

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

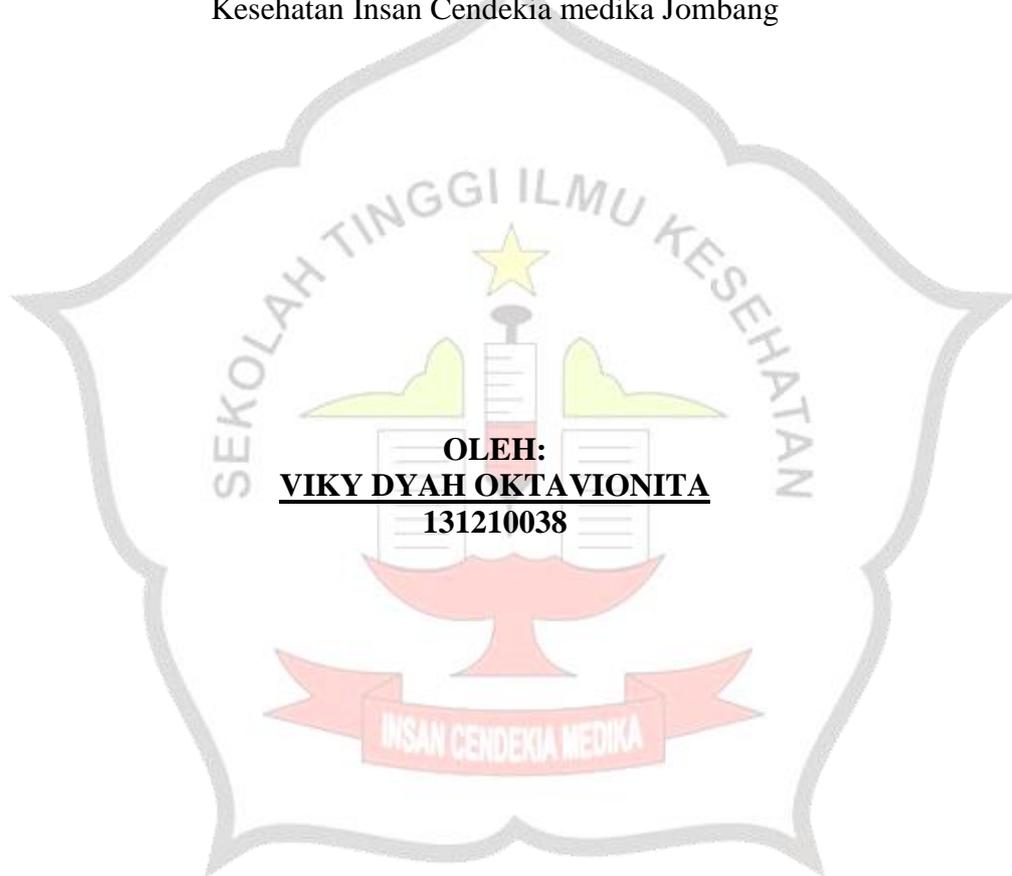
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE *NON HEMORAGIK*
DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG KRISAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
PASURUAN**



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

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS
ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE *NON HEMORAGIK*
DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG KRISAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
PASURUAN

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Program Studi 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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Viky Dyah Oktavionita
NIM : 13.121.003.8
Tempat Tanggal Lahir : Lamongan, 17 Oktober 1993
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul Karya Tulis Ilmiah : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke Non Hemoragik dengan Defisit Perawatan Diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.*

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 3 Mei 2017

Penulis

VIKY DYAH OKTAVIONITA

LEMBAR PERSETUJUAN

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE *NON*
HEMORAGIK DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG KRISAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL PASURUAN

Nama Mahasiswa : Viky Dyah Oktavionita
NIM : 131210038
Program Studi : D3 Keperawatan

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING
PADA TANGGAL 16 JUNI 2017

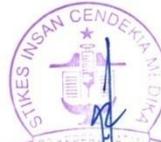

Maharani Tri P. S. Kep, Ns. MM.
Pembimbing Utama


Afif Hidayatul Arham S. Kep, Ns.
Pembimbing Kedua

Mengetahui,



H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep., Ns., MH
Ketua STIKes ICMe



Maharani Tri P. S. Kep, Ns. MM.
Ketua Program Studi D-III Keperawatan

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini berjudul "ASUHAN KEPERAWATAN PADA
KLIEN STROKE *NON HEMORAGIK* DENGAN DEFISIT PERAWATAN
DIRI"

Nama Mahasiswa : Viky Dyah Oktavionita
NIM : 13.121.003.8
Program studi : D3 Keperawatan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji di hadapan Dewan Penguji dan
diterima sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan pada Program Studi
DIII Keperawatan

Komisi Dewan Penguji :

1. Penguji Utama : Imam Fatoni, S,KM., MM ()
2. Penguji Anggota 1 : Maharani Tri P, S.Kep.,Ns.,MM ()
3. Penguji Anggota 2 : Afif Hidayatul Arham, S.Kep.,Ns ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada tanggal : 16 juni 2017

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Lamongan, 17 Oktober 1993 dari Ayah yang bernama H. M. Khoiron dan Ibu H. Indahwati, penulis merupakan putri pertama dari 3 bersaudara.

Tahun 2006 penulis lulus dari SDN Jogoroto, tahun 2009 penulis lulus dari SMP Negeri 1 Jogoroto, tahun 2012 penulis lulus SMA Budi Utomo Gading Mangu, dan pada tahun 2013 ikut seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur PMDK Diploma III Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes ICMe Jombang.

Demikian Riwayat Hidup saya buat dengan sebenarnya.

Jombang, 10 Juni 2017

Penulis



Viky Dyah Oktavionita

MOTTO

“Tuhan menaruhmu di tempat yang sekarang bukan karena kebetulan. Orang yang hebat tidak dihasilkan melalui kemudahan, kesenangan, dan kenyamanan melainkan dibentuk melalui kesukaran, tantangan dan air mata.”

PERSEMBAHAN

Yang utama dari segalanya

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT, Taburan cinta dan kasih sayang-

Mu telah memberikanku kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkan dengan cinta. 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.

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ibunda dan ayahanda tercinta

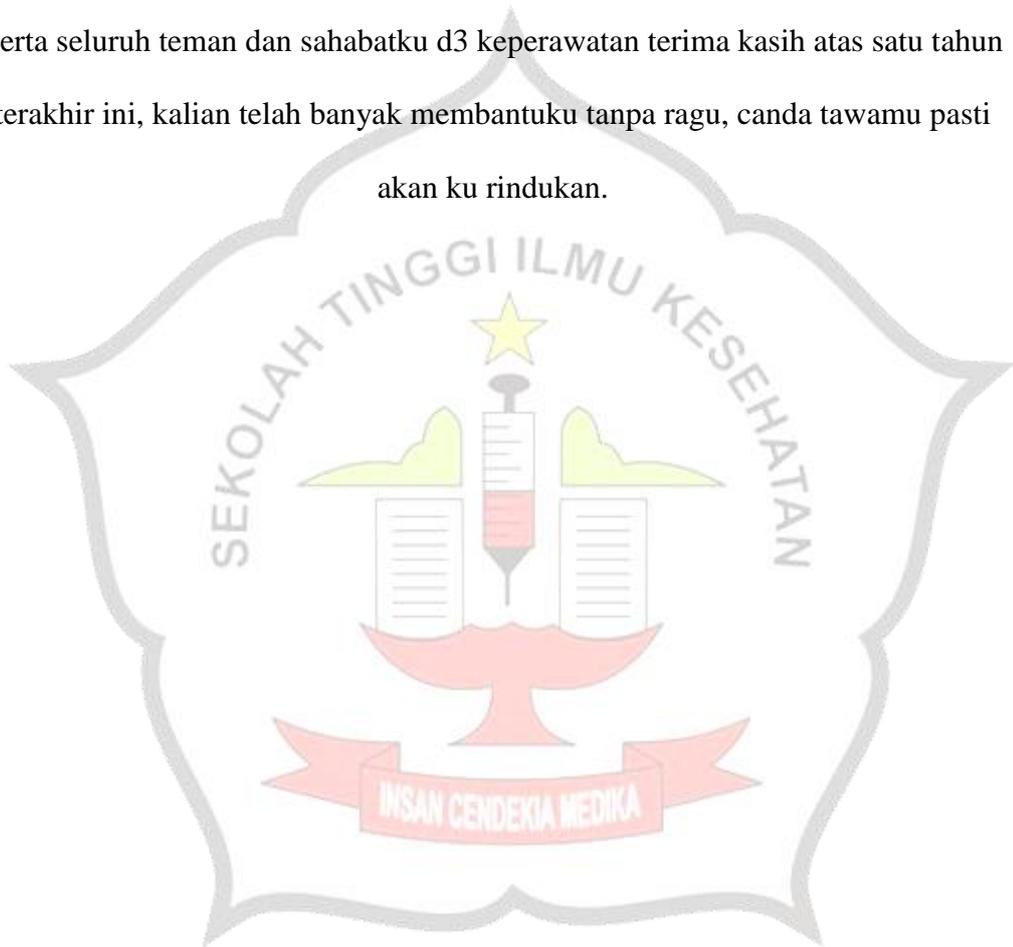
Sebagai tanda bukti, hormat, dan rasa terima kasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada ibu dan ayah yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tiada mungkin dapat kubalas dengan selembar kertas yang bertuliskan kata cinta dan persembahan.

Pembimbingku

Juga tidak lupa aku ucapkan banyak terima kasih kepada pembimbingku yang dengan sabar telah membimbingku dari awal hingga terselesaikannya sebuah karya kecil yang membanggakan bagiku

Teman dan sahabatku

Serta seluruh teman dan sahabatku d3 keperawatan terima kasih atas satu tahun terakhir ini, kalian telah banyak membantuku tanpa ragu, canda tawamu pasti akan ku rindukan.



KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas semua berkat dan rahmatNya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan pada klien Stroke *Non Hemoragik* dengan defisit perawatan diri di ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan” untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam memperoleh gelar Ahli madia Keperawatan Program Studi DIII Keperawatan STIKES ICMe Jombang.

Dalam penelitian ini, peneliti banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada Bpk. H. BambangTutuko, SH.,S.Kep.Ns.,MH selaku ketua STIKES ICMe Jombang, Ibu Maharani Tri P,S.Kep.Ns.,MM selaku ketua prodi DIII Keperawatan STIKES ICMe Jombang, Ibu Maharani Tri P,S.Kep.Ns.,MM selaku pembimbing utama dan Bpk. Afif Hidayatul Arham.,S.Kep.,Ns selaku pembimbing anggota yang telah memberikan saran dan masukan hingga dapat terselesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Peneliti menyadari dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, oleh karenanya penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Jombang, 10 Juni 2017



Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE *NON HEMORAGIK* DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUANG KRISAN RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL PASURUAN

Oleh :
Viky Dyah Oktavionita

Stroke atau Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO), merupakan suatu sindrom yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa *defisit neurologic* atau kelumpuhan saraf. Tujuan studi kasus ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami stroke dengan masalah defisit perawatan diri.

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Partisipan yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus) dengan masalah keperawatan dan diagnosis medis yang sama, yaitu klien stroke non hemoragik dengan masalah defisit perawatan diri. Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi, dokumentasi.

Hasil penelitian disimpulkan sebagai berikut berdasarkan data pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada defisit perawatan diri disusun berdasarkan kriteria NIC NOC 2013 yang meliputi *Self Care* dan *Self Care assistane*. Implementasi kepada klien Tn. M dan Tn. K dikembangkan dari hasil kajian intervensi yang dilakukan dalam 3 kali pertemuan, serta hasil evaluasi setiap akhir sesi implementasi yang disesuaikan dengan keadaan klien.

Berdasarkan hasil evaluasi yang diberikan selama 3 kali pertemuan disimpulkan bahwa terdapat peningkatan dalam hal defisit perawatan diri pada klien Tn. M, dimana pada evaluasi hari ke tiga masalah teratasi sebagian, sedangkan pada klien 2 masalah belum teratasi, jadi Asuhan keperawatan yang diberikan pada klien Tn. M lebih efektif dibandingkan dengan Asuhan Keperawatan yang diberikan pada Tn. K.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, stroke, defisit perawatan diri.

ABTRACT

NURSING CARE IN NON HEMORAGIC STROKE CLIENTS WITH SELF CARE DEFICITS IN KRISSAN ROOM GENERAL HOSPITAL REGIONAL BANGIL PASURUAN

By:
Viky Dyah Oktavionita

Stroke or cerebral circulation of blood interference, is a syndrome cause of blood circulation interference in one of brain part that make brain functional interference in the form defisit neurologic or palsy.

This Research design is descriptif with using study case method. The participants that used were 2 clients (2 cases) with treatment problem and same medic diagnosis, there were stroke non hemoragic client and self treatment deficit problem. The datas collected from interview result, observation, and dokumentary.

The research result were conclude based on these investigation of data, the result of phisycal checkup founded the problem that happened to the clients were self treatment deficit related with physical mobility obstacle. The treatment of Intervention that execute to self treatment deficit stacked base on NIC NOC 2013 criteria which was consist of self care and self care assisstant. The implementation to the client Mr. M and Mr. K were expand from intervention study result which done in 3 times meeting, and evaluation result in the end of each implementation session that appropriate with client condition.

Based on evaluation result that given 3 times meeting concluded there were increasing in treatment deficit to the client Mr. M, which in evaluation day 3 the problem could be overcome partly, while to the client 2 the problem was couldn't be overcome yet, so treatment upbringing that given to the Mr. M was more effective than treatment upbringing to the Mr. K.

Keywords: Nursing care, stroke, self care deficit

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
LEMBAR SURAT PERNYATAAN.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI.....	v
RIWAYAT HIDUP	vi
MOTTO	vii
KATA PENGANTAR.....	ix
ABSTRACK	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR LAMBANG, SINGKATAN dan ISTILAH.....	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	
1.2 Batasan Masalah.....	3
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan.....	4
1.4.1 Tujuan Umum	4
1.4.2 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat.....	5
1.5.1 Manfaat Teoritis	5
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1. Konsep Dasar.....	6
2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri	
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	22
BAB III METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian.....	35
3.2 Batasan Istilah	35
3.3 Partisipan	36
3.4 Lokasidan Waktu Penelitian.....	37
3.5 Pengumpulan Data	37
3.6 Uji Keabsahan Data.....	37
3.7 Analisa Data	38
3.8 Etik Penelitian	39
BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASA	
4.1 Hasil.....	41
4.2 Pembahasan.....	60
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	
5.1 Kesimpulan.....	68
5.2 Saran.....	69
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Hal
2.1	Intervensi Keperawatan.....	31
4.1	Identitas Klien.....	41
4.2	Riwayat Penyakit.....	42
4.3	Perubahan Pola Kesehatan.....	42
4.4	Pemeriksaan Fisik.....	44
4.5	Pemeriksaan Diagnostik.....	45
4.6	Analisa Data.....	48
4.7	Intervensi Keperawatan.....	49
4.8	Implementasi keperawatan 27 Februari 2017.....	50
4.9	Implementasi Keperawatan 28 Februari 2017.....	53
4.10	Implementasi Keperawatan 1 Maret 2017.....	54
4.11	Evaluasi Keperawatan 27 Februari 2017.....	56
4.12	Evaluasi Keperawatan 28 Februari 2017.....	57
4.13	Evaluasi Keperawatan 1 Maret 2017.....	58



DAFTAR GAMBAR

No	Daftar Gambar	Hal
2.1	Pohon Masalah	14



DAFTAR LAMPIRAN

No. Lampiran

Lampiran 1 Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus

Lampiran 2 Permohonan Menjadi Responden

Lampiran 3 Persetujuan Menjadi Responden

Lampiran 4 Format Pengkajian

Lampiran 5 Lembar Surat Ijin Penelitian

Lampiran 6 Lembar persetujuan Study Pendahuluan

Lampiran 7 Lembar BANKESBANPOL

Lampiran 8 Lembar Keterangan Selesai Penelitian

Lampiran 9 Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah



DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

LAMBANG

1. % : Persentase
2. > : Lebih dari
3. < : Kurang dari
4. BB : Berat badan
5. CL : Klorida
6. Cm : Centi meter
7. Cc : *Centimeter Cubic*
8. Kg : Kilo Gram
9. Mg : Mili Gram
10. Mm³ : Mili Meter *Cubic*
11. mmHg : *Mili meter hydrargyrum*
12. NaCL : Natrium Klorida
13. O₂ : Oksigen

SINGKATAN

1. AHA : *American Heart Hyperplasia*
2. BAB : Buang Air Besar
3. BAK : Buang Air Kecil
4. BB : Berat Badan
5. BUN : *Blood Urea Nitrogen atau nitrogen urea darah*
6. CRT : *Cardiac Resynchronization Therapy*
7. DM : Diabetes mellitus
8. EKG : Elektro Kardio Grafik
9. FKUI : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
10. GCS : *Glasgow Coma Scale*
11. HCU : *High Care Unit*
12. ICME : Insan Cendekia Medika
13. ISH : *International Society of Hipertension*
14. IV : Intra Vena
15. IVP : *Intra Venous Pyelografi*

16. JNC : *Joint Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*
17. JVP : *Jugular Venous Pressure*
18. KB : Keluarga Berencana
19. KMB : Keperawatan Medikal Bedah
20. MK : Masalah Keperawatan
21. MRS : Masuk Rumah Sakit
22. NBRG : Nasi Bubur Rendah Garam
23. NGT : *Nasogtratic Tube*
24. NIC : *Nursing Interventions Classification*
25. NOC : *Nursing Outcomes Classification*
26. No.RM : Nomor Rekam Medik
27. N : Nadi
28. Ny : Nyonya
29. PJK : Penyakit Jantung Koroner
30. RAA : *Renin Angiotensin Aldosteron*
31. RS : Rumah Sakit
32. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
33. RR : *Respiration Rate*
34. S : Suhu
35. SGPT : *Serum Glutamic Pyruvic Transaminase*
36. SGOT : *Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase*
37. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
38. TD : Tekanan Darah
39. TIK : Tekanan Intrakranial
40. Tn : Tuan
41. TPR : *Total Peripheral Resistance*
42. VAS : *Visual Analog Scale*
43. WHO : *World Health Organization*

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke atau Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO), merupakan suatu sindrom yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa *defisit neurologic* atau kelumpuhan saraf (Cyntia A, 2012). Kurangnya aliran darah dalam otak menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak. Aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak berhenti, sehingga sebagian otak tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya, sehingga akan membatasi aktivitas kehidupan sehari-hari seperti mandi, berpakaian, makan dan eliminasi (Nabyl, 2012).

Berdasarkan data dari WHO 2016, diperkirakan 17,5 juta orang meninggal karena CVA pada tahun 2012, mewakili 31% dari seluruh kematian global. Dari kematian ini, diperkirakan 7,4 juta adalah karena penyakit jantung koroner dan 6,7 juta adalah karena stroke. Di Indonesia stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan kanker. Prevalensi stroke mencapai 8,3 per 1000 penduduk, 60,7 persennya disebabkan oleh stroke *non hemoragik*. Sebanyak 28,5 % penderita meninggal dunia dan sisanya mengalami kelumpuhan total atau sebagian. Hanya 15 % saja yang dapat sembuh total dari serangan stroke atau kecacatan (Nasution & Halim dkk., 2013 dalam Anisa, 2015). 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, penderita stroke terjadi sebanyak 302.987 jiwa. Dari hasil studi pendahuluan tanggal 27 Februari 2017 di RSUD Bangil Pasuruan di Ruang Krissan, pada tahun 2016 terdapat 481 penderita stroke *non hemoragik* dan pada bulan Februari 2017 terdapat 78 penderita stroke *non hemoragik*.

Stroke dapat menyerang siapa saja terutama penderita penyakit-penyakit kronis, seperti hipertensi, penyakit kardiovaskuler, diabetes mellitus dan obesitas. Hipertensi diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi batas tekanan darah normal. Hipertensi merupakan faktor resiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh darah otak akan mengganggu aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak (Cintya, 2013). Gangguan akibat stroke menimbulkan gejala sisa yang dapat menjadi kecacatan menetap yang selanjutnya membatasi fungsi seseorang dalam aktifitas kehidupan sehari-hari seperti mandi dan berpakaian (Mertha, 2013).

Dalam kasus ini membutuhkan peran perawat dalam upaya untuk memberikan penyuluhan tentang perawatan diri mandi, berpakaian, makan dan eliminasi yaitu dengan cara mempertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri, pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri, menyediakan artikel pribadi yang diinginkan seperti sikat gigi, sabun mandi, shampoo, handuk, memfasilitasi

gigi pasien menyikat dengan sesuai, memfasilitasi diri pasien untuk mandi yang sesuai, bantu pasien memilih pakaian yang mudah dipakai dan dilepas, sediakan pakaian pasien pada tempat yang mudah dijangkau, fasilitasi pasien untuk menyisir rambut, dukung kemandirian dalam berpakaian atau berhias, pertahankan privasi saat pasien berpakaian, bantu pasien untuk menaikkan, mengancingkan dan merisleting pakaian, memonitor pasien kemampuan untuk menelan, identifikasi diet yang diresepkan, ciptakan lingkungan yang menyenangkan, menyediakan makanan pada suhu yang paling selera, membantu pasien ke toilet, menyediakan privasi selama eliminasi (Nanda, 2016). Berdasarkan latar belakang diatas terkait dengan angka kejadian stroke yang masih tinggi, menjadi hal yang menarik bagi penulis untuk melakukan pengelolaan kasus keperawatan dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah, dengan judul "Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri".

1.2 Batasan masalah

Masalah pada studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri mandi di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
- b. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri mandi di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri mandi di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri mandi di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan.
- e. Melakukan evaluasi keperawatan keluarga pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri mandi di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Menambah khasanah keilmuan untuk perkembangan pengetahuan dan menambah wawasan dalam mencari pemecahan masalah pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di RSUD Bangil Pasuruan.

1.5.2 Manfaat Praktis

- a. Bagi klien dan keluarga

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus stroke *non hemoragik* yang dialami dengan kaus nyata dalam pelaksanaan keperawatan, seperti cara untuk perawatan diri.

- b. Bagi Institusi Pendidikan STIKES ICME

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada klien dengan gangguan stroke *non hemoragik*.

- c. Bagi Perawat

Asuhan Keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan sikap dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien stroke *non hemoragik*.

d. Bagi peneliti selanjutnya

Asuhan Keperawatan ini dapat dijadikan dasar informasi dan pertimbangan peneliti selanjutnya untuk menambah pengetahuan tentang asuhan keperawatan pada klien stroke *non hemoragik*.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Definisi Stroke

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

Stroke adalah gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena perdarahan ataupun sumbatan, dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian (Junaidi, 2011).

Stroke adalah istilah yang menggambarkan perubahan neurologis akibat gangguan aliran darah di otak. Stroke juga merupakan kondisi *emergency* akibat iskemia serebral dengan penurunan aliran darah dan oksigen ke jaringan otak atau disebabkan *hemoragik* serebral yang menyebabkan kerusakan otak yang permanen (Pinto & Caple dalam Ardi, 2011).

2.1.2 Klasifikasi Stroke

Stroke dapat diklasifikasikan menurut patologi dan gejala kliniknya, 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. Kesadaran pasien umumnya menurun.

Perdarahan otak dibagi dua yaitu:

- a. Perdarahan *intracerebral*: pecahnya pembuluh darah (*mikroaneurisma*) terutama karena hipertensi mengakibatkan darah masuk ke dalam jaringan otak, membentuk massa yang menekan jaringan otak dan mengakibatkan edema otak
- b. Perdarahan *subarachnoid*: perdarahan ini berasal dari pecahnya aneurisma berry atau AVM. *Aneurisma* yang pecah ini berasal dari pembuluh darah sirkulasi willisi dan cabang-cabangnya yang terdapat diluar parenkim otak.

2) Stroke *non haemorrhagic* (CVA infark)

Dapat berupa iskemia atau emboli dan thrombosis serebral, biasanya terjadi saat setelah lama beristirahat, baru bangun tidur atau di pagi hari. Tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia yang menimbulkan hipoksia dan selanjutnya dapat timbul edema sekunder (Arif Muttaqin, 2008).

Menurut perjalanan penyakit atau stadiumnya:

a. TIA (*Trans Iskemik Attack*)

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

b. 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.

c. Stroke komplit

Gangguan neurologi yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan istilahnya, stroke komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang (Andra & Yessie, 2013).

2.1.3 Etiologi Stroke

Menurut Muttaqin (2008) Penyebab stroke dibagi menjadi 3, yaitu :

1) Trombosis serebral

Trombosis ini terjadi pada pembuluh darah yang mengalami oklusi sehingga menyebabkan iskemia jaringan otak yang dapat menimbulkan edema dan kongesti di sekitarnya. Thrombosis biasanya terjadi pada orang tua yang sedang tidur atau bangun tidur. Hal ini dapat terjadi karena penurunan aktivitas simpatis dan penurunan tekanan darah yang dapat menyebabkan iskemi serebral.

Beberapa keadaan yang dapat menyebabkan trombosis otak adalah :

Aterosklerosis, hiperkoagulasi pada *polisitemia*, Emboli, Radang pada arteri.

2) Hemoragi

Perdarahan *intrakranial/ intraserebral* termasuk perdarahan dalam ruang *subaraknoid* atau ke dalam jaringan otak sendiri. Perdarahan ini bisa terjadi karena *aterosklerosis* dan hipertensi. Akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah ke dalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, edema, dan mungkin herniasi otak.

3) hipoksia

Beberapa penyebab yang berhubungan dengan hipoksia adalah :
Hipertensi yang parah, henti jantung – paru, curah jantung akibat aritmia, spasme arteri serebral yang disertai perdarahan subaraknoid, Vasokonstriksi arteri otak disertai sakit kepala migren.

2.1.4 Manifestasi klinis

Pada stroke *non hemoragik* (iskemik), gejala utamanya adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak atau subakut, di dahului gejala prodromal, terjadinya pada waktu istirahat atau bangun pagi dan biasanya kesadaran tidak menurun, kecuali bila embolus cukup besar, biasanya terjadi pada usia >50 tahun.

Menurut WHO dalam *International Statistical Classification Of Disease And Related Health Problem 10th revision*, stroke hemoragik dibagi atas :

1. Pendarahan Intracerebral (PIS) adalah perdarahan yang primer berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma.
2. Pendarahan Subarakhnoid (PSA) adalah keadaan terdapatnya atau masuknya darah ke dalam ruang subarakhnoid baik dari tempat lain (PSA sekunder) atau sumber perdarahan berasal dari rongga subarakhnoid itu sendiri (PSA primer).

Stroke akibat PIS mempunyai gejala yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertensi, serangan sering kali siang hari, saat aktifitas atau emosi atau marah, sifat nyeri kepalanya hebat sekali, mual dan muntah sering terdapat pada permulaan serangan. Hemiparesis atau hemiplegi bisa terjadi pada permulaan serangan, kesadaran biasanya menurun dan cepat masuk koma (60% terjadi setelah 2 jam, 23% antara setengah jam sampai dengan 2 jam, dan 12% terjadi setelah 2 jam, sampai 19 hari.).

Pada pasien PSA gejala prodromal berupa nyeri kepala hebat dan akut, kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi, ada gejala atau tanda rangsangan meningeal, oedem pupil dapat terjadi bila ada *subhialoid* karena pecahnya *aneurisma* pada arteri komunikans anterior atau arteri karotis interna.

Gejala neurologis tergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.

Manifestasi klinis stroke akut dapat berupa :

1. Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparesis yang timbul mendadak)
2. Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemiparesis)
3. Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)
4. *Afasia* (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)
5. *Disartria* (bicara pelo atau cedal)
6. Gangguan penglihatan (*hemianopia* atau monokuler, atau diplopia)
7. *Ataksia* (trunkal atau anggota badan)
8. Vertigo, mual muntah, atau nyeri kepala (Rendy & Margareth, 2012).

2.5.1 Patofisiologi

Otak sangat tergantung pada oksigen dan tidak memiliki cadangan oksigen. Setiap kondisi yang menyebabkan perubahan perfusi darah pada otak akan menyebabkan hipoksia. Hipoksia yang berlangsung lama dapat menyebabkan iskemik otak. Iskemik yang terjadi dalam waktu yang singkat kurang dari 10 – 15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen. Sedangkan iskemik yang terjadi dalam waktu yang lama dapat menyebabkan sel mati permanen dan mengakibatkan infark pada otak (Batticaca, 2008).

Setiap defisit fokal permanen akan bergantung pada daerah otak dimana yang terkena. Daerah otak yang terkena akan menambarkan pembuluh darah otak yang terkena. Pembuluh darah yang paling sering mengalami iskemik adalah arteri serebral tengah dan arteri karotis interna. Defisit fokal permanen dapat tidak diketahui jika klien pertama kali mengalami iskemik otak total yang dapat teratasi.

Jika aliran darah ke tiap bagian otak terhambat karena trombus atau emboli, maka mulai terjadi kekurangan suplai oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen dalam waktu satu menit dapat menimbulkan gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Sedangkan kekurangan oksigen dalam waktu yang lama akan menyebabkan nekrosis mikroskopik neuron – neuron. Area yang mengalami nekrosis disebut *infark*.

Gangguan peredaran darah otak akan menimbulkan gangguan pada metabolisme sel – sel neuron, dimana sel – sel neuron tidak mampu menyimpan glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glikogen sehingga kebutuhan metabolisme tergantung dari glukosa dan oksigen yang terdapat pada arteri – arteri yang menuju otak.

Perdarahan *intrakranial* termasuk perdarahan kedalam ruang *subaraknoid* atau kedalam jaringan otak sendiri. Hipertensi mengakibatkan timbulnya penebalan dan degeneratif pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebarkan dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

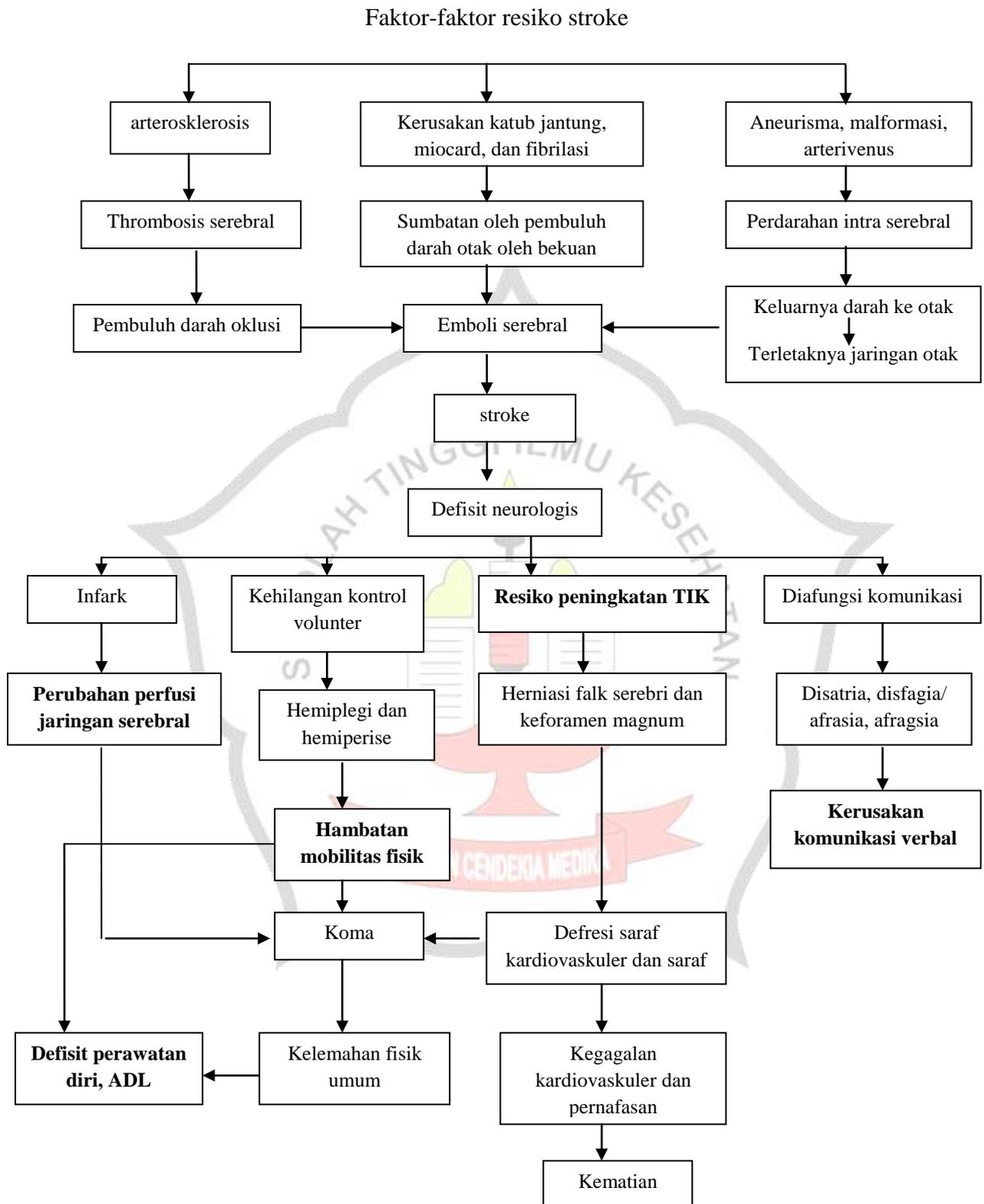
Perdarahan biasanya berhenti karena pembentukan trombus oleh fibrin trombosit oleh tekanan jaringan. Setelah 3 minggu, darah mulai *direabsorsi*. Ruptur ulangan merupakan resiko serius yang terjadi sekitar 7-10 hari setelah perdarahan pertama.

Ruptur ulangan mengakibatkan terhentinya aliran darah ke bagian tertentu, menimbulkan iskemik fokal, dan infark jaringan otak. Hal tersebut dapat menimbulkan gegar otak dan kehilangan kesadaran, peningkatan tekanan cairan *serebrospinal* (CSS), dan menyebabkan gesekan otak (otak terbelah sepanjang serabut). Perdarahan mengisi ventrikel atau hematoma yang merusak jaringan otak.

Perubahan sirkulasi CSS, obstruksi vena, adanya edema dapat mengakibatkan tekanan *intrakranial* yang membahayakan jiwa dengan cepat. Peningkatan tekanan *intrakranial* yang tidak diobati akan mengakibatkan herniasi *serebellum*. Disamping itu juga terjadi bradikardi, hipertensi sistemik, dan gangguan pernafasan.

Darah merupakan bagian yang merusak dan bila terjadi *hemodialisa*, darah dapat mengiritasi pembuluh darah, meningen, dan otak. Darah dan *vasokatif* yang dilepas mendorong spasme arteri yang berakibat menurunnya perfusi serebral. Spasme serebri atau *vasospasme* biasa terjadi pada hari ke 4 sampai ke 10 setelah terjadinya perdarahan dan mengakibatkan konstriksi arteri otak. Vasospasme merupakan komplikasi yang mengakibatkan terjadinya penurunan fokal neurologis, iskemik otak, dan infark (Fransisca, 2008)

2.1.6 Pohon Masalah



2.1.7 Komplikasi

- a. Berhubungan dengan imobilisasi
 - a) Infeksi pernafasan
 - b) Nyeri berhubungan dengan darah yang tertekan
 - c) Konstipasi
 - d) *Tromboflebitis*
- b. Berhubungan dengan mobilisasi
 - a) Nyeri pada daerah punggung
 - b) Dislokasi sendi
- c. Berhubungan dengan kerusakan otak
 - a) Epilepsy
 - b) Sakit kepala
 - c) Kraniotomi
- d. *Hidrosefalus*

(Andra & Yessie, 2013)

2.1.8 Pemeriksaan penunjang

Menurut Fransisca (2008), pemeriksaan penunjang stroke adalah:

- a. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri, oklusi atau rupture.
- b. Elektro *encefalography*

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

c. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat pada trobus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisma pada pendarahan *sub arachnoid*.

d. *Ultrasonography Doppler*

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis atau aliran darah atau muncul *plaque* atau *arterosklerosis*).

e. CT_Scan

Memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.

f. MRI

Menunjukkan adanya abnormal dan biasanya ada trombosis, emboli dan TIA, tekanan meningkat dan cairan mengandung darah menunjukkan *hemoragi sub arachnoids* atau perdarahan *intracranial*.

g. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah ada pembesaran ventrikel kiri yang merupakan salah satu tanda hipertensi kronis pada penderit stroke, menggambarkan perubahan lempeng pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas (Andra & Yessie, 2013).

h. Pemeriksaan laboratorium

1) Darah rutin

2) Gula darah

3) Urin rutin

- 4) Cairan serebrospinal
- 5) Analisa gah darah (AGD)
- 6) Biokimia darah
- 7) Elektrolit

2.1.9 Penatalaksanaan

Menurut Andra & Yessie (2013) yaitu:

a. Penatalaksanaan umum

- 1) Posisi kepala dan berat badan 20-30 derajat, posisi lateral dekubitus bila disertai muntah. Boleh dimulai mobilisasi terhadap 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 diperhatikan.
- 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 dan rehabilitasi dini jika tidak ada kontra indikasi

b. Penatalaksanaan medis

- 1) Trombolitik (*streptokinase*)
- 2) Anti platelet atau anti trombolitik (*Asetosol, Ticlopidin, cilostazol, dipiridamol*)
- 3) Antikoagulan (*heparin*)

- 4) *Hemorragea (pentoxifylin)*
- 5) *Antagonis serotonin (Noftridrofuryl)*
- 6) *Antagonis calcium (nomodipin, piracetam)*

c. Penatalaksanaan khusus atau komplikasi

- 1) Atasi kejang (*Antikonvulsan*)
- 2) Atasi tekanan *intracranial* yang meninggi 9 manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid)
- 3) Atasi *dekompresi (Kraniotomi)*
- 4) Untuk penatalaksanaan faktor resiko
 - a) Atasi hipertensi (anti hipertensi)
 - b) Atasi hiperglikemia (anti hiperglikemia)
 - c) Atasi hiperurisemia (anti hiperurisemia)

2.2 Konsep Defisit perawatan diri

2.2.1 Definisi

Defisit perawatan diri menggambarkan suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan eliminasi. (NANDA NIC-NOC, 2013)

2.2.2 Etiologi defisit perawatan diri

Menurut Potter dan Perry (2006), ada faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene yaitu :

a. Citra tubuh

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

b. Status sosial ekonomi

Personal hygiene memerlukan alat dan bahan seperti sabun, pasta gigi, sikat gigi, sampo, alat mandi yang semuanya memerlukan uang untuk menyediakannya.

c. Pengetahuan

Pengetahuan tentang personal hygiene sangat penting karena pengetahuan yang baik dapat meningkatkan kesehatan.

d. Variabel kebudayaan

Disebagian masyarakat jika individu sakit tidak boleh dimandikan.

e. Kondisi fisik

Pada keadaan tertentu atau sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan memerlukan bantuan.

Menurut Tarwoto (2009), ada beberapa dampak yang sering timbul pada masalah defisit perawatan diri seperti:

a. Dampak Fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpelihara kebersihan perorangan dengan baik. Gangguan fisik yang sering terjadi adalah: gangguan integritas

kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan fisik pada kuku.

b. Dampak Psikososial

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 Klasifikasi defisit perawatan diri

Klasifikasi Perawatan Diri terdiri dari, (Nurjanah, 2004):

1. Kurang Perawatan Diri : Mandi

Kurang perawatan diri : mandi adalah gangguan kemampuan untuk melakukan aktivitas mandi/kebersihan diri.

2. Kurang Perawatan Diri : Mengenai pakaian/berhias

Kurang perawatan diri mengenakan pakaian adalah gangguan kemampuan memakai pakaian dan aktivitas berdandan sendiri.

3. Kurang Perawatan Diri : Makan

Kurang perawatan diri : makan adalah gangguan kemampuan untuk menunjukkan aktivitas makan.

4. Kurang Perawatan Diri : *Toileting*

Kurang perawatan diri : *Toileting* adalah gangguan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas toileting sendiri.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi defisit perawatan diri

Sikap seseorang melakukan hygiene perorangan dipengaruhi oleh beberapa faktor, (Potter & Perry, 2005) :

1. *Body image*/Citra tubuh

Gambaran individu terhadap dirinya sangat mempengaruhi kebersihan diri, misalnya karena adanya perubahan fisik dan penyakit yang dideritanya sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihannya.

2. Praktik sosial

Kelompok-kelompok sosial wadah seseorang dapat mempengaruhi praktik hygiene pribadi.

3. Pengetahuan

Pengetahuan tentang pentingnya hygiene dan implikasinya bagi kesehatan mempengaruhi praktik hygiene. Klien juga harus termotivasi untuk memelihara perawatan diri, pembelajaran praktik diharapkan dapat memotivasi seseorang untuk memenuhi perawatan yang perlu.

4. Keadaan Fisik

Pada keadaan tertentu / sakit kemampuan untuk merawat diri berkurang dan perlu bantuan untuk melakukannya.

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Definisi

A. Identitas klien

Meliputi nama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

B. Riwayat kesehatan dahulu

- a. Riwayat hipertensi
- b. Riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embliisme serebral
- c. Riwayat tinggi kolesterol
- d. Obesitas
- e. Riwayat DM
- f. Riwayat aterosklerosis
- g. Merokok
- h. Riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensi dan meningkatnya kadar estrogen
- i. Riwayat konsumsi alkohol

C. Riwayat kesehatan sekarang

- a. Kehilangan komunikasi
- b. Gangguan persepsi
- c. Kehilangan motorik
- d. Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (*hemiplegia*), merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)

D. Riwayat kesehatan keluarga

Apakah ada riwayat penyakit degenerative dalam keluarga

E. Pemeriksaan data dasar

a) Aktivitas / istirahat

- 1) Merasa kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (*hemiplegia*)
- 2) Merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot)
- 3) Gangguan tonus otot (*flaksid, spastik, paralitik hemiplegia*) dan terjadi kelemahan umum
- 4) Gangguan penglihatan
- 5) Gangguan tingkat kesadaran

b) Sirkulasi

- 1) Adanya penyakit jantung (reumatik atau penyakit jantung vaskuler, *endokarditis, polisitemia, riwayat hipotensi postural*)
- 2) Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme atau malformasi vaskuler
- 3) Frekuensi nadi dapat bervariasi karena ketidakefektifan fungsi

c) Eliminasi

- 1) Perubahan pola berkemih seperti : *inkontinensia urin, anuria*
- 2) *Distensi* abdomen, bising usus (-)

d) Makanan / cairan

- 1) Nafsu makan hilang, mual muntah selama fase akut atau peningkatan TIK
- 2) Kehilangan sensasi (rasa kecap pada lidah, pipi dan tengkorak)
- 3) *Disfagia*, riwayat DM, peningkatan lemak dalam darah
- 4) Kesulitan menelan (gangguan pada reflek *palatum* dan *faringeal*), obesitas

e) *Neurosensori*

- 1) Adnya sinkope atau pusing, sakit kepala berat
- 2) Kelemahan, kesemutan, kebas pada sisi terkena seperti mati / lumpuh.
- 3) Penglihatan menurun: buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (diplopia)
- 4) Sentuhan : hilangnya rangsangan sensori kontra lateral (ada sisi tubuh yang berlawanan atau pada ekstremitas dan kadang pada ipsilateral satu sisi) pada wajah.
- 5) Gangguan rasa pengecap dan penciuman.
- 6) Gangguan fungsi kognitif: penurunan memori
- 7) Ekstremitas : kelemahan atau paralise (kontralateral), tidak dapat menggenggam reflek tendon melemah secara kontralateral.

F. Pemeriksaan head to toe

a. Kepala

Kulit kepala :

Tujuan : untuk mengetahui turgor kulit dan tekstur kulit dan mengetahui adanya lesi atau bekas luka.

Inspeksi : lihat ada atau tidak adanya lesi, warna kehitaman /kecoklatan, edema, dan distribusi rambut kulit.

Palpasi : diraba dan tentukan turgor kulit elastik atau tidak, tekstur : kasar atau halus, akril dingin/hangat.

b. Rambut

Tujuan : untuk mengetahui warna, tekstur dan percabangan pada rambut dan untuk mengetahui mudah rontok dan kotor.

Inspeksi : distribusi rambut merata atau tidak, kotor atau tidak, bercabang.

Palpasi : mudah rontok atau tidak, tektur kasar atau halus.

c. Kuku

Tujuan : utuk mengetahui keadaan kuku, warna dan panjang, dan untuk mengetahui kapiler refill.

Inspeksi : catat mengenai warna biru : sianosis, merah : peningkatan visibilitas Hb, bentuk : clubbing karena hypoxia pada kangker paru.

Palpasi : catat adanya nyeri tekan, dan hitung berapa detik kapiler refill (pada pasien hypoxia lambat 5-15 detik).

d. Kepala/wajah

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi kepala dan untuk mengetahui luka dan kelainan pada kepala.

Inspeksi : lihat kesimetrisan wajah jika muka kanan dan kiri berbeda atau missal lebih condong ke kanan atau ke kiri, itu menunjukkan ada parase/kelumpuhan.

Palpasi : cari adanya luka, tonjolan patologik dan respon nyeri dengan menekan kepala sesuai kebutuhan.

e. Mata

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi mata (medan penglihatan visus dan otot-otot mata), dan juga untuk mengetahui adanya kelainan atau pandangan pada mata.

Inspeksi : kelopak mata ada lubang atau tidak, reflek kedip baik/tidak, konjungtiva dan sclera : merah atau konjungtivitis, ikterik/indikasi hiperbilirubin atau gangguan pada hepar, pupil : isokor, miosis atau medriasis.

Palpasi : tekan secara rinagn untuk mengetahui adanya TIO (tekanan intra okuler) jika ada peningkatan

akan teraba keras (pasien *glaucoma*/kerusakan dikus *optikus*) kaji adanya nyeri tekan.

f. Hidung

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan fungsi hidung dan mengetahui adanya inflamasi atau sinusitis.

Inspeksi : apakah hidung simetris, apakah ada inflamasi, apakah ada secret.

Palpasi : apakah ada nyeri tekan massa.

g. Telinga

Tujuan : untuk mengetahui kedalaman telinga luar, saluran telinga, gendang telinga.

Inspeksi : daun telinga simetris atau tidak, warna, ukuran bentuk, kebersihan, lesi.

Palpasi : tekan daun telinga apakah ada respon nyeri, rasakan kelenturan kartilago.

h. Mulut dan faring

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan kelainan pada mulut, dan untuk mengetahui kebersihan mulut.

Inspeksi : amati bibir apa ada kelainan *congenital* (bibir sumbing) warna, kesimetrisan, kelembaban pembengkakan, lesi, amati jumlah dan bentuk gigi, berlubang, warna plak dan kebersihan gigi.

Palpasi : pegang dan tekan darah pipi kemudian rasakan ada massa atau tumor, pembengkakan dan nyeri.

j. Leher

Tujuan : untuuk menentukan struktur integritas leher, untuk mengetahui bentuk dan organ yang berkaitan dan untuk memeriksa system limfatik.

Inspeksi : amati mengenai bentuk, warna kulit, jaringan parut, amati adanya pembengkakan kelenjar tiroid, amati kesimetrisan leher dari depan belakan dan samping.

Palpasi : letakkan telapak tangan pada leher klien, suruh pasien menelan dan rasakan adanya kelenjar tiroid.

k. Dada

Tujuan : untuk mengetahui bentuk kesimetrisan, frekuensi, irama pernafasan, adanya nyeri tekan, dan untuk mendengarkan bunyi paru.

Inspeksi : amati kesimetrisan dada kanan kiri, amati adanya retraksi interkosta, amati pergerakan paru.

Palpasi : adakah nyeri tekan , adakah benjolan

Perkusi : untuk menentukan batas normal paru.

Auskultasi : untuk mengetahui bunyi nafas, *vesikuler*, *wheezing/crecles*.

1. Abdomen

Tujuan : untuk mengetahui bentuk dan gerakan perut ,
mendengarkan bunyi peristaltik usus, dan
mengetahui respon nyeri tekan pada organ dalam
abdomen.

Inspeksi : amati bentuk perut secara umum, warna kulit,
adanya retraksi, penonjolan, adanya ketidak
simetrisan, adanya asites.

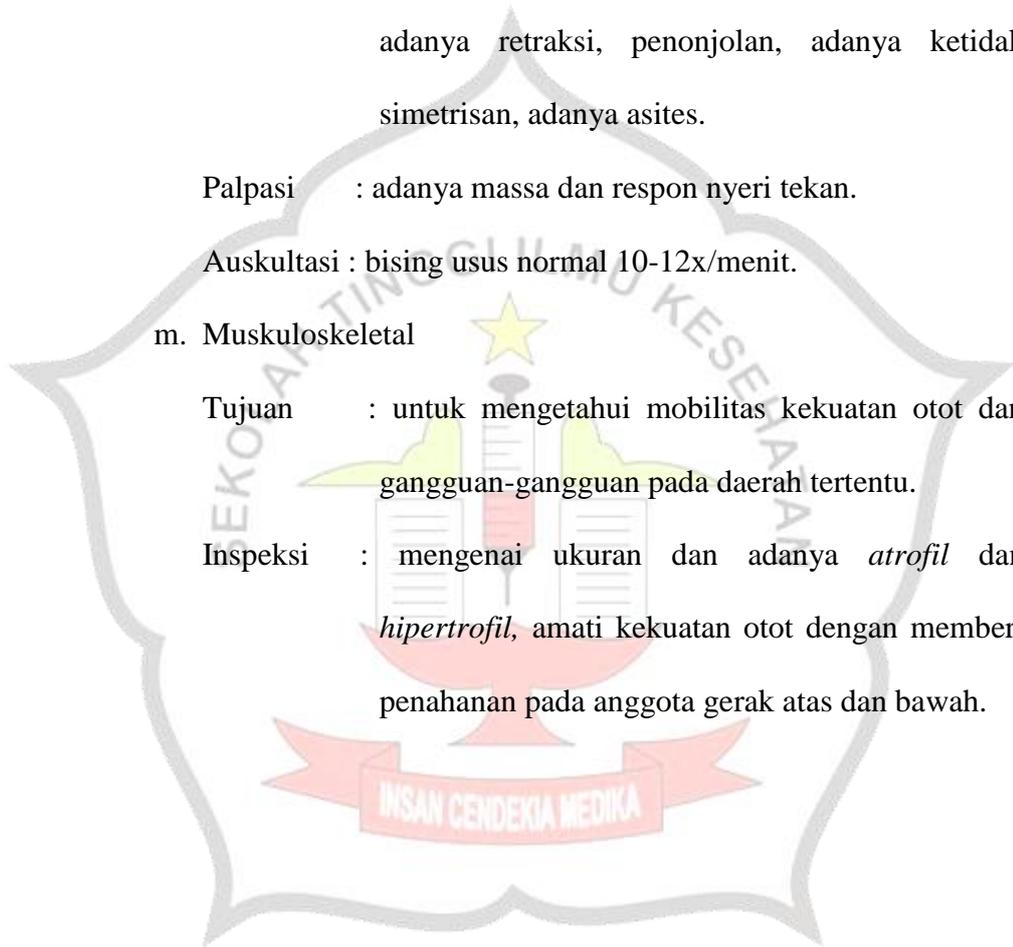
Palpasi : adanya massa dan respon nyeri tekan.

Auskultasi : bising usus normal 10-12x/menit.

m. Muskuloskeletal

Tujuan : untuk mengetahui mobilitas kekuatan otot dan
gangguan-gangguan pada daerah tertentu.

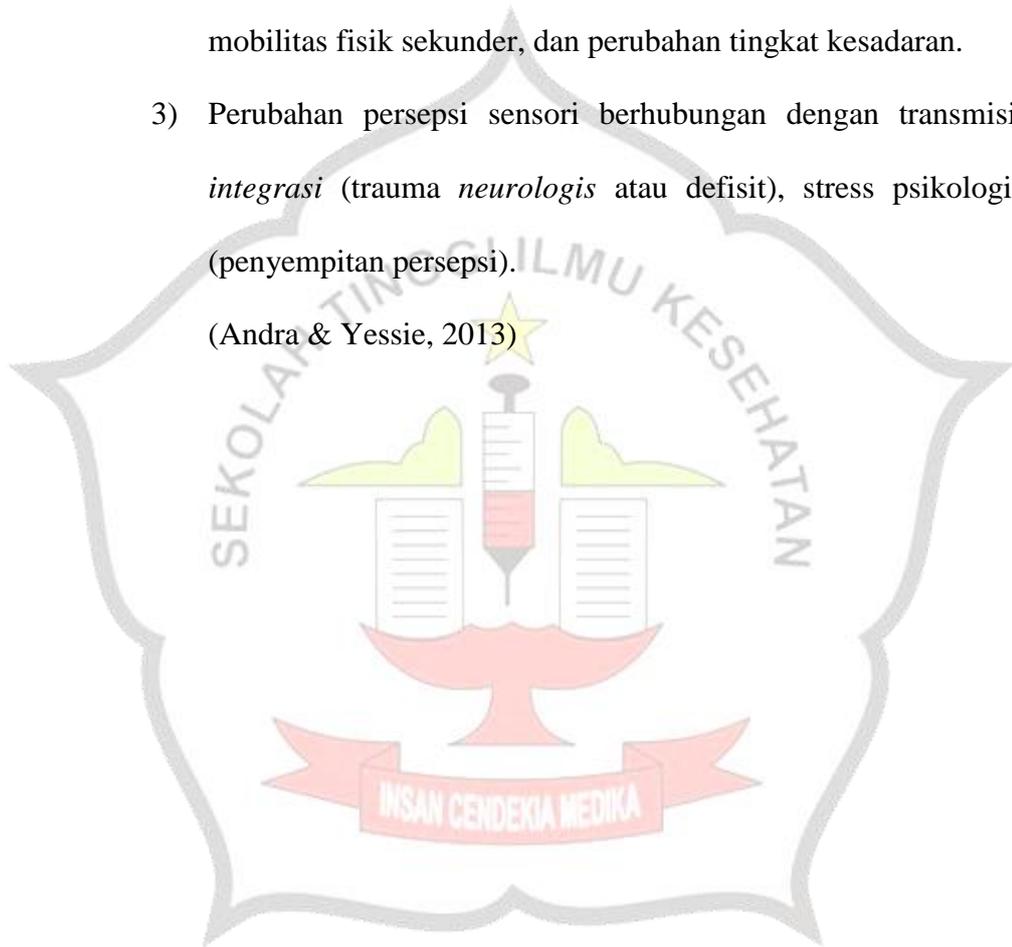
Inspeksi : mengenai ukuran dan adanya *atrofil* dan
hipertrofil, amati kekuatan otot dengan memberi
penahanan pada anggota gerak atas dan bawah.



2.3.2 Diagnosa keperawatan

- 1) Defisit perawatan diri berhubungan dengan *neuromuscular*, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot atau koordinasi.
- 2) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan akumulasi sekret, kemampuan batuk menurun, penurunan mobilitas fisik sekunder, dan perubahan tingkat kesadaran.
- 3) Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan transmisi, *integrasi* (trauma *neurologis* atau defisit), stress psikologis (penyempitan persepsi).

(Andra & Yessie, 2013)



2.3.3 Intervensi Keperawatan

Table 2.1 Intervensi keperawatan menurut NANDA NIC-NOC 2013

Diagnosa keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
<p>Defisit perawatan diri</p> <p>Definisi: Gangguan untuk melakukan ADL pada diri.</p> <p>Batasan Karakteristi:</p> <p>a. Ketidakmampuan untuk mandi</p> <p>b. Ketidakmampuan untuk berpakaian</p> <p>c. Ketidakmampuan untuk makan</p> <p>d. Ketidakmampuan untuk eliminasi</p> <p>Faktor yang berhubungan:</p> <p>a. Kelemahan</p> <p>b. Kerusakan kognitif atau perceptual</p> <p>c. Kerusakan neuromuscular atau otot-otot saraf</p> <p>d. Nyeri</p>	<p>Tujuan:</p> <p>Setelah dilakukan tindakan 1x24 jam, pasien bisa melakukan perawatan diri sendiri</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <p>a. Klien tampak bersih dan rapi</p> <p>b. Klien terbebas bau badan</p> <p>c. Kebutuhan terpenuhi</p>	<p>a. Bina hubungan saling percaya dengan klien</p> <p>Rasional: Memudahkan perawat dalam melaksanakan tugas perawatan diri.</p> <p>b. Fasilitasi klien untuk mandi secara mandiri</p> <p>Rasional: Meningkatkan kemampuan pasien dalam personal hygiene.</p> <p>c. Bantu klien dalam kebersihan badan, mulut, dan kuku</p> <p>Rasional: Agar pasien tampak rapi dan nyaman dengan dirinya</p> <p>d. Sediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya deodorant, sikat gigi, sabun mandi, shampoo, handuk dan artikel lainnya yang dibutuhkan)</p> <p>Rasional: Agar klien bisa merawat dirinya dengan baik.</p> <p>e. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat dan santai</p> <p>Rasional: klien bisa merasa nyaman dan bisa melakukannya dengan baik.</p> <p>f. Sediakan pakaian pasien pada tempat yang mudah dijangkau</p> <p>Rasional: Memudahkan pasien untuk menjangkau pakaian.</p>

g. Fasilitasi pasien untuk menyisir rambut

Rasional: Menjaga kerapian pasien.

h. Dukung kemandirian dalam berpakaian dan berhias

Rasional: meningkatkan motivasi bagi pasien dalam berpakaian dan berhias.

i. Pertahankan privasi saat pasien berhias

Rasional: Menjaga kehormatan pasien.

n. Bantu pasien untuk menaikkan, mengancingkan, dan merisleting pakaian

Rasional: memudahkan pasien untuk melakukannya.

o. Ciptakan lingkungan yang nyaman selama makan

Rasional: agar pasien tidak kehilangan selera makan.

p. Sediakan makanan pada suhu yang paling selera

Rasional: membuat pasien lebih mudah untuk memakannya.

q. Memonitor pasien kemampuan untuk menelan

Rasional: untuk mengetahui tingkat kemampuan pasien dalam menelan.

r. Identifikasi diit yang diresepkan

Rasional: untuk menghindari alergi makanan.



s. Bantu pasien ketoilet

Rasional: untuk memudahkan pasien dalam emiliasi.

t. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi

Rasional: agar lebih diperhatikannya lagi masalah privasi.

u. Sediakan privasi selama eliminasi

Rasional: untuk menjaga kehormatan pasien.

v. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi

Rasional: menjaga kebersihan dan kenyamanan pasien.

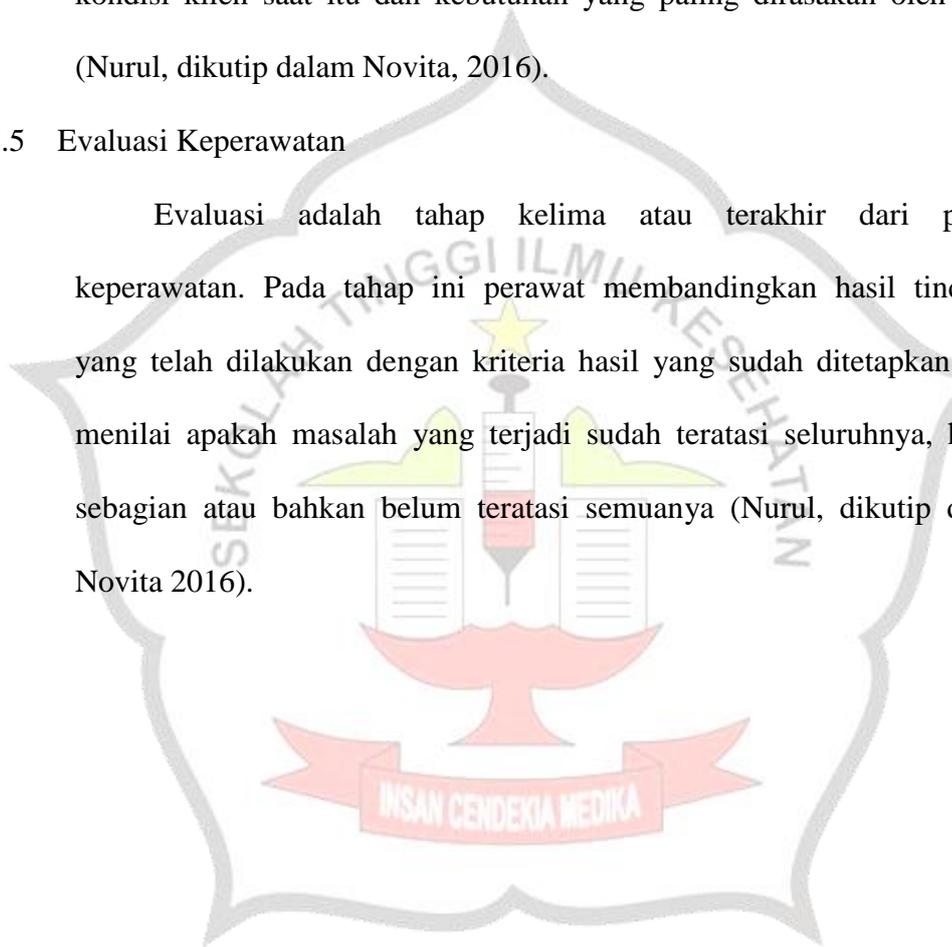


2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien. Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien (Nurul, dikutip dalam Novita, 2016).

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dari proses keperawatan. Pada tahap ini perawat membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan serta menilai apakah masalah yang terjadi sudah teratasi seluruhnya, hanya sebagian atau bahkan belum teratasi semuanya (Nurul, dikutip dalam Novita 2016).



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif. Yaitu dengan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk mendeskripsikan (memaparkan) peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini yang dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data factual dari pada penyimpulan. Fenomena disajikan secara apa adanya tanpa memanipulasi dan peneliti tidak mencoba menganalisis bagaimana dan mengapa fenomena tersebut bisa terjadi (Nursalam, 2013). Studi kasus ini merupakan studi kasus untuk mengeksplor masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di riang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian maka peneliti sangat perlu menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus penelitian studi kasus ini. Pada judul Asuhan Keperawatan Klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri, penyusun studi kasus telah menjabarkan tentang konsep stroke dan defisit perawatan diri, sebagai berikut :

- 3.2.1 Asuhan Keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan melalui metode asuhan keperawatan yang ilmiah, sistematis, dinamis, dan terus-

menerus serta berkesinambungan dimulai dari Pengkajian (Pengumpulan Data, Analisis Data, dan Penentuan Masalah) Diagnosis Keperawatan, Pelaksanaan, dan Penilaian, Tindakan Keperawatan (evaluasi).

3.2.2 Klien adalah seorang individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan masalah keperawatan dan diagnosa yang sama.

3.2.3 Stroke adalah istilah yang menggambarkan perubahan neurologis akibat gangguan aliran darah di otak. Stroke juga merupakan kondisi *emergency* akibat iskemia serebral dengan penurunan aliran darah dan oksigen ke jaringan otak atau disebabkan *hemoragik serebral* yang menyebabkan kerusakan otak yang permanen.

3.2.4 Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang yang mengalami hambatan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri, seperti mandi, berganti pakaian, makan dan eliminasi. Jika seseorang tidak dapat melakukan semua perawatan diri, situasi ini digambarkan sebagai defisit perawatan total.

3.3 Partisipan

Subyek yang digunakan adalah 2 klien (2 kasus) dengan masalah keperawatan dan diagnosis medis yang sama, yaitu klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan KTI studi kasus adalah di Ruang Krissan RSUD Bangil.

3.4.2 Waktu

Mulai penyusunan proposal September sampai Maret 2017.

3.5 Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang digunakan adalah:

- 1) Wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang-dahulu-keluarga dll). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya).
- 2) Observasi dan Pemeriksaan fisik (dengan pendekatan IPPA : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi) pada system tubuh klien.
- 3) Studi dokumentasi dan angket (hasil dari pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan).

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data/informasi yang diperoleh sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Uji keabsahan data dilakukan dengan :

- 1) Memperpanjang waktu pengamatan.
- 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisa Data

Analisa data adalah data yang 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 yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut.

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 (catatan terstruktur).

2) Mereduksi data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3) Penyajian data

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

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

3.8 Etik Penelitian

Menurut Kvale (2011) dikutip dalam Dr. Yati A & Imam Nur R, 2014, mencantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

1) Konsekuensi *beneficiene*/ Manfaat Peneliti

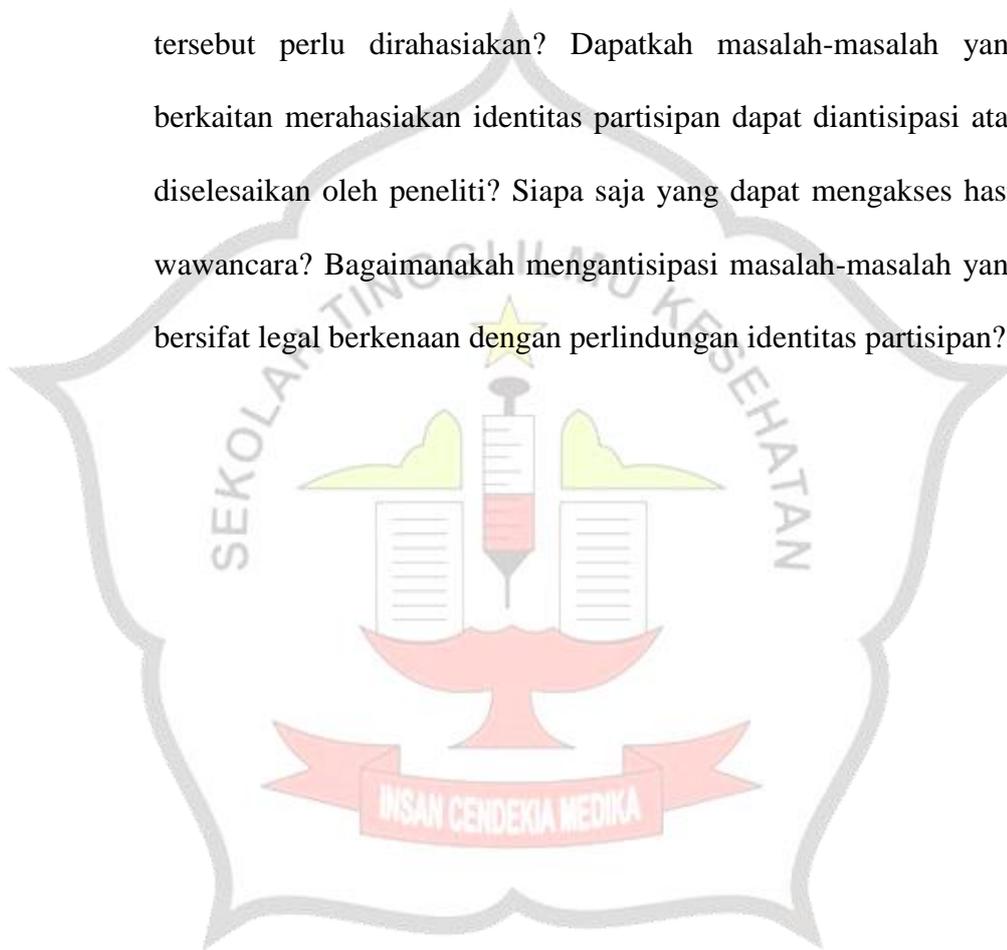
Bagaimana hasil peneliti ini bermanfaat atau memiliki kontribusi memberikan manfaat kepada para partisipan? Siapa yang akan memperoleh manfaat? Apakah langsung dapat bermanfaat untuk para partisipan secara individu atau kelompoklain yang memiliki kondisi yang sama dengan partisipan yang sedang diteliti? Dalam bentuk apa sajakah manfaat tersebut dapat diterima oleh para individu atau kelompok tersebut?

2) Persetujuan Setelah Penjelasan/ *Informed Consent* dari Partisipan

Bagai mana memperoleh persetujuan dari partisipan (lisan atau tertulis) untuk berpartisipasi pada penelitian yang dilakukan? Siapa (partisipan langsung atau pihak lain, misalnya: orang tua atau keluarga partisipan) yang harus memberikan persetujuan? Bagaimana ketersediaan kelengkapan informasi tentang penelitian

yang dilakukan? Apakah perlu diberikan informasi sebelum wawancara dilakukan?

- 3) Kerahasiaan partisipan dapat terancam karena deskripsi yang rinci selama proses penelitian. Bagaimana peneliti melindungi kerahasiaan partisipan? Apa saja konsekuensi yang mungkin dapat dirahasiakan dan seberapa penting penyamaran identitas partisipan tersebut perlu dirahasiakan? Dapatkah masalah-masalah yang berkaitan merahasiakan identitas partisipan dapat diantisipasi atau diselesaikan oleh peneliti? Siapa saja yang dapat mengakses hasil wawancara? Bagaimanakah mengantisipasi masalah-masalah yang bersifat legal berkenaan dengan perlindungan identitas partisipan?



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi yang digunakan dalam penyusunan KTI studi kasus serta pengambilan data adalah di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan, beralamat, Jl. Raci Bangil, Masangan, Pasuruan, Jawa Timur 67153 dengan kapasitas 22 kamar tidur dengan klien 19 yang opname disertai ventilasi dan ruangan yang bersih.

4.1.2 Pengkajian

1) Identitas Klien

Table 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. M	Tn. K
Umur	58 tahun	56 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SLTA	SD
Pekerjaan	Pedagang	Petani
Status perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Alamat	Sukorejo-Pasuruan	Lumbang-Pasuruan
Suku/bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal MRS	21 Februari 2017	24 Februari 2017
Tanggal Pengkajian	27 Februari 2017	27 Februari 2017
Jam Pengkajian	15:00 WIB	15:00 WIB
No. RM	00032****	00322****
Diagnosa masuk	CVA Infark	CVA Infark

2) Riwayat Penyakit

Table 4.2 Riwayat Penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan dan bicara cidal.	Klien mengatakan pusing, kaki dan tangan kiri susah digerakkan.
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga klien mengatakan saat bangun tidur kepala terasa pusing, kemudian saat klien mau ke kandang sapi badan klien tiba-tiba lemas dan tiba – tiba jatuh dan klien berteriak minta tolong, kemudian klien dibawa ke tenaga medis setempat berhubung klien memerlukan perawatan lebih lanjut klien dibawa keluarganya berobat ke IGD RSUD BANGIL pada pukul 07.15.	Klien mengatakan pada saat bangun tidur klien merasakan pusing, tapi tetap diusahakan untuk pergi kesawah tiba-tiba pasien jatuh pingsan lalu orang disekitarnya membawanya ke RSUD bangil pasuruan pada pukul 09.35 dan dimasukkan ke ruang krissan pada pukul 16.45 untuk mendapatkan tindakan yang lebih lanjut.
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat penyakit kolesterol.	Klien mengatakan bahwa sebelumnya mempunyai riwayat penyakit hipertensi.
Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga Klien mengatakan bahwa didalam keluarganya tidak ada yang mengalami riwayat penyakit yang sama seperti klien.	Klien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit stroke.
Riwayat psikososial	Keluarga klien mengatakan bahwa klien menerima dengan ikhlas dan sabar atas cobaan yang diberikan oleh Allah, dan berharap agar segera diberikan kesembuhan.	Klien mengatakan berusaha sabar menghadapi penyakit yang di derita, dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh.

3) Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan system)

Table 4.3 Perubahan pola kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola manajemen kesehatan	Keluarga Klien mengatakan, ketika sakit sering periksa ke mantri dekat rumah	Klien mengatakan saat merasa tidak enak badan, klien langsung membeli obat-obatan di warung.
Pola nutrisi	Di Rumah : Keluarga klien mengatakan nafsu makan baik, makan 3x/hari dengan menu nasi, lauk pauk dan	Di rumah : Klien mengatakan makan 3x/hari dengan menu nasi lauk pauk dan sayur, minum air putih

	sayur, minum air putih kurang lebih 1500/hari	kurang lebih 1000 ml/hari, suka meminum kopi.
	Di Rumah Sakit : Pada saat pengkajian keluarga klien mengatakan nafsu makan berkurang, makan kurang lebih 4 sendok, minum air putih kurang lebih 500 ml/hari. Diit : bubur halus	Di Rumah Sakit : klien mengatakan makan 3x/hari berupa nasi lauk pauk dan sayur, habis ½ porsi. Minum air putih ± 500 ml/hari. Diit : bubur halus
Pola eliminasi	Di Rumah : Keluarga klien mengatakan BAK 5x/hari, warna kuning jernih, volume normal dan BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.	Di Rumah : klien mengatakan BAK 6x/hari warna kuning jernih, volume normal dan BAB 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.
	Di Rumah Sakit : Keluarga klien mengatakan BAB hanya 1x dan belum BAB ±3 hari, BAK 4x/hari.	Di Rumah Sakit : klien mengatakan BAK kurang lebih 4x/hari, selama 4 hari BAB hanya 1x warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.
Pola istirahat tidur	Di Rumah : keluarga klien mengatakan tidur siang ± 2 jam, tidurmalam ± 7 jam dengan perlengkapan dan penerangan yang baik.	Di Rumah : klien mengatakan jarang sekali tidur siang karena pekerjaannya yang sebagai petani, tidur malam ± 8 jam dengan perlengkapan dan penerangan yang baik.
	Di Rumah Sakit : keluarga klien mengatakan susah tidur, pada malam hari dan sering bangun karena kurang nyaman dengan keadaanya.	Di Rumah Sakit : klien mengatakan tidur siang ± 1 jam, tidur malam ± 5 jam.
Pola aktivitas	Di Rumah : keluarga klien mengatakan, klien melakukan semua aktivitas secara mandiri.	Di Rumah : klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.
	Di Rumah Sakit : keluarga klien melakukan, semua aktivitas sehari-hari sepenuhnya dibantu oleh keluarga.	Di Rumah Sakit : klien melakukan semua aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarganya.

4) Pemeriksaan Fisik (Pendekatan head to toe/pendekatan system)

Table 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1 "Tn. M"	Klien 2 "Tn. K"
K/U	Lemah	Cukup
S	36 °C	36,4 °C
N	82 x/menit	80 x/menit
TD	150/90 mmHg	180/100 mmHg
RR	20 x/menit	20 x/menit
GCS	4-5-6	4-5-6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Pemeriksaan head to toe		
Kepala	Inspeksi : tidak bersih	Inspeksi : tidak bersih
Kulit kepala	Palpasi : tidak ada benjolan	Palpasi : tidak ada benjolan
Rambut	Inspeksi : warna hitam, sering rontok	Inspeksi : warna hitam, sering rontok
Wajah	Inspeksi : simetris tidak ada bekas luka Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : simetris tidak ada bekas luka Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.	Inspeksi : simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.
Hidung	Inspeksi : simetris, fungsi penciumsn baik, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret.	Inspeksi : simetris, fungsi penciumsn baik, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada secret.
Mulut	Inspeksi : bicara cedal, bibir kering, terlihat karies Palpasi : tidak ada nyeri tekan.	Inspeksi : bibir kering, bau mulut Palpasi : tidak ada nyeri tekan.
Telinga	Inspeksi : fungsi pendengaran baik sedikit kotor.	Inspeksi : fungsi pendengaran baik sedikit kotor.
Leher	Inspeksi : tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Dada	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas tereatus, tidak terdapat tarikan otot bantu nafas Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan Perkusi : suara kedua paru sonor Auskultasi : suara normal (vesikuler)	Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas tereatus, tidak terdapat tarikan otot bantu nafas Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan Perkusi : suara kedua paru sonor Auskultasi : suara normal (vesikuler)

Abdomen	Inspeksi : tidak ada bekas luka, bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : timpani Auskultasi : bising usus 10x/menit	Inspeksi : tidak ada bekas luka, bentuk abdomen simetris Palpasi : tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar Perkusi : timpani Auskultasi : bising usus 12x/menit
Ekstermitas	Inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kiri Kekuatan tonus otot 5 0 — — 5 0	Inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kiri Kekuatan tonus otot 5 3 — — 5 3
Data psikososial spiritual	Di Rumah klien selalu beribadah dengan rutin dan mengikuti kegiatan keagamaan yang ada dalam masyarakat. Di Rumah Sakit : keluarga klien mengatakan sholat 5 waktunya terganggu karena anggota gerak bagian kiri tidak bisa digerakkan dan keadaannya yang lemah.	Di Rumah klien selalu beribadah dengan rutin dan jarang mengikuti kegiatan keagamaan yang ada dalam masyarakat. Di Rumah Sakit : klien mengatakan sholat 5 waktu terganggu dan saat melaksanakannya hanya tangan kanan saja yang digunakan.

5) Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Table 4.5 Pemeriksaan Diagnostik

Klien 1

1. Laboratorium : Terlampir
2. GDA : 108 mg/dl
3. CT-Scan :

Pemeriksaan klien 1	Hasil	Hasil Normal
HEMATOLOGI		
Darah Lengkap		
Leukosit (WBC)	10,24	3,70 – 10,1
Neutrofil	83	
Limfosit	1,1	
Monosit	0,6	
Esinofil	0,1	
Basofil	0,0	
Neutrofil %	80,8	39,3 – 73,7 %

Limfosit %	11,1	18,0 – 48,3 %
Monosit %	5,6	4,40 – 12,7 %
Esinofil %	0,8	0,600 – 7,30 %
Basofil %	0,1	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	4,480	4,6 – 6,2 10^8 / μ L
Hemoglobin (HGB)	13,90	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	40,30	40 – 54 %
MCV	90,10	81,1 – 96,0 μ m ³
MCH	31,10	27,0 – 31,2 pg
MCHC	34,50	31,8 – 35,4 g/dL
RDW	13,40	11,5 – 14,5 %
PLT	277	155 – 366 10^3 / μ L
MPV	6,3	6,90 – 10,6 fL
KIMIA KLINIK		
LEMAK		
Trigliserida	181	<150 mg/dL
Kolesterol	251	< 200 mg/dL
Kolesterol HDL	37,65	> 34 mg/dL
Kolesterol LDL	152,36	< 100 mg/dL
FAAK GINJAL		
BUN	13	7,8 – 20,23 mg/dL
Kreatinin	0,974	0,8 – 1,3 mg/dL
ELEKTROLIT		
ELEKTROLIT SERUM		
Natrium (Na)	143,70	135 – 147 mmol/L
Kalium (K)	3,48	3,5 – 5 mmol/L
Klorida (Cl)	104,50	95 – 105 mmol/L
Kalsium Ion	1,244	1,16 – 1,32 mmol/L

Klien 2

1. Laboratorium : Terlampir
2. GDA : 112 mg/dl
3. CT-Scan : *sub acute tromboemboli cerebral infarction* (sesuai teritori perbatasan antara a. *cerebri* media dengan a. *cerebri posterior* kanan : *watershed infarction*)

Pemeriksaan klien 2	Hasil	Hasil Normal
HEMATOLOGI		
Darah Lengkap		
Leukosit (WBC)	10,4	3,70 – 10,1
Neutrofil	6,3	
Limfosit	2,7	
Monosit	0,9	
Esinofil	0,4	
Basofil	0,1	
Neutrofil %	61,0	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	25,8	18,0 – 48,3 %
Monosit %	8,9	4,40 – 12,7 %
Esinofil %	3,7	0,600 – 7,30 %

Basofil %	0,5	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	4,140	4,6 – 6,2 $10^8/\mu\text{L}$
Hemoglobin (HGB)	11,40	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	33,30	40 – 54 %
MCV	80,40	81,1 – 96, 0 μm^3
MCH	27,60	27,0 – 31,2 pg
MCHC	34,30	31,8 – 35,4 g/dL
RDW	11,80	11,5 – 14,5 %
PLT	273	155 – 366 $10^3/\mu\text{L}$
MPV	6,49	6,90 – 10,6 fL
KIMIA KLINIK		
FAAL HATI		
AST/SGOT	31,00	< 35 U/L
ALT/SGPT	29,00	< 45 U/L
LEMAK		
Trigliserida	63	<150 mg/dL
Kolesterol	64	< 200 mg/dL
Kolesterol HDL	32,00	> 34 mg/dL
FAAK GINJAL		
BUN	55	7,8 – 20,23 mg/dL
Kreatinin	2,000	0,8 – 1,3 mg/dL
Uric-Acid	6,10	3,6 – 8,2 mg/dL
ELEKTROLIT		
ELEKTROLIT SERUM		
Natrium (Na)	143,80	135 – 147 mmol/L
Kalium (K)	4,38	3,5 – 5 mmol/L
Klorida (Cl)	107,60	95 – 105mmol/L
Kalsium Ion	1,240	1,16 – 1,32mmol/L

6) Terapi

Klien 1 :

Infus : Asering 14 tpm

Injeksi : Citicolin 2x500 mg

Esomeprazol 1x40 mg

Kalmeco 1x500 mg

p.o : Clopidogrel 1x75 mg

Disolf 1x1 tablet

Ambroxol 3x1 tablet

Klien 2 :

Infus : Asering 14 tpm

Injeksi : Citicolin 2x 500 mg

Kalmeco 1x500 mg

Omeprazole 1x40 mg

Antrain 3x1 gr

4.1.3 Analisa Data

Table 4.6 Analisa Data

DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Data subjectif :	Klien 1	
Data Subjektif :	Kerusakan katub jantung, miocard, dan fibrilasi	Defisit perawatan diri
Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa di gerakkan dan bicara cedal.	Sumbatan oleh pembuluh darah otak oleh bekuan	
Data Objektif :	↓	
a.Keadaan umum :	Emboli serebral	
Lemah	↓	
b. Kesadaran :	stroke	
Composmentis	↓	
GCS : 456	Defisit neurologis	
c.TTV:	↓	
TD :150/90 mmHg	Kehilangan kontrol volunter	
S : 36 °C	↓	
N :82x/menit	Hemiplegi dan hemiperise	
RR :20x/menit	↓	
d. Klien tampak tidak rapi	Hambatan mobilitas fisik	
e.Bibir kering, terdapat karies	Defisit perawatan diri	
f. Klien tidak gosok gigi		
g. Klien jarang diseka		
h. Klien jarang ganti pakaian		
i. Rambut klien tidak rapi		
j. Klien bicara cedal		
k. Klien berbaring ditempat tidur		
l. Anggota gerak bagian kiri tidak bisa digerakkan		
5 0		
5 0		
m. Hemiplegi kiri		
DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif :	Klien 2	
Klien mengatakan pusing, kaki dan tangan sebelah kiri susah	Kerusakan katub jantung, miocard, dan fibrilasi	Defisit perawatan diri
	↓	

digerakkan.	Sumbatan oleh pembuluh darah otak oleh bekuan
Data Objektif :	↓
a. Keadaan umum : Cukup	Emboli serebral
b. Kesadaran : Composmentis	↓
GCS : 456	stroke
c. TTV :	↓
TD : 180/100 mmHg	Defisit neurologis
S : 36,4 °C	↓
N : 80x/menit	Kehilangan kontrol volunter
RR : 20x/menit	↓
d. Klien berbaring ditempat tidur	Hemiplegi dan hemiparase
e. Klien tidak pernah diseka	↓
f. Jarang ganti pakaian	Hambatan mobilitas fisik
g. Tidak pernah gosok gigi	↓
h. Bibir klien kering	Defisit perawatan diri
i. Bau mulut	
j. Tampak tidak rapi	
k. Rambut tampak kusut	
l. Kuku panjang	
m. Anggota gerak bagian kiri susah digerakkan	
5 3	
5 3	
n. Hemiparase kiri	

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Hambatan Mobilitas Fisik

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.7 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	<p>Tujuan :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan kebutuhan defisit perawatan diri klien terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. klien terlihat rapi</p> <p>b. klien dapat melakukan</p>	<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>a. Bina hubungan saling percaya</p> <p>b. Pertahankan privasi saat pasien mandi</p> <p>c. Seka klien dengan air hangat dan sabun</p> <p>d. Bantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku</p>

<p>perawatan diri secara mandiri</p> <p>c. klien terbebas bau badan</p> <p>d. kebutuhan klien terpenuhi</p>	<p>e. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat dan santai</p> <p>Defisit perawatan diri berpakaian</p> <p>a. Sediakan pakaian klien pada tempat yang mudah di jangkau</p> <p>b. Fasilitasi klien untuk menyisir rambut</p> <p>c. Dukung kemandirian dalam berpakaian dan berhias</p> <p>d. Pertahankan privasi saat klien berhias</p> <p>e. Bantu klien untuk menaikkan , mengancingkan dan meresleting pakaian</p> <p>Defisit perawatan diri makan</p> <p>a. Ciptakan lingkungan yang nyaman selama makan</p> <p>b. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien</p> <p>c. Monitor klien dalam kemampuan menelan</p> <p>d. Identifikasi diit yang diresepkan</p> <p>Defisit perawatan diri eliminasi</p> <p>a. Pertimbangkan budaya dari klien saat mempromosikan aktivitas perawatan diri</p> <p>b. Pertimbangkan respon klien terhadap kurangnya privasi</p> <p>c. Beri eliminasi selama eliminasi</p> <p>d. Sediakan alat bantu (misalnya : cateter atau urinal) dengan tepat</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.1.6 Implementasi

Table 4.8 Implementasi Keperawatan Hari Senin, 27 Februari 2017

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1	14.45	Membina hubungan saling percaya agar memudahkan perawat dalam melaksanakan perawatan diri.	
Senin 27 Februari 2017	14.50	Mempertahankan privasi saat klien diseka agar	

		privasi klien tetap terjaga dengan memasang tabir.
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	14.50	Menyeka klien dengan air hangat dan sabun agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan agar klien tampak bersih dan harum.
	14.55	Membantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya karies dan bau mulut.
	15.00	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi.
	15.01	Mendukung kemandirian dalam berpakaian dan berhias agar pasien termotivasi bahwa merawat diri itu sangatlah penting.
	15.03	Membantu klien untuk menaikkan , mengancingkan dan meresleting pakaian untuk memudahkan klien dalam berpakaian.
	15.05	Menciptakan lingkungan yang nyaman selama makan agar pasien tidak kehilangan selera makan.
	15.05	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya.
	15.10	Mempertimbangkan respon klien terhadap kurangnya privasi agar kita lebih berhati-hati lagi dalam memberikan privasi.
	15.12	Memberikan privasi selama eliminasi untuk menjaga privasi klien.
	15.15	Menyediakan alat bantu, misalnya : pispot dengan tepat untuk memudahkan klien ketika klien tidak bisa pergi ke toilet.
	15.25	Mengajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah.
	15.45	Mengobservasi TTV TD : 150/90 mmHg S : 36°C N : 82x/menit RR : 20x/menit
	16.00	Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat Infus : Asering 14 tpm Injeksi : Citicolin 500 mg Esomeprazol 40 mg Kalmeco 500 mg P.o : Clopidogrel 75 mg Disolf 1 tablet Ambroxol 1 tablet

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 2	15.45	Membina hubunga saling percaya agar memudahkan perawat dalam melaksanakan perawatan diri.	
Senin 27 Februari 2017	15.50	Mempertahankan privasi saat klien diseka agar privasi klien tetap terjaga dengan memasang tabir.	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	15.50	Menyeka klien dengan air hangat dan sabun agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan agar klien tampak bersih dan harum.	
	15.55	Membantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya karies dan bau mulut.	
	16.00	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi.	
	16.01	Mendukung kemandirian dalam berpakaian dan berhias agar pasien termotivasi bahwa merawat diri itu sangatlah penting.	
	16.03	Membantu klien untuk menaikkan , mengancingkan dan meresleting pakaian untuk memudahkan klien dalam berpakaian.	
	16.05	Menciptakan lingkungan yang nyaman selama makan agar pasien tidak kehilangan selera makan.	
	16.05	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya .	
	16.10	Mempertimbangkan respon klien terhadap kurangnya privasi agar kita lebih berhati-hati lagi dalam memberikan privasi.	
	16.12	Memberikan privasi selama eliminasi untuk menjaga privasi pasien.	
	16.15	Menyediakan alat bantu, misalnya : pispot dengan tepat untuk memudahkan klien ketika klien tidak bisa pergi ke toilet.	
	16.25	Mengajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 hari sekali untuk melancarkan sirkulasi darah	
	16.45	Mengobservasi TTV TD : 180/100 mmHg S : 36,4 °C N : 80x/menit RR :20x/menit	
	17.00	Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat Infus : Asering 14 tpm Injeksi : Citicolin 500 mg Kalmeco 500 mg Omeprazol 40 mg Antrain 1 gr	

Table 4.9 Implementasi Keperawatan Hari Selasa, 28 Februari 2017

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1 Selasa 28 Februari 2017 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	15.20	Mempertahankan privasi saat klien diseka agar privasi klien tetap terjaga dengan memasang tabir.	
	15.25	Menyeka klien dengan air hangat dan sabun agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan agar klien tampak bersih dan harum.	
	15.25	Membantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya karies dan bau mulut.	
	15.30	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi.	
	15.35	Membantu klien untuk menaikkan , mengancingkan dan meresleting pakaian untuk memudahkan klien dalam berpakaian.	
	15.38	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya.	
	15.40	Menyediakan alat bantu, misalnya : pispot dengan tepat untuk memudahkan klien ketika klien tidak bisa pergi ke toilet.	
	16.00	Mengajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah.	
	16.05	Mengobservasi TTV TD : 150/90 mmHg S : 36°C N : 82x/menit RR :20x/menit	
	16.10	Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat Infus : Asering 14 tpm Injeksi : Citicolin 500 mg Esomeprazol 40 mg Kalmeco 500 mg P.o : Clopidogrel 75 mg Disolf 1 tablet Ambroxol 1 tablet	

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 2 Selasa 28 Februari 2017 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	15.30	Mempertahankan privasi saat klien diseka agar privasi klien tetap terjaga dengan memasang tabir.	
	15.30	Menyeka klien dengan air hangat dan sabun agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan agar klien tampak bersih dan harum.	
	15.35	Membantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya karies dan bau mulut .	
	15.40	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi.	
	15.42	Membantu klien untuk menaikkan , mengancingkan dan meresleting pakaian untuk memudahkan klien dalam berpakaian.	
	15.45	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya.	
	15.48	Menyediakan alat bantu (misalnya : cateter atau urinal) dengan tepat untuk memudahkan klien ketika klien tidak bisa pergi ke toilet.	
	15.50	Mengobservasi TTV TD : 180/100 mmHg S : 36,4 °C N : 80x/menit RR :20x/meni	
	16.00	Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat Infus : Asering 14 tpm Injeksi : Citicolin 500 mg Kalmeco 500 mg Omeprazol 40 mg Antrain 1 gr	

Table 4.10 Implementasi Keperawatan Hari Rabu 1 Maret 2017

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1 Rabu 1 Maret 2017 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	16.45	Mempertahankan privasi saat klien diseka agar privasi klien tetap terjaga dengan memasng tabir.	
	16.50	Menyeka klien dengan air hangat dan sabun agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan agar klien tampak bersih dan harum.	
	16.50	Membantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya karies dan bau mulut.	
	16.55	Membantu klien untuk menaikkan , mengancingkan dan meresleting pakaian untuk memudahkan klien	

	dalam berpakaian.
17.00	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya .
17.01	Menyediakan alat bantu, misalnya : pispot dengan tepat untuk memudahkan klien ketika klien tidak bisa pergi ke toilet.
17.03	Mengajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali untuk melancarkan sirkulasi darah.
17.05	Mengobservasi TTV TD : 150/90 mmHg S : 36°C N : 82x/menit RR :20x/menit
17.25	Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat Infus : Asering 14 tpm Injeksi : Citicolin 500 mg Esomeprazol 40 mg Kalmeco 500 mg P.o : Clopidogrel 75 mg Disolf 1 tablet Ambroxol 1 tablet

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 2 Rabu 1 Maret 2017 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	16.30	Mempertahankan privasi saat klien diseka agar privasi klien tetap terjaga dengan memasang tabir.	
	16.30	Menyeka klien dengan air hangat dan sabun agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan agar klien tampak bersih dan harum.	
	16.35	Membantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya karies dan bau mulut .	
	16.40	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi .	
	16.41	Membantu klien untuk menaikkan , mengancingkan dan meresleting pakaian untuk memudahkan klien dalam berpakaian.	
	16.43	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya .	
	16.45	Menyediakan alat bantu, misalnya : pispot dengan tepat untuk memudahkan klien ketika klien tidak bisa pergi ke toilet.	
	16.48	Mengajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 hari sekali untuk melancarkan sirkulasi darah.	

16.55	Mengobservasi TTV TD : 180/100 mmHg S : 36,4 °C N : 80x/menit RR :20x/meni
17.00	Mengkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat Infus : Asering 14 tpm Injeksi : Citicolin 500 mg Kalmeco 500 mg Omeprazol 40 mg Antrain 1 gr

4.1.7 Evaluasi

Table 4.11 Evaluasi Keperawatan Hari Senin, 27 Februari 2017

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Parah
Klien 1 Senin 27 Februari 2017 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	14.45	<p>S: keluarga klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara cidal</p> <p>O: - K/U lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran Composmentis - GCS : 456 - TTV : <p>TD : 150/90 mmHg S : 36 °C N : 82x/menit RR : 20x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat tidak rapi - Klien jarang diseka - Klien jarang gosok gigi - Bibir kering, terdapat karies - Selama 3 hari klien belum ganti pakaian - Klien berbaring di tempat tidur - Anggota gerak bagian kiri tidak bisa digerakkan <div style="text-align: center;">  </div> <ul style="list-style-type: none"> - Hemiplegi kiri <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>Injeksi : Citicolin 2x500 mg Esomeprazole 1x40 mg Kalmeco 1x500 mg</p> <p>P.o : Clopidogrel 1x75 mg Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet</p>	

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 2 Senin 27 februari 2017 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	14.45	<p>S : klien mengatakan pusing, kaki dan tangan kiri susah digerakkan</p> <p>O :- K/U cukup</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran Composmentis - GCS : 456 - TTV <p>TD : 180/100 mmHg S : 36,4 °C N : 80x/menit RR : 20x/menit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien berbaring di tempat tidur - Klien tidak pernah diseka - Ganti pakaian sekali selama di RS - Tidak pernah gosok gigi - Bibir kering - Bau mulut - Tampak tidak rapi - Rambut tampak kusut - Kuku panjang - Anggota gerak bagian kiri susah digerakkan $\begin{array}{r} 5 \ 3 \\ \hline 5 \ 3 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - Hemiparase kiri <p>A : <input type="checkbox"/> Masalah belum teratasi <input type="checkbox"/></p> <p>P : Intervensi dilanjutkan Injeksi :Citicolin 2x500 mg Kalmeco 1x500 mg Omeprazole 1x40 mg Antrain 3x1 gr</p>	

Table 4.12 Evaluasi Keperawatan Hari Selasa, 28 februari 2017

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 1 Selasa 28 Februari 2017 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	15.20	<p>S : Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki bagian kiri masih belum bisa digerakkan</p> <p>O : - K/U lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran Composmentis - GCS 456 - TTV <p>TD :150/100 mmHg S : 36 °C N :84x/menit</p>	

RR :22x/menit

- Klien berbaring di tempat tidur
- Rambut klien tidak rapi
- Klien sehari diseka 1x
- Klien belum ganti pakaian
- Klien gosok gigi sehari sekali
- Anggota gerak bagian kiri tidak bisa digerakkan

$$\begin{array}{r} 5 \quad 0 \\ \hline 5 \quad 0 \end{array}$$

- Hemiplegi kiri

A : masalah belum teratasi

P : Intervensi dilanjutkan

Injeksi : Citicolin 2x500 mg
Esomeprazole 1x40 mg
Kalmeco 1x500 mg

P.o : Clopidogrel 1x75 mg
Disolf 1x1 tablet
Ambroxol 3x1 tablet

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 2	14.30	S : klien mengatakan pusing O: - K/U lemah	
Selasa 28 Februari 2017		- Kesadaran Composmentis - GCS 456 - TTV TD : 180/90 mmHg S : 36,5 °C N : 80x/menit RR : 20x/menit	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		- Klien berbaring di tempat tidur - Rambut klien terlihat kusut - Klien sehari diseka 1x - Klien tidak gosok gigi - Klien belum ganti pakaian - Anggota gerak bagian kiri belum bisa digerakkan	
		$\begin{array}{r} 5 \quad 3 \\ \hline 5 \quad 3 \end{array}$	
		- Hemiparase kiri	
		A : masalah belum teratasi	
		P : intervensi dilanjutkan	
		Infus : Asering 14 tpm	
		Injeksi : Citicolin 2x500 mg Kalmeco 1x500 mg Omeprazole 1x40 mg Antrain 3x1 gr	

Table 4.13 Evaluasi Keperawatan Hari Rabu, 1 Maret 2017

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 1	16.45	S : pusing tangan dan kaki kiri belum bisa digerakkan O: - K/U lemah - Kesadaran composmentis - GCS 456 - TTV TD : 180/90 mmHg S : 36 °C N : 80x/menit RR : 20x/menit - Klien sehari diseka 2x - Klien gosok gigi sehari 1x - Klien ganti pakaian sehari sekali - Anggota gerak bagian kiri belum bisa digerakkan	
Rabu 1 Maret 2017		5 0 — 5 0 - Hemiplegi kiri A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan Injeksi : Citicolin 2x500 mg Esomeprazole 1x40 mg Kalmeco 1x500 mg P.o : Clopidogrel 1x75 mg Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet	
Klien 2	16.30	S : klien mengatakan pusing berkurang tangan dan kaki kiri masih susah digerakkan O: - K/U cukup - Kesadaran composmentis - GCS 456 - TTV TD : 170/90 mmHg S : 36 °C N : 82x/menit RR : 20x/menit - Klien di seka sehari 1x - Klien gosok gigi satu hari sekali - Klien sudah ganti pakaian - Rambut klien tidak rapi - Anggota gerak kiri sedikit bias digerakkan	
Rabu 1 Maret 2017		5 3 — 5 3 - Hemiparase kiri A : masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan Injeksi : Citicolin 2x500 mg Kalmeco 1x500 mg Omeprazole 1x40 mg Antrain 3x1 gr	

4.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis akan menjelaskan antara kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan dengan teori yang ada. Di sini penulis akan menjelaskan kesenjangan tersebut. Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat diambil kesempatan atau pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat digunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut :

4.2.1 Pengkajian

Data subjektif pada tinjauan kasus dilihat dari pengkajian antara 2 klien didapatkan keluhan yang tidak sama yang dialami oleh klien 1 terjadi bicara cidal, anggota gerak sebelah kiri tidak bisa digerakkan, sedangkan pada klien 2 tidak terjadi bicara cidal namun anggota gerak sebelah kiri susah digerakkan.

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini penulis menemukan perbedaan pada keluhan utama yang dialami oleh kedua klien, klien 1 mengeluhkan bahwa anggota gerak sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara klien menjadi cidal sedangkan pada klien 2 mengeluhkan jika anggota gerak sebelah kiri susah digerakkan dan bicara klien tidak cidal. Dari semua keluhan yang dirasakan oleh kedua klien merupakan gejala dari penyakit stroke, penyakit ini disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak. Sehingga menurut peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

Menurut Mansjoer (2009) menjelaskan tanda gejala stroke yang ditemukan antara lain : kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (hemiparase atau hemiplegia), lumpuh pada salah satu sisi wajah, tonus otot lemah atau kaku, menurun atau hilangnya rasa, gangguan lapang pandang, gangguan bahasa (diisatria: kesulitan dalam membentuk kata, afasia atau disfasia: bicara defektif/kehilangan bicara), gangguan persepsi, gangguan status mental.

Data objektif pada pemeriksaan fisik antara klien 1 dan klien 2 didapatkan pemeriksaan fisik dengan tanda gejala yang tidak sama yakni pada klien 1 data objektif yang muncul yaitu klien tidak gosok gigi, klien jarang diseka, klien jarang ganti pakaian, rambut klien tidak rapi, klien bicara cedal, anggota gerak bagian kanan (5) dan anggota gerak bagian kiri (0), sedangkan pada klien 2 data objektif yang muncul yaitu klien tidak pernah diseka, jarang ganti pakaian, tidak pernah gosok gigi, bibir kering, bau mulut, tampak tidak rapi, rambut tampak kusut, kuku panjang, anggota gerak bagian kanan (5) dan anggota gerak bagian kiri (3).

Menurut peneliti kedua klien mengalami kelumpuhan yang sama yaitu ekstermitas kiri dikarenakan adanya sumbatan aliran darah ke otak, namun klien satu serangannya lebih berat karena mengalami bicara cedal. Pada gangguan bicara cedal disebabkan karena adanya gangguan pada syaraf yang terdapat pada mulut akibat dari penyumbatan pada otak.

Menurut wijaya (2013) pada pemeriksaan data dasar pola aktivitas / istirahat klien stroke kesulitan untuk melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia) merasa mudah lelah, susah beristirahat (nyeri, kejang otot), gangguan tonus otot (*flaksid, spastic, paralitik hemiplegis*) dan terjadi kelemahan umum.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 berdasarkan hasil pengkajian, hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik.

Menurut peneliti dipengaruhi oleh gangguan perdarahan di otak yang menyebabkan fungsi otak terganggu pada tubuh sehingga aliran darah ke setiap bagian otak terhambat karena perdarahan di otak, maka terjadi kekurangan O₂ ke jaringan otak sehingga menyebabkan nyeri kepala, hemiparase (kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh), yang ditandai dengan keterbatasan kemampuan melakukan motorik kasar, keterbatasan rentang gerak, yang akhirnya terjadi hambatan mobilitas fisik.

Menurut Nabyl (2012) kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak. Aliran darah yang berhenti membuat suplai oksigen dan zat makanan ke otak berhenti,

sehingga sebagian otak tidak bisa berfungsi sebagaimana mestinya, sehingga akan membatasi aktivitas kehidupan sehari-hari.

4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi yang diberikan pada klien 1 dan 2 dengan diagnosa yang sama kurangnya perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik, intervensi yang digunakan yaitu NOC : menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri menyelesaikan aktivitas berpakaian secara mandiri, menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri, menyelesaikan aktivitas eliminasi secara mandiri, NIC : memberika mobilisasi pada klien, defisit mandi secara mandiri, defisit berpakaian secara mandiri, defisit makan secara mandiri, defisit eliminasi secara mandiri.

Menurut peneliti perencanaan keperawatan pada klien 1 dan 2, meliputi kelengkapan data, serta data penunjan lainnya, dan dilakukan menurut kondisi klien, sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

Menurut NANDA NIC-NOC (2013) intervensi yang dilakukan pada klien stroke yaitu fasilitasi klien dalam mandi secara mandiri, bantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku, fasilitasi klien untuk menyisir rambut, dukung kemandirian dalam berpakaian dan berhias, menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien, monitor klien dalam kemampuan menelan, fasilitasi klien saat eliminasi seperti: urobag, pispot, beri privasi saat klien eliminasi, beri lingkungan yang aman dan nyaman.

4.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 implementasi keperawatan sudah sesuai dengan apa yang ada pada intervensi, namun untuk kolaborasi pemberian pada klien 1 infus asering 14 tpm, injeksi citicolin 2x500 mg, esomeprazole 1x40 mg, kalmeco 1x500 mg, obat oral clopidogrel 1x75 tablet, disolf 1x1tablet, ambroxol 3x1 tablet, pada klien 2 infus asering 14 tpm, injeksi citicolin 2x 500 mg, kalmeco 1x500mg, omeprazole 1x40 mg. hal ini menunjukkan ketidaksamaan dalam pemberian terapi pada kedua klien penderita stroke.

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada kedua klien hampir sama yaitu : membina hubungan saling percaya, mempertahankan privasi klien, menyeka klien dengan air hangat, membantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku, mendukung kemandirian dalam berpakaian dan berhias, menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan, memberikan privasi saat eliminasi, mengajarkan mobilisasi pada klien, akan tetapi pada implementasi yang berisi kolaborasi dengan tim medis, ada perbedaan pemberian terapi, adapun klien 1 diberikan pemberian obat untuk penyembuhan kolesterol, sedangkan pada klien 2 selain diberikan obat untuk penyembuhan karena adanya sumbatan pada jaringan otak juga diberikan pemberian obat untuk mengatasi tanda gejala yang muncul, seperti nyeri.

Menurut Keliat (1999), Implementasi keperawatan disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang sudah direncanakan, perawat perlu memvalidasi dengan singkat apakah rencana tindakan masih sesuai dan dibutuhkan klien, dengan prinsip ketidaktahuan, ketidakmauan dan ketidakmampuan sesuai kondisi saat ini, selain itu diharapkan klien bisa melakukan mandi secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya, ajarkan klien atau keluarga untuk mendorong kemandirian.

4.2.5 Evaluasi keperawatan

Klien 1, hari pertama keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, TD : 150/90 mmHg, S : 36 °C, N : 82 x/menit, RR : 20x/menit, klien terlihat tidak rapi, klien jarang diseka, klien jarang gosok gigi, bibir kering, terdapat karies, pakaian tidak ganti selama 3 hari, bicara cedal, *hemiplegic* pada anggota gerak kiri.

Klien 2, hari pertama keadaan umum cukup, kesadaran composmentis, GCS 456, TD : 180/100 mmHg, S : 36,4 °C, N : 80x/menit, RR : 80x/menit, klien tidak pernah diseka, ganti pakaian sekali selama di RS, tidak pernah gosok gigi, bibir kering, bau mulut, tampak tidak rapi, rambut terlihat kusut, kuku panjang, *hemiparase* pada anggota gerak kiri.

Klien 1, hari ke 2 keadaan umum lemas, kesadaran composmentis, GCS 456, rambut klien tidak rapi, klien diseka

sehari sekali, belum ganti pakaian, klien gosok gigi sehari sekali, hemiplegic pada anggota gerak kiri.

Klien 2, hari ke 2, keadaan umum cukup, kesadaran compocmentis, GCS 456, rambut klien terlihat kusut, klien sehari diseka hanya sekali, klien tidak gosok gigi, klien belum ganti pakaian, hemiparase pada anggota gerak kiri.

Klien 1, hari ke 3 keadaan umum lemas, kesadaran compocmentis, GCS 456, klien sehari diseka 2 kali, klien gosok gigi sehari 1 kali, klien ganti pakaian sehari sekali, hemiplegic pada anggota gerak kiri.

Klien 2, hari ke 3 keadaan umum cukup, rambut klien tidak rapi, klien diseka sehari 1 kali, klien gosok gigi satu hari sekali, klien sudah ganti pakaian, anggota gerak kiri sedikit bisa digerakkan.

Menurut peneliti pada catatan perkembangan klien 1 belum ada kemajuan, juga belum menunjukkan adanya pergerakan pada kaki dan tangannya, namun defisitnya sebagian teratasi, sedangkan pada klien 2 defisit teratasi sebagian dan anggota gerak kiri sedikit bisa digerakkan.

Menurut (Lismidar, 1990 dalam paddilah, 2012), menyatakan kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan patofisiologi dan strategi evaluasi. Menilai bahwa untuk

mengetahui perkembangan penyakit stroke diperlukan ke telatenan merawat, kesabaran dan dukungan, yang menggambarkan perkembangan atau penurunan efektifitas dari intervensi yang dilakukan. Apabila terdapat keadaan seseorang yang sakit kemudian mendapatkan perawatan dan selanjutnya dikatakan sembuh, karena seseorang tersebut memiliki faktor pendukung yang meliputi keinginan, harapan, kepatuhan dan dukungan.



BAB 5

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami stroke non hemoragik pada Tn. M dan Tn. K dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus sebagai berikut :

A. Kesimpulan

Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami stroke non hemoragik pada Tn. M dan Tn. K, data subjektif pada tinjauan kasus, dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan keduanya sama-sama mengatakan badannya lemas, akan tetapi lemas yang dialami klien 1 lebih lama daripada klien 2, dikarenakan klien 1 kurang menjaga makanan seperti gorengan, makanan bersantan, dan kurangnya olahraga.
2. Pada klien 1 dan klien 2 diagnosa keperawatan menunjukkan kurangnya defisit perawatan diri akibat stroke yang ditandai beberapa gejala seperti saat di rumah sakit klien tidak mandi sama sekali, saat di rumah sakit klien jarang ganti pakaian, makan disuapin dan tidak bias melakukan toileting sendiri dikarenakan

badannya lemas, adanya hambatan pada ekstermitas atas dan bawah sebelah kiri pada klien 1 dan 2.

3. Pada intervensi keperawatan, klien yang mengalami stroke non hemoragik pada Tn. M dan Tn. K dengan masalah defisit perawatan diri, meliputi : perhatikan mobilisasi klien, perhatikan tingkat kebersihan klien seperti mandi/ menyeka 3x setiap hari, perhatikan penampilan klien seperti pakaian klien, rambut klien, kuku klien, perhatikan tentang makanan klien, dan perhatikan aktivitas toileting klien, kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat.
4. Implementasi keperawatan pada klien yang mengalami stroke non hemoragik pada Tn. M dan Tn. K dengan defisit perawatan diri dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai perencanaan.
5. Evaluasi keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan defisit perawatan diri pada klien 1 belum ada kemajuan, juga belum menunjukkan adanya pergerakan pada kaki dan tangannya, namun defisitnya sebagian teratasi, sedangkan pada klien 2 defisit teratasi sebagian dan anggota gerak kiri sedikit bisa di gerakkan.

5.2 SARAN

- 1) Bagi klien dan keluarga

Diharapkan keluarga klien ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan serta mau

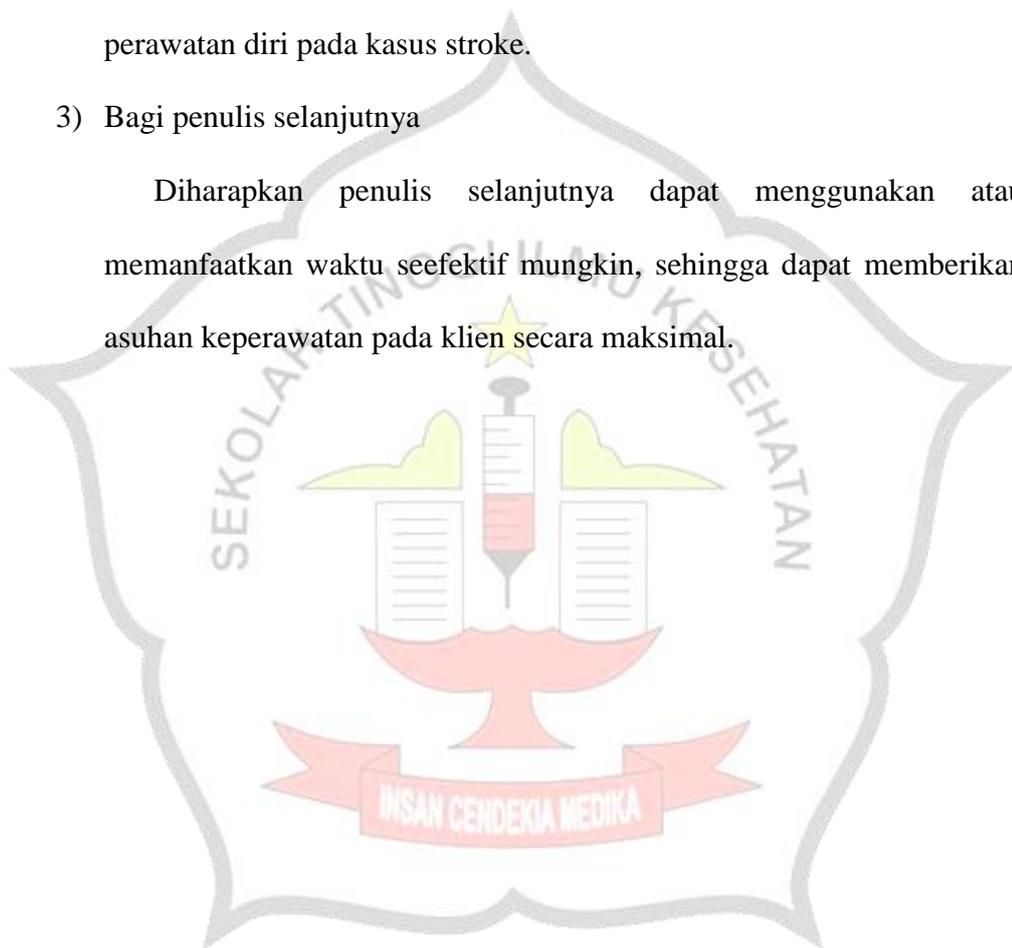
menerima dan melaksanakan peraturan yang telah ditetapkan oleh ruangan.

2) Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan sebagai tempat menempuh ilmu keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dijadikan sebagai acuan dalam penelitian yan selanjutnya, yang terkait dengan masalah defisit perawatan diri pada kasus stroke.

3) Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara maksimal.



DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti Yati & Nur Rachmawati Imami, 2014. *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Ed.1. Cet.2. Depok. Rajagrafindo Persada.
- Agreyu Dinata Cintya, dkk. 2013. Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan. Dilihat 27 Desember 2016. <http://jurnal.fk.unad.ac.id>
- Andra F.S & Yessie M.P, 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Cet.1. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Fransisca B.B, 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Huda Nurarif Amin & Kusuma Hardi, 2016. *Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Nanda NIC-NOC*. Yogyakarta: Media Action.
- ICME STIKes, 2016. *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah*. Jombang: Stikes Icme.
- M.Clevo Rendy & Margareth TH, 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Cet.1. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Merta IM & Ade Laksmi. 2013. Pengaruh Terapi Latihan Terhadap Kemandirian Melakukan Aktifitas Kehidupan Sehari-hari Pasien Stroke Iskemik. Vol.10. Hal.60-64. Dilihat 27 Desember 2016. <http://poltekkes-denpasar.ac.id>
- Muttaqin Arif, 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nur Wakhidah Anisa. 2015. Asuhan Keperawatan Pada Tn. W Dengan Gangguan Sistem Persarafan: *Stroke Non Hemoragic* di Ruang Gladiolatas Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo. Dilihat 29 Desember 2016. <http://eprints.ums.ac.id/33741/19/naskah%20publikasi%20ilmiah.pdf>
- Nursalam, 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Ed.3. Jakarta Selatan: Salemba Medika.
- Oktaria Batubara Sakti & Florentianus Tat. 2015. Hubungan Antara Penanganan Awal Dan Kerusakan Neurologis Pasien Stroke Di RSUD Kupang.

Vol.10, No.3. dilihat 27 Desember 2016.

<http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/627/369>

Usrin Irwana, dkk. 2013. Pengaruh Hipertensi Terhadap Kejadian Stroke Iskemik dan Stroke Hemoragik Di Ruang Neurologis Di Rumah Sakit Stroke Nasional (RSSN) Bukit Tinggi Tahun 2011. Dilihat 27 Desember 2016.
jurnal.usu.ac.id/index.php/kpkb/article/view/2529

Yuanita Ratna S, dkk. 2015. Mekanisme Koping Keluarga Menurunkan Tingkat Kecemasan Keluarga Pasien Stroke. Vol.3, No.2. dilihat 27 Desember 2016.
jurnal.unitri.ac.id/index.php/care/article/download/388/396



**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2016**

No	Kegiatan	Bulan																															
		September				Desember				Januari				Februari				Maret				April - Mei				Juni - Juli							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																																
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																																
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																																
4	Ujian Proposal Studi Kasus																																
5	Revisi Proposal Studi Kasus																																
6	Pengambilan dan pengolahan data																																
7	Pembimbingan Hasil																																
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																																
9	Ujian Sidang Studi Kasus																																
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																																

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Viky Dyah Oktavionita
NIM : 13.12.100.38
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien *Stroke non hemoragik dengan defisit perawatan diri*” di Ruang Krissan Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan.

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, Februari 2017

Peneliti

Viky Dyah Oktavionita

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Sulistia ningsih

Umur : 42 tahun

Alamat : Sukorejo

Bahwa saya dimintasi 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 penelitian 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.

Pasuruan , Januari 2017

Responden



()

Yang di sukai
Yang tidak di sukai
Alergi

Yang tidak di sukai
Alergi

Eliminasi

BAKx/hr
BABx/hr

Kebersihan diri

Mandix/hr
Keramasx/hr
Sikat gigix/hr
Memotong kukux/hr
Ganti pakaianx/hr

Istirahat dan aktivitas

Tidur malamjam/hr Jams/d
Aktifitasjam/hr jenis
Kebiasaan merokok/alkohol.jamu

Psikososial

Sosial/interaksi
Konsep diri
Spiritual

VI. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt
RR : x/mnt

TD : mmHg

Kesadaran

2. Sistem Pernafasan (B1)

- a. Hidung :
- Pernafasan cuping hidung :
- Septum nasi :
- b. Bentuk dada :
- c. Keluhan :
- d. Irama napas :
- e. Suara napas :

3. Sistem Kardiovaskuler (B2)

- a. Keluhan nyeri dada :
- b. Irama jantung :
- c. CRT :
- d. Konjungtiva pucat :
- e. JVP :

4. Sistem Persarafan (B3)

- a. Kesadaran :
- GCS :
- b. Keluhan pusing :
- c. Pupil :

- d. Nyeri :
- 5. Sistem Perkemihan (B4)**
- a. Keluhan :
- b. Alat bantu :
- c. Kandung kencing membesar :
Nyeri tekan :
- d. Produksi urine : warna : bau :
- e. Intake cairan :
- 6. Sistem Pencernaan (B5)**
- a. TB : BB :
- b. Mukosa mulut :
- c. Tenggorokan :
- d. Abdomen :
Pembesaran hepar :
Pembesaran lien :
Ascites :
Mual :
Muntah :
Terpasang NGT :
Bising usus :
- e. BAB :
- f. Diet :
Frekuensi :
- 7. Sistem Muskuloskeletal (B6)**
- a. Kelainan ekstremitas :
- b. Kelainan tulang belakang :
- c. Fraktur :
- d. Traksi/spalk/gips :
- e. Kompartemen sindrom :
- f. Kulit :
- g. Akral :
- h. Turgor :
- i. Luka :
Kekuatan tonus otot :

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

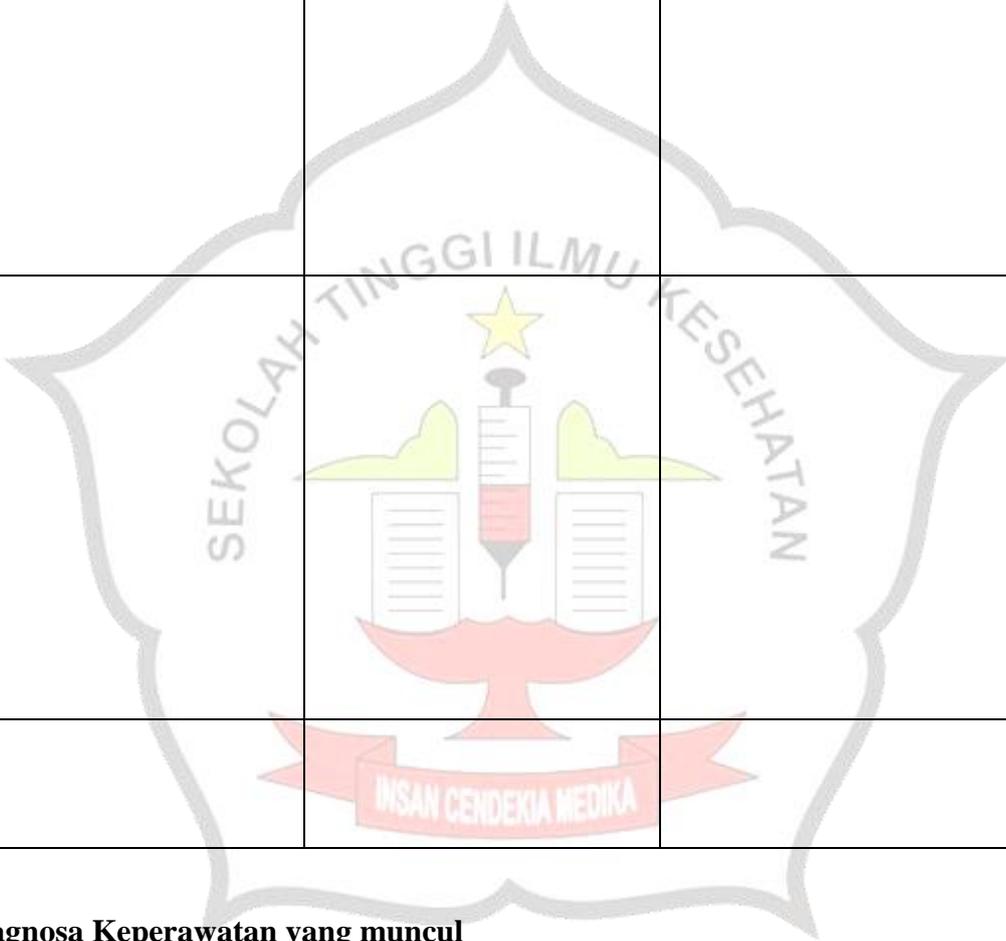
VIII. TERAPI

.....
Mahasiswa,

ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:

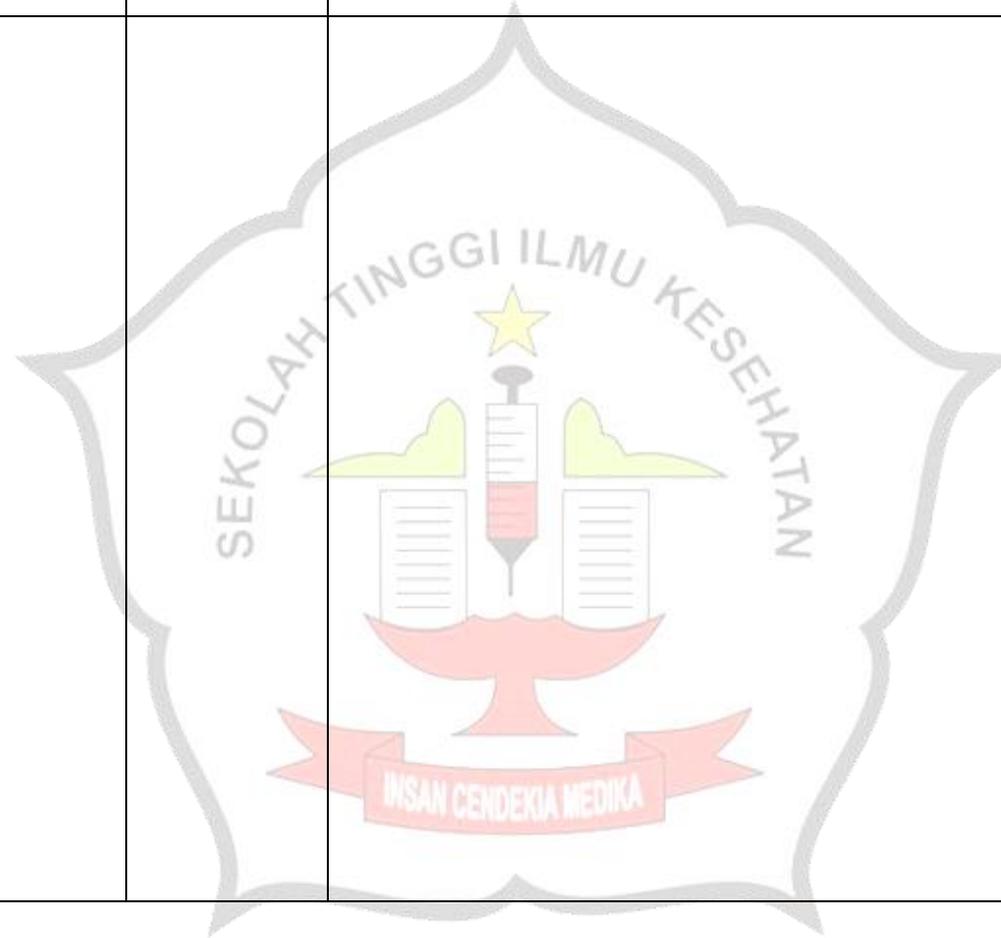
Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		
		

Diagnosa Keperawatan yang muncul

1.
2.
3.
4.
5.

Intervensi Keperawatan

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

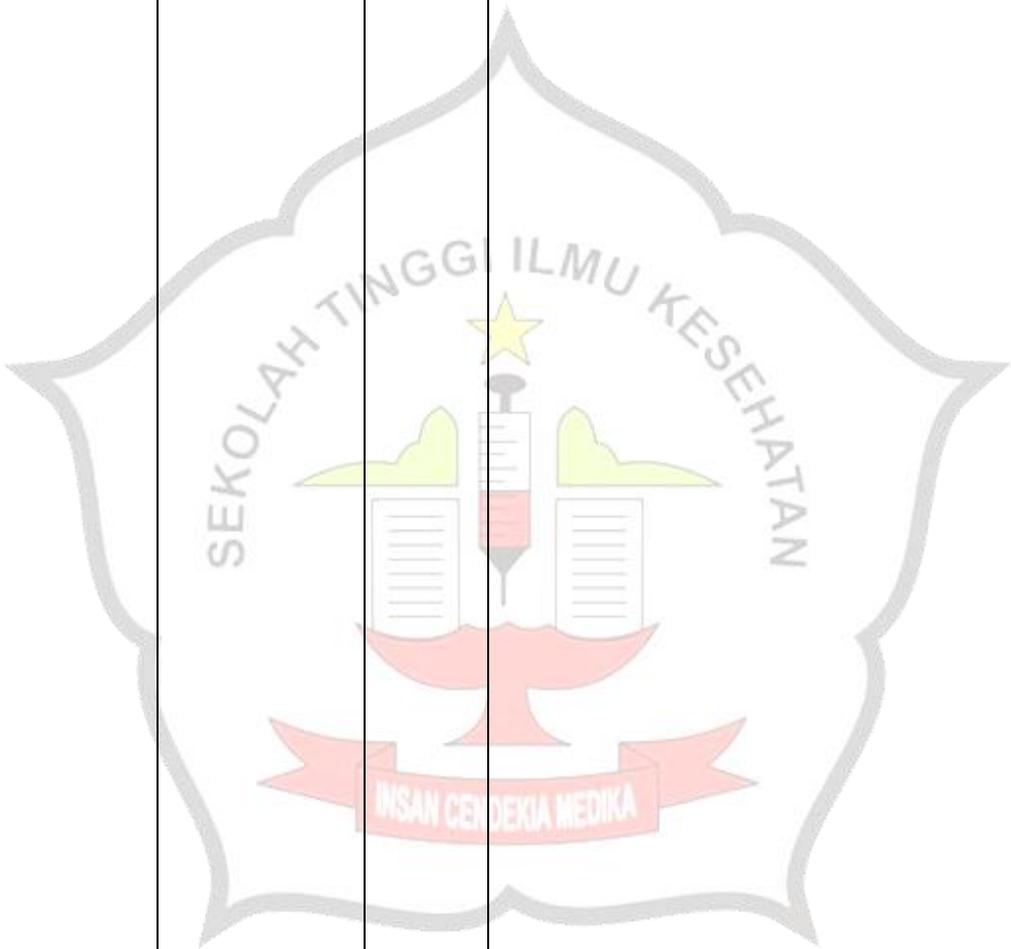


Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

.....

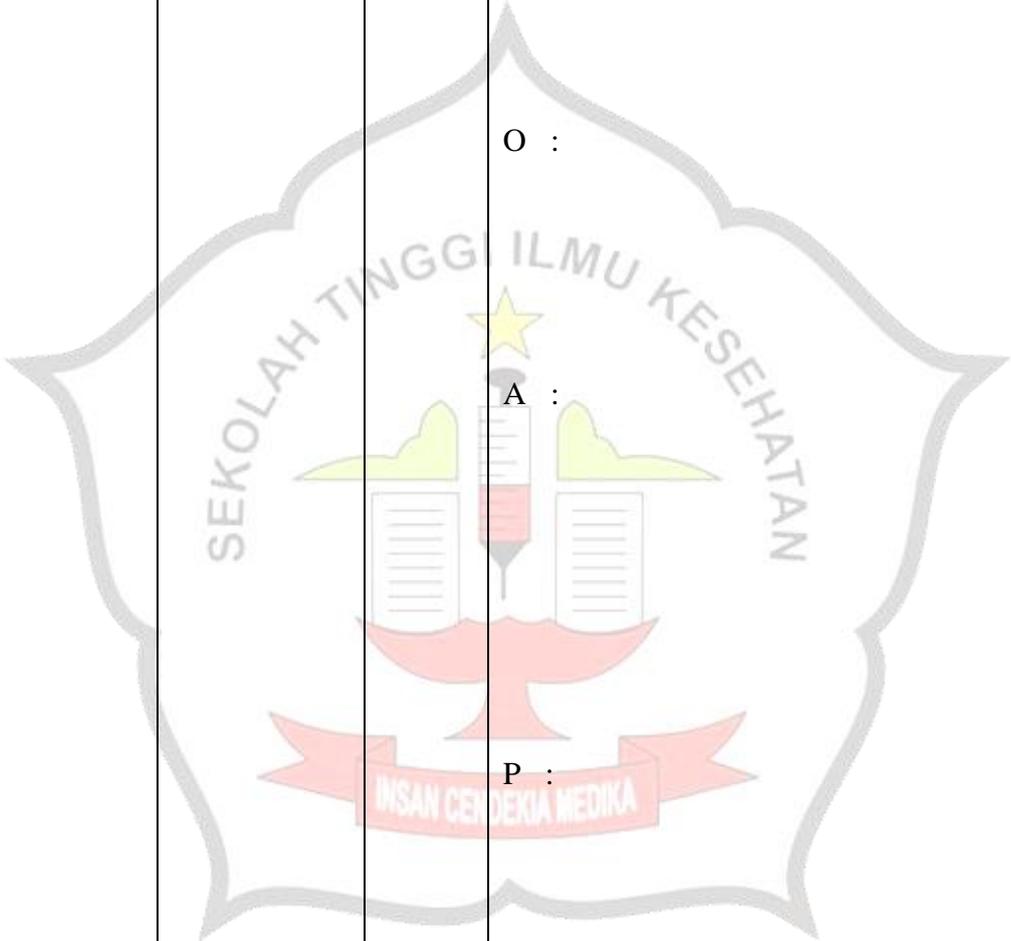
Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf
				

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. : '027/KTI-D3KEP/K31/073127/1/2017
Lamp. : -
Perihal : Penelitian

Jombang, 09 Januari 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Bangil
di
Pasuruan

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 : **VIKY DYAH OKTAVIONITA**
No. Pokok Mahasiswa / NIM : **13 121 0038**
Judul Penelitian : **Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (Stroke) dengan 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,

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



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL
Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 1 Februari 2017

Nomor : 445.1 / 284 / 424.202/2017 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Study JI. K.H Hasyim Asyari 171
Pendahuluan Mojosongo
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 054/KTI-D3KEP/K31/073127/II/2017 tanggal 13 Januari 2017 perihal Permohonan Ijin Studi Pendahuluan atas nama :

Nama : Viky Dyah Oktavionita
NIM : 14 121 0038
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (Stroke) dengan Defisit Perawatan Diri di Ruang Krisan RSUD Bangil Pasuruan

maka pada prinsipnya kami **MENYETUJUI** yang bersangkutan untuk melakukan Survei Pendahuluan di RSUD Bangil selama 1 (satu) minggu terhitung mulai tanggal 1 – 7 Februari 2017 dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Melaporkan diri kepada petugas di lokasi pengambilan data.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang



DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Inst. Rekam Medik RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan



PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN

BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK

Jl. Panglima Sudirman No. 54 Telp (0343) 424162 Fax.(0343)411553

Email : bakesbangpol@pasuruankab.go.id

REKOMENDASI PENELITIAN/SURVEY

NO. 072 / 52 /424.104/SUR/RES/2017

- Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Dalam Negeri (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2010 Nomor 316), sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 14 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan menteri Dalam Negeri Nomor 41 Tahun 2010 tentang Organisasi dan Tata Kementrian Dalam negeri (Berita negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 168),
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2015 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 84 Tahun 2011.

Menimbang : Surat dari Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika, tanggal 9 Januari 2017 Nomor : 027/KTI-D3KEP/K31/073127/I/2017 Perihal Ijin Penelitian atas nama VIKY DYAH OKTAVIONITA

Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan, memberikan Rekomendasi Kepada :

Nama : VIKY DYAH OKTAVIONITA
NIM : 131210038
Alamat : Dsn. Sumberbendo RT.06 RW.05 Jogoroto Jombang
Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
Instansi/Organisasi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cvendekia Medika" Jombang
Kebangsaan : Indonesia

Untuk Melakukan Penelitian/Survey/Kegiatan dengan :

Judul Proposal : " **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CVA (STROKE) DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI** "

Tujuan : Penelitian
Bidang Penelitian : Kesehatan
penanggung Jawab : VIKY DYAH OKTAVIONITA
Anggota/Peserta : 1. -
2. -
3. -
4. -
5. -
6. -
7. -
8. -
9. -

Waktu Penelitian : 2 (dua) bulan TMT Surat dikeluarkan

Lokasi Peneitian : RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

- Dengan Ketentuan
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati Peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/kegiatan;
 2. Pelaksanaan penelitian agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
 3. Berkewajiban melaporkan hasil penelitian dan sejenisnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Pemerintah Kabupaten Pasuruan dalam kesempatan pertama.

Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Pasuruan, 2 Pebruari 2017

An. Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik

Kabupaten Pasuruan

Kepala Bidang Kesatuan Bangsa



TEMBUSAN :

Yth.

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Pasuruan
2. Sdr. Camat Bangil Kabupaten Pasuruan
3. Direktur RSUD Bangil Kab. Pasuruan
4. Arsip.
5. -
6. -
7. -



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 22 Maret 2017

Nomor : 445.1 / 902 / 424.079 / 2016
Lampiran : -
Hal : Keterangan Selesai
 Penelitian

Kepada
Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika
Jl. K.H Hasyim Asyari 171
Mojosongo
JOMBANG

Menyambung surat kami Nomor : 445.1/334/424202/2017 tanggal
6 Februari 2017 perihal Persetujuan Penelitian atas nama :

Nama : Viky Dyah Oktavionita
NIM : 14 121 0038
Judul : Asuhan Keperawatan pada Klien CVA (Stroke) dengan
Defisit Perawatan Diri di RSUD Bangil Pasuruan

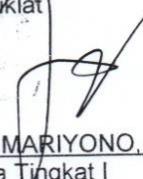
Maka dapat kami informasikan bahwa mahasiswa tersebut di atas telah menyelesaikan pengambilan data penelitiannya di RSUD Bangil pada tanggal 27 Februari – 25 Maret 2017.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara diucapkan terima kasih.

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang

u.p
Kasi Diklat

MUDAERAH


DIDIK MARIYONO, SKM.
Penata Tingkat I
NIP. 19680525 199203 1 012

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : Viky Dyah Octaviona
 NIM : 131210038
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA ELIEN CVA (STROKE)
DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
 PEMBIMBING I : MAHARANI TRI P.S. KEP. NS. MM

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1	1/12/2014	fungsi motorik	[Signature]
2	1/12/2014	introduksi - pengetahuan - wawancara - observasi	[Signature]
2	14/12/2014	motorik	[Signature]
4	21/12/2014	informasi perawatan	[Signature]
6	29/12/2014	acc bab I layut bab II, III	[Signature]
7	5/1/2015	perawatan dianambatkan dari pengel. S. S. S. may per d. d. d. lampiran daftar pustaka	[Signature]
8	9/1/2015	lampiran 2 daftar pustaka daftar pustaka, lampiran 2	[Signature]

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
9.	28/2017 / 4	Revisi bab II → ditambahkan pen. jasa bab IV	f
10	2/2017 / 4	Revisi bab II W.D → daftar pustaka Revisi	f
11	9/2017 / 6	kompleksitas pembelajaran pendidikan	f
12	12/2017 / 6	pembelajaran keterampilan pembelajaran pembelajaran	f
13	14/2017 / 6	menguji & uji	f

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

NAMA : Viky Dyah Oktaviona
NIM : 131210038
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA Klien STROKE
NON HEMORAGIK DENGAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
PEMBIMBING II : AFIF HIDAYATUL ARHAM S.Kep.Ns.

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	28/12/2016	Revisi penulisan Bab 5	<i>[Signature]</i>
2.	02/01/2017	Revisi Bab 1-3	<i>[Signature]</i>
3.	02/01/2017	Revisi Bab 1-3 penulisan	<i>[Signature]</i>
4.	03/01/2017	Revisi penulisan Bab 1-3	<i>[Signature]</i>
5.	05/01/2017	Revisi penulisan Daftar pustaka	<i>[Signature]</i>
6.	6/1/2017	Acc Bab 1-3	<i>[Signature]</i>
7.	3/05/2017	Revisi penulisan	<i>[Signature]</i>
8.	29/05/2017	Revisi bab 4-5	<i>[Signature]</i>
9.	08/06/2017	Revisi bab 4-5 + penulisan	<i>[Signature]</i>
10.	14/07/2017	Acc Feeding Manual	<i>[Signature]</i>