

Raicha bab4-5.docx

Date: 2019-07-15 11:43 WIB

\* All sources 46 | Internet sources 18 | Own documents 19 | Organization archive 5 |

Plagiarism Prevention Pool 4 |

- [0]  "Saroh Nurbaiti 161210035.docx" dated 2019-07-03  
10.1% 33 matches

---

- [1]  "BERTHA RISWARDANI.docx" dated 2019-07-04  
4.4% 18 matches

---

- [2]  "Sutia 161210040.docx" dated 2019-07-15  
4.0% 11 matches

---

- [3]  "Bagas 161210005.docx" dated 2019-07-03  
4.6% 20 matches

---

- [4]  "Heru Febrianto 161210020.docx" dated 2019-07-03  
4.5% 18 matches

---

- [5]  "Teshalonica 161210041.pdf" dated 2019-07-03  
4.2% 22 matches

---

- [6]  "PRIYONO (161210031).docx" dated 2019-07-03  
3.7% 12 matches

---

- [7]  "AGUS WIRANTO 161210001.docx" dated 2019-07-03  
3.8% 22 matches

---

- [8]  "Revisi Ekanannda 161210012.docx" dated 2019-07-15  
2.3% 16 matches

---

- [9]  "Susi Fitriana Dewi 161210039.doc" dated 2019-07-03  
3.4% 16 matches

---

- [10]  "Sheilatur Rohmah 161210037.doc" dated 2019-07-03  
2.9% 13 matches

---

- [11]  "Nur Amilus Sholeh 161210028.docx" dated 2019-07-03  
3.3% 18 matches

---

- [12]  "Fatimatul Azizah (161210017).pdf" dated 2019-07-01  
3.0% 19 matches

---

- [13]  "Elma Nuraini 161210015.docx" dated 2019-07-03  
2.8% 19 matches

---

- [14]  "Revisi Nurul Bab 1-5.docx" dated 2019-07-15  
1.9% 10 matches

---

- [15]  from a PlagScan document dated 2019-05-02 03:55  
1.5% 6 matches

---

- [16]  "Revisi Mei 161210026.docx" dated 2019-07-15  
1.1% 5 matches

---

- [17]  "Dwi Istiani 161210010.pdf" dated 2019-07-03  
0.9% 8 matches

---

- [18]  "Desi Maulida 161210007.docx" dated 2019-07-15  
0.7% 5 matches

---

- [19]  <https://id.123dok.com/document/y60eer5y...bangil-pasuruan.html>  
0.7% 5 matches

---

- [20]  <https://es.scribd.com/document/367658464/laporan-pendahuluan-fraktur-femur-docx>  
0.7% 2 matches

---

- [21]  from a PlagScan document dated 2018-05-12 04:44  
0.4% 3 matches

---


- [22]  "Naufa Inesa 161110009.doc" dated 2019-07-03  
0.4% 5 matches

---


- [23]  from a PlagScan document dated 2018-07-03 01:33  
0.4% 3 matches

---


-  "Cahva 161110004.docx" dated 2019-07-09

- ✓ [24]  0.5% 5 matches


---

- ✓ [25]  from a PlagScan document dated 2018-07-25 09:21  
0.3% 3 matches


---

- ✓ [26]  <https://cat-purple.blogspot.com/2016/06/makalah-proses-keperawatan.html>  
0.4% 1 matches


---

- ✓ [27]  "Rahmatul 131110011.docx" dated 2019-07-03  
0.3% 3 matches


---

- ✓ [28]  <https://id.123dok.com/document/oy800jrq-...dan-amplas-2015.html>  
0.4% 2 matches


---

- ✓ [29]  "NIESTIA CHURROTUL AINI 1621110012.docx" dated 2019-07-01  
0.2% 3 matches


---

- ✓ [30]  <https://merpatisepuluh.wordpress.com/category/uncategorized/page/2/>  
0.3% 4 matches



---

- ✓ [31]  "REVISI Susi Fitriana 161210039.doc" dated 2019-07-08  
0.3% 1 matches


---

- ✓ [32]  <https://www.scribd.com/document/343965268/BAB-1-Stroke-Tgs>  
0.3% 1 matches


---

- ✓ [33]  <https://aangcoy13.blogspot.com/2012/03/asfiksia-neonatorum.html>  
0.3% 3 matches  
 1 documents with identical matches


---

- ✓ [35]  <https://samoke2012.files.wordpress.com/2017/03/lpsp-defisit-perawatan-diri.pdf>  
0.3% 2 matches


---

- ✓ [36]  <https://bidanku-odiliaesm.blogspot.com/2...gan-preeklamsia.html>  
0.3% 2 matches


---

- ✓ [37]  <https://budiartiwulan.blogspot.com/2016/09/asuhan-keperawatan-pada-pasien.html>  
0.3% 1 matches


---

- ✓ [38]  "Rawanda Mega 162110014.doc" dated 2019-07-05  
0.2% 2 matches


---

- ✓ [39]  <https://hermiciningruhati.blogspot.com/2016/08/laporan-manajemen-keperawatan.html>  
0.3% 2 matches


---

- ✓ [40]  <https://aneka-wacana.blogspot.com/2012/03/ccontoh-rencana-asuhan-keperawatan.html>  
0.2% 2 matches


---

- ✓ [41]  <https://yulasnawati.blogspot.com/2011/04/asuhan-keperawatan-sectio-caesarea.html>  
0.2% 2 matches


---

- ✓ [42]  [https://www.academia.edu/14740533/ASUHAN\\_KEBIDANAN\\_KESEHATAN\\_REPRODUKSI](https://www.academia.edu/14740533/ASUHAN_KEBIDANAN_KESEHATAN_REPRODUKSI)  
0.1% 1 matches


---

- ✓ [43]  <https://jefrianusunriu.blogspot.com/2016/04/>  
0.1% 1 matches


---

- ✓ [44]  <https://hefideslianikebidanan.blogspot.com/2011/05/penapisan-kb.html>  
0.1% 1 matches

---

- ✓ [45]  <https://id.123dok.com/document/8ydj9x1y-...ah-provsu-medan.html>  
0.1% 1 matches

---

- ✓ [46]  <https://abdulmuhamadcliquers676.blogspot...kepala-ringan.html#>  
0.1% 1 matches

31 pages, 6232 words

**PlagLevel:** 19.9% selected / 19.9% overall

89 matches from 47 sources, of which 19 are online sources.

#### Settings

Data policy: *Compare with web sources, Check against my documents, Check against my documents in the organization repository, Check against organization repository, Check against the Plagiarism Prevention Pool*

Sensitivity: *Medium*

Bibliography: *Consider text*

Citation detection: *Reduce PlagLevel*

Whitelist: --

## BAB 4

## HASIL DAN PEMBAHASAN

## 4.1 Hasil

4.1.1<sup>[3]▶</sup> Gambaran Lokasi Pengambilan Data

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

## 4.1.2 Pengkajian

1. <sup>[ 9 ] ▶</sup> Identitas KlienTabel 4.1<sup>[16]▶</sup> Identitas klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. A	Ny.R <sup>[10]▶</sup>
Umur	50 tahun	51 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMA
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Status perkawinan	Sudah menikah	Sudah menikah
Alamat	Mandaranrejo, Bugul kidul, Bangil	Mayangan, Purworejo, Bangil
Suku/bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal MRS	25 April 2019	24 April 2019
Tanggal Pengkajian	27 April 2019	27 April 2019
Jam Pengkajian	08:00 WIB	09:00 WIB
No. RM	0052****	0047****
Diagnosa masuk	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik

[ 8 ] ▶  
2. Riwayat Penyakit

[2] ▶  
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan tangan dan kaki kiri tidak bisa digerakkan dan susah bicara.	Klien mengatakan lemas, kadang pusing, kaki dan tangan kiri susah digerakkan.
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan lemas kaki dan tangan, tiba-tiba jatuh dan berteriak minta tolong, kemudian klien dibawa dibawa keluarganya berobat ke IGD RSUD BANGIL pada pukul 10.00 WIB.	Klien mengatakan saat mau pergi kepasar tiba-tiba pusing dan jatuh pingsan lalu keluarga membawanya ke RSUD bangil pasuruan pada pukul 09.00 WIB.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan bahwa klien mempunyai riwayat penyakit kolesterol dan hipertensi. [30] ▶	Klien mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan vertigo.
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit stroke.	Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai riwayat penyakit stroke.
Riwayat psikososial	Klien mengatakan bahwa klien menerima dengan ikhlas penyakitnya dan berharap agar segera diberikan kesembuhan.	Klien mengatakan berusaha sabar dan ikhlas menghadapi penyakitnya, dan berharap penyakitnya bisa segera sembuh.

[ 13 ] ▶  
3. Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan system)

[7] ▶  
Tabel 4.3 Perubahan pola kesehatan

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola manajemen kesehatan	Klien mengatakan, ketika sakit periksa ke dokter dekat rumah	Klien mengatakan saat sakit, hanya membeli obat-obatan di apotek.
Pola nutrisi	Di Rumah : [5] ▶ Keluarga klien mengatakan nafsu makan baik, makan 3x/hari dengan menu nasi, lauk pauk dan sayur, minum air putih kurang lebih 1000/hari suka minum susu. [5] ▶	Di rumah : [5] ▶ Klien mengatakan makan 3x/hari dengan menu nasi lauk pauk dan sayur, minum air putih kurang lebih 1500 ml/hari, suka meminum kopi.

	Di Rumah Sakit : klien mengatakan nafsu makan berkurang, makan kurang lebih 5 sendok, minum air putih kurang lebih 600 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 : klien mengatakan buang air kecil 4-5x/hari, warna kuning keruh, volume normal dan buang air besar 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.	Di Rumah : <sup>[5]</sup> klien mengatakan buang air kecil 5-6x/hari warna kuning jernih, volume normal dan buang air besar 1x/hari warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat.
	Di Rumah Sakit : klien mengatakan belum buang air besar, buang air kecil dengan alat bantu kateter 1 hari urine ±250 ml.	Di Rumah Sakit : klien mengatakan selama di rawat buang air besar hanya 1x warna kuning kecoklatan dengan konsistensi padat, buang air kecil dengan alat bantu kateter 1 hari urine ±300 ml.
Pola istirahat tidur	Di Rumah : klien mengatakan tidur siang ± 30 menit, tidur malam ± 7 jam.  Di Rumah Sakit : klien mengatakan sering tidur ± 9 jam, pada malam hari sering bangun karena kurang nyaman dengan keadaanya.	Di Rumah : klien mengatakan jarang sekali tidur siang, tidur malam ± 7 jam.  Di Rumah Sakit : klien mengatakan bisa tidur siang ± 1 jam, tidur malam ± 5 jam.
Pola aktivitas	Di Rumah : klien mengatakan, klien melakukan semua aktivitas secara mandiri.  Di Rumah Sakit : klien melakukan, semua aktivitas sehari-hari sepenuhnya dibantu oleh keluarga.	Di Rumah : <sup>[1]</sup> klien mengatakan melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri.  Di Rumah Sakit : klien melakukan semua aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarganya.

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

Tabel 4.4<sup>[3]</sup> Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
<b>Keadaan umum</b>	Lemah	Lemah
Suhu	36,2 °C	36,6 °C
Nandi	80 x/menit	80 x/menit
Tensi darah	150/100 mmHg	170/100 mmHg
Respirasi	20 x/menit	24 x/menit
Glasgow coma scale	4-5-6	4-5-6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
<b>Pemeriksaan head to toe</b>		
<b>Kepala</b>	Inspeksi : tampak kotor <sup>[5]</sup>	Inspeksi : tampak kotor
<b>Kulit kepala</b>	Palpasi : tidak ada benjolan	Palpasi : tidak ada benjolan
<b>Rambut</b>	Inspeksi : warna hitam, sering rontok, jenis rambut ikal	Inspeksi : warna hitam, jenis rambut lurus
<b>Wajah</b>	Inspeksi : simetris bentuk wajah oval <sup>[3]</sup> Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : simetris bentuk wajah bulat Palpasi : tidak ada nyeri tekan
<b>Mata</b>	Inspeksi <sup>[36]</sup> : simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.	Inspeksi <sup>[36]</sup> : simetris, fungsi penglihatan kurang baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.
<b>Hidung</b>	Inspeksi <sup>[22]</sup> : 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.
<b>Mulut</b>	Inspeksi : bicara cedal, bibir kering, terlihat karies, bau mulut <sup>[3]</sup> Palpasi : tidak ada nyeri tekan.	Inspeksi : bibir kering, bau mulut Palpasi : tidak ada nyeri tekan.
<b>Telinga</b>	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, lubang telinga kotor (terdapat serumen).	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, lubang telinga sedikit kotor (terdapat serumen).
<b>Leher</b>	Inspeksi : tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi <sup>[3]</sup> : tidak ada nyeri tekan

Dada	<p>Inspeksi <sup>[3]</sup> : bentuk dada simetris, pola nafas tidak teratur, terdapat tarikan otot bantu nafas, napas cepat dan dangkal</p> <p>Palpasi <sup>[5]</sup> : tidak ada nyeri tekan dan benjolan</p> <p>Perkusi : suara kedua paru sonor</p> <p>Auskultasi : suara normal (vesikuler)</p>	<p>Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas tidak teratur, tidak terdapat tarikan otot bantu nafas, napas cepat dan dangkal</p> <p>Palpasi : tidak ada nyeri tekan dan benjolan</p> <p>Perkusi : suara kedua paru sonor</p> <p>Auskultasi : suara normal (vesikuler)</p>								
Abdomen	<p>Inspeksi <sup>[12]</sup> : tidak ada bekas luka, bentuk abdomen simetris</p> <p>Palpasi <sup>[6]</sup> : tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar</p> <p>Perkusi : timpani</p> <p>Auskultasi : bising usus 10x/menit</p>	<p>Inspeksi : tidak ada bekas luka, bentuk abdomen simetris</p> <p>Palpasi : tidak ada benjolan atau nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar</p> <p>Perkusi : timpani</p> <p>Auskultasi <sup>[8]</sup> : bising usus 12x/menit</p>								
Ekstermitas	<p>Inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kiri, digerakkan dan keadaannya yang lemah.</p> <p>Kekuatan tonus otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table> <p>Palpasi <sup>[7]</sup> : akral hangat, tidak ada edema</p>	5	0	5	0	<p>Inspeksi : adanya gangguan pada ekstermitas kiri</p> <p>Kekuatan tonus otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> <p>Palpasi : akral hangat, tidak ada edema</p>	5	2	5	2
5	0									
5	0									
5	2									
5	2									
Data psikososial spiritual	<p>Di Rumah klien selalu beribadah dengan rutin dan turut aktif dalam kegiatan keagamaan yang ada dalam masyarakat.</p> <p>Di Rumah Sakit : klien mengatakan sholat 5 waktu terganggu dan saat melaksanakannya hanya tangan kanan saja yang digunakan.</p>	<p>Di Rumah klien selalu beribadah dengan rutin dan jarang mengikuti kegiatan keagamaan yang ada dalam masyarakat.</p> <p>Di Rumah Sakit : klien mengatakan sholat 5 waktu terganggu dan saat melaksanakannya hanya tangan kanan saja yang digunakan.</p>								



## 5. Hasil Pemeriksaan Diagnostik

### Klien 1

a. GDA : 100 mg/dl

b. Laboratorium : Pemeriksaan pada 26 April 2019

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan klien 1	Hasil	Hasil normal
<b>Hematologi</b>		
Darah lengkap		
Leukosit (WBC)	10,20	3,70 – 10,1
Neutrofil	82	
Limfosit	1,3	
Monosit	0,6	
Esinofil	0,1	
Basofil	0,0	
Neutrofil %	80,4	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	11,0	18,0 – 48,3 %
Monosit %	5,3	4,40 – 12,7 %
Esinofil %	0,7	0,600 – 7,30 %
Basofil %	0,1	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	4,450	4,6 – 6,2 $10^8 / \mu\text{L}$
Hemoglobin (HGB)	13,10	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	40,30	40 – 54 %
MCV	90,10	81,1 – 96, 0 $\mu\text{m}^3$
MCH	31,10	27,0 – 31,2 pg
MCHC	34,20	31,8 – 35,4 g/dL
RDW	13,30	11,5 – 14,5 %
PLT	275	155 – 366 $10^3 / \mu\text{L}$
MPV	6,2	6,90 – 10,6 fL
<b>Kimia klinik</b>		
Lemak		
Trigliserida	180	150 mg/dL
Kolesterol	251	200 mg/dL
Kolesterol HDL	37,45	34 mg/dL
Kolesterol LDL	152,26	100 mg/dL
Faak ginjal		
BUN	12	7,8 – 20,23 mg/dL
Kreatinin	0,904	0,8 – 1,3 mg/dL
<b>Elektrolit</b>		
<b>ELEKTROLIT SERUM</b>		
Natrium (Na)	133,70	135 – 147 mmol/L
Kalium (K)	2,48	3,5 – 5 mmol/L
Klorida (Cl)	100,50	95 – 105 mmol/L
Kalsium Ion	1,444	1,16 – 1,32 mmol/L

Klien 2

a. GDA : 115 mg/dl

b. Laboratorium : Pemeriksaan pada 25 April 2019

<sup>[1]</sup>  
Tabel 4.6 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan klien 2	Hasil	Hasil normal
<b>Hematologi</b>		
Darah lengkap		
Leukosit (WBC)	9,4	3,70 – 10,1
Neutrofil	5,3	
Limfosit	2,5	
Monosit	0,7	
Esinofil	0,5	
Basofil	0,2	
Neutrofil %	51,0	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	25,8	18,0 – 48,3 %
Monosit %	0,9	4,40 – 12,7 %
Esinofil %	3,5	0,600 – 7,30 %
Basofil %	0,6	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	4,100	4,6 – 6,2 10 <sup>8</sup> / μL
Hemoglobin (HGB)	11,30	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	33,20	40 – 54 %
MCV	80,30	81,1 – 96, 0 μm <sup>3</sup>
MCH	27,20	27,0 – 31,2 pg
MCHC	34,10	31,8 – 35,4 g/dL
RDW	11,30	11,5 – 14,5 %
PLT	274	155 – 366 10 <sup>3</sup> / μL
MPV	6,47	6,90 – 10,6 fL
<b>Kimia klinik</b>		
Faal hati		
AST/SGOT	32,00	35 U/L
ALT/SGPT	28,00	45 U/L
Lemak		
Trigliserida	62	150 mg/dL
Kolesterol	62	200 mg/dL
Kolesterol HDL	33,00	34 mg/dL
Faal ginjal		
BUN	45	7,8 – 20,23 mg/dL
Kreatinin	2,000	0,8 – 1,3 mg/dL
Uric-Acid	6,20	3,6 – 8,2 mg/dL
Elektrolit		
<b>ELEKTROLIT SERUM</b>		
Natrium (Na)	143,60	135 – 147 mmol/L
Kalium (K)	4,30	3,5 – 5 mmol/L
Klorida (Cl)	107,10	95 – 105mmol/L
Kalsium Ion	1,220	1,16 – 1,32mmol/L

## 6. Terapi

Tabel 4.7 Terapi

Terapi	Klien 1	Klien 2
Infus	Asering 20 tpm	Asering 20 tpm
Injeksi	Citicolin 2x500 mg Esomeprazol 1x40 mg Kalmeco 1x500 mg Antrain 3x1 gr	Citicolin 2x 500 mg Kalmeco 1x500 mg Omeprazole 1x40 mg Antrain 3x1 gr
Obat Peroral	Clopidogrel 1x75 mg Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet	-

4.1.3<sup>[1]</sup> Analisa DataTabel 4.8<sup>[1]</sup> Analisa data klien 1

Data	Etiologi	Masalah
Data subjektif :	Klien 1	
<p><b>Data subjektif:</b> klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara susah.</p> <p>Data objektif: Keadaan umum: lemah Kesadaran: composmentis Glasgow coma scale: 4-5-6, Tanda-tanda vital Tensi darah:150/100 mmHg, Suhu: 36 °C, Nadi :82 x/menit, Respirasi: 20x/menit, Klien tampak tidak rapi, Bibir kering, terdapat karies, Mulut klien bau, Klien jarang diseka, Klien jarang ganti pakaian, Rambut klien tidak rapi, Anggota gerak bagian kiri tidak bisa digerakkan,</p> $\begin{array}{r} 5 \quad   \quad 0 \\ \hline 5 \quad   \quad 0 \end{array}$ <p>Hemiplegi kiri</p>	Hambatan mobilitas fisik	Defisit perawatan diri

Tabel 4.9 Analisa data klien 2

Data	Etiologi	Masalah				
Klien 2						
Data subjektif : Klien mengatakan pusing, kaki dan tangan sebelah kiri susah digerakkan.	Hambatan mobilitas fisik	Defisit perawatan diri				
Data objektif:						
Keadaan umum: cukup						
Kesadaran : composmentis						
Glasgow coma scale: 4-5-6,						
Tanda-tanda vital Tensi						
darah : 170/100 mmHg,						
Suhu: 36,4 °C, Nadi : 80 x /						
menit, Respirasi : 20 x /						
menit,						
Klien berbaring ditempat						
tidur,						
Klien tidak pernah diseka,						
Klien tidak ganti pakaian,						
Tidak pernah gosok gigi						
(mulut klien bau),						
Bibir klien kering,						
Rambut tampak kusut,						
Kuku panjang,						
Anggota gerak bagian kiri,						
Susah digerakkan,						
<table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table>			5	2	5	2
5	2					
5	2					
Hemiparase kiri						

#### 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

#### 4.1.5<sup>[1]</sup> Intervensi Keperawatan

Tabel 4.10<sup>[13]</sup> Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan	NOC	NIC
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	<p>Tujuan : Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kebutuhan defisit perawatan diri klien terpenuhi.</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>a. Klien terlihat rapi (4)</p> <p>b. Klien dapat melakukan perawatan diri secara mandiri (2)</p> <p>c. Klien terbebas bau badan (3)</p> <p>d. Kebutuhan klien terpenuhi (3)</p>	<p>Defisit perawatan diri mandi</p> <p>a. Pertahankan privasi saat pasien mandi</p> <p>b. Seka klien dengan air hangat dan sabun</p> <p>c. Bantu klien dalam kebersihan mulut dan kuku</p> <p>d. 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 diet 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 dan evaluasi

## 1. Implementasi keperawatan

Tabel 4.11 implementasi keperawatan hari Sabtu, 27 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1  Sabtu 27 April 2019  Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	14.50	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektsel	
	14.50	Menyeka klien dengan air hangat agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan memberi sabun pada tubuh klien agar 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 menyediakan sisir.	
	15.03	Membantu klien untuk mengancingkan 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.	
	15.15	Menyediakan alat bantu 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 tanda-tanda vital Tensi darah : 150/100 mmHg, Suhu : 36,2°C, Nadi : 80 x/menit, Respirasi : 20x/menit	
16.00	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter da observasi tetesan infus Asering 20 tetes per menit Injeksi : Citicolin 500 miligram Esomeprazol 40 miligram Kalmeco 500 miligram Peroral : Clopidogrel 75 miligram Disolf 1 tablet Ambroxol 1 tablet		

Tabel 4.12 implementasi keperawatan hari Sabtu, 27 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 2	15.50	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektsel.	
Sabtu 27 April 2019			
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	15.50	Menyeka klien dengan air hangat agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan memberi sabun pada tubuh klien agar 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 menyediakan sisir	
	16.03	Membantu klien untuk mengancingkan 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.	
	16.15	Menyediakan alat bantu 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 tanda-tanda vital Tensi darah : 180/100 mmHg, Suhu : 36,4 °C, Nadi : 80x/menit, Respirasi :20x/menit	
	17.00	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter da observasi tetesan infus Asering 20 tetespermeneit Injeksi : Citicolin 500 miligram Kalmeco 500 miligram Omeprazol 40 miligram Antrain 1 gram	

Tabel 4.13 implementasi keperawatan hari Minggu, 28 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1  Minggu, 28 April 2019  Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	15.20	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektel.	
	15.25	Menyeka klien dengan air hangat agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan memberi sabun pada tubuh klien agar tampak bersih dan harum.	
	15.25	Membantu klien dalam kebersihan mulut agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut.	
	15.30	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi menyediakan sisir	
	15.38	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya.	
	15.40	Menyediakan alat bantu 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 tanda-tanda vital, Tensi darah : 150/90 mmHg, Suhu : 36°C, Nadi : 82x/menit Respirasi :20x/menit	
	16.10	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter da observasi tetesan infus Asering 14 tetespermenit Injeksi : Citicolin 500 miligram Esomeprazol 40 miligram Kalmeco 500 miligram Peroaral : Clopidogrel 75 miligram Disolf 1 tablet Ambroxol 1 tablet	



Tabel 4.14 implementasi keperawatan hari Minggu 28 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 2	15.30	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektsel.	
Minggu 28 April 2019	15.30	Menyeka klien dengan air hangat agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan memberi sabun pada tubuh klien agar tampak bersih dan harum.	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	15.35	Membantu klien dalam kebersihan mulut agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut.	
	15.40	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi menyediakan sisir menyediakan sisir	
	15.45	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya.	
	15.48	Menyediakan alat bantu urinal dengan tepat untuk memudahkan klien ketika klien tidak bisa pergi ke toilet.	
	15.50	Mengobservasi tanda-tanda vital tensi darah : 180/100 mmHg, Suhu : 36,4 °C, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 20x/menit	
	16.00	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter da observasi tetesan infus Asering 14 tetespermenit Injeksi : Citicolin 500 miligram Kalmeco 500 miligram Omeprazol 40 miligram Antrain 1 gram	

Tabel 4.15 implementasi keperawatan hari Senin 29 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1	16.45	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektsel.	
Senin 29 April 2019	16.50	Menyeka klien dengan air hangat agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan memberi sabun pada tubuh klien agar tampak bersih dan harum.	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	16.50	Membantu klien dalam kebersihan mulut agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut.	

---

17.00	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya .
17.01	Menyediakan alat bantu 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 tanda-tanda vital tensi darah : 150/90 mmHg, Suhu : 36°C, Nadi : 82x/menit, Respirasi : 20x/menit
17.25	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter dan observasi tetesan infus Asering 14 tetespermenit Injeksi : Citicolin 500 miligram Esomeprazol 40 miligram Kalmeco 500 miligram Peroral : Clopidogrel 75 miligram Disolf 1 tablet Ambroxol 1 tablet

---

Tabel 4.16 implementasi keperawatan hari Senin 29 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 2	16.30	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektel.	
Senin 29 April 2019	16.30	Menyeka klien dengan air hangat agar pasien nyaman dengan suhu yang tidak terlalu dingin dan memberi sabun pada tubuh klien agar tampak bersih dan harum.	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	16.35	Membantu klien dalam kebersihan mulut agar klien merasa nyaman dengan dirinya dan mencegah adanya bau mulut.	
	16.40	Memfasilitasi klien untuk menyisir rambut agar klien terlihat rapi menyediakan sisir	
	16.43	Menyediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien agar klien lebih mudah untuk memakannya .	
	16.45	Menyediakan alat bantu 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 tetes permenit, tensi darah : 180/100 mmHg, Suhu : 36,4 °C, Nadi : 80x/menit, Respirasi : 20x/menit
17.00	Melaksanakan hasil kolaborasi dengan dokter da observasi tetesan infus Asering 14 tetespermenit Injeksi : Citicolin 500 miligram Kalmeco 500 miligram Omeprazol 40 miligram Antrain 1 gram

## 2. Evaluasi keperawatan

Tabel 4.17 evaluasi keperawatan hari Sabtu 27 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 1	17.00	Subjektif: Klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan susah bicara  Objektif: Keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, glasgow coma scale: 456, tanda-tanda vital tekanan darah: 150/90 Mmhg, suhu: 36 °C, nadi: 82x/menit, respirasi : 20x/menit Klien terlihat rapi, Klien terbebas bau badan, Kebutuhan klien terpenuhi, Hemiplegi kiri 5   0 —+— 5   0	
Sabtu 27 April 2019		Assesment : <sup>[41]</sup> Masalah belum teratasi Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri  Planing : Intervensi dilanjutkan 1. Pertahankan privasi saat klien diseka 2. Seka klien dengan air hangat dan <sup>sabun</sup> 3. <sup>[28]</sup> Bantu klien dalam kebersihan mulut 4. Fasilitasi klien untuk menyisir rambut 5. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien 6. Sediakan alat bantu pispot 7. Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali 8. Observasi tanda-tanda vital 9. Kolaborasi dengan dokter dan observasi tetesan infus	

- 
10. Injeksi: Citicolin 2x500 miligram  
Esomeprazol 1x40 miligram  
Kalmeco 1x500 miligram
11. Peroral: Clopidogrel 1x75 miligram  
Disolf 1x1 tablet  
Ambroxol 3x1 tablet
- 

Tabel 4.18 evaluasi keperawatan hari Sabtu 27 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 2	14.45	Subjektif: Klien mengatakan pusing, kaki dan tangan kiri susah digerakkan	
Sabtu 27 April 2019		Objektif: Keadan umum: lemah, kesadaran composmentis, glasgow coma scale: 4-5-6, tanda-tanda vital tensi darah: 170/100 MmHg, suhu: 36,4 °C, nadi: 80x/menit, respirasi: 20x/menit	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiparase kiri	
		5   2 — — 5   2	
		Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri	
		Planing : Intervensi dilanjutkan	
		1. Pertahankan privasi saat klien diseka	
		2. Seka klien dengan air hangat dan sabun	
		3. Bantu klien dalam kebersihan mulut	
		4. Fasilitasi klien untuk menyisir rambut	
		5. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien	
		6. Sediakan alat bantu pispot	
		7. Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali	
		8. Observasi tanda-tanda vital	
		9. Kolaborasi dengan dokter dan	
		10. Observasi tetesan infus	
		11. Injeksi: Citicolin 2x500 mg Kalmeco 1x500 mg Omeprazole 1x40 mg Antrain 3x1 gr	

---

Tabel 4.19 evaluasi keperawatan hari Minggu 28 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf				
Klien 1	15.20	Subjektif: Klien mengatakan tangan dan kaki bagian kiri masih belum bisa digerakkan					
Minggu 28 April 2019		Objektif: Keadaan umum: lemah, kesadaran composmentis, glasgow coma scale 4-5-6, tanda-tanda vital: tensi darah:150/100 mmHg, suhu: 36 °C, nadi: 84 x / menit respirasi: 22x/menit					
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiplegi kiri					
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table>	5	0	5	0	
5	0						
5	0						
		Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri					
		Planing : Intervensi dilanjutkan					
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan privasi saat klien diseka</li> <li>2. Seka klien dengan air hangat dan sabun</li> <li>3. Bantu klien dalam kebersihan mulut</li> <li>4. Fasilitasi klien untuk menyisir rambut</li> <li>5. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien</li> <li>6. Sediakan alat bantu pipspot</li> <li>7. Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali</li> <li>8. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>9. Kolaborasi dengan dokter dan observasi tetesan infus</li> <li>10. Injeksi: Citicolin 2x500 miligram Esomeprazole 1x40 miligram Kalmeco 1x500 miligram</li> <li>11. Peroral :Clopidogrel 1x75 miligram Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet</li> </ol>					

Tabel 4.20 evaluasi keperawatan hari Minggu 28 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 2	14.30	Subjektif: Klien mengatakan pusing Objektif: Keadaan umum: lemah, kesadaran: composmentis, glasgow coma scale 4-5-6, tanda-tanda vital tensi darah: 180/90 mmHg, suhu: 36,5 °C, nadi: 80x/menit, respirasi: 20x/menit	
Minggu 28 April 2019		Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiparase kiri	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		$\begin{array}{r l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$	
		Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri	
		Planing : Intervensi dilanjutkan	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan privasi saat klien diseka</li> <li>2. Seka klien dengan air hangat dan</li> <li>3. sabun</li> <li>4. Bantu klien dalam kebersihan</li> <li>5. mulut dan kuku</li> <li>6. Fasilitasi klien untuk menyisir rambut</li> <li>7. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien</li> <li>8. Sediakan alat bantu pispot</li> <li>9. Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali</li> <li>10. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>11. Kolaborasi dengan dokter dan observasi tetesan infus</li> <li>12. Infus : Asering 14 tetes permenit</li> <li>13. Injeksi : Citicolin 2x500 miligram Kalmeco 1x500 miligram Omeprazole 1x40 miligram Antrain 3x1 gram</li> </ol>	

Tabel 4.21 evaluasi keperawatan hari Senin 29 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 1	16.45	Subjektif: Pusing tangan dan kaki kiri belum bisa digerakkan	
Senin 29 April 2019		Objektif: Keadan umum lemah, kesadaran composmentis, glasgow coma scale 456, tanda-tanda vital tensi darah : 180/90 mmHg, suhu : 36 °C, nadi : 80x/menit, respirasi : 20x/menit	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiplegi kiri $\begin{array}{r l} 5 & 0 \\ \hline 5 & 0 \end{array}$	
		Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri	
		Planing : Intervensi dilanjutkan 1) Pertahankan privasi saat klien diseka 2) Seka klien dengan air hangat dan sabun 3) Bantu klien dalam kebersihan mulut 4) Fasilitasi klien untuk menyisir rambut 5) Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien 6) Sediakan alat bantu pispot 7) Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali 8) Observasi tanda-tanda vital 9) Kolaborasi dengan dokter dan observasi tetesan infus 10) Injeksi: Citicolin 2x500 miligram Esomeprazole 1x40 miligram Kalmeco 1x500 miligram 11) Peroral: Clopidogrel 1x75 miligram Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet	

Tabel 4.22 evaluasi keperawatan hari Senin 28 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 2	16.30	Subjektif: Klien mengatakan pusing berkurang tangan dan kaki kiri masih susah digerakkan	
Senin 29 April 2017		Objektif: Keadan umum cukup, kesadaran composmentis, glasgow coma scale 4-5-6, tanda-tanda vital tensi darah: 170/90 mmHg, suhu: 36 °C, Nadi: 82x/menit, respirasi: 20x/menit Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiparase kiri	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		$\begin{array}{r l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$	
		Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri	
		Plaining : Intervensi dilanjutkan	
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pertahankan privasi saat klien diseka</li> <li>2. Seka klien dengan air hangat dan</li> <li>3. sabun</li> <li>4. Bantu klien dalam kebersihan</li> <li>5. mulut</li> <li>6. Fasilitasi klien untuk menyisir</li> <li>7. rambut</li> <li>8. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien</li> <li>9. Sediakan alat bantu pispot</li> <li>10. Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali</li> <li>11. Observasi tanda-tanda vital</li> <li>12. Kolaborasi dengan dokter dan</li> <li>13. observasi tetesan infus</li> <li>14. Injeksi : Citicolin 2x500 miligram Kalmeco 1x500 miligram Omeprazole 1x40 miligram Antrain 3x1 gram</li> </ol>	



## <sup>[0]</sup>▶ 4.2 Pembahasan

Penulis akan menjelaskan antara kesenjangan yang terjadi antara praktek dan teori yang di lakukan di RSUD Bangil Pasuruan dengan teori yang ada disini penulis akan menjelaskan kesenjangan tersebut.<sup>[0]</sup>▶ Pembahasan ini dimaksudkan agar dapat di ambil kesempatan atau pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat di gunakan sebagai tindak lanjut dalam penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut :

### <sup>[0]</sup>▶ 4.2.1 Pengkajian

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

Hudak et al., (2012) dalam siskaningrum, (2018) menjelaskan tanda gejala yang tampak pada stroke sangat tergantung pada jenis stroke, area dan pembuluh darah yang terkena yaitu antara lain 1) defisit lapang pandang 2) kempareis: kelemahan wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan), 3) hemiplegia : paralisis wajah, lengan dan kaki pada sisi yang sama (karena lesi pada hemisfer yang berlawanan), 4) disatria: kesulitan dalam merangkai kata 5) defisit verbal: afasia ekspresif, tidak dapat membentuk kata yang dapat dipahami, dapat bicara dalam respon kata tunggal, 6) Defisit kognitif: <sup>[15]</sup>▶ kehilangan memori jangka pendek dan jangka panjang.<sup>[0]</sup>▶

Pada pengkajian studi kasus ini keterangan teori dan bukti-bukti data tersebut 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 cedal (susah bicara) sedangkan pada klien 2 mengeluhkan jika anggota gerak sebelah kiri susah digerakkan dan bicara klien tidak cedal.<sup>[0]▶</sup> Dari semua keluhan yang dirasakan oleh kedua klien merupakan gejala dari penyakit stroke, penyakit ini disebabkan karena adanya sumbatan pada pembuluh darah otak.<sup>[0]▶</sup> Sehingga menurut peneliti menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

<sup>[0]▶</sup> 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 susah bicara, 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).

Wijaya (2013) menjelaskan bahwa pada pemeriksaan data dasar pola aktivitas atau istirahat klien stroke non hemoragik 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.

Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas 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.<sup>[0]</sup> Pada gangguan bicara cedal disebabkan karena adanya gangguan pada syaraf yang terdapat pada mulut akibat dari penyumbatan pada otak.

#### 4.2.2<sup>[0]</sup> 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.

<sup>[0]</sup> Nabyl (2012) menjelaskan bahwa kurangnya aliran darah menyebabkan serangkaian reaksi biokimia yang dapat merusak atau mematikan sel-sel saraf otak.<sup>[32]</sup> 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.

<sup>[0]</sup> Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas 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 O<sub>2</sub> 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.

#### 4.3.2<sup>[0]</sup> 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 NIC<sup>[11]</sup> : menyelesaikan aktivitas mandi secara mandiri menyelesaikan aktivitas berakaian secara mandiri, menyelesaikan aktivitas makan secara mandiri, menyelesaikan aktivitas eliminasi secara mandiri, NIC : memberika mobilisasi pada klien, defisit mandi secara mandiri, defisit berpakaian scara mandiri, defisit makan secara mandiri, defisit eliminasi secara mandiri.

Herdman Heather & Kamitsuru Shigemi (2018) berdasarkan penjelasan 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.

<sup>[0]</sup> Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas menurut peneliti perencanaan keperawatan pada klien 1 dan 2, meliputi kelengkapan data, serta data penunjan lainnya, dan dilakuan menurut kondisi klien, sehinga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dan praktik.

#### 4.2.3 Implementasi keperawatan<sup>[0]</sup>

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 1x1 tablet, ambroxol 3x1 tablet, pada klien 2 infus asering 14 tpm, injeksi citicolin 2x 500 mg, kalmeco 1x500mg, omeprazole 1x40 mg.<sup>[0]</sup> hal ini menunjukkan ketidaksamaan dalam pemberian terapi pada kedua klien penderita stroke.

<sup>[20]</sup> Novita, (2016) menjelaskan bahwa implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan, tahap ini muncul jika perencanaan yang dibuat diaplikasikan pada klien.<sup>[39]</sup> Aplikasi yang dilakukan pada klien akan berbeda, disesuaikan dengan kondisi klien saat itu dan kebutuhan yang paling dirasakan oleh klien.<sup>[15]</sup> Keliat (1999) menjelaskan bahwa 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.

<sup>[0]</sup> Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas 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.

#### 4.2.4<sup>[0]</sup> Evaluasi keperawatan

Klien 1, hari pertama keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, TD : 150/100 mmHg, S : 36 °C, N : 80<sup>[7]</sup> 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.

<sup>[0]</sup>Klien 2, hari pertama keadaan umum cukup, kesadaran composmentis, GCS 456, TD : 160/100 mmHg, S : 36,4<sup>[3]</sup> °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.

<sup>[0]</sup>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.

<sup>(0)</sup>▶ 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.

<sup>(0)</sup>▶ 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.

Novita, (2016) menjelaskan bahwa evaluasi adalah tahap kelima atau terakhir dari proses keperawatan.<sup>(20)</sup>▶ 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.

<sup>(0)</sup>▶ Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas menurut 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.

## BAB 5

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan<sup>[7]</sup>▶

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada klien stroke non hemoragik pada Ny. A dan Ny. R<sup>[0]</sup>▶ dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan, maka dengan ini penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan studi kasus sebagai berikut :

1. Hasil pengkajian pada klien stroke non hemoragik pada Ny. A dan Ny. I,<sup>[0]</sup>▶ pada data subjektif didapatkan Ny. A dan Ny. I sama-sama mengatakan anggota tubuh susah digerakkan bagian tangan dan kaki kiri, akan tetapi klien 1 juga mengalami kesulitan berbicara sedangkan klien 2 mengalami lemas dan pusing, hal ini dikarenakan klien 1 dan 2 kurang mengetahui proses perjalanan penyakit stroke non hemoragik.
2. Pada klien Ny. A dan Ny. I<sup>[15]</sup>▶ diagnosa keperawatan menunjukkan defisit perawatan diri akibat hambatan mobilitas fisik yang ditandai beberapa gejala kelemahan pada anggota gerak tangan dan kaki bagian kiri (hemiparase kiri) seperti saat di rumah sakit klien tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, klien tidak bisa makan dan minum mandiri, kebutuhan eliminasi klien memerlukan alat bantu untuk buang air kecil dan buang air besar pada klien Ny. A dan Ny. I.
3. Pada intervensi keperawatan, klien stroke non hemoragik pada Ny. A dan Ny. I<sup>[11]</sup>▶ dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri, meliputi :<sup>[35]</sup>▶



defisit perawatan diri mandi, defisit perawatan diri berpakaian, defisit perawatan diri makan, defisit perawatan diri eliminasi.

4. <sup>[ 0 ] ▶</sup> Implementasi keperawatan pada klien stroke non hemoragik pada Ny. A dan Ny. I<sup>[13]▶</sup> dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat.

5. <sup>[ 1 1 ] ▶</sup> Evaluasi keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri pada klien Ny.A ada kemajuan sedikit, klien sudah terlihat rapi dan tidak bau akan tetapi untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari harus dengan bantuan orang lain (keluarga), sedangkan pada klien Ny. I teratasi sebagian klien sudah bisa makan dan minum secara mandiri akan tetapi kebutuhan mandi dan eliminasi masih dibantu oleh orang lain (keluarga).

## 5.2 Saran

1. <sup>[ 1 2 ] ▶</sup> Bagi pasien

Diharapkan klien selalu berusaha untuk melatih secara mandiri kebutuhan sehari-hari (ADL), untuk keluarga klien ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan klien.

2. <sup>[ 4 ] ▶</sup> Bagi institusi pendidikan

Institusi pendidikan sebagai tempat menempuh ilmu keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dijadikan sebagai acuan dalam pembelajaran asuhan keperawatan yang terkait dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri pada klien stroke non hemoragik.

3. <sup>[ 0 ] ▶</sup> Bagi penulis selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya karya tulis ilmiah ini dapat menjadi bahan referensi dan dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu seefektif mungkin saat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara maksimal sehingga mendapatkan hasil yang optimal.