

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIENCEREBRO VASKULER
ACCIDENT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI
RUANG FLAMBOYAN RSUD
JOMBANG**



**OLEH:
MARIO ROMY SUNARKO
NIM. 141210023**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *CEREBRO VASKULER*
ACCIDENT DENGAN MASALAH KEPERAWATAN
DEFISIT PERAWATAN DIRI DI
RUANG FLAMBOYAN RSUD
JOMBANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md. Kep) Pada Program Study Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : MARIO ROMY SUNARKO

NIM : 141210023

Jenjang : Diploma

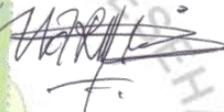
Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,




MARIO ROMY SUNARKO
NIM : 141210023

SEKOLAH TINGGI ILMU KEPERAWATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah Diajukan Oleh :

Nama Mahasiswa : MARIO ROMY SUNARKO

NIM : 14.121.0023

Program Studi : DIII Keperawatan

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Cerebro Vaskular Accident*
dengan Masalah Defisit Perawatan Diri DI Ruang
Flamboyan RSUD Jombang

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL 15 JUNI 2017



Arif Wijaya S.Kp.,M.Kep.
Pembimbing utama



Nita Arisanti Y, S.Kep., Ns.
pembimbing Anggota

Mengetahui



H. Bambang Tutuko, S.H.,S.kep.,Ns.,MH
Ketua STIKes ICME Jombang



Maharani Tri P, S.kep.,Ns., MM
Ketua Program Studi DIII
Keperawatan

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA
KLIEN *CEREBRO VASKULER ACCIDENT* DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RSUD JOMBANG
KABUPATEN JOMBANG"

Nama Mahasiswa : Mario Romy Sunarko

NIM : 141210023

Program studi : D3 Keperawatan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai
Salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi D III Keperawatan

Komisi Dewan Penguji

Panitia Penguji :

1. Penguji Utama : Hj. Muarrofah, S.Kep., Ns., M.Kes. ()
2. Penguji Anggota 1 : Arif Wijaya, S.Kp., M.Kep ()
3. Penguji Anggota 2 : Nita Arisanti Yulanda, S.Kep., Ns. ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal :

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Sidoarjo, 16 Juni 1996 dari Ayah yang bernama Sunarko dan ibu bernama Sulistin. Penulis merupakan anak kedua dari dua bersaudara.

Tahun 2002 penulis lulus dari TK Dharma Wanita Gempol Klutuk, Tarik-Sidoarjo, tahun 2008 penulis lulus dari SD Negeri Gempol Klutuk, Tarik-Sidoarjo. tahun 2011 penulis lulus dari SMP Al-Islam Krian Sidoarjo dan tahun 2014 penulis lulus dari SMK Kesehatan Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo, tahun 2014 penulis lulus seleksi masuk STIKes "Insan Cendekia Medika" Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program Studi Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes "ICME" Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 15 Juni 2017

Mario Romy Sunarko

MOTTO

“Sebuah tantangan akan menjadi beban, Jika itu hanya dipikirkan. Sebuah cita-cita juga adalah beban, Jika itu hanya angan-angan”.

PERSEMBAHAN

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT, atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan. Sholawat serta salam selalu terlimpahkan kehadiran Rasulullah Muhammad SAW.

Aku persembahkan Karya Tulis ini untuk seseorang yang selalu senantiasa merawatku, membesarkanku, memberikanku banyak pendidikan mulai dari tidak mengerti sampai umurku sekarang. Terima kasih Papa dan Mama karena selalu memanjatkan do'a disetiap sujudmu sehingga Karya Tulis ini terselsaikan.

Terima kasih juga buat kakak ku yang selalu mensuport aku dan selalu memberi semangat dukungan dalam bentuk apapun itu.

Terima kasih, atas semuanya.



KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah penelitian dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Cerebro Vaskuler Accident* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri”. Karya Tulis Ilmiah penelitian ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Insan Cendekia Medika Jombang.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Arif Wijaya, S.Kp., Ns. M.Kep, selaku Pembimbing Ketua yang telah dengan sabar dan penuh perhatian memberikan motivasi, bimbingan dan saran untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Terima kasih yang tak terhingga dan penghargaan yang setinggi-tingginya saya sampaikan kepada Nita Arisanti Yulanda, S.Kep., Ns, selaku pembimbing kedua yang telah menyediakan waktu dengan penuh kesabaran memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis sejak awal hingga akhirnya Karya Tulis Ilmiah penelitian ini terselesaikan.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah penelitian ini penulis mendapat bantuan dari berbagai pihak untuk itu perkenankan saya menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :H. Bambang Tutuko, S.H., S.Kep., Ns., M.H selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Maharani Tri Puspitasari, S.Kep., Ns., MM selaku Ketua Program Studi Ahli Madya Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Seluruh direksi, jajaran bidang keperawatan dan bagian Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Jombang yang telah memberikan ijin dan kesempatan serta fasilitas dalam pengambilan data awal penelitian, Seluruh dosen, staf pendidikan, perpustakaan dan sekretariat Program studi Ahli Madya Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Kedua Orang Tua, yang telah membiayai pendidikan saya selama menempuh pendidikan Program Studi Ahli Madya Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Teman-teman Ahli Madya Keperawatan Angkatan 2014 yang selalu

memberikan motivasi dan dukungan kepada penulis dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini, Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang terlibat dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah penelitian ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah penelitian ini. Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, tetapi penulis berharap Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan.

Jombang, 15 Juni 2017



ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN *CEREBRO VASKULAR ACCIDENT* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG FLAMBOYAN RSUD JOMBANG

Oleh :

MARIO ROMY SUNARKO

Stroke salah satu masalah kesehatan yang masih dihadapi di Indonesia hingga saat ini. Stroke penyakit neurologik yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Yang disebabkan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak karena gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapapun dan kapanpun. Tujuan umum penelitian ini adalah Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri. Penelitian ini dilakukan di ruang Flamboyan RSUD Jombang pada tanggal 23-25 Januari 2017. didapatkan Angka kejadian stroke sebanyak 157 kasus/bulan di tahun 2016 dan menduduki peringkat pertama.

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Penelitian yang diambil dari RSUD Jombang sebanyak 2 klien dengan masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri.

Pada klien dengan masalah defisit perawatan diri intervensi yang digunakan adalah NOC : menyelesaikan aktivitas mandi dan toileting secara mandiri. NIC : memberikan perawatan diri mandi dan eliminasi secara mandiri, memberikan mobilisasi.

Berdasarkan hasil evaluasi terakhir disimpulkan bahwa pada klien 1 masalahnya belum teratasi sedangkan pada klien 2 masalahnya sudah teratasi. Saran yang diberikan kepada klien sebaiknya membersihkan dirinya setiap hari seperti mandi/diseka 3 kali sehari dan mengganti alas tidur yang kotor dengan yang bersih, menganjurkannya miring kanan dan kiri setiap 2 jam sekali untuk menghindari iritasi pada kulit klien.

Kata kunci : *Cerebro Vaskuler Accident*, Defisit Perawatan Diri

ABSTRACT

NURSING PATIENTS CEREBRO VASCULAR ACCIDENT ON SELF CARE DEFICIT IN ROOM FLAMBOYAN RSUD JOMBANG

Oleh :

MARIO ROMY SUNARKO

Stroke is one of the health problems that they faced in Indonesia today. Stroke neurologic diseases that are often encountered and must be handled quickly and precisely. Which is caused by brain functionalities that arise suddenly due to circulatory disorders of the brain and can occur to anyone and anytime. The general pupose of this study is to carry out nursing patients carebro vaskular accident on self care deficit problems. This research was conducted in Flamboyan room of RSUD Jombang on 23-25 January 2017. Got the number of stroke incidence as much as 157 cases/month in year 2016 and was ranked first.

The research design used case study. Research taken from RSUD Jombang as much as 2 patients with problem of Nursing Care On Client of Cerebro Vaskular Accident with Self Deficit Maintenance problem.

On patients self care deficit interventions problems used are NOC : complete self care baths and toileting activities independently. NIC : provide self care baths and self eliminations, provide mobilization.

Based on the results of the last evaluation concluded that the client 1 problem is not resolved while the client 2 problem is resolved. Suggestion given to patients should clean themselves every day like bathing/wiping 3 times a day by replacing the dirty bedding with a clean, recommend it tilted right and left every 2 hours to avoid irritation on the skin of the patients.

Keywords : Cerebro Vaskuler Accident, Self Care Deficit

INSAN CENDEKIA MEDIKA

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan.....	i
Halaman Sampul Belakang.....	ii
Surat Pernyataan	iii
Lembar Persetujuan	iv
Lembar Pengesahan	v
Riwayat Hidup	vi
Motto.....	vii
Kata Pengantar	viii
Abstrak.....	x
Daftar Isi.....	xii
Daftar Gambar	xv
Daftar Tabel	xvi
Daftar Singkatan	xvii
Daftar Lampiran	xviii
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Stroke	6
2.1.1 Definisi Stroke.....	6
2.1.2 Klasifikasi Stroke	6
2.1.3 Etiologi Stroke.....	7
2.1.4 Faktor Risiko Stroke	8
2.1.5 Patofisiologi Stroke	10
2.1.6 WOC Stroke	12
2.1.7 Manifestasi Klinik Stroke	13
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Stroke	15
2.1.9 Komplikasi Stroke	16
2.1.10 Penatalaksanaan Stroke	17
2.1.11 Upaya Pencegahan Stroke	18

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri	18
2.2.1 Definisi Defisit Perawatan Diri	18
2.2.2 Etiologi Defisit Perawatan Diri	19
2.2.3 Jenis-Jenis Perawatan Diri	20
2.2.4 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri	20
2.2.5 Defisit Perawatan Diri Nanda	21
2.2.6 Proses Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri	24
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke	25
2.3.1 Pengkajian	25
2.3.2 Pemenuhan Kebutuhan	26
2.3.3 Pemeriksaan Fisik	27
2.3.4 Kemungkinan Diagnosa yang Muncul	35
2.3.5 Intervensi Keperawatan	36
2.3.6 Implementasi Keperawatan	38
2.3.7 Evaluasi Keperawatan	39
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	40
3.2 Batasan Istilah	40
3.3 Partisipan	41
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	41
3.4.1 Lokasi Penelitian	41
3.4.2 Waktu Penelitian	41
3.5 Pengumpulan Data	41
3.6 Uji Keabsahan Data	43
3.7 Analisis Data	43
3.8 Etik Penelitian	45
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	
4.1 Hasil..	46
4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data.....	46
4.1.2 Pengkajian.....	46
4.1.3 Analisa Data	52
4.1.4 Diagnosa Keperawatan..	54
4.1.5 Intervensi Keperawatan..	55
4.1.6 Implementasi Keperawatan.....	57
4.1.7 Evaluasi Keperawatan.....	61
4.2 Pembahasan.....	63
4.2.1 Pengkajian.....	63
4.2.2 Analisa Data.....	66
4.2.3 Diagnosa Keperawatan..	67
4.2.4Intervensi Keperawatan..	67
4.2.5Implementasi Keperawatan.....	69
4.2.6 Evaluasi Keperawatan.....	70

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan.. 73
5.2 Saran..... 75

DAFTAR PUSTAKA 76

Lampiran



DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 2.1.6 : *WOC* Stroke Nanda, (Kusuma & Nurarif, 2012) 12

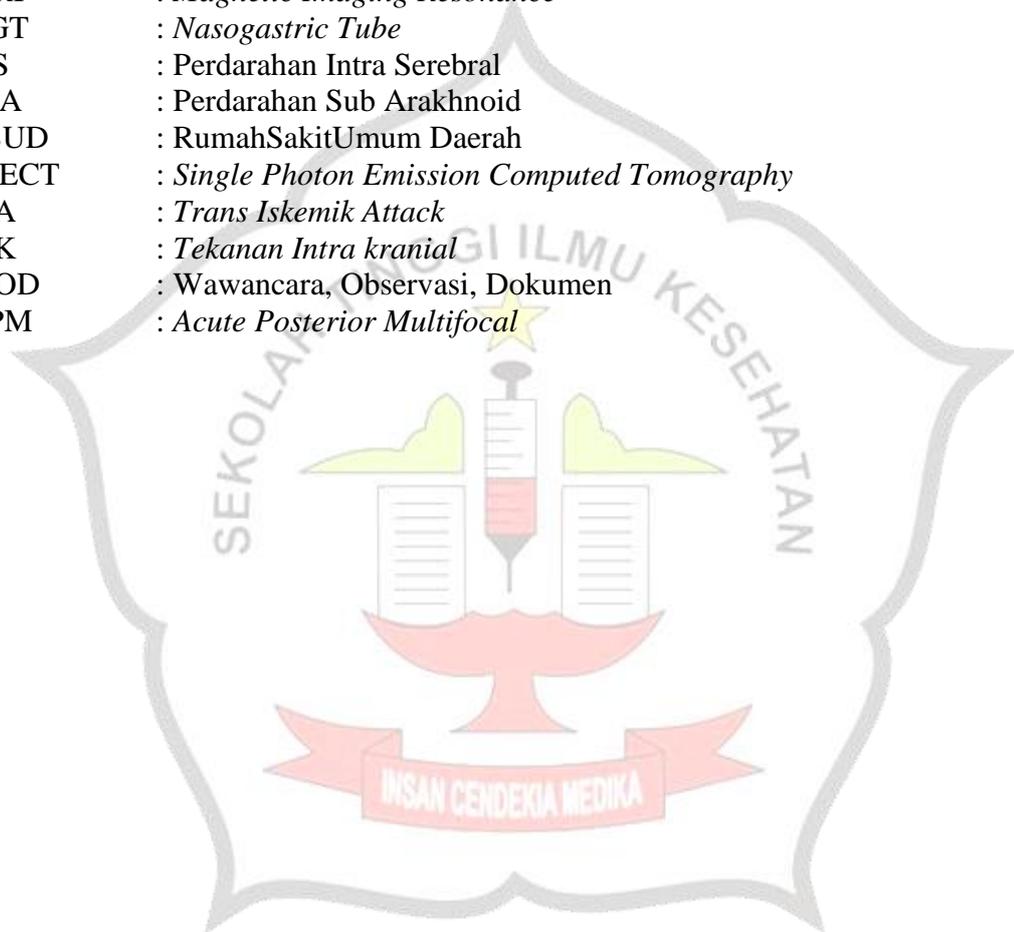


DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 : Nilai Normal <i>Glasgow Coma Scale</i>	29
Tabel 2.2: Tingkat kekuatan otot pada sisi sakit.....	33
Tabel 2.3.: Skala Kekuatan Otot.....	33
Tabel 2.4 : Intervensi Keperawatan.....	36
Tabel 4.1: Identitas klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUDJombang, 2017.....	46
Tabel 4.2 : Riwayat penyakit klien dengan CVA di Ruang Paviliun FlamboyanRSUD Jombang, 2017.....	46
Tabel 4.3: Pola kesehatan klien dengan CVA di Ruang Paviliun FlamboyanRSUD Jombang, 2017.....	48
Tabel 4.4 : Pemeriksaan fisik (6B) klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUDJombang, 2017.....	49
Tabel 4.5 : Pemeriksaan diagnostik klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	51
Tabel 4.6: Pemberian terapi klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	52
Tabel 4.7: Analisa data klien 1 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	52
Tabel 4.8: Analisa data klien 2 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	53
Tabel 4.9: Diagnosa keperawatan dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	54
Tabel 4.10: Intervensi keperawatan klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang/2017.....	55
Tabel 4.11: Implementasi keperawatan klien 1 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	57
Tabel 4.12 : Implementasi keperawatan klien 2 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	59
Tabel 4.13: Evaluasi keperawatan klien 1 dan klien 2 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017.....	61

DAFTAR SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
CO ₂	: Karbonmonoksida
CVA	: <i>CerebroVaskuler Accident</i>
DM	: DiabetesMillitus
EEG	: <i>ElektroEnsefaloGraf</i>
GCS	: <i>Gasglow Coma Scale</i>
IGD	: Instalasi Gawat Darurat
IPPA	: Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi
MRI	: <i>Magnetic Imaging Resonance</i>
NGT	: <i>Nasogastric Tube</i>
PIS	: Perdarahan Intra Serebral
PSA	: Perdarahan Sub Arakhnoid
RSUD	: RumahSakitUmum Daerah
SPECT	: <i>Single Photon Emission Computed Tomography</i>
TIA	: <i>Trans Iskemik Attack</i>
TIK	: <i>Tekanan Intra kranial</i>
WOD	: Wawancara, Observasi, Dokumen
APM	: <i>Acute Posterior Multifocal</i>



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah.....	
Lampiran 2 : Permohonan Menjadi Responden.....	
Lampiran 3 : Persetujuan Menjadi Responden.....	
Lampiran 4 : Form Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah.....	
Lampiran 5 : Pre Survey Data.....	
Lampiran 6 : Penelitian.....	
Lampiran 7: Lembar Konsul Pembimbing 1.....	
Lampiran 8 : Lembar Konsul Pembimbing 2.....	
Lampiran 9: Surat Balasan Penelitian BAKORDIKLAT RSUD Jombang.....	
Lampiran 10 : Surat Pernyataan Bebas Plagiasi.....	



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

CVA atau *Cerebro Vaskuler Accident* bisa dikenal oleh masyarakat dengan istilah stroke. Kelainan ini terjadi pada organ otak. Lebih tepatnya adalah gangguan pembuluh darah otak (Padilah, 2012). Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologik yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Yang disebabkan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak karena gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapapun dan kapanpun (Muttaqin, 2008). Meskipun kita sering mengetahui bahwa serangan stroke sebagai suatu kelumpuhan separuh badan yang terjadi mendadak, tetapi keadaan tersebut sebenarnya lebih dari itu. Penderita stroke umumnya akan mengalami gangguan gerak yang termasuk melemahnya otot-otot, kontraktur sendi dan deformitas sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri dan kurangnya perawatan diri yang menyebabkan gangguan pada dirinya berupa defisit perawatan diri (Purba, 2011).

Menurut WHO, 2012. Kurang lebih 15 juta orang setiap tahun diseluruh dunia terserang stroke. Sebagian besar penderita stroke di negara berkembang termasuk indonesia. Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2013. Diperkirakan setiap tahun 500 ribu orang mengalami serangan stroke sekitar 2,5% diantaranya meninggal dunia dan lainnya mengalami cacat ringan maupun berat. Hasil Riset Kesehatan Dasar Indonesia tahun (2013), Penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya usia dan penderita stroke terjadi sama banyak pada laki-laki

dan perempuan. Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur, (2013). Di perkirakan penderita stroke terjadi sebanyak 302.987 jiwa dan menduduki peringkat ke 15 di Jawa Timur. Menurut data dari Studi Pendahuluan di RSUD Jombang rata-rata angka kejadian stroke sebanyak 157 kasus / bulan di tahun 2016 dan menduduki peringkat pertama di Ruang Paviliun Flamboyan (RSUD Jombang, 2016).

Stroke dapat menyerang siapa saja terutama penderita penyakit – penyakit kronis, seperti Hipertensi, penyakit jantung, obesitas dan penyempitan pembuluh darah. Namun ada beberapa faktor lain yang menyebabkan stroke, kebiasaan pola makan sehari-hari yang mengandung kolesterol, kurang olahraga, alkohol, obat-obatan terlarang dan merokok dapat menyebabkan munculnya kerusakan dinding pembuluh darah sehingga menyebabkan zat-zat yang terlarut seperti kolesterol dan kalsium dan mengendap dan terjadi penyempitan pembuluh darah terjadi dalam waktu lama, maka suplai darah ke otak berkurang dan dapat terjadi penurunan kesadaran yang mengakibatkan vasospasme arteri serebral saraf serebral terjadi penurunan darah ke otak kemudian terjadi iskemik / infark. Iskemik / infark akan menyebabkan defisit neurologi. Keadaan ini dapat menyebabkan kerusakan di hemisfer kanan dan hemiparase (hemiplegia) yang dapat menyebabkan rusaknya beberapa anggota gerak sehingga pasien mengalami bedrest total dan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri misalnya pasien yang tidak mampu memakan dan melakukan hygiene eliminasi secara mandiri (Pudiasuti, 2013).

Memberikan *Self care* penampilan dari aktifitas individu dalam melakukan perawatan diri sendiri untuk mempertahankan kehidupan, kesehatan dan

kesejahteraannya. *Self care* yang di lakukan secara efektif dan menyeluruh dapat membantu menjaga integritas struktur dan fungsi tubuh serta berkontribusi dalam perkembangan individu seorang individu dalam melakukan *Self care* harus mempunyai kemampuan dalam perawatan diri yang disebut sebagai *care agency*. Kemampuan individu untuk merawat diri sendiri dipengaruhi oleh “*Conditioning factor*”, yang termasuk dalam *conditioning factor* diantaranya usia, gender, tahap perkembangan, tingkat kesehatan, orientasi sosiokultural, sistem pelayanan kesehatan, sistem dalam keluarga, gaya hidup dan lingkungan (George, 2002). keadaan dimana individu mengalami kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif. Sehingga mengalami penurunan kemampuan untuk melakukan masing - masing dari kelima aktivitas perawatan diri (makan, hygiene, atau mandi, berpakaian atau berhias toileting, instrumental). Seorang perawat dapat mendorong individu untuk menjalani tugas, tetapi waspada terhadap kelemahan, frustrasi, atau agitasi, jika klien tidak mampu melakukan perawatan terhadap dirinya sendiri klien dapat di bantu oleh keluarga. Defisit perawatan ini dapat dilakukan klien agar klien terbiasa dengan perawatan terhadap dirinya sendiri (lynda juall, 2007).

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada Asuhan keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang.
3. Menyusun perencanaan pada klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang.
4. Melaksanakan tindakan pada klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang.
5. Melakukan evaluasi pada klien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Klien Stroke Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri agar perawat mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien selama di rawat di Rumah Sakit.

1.5.2 Manfaat Praktis

a) Bagi Klien dan Keluarga

Sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaannya, sehingga dapat mengambil keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberikan oleh perawat.

b) Bagi Perawat

Dapat di jadikan bahan masukan bagi perawat dirumah sakit dalam melakukan tindakan Asuhan Keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya pasien Stroke.

c) Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai bahan dasar untuk penelitian selanjutnya dengan masalah keperawatan yang lebih luas.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Stroke

2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat atau hemoragi sirkulasi saraf otak. Istilah stroke biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan infark serebrum (Kusuma, 2015).

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat berupa defisit neurologis vokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian (Putri, 2013).

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif cepat, berupa defisit neurologis vokal atau global, yang berlangsung 24 jam atau lebih atau berlangsung menimbulkan kematian, dan semata-mata disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik (Rendi, 2012).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Klasifikasi Stroke Berdasarkan, Wijaya, 2013. Stroke dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala Klinisnya, yaitu:

1. Stroke Hemoragik.

Merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan subarachnoid. Disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat

2. Stroke Ischemia (Stroke Non Hemoragik).

Dapat terjadi karena iskemia atau emboli dan thrombolisis serebral, biasanya terjadi setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau dipagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder. Kesadaran umumnya yang baik.

Menurut perjalanan penyakit atau stadiumnya :

1. TIA (*Trans Iskemik Attack*)

Gangguan neurologis setempat yang terjadi selama beberapa menit sampai beberapa jam saja. Gejala yang timbul akan hilang dengan spontan dan sempurna dalam waktu kurang dari 24 jam.

2. *Stroke Involusi*

Stroke yang terjadi masih terus berkembang dimana gangguan neurologis terlihat semakin berat dan bertambah buruk. Proses dapat berjalan 24 jam atau beberapa hari.

3. *Stroke Komplit*

Gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan istilahnya stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

2.1.3 Etiologi Stroke

Penyebab stroke dapat dibagi tiga, Menurut (Wijaya, 2013). yakni :

a. Trombosis serebri

Aterosklerosis serebral dan perlambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosis serebral yang paling umum dari stroke.

Trombosis ditemukan pada 40% dari semua kasus stroke yang telah

dibuktikan oleh ahli patologi. Biasanya ada kaitannya dengan kerusakan lokal dinding pembuluh darah akibat aterosklerosis (Smeltzer, 2005).

b. Emboli Serebri

Embolisme serebri termasuk urutan kedua dari berbagai penyebab utama stroke. Penderita embolisme biasanya lebih muda dibandingkan dengan penderita trombosis. Kebanyakan emboli serebri berasal dari suatu trombus dalam jantung sehingga masalah yang dihadapi sesungguhnya merupakan perwujudan penyakit jantung (Price, 2005)

c. Hemoragi

Hemoragi dapat terjadi diluar durameter (hemoragic ekstra dural atau epidural) di bawah durameter (hemoragic subdural), di ruang sub arachnoid (hemoragi sub arachnoid atau dalam substansi otak (hemoragi intra serebral).

2.1.4 Faktor Risiko Stroke

Faktor risiko menurut (Batticaca, 2008).

a. Hipertensi

Merupakan faktor risiko utama. Hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degenerasi yang kemudian pecah / menimbulkan pendarahan.

b. Penyakit Kardiovaskuler

Misalnya embolisme serebral berasal dari hipertrofi jantung ventrikel kiri seperti penyakit arteri koronaria, gagal jantung kongestif. Pada fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO₂, sehingga perfusi darah ke otak

menurun, maka otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat terjadi stroke. Pada arterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada akhirnya terjadi stroke.

c. Diabetes Millitus

Pada penyakit DM akan mengalami penyakit vaskuler, sehingga terjadi mikrovaskularisasi dan terjadi aterosklerosis, terjadinya aterosklerosis dapat menyebabkan emboli yang kemudian menyumbat dan terjadi iskemia, iskemia menyebabkan perfusi otak menurun dan pada ahirnya terjadi stroke.

d. Merokok

Pada perokok akan terjadi penimbunan lemak (plague) pada dinding arteri koroner. pembuluh darah oleh nikotin sehingga memungkinkan penumpukan aterosklerosis dan kemudian berakibat pada stroke.

e. Alkohol

Pada alkoholik dapat menyebabkan hipertensi, penurunan aliran darah ke otak dan kardiak aritmia serta kelainan motilitas pembuluh darah sehingga terjadi emboli serebral.

f. Peningkatan Kolestrol

Peningkatan kolestrol tubuh dapat menyebabkan arterosklerosis dan terbentuknya emboli lemak sehingga aliran darah lambat termasuk ke otak, maka perfusi otak menurun.

g. Obesitas

Terjadi gangguan pada pembuluh darah. Keadaan ini berkontribusi pada stroke.

h. Arteriosklerosis

Pada arteriosklerosis, elastitas pembuluh darah menurun, sehingga perfusi otak menurun juga sehingga menyebabkan stroke.

i. Kontrasepsi

j. Riwayat kesehatan keluarga adanya stroke

Adanya keturunan keluarga yang pernah menderita penyakit stroke.

k. Umur (insiden meningkat sejalan dengan meningkatnya umur)

l. Stress emosional

2.1.5 Patofisiologi Stroke

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke setiap bagian otak teralambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan selama 1 menit dapat mengrah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Selanjutnya kekurangan oksigen dalam waktu yang lama dapat menyebabkan nekrosis mikroskopik netron-neuron. Area nekrotik kemudian disebut infark. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin. Akibat dari bekuan darah, udara, plaque, ateroma fragmen lemak. Jika etiologi stroke maka hemoragi maka faktor pencetus adalah hipertensi. Abnormalitas vaskuler, aneurisma serabut dapat terjadi ruptur dan dapat menyebabkan hemorragi.

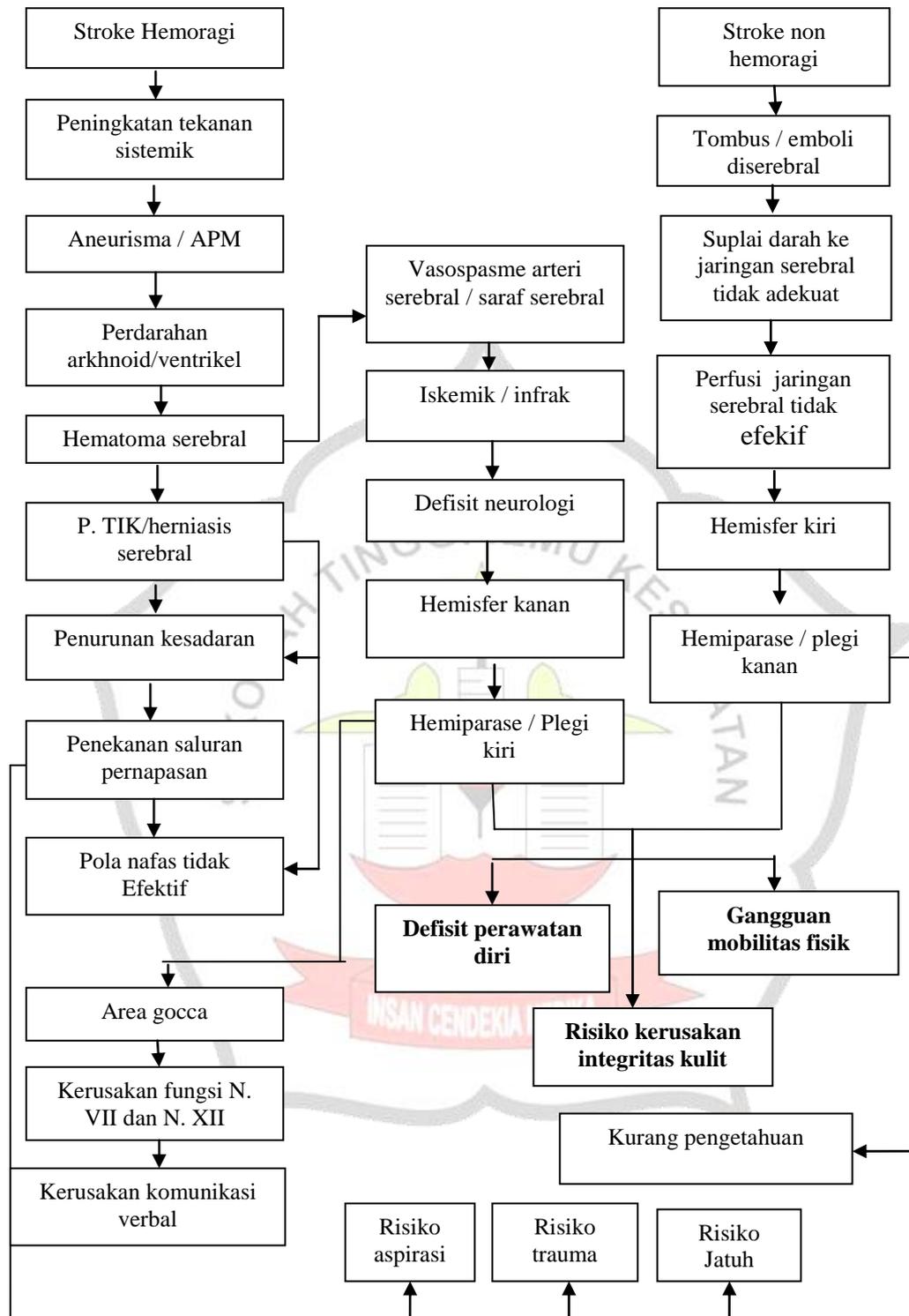
Pada stroke trombosis atau metabolik maka otak mengalami iskemia dan infark sulit ditentukan. Ada peluang dominan stroke akan meluas setelah serangan

pertama sehingga dapat terjadi edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan kematian pada area yang luas. Prognosisnya tergantung pada daerah otak yang terkena dan luasnya saat terkena.

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri yang membentuk sirkulasi. Willis: arteri karotis interna dan sistem vertebrobasilar dan semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus, selama 15 sampai 20 menit akan terjadi infark atau kematian jaringan. Perlu dilihat bahwa okluasi disuatu arteri tidak selalu menyebabkan infark di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut (Price, 2005 dalam Wijaya, 2013). Kondisi ini karena terdapat sirkulasi kolateral yang memadai daerah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa :

1. Keadaan penyakit dalam pembuluh darah itu sendiri, seperti arterosklerosis, dan trombosis robeknya dinding pembuluh darah atau peradangan. Berkurangnya perfusi akibat gangguan aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah.
2. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium.
3. Ruptur vaskular didalam jaringan atau ruang subaraknoid.

2.1.6 WOC Stroke



Gambar 2.1.6 WOC Stroke Nanda, (Kusuma & Nurarif, 2012).

2.1.7 Manifestasi klinik Stroke

Pada stroke non hemoragik gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak atau subakut, di dahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tak menurun, kecuali bila embolus cukup besar (Mansjoer, 2000).

Menurut WHO, dalam *internasional Statistic Classification Of Diseases and Related Health Problem 10 th Revision*, Stroke dapat dibagi atas :

1) Perdarahan Intra Serebral (PIS)

Stroke akibat PIS mempunyai gejala prodromal yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi. Serangan sering terjadi setiap hari, saat aktivitas, atau saat marah. Nyeri kepalanya hebat, mual dan muntah sering terjadi sejak permulaan serangan. Kesadaran biasanya menurun cepat masuk koma (65% terjadi kurang dari setengah jam, 23% antara ½ sampai dengan 2 jam dan 12 % terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari).

2) Perdarahan Sub Arakhnoid (PSA)

Pada pasien dengan PSA didapatkan gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut. Kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi. Ada gejala atau tanda rangsangan meningeal. Edema papil dapat terjadi bila ada perdarahan sub arakhnoid karena pecahnya aneurisma pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna. Gejala neurologis yang timbul tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah.

Manifestasi stroke menurut (Wijaya, 2013). dapat berupa :

- (1) Kelumpuhan wajah dan anggota badan yang timbul mendadak
- (2) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan

- (3) Perubahan mendadak status mental
- (4) *Afasia* (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan atau kesulitan memahami ucapan)
- (5) *Ataksia* anggota badan
- (6) Vertigo, mual, muntah atau nyeri kepala

Gejala khusus pada pasien stroke :

1.) Kehilangan motorik

Stroke adalah penyakit motor neuron atas dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik, misalnya :

- (1) Hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi tubuh)
- (2) Hemiparesis (kelemahan pada salah satu sisi tubuh)
- (3) Menurunnya tonus otot abnormal

2.) Kehilangan komunikasi

Fungsi otak yang dipengaruhi oleh stroke adalah bahasa dan komunikasi, misalnya :

- (1) *Disatria* : kesulitan berbicara yang ditunjukkan dengan bicara yang sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggung jawab untuk menghasilkan bicara.
- (2) *Disfasia / afasia* : kehilangan bicara yang terutama ekspresif / represif.
- (3) *Apraksia* yaitu ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang di pelajari sebelumnya.

Gangguan persepsi menurut (Putri, 2013).

- a) Homonimus hemianopsia, yaitu kehilangan setengah lapang pandang dimana sisi visual yang terkena berkaitan dengan sisi tubuh yang paralisis.

- b) *Amorfosintesis*, yaitu keadaan dimana cenderung berpaling dari sisi tubuh yang sakit dari mengabaikan sisi / ruang yang sakit tersebut.
- c) Gangguan hubungan visual spasia, yaitu gangguan dalam mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial.
- d) Kehilangan sensori, antara lain tidak mampu merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh (kehilangan proprioseptik) sulit menginterpretasikan stimulasi visual, taktil, auditorius.

2.1.8 Pemeriksaan penunjang Stroke

1 *Angiografi serebral*

Menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan atau obstruksi arteri.

2 *Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT)*

Mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur stroke (sebelum nampak oleh pemindaian CT

3 *CT scan*

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti.

4. *Magnetic Imaging Resonance (MRI)*

Menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan luasnya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

5. *Elektro Ensefalo Grafi (EEG)*
 6. Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.
- 4 Pemeriksaan laboratorium
- a. *Lumbal pungsi*: pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan pendarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (*xantokhrom*) sewaktu hari-hari pertama.
 - b. Pemeriksaan darah rutin (glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin)
 - c. Pemeriksaan kimia darah: pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.
 - d. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangsur-rangsur turun kembali.
 - e. Pemeriksaan darah lengkap: untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri.

2.1.9 Komplikasi Stroke Menurut (Putri, 2013).

- 1) Berhubungan dengan mobilisasi
 - (1) Infeksi pernafasan
 - (2) Nyeri yang berhubungan dengan daerah yang tertekan
 - (3) Konstipasi
 - (4) Tromboflebitis
- (2) Berhubungan dengan mobilisasi
 - (1) Nyeri pada daerah punggung
 - (2) Dislokasi sendi

(3) Berhubungan dengan kerusakan otak

- (1) Epilepsi
- (2) Sakit kepala
- (3) Kraniotomi
- (4) Hidrosefalus

2.1.10 Penatalaksanaan Stroke Menurut (Wijaya, 2013)

1) Penatalaksanaan Umum

- (1) Posisi kepala dan badan atas 20 – 30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi bertahap bila hemodinamik stabil.
- (2) Bebaskan jalan nafas dan usahakan ventilasi adekuat bila perlu berikan oksigen 1-2 liter/ menit bila ada hasil gas darah.
- (3) Kandung kemih yang penuh dikosongkan dengan kateter.
- (4) Kontrol tekanan darah, dipertahankan normal.
- (5) Suhu tubuh harus dirpertahankan.
- (6) Nutrisi per oral hanya boleh diberikan setelah tes fungsi menelan baik, bila terdapat gangguan menelan atau pasien yang kesadaran menurun, dianjurkan pipi NGT.
- (7) Mobilisasi dari rehabilitas dini jika tidak ada kontraindikasi.

2) Penatalaksanaan Medis

- (1) Trombolitik (streptokinase)
- (2) Anti platelet/anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipiridamol)
- (3) Antikoagulan (heparin)
- (4) Hemorrhagea (pentoxifylin)

- (5) Antagonis serotonin (Noftidrofuryl)
 - (6) Antagonis calsium (nemodipin, piracetam)
- 3) Penatalaksanaan khusus / komplikasi
- (1) Atasi kejang (antikonvulsan)
 - (2) Atasi tekanan intrakranial yang meninggi (manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid.
 - (3) Atasi dekompresi (kraniotomi)
 - (4) Untuk penatalaksanaan faktor risiko
 1. Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 2. Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 3. Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.1.11 Upaya Pencegahan Stroke menurut (Batticaca, 2008)

- a. Mengurangi kegemukan
- b. Berhenti merokok
- c. Berhenti minum kopi
- d. Batasi makan garam bagi penderita hipertensi
- e. Batasi makanan berkolestrol dan lemak (dading, durian, alpukat, keju)
- f. Olah raga yang teratur
- g. Mengubah gaya hidup
- h. Menghindari obat-obat yang dapat meningkatkan darah tinggi

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Definisi Defisit Perawatan Diri

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas

perawatan diri secara mandiri seperti mandi hygiene, berpakaian dan berhias, makan, BAK atau BAB (toileting) (Nita Fitria, 2009).

Keadaan individu mengalami kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing – masing dari kelima aktivitas perawatan diri (makan, mandi, dan hygiene, berpakaian atau berhias, toileting (instrumental) (Lynda juall, 2007).

2.2.2 Etiologi Defisit Perawatan Diri

Kurang perawatan diri pada pasien stroke yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri. Makan secara mandiri, dan toileting (Buang air besar atau buang air kecil) secara mandiri (Purba, 2011).

Menurut (Tarwoto & wartonah, 2009), penyebab kurang perawatan diri adalah kelelahan fisik dan penurunan kesadaran. Ada beberapa dampak yang sering timbul pada masalah defisit perawatan diri, antara lain :

a.) Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang di derita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan per orangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah : gangguan integritas kulit. Gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dengan gangguan fisik pada kuku.

b.) Dampak Psikososial

- c.) Masalah sosial yang berhubungan dengan personal hygiene adalah gangguan kebutuhan rasa nyaman, kebutuhan dicintai dan mencintai, kebutuhan harga diri, aktualisasi diri dan gangguan interaksi sosial.

2.2.3 Jenis – Jenis Perawatan Diri

Klasifikasi Menurut Nanda (Herdman & Kamitsuru, 2015).

- a.) Defisit perawatan diri mandi merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri.
- b.) Defisit perawatan diri berpakaian merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian secara mandiri.
- c.) Defisit perawatan diri makan merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan mandiri,
- d.) Defisit perawatan diri eliminasi merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi secara mandiri.

2.2.4 Tanda dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Menurut (Purba, 2011). untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri maka tanda dan gejala yang dapat di peroleh melalui observer pada pasien yaitu :

- a.) Gangguan kebersihan diri, di tandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan berbau, kuku panjang dan kotor.
- b.) Ketidakmampuan berhias / berdandan, di tandai dengan rambut acak-acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pakaian tidak sesuai, pada pasien laki-laki tidak bercukur, pada pasien wanita tidak berdandan.

- c.) Ketidakmampuan makan secara mandiri, di tandai dengan ketidakmampuan mengambil makan sendiri, makan berceceran, dan makan tidak pada tempatnya .
- d.) Ketidakmampuan BAB/BAK secara, mandiri di tandai dengan BAB / BAK tidak pada tempatnya, tidak membersihkan diri dengan baik setelah BAB / BAK.

2.2.5 Defisit Perawatan Diri menurut NANDA, 2015-2017

Menurut NANDA (2015-2017), defisit perawatan diri dapat terbagi menjadi empat, yaitu :

a.) Defisit Perawatan Diri Mandi

Defisit perawatan diri mandi merupakan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri. Batasan karakteristik defisit perawatan diri mandi antara lain :

- (a.) Ketidakmampuan membasuh tubuh
- (b.) Ketidakmampuan mengakses kamar mandi
- (c.) Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
- (d.) Ketidakmampuan mengatur air mandi
- (e.) Ketidakmampuan mengeringkan tubuh
- (f.) Ketidakmampuan menjangkau sumber air

b.) Defisit Perawatan Diri Berpakaian

Defisit perawatan diri berpakaian merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian secara mandiri.

Batasan karakteristik perawatan diri berpakaian antara lain :

- (a.) Hambatan memilih pakaian
- (b.) Hambatan mempertahankan penampilan yang memuaskan
- (c.) Hambatan mengambil pakaian
- (d.) Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh atas
- (e.) Hambatan mengenakan pakaian pada bagian tubuh bawah
- (f.) Hambatan menggunakan alat bantu
- (g.) Hambatan menggunakan resleting
- (h.) Ketidakmampuan melepaskan atribut pakaian (mis : blus, kaus kaki, sepatu)
- (i.) Ketidakmampuan memadupandangkan pakaian
- (j.) Ketidakmampuan mengancingkan pakaian

c.) Defisit Perawatan Diri Makan

Defisit perawatan diri makan merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan sendiri. Batasan karakteristik defisit perawatan diri makan antara lain :

- (a.) Ketidakmampuan memakan makanan dalam cara yang dapat diterima
- (b.) Ketidakmampuan memakan makanan dalam jumlah memadai
- (c.) Ketidakmampuan memanipulasi makanan di dalam mulut
- (d.) Ketidakmampuan membuka wadah makanan
- (e.) Ketidakmampuan memegang alat makan

- (f.) Ketidakmampuan menelan makanan
- (g.) Ketidakmampuan menempatkan makanan ke alat makan
- (h.) Ketidakmampuan mengambil cangkir
- (i.) Ketidakmampuan mengambil makanan dan memasukkan ke mulut
- (j.) Ketidakmampuan menggunakan alat bantu
- (k.) Ketidakmampuan menghabiskan makanan secara mandiri
- (l.) Ketidakmampuan mengunyah makanan
- (m.) Ketidakmampuan menyiapkan makanan

d.) Defisit Perawatan Diri Eliminasi

Defisit perawatan diri eliminasi merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi mandiri. Batasan karakteristik defisit perawatan diri eliminasi antara lain :

- (a.) Ketidakmampuan melakukan hygiene eliminasi secara komplit
- (b.) Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
- (c.) Ketidakmampuan mencapai toilet
- (d.) Ketidakmampuan menyiram toilet
- (e.) Ketidakmampuan naik ke toilet
- (f.) Ketidakmampuan duduk di toilet

Faktor-faktor yang berhubungan dengan Defisit Perawatan Diri menurut

NANDA yaitu :

- a.) Gangguan kognitif
- b.) Penurunan motivasi
- c.) Ketidaknyamanan

- d.) Kendala lingkungan
- e.) Keletihan
- f.) Gangguan muskulokeletal
- g.) Gangguan neuro,uskular
- h.) Nyeri
- i.) Gangguan persepsi
- j.) Ansietas berat
- k.) Kelemahan

2.2.6 Proses Asuhan Keperawatan Defisit Perawatan Diri

Proses asuhan keperawatan dengan prioritas Defisit Perawatan Diri terdiri dari :

a. Pengkajian

Pengumpulan data dapat dilakukan melalui wawancara dengan klien, pengamatan langsung dan pemeriksaan. Setelah oengkajian dilakukan maka di temukan beberapa tanda dan gejala adanya gangguan defisit perawatan diri yaitu :

a) Gangguan kebersihan diri (mandi / hygiene)

Klien mngelami ketidakmampuan dalam membersihkan badan, memperoleh atau mendapatkan sumber air, mengatur suhu atau aliran air mandi, mendapat perlengkapan mandi.

b) Berpakaian / berhias

Klien mempunyai kelemahan dalam meletakkan atau mengambil pototngan pakaian, serta memperoleh atau menukar pakaian. Klien juga memiliki ketidakmampuan untuk mengenakan pakaian dalam, memilih pakaian, menggunakan alat tambahan, menggunakan kancing tarik,

mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian dan mengenakan sepatu.

c) Makan

Klien mempunyai ketidakmampuan dalam menelan makanan, mempersiapkan makanan, menangani perkakas, mengunyah makanan, menggunakan alat tambahan, mendapatkan makanan, mengambil cangkir atau gelas.

d) Eliminasi

Klien memiliki keterbatasan atau ketidakmampuan dalam mendapatkan jamban atau kamar kecil, duduk atau bangkit dari jamban, memanipulasi pakaian untuk toileting, membersihkan diri setelah BAK / BAB dengan tepat dan menyiram toilet atau kamar kecil.

Keterbatasan perawatan diri diatas biasanya di akibatkan karena stressor yang cukup berat dan sulit di tangani oleh klien sehingga dirinya tidak mau mengurus atau merawat dirinya baik dalam hal mandi, berpakaian, berhias, makan, BAK/BAB (Fitria, 2010).

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian fisik menurut (Brunner & Suddarth, 2001).

1.) Biodata

Meliputi nama, umur , jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah Sakit, nomor register, diagnosa medis.

2.) Keluhan Utama

klien biasanya datang ke Rumah Sakit dalam kondisi tidak sadar atau koma serta disertai kelumpuhan dan keluhan sakit kepala hebat bila klien masih sadar.

3.) Upaya yang telah dilakukan

Jenis CVA Bleeding memberikan gejala yang cepat memburuk. Oleh karena itu klien biasanya langsung di bawa ke rumah sakit.

4.) Riwayat penyakit dahulu

Perlu dikaji adanya riwayat DM, Hipertensi, Kelainan Jantung, Pernah TIA, Polisitemia karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun.

5.) Riwayat penyakit sekarang

Kronologis peristiwa CVA Bleeding sering setelah melakukan aktifitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misal : sakit kepala hebat, penurunan kesadaran sampai koma.

6.) Riwayat penyakit keluarga

Perlu dikaji mungkin ada anggota keluarga sedarah yang pernah mengalami stroke.

2.3.2 Pemenuhan kebutuhan

Apabila klien mengalami kelumpuhan dampai terjadinya koma maka klien perlu membutuhkan bantuan dalam memenuhi kebutuhannya dari bantuan sebagian sampai total, meliputi :

- 1.) Mandi
- 2.) Makan / minum
- 3.) BAK / BAB

- 4.) Berpakaian
- 5.) Berhias
- 6.) Aktivitas mobilisasi

2.3.3 Pemeriksaan fisik

1) *B1 (Breath / pernafasan).*

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas dan peningkatan frekuensi nafas. Saat auskultasi terdengar bunyi nafas tambahan seperti ronkhi yang sering didapatkan pada klien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan kesadaran compos mentis, inspeksi pernafasan tidak ada kelainan, palpasi thoraks didapatkan traktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didengar bunyi tambahan.

Perlu dikaji adanya :

Sumbatan jalan nafas karena penumpukan sputum dan kehilangan refleks batuk.

1. Adakah tanda-tanda lidah jatuh ke belakang.
2. Auskultasi suara nafas mungkin ada tanda stridor.
3. Catat jumlah dan irama nafas

2) *B2 (Blood / sirkulasi).*

Deteksi adanya : tanda-tanda peningkatan tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah > 200 mmHg). Disertai dengan pelebaran nadi dan penurunan jumlah nadi.

3) B3 (Brain / Persyarafan, Otak)

Kaji adanya keluhan sakit kepala hebat. Periksa adanya pupil unilateral, Observasi tingkat kesadaran.

Stroke menyebabkan berbagai defisit neurologi, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder dan aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (*brain*) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lain.

(1) Pengkajian tingkat kesadaran.

Kualitas kesadaran klien merupakan parameter yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem pernafasan. Beberapa sistem digunakan untuk membuat peringkat perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan.

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien stroke biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, dan semikomatosa. Jika klien sudah mengalami koma, maka penilaian *Glasgow Coma Scale (GCS)* sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran klien dan bahan evaluasi untuk pemantauan pemberian asuhan. Penilaian GCS : Penurunan kesadaran merupakan tanda utama trauma kapitis saat ini penurunan kesadaran dinilai menggunakan *Glasgow Coma Scale (GCS)*, dan merupakan keharusan untuk di kuasai oleh setiap para medik.

Tabel 2.3.3 Nilai Normal Glasgow Coma Scale.

Nilai Glasgow Coma Scale (GCS)	
1. Menilai respon membuka mata (E)	4 : Spontan 2 : Dengan rangsangan suara (suruh pasien membuka mata) 2 : Dengan rangsangan nyeri (berikan rangsangan nyeri) 1 : Tidak ada respon
2. Menilai respon verbal / respon bicara (V)	5 : orientasi baik 4 : bingung, berbicara mengacau (sering bertanya berulang-ulang) disororientasi tempat dan waktu 3 : kata-kata saja (berbicara tidak jelas, tidak berbicara dalam satu kalimat) 2 : suara tanpa arti (mengerang) 1 : tidak ada respon
3. Menilai respon motorik	6 : mengikuti perintah 5 : melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhi stimulus saat di beri rangsangan nyeri) 4 : withdraws (menghindar / menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saat di beri rangsangan nyeri) 3 : flexi abnormal (tangan satu atau keduanya ekstensi di sisi tubuh, dengan jari mengepal & kaki ekstensi saat di beri rangsangan nyeri). 1 : tidak ada respon.
kesimpulan :	(Compos Mentis GCS : 15 -14 / Apatis GCS : 13-12 / Somnolen GCS : 11 – 10 / Delirium GCS : 9-7 / Sporo coma GCS : 6-4 / Coma GCS : 3).

(2) Pengkajian fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, kemampuan bahasa, lobus frontal, dan hemisfer.

a. Status mental.

Observasi penampilan, tingkah laku, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien stroke tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

b. Fungsi intelektual.

Didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi. Pada beberapa kasus klien mengalami *brain damage* yaitu kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata.

c. Kemampuan bahasa.

Penurunan kemampuan bahasa tergantung pada daerah lesi yang mempengaruhi fungsi dari serebral. Lesi pada daerah hemisfer yang dominan pada bagian posterior dari girus temporalis superior (*Area Wernicke*) didapatkan disfagia reseptif, yaitu klien tidak dapat memahami bahasa lisan atau bahasa tertulis. Sedangkan lesi pada bagian posterior dan girus frontalis inferior (*area Broca*) didapatkan disfagia ekspresif, yaitu klien dapat mengerti, tetapi tidak dapat menjawab dengan tepat dan bicaranya tidak lancar. *Disartria* (kesulitan bicara) ditunjukkan dengan bicara sulit dimengerti yang disebabkan oleh paralisis otot yang bertanggungjawab untuk menghasilkan bicara. *Apraksia* (ketidakmampuan untuk melakukan tindakan yang dipelajari sebelumnya), seperti ketika klien mengambil sisir dan berusaha untuk menyisir rambutnya.

d. Lobus frontal.

Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan jika kerusakan telah terjadi pada lobus frontal kapasitas, memori, atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak. Disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien frustrasi dalam program rehabilitasi. Depresi umum terjadi dan mungkin diperberat oleh respon alamiah klien terhadap penyakit katastrofik ini. Masalah psikologis lain juga

terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi yang labil, bermusuhan, frustrasi, dendam, dan kurang kerjasama.

e. Hemisfer.

Hemisfer kanan didapatkan himiparese sebelah kiri tubuh, penilaian buruk dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Pada stroke hemisfer kiri, mengalami hemiparese kanan, perilaku lambat dan sangat hati – hati, kelainan bidang pandang sebelah kanan, *disfagia global*, *afasia*, dan mudah *frustrasi*.

(3) Pengkajian saraf kranial. Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I – XII.

- a. Saraf I (*Olfaktorius*). Biasanya pada klien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman
- b. Saraf II (*Optikus*). Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer diantara mata dan korteks fisual. Gangguan hubungan visual – spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat dengan *hemiplegi* kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke tubuh.
- c. Saraf III (*Okulo motorius*). Gerak mata, konstriksi pupil akomodasi.
- d. Saraf IV (*Troklearis*). Gerak mata
- e. Saraf V (*Trigeminus*). Sensasi umum pada wajah, kulit kepala, gigi, gerak mengunyah. Jika akibat stroke mengakibatkan

paralisis, pada satu otot – otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.

- f. Saraf VI (*Abducens*). Gerak mata.
- g. Saraf VII (*Facialis*). Menerima rangsangan dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik : mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi wajah.
- h. Saraf VIII (*Vestibulokoklearis*). Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- i. Saraf IX (*Glossofaringeus*). Menerima rangsangan dari bagian posterior lidah untuk di proses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik : mengendalikan organ-organ dalam.
- j. Saraf X (*Vagus*). Menerima rangsangan dari organ dalam. Motorik : mengendalikan organ-organ dalam.
- k. Saraf XI (*Aksesorius*). Mengendalikan pergerakan kepala.
- l. Saraf XII (*Hipoglossus*). Mengendalikan pergerakan lidah.

(4) Pengkajian sistem motorik.

Stroke adalah penyakit saraf motorik yang mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena itu gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada sisi yang berlawanan dari otak.

a. *Inspeksi umum.*

Didapatkan *hemiplegi* (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. *Hemiparesis* atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda lain.

- b. *Fasikulasi*. Didapatkan pada otot – otot ekstremitas.
- c. Tonus otot. Didapatkan meningkat.
- d. Kekuatan otot. Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit didapatkan tingkat 0.

Tabel 2.3 Tingkat kekuatan otot pada sisi sakit.

Skala 0	artinya otot tak mampu bergerak/lumpuh total, misalnya jika tapak tangan dan jari mempunyai skala 0 berarti tapak tangan dan jari tetap saja di tempat walau sudah di perintahkan untuk bergerak.
Skala 1	terdapat sedikit kontraksi otot, namun tidak di dapatkan gerakan pada persendian yang harus di gerakkan oleh otot tersebut.
Skala 2	dapat menggerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah misalnya tapak tangan di suruh telungkup atau lurus bengkok tapi jika di tahan sedikit saja sudah tak mampu bergerak.
Skala 3	dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal misalnya dapat menggerakkan tapak tangan dan jari.
Skala 4	dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan.
Skala 5	bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal (normal).

Tabel 2.3 Skala Kekuatan Otot.

Skala	Nilai	Keterangan
Normal	5/5	Mampu menggerakkan persendian dalam lingkup gerak penuh, mampu melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan penuh.
Baik	4/5	Mampu menggerakkan persendian dengan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahan sedang.
Sedang	3/5	Hanya mampu melawan gaya gravitasi.
Buruk	2/5	Tidak mampu melawan gaya gravitasi (gerakan pasif)
Sedikit	1/5	Kontraksi otot dapat di palpasi tanpa gerakan persendian
Tidak ada	0/5	Tidak ada kontraksi otot

e. *Keseimbangan dan koordinasi*. Didapatkan mengalami gangguan karena *hemiparese* dan *hemiplegia*.

4) *B4 (Bladder / Perkemihan)*

Tanda – tanda inkontinensia urin. Setelah stroke, klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan katerisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urinyang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) *B5 (Bowel / Perencanaan)*

Tanda – tanda inkontinensia alvi. Di dapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

6) *B6 (Bone : Tulang dan Integumen)*.

Kaji adanya kelumpuhan atau kelemahan. Tanda – tanda dekubitus karena tirah baring lama.

Stroke mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan

kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah *hemiplegia* (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. *Hemiparesis* atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga untuk dikaji tanda – tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien stroke mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau *paralise/ hemiplegi*, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

(5) Sosial Interaksi

Biasanya dijumpai tanda kecemasan karena ancaman kematian dieskpresikan dengan menangis, klien dan keluarga sering bertanya tentang pengobatan dan kesembuhannya.

2.3.4 Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul

- a. Kurangnya perawatan diri berhubungan dengan perubahan biofisik, psikososial, perseptual kognitif, kerusakan neuromuskular, penurunan kekuatan dan ketahanan, kehilangan kontrol / koordinasi otot, kerusakan perseptual / kognitif, nyeri.
- b. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan interupsi aliran darah, gangguan oklusi, hemoragi, vasospasme serebral, edema serebral.

- c. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan *hemiparese* / *hemiplegia*, kelemahan neuromuskular pada ekstermitas.
- d. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan area bicara di hemisfer otak, kehilangan kontrol tonus otot fasial / oral

2.3.4 Intervensi Keperawatan Menurut (NANDA, 2013).

Tabel 2.3.5 Intervensi Keperawatan

Defisit Perawatan Diri Eliminasi	NOC	NIC Defisit Perawatan Diri Eliminasi :
<p>Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi mandiri.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ketidak mampuan mencapai toilet. 2. Ketidakmampuan duduk di toilet. 3. Ketidakmampuan hygiene eliminasi secara komplit. 4. Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi 5. Ketidakmampuan menyiram toilet. 6. Ketidakmampuan hygiene eliminasi secara komplit. 7. Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi 8. Ketidakmampuan menyiram toilet. <p>Faktor Yang Berhubungan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ansietas 2. Gangguan fungsi kognitif 3. Gangguan muskuloskeletal 4. Gangguan neuromuskular 5. Gangguan persepsi 6. Hambatan kemampuan berpindah 7. Kelemahan 8. Keletihan 9. Kendala lingkungan 10. Nyeri 11. Penurunan motivasi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ambulasi 2. Kepuasan klien : lingkungan fisik 3. Kognisi 4. Status kenyamanan : lingkungan 5. Tingkat delirium 6. Tingkat dimensia 7. Tingkat ketidaknyamanan 8. Daya tahan 9. Tingkat kelelahan 10. Pergerakan sendi 11. Pergerakan 12. Status neurologi : pusat kontrol motorik 13. Status neurologi perifer 14. Tingkat nyeri 15. Fungsi sensori : proriosepsi <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien sedikit terganggu dengan kepuasan dengan lingkungan fisik 2. Klien tidak terganggu dengan suhu ruangan 3. Klien tidak terganggu dengan lingkungan yang kondusif untuk tidur 4. Klien sedikit terganggu dengan kepuasan lingkungan fisik 5. Klien tidak terganggu dengan kebersihan lingkungan 6. Klien tidak terganggu dengan tidak ada yang berserakan di lantai 7. Klien tidak terganggu dengan pencahayaan ruangan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperkenalkan aktivitas perawatan diri eliminasi pada klien 2. Pertimbangkan usia pasien saat memperkenalkan aktivitas perawatan diri 3. Lepaskan baju yang di perlukan sehingga bisa melakukan eliminasi 4. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi 5. Beri privasi selama eliminasi 6. Fasilitasi kebersihan toilet setelah menyelesaikan eliminasi 7. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi 8. Instruksikan pasien atau yang lain dalam rutinitas toilet 9. Sediakan alat bantu (misalnya : kateter atau urinal) dengan tepat 10. Monitor integritas kulit pasien

8. Klien cukup terganggu dengan perangkat keselamatan digunakan dengan tepat
9. Klien sedikit terganggu dengan privasi
10. Klien cukup terganggu dengan mengontrol suara yang ribut.

Defisit Perawatan Diri Mandi

Definisi : Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri.

Batasan Karakteristik :

1. Ketidakmampuan mengakses kamar mandi
2. Ketidakmampuan mengambil perlengkapan mandi
3. Ketidakmampuan membasuh tubuh
4. Ketidakmampuan mengantur air mandi
5. Ketidakmampuan mengeringkan tubuh
6. Ketidakmampuan menjangkau sumber air

Faktor yang berhubungan :

1. Ansietas
2. Gangguan fungsi kognitif
3. Gangguan muskuloskeletal
4. Gangguan neuromuskular
5. Gangguan persepsi
6. Kelemahan
7. Kendala lingkungan
8. Ketidakmampuan merasakan bagian tubuh
9. Ketidakmampuan merasakan hubungan spesial
10. Nyeri
11. Penurunan motivasi

NOC

1. Ambulasi
2. Ambulasi terhadap disabilitas fisik
3. Kognisi
4. Status kenyamanan lingkungan
5. Tingkat delirium
6. Tingkat dimensia
7. Tingkat ketidaknyamanan
8. Daya tahan
9. Tingkat kelelahan
10. Reaksi terhadap sisi yang terkena dampak
11. Pengetahuan mekanik tubuh
12. Motivasi status neurologi Sensori tulang punggung / fungsi motorik
13. Tingkat nyeri
14. Energi psikomotor

Kriteria Hasil :

1. Klien sedikit terganggu dengan kepuasan dengan lingkungan fisik
2. Klien tidak terganggu dengan suhu ruangan
3. Klien tidak terganggu dengan lingkungan yang kondusif untuk tidur
4. Klien sedikit terganggu dengan kepuasan lingkungan fisik
5. Klien tidak terganggu dengan kebersihan lingkungan
6. Klien tidak terganggu dengan tidak ada yang berserakan di lantai
7. Klien tidak terganggu dengan pencahayaan ruangan
8. Klien cukup terganggu

NIC

Defisit Perawatan Diri Mandi :

1. Memperkenalkan aktivitas perawatan diri mandi pada klien
2. Pertimbangkan usia pasien saat memperkenalkan aktivitas perawatan diri
3. Tentukan jumlah dan tipe bantuan yang di perlukan.
4. Letakkan handuk, sabun, deodoran, alat bercukur, dan asesoris lain yang di perlukan di sisi tempat tidur atau kamar mandi
5. Sediakan barang pribadi yang di inginkan (misalnya : deodorant, sikat gigi, sabun mandi, sampo, lotion, dan produk aromaterapi)
6. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan kehangatan, suasana rileks, privasi, dan pengalaman pribadi
7. Fasilitasi pasien untuk menggosok gigi dengan tepat
8. Fasilitasi pasien untuk mandi sendiri dengan tepat
9. Monitor kebersihan kuku sesuai dengan kemampuan merawat diri pasien
10. Monitor integritas kulit pasien
11. Jaga ritual kebersihan
12. Dukungan orang tua / keluarga berpartisipasi dalam ritual menjelang tidur yang biasanya

dengan perangkat keselamatan digunakan dengan tepat	dilakukan dengan tepat
9. Klien sedikit terganggu dengan privasi	
10. Klien cukup terganggu dengan mengontrol suara yang ribut	

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai- mulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Adapun tahap-tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Tahap 1 : Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini perawat mengevaluasi hasil identifikasikan pada tahap perencanaan.

2. Tahap 2 : Pelaksanaan

Fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan : independen, dependen, dan interpenden.

3. Tahap 3 : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.3.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang di sengaja dan terus – menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang (Lismidar, 1990 dalam Padila, 2012).



BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah digunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri di Ruang Flamboyan, RSUD Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahi judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok dan perseorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. Klien adalah individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klin dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama.
3. Stroke / *Cerebro Vascular Accident (CVA)* adalah gangguan pembuluh darah otak yang diakibatkan terhentinya suplai darah ke bagian otak oleh adanya sumbatan, penyempitan, atau pecahnya pembuluh darah yang menyebabkan defisit neurologis mendadak sebagai akibat iskemia atau hemoragi sirkulasi saraf otak.
4. Defisit perawatan diri mandi merupakan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri. (Kamitsuru, 2015).

5. Defisit perawatan diri eliminasi merupakan hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi sendiri (Kusuma, 2015).

3.3 Partisipan

Partisipan adalah sejumlah orang yang turut berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta.

Subyek yang digunakan dalam penelitian ini adalah aksidental dimana kami ketemu klien di ruangan kami langsung mengkajinya yang menggunakan 2 klien di diagnosa medis stroke / CVA dengan masalah Defisit Perawatan Diri di ruang Flamboyan RSUD Jombang. Klien yang dipilih adalah klien yang dirawat di Rumah Sakit yang telah melalui fase akut sampai pulang.

3.3 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang Flamboyan RSUD Jombang yang beralamat di JL.KH. Wahid Hasyim No.52, Kec.Jombang, Kab.Jombang.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan pada bulan Januari 2017.

3.4 Pengumpulan data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah :

1. Wawancara adalah percakapan yang bertujuan, biasanya antara dua orang yang diarahkan oleh seorang dengan maksud memperoleh keterangan. Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan 2 jenis wawancara, yaitu autoanamnesa (wawancara langsung dengan klien) dan aloanamnesa (wawancara dengan keluarga klien).

2. Observasi dan Pemeriksaan fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Pengamatan dapat dilakukan dengan seluruh alat indera, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat (Saryono, 2013 dalam Muhklis 2016). Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistis perilaku atau kejadian, untuk menjawab pertanyaan, untuk membantu mengerti perilaku manusia dan untuk evaluasi yaitu melakukan pengukuran terhadap aspek tertentu untuk melaksanakan umpan balik terhadap pengukuran tersebut.

Pemeriksaan fisik pada studi kasus ini menggunakan pendekatan IPPA: inspeksi, palpasi, perkusi, Auskultasi pada sistem tubuh klien.

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, agenda, dan sebagainya. Yang diamati dalam studi dokumentasi adalah benda mati (Suryono, 2013 dalam Muhklis 2016). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medis, review literatur dan pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

3.5 Uji Keabsahan data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan; dalam studi kasus ini waktu yang di tentukan adalah 3 hari, akan tetapi jika belum mencapai validitas yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari. Sehingga yang diperlukan adalah 4 hari dalam studi kasus ini.
2. Metode triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan memanfaatkan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh dari responden, adapun pihak lain dalam studi kasus ini adalah keluarga klien, perawat dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

3.6 Analisis Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut (Tri, 2015 dalam Muhklis).

Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan data.

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip.

Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.

2. Mereduksi data.

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip. Data yang terkumpul kemudian dibuat koding yang dibuat oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan. Data obyektif dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan daiagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data.

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden.

4. Kesimpulan.

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.7 Etik Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain :

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi

responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. *Anonimity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama (*anonymity*)
3. Rahasia (*confidentiality*), kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti (Nursalam, 2014).



BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

Pengkajian di lakukan di RSUD Jombang JL. KH. Wahchid Hasyim No. 52 Jombang Ruang Paviliun Flamboyan, dengan kapasitas 12 tempat tidur dengan 9 klien yang rawat inap disertai ventilasi dan ruangan yang bersih.

4.1.2 Pengkajian

1. Identiras klien

Tabel 4.1 Identitas klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. S	Ny. K
Umur	52 tahun	52 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	MI	SD
Pekerjaan	Ibu Rumah Tangga	Petani
Status Perkawinan	Janda	Janda
Alamat	Karangtimono, Denanyar, Jombang	Ds. Gongseng Megaluh, Jombang
Suku / bangsa	Jawa / WNI	Jawa / WNI
Tanggal MRS	19 – 01 – 2017	21 – 01 – 2017
Tanggal Pengkajian	23 – 01 – 2017	23 – 01 – 2017
Jam Masuk	16:53:56 WIB	10:45:50 WIB
No. RM	26 – 81 - XX	34 - 24 – XX
Diagnosa Masuk	CVA Infark	CVA Infark

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat penyakit klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien mengatakan badan terasa lemas dan “cenut-cenut” pada kaki.	Klien mengatakan badannya terasa lemas.
Riwayat Penyakit Sekarang	Klien mengatakan pada Kamis sore badannya terasa lemas,	Klien mengatakan pada hari Sabtu badannya tiba-tiba

	<p>”cenut-cenut” pada kaki kanannya, tidak bisa jalan dan akhirnya pada tanggal 19 Januari 2017 klien dibawa oleh anaknya ke IGD dan di Rawat Inap di Ruang flamboyan RSUD Jombang pukul 15.00 WIB.</p>	<p>lemas, tidak bisa jalan, kakinya terasa lemas dan berat jika digerakkan saat di kamar mandi, pasien lalu berteriak untuk minta bantuan pada orang disekitar rumahnya oleh keluarga dan tetangganya, pada tanggal 21 Januari 2017 akhirnya klien dibawa ke IGD dan di Rawat di Ruang Flamboyan RSUD Jombang pukul 09.00 WIB.</p>
Riwayat Penyakit Dahulu	<p>Klien mengatakan bahwa mempunyai riwayat tekanan darah tinggi.</p>	<p>Klien megatakan bahwa dirinya mempunyai riwayat tekanan darah tinggi.</p>
Riwayat Keluarga	<p>Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit stroke ataupun hipertensi seperti klien.</p>	<p>Keluarga klien mengatakan jika anggota keluarga dari bapak ibu tidak mempunyai riwayat penyakit stroke ataupun hipertensi seperti klien.</p>
Riwayat Psikososial	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien terhadap penyakitnya : Ny. S menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari Tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya dikeluarga dan masyarakat : Ny. S hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan apa-apa klien tidak bisa berkumpul dengan semua keluarganya dan masyarakat. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respon pasien terhadap penyakitnya : Ny. K menganggap penyakitnya ini adalah cobaan dari Tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya di keluarga dan masyarakat : Ny. K hanya bisa berbaring di tempat tidur dan tidak bisa melakukan aktivitasnya ke sawah selain itu klien tidak bisa berkumpul dengan keluarga dan masyarakat.
Riwayat spiritual	<p>Klien walaupun sedang sakit selalu berikhtiar lahir batin akan kesembuhannya, klien jarang melakukan ibadah.</p>	<p>Klien tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien tidak melakukan ibadah selama dirumah sakit.</p>

3. Perubahan Pola Kesehatan (Pendekatan Gordon / pendekatan sistem)

Tabel 4.3 Pola kesehatan klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola manajemen kesehatan	Klien mengatakan saat sakit berobat ke dokter yang berada disekeliling rumahnya, klien bahkan sering memeriksakan kesehatannya ke tenaga medis setempat, berhubung penyakitnya perlu perawatan lebih lanjut klien akhirnya berobat ke RSUD Jombang.	Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah berobat di rumah sakit atau tenaga medis di desanya. Klien juga mengatakan bahwa dirinya jarang sekali memeriksakan kesehatannya ke tenaga medis setempat, berhubung klien memerlukan perawatan, keluarga klien memutuskan berobat di RSUD Jombang.
Pola nutrisi	<p>Di Rumah : Klien mengatakan sebelum sakit, selera makan baik, makan 3x/ hari dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih ± 1500 ml/ hari.</p> <p>Di Rumah Sakit : klien mengatakan selera makan menurun, karena tidak terbiasa makan makanan diet yang diberikan oleh tim gizi, makan 3x/ hari dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih ± 500ml/ hari, klien diit rendah garam.</p>	<p>Di Rumah : Klien mengatakan nafsu makannya sebelum sakit 3x/ hari dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih ± 1500ml/ hari.</p> <p>Di Rumah Sakit : klien mengatakan selera makan tidak berubah 3x/ hari, hanya saja minum sedikit berkurang ± 700ml/ hari, klien diit rendah garam.</p>
Pola eliminasi	<p>Di Rumah : Klien mengatakan kebiasaan BAK dirumah kurang lebih 5x /hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/ hari, warna kuning dan khas bau feses.</p> <p>Di Rumah Sakit : klien mengatakan BAK 2x/ hari, selama 4 hari dirumah sakit klien belum BAB sama sekali, klien ingin BAB tapi tidak bisa.</p>	<p>Di Rumah : Klien mengatakan kebiasaan BAK dirumah 7x/ hari warna kuning jernih, dan BAB 1x/ hari, warna kuning dan khas bau feses.</p> <p>Di Rumah Sakit : Ketika dirumah sakit klien BAK 4x/ hari dan selama 3 hari di rumah sakit klien belum BAB sama sekali, klien ingin BAB tapi tidak bisa.</p>
Pola istirahat - tidur	Di Rumah : Klien mengatakan ketika istirahat tidur di rumah 7-8 jam/hari dengan perlengkapan selimut dan penerangan lampu yang dimatikan.	Di Rumah : Ketika Ny. K masih sehat, klien tidak pernah tidur siang dan tidur malam ± 8 jam dengan perlengkapan selimut dan penerangan lampu yang nyala.

	Di Rumah Sakit : Klien mengatakan susah tidur kadang terbangun karena merasakan sakit pada badannya, tidur \pm 4-5jam/ hari dengan perlengkapan selimut dan penerangan lampu dimatikan yang tidak sesuai dengan kebiasaan klien di rumah.	Di Rumah Sakit : klien mengatakan tidur \pm 2 jam dan pada malam hari \pm 6 jam. Dengan perlengkapan selimut dan penerangan lampu yang nyala sesuai dengan kebiasaan klien dirumah.
Pola aktivitas	Di Rumah : disaat Ny. S dirumah selalu melakukan aktivitas mandi dengan mandiri.	Di Rumah : Disaat Ny. K dirumah selalu melakukan aktivitas mandi dengan mandiri (walaupun klien merasakan sakit klien tetap bekerja keras).
	Di Rumah Sakit : disaat Ny. S dirumah sakit klien hanya diseka oleh keluarganya.	Di Rumah Sakit : disaat Ny. K dirumah sakit klien hanya di seka oleh keluarganya.
Pola reproduksi seksual	Ny. S sudah menjanda dan Ny. S sudah menikah dan memiliki 3 anak.	Ny. K sudah menjanda dan Ny. K sudah menikah dan memiliki 2 anak.
Pola penanggulangan stress	Ny. S tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarakan dengan keluarga untuk menentukan jalan keluarnya.	Ny. K mengalami stress semenjak dirinya sakit karena klien tidak bisa bekerja seperti biasanya, sementara anaknya masih memerlukan biaya untuk sekolah.

4. Pemeriksaan fisik (pendekatan *head to toe* / pendekatan sistem)

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik (6B) klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

Observasi	Klien 1	Klien 2
S	36,5 °C	37 °C
N	70 x/menit	80 x/menit
TD	150/100 mmhg	140/110 mmhg
RR	22 x/menit	20 x/menit
GCS	4 5 6	4 5 6
Kesadaran	Composmentis, CRT < 2 detik.	Composmentis, CRT < 2 detik.
Kedadaan umum	Kurang.	Kurang.
GDA	136	100

Pemeriksaan fisik (6B)

B1 breathing	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola napas teratur	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola napas teratur
--------------	---	---

	<p>/vesikuler, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR: 22x/menit. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi : sonor (paru kanan dan kiri normal). Auskultasi : suara normal (vesikuler).</p>	<p>/vesikuler, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR: 20x/menit. Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan. Perkusi : sonor (paru kanan dan kiri normal). Auskultasi : suara normal (vesikuler).</p>						
B2 bleeding	<p>Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera putih. Palpasi : tidak ada nyeri tekan. CRT < 2 detik . Perkusi: pekak. Auskultasi : suara jantung reguler, TD: 150/100 mmhg, N: 70x/menit.</p>	<p>Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera putih. Palpasi : tidak ada nyeri tekan. CRT < 2 detik . Perkusi: pekak. Auskultasi : suara jantung reguler, TD ; 140/110 mmhg, N: 82x/menit.</p>						
B3 brain	<p>Inspeksi : kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, bicara agak sulit, Pusing. Palpasi : tidak ada nyeri tekan.</p>	<p>Inspeksi : kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, bicara agak sulit, Pusing. Palpasi : tidak ada nyeri tekan.</p>						
B4 bladder	<p>Inspeksi : tidak terpasang catheter, klien BAK dengan pispot. Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.</p>	<p>Inspeksi : tidak terpasang catheter, klien BAK dengan pispot. Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.</p>						
B5 bowel dan reproduksi	<p>Inspeksi : mukosa bibir kering, terdapat karies, tidak terpasang NGT, tidak muntah, tidak sakit menelan, bentuk abdomen simetris. Palpasi : tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : timpani. Auskultasi : bising usus 12x/menit.</p>	<p>Inspeksi : mukosa bibir kering, terdapat karies, tidak terpasang NGT, tidak muntah, tidak sakit menelan, bentuk abdomen simetris. Palpasi : tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar. Perkusi : timpani. Auskultasi : bising usus 12x/menit.</p>						
B6 bone muskuloskeletal	<p>Inspeksi : lemas pada ekstermitas bawah sebelah kanan, klien tidak bisa menggerakkan ekstermitas bawah bagian kanannya, kekuatan otot</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	5	3	<p>Inspeksi : lemas pada ekstermitas bawah sebelah kiri, kaki kiri klien terasa berat jika digerakkan, kekuatan otot</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	4	5	4	5
5	3							
4	5							
4	5							

	5	3
Data psikosisal spiritual	<p>Palpasi : kulit kering, akril dingin.</p> <p>Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu pengajian rutin. Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.</p>	<p>Palpasi : kulit kering, akril dingin.</p> <p>Klien aktif dalam lingkungan masyarakat, mengikuti seluruh rangkaian kegiatan yang ada didalam lingkungannya yaitu pengajian rutin dan ikut arisan ibu PKK. Klien beragama islam dan selalu menjalankan kewajiban selayaknya orang islam lainnya yaitu beribadah.</p>

5. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan diagnostik pada Ny. S	Pemeriksaan diagnostik pada Ny. K
1. Ct-Scan : Tgl 20/01/2017 tampak gambaran lesi / bleeding / infark.	1. Ct-Scan : Tgl 23/01/2017 tampak gambaran infrak serebri dilobus temporalis dextra.
2. Pemeriksaan labolatorium : Tgl 20/01/2017 15:09:15	2. Pemeriksaan labolatorium : Tgl 23/01/2017 13:09:13

Tabel 4.5 Pemeriksaan diagnostik klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1	Klien 2	
Hematologi			
Darah lengkap otomatis			
- Hemoglobin	13, 1	15,9	11, 4 - 17, 7 g/dl
- Lekosit	12. 400	18. 600	4.700-10.300/cmm
- Hematokrit	36, 1	46, 4	37 – 48 %
- Eritrosit	4.480	5.170	L : 4,5-5,5 P : 4-5
- Trombosit	470.000	306.000	150.000 – 350.000/cmm.
- Hitung jenis			
• Eosinofil	-	-	1 – 3 %
• Basofil	-	-	-
• Batang	-	-	3 -5 %
• Segmen	54	82	50 – 65 %
• Limfosit	30	14	25 – 35 %
• Monosit	16	4	4 – 10 %
Kimia klinik			
- Cl	110	113	96 – 100 meq/l
- Natrium	139	139	136 – 144 meq/l
- Kalium	3,20	4, 03	3, 80 – 5, 50 meq/l
- Glukosa darah sewaktu	262	145	< 200 mg/dl
- SGOT	21	-	< 38 u/l
- SGPT	20	-	< 40 u/l
- Kreatinin serum	1, 24	1,00	L < 1,5 P < 1,2 mg/dl

- Urea	40,5	24,1	10 – 50 mg/dl
P Kimia klinik			
- Glukosa darah puasa	146	77	70 – 110 mg/dl
- Glukosa 2 jpp	223	98	< 126 mg/dl
- Kolesterol total	143	245	< 200 mg/dl
- HDL kolesterol	36	46	L > 35 P : 45
- LDL kolestrol	81	179	< 160 mg/dl
- Trigliserida	129	89	< 200 mg/dl
- Asam urat	6,39	5,93	3,6 – 7,0 mg/dl
GDA : Tgl 20/01/2017 (136)		GDA : Tgl 23/01/2017 (100)	

Tabel 4.6 Pemberian terapi klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

Terapi			
Klien 1		Klien 2	
Infus Pz	2 x 1 fles / 24 jam	Infus Pz	2 x 1 fles / 24jam
Injeksi citicolin	2 x 2 amp	Injeksi citicolin	2 x 2 amp
Injeksi novalgin	3 x 1 amp	Injeksi ranitidin	2 x 1 amp
Injeksi ranitidin	2 x 1 amp	Injeksi ceftriaxone	2 x 1 gr
Injeksi metform	2 x 2 mg	Injeksi neurosanbe	1 x 1 amp
P/o piracetam	3 x 1 mg	Simvastatin	0 – 0 – 10 mg
P/o nifedipin	3 x 10 mg	P/o piracetam	3 x 1 mg
Ns	2 x 1 / 24 jam	Phenythoin	3 x 100 mg
Asa (asam asetil salisilat)	1 x 1 g	Aspilct	1 x 1 mg
Lisinopril	1 x 5 g		

4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa data klien 1 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN
Data subjektif : klien mengatakan badannya terasa lemas, kaki kanannya terasa lemas dan “cenut cenut”, tidak bisa digerakkan.	Stroke Hemoragi ↓ Peningkatan tekanan sistemik ↓ Aneurisma / APM ↓ Perdarahan arkhnoid/ventrikel ↓ Hematoma serebral ↓ Vasospasme arteri serebral / saraf serebral ↓ Iskemik / infrak ↓ Defisit neurologi	Defisit perawatan diri
Data objektif : Keadaan umum : kurang Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 136 TTV T : 150/100 mmhg RR : 22 x/menit S : 36,5 °C N : 70 x/menit - Klien tampak lemah - Terdapat karies - Bicara agak sulit		

<ul style="list-style-type: none"> - Ekstermitas bawah sebelah kanan klien lemas dan tidak bisa di gerakkan - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit kering - Selama di RS klien BAK menggunakan pispot - Selama di RS klien hanya diseka. - Selama di RS klien belum BAB sama sekali. 	5	3	5	3	<p>Hemisfer kanan</p> <p>↓</p> <p>Hemiparase / Plegi kanan</p> <p>↓</p> <p>Defisit perawatan diri</p>
5	3				
5	3				

Tabel 4.8 Analisa data klien 2 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

DATA	ETIOLOGI	MASALAH KEPERAWATAN				
<p>Data subjektif : klien mengatakan badannya terasa lemas dan ekstermitas bawah kiri klien terasa lemas berat jika digerakkan.</p> <p>Data objectif :</p> <p>Keadaan umum : kurang</p> <p>Kesadaran : Composmentis</p> <p>GCS 4-5-6, CRT < 2 detik</p> <p>GDA : 100</p> <p>TTV</p> <p>S : 37 °C</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>TD : 140/110 mmhg</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Terdapat karies - Lidah kotor - Bicara klien agak sulit - Ekstermitas bawah sebelah kiri klien terasa lemas dan berat jika digerakkan - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit kering - Selama di RS klien BAK menggunakan pispot - Selama di RS klien hanya 	4	5	4	5	<p>Stroke Hemoragi</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan tekanan sistemik</p> <p>↓</p> <p>Aneurisma / APM</p> <p>↓</p> <p>Perdarahan arkhnoid/ventrikel</p> <p>↓</p> <p>Hematoma serebral</p> <p>↓</p> <p>Vasospasme arteri serebral / saraf serebral</p> <p>↓</p> <p>Iskemik / infrak</p> <p>↓</p> <p>Defisit neurologi</p> <p>↓</p> <p>Hemisfer kanan</p> <p>↓</p> <p>Hemiparase / Plegi kiri</p> <p>↓</p> <p>Defisit perawatan diri</p>	<p>Defisit perawatan diri</p>
4	5					
4	5					

-
- diseka
- Selama di RS klien belum BAB sama sekali.
-

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.9 Diagnosa keperawatan dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan				
Klien 1						
Data subjektif : klien mengatakan badannya terasa lemas, kaki kanannya terasa lemas dan “cenut cenut”, tidak bisa digerakkan.	Hemiparase / Plegi kanan	Defisit perawatan diri				
Data objektif : Keadaan umum : kurang Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 136 TTV T : 150/100 mmhg RR : 22 x/menit S : 36, 5 °C N : 70 x/menit						
<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Terdapat karies - Bicara agak sulit - Ekstermitas bawah sebelah kanan klien lemas dan tidak bisa di gerakkan - Kekuatan otot <table border="1"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table>	5	3	5	3		
5	3					
5	3					
<ul style="list-style-type: none"> - Kulit kering - Selama di RS klien BAK menggunakan pispot - Selama di RS klien hanya diseka. - Selama di RS klien belum BAB sama sekali. 						
Klien 2						
Data subjektif : klien mengatakan badannya terasa lemas dan ekstermitas bawah kiri klien terasa lemas dan berat jika digerakkan.	Hemiparase / Plegi kiri	Defisit perawatan diri				

Data Objectif :

Keadaan umum : Kurang

Kesadaran : Composmentis

GCS 4-5-6, CRT < 2 detik

GDA : 100

TTV

S : 37 °C

N : 80 x/menit

TD : 140/110 mmhg

RR : 20 x/menit

- Klien tampak lemah
- Terdapat karies
- Lidah kotor
- Bicara klien agak sulit
- Ekstermitas bawah sebelah kiri klien terasa lemas dan berat jika digerakkan
- Kekuatan otot

4	5
4	5

- Kulit kering
- Selama di RS klien BAK menggunakan pispot
- Selama di RS klien hanya diseka
- Selama di RS klien belum BAB sama sekali.

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.10 Intervensi keperawatan klien dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

Diagnosis Keperawatan	NOC (Tujuan, Kriteria Hasil)	NIC
Klien 1 (Ny. S) Defisit Perawatan Diri	Noc Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan klien bisa menyelesaikan aktivitas eliminasi dan mandi secara mandiri dengan baik. 1. Menyelesaikan aktivitas eliminasi mandiri secara baik. Indikator : 16. Kepuasan klien lingkungan fisik : 17. Status kenyamanan :	Nic Perawatan diri eliminasi 11. Hindari kerutan pada tempat tidur 12. Memperkenalkan aktivitas perawatan diri eliminasi pada klien 13. Pertimbangkan usia pasien saat memperkenalkan aktivitas perawatan diri 14. Lepaskan baju yang

	lingkungan	di perlukan sehingga bisa melakukan eliminasi
	18. Tingkat ketidaknyamanan	
	19. Daya tahan	
	20. Pergerakan sendi	15. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi
	21. Tingkat kelelahan	
	2. Menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri	16. Beri privasi selama eliminasi
	Indikator :	17. Instruksikan pasien dalam rutinitas toilet
	1. Kepuasan klien : lingkungan fisik	18. Sediakan alat bantu (misalnya : kateter atau urinal) dengan tepat
	2. Status kenyamanan : lingkungan	
	3. Tingkat ketidaknyamanan	
	4. Daya tahan	
	Kriteria Hasil :	Memberikan mobilisasi klien
	11. Klien dapat eliminasi secara mandiri dengan baik.	19. Ajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) dua jam sekali
	12. Klien dapat menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri.	Defisit perawatan diri mandi
	13. Klien dapat membuka pakaian secara mandiri	20. Monitor integritas kulit pasien
	14. Klien dapat menyiram air secara mandiri	21. Seka pasien dengan air hangat dan sabun
		22. Jaga kebersihan kulit agar tetap kering dan bersih
		23. Kolaborasi dalam pemberian obat
		24. Monitor status nutrisi pasien kolaborasi dengan tim medis lainnya.
Klien 2 (Ny. K)	Noc	Nic
Defisit Perawatan Diri	Tujuan : Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan klien bisa menyelesaikan aktivitas eliminasi dan mandi secara mandiri dengan baik. 1. Menyelesaikan aktivitas eliminasi mandiri secara baik. Indikator :	Perawatan diri eliminasi
	1. Kepuasan klien : lingkungan fisik.	a. Hindari kerutan pada tempat tidur
	2. Status kenyamanan : lingkungan.	b. Memperkenalkan aktivitas perawatan diri eliminasi pada klien.
	3. Tingkat ketidaknyamanan.	c. Pertimbangkan usia pasien saat memperkenalkan aktivitas perawatan diri.
		d. Lepaskan baju yang di perlukan sehingga bisa melakukan eliminasi.

- | | |
|--|---|
| 4. Daya tahan. | e. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi. |
| 5. Pergerakan sendi. | f. Beri privasi selama eliminasi. |
| 6. Tingkat kelelahan | g. Instruksikan pasien dalam rutinitas toilet. |
| 2. Menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri | h. Sediakan alat bantu (misalnya : pispot atau urinal) dengan tepat |
| Indikator : | Memberikan mobilisasi klien |
| 1. Kepuasan klien lingkungan fisik. | i. Ajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) dua jam sekali |
| 2. Status kenyamanan lingkungan. | Defisit perawatan diri mandi |
| 3. Tingkat ketidaknyamanan. | j. Monitor integritas kulit pasien |
| 4. Daya tahan | k. Seka pasien dengan air hangat dan sabun |
| Kriteria Hasil : | l. Jaga kebersihan kulit agar tetap kering dan bersih |
| 1. Klien dapat eliminasi secara mandiri dengan baik. | m. Kolaborasi dalam pemberian obat |
| 2. Klien dapat menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri. | n. Monitor status nutrisi pasien kolaborasi dengan tim medis lainnya. |
| 3. Klien dapat membuka pakaian secara mandiri. | |
| 4. Klien dapat menyiram air secara mandiri. | |

4.1.6 Implementasi Asuhan Keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler*

Accident dengan masalah Defisit Perawatan Diri

Tabel 4.11 Implementasi keperawatan klien 1 (Ny. S) dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

Waktu	Implementasi		Paraf
	Hari / tanggal	Hari / tanggal	
08.00	23 Januari 2017	24 Januari 2017	25 Januari 2017
a.	Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	a. Menghindari kerutan pada tempat tidur untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melakukan verbed setiap hari.	a. Menghindari kerutan pada tempat tidur untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melakukan verbed setiap hari.

08.15	b. Menghindari kerutan pada tempat tidur untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melakukan verbed setiap hari.	b. Membantu klien BAK / BAB dengan cara menggunakan pispot / urinal yang benar	b. Membantu klien BAK / BAB dengan cara menggunakan pispot / urinal yang benar
08.30	c. Membantu keperluan klien mengambil pispot / urinal sehingga bisa melakukan BAK / BAB secara mandiri.	c. Membantu keperluan klien mengambil pispot / urinal sehingga bisa melakukan BAK / BAB secara mandiri.	c. Membantu keperluan klien mengambil pispot / urinal sehingga bisa melakukan BAK / BAB secara mandiri.
08.45	d. Memberi privasi pada klien selama eliminasi dengan memasang sketsel.	d. Memberi privasi pada klien selama eliminasi dengan memasang sketsel.	d. Memberi privasi pada klien selama eliminasi dengan memasang sketsel.
09.00	e. Berkolaborasi dalam pemberian terapi - Inj. Citicolin 2x2 amp - P/o piracetam 3x1 mg - Asa (asam asetil salisilat) 1x1 g - Lisinopril 1x5 g	e. Berkolaborasi dalam pemberian terapi - Inj. Citicolin 2x2 amp - P/o piracetam 3x1 mg - Asa (asam asetil salisilat) 1x1 g - Lisinopril 1x5 g	e. Berkolaborasi dalam pemberian terapi - Inj. Citicolin 2x2 amp - P/o piracetam 3x1 mg - Asa (asam asetil salisilat) 1x1 g - Lisinopril 1x5 g
10.00	f. Menginstruksikan klien atau keluarga yang lain dalam rutinitas pergi ke toilet mekipun dibantu keluarga	f. Menginstruksikan klien atau keluarga yang lain dalam rutinitas pergi ke toilet mekipun dibantu keluarga	f. Menginstruksikan klien atau keluarga yang lain dalam rutinitas pergi ke toilet mekipun dibantu keluarga.
10.15	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah, ajarkan pada klien ROM aktif dan ROM pasif untuk untuk melatih otot-otot agar tidak kaku.	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah, ajarkan pada klien ROM aktif dan ROM pasif untuk untuk melatih otot-otot agar tidak kaku.	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah, ajarkan pada klien ROM aktif dan ROM pasif untuk untuk melatih otot-otot agar tidak kaku.
10.30	h. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar	h. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar	h. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar

	tidak timbul luka.	tidak timbul luka.	tidak timbul luka.
11.00	i. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien untuk melancarkan sirkulasi darah, mengencangkan sendi-sendi.	i. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien untuk melancarkan sirkulasi darah, mengencangkan sendi-sendi.	i. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien untuk melancarkan sirkulasi darah, mengencangkan sendi-sendi.
12.00	j. Monitor status nutrisi pasien, agar nutrisi klien terpenuhi dan konsumsi diit rendah garam.	j. Monitor status nutrisi pasien, agar nutrisi klien terpenuhi dan konsumsi diit rendah garam.	j. Monitor status nutrisi pasien, agar nutrisi klien terpenuhi dan konsumsi diit rendah garam.

Implementasi Asuhan Keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident* dengan masalah Defisit Perawatan Diri

Tabel 4.12 Implementasi keperawatan klien 2 (Ny. K) dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

Waktu	Implementasi keperawatan			Paraf
	Hari / tanggal	Hari / tanggal	Hari / tanggal	
	23 Januari 2017	24 Januari 2017	25 Januari 2017	
08.00	a. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	a. Menghindari kerutan pada tempat tidur untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melakukan verbed setiap hari.	a. Menghindari kerutan pada tempat tidur untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melakukan verbed setiap hari.	
08.15	b. Menghindari kerutan pada tempat tidur untuk menjaga kebersihan klien dengan cara melakukan verbed setiap hari.	b. Membantu klien BAK / BAB dengan cara menggunakan pispot / urinal yang benar	b. Membantu klien BAK / BAB dengan cara menggunakan pispot / urinal yang benar	
08.30	c. Membantu keperluan klien mengambil pispot / urinal sehingga bisa melakukan BAK / BAB secara mandiri.	c. Membantu keperluan klien mengambil pispot / urinal sehingga bisa melakukan BAK / BAB secara mandiri.	c. Membantu keperluan klien mengambil pispot / urinal sehingga bisa melakukan BAK / BAB secara mandiri.	
08.45	d. Memberi privasi pada klien selama eliminasi dengan memasang sketsel.	d. Memberi privasi pada klien selama eliminasi dengan memasang sketsel.	d. Memberi privasi pada klien selama eliminasi dengan memasang sketsel.	
09.00	e. Berkolaborasi dalam pemberian terapi	e. Berkolaborasi dalam pemberian terapi	e. Berkolaborasi dalam pemberian	

	- Inj. Citicolin 2x2 amp - P/o piracetam 3x1 mg - Simvastatin 0-0-10 mg - Aspilect 1x1 mg	- Inj. Citicolin 2x2 amp - P/o piracetam 3x1 mg - Simvastatin 0-0-10 mg - Aspilect 1x1 mg	terapi - Inj. Citicolin 2x2 amp - P/o piracetam 3x1 mg - Simvastatin 0-0-10 mg - Aspilect 1x1 mg
10.00	f. Menginstruksikan klien atau keluarga yang lain dalam rutinitas pergi ke toilet meskipun dibantu keluarga	f. Menginstruksikan klien atau keluarga yang lain dalam rutinitas pergi ke toilet meskipun dibantu keluarga	f. Menginstruksikan klien atau keluarga yang lain dalam rutinitas pergi ke toilet meskipun dibantu keluarga.
10.15	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah, ajarkan pada klien ROM aktif dan ROM pasif untuk melatih otot-otot agar tidak kaku.	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah, ajarkan pada klien ROM aktif dan ROM pasif untuk melatih otot-otot agar tidak kaku.	g. Mengajarkan mobilisasi pada pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah, ajarkan pada klien ROM aktif dan ROM pasif untuk melatih otot-otot agar tidak kaku.
10.30	h. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar tidak timbul luka.	h. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar tidak timbul luka.	h. Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering, untuk menjaga agar tidak timbul luka.
11.00	i. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien untuk melancarkan sirkulasi darah, mengencangkan sendi-sendi.	i. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien untuk melancarkan sirkulasi darah, mengencangkan sendi-sendi.	i. Monitor aktifitas dan mobilisasi pasien untuk melancarkan sirkulasi darah, mengencangkan sendi-sendi.
12.00	j. Monitor status nutrisi pasien, agar nutrisi klien terpenuhi dan konsumsi diit rendah garam.	j. Monitor status nutrisi pasien, agar nutrisi klien terpenuhi dan konsumsi diit rendah garam.	j. Monitor status nutrisi pasien, agar nutrisi klien terpenuhi dan konsumsi diit rendah garam.

4.1.7 Evaluasi Asuhan Keperawatan pada klien *Cerebro Vaskuler Accident* dengan masalah Defisit Perawatan Diri

Tabel 4.13 Evaluasi keperawatan klien 1 dan klien 2 dengan CVA di Ruang Paviliun Flamboyan RSUD Jombang, 2017

EVALUASI	Hari 1 23/01/2017	Hari 2 24/01/2017	Hari 3 25/01/2017								
Klien 1 (Ny. S)	<p>S : klien mengatakan badannya terasa lemas, kaki kanannya terasa lemas dan "cenut cenut".</p> <p>O : Keadaan umum : kurang Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 136 TTV T : 150/100 mmhg RR : 22 x/menit S : 36,5 °C N : 70 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Terdapat karies - Bicara agak sulit - Ekstermitas bawah sebelah kanan klien lemas dan tidak bisa di gerakkan - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit kering - Selama di RS klien BAK menggunakan pispot - Selama 3 hari di RS klien tidak diseka sama sekali. - Selama di RS klien belum BAB sama sekali. <p>A : Masalah belum teratasi</p>	5	3	5	3	<p>S : klien mengatakan lemas di badannya berkurang, "cenut-cenut" pada kaki kanannya berkurang.</p> <p>O : keadaan umum : cukup Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6 TTV T : 144/100 mmhg RR : 20x/menit S : 36 °C N : 74 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstermitas bawah sebelah kanan klien sudah bisa gerakkan sedikit sedikit - Kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diseka 2x sehari dibantu oleh keluarganya - Selama di RS klien BAK / BAB menggunakan pispot - Kulit klien nampak segar <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>	5	3	5	3	<p>S : klien mengatakan badannya sudah tidak lemas, "cenut-cenut" pada kaki kanannya berkurang.</p> <p>O : keadaan umum : cukup Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6 TTV T : 130/100 mmhg RR : 20x/menit S : 36 °C N : 78 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstermitas bawah sebelah kanan klien sudah bisa gerakkan - Klien diseka 3x sehari dibantu oleh keluarganya - Selama di RS klien BAK / BAB menggunakan pispot - Kulit klien nampak segar <p>A : Masalah teratasi sebagian</p>
5	3										
5	3										
5	3										
5	3										

	P : Lanjutkan intervensi (Poin a – n) Terapi	P : Lanjutkan intervensi (Poin a,f,g,h,i,k,l,n) Terapi	P : klien rencana KRS								
	<ul style="list-style-type: none"> - Inj. Citicolin 2x2 mg - P/o Piracetam 3x1 mg - Asa 1x1 g - Lisinopril 1x5 g 	<ul style="list-style-type: none"> - Inj. Citicolin 2x2 mg - P/o Piracetam 3x1 mg - Asa 1x1 g - Lisinopril 1x5 g 									
Klien 2 (Ny. S)	<p>S : klien mengatakan badannya terasa lemas dan ekstermitas bawah kiri klien terasa lemas dan berat jika digerakkan.</p> <p>O : Keadaan umum : kurang Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik GDA : 100 TTV S : 37 °C N : 80 x/menit TD : 140/110 mmhg RR : 20 x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Terdapat karies - Lidah kotor - Bicara klien agak sulit - Ekstermitas bawah sebelah kiri klien terasa lemas dan berat jika digerakkan. - kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Kulit kering - Akral dingin - Selama di RS klien BAK / BAB menggunakan pispot - Selama 1 hari di RS klien tidak diseka sama sekali - Belum BAB 	4	5	4	5	<p>S : klien mengatakan badannya sudah tidak lemas.</p> <p>O : keadaan umum: cukup Kesadaran : Composmentis : GCS 4-5-6 TTV T : 140/100 mmhg S : 37 °C N : 80 x/menit RR : 20x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstermitas bawah kiri klien terasa lemas dan berat jika digerakkan. - kekuatan otot <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Klien diseka 2x sehari dibantu oleh keluarganya - Selama di RS klien BAK / BAB menggunakan pispot - Kulit klien nampak segar 	4	5	4	5	<p>S : klien mengatakan badannya sudah tidak lemas</p> <p>O : keadaan umum: cukup Kesadaran : composmentis : GCS 4-5-6 TTV T : 140/100 mmhg S : 36,8 °C N : 82 x/menit RR : 20x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ekstermitas bawah kiri klien sudah tidak lemas tapi masih terasa berat hilang timbul. - Klien bisa berjalan ke toilet untuk mandi meskipun dibantu oleh keluarganya. - Klien bisa berjalan ke toilet untuk BAK / BAB meskipun dibantu oleh keluarganya. - Kulit klien nampak segar
4	5										
4	5										
4	5										
4	5										

sama sekali.

A : Masalah belum teratasi	A : Masalah teratasi sebagian	A : Masalah teratasi sebagian
P : Lanjutkan intervensi (Poin a – n) Terapi	P : Lanjutkan intervensi (Poin a,f,g,h,i,k,l,n) Terapi	P : klien rencana KRS
- Inj. Citicolin 2x2 mg	- Inj. Citicolin 2x2 mg	
- Simvastatin 0-0-10 mg	- Simvastatin 0-0-10 mg	
- P/o Piracetam 3x1 mg	- P/o Piracetam 3x1 mg	
- Aspilect 1x1 mg	- Aspilect 1x1 mg	

4.2 PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan. pada Ny. S dan Ny. K di Ruang Flamboyan RSUD Jombang pada kasus *Cerebro Vaskuler Accident* dengan masalah Defisit Perawatan Diri didapatkan pengkajian pada :

4.2.1 Pengkajian

1. Data Subjektif

- a. Keluarga Klien mengatakan pada 19 Januari 2017 Kamis sore ibunya Ny. K badannya terasa lemas, ”cenut-cenut” pada kakinya, tidak bisa jalan dan keluarga klien mengatakan tidak mengetahui penyebabnya.
- b. Keluarga Klien mengatakan pada 21 Januari 2017 hari Sabtu ibunya Ny. K badannya tiba-tiba lemas, tidak bisa jalan, kakinya terasa lemas dan berat jika digerakkan saat di kamar mandi keluarga klien mengatakan tidak mengetahui penyebabnya.

Stroke adalah sindrom klinis yang awal timbulnya mendadak, progresif, cepat berupa defisit neurologis vokal atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih atau langsung menimbulkan kematian (Putri, 2013). Pada klien stroke fibrilasi atrium menyebabkan penurunan CO₂ yang menyebabkan perfusi darah ke otak menurun sehingga otak akan kekurangan oksigen yang akhirnya dapat menyebabkan stroke sehingga dapat menghambat segala aktivitas pada dirinya yang tidak dapat dilakukan sendiri sehingga memerlukan bantuan orang lain semacam kurangnya perawatan diri.

Berdasarkan penelitian pada klien Ny. S dan Ny K defisit neurologi yang menyebabkan hemiparase plegi kanan / hemiparase plegi kiri yang mengakibatkan pada klien tidak bisa berjalan dan menghambat segala aktivitas kebiasaan klien 1 dirumah sebagai ibu rumah tangga tidak bisa melakukan pekerjaan rumahnya seperti membersihkan rumahnya, momong, karena pada kaki klien mengalami hemiparase plegi kanan sehingga pada klien juga tidak dapat merawat dirinya karena terganggu dengan hemiparase pada kakinya yang tidak bisa berjalan sedangkan pada klien 2 pekerjaannya sebagai petani juga terganggu karena klien mengalami hemiparase pada kaki kirinya sehingga klien tidak dapat bekerja dan segala aktivitas klien terganggu karena klien tidak bisa berjalan.

2. Data Objektif

Data objektif dari pengkajian kedua klien mengalami hambatan aktivitas berjalan sehingga kedua klien tidak bisa melakukan defisit perawatan diri pada dirinya, klien 1 lebih lama mengalami hambatan berjalan dibandingkan dengan klien 2 dikarenakan klien jarang mau melakukan ROM aktif dan ROM pasif, melakukan mobilisasi. berbeda dengan klien 2 yang sangat komprehensif untuk proses penyembuhan, mau melakukan mobilisasi maupun ROM aktif dan ROM pasif..

Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, BAK atau BAB (toileting) (Nita Fitria, 2009). Kurang perawatan diri pada pasien stroke yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri menurun. kurang perawatan diri tampak dari ketidakmampuan merawat kebersihan diri. Makan secara mandiri, dan toileting (Buang air besar atau buang air kecil) secara mandiri (Purba, 2011).

Menurut peneliti hal ini disebabkan karena klien 1 dan klien 2 tidak dapat berjalan karena mengalami hemiparase pada kaki kanan/kiri sehingga mengakibatkan ketidakmampuan merawat kebersihan dirinya mulai dari mandi, eliminasi, klien tidak bisa melakukannya dengan mandiri. Sehingga peneliti

mangaktifkan peran keluarga dalam membantu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya mulai dari mandi atau menyeka, dan membantu eliminasi.

4.2.2 Analisa Data

Analisa data pada klien 1 dan klien 2 etiologi yang diberikan sama tetapi pada klien 1 mengalami hemiparase/plegi kanan sedangkan pada klien 2 mengalami hemiparase/plegi kiri.

Menurut Nurarif, 2012. Stroke hemoragi mengalami peningkatan tekanan siskemik yang mengalami penurunan aneurisma / APM sehingga mengalami rusaknya Vasospasme arteri serebral / saraf serebral sehingga mengalami infark yang dapat merusak defisit neurologi hemisfer kanan yang menyebabkan hemiparase plegi kanan / hemiparase plegi kiri sehingga menyebabkan ketidakmampuan merawat dirinya.

Menurut peneliti pada analisa data yang didapat pada klien 1 mengalami hemiparase / plegi kanan yang menyebabkan klien tidak dapat memenuhi kebutuhan perawatan dirinya pada subyek penelitian. Sedangkan pada klien 2 juga mengalami hemiparase / plegi kiri yang tidak mampu untuk melakukan aktivitas berjalan yang menyebabkan klien bedrest di tempat tidur sehingga klien tidak bisa memenuhi kebutuhan merawatan dirinya seperti mandi dan toileting secara mandiri.

4.2.3 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan Masalah Defisit Perawatan Diri. Hal ini dibuktikan dari klien tidak dapat menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri, dan klien tidak dapat menyelesaikan aktivitas toileting secara mandiri akibat hambatan berjalan pada ekstermitas bawah.

Kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang yang menyebabkan penurunan hambatan kemampuan berjalan sehingga klien tidak dapat melakukan sebagian dari ke 5 masing – masing dari aktivitas perawatan diri yaitu mandi, toileting (Lynda Juall, 2007).

Menurut peneliti Masalah Defisit Perawatan Diri dikarenakan kerusakan neuromuskular, sehingga mengakibatkan penurunan otot-otot yang dialami pada klien 1 dan klien 2 yang terserang pada ekstermitas bagian bawahnya sehingga klien tidak mampu melakukan aktivitas berjalan dan tidak mampu memenuhi kebutuhan dirinya seperti mandi dan eliminasi secara mandiri.

4.2.4 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan Ny. S dan Ny. K dengan Masalah Defisit Perawatan Diri. Intervensi yang digunakan NOC : menyelesaikan aktivitas mandi dan toileting secara mandiri. NIC : memberikan mobilisasi, perawatan diri mandi dan eliminasi secara mandiri. Tetapi ada beberapa intervensi yang tidak dapat dilakukan

NIC meliputi : Melepaskan baju yang diperlukan dan menyeka klien dengan sabun dan air hangat, hal ini dikarenakan perbedaan jenis kelamin antara peneliti dan subyek penelitian sehingga peneliti mengaktifkan peran keluarga, monitor nutrisi klien dengan kolaborasi dengan tim gizi.

Intervensi yang diberikan pada klien Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri meliputi memperkenalkan aktivitas perawatan diri mandi dan eliminasi pada klien dengan memberikan privasi selama mandi atau eliminasi, instruksikan klien dalam rutinitas toilet, menyediakan alat bantu pispot / urinal, mengajarkan mobilisasi pada klien (miring kanan atau kiri selama 2 jam sekali), memberikan ROM aktif dan ROM pasif pada klien, instruksikan keluarga untuk menyeka klien dengan sabun dan air hangat, monitor integritas kulit klien (agar tetap bersih dan kering), Herdman, 2015.

Berdasarkan hasil penelitian pada Ny. K terdapat perubahan yang signifikan dikarenakan klien sangat komprehensif untuk proses penyembuhan dan mau melatih menggerakkan otot-ototnya meskipun dengan waktu sebentar tapi sering menggerakkannya kakinya karena klien juga sering mendapat dorongan dari keluarga untuk menggerakkan kakinya sesering mungkin untuk proses penyembuhan, dan pada Ny. S orangnya tidak kooperatif tidak mau menggerakkan kakinya untuk melatih otot-otot kakinya jika di intruksikan untuk menggerakkan kakinya klien sering mengeluh

capek disisi lain klien juga jarang mendapat dorongan dari keluarga untuk melatih menggerakkan otot-otot kakinya.

4.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 diberikan dengan sesuai intervensi yang diimplementasikan pada klien 1 dan klien 2 tetapi ada beberapa intervensi yang tidak diimplementasikan NIC meliputi : Melepaskan baju yang diperlukan dan menyeka klien dengan sabun dan air hangat, hal ini dikarenakan perbedaan jenis kelamin antara peneliti dan subyek penelitian sehingga peneliti mengaktifkan peran keluarga, monitor nutrisi klien dengan kolaborasi dengan tim gizi.

Dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada klien *self care* berprinsip pada usaha dan menolong atau membantu klien individu yang tidak mampu untuk terlibat dalam tindakan *self care* yang memerlukan kemandirian ambulasi yang terkontrol serta pergerakan manipulatif atau penatalaksanaan medis untuk menahan diri dari aktivitas-aktivitas, perawat dan klien melakukan tindakan *care* atau tindakan lain yang bersifat manipulatif atau ambulasi dimana baik klien maupun perawat mempunyai peran yang besar dalam pelaksanaan tindakan perawatan, seseorang mampu melaksanakan atau bisa dan harus belajar untuk melakukan tindakan *self care* terapeutik yang diperlukan yang berorientasi secara eksternal atau internal tetapi tidak bisa melakukannya tanpa bantuan (Orem, 1991).

Berdasarkan hasil penelitian pada klien Ny. S dan Ny. K semua intervensi yang diimplementasikan oleh peneliti dapat direalisasikan pada klien akan tetapi ada 3 implementasi yang belum bisa dilakukan secara mandiri oleh peneliti. Hal ini dikarenakan perbedaan jenis kelamin antara peneliti dan subjek penelitian sehingga peneliti mengaktifkan peran keluarga dalam membantu memenuhi kebutuhan perawatan diri pada subyek penelitian, sedangkan untuk monitor status nutrisi klien peneliti berkolaborasi dengan Tim gizi RSUD Jombang. Sehingga dengan adanya penelitian ini klien mampu melakukan perawatan diri secara mandiri setelah di rawat di Rumah Sakit.

4.2.6 Evaluasi Keperawatan

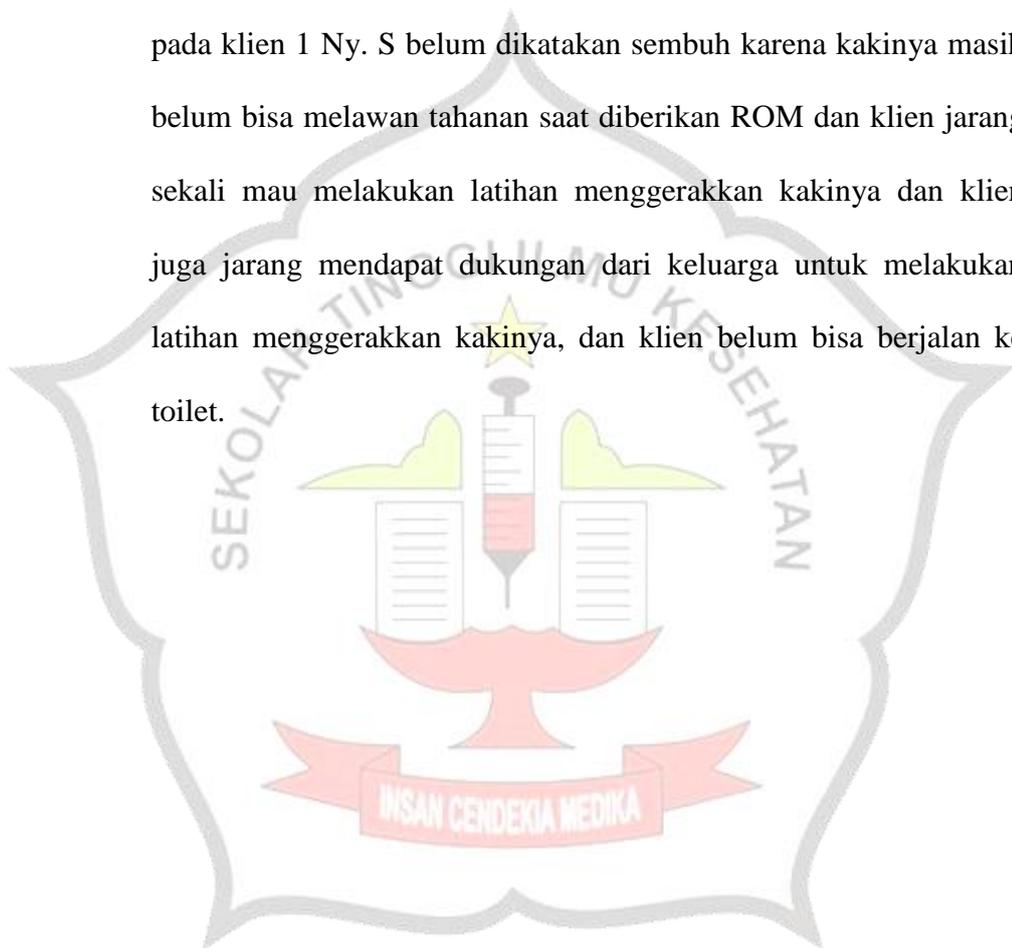
Dari catatan perkembangan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 2 sudah dikatakan sembuh ditandai adanya klien bisa melawan tahanan saat diberikan ROM dan klien bisa berjalan ke toilet untuk melakukan perawatan dirinya seperti mandi dan toileting secara mandiri meskipun dibantu oleh keluarganya karena klien sangat kooperatif untuk proses penyembuhan saat diinstruksikan menggerakkan kakinya klien mau melakukannya sesering mungkin. Sedangkan pada klien 1 ekstermitas bawah kanannya belum bisa dikatakan sembuh karena klien belum bisa berjalan dikarenakan klien kurang kooperatif dalam melakukan latihan-latihan menggerakkan otot-otot kakinya

dan klien kurang mendapat dukungan dari keluarga untuk melakukan latihan-latihan menggerakkan kakinya.

Kemampuan perawatan diri (*self-care agency*) merupakan kemampuan individu untuk terlibat dalam proses perawatan diri. Kemampuan ini berkaitan dengan faktor pengkondisian perawatan diri (*basic conditioning factor*) yang terdiri dari faktor usia, jenis kelamin, status kesehatan, orientasi sosial budaya, sistem perawatan kesehatan, kebiasaan keluarga, pola hidup, faktor lingkungan dan keadaan ekonomi. Perawatan diri (*self care*) adalah pelaksanaan aktivitas individu yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dalam mempertahankan hidup, kesehatan dan kesejahteraan. Jika perawatan diri dapat dilakukan dengan efektif, maka dapat membantu individu dalam mengembangkan potensi dirinya (Orem, 1991). *The theory of Self Care Deficit* teori keperawatan diperlukan ketika individu tidak mampu atau mengalami keterbatasan dalam memenuhi syarat perawatan diri yang efektif. Keperawatan diberikan jika “tingkat kemampuan perawatan diri lebih rendah dibandingkan dengan kebutuhan perawatan diri atau kemampuan perawatan diri seimbang dengan kebutuhan namun berhubung *Deficit* dapat terjadi selanjutnya akibat penurunan kemampuan, peningkatan kualitas dan kuantitas kebutuhan (Julia B. George, 1995).

Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 2 Ny. K mengalami kemajuan yang signifikan, serta menunjukkan

penyembuhan yang dibuktikan dengan klien bisa melawan tahanan saat diberikan ROM dan klien bisa berjalan ke toilet untuk melakukan perawatan dirinya seperti mandi dan toileting secara mandiri meskipun dibantu oleh keluarganya. Menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh peneliti serta klien sangat komprehensif untuk proses penyembuhan. Sedangkan pada klien 1 Ny. S belum dikatakan sembuh karena kakinya masih belum bisa melawan tahanan saat diberikan ROM dan klien jarang sekali mau melakukan latihan menggerakkan kakinya dan klien juga jarang mendapat dukungan dari keluarga untuk melakukan latihan menggerakkan kakinya, dan klien belum bisa berjalan ke toilet.



BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami *Cerebro Vaskuler Accident* pada Ny. S dan Ny. K dengan masalah Defisit Perawatan Diri di Ruang Flamboyan RSUD Jombang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Dari catatan perkembangan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 2 sudah dikatakan sembuh ditandai adanya klien bisa melawan tahanan saat diberikan ROM dan klien bisa berjalan ke toilet untuk melakukan perawatan dirinya seperti mandi dan toileting secara mandiri meskipun dibantu oleh keluarganya karena klien sangat kooperatif untuk proses penyembuhan saat diinstruksikan menggerakkan kakinya klien mau melakukannya sesering mungkin. Sedangkan pada klien 1 ekstermitas bawah kanannya belum bisa diaktakan sembuh karena klien belum bisa berjalan dikarenakan klien kurang kooperatif dalam melakukan latihan-latihan menggerakkan otot-otot kakinya dan klien kurang mendapat dukungan dari keluarga untuk melakukan latihan-latihan menggerakkan kakinya.

2. Pada klien 1 dan 2 Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri akan di tandai beberapa gejala seperti saat dirumah sakit klien tidak mandi sama sekali, saat dirumah sakit klien tidak bisa melakukan toileting sendiri karena adanya hambatan pada ekstermitas bagian bawah.
3. Di dalam Intervensi Keperawatan klien yang mengalami *Cerebro Vaskuler Accident* pada Ny. S dan Ny. K dengan masalah Defisit Perawatan Diri dilapangan meliputi : perhatikan mobilisasi klien, perhatikan ROM aktif dan ROM pasif klien, perhatikan tingkat kebersihan klien seperti mandi/menyeka 3x1 setiap hari, perhatikan aktivitas toileting pasien secara mandiri, monitoring integritas kulit pasien agar tidak timbul luka.
4. Implementasi klien yang mengalami *Cerebro Vaskuler Accident* pada Ny. S dan Ny. K dengan masalah defisit perawatan diri dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai perencanaan.
5. Evaluasi klien mengalami *Cerebro Vaskuler Accident* dengan masalah Defisit perawatan diri, Dari catatan perkembangan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 2 sudah dikatakan sembuh ditandai adanya klien bisa melawan tahanan saat diberikan ROM dan klien bisa berjalan ke toilet untuk melakukan perawatan dirinya seperti mandi dan toileting secara mandiri meskipun dibantu oleh keluarganya karena klien sangat kooperatif untuk proses penyembuhan saat diinstruksikan menggerakkan kakinya klien mau melakukannya sesering mungkin. Sedangkan pada klien 1 ekstermitas bawah

kanannya belum bisa diaktakan sembuh karena klien belum bisa berjalan dikarenakan klien kurang kooperatif dalam melakukan latihan-latihan menggerakkan otot-otot kakinya dan klien kurang mendapat dukungan dari keluarga untuk melakukan latihan-latihan menggerakkan kakinya.

5.2 SARAN

1. Bagi Klien dan Keluarga

Sebaiknya meningkatkan pengetahuan perawatan pada klien stroke dengan cara memberikan HE (*Head Education*) pada klien atau keluarga sehingga dapat melaksanakan tindakan yang diberikan oleh peneliti.

2. Bagi Perawat

Penelitian ini mampu memotivasi perawat dirumah sakit dalam melakukan Asuhan Keperawatan pada klien Stroke.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebaiknya penelitian ini lebih ditingkatkan lagi agar masalah Defisit Perawatan Diri pada klien Stroke bisa teratasi dengan baik.

Daftar Pustaka

- Batticaca, F, Fransisca, 2008, *Asuhan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan*, Jakarta : Salemba Medika
- Brunner dan Suddarth, 2001, *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 8 Volume 2*, Jakarta : EGC
- Carpenito, Lynda Juall, 2007, *Buku Saku : Diagnosa Keperawatan*.Edisi 10, Alih Bahasa Yasmin Asih, Jakarta : EGC
- Fitria, 2009, *konsep Dasar perawatan Diri : Journal Universitas Sumatra Utara*
- George, JB (1995), *Nursing Theories: The Base For Professional Nursing Practice*, Appleton & Lange, California
- Herdman, Kamitsuru, (2015-2017), *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi*, Alih Bahasa Budi Anna Keliat, Jakarta : EGC
- Mansjoer A, 2003, *Kapita Selekta Kedokteran, Edisi III Jilid 2*, Jakarta : FKUI
- Margareth TH, Rendy M, Clevo, 2012, *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Dan Penyakit Dalam*, Yogyakarta : Nuha Medika
- Muttaqin, Arif, S,Kep,. Ns, 2008, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Muskuloskeletal*, Jakarta : EGC
- Nanda (2009-2011), *Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikas*, Alih Bahasa : Made Sumarni dkk, Jakarta : EGC
- Nursalam, 2011, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*, Jakarta : Salemba Medika
- Oliver, D, Daly, E, Martin, F, C & McMurdo, M, E, (2004). *Risk factor and risk assesement tools for fallin hospital in-patient : A systematic review*, *Age and Ageing* 33 (2), 122-130.
- Perry, A, G, & Potter, P, A, (2006), *Clinical nursing skills and techniques* (6th ed.), St, Louis : Mosby
- Price, Sylvia, (2006), *Patofisiologi : Konsep Klinis Proses-proses Penyakit*, Edisi 6, Jakarta : EGC
- Sudoyo Aru, dkk 2009, *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, Jilid 1,2,3, edisi keempat*, Internal Publishing, Jakarta

Tracy, C, A, (1992), Hygiene Assistance In, G, M, Bulecheck, & J, C, McCloskey (Eds.), *Nursing Interventions : Essential nursing treatments* (2nd, ed, pp 24-33), Philadelphia : W, B, Saunders

ICME STIKes, (2016), *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi kasus*, Jombang : Stikes Icme.



PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Mario Romy Sunarko
NIM : 14.121.0023
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Cerebro Vaskuler Accident* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di RSUD Jombang

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam penyusunan studi kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan

Jombang, 24 Januari 2017

Peneliti

Mario Romy Sunarko

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. S

Umur : 52 Tahun

Alamat : Karangtimono, Denanyar, Jombang

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, 24 Januari 2017

Responden

()

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. K

Umur : 52 Tahun

Alamat : Ds. Gongseng Megaluh, Jombang

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam proposal penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan proposal penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya akan berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian

Jombang, 24 Januari 2017

Responden

()



PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG

2017

PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :
 MRS tanggal : No. RM :
 Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama :	Penanggung jawab biaya :
Usia :	Nama :
Jenis kelamin :	Alamat :
Suku :	Hub. Keluarga :
Agama :	Telepon :
Pendidikan :	
Alamat :	

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis : tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis : tidak
3. Riwayat Operasi ya, jenis : tidak

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya : tidak

jelaskan :

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
Makanan Frekuensix/hr Jenis..... Diit Pantangan Alergi makanan yang disukai Minum Frekuensi..... x/hari Jenis..... Alergi		
Eliminasi BAB Frekuensix/hari warna konsistensi		

BAK FrekuensiX/Hari Warna Alat bantu		
Kebersihan Diri Mandi.....X/hari Keramasx/hari Sikat GigiX/Hari Memotong Kuku..... Ganti Pakaian Toileting		
Istirahat/Tidur Tidur siang.....jam Tidur Malamjam Kebiasaan Merokok/Jamu		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg
RR : x/mnt

Masalah Keperawatan :

2. Sistem Pernafasan (B₁)

- a. Hidung:
Pernafasan cuping hidung ada tidak
Septum nasi simetris tidak simetris
Lain-lain
- b. Bentuk dada simetris asimetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest
- c. Keluhan sesak batuk nyeri waktu napas
- d. Irama napas teratur tidak teratur
- e. Suara napas vesicular ronchi D/S wheezing D/S rales D/S
Lain-lain:

Masalah Keperawatan :

3. Sistem Kardiovaskuler (B₂)

- a. Keluhan nyeri dada ya tidak
- b. Irama jantung teratur tidak teratur
- c. CRT < 3 detik > 3 detik
- d. Konjungtiva pucat ya tidak
- e. JVP normal meningkat menurun
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

4. Sistem Persarafan (B₃)

- a. Kesadaran composmentis apatis somnolen sopor koma
GCS :
- b. Keluhan pusing ya tidak
- c. Pupil isokor anisokor
- d. Nyeri tidak ya, skala nyeri : lokasi :
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

- a. Keluhan : kencing menetes inkontinensia retensi
 gross hematuri disuria poliuria

Masalah Keperawatan :

- oliguri anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak
- c. Kandung kencing : membesar ya tidak
nyeri tekan ya tidak
- d. Produksi urine : ml/hari warna : bau :
- e. Intake cairan : oral :cc/hr parenteral :cc/hr
- Lain-lain :

6. Sistem Pencernaan (B₅)

- a. TB : cm BB : kg
- b. Mukosa mulut : lembab kering merah stomatitis
- c. Tenggorokan nyeri telan sulit menelan
- d. Abdomen supel tegang nyeri tekan, lokasi :
 Luka operasi jeja lokasi :
- Pembesaran hepar ya tida
- Pembesaran lien ya tida
- Ascites ya tida
- Mual ya tida
- Muntah ya tida
- Terpasang NGT ya tida
- Bising usus :x/mnt
- e. BAB :x/hr, konsistensi : lunak cair lendir/darah
 konstipasi inkontinensia kolostomi
- f. Diet padat lunak cair
Frekuensi :x/hari jumlah: jenis :

Masalah Keperawatan :

7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)

- a. Pergerakan sendi bebas terbatas
- b. Kelainan ekstremitas ya tidak
- c. Kelainan tl. belakang ya tidak
- d. Fraktur ya tidak
- e. Traksi/spalk/gips ya tidak
- f. Kompartemen sindrom ya tidak
- g. Kulit ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi
- h. Akral hangat panas dingin kering basah
- i. Turgor baik kurang jelek
- j. Luka : jenis : luas : bersih kotor
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 cobaan Tuhan hukuman lainnya
2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya
 murung gelisah tegang marah/menangis
3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga

Masalah Keperawatan :

4. Gangguan konsep diri ya tidak
Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah
Lain-lain :

I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

J. TERAPI



ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:

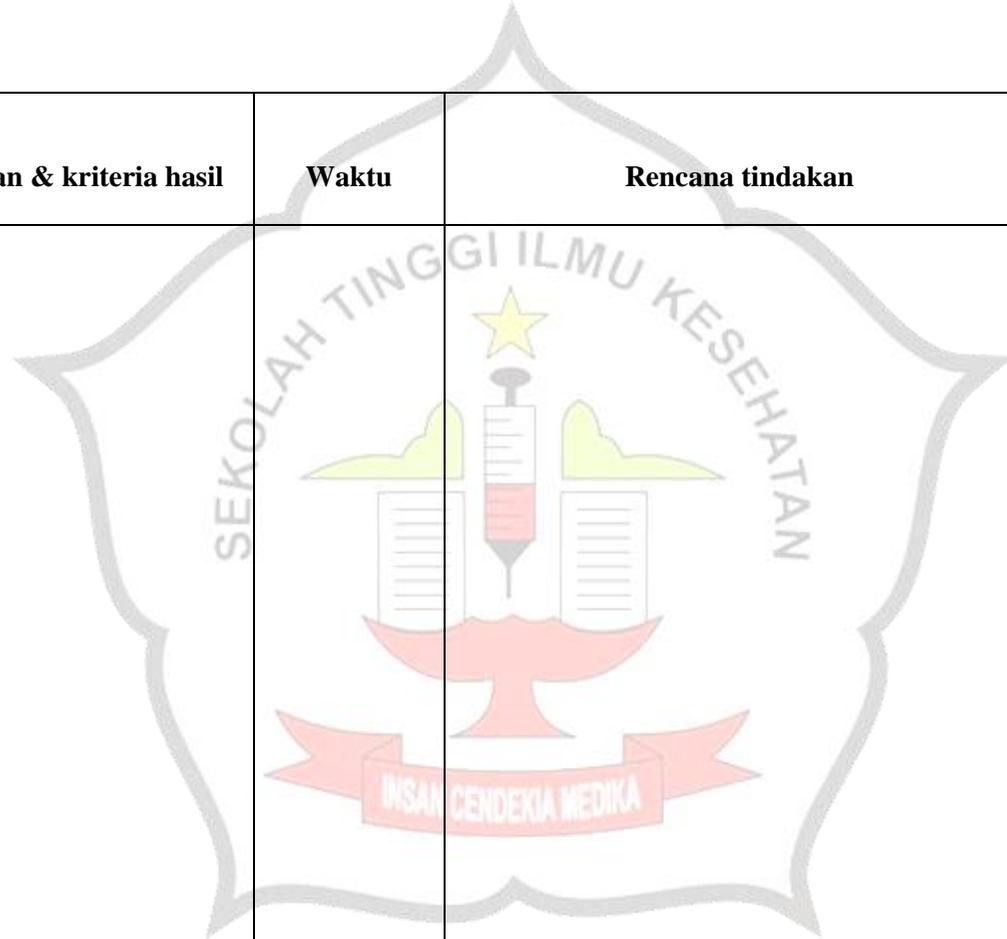
Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		
		SESUAI DENGAN NANDA 2015-2017

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

1.
2.
3.
4.
5.

Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional

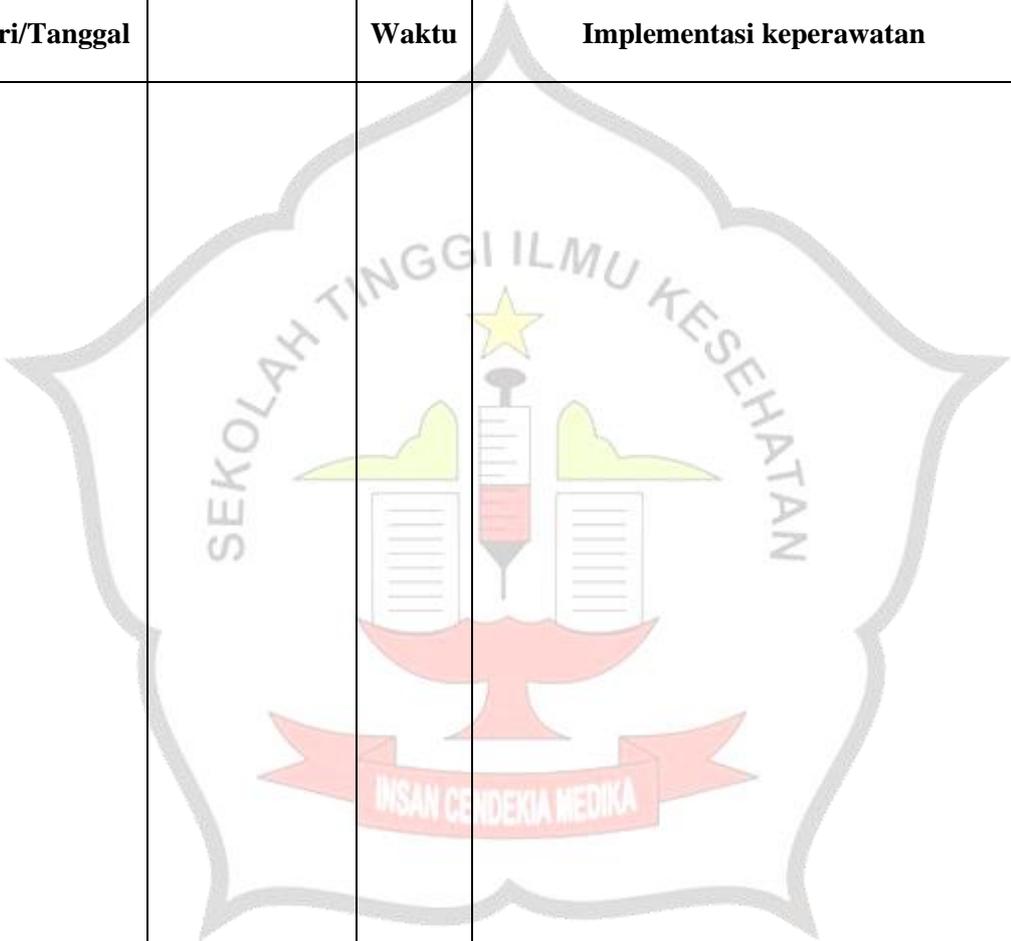


Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf
				

Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

.....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			<p>S :</p> <p>O :</p> <p>A :</p> <p>P :</p>	

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '08/KTI-D3KEP/K31/073127/XII/2016
Lamp. : -
Perihal : Pre survey data, Studi Pendahuluan

Jombang, 28 Desember 2016

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Jombang
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Pre survey data, Studi Pendahuluan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **MARIO ROMY SUNARKO**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0023
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien yang Mengalami Cerebro Vaskuler Accident dengan Masalah Hambatan Mobilitas Fisik*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,


H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

Tembusan :

- Kadiklat RSUD Jombang

**YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"**



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : '047/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Penelitian

Jombang, 13 Januari 2017

Kepada :
Yth. Direktur RSUD Jombang
di
Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Karya Tulis Ilmiah Mahasiswa yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **MARIO ROMY SUNARKO**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : 14 121 0023
Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan pada Klien Cerebro Vaskuler Accident dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut diatas.

Demikian permohonan ini dibuat. Atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.


Ketua
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK. 01.06.054

Tembusan:

- Kadiklat RSUD Jombang

Lampiran 7

LEMBAR KONSULTASI

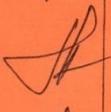
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : MARIO ROMY SUNARKO

NIM : 141210023

JUDUL :

PEMBIMBING I : ARIF WIJAYA S. Kep. Ns. M. Kep.

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	9/16 /12	Tapelece tort bob 1	
	22/16 /12	→ Cairan bob 2.	
	30/16 /12	Rus bob 2	
	4/17 /11	→ path way & usap inpusat	
	3/17 /11	→ Rus bob p 2 & 3 Ace up puspat	
	27/17 /4	Rus pusat → fimbria	
	2/17 /5	Rus bob 4 & Ace up bds	
			

Lampiran 8

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : MARIO ROMY SUNARNO
 NIM : 141210023
 JUDUL :
 PEMBIMBING II : NITA ARISANTI Y.S. KEP. NS

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	13/16 /12	Revisi LB	☺
	19/16 /19	Revisi LB - mulai Bab. 2.1. CVA o DPD DPD.	☺
	31/16 /19	Revisi penulisan/redaksi Bab 3 Revisi redaksi bab 2. ⊕ Penilaian GCS + kekuatan otot ⊕ Sebutkan nama 3 12 syaraf cranial	☺
	6/17 /1	Revisi penulisan - ⊕ Daftar pustaka	☺
	7/17 /1	Revisi Intervensi Sesuai NANDA - NIC - NOK Lengkapi Lampiran depan Lampiran belakang - Form Perencanaan sbg resp. - 4 persetujuan sbg resp. - format pengkajian	☺
	25/17 /4	Revisi penulisan - Gambaran lokasi - Analisa data	☺
	1/17 /5	Judul tabel harus SW IH. Lengkapi KTI!	☺
	15/17 /5	Acc Ujian	☺



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
BAKORDIKLAT

Jl. KH.Wahid Hasyim No. 52 Jombang Telp. (0321) 865716 – 863502 FAX (0321) 879316
Website : www.rsudjombang.com ; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

SURAT KETERANGAN

Nomor : 025/BAKORDIKLAT/I/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini Ketua Badan Koordinasi Diklat Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama : Mario Romy Sunarko
NIM : 14 121 0023
Tingkat/Semester: III/IV
Program Studi : D-III Keperawatan STIKES ICME Jombang

Telah melaksanakan penelitian di Paviliun Flamboyan RSUD Kabupaten Jombang untuk prasyarat penyusunan Karya Tulis Ilmiah dengan judul "*Asuhan Keperawatan pada Klien Cerebro Vaskuler Accident dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri*" Mulai tanggal 23 s/d 25 Januari 2017.

Jombang, 30 Januari 2017



dr. Andri Catur Jatmiko, Sp. KK
Penata
NIP. 19701104 200212 1 002

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : MARIO ROMY SUNARKO

NIM : 141210023

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 13 Juli 2017

Saya yang menyatakan,




MARIO ROMY SUNARKO
NIM : 141210023

SEKOLAH TINGGI
KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI
KEPERAWATAN

