mengalami kelumpuhan pada sisi sebelah kiri yaitu dengan kekuatan otot 2.

6. Pola persepsi dan konsep diri

Gambaran diri

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien merasa sedikit kecewa dengan keadaanya sekarang karena kaki dan tangan sebelah kiri sulit di gerakkan dan pasien yakin bahwa semua ini adalah ujian dari Alloh, pasien harus bersabar.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan menerima kondisinya saat ini, pasien yakin bahwa semua ini cobaan dari Alloh dan pasien harus bersabar.

Harga Diri

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan tidak merasa malu walau dirinya sedang di rawat di rumah sakit.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan tidak merasa malu walau dirinya sedang di rawat di rumah sakit.

Peran

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga yaitu ayah untuk anak-anaknya dan kakek untuk cucunya. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring diatas tempat tidur.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan berperan sebagai kepala keluarga yaitu ayah untuk anak-anaknya. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien tidak bisa melakukan perannya hanya bisa berbaring diatas tempat tidur.

Identitas diri

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan anak kedua dari 6 bersaudara.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan anak ketiga dari 5 bersaudara.

7. Pola sensori dan kognitif

Sensori

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan kelima panca indera berfungsi dengan baik, kecuali kaki dan tangan sebelah kiri sulit untuk digerakkan dan pasien juga kesulitan bicara (pelo).

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan kelima panca indera berfungsi dengan baik, kecuali kaki dan tangan sebelah kiri sulit untuk digerakkan. Pasien juga mengalami kesulitan bicara , mulut tidak simetris , dan pelo.

Kognitif

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan tidak tahu tentang kondisi penyakitnya.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan tidak tahu tentang kondisi penyakitnya.

8. Pola reproduksi seksual

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang laki-laki dan pasien sudah menikah.

9. Pola hubungan peran

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan di rumah hubungan pasien dengan keluarga sangat baik. Pada saat di rawat di rumah sakit hubungan pasien dengan petugas kesehatan dan pasien lainnya sangat baik.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan di rumah hubungan pasien dengan keluarga sangat baik. Pada saat di rawat di rumah sakit hubungan pasien dengan petugas kesehatan dan pasien lainnya sangat baik.

10. Pola penanggulangan stres

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istrinya.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan apabila ada masalah selalu dibicarakan dengan istri dan anaknya.

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pada pasien pertama di dapatkan data : pasien mengatakan di rumah solat 5 waktu dan biasanya pasien mengaji setelah solat. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien solat 5 waktu di atas tempat tidur walaupun solatnya terkadang telat.

Pada pasien kedua di dapatkan data : pasien mengatakan di rumah solat 5 waktu dan pasien jarang mengaji. Pada saat di rawat di rumah sakit pasien jarang solat 5 waktu dan pasien solat di atas tempat tidur.

Pemeriksaan Fisik

1. Kesehatan umum

Pada pasien pertama keadaan penyakit pasien ringan, tingkat kesadaran umum pasien kompos mentis, suara bicara aphasia.

Pasien kedua keadaan penyakit pasien sedang, tingkat kesadaran apatis, suara bicara aphasia.

2. Tanda-tanda vital

Pasien pertama TD : 180/100 mmHg, Suhu : 36,9°C, Nadi : 88x/menit, RR : 20x/menit.

Pasien kedua TD : 130/90 mmHg, Suhu : 37,9°C, Nadi : 90x/menit, RR : 25x/menit.

3. Kepala

Pada pasien pertama rambut berwarna hitam, tidak ada lesi, distribusi rambut tidak merata, kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan di kepala.

Pada pasien kedua rambut berwarna hitam dan terdapat uban , tidak ada, kulit kepala bersih, tidak ada nyeri tekan di kepala.

4. Muka

Pada pasien pertama wajah berbentuk oval, tidak ada lesi pada wajah, wajah tampak bersih.

Pada pasien kedua wajah berbentuk bulat, tidak ada lesi pada wajah, wajah tampak kusam dan kotor.

5. Mata

Pada pasien pertama mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva tampak merah muda, kornea hitam, pupil isokor.

Pada pasien kedua mata simetris kanan dan kiri, konjungtiva tampak pucat, kornea hitam, pupil isokor.

6. Telinga

Pada pasien pertama bentuk telinga simetris kanan dan kiri, telinga tampak kotor dan terdapat serumen.

Pada pasien kedua bentuk telinga simetris kanan dan kiri, telinga tampak sedikit kotor.

7. Hidung

Pada pasien pertama bentuk simetris, tidak ada sekret, tidak terpasang O₂.

Pada pasien kedua bentuk simetris, tidak ada sekret, terpasang O₂ nasal kanule 3 liter per menit.

8. Mulut dan faring

Pada pasien pertama mulut bentuk tidak simetris, mukosa bibir kering, warna bibir coklat, tidak ada stomatitis, pasien kesulitan bicara/pelo, mulut tampak kotor.

Sedangkan pada pasien kedua mulut tampak kotor, bicara tidak jelas/pelo, warna bibir kecoklatan.

9. Leher

Pada pasien pertama tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada leher, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

Pada pasien kedua tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada leher, tidak ada benjolan, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

10. Thorax

Pada pasien pertama bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada pembesaran jantung, tidak ada nyeri tekan pada dada, pada paru sonor dan jantung redup, wheezing (-), ronchi (-), suara S1-S2 tunggal.

Pada pasien kedua bentuk dada simetris kanan dan kiri, tidak ada pembesaran jantung, tidak ada nyeri tekan pada dada, pada paru sonor dan jantung redup, wheezing (-), ronchi (+), suara S1-S2 tunggal.

11. Abdomen

Pada pasien pertama warna kecoklatan, tidak ada asites, bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdapat suara tympani, bising usus 16x/menit.

Pada pasien kedua warna kecoklatan, tidak ada asites, bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, terdapat suara tympani, bising usus 18x/menit

12. Inguinal,genital dan anus

Pada pasien pertama terlihat bersih tidak ada lesi.

Sedangkan pada pasien kedua terlihat bersih, terdapat luka pada paha sebelah kiri panjang luka 5cm, berwarna merah.

13. Integumen

Pada pasien pertama kulit berwarna kecoklatan, akral hangat, terpasang selang infus pada tangan sebelah kiri.

Pada pasien kedua warna kulit kecoklatan akral dingin, terpasang infus pada tangan sebelah kiri.

14. Ekstremitas dan neurologis

Pada pasien pertama pasien mampu menggerakkan seluruh ekstremitas kecuali kaki dan tangan sebelah kiri, GCS 4-5-6,

Kekuatan otot

5	3
5	3

Sedangkan Pada pasien kedua pasien mampu menggerakkan seluruh ekstremitas kecuali kaki dan tangan sebelah kiri, GCS 3-5-6,

Kekuatan otot

5	2
5	2

Pemeriksaan penunjang pasien 1

1. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien pertama

Nama : Tn.n

Umur : 60 tahun

Tanggal : 05.06.2016

Parameters	Hasil		Nilai rujukan
HGB	13,8	[g/Dl]	13,0-18,0
RBC	4.57	[10 ⁶ /uL]	4,5-5,5
HCT	40,1	[%]	40,0-50,0
MCV	87,7	[fL]	82,0-92,0
MCH	30,2	[pg]	27,0-31,0
MCHC	34,4	[g/dL]	32,0-37,0
RDW-SD	43,5	[fL]	35-47
RDW-CV	13,9	[%]	11,5-14,5
WBC	6,40	[10 ³ /uL]	4,0-11,0
PLT	630 +	[10 ³ /uL]	150-400
PDW	11,4	[fL]	9,0-13,0
MPV	9,6	[fL]	7,2-11,1
P-LCR	23,2	[%]	15,0-25,0
PCT	0,61 +	[%]	0,150-0,400

2. Pemeriksaan radiologi

Tanggal : 06.06.2016

CT-Scan : hypertensive encephalopathy atau atherosclerotic encephalopathy

Foto thorax : cor dan pulmo dalam batas normal

3. Terapi

Tanggal 05.06.2016

Pasien pertama :

- 1) Infus RL 21 tpm
- 2) Injeksi santagesik 3x1 ampul
- 3) Injeksi citicoline 250 mg
- 4) P.O asam mefenamat 500 mg

Pemeriksaan penunjang pasien 2

1. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien kedua

Nama : Tn.W

Umur : 60 tahun

Tanggal : 01.06.2016

Parameters	Hasil		Nilai rujukan
HGB	12	[g/dl]	13,0-18,0
RBC	5,44	[10 ⁶ /uL]	4,5-5,5
HCT	43,9	[%]	40,0-50,0
MCV	80,7	[fL]	82,0-92,0
MCH	28,1	[pg]	27,0-31,0
MCHC	34,9	[g/dL]	32,0-37,0
RDW-SD	37,9	[fL]	35-47
RDW-CV	13,2	[%]	11,5-14,5
WBC	11,78	[10 ³ /uL]	4,0-11,0
PLT	222	[10 ³ /uL]	150-400
PDW	10,7	[fL]	9,0-13,0
MPV	9,7	[fL]	7,2-11,1
P-LCR	22,8	[%]	15,0-25,0
PCT	0,22	[%]	0,150-0,400

2. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien kedua

Nama : Tn.W

Umur : 60 tahun

Tanggal : 05.06.2016

Parameter	Hasil	Nilai Normal
Uric Acid	3,8	3,5-7,2 mg/dL
Trigliserida	184	< 200 mg/dL
LDL Direct	107	< 130 mg/dL

3. Pemeriksaan Elektrolit

Hasil pemeriksaan laboratorium pada pasien kedua

Nama : Tn.W

Umur : 60 tahun

Tanggal : 03.06.2016

Parameter	Hasil	Nilai Normal
Creatin	1,1	0,7-1,2 mg/dL
Ureum	28	17-43 mg/dL
BUN	13	7-20 mg/dL
GDP	90	<75-115 mg/dL
Natrium serum	138	136-146 mEq/L
Kalium serum	3,5	3,1-5,1 mEq/L
Klorida serum	103	98-106 mEq/L

4. Pemeriksaan radiologi

Tanggal : 03.06.2016

- a. CT-Scan : intraserebral hemorrhage di basal ganglia sampai corona radiata kanan, perkiraan 12 ct dengan peritokal edema midline shift ke kiri minimal dilatasi ringan ventrikel kiri
- b. Pemeriksaan foto thorax AP
Aorta elongasi dengan atherosclerosis

Terapi , tanggal 01.06.2016

Pasien kedua

- 1) Infus RL 21 tpm
- 2) Injeksi Brainect 1x1
- 3) OMZ 2x1
- 4) Ceftriaxone 2x1
- 5) Condesertan
- 6) P.O amlodiphin 10 mg
- 7) Paracetamol inf.

ANALISA DATA

Analisa data pada pasien pertama Tn.N

Tanggal 06.06.2016

1. Data Subjektif :

Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kiri sulit digerakkan

Data Objektif :

- Pasien tampak lemah
- Pasien hanya bisa miring kanan dan kiri
- Pasien BAK di pispot
- Aktivitas dibantu oleh keluarga
- Kekuatan otot

Ka	Ki
5	3
5	3

- Terpasang infus RL 21 tpm sebelah kiri
- CT-Scan : hypertensive encephalopathy atau atherosclerotic encephalopathy
- Foto thorax : cor dan pulmo dalam batas normal

Masalah :

Hambatan mobilitas fisik

Kemungkinan penyebab :

Kelemahan/Kelumpuhan pada ekstremitas

ANALISA DATA

Analisa data pada pasien kedua Tn.W

Tanggal 06.06.2016

1. Data Subjektif :

Pasien mengatakan kaki dan tangan sebelah kiri tidak dapat digerakkan

Data Objektif :

- Pasien miring kanan dan kiri dibantu keluarga
- Perawatan total care
- Terpasang O2 nassal kanule 3liter per menit
- Terpasang cateter
- Terpasang selang NGT
- Terpasang infus RL 21 tetes per menit
- CT-Scan : intraserebral hemorrhage di basal ganglia sampai corona radiata kanan, perkiraan 12 ct dengan peritokal edema midline shift ke kiri minimal dilatasi ringan ventrikel kiri
- Pemeriksaan foto thorax AP :Aorta elongasi dengan atherosclerosis
- Kekuatan otot

Ka	Ki
5	2
5	2

Masalah :

Hambatan mobilitas fisik

Kemungkinan penyebab :

Kelemahan/Kelumpuhan pada ekstremitas

Diagnosa :

Berdasarkan hasil dari pengkajian Tn.N dan juga Tn.W di dapatkan diagnosa pada kasus pertama dan kedua yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

Intervensi Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien pertama Tn.N/60 tahun sebagai berikut :

Diagnosa 1

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

NOC**Tujuan :**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu menggerakkan anggota tubuhnya yang lumpuh.

Kriteria Hasil :

1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik
2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Memperagakan penggunaan alat bantu
4. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

Intervensi

1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat melakukan mobilisasi

2. Monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien

3. Bantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan

Rasional : Menggunakan alat bantu pada saat berjalan dapat mencegah terjadinya cedera

4. Ubah posisi pasien tiap 2 jam sekali

Rasional : Mencegah terjadinya adanya luka dekubitus

5. Ajarkan pada keluarga untuk untuk latihan fisik/ROM

Rasional : Agar keluarga dapat melakukan latihan secara mandiri

6. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat dan fisioterapi dalam latihan fisik pada klien

Rasional : Untuk proses kesembuhan pasien

Intervensi Keperawatan

Diagnosa yang muncul pada pasien kedua Tn.W/61 tahun sebagai berikut :

Diagnosa 1

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

NOC

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mampu menggerakkan anggota tubuhnya yang lumpuh.

Kriteria Hasil :

1. Klien meningkat dalam aktivitas fisik
2. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas
3. Memperagakan penggunaan alat bantu
4. Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah

Intervensi

1. Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi

Rasional : Untuk mengetahui sejauh mana pasien dapat melakukan mobilisasi

2. Monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan

Rasional : Untuk mengetahui perkembangan kondisi pasien

3. Ubah posisi pasien tiap 2 jam sekali

Rasional : Mencegah terjadinya adanya luka dekubitus

4. Ajarkan pada keluarga untuk untuk latihan fisik atau ROM

Rasional : Agar keluarga dapat melakukan latihan secara mandiri

5. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat dan fisioterapi dalam latihan fisik pada klien

Rasional : Untuk proses kesembuhan pasien

.

Implementasi

Implementasi dalam penelitian ini di lakukan selama 3 hari yaitu mulai tanggal 06-09 Juli 2016 di Ruang Multazam Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.

Implementasi pada pasien 1

Hari ke-1 tanggal 06 Juli 2016

09.00 : memperkenalkan diri pada pasien (BHSP)

Respon : pasien tersenyum dan memperkenalkan dirinya kembali

10.00 : mengganti cairan infus pasien RI 21 tpm

Respon : pasien mengucapkan terima kasih

11.00 : melakukan observasi TTV

TD : 180/100 mmHg

N : 90x/menit

S : 36,5°C

RR : 20x/menit

Respon : pasien kooperatif dan mengucapkan terima kasih

12.00 : melakukan injeksi pada pasien

Santagesik 500 mg

Citicoline 250 mg

Respon : pasien kooperatif ketika di lakukan tindakan

- 13.00 : membantu pasien makan siang (menyuapi pasien)
- Respon : pasien makan habis 3 sendok per porsi
- 15.15 : mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi
- Respon : pasien hanya bisa mengangkat tangan dan kaki sebelah kanan
sedangkan pada sebelah kiri hanya bisa sedikit
- 15.30 : melatih pasien melakukan ROM dan kolaborasi dengan
fisioterapi (abduksi, adduksi, fleksi, ekstensi)
- Respon : pasien kooperatif ketika dilakukan tindakan

Hari ke-2 tanggal 07 Juni 2016

- 13.00 : membantu pasien makan siang (menyuapi pasien)
- Respon : pasien senang dan pasien menghabiskan 3 sendok makan per porsi
- 13.45 : melakukan observasi TTV
TD : 160/100 mmHg
N : 84x/menit
S : 36,2°C
RR : 20x/menit
- Respon : pasien mengucapkan terima kasih
- 15.60 : melakukan latihan miring kanan dan miring kiri pada pasien
- Respon : pasien bisa miring kanan dan kiri di bantu oleh keluarga
- 16.05 : melatih pasien untuk berjalan menggunakan alat bantu

Respon : pasien kooperatif ketika dilakukan tindakan

19.00 : menyuruh pasien untuk menyebutkan beberapa objek , contoh :

meja, pensil, buku

Respon : pasien bisa menyebut beberapa kata

Hari ke-3 tanggal 08 Juni 2016

08.00 : merapikan tempat tidur pasien

Respon : pasien mengucapkan terima kasih

08.10 : membantu pasien untuk berjalan menggunakan alat bantu(walker)

Respon : pasien bisa berjalan menggunakan alat bantu

10.00 : melakukan observasi TTV

TD : 150/90 mmHg

N : 84x/menit

S : 36°C

RR : 22x/menit

Respon : pasien mengucapkan terima kasih

12.00 : melakukan injeksi pada pasien

Santagesik 500 mg

Citicoline 250 mg

P.O asam mefenamat 500 mg

- Respon : pasien mengucapkan terima kasih
- 13.20 : membantu pasien untuk bangun, duduk dan berdiri dan berjalan ke kamar mandi
- Respon : pasien senang dan mengucapkan terima kasih
- 13.45 : membantu pasien untuk makan siang (menyuapi pasien)
- Respon : pasien menghabiskan 3 sendok makan per porsi
- 15.30 : mengganti cairan infus pasien RI 21 tpm
- Respon : pasien mengucapkan terima kasih

Implementasi pada pasien ke 2

Hari ke-1 tanggal 06 Juli 2016

- 13.00 : memperkenalkan diri pada pasien (BHSP)
- Respon : pasien tersenyum dan memperkenalkan dirinya kembali
- 13.15 : mengkaji tingkat mobilitas yang dapat dilakukan pasien
- Respon : pasien tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya yang lumpuh
- 13.20 : mengganti cairan infus pasien RI 21 tetes per menit
- Respon : pasien mengucapkan terim kasih
- 14.00 : melakukan observasi TTV
- TD : 130/90 mmHg
- N : 90x/menit

S : 37,9°C

RR : 25x/menit

Respon : pasien terlihat sesak

15.40 : melakukan injeksi pada pasien

Brainect 500 mg

Omz 1 ampul

Ceftriaxone 500 mg

Respon : pasien kooperatis ketika dilakukan tindakan

16.00 : membantu pasien makan melalui selang NGT susu cair 150 cc

Respon : pasien senang dan berterima kasih

17.00 : melatih pasien melakukan ROM (abduksi, adduksi, fleksi,

(ekstensi)

Respon : pasien kooperatif ketika dilakukan tindakan

Hari ke-2 tanggal 07 Juni 2016

08.00 : memberi lingkungan yang nyaman pada pasien (merapikan

tempat tidur pasien)

Respon : pasien tampak senang dan mengucapkan terima kasih

08.45 : melakukan observasi TTV

TD : 140/100 mmHg

N : 82x/menit

S : 38,2°C

RR : 25x/menit

11.05 : melatih pasien latihan fisik ROM miring kanan dan juga miring kiri

Respon : pasien bisa miring kanan dan kiri dengan bantuan keluarga

11.45 : mengganti infus paracetamol pada pasien

Respon : pasien mengucapkan terima kasih

Hari ke-3 tanggal 08 Juni 2016

13.00 : membantu pasien untuk makan melalui selang NGT 150 cc

Respon : pasien merasa senang dan mengucapkan terima kasih

13.40 : melakukan observasi TTV

TD : 130/90 mmHg

N : 72x/menit

S : 37,9°C

RR : 24x/menit

Respon : pasien kooperatif ketika dilakukan tindakan

14.30 : membantu pasien melakukan latihan fisik ROM miring kanan dan kiri

Respon : pasien miring kanan dan kiri dengan bantuan keluarga

15.00 : melakukan injeksi pada pasien

Brainect 500 mg

Omz 1 ampul

Ceftriaxone 500 mg

Respon : pasien mengucapkan terima kasih dan tersenyum

15.20 : membantu menyeka pasien di atas tempat tidur

Respon : pasien kooperatif selama tindakan

Evaluasi

Evaluasi pada penelitian ini dilakukan selama 3 hari yang dimulai pada tanggal 07-09 Juli 2016

Evaluasi pada tanggal 07 Juli 2016 , pada pasien 1

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

S : pasien mengatakan kaki dan tangannya masih sulit di gerakkan.

O : - Pasien tampak lemah

- Aktivitas dibantu oleh keluarga
- Kekuatan otot

Ka	Ki
5	3
5	3

- Terpasang infus RL 21 tpm sebelah kiri
- TTV
 - TD : 160/100 mmHg
 - N : 84x/menit
 - S : 36,2°C
 - RR : 20x/menit

A : masalah belum berhasil

P : lanjutkan intervensi no. 1,2,3,4,5,6

Evaluasi pada tanggal 08 Juli 2016

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

S : pasien mengatakan kaki dan tangannya sedikit bisa di gerakkan.

O : - Pasien bisa miring kanan dan kiri

- Aktivitas dibantu oleh keluarga
- Kekuatan otot

Ka	Ki
5	3
5	3

- Terpasang infus RL 21 tpm sebelah kiri
- Pasien berjalan menggunakan alat bantu
- TTV

TD : 150/90 mmHg

N : 84x/menit

S : 36°C

RR : 22x/menit

A : masalah berhasil sebagian

P : lanjutkan intervensi no.2,3,4,5,6

Evaluasi pada tanggal 09 Juli 2016

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

S : pasien mengatakan kaki dan tangannya sedikit bisa di gerakkan.

O : - Pasien bisa miring kanan dan kiri

- Aktivitas dibantu oleh keluarga
- Kekuatan otot

Ka	Ki
5	4
5	4

- Terpasang infus RL 21 tpm sebelah kiri
- Pasien berjalan menggunakan alat bantu
- TTV
 - TD : 150/90 mmHg
 - N : 84x/menit
 - S : 36°C
 - RR : 22x/menit

A : masalah berhasil sebagian

P : lanjutkan intervensi no. 2,3,4,5,6

Evaluasi pada pasien 2

Evaluasi pada tanggal 07 Juli 2016

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

S : pasien mengatakan kaki dan tangannya masih sulit di gerakkan.

O : - Pasien tampak lemah

- Aktivitas dibantu oleh keluarga

- Kekuatan otot

Ka	Ki
$\frac{5}{5}$	$\frac{2}{2}$

- Terpasang infus RL 21 tpm sebelah kiri
- TTV

TD : 140/100 mmHg

N : 82x/menit

S : 38,2°C

RR : 25x/menit

A : masalah belum teratasi

P : lanjutkan intervensi no.1,2,3,4,5,6

Evaluasi pada tanggal 08 Juli 2016

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

S : pasien mengatakan kaki dan tangannya masih belum bisa digerakkan.

O : - Pasien tampak lemah

- Aktivitas dibantu oleh keluarga
- Kekuatan otot

Ka	Ki
$\frac{5}{5}$	$\frac{2}{2}$

- Terpasang infus RL 21 tpm sebelah kiri
- Pasien terpasang cateter

- TTV

TD : 130/90 mmHg

N : 72x/menit

S : 37,9°C

RR : 24x/menit

A : masalah berhasil sebagian

P : lanjutkan intervensi no.2,3,4,5,6

Evaluasi pada tanggal 09 Juli 2016

1. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas

S : pasien mengatakan kaki dan tangannya belum bisa di gerakkan.

O : - Pasien belum dapat miring kanan dan kiri

- Aktivitas dibantu oleh keluarga

- Kekuatan otot

Ka	Ki	
5	3	
5	3	

- Terpasang infus RL 21 tpm sebelah kiri

- Terpasang cateter

- Terpasang O2 3 lpm

- TTV

TD : 140/90 mmHg

N : 70x/menit

S : 36,9°C

RR : 24x/menit

A : Masalah teratasi sebagian

P : lanjutkan intervensi no.2,3,4,5,6

4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini penulis menguraikan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan kasus selama melaksanakan asuhan keperawatan pada 2 pasien dengan diagnosa medis CVA yang dirawat di ruang Pav.Multazam Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

4.2.1 Pengkajian keperawatan

Pada tahap pengkajian pada tinjauan kasus pada klien pertama Tn.N di dapatkan data bahwa pasien kesulitan untuk menggerakkan kaki dan tangan sebelah kiri dengan kekuatan otot 5 pada bagian kaki dan tangan bagian kiri dan 3 pada bagian tangan dan kaki kiri, pasien tidak dapat beraktivitas, aktivitas di bantu oleh keluarga dan perawat, pasien hanya bisa miring kanan dan miring kiri, pasien BAK dan BAB di atas tempat tidur menggunakan pispot dibantu oleh keluarga dan perawat, TTV :TD : 180/100 mmHg, Suhu : 36,9°C, Nadi : 88x/menit, RR : 20x/menit, pasien tidak terpasang O2, pasien tidak terpasang NGT dan tidak terpasang cateter.

Sedangkan pada klien kedua Tn.W di dapatkan data pasien tidak dapat menggerakkan anggota tubuhnya yaitu kaki dan tangan sebelah kiri dengan kekuatan otot 5 pada kaki dan tangan sebelah kanan dan 2 pada kaki dan tangan sebelah kiri, pasien hanya berbaring diatas tempat tidur, pasien terpasang O2 3

lpm, terpasang selang cateter dan juga terpasang NGT, semua aktivitas klien di bantu oleh keluarga dan perawat. TTV : TD : 130/90 mmHg, Suhu : 37,9°C, Nadi : 90x/menit, RR : 25x/menit.

Berdasarkan pada tinjauan kasus pertama dan kedua di dapatkan hasil bahwa pada pasien pertama dan kedua mengalami penurunan kekuatan otot pada sisi kiri (hemiparase) kekuatan otot pada pasien pertama kekuatan otot 5 pada sebelah kanan dan 3 pada sebelah kanan sedangkan pada pasien kedua 5 pada sebelah kanan dan 2 pada sebelah kiri.

Stroke dapat menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak atau disebut dengan *hemiparase*, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Arif, 2008 : 128). Selain itu stroke dapat menyebabkan Defisit sensori anatara lain defisit visual (jarak visual terpotong sebagian besar pada hemisfer serebri), hilangnya respon terhadap sensasi superfisial (sentuhan, nyeri, tekanan, panas dan dingin), hilangnya respon terhadap proprio resepsi (pengetahuan tentang posisi bagian tubuh) (Hudak dan Gallo, 2012: 258-260)

Maka menurut peneliti pada penelitian studi kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori karena beberapa tanda dan gejala yang terdapat didalam tinjauan teori juga terdapat di dalam tinjauan kasus pertama maupun kasus kedua.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Pada kasus pertama Tn.N / 61 tahun dan kasus kedua Tn.W/60 tahun pada CVA di temukan diagnosa keperawatan berdasarkan pengkajian dan analisa data

sebagai berikut hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas yang di sebabkan karena adanya kerusakan pada saraf pusat.

Perumusan diagnosa keperawatan di sesuaikan dengan kondisi dan keluhan yang terjadi pada klien. Dalam tinjauan teori diagnosa keperawatan yang muncul pada klien yang mengalami CVA Infark berdasarkan (Nanda, 2014). Menurut Yasmin 2000, dalam Nurnaningsih, 2011, adanya kerusakan atau cedera pada *motor neuron* (saraf pusat) mengakibatkan perubahan pada kekuatan otot, tonus, dan aktivitas refleks. Hal ini mengakibatkan kelemahan otot, kehilangan aktivitas refleks.

Maka menurut peneliti pada penelitian studi kasus ini tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan tinjauan teori karena pada penderita CVA mengalami masalah hambatan mobilitas fisik dikarenakan adanya kerusakan saraf pusat yang dapat menyebabkan seseorang mengalami kelumpuhan..

4.2.3 Perencanaan keperawatan

Setelah menemukan masalah pada tinjauan kasus, maka penulis membuat perencanaan yang mana perencanaan disusun berdasarkan standart operasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dan dengan bantuan keluarga klien.

Perencanaan keperawatan yang dibuat untuk mengatasi hambatan mobilitas fisik pada kedua klien sama. Perencanaan keperawatan bertujuan untuk membantu pasien agar dapat menggerakkan anggota tubuhnya yang lumpuh selama 3x24 jam setelah di lakukan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil

Klien meningkat dalam aktivitas fisik, Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas, Memperagakan penggunaan alat bantu, Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.

Berdasarkan penelitian oleh Herin Mawarti dan Farid mengenai Pengaruh Latihan ROM (*Range Of Motion*) pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke pada tahun 2013, terbukti adanya pengaruh yang signifikan dari Latihan ROM pasif terhadap peningkatan kekuatan otot pada pasien stroke (Mawarti & Farid, 2013). Penderita stroke dapat mengalami kesulitan saat berjalan karena gangguan pada kekuatan otot, keseimbangan dan koordinasi gerak, sehingga kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Latihan gerak mempercepat penyembuhan pasien stroke, karena akan mempengaruhi sensasi gerak di otak (Irdawati, 2008).

Pada perencanaan keperawatan ini penulis akan berfokus pada perencanaan diagnosa hambatan mobilitas fisik yang menjadi masalah utama baik dalam tinjauan kasus teori maupun tinjauan kasus pertama dan kedua. Perencanaan pada hambatan mobilitas fisik yaitu Kaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi, monitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan, bantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan, latih pasien dalam ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, ubah posisi pasien tiap 2 jam sekali, ajarkan pada keluarga untuk untuk latihan fisik, Kolaborasi dengan fisioterapi dalam latihan fisik pada klien seperti adduksi, abduksi, fleksi, ekstensi.

Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana dengan di lakukannya latihan

fisik (ROM) dengan kolaborasi fisioterapi dapat meningkatkan kekuatan otot pada pasien.

4.2.4 Pelaksanaan

Pada tahap ini tindakan keperawatan harus disesuaikan dengan rencana yang telah dirumuskan dan tidak menyimpang dengan program medis. Pada tinjauan teori tidak dilakukan tindakan pelaksanaan karena tidak ada pasien. Karena tidak semua tindakan dalam perencanaan teori bisa dilakukan dalam pelaksanaan di lahan praktek, maka pelaksanaan harus di sesuaikan dengan standart operasional prosedur (SOP) Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang dan dengan bantuan keluarga klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan pada klien merupakan pengembangan dari teoritis yang dimodifikasi sesuai dengan kebiasaan tempat pelayanan. Dalam hal ini pelaksanaan tindakan pada kasus pertama maupun kedua pada hambatan mobilitas fisik mengikuti standart operasional prosedur (SOP) di Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.

Dalam pelaksanaan CVA Infark tidak dilakukan berurutan perdiagnosa karena masalah yang di temukan bersumber dari satu masalah yaitu hambatan mobilitas fisik. Begitu juga pada tinjauan kasus kedua memunculkan masalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas. Sehingga dalam pelaksanaanya penulis berfokus pada hambatan mobilitas fisik dengan melakukan latihan fisik (ROM), dalam mengatasi masalah-masalah yang muncul, namun tetap juga melaksanakan tindakan ke masalah lainnya.

Dalam pelaksanaan keperawatan ini penulis berfokus kepada pengaruh tindakan non farmakologis yaitu melakukan ROM terhadap masalah hambatan mobilitas fisik.

Pelaksanaan yang terlaksana pada pasien pertama dan kedua hampir sama yaitu mengkaji tingkat kemampuan pasien dalam mobilisasi, memonitoring tanda-tanda vital sebelum dan sesudah latihan, membantu pasien menggunakan tongkat saat berjalan, melatih pasien dalam ADLs secara mandiri sesuai kemampuan, mengubah posisi pasien tiap 2 jam sekali, mengajarkan pada keluarga untuk latihan fisik/ROM, kolaborasi dengan fisioterapi dalam latihan fisik pada klien. Pelaksanaan yang tidak terlaksana pasien kedua yaitu membantu pasien untuk berjalan menggunakan alat bantu karena pada waktu penelitian kondisi pasien belum bisa untuk berdiri dan berjalan.

Pemberian terapi ROM (*Range Of Motion*) pasif berupa latihan gerakan pada bagian pergelangan tangan, siku, bahu, jari-jari kaki atau pada bagian ekstermitas yang mengalami *hemiparese* sangat bermanfaat untuk menghindari adanya komplikasi akibat kurang gerak, seperti adanya kontraktur, kekakuan sendi (Irfan,2010)

Dalam pelaksanaan keperawatan penulis tidak mengalami hambatan, dikarenakan pasien dan keluarga kooperatif saat penulis melakukan tindakan keperawatan yang sesuai standart operasional prosedur. Maka didapatkan hasil tidak terjadi kesenjangan antara tinjauan teori dan tinjauan kasus pertama maupun kedua yang mana dengan di latih ROM dapat menghindari kecacatan yang lebih parah.

4.2.5 Evaluasi

Pada tinjauan kasus dilakukan dengan pengamatan dan menanyakan langsung kepada keluarga yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan sedangkan pada tinjauan pustaka tidak menggunakan catatan perkembangan karena pasien tidak ada sehingga tidak dilakukan evaluasi. Evaluasi untuk setiap diagnosa keperawatan pada tinjauan kasus dapat tercapai sesuai dengan tujuan dan kriteria yang diharapkan.

Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan/kelumpuhan pada ekstremitas. Pada pasien pertama Tn.N masalah teratasi sebagian dari jangka waktu yang ditargetkan, yaitu 3x24 jam. Evaluasi pada tanggal 07 Juni 2016 masalah belum teratasi dan rencana tindakan dilanjutkan 1,2,3,4,5,6 dan 7, tanggal 08 Juni 2016 masalah teratasi sebagian dan tindakan dilanjutkan 2,3,4,5,6 dan 7, pada tanggal 09 Juni 2016 masalah sudah teratasi pasien sudah dapat berjalan menggunakan alat bantu dan pasien pulang sehingga intervensi di hentikan. Pada pasien kedua Tn.W masalah teratasi sebagian dari jangka waktu yang ditargetkan, yaitu 3x24 jam. Evaluasi pada tanggal 07 Juni 2016 masalah belum teratasi dan rencana tindakan dilanjutkan 1,2,3,4,5,6 dan 7, tanggal 08 Juni 2016 masalah belum teratasi dan tindakan dilanjutkan 2,3,4,5,6 dan 7, pada tanggal 09 Juni 2016 masalah teratasi sebagian dan tindakan di lanjutkan 2,3,4,5,6 dan 7

Evaluasi terdiri dari SOAP di lakukan sesuai intervensi yang di berikan dan sesuai waktu yang telah di tentukan. Perencanaan keperawatan yang akan di lanjutkan, di hentikan, dimodifikasi atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah di tentukan sebelumnya. (Nikmatur, 2012)

Maka menurut peneliti terjadi kesenjangan antara tinjauan kasus dan juga tinjauan teori karena setelah dilakukan intervensi selama 3 hari pada kasus pertama Tn.N pasien bisa berjalan namun menggunakan alat bantu dan kekuatan otot pasien menjadi 4 pada sebelah kiri. Sedangkan pada kasus kedua Tn.W pasien belum dapat berjalan menggunakan alat bantu, pasien hanya bisa miring kanan dan kiri, aktivitas masih dibantu keluarga namun kekuatan otot meningkat menjadi 3 pada sebelah kiri. Pada pasien kedua masalah teratasi sebagian dan intervensi dilanjutkan.