

**KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE *NON*  
*HEMORAGIK* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
DEFISIT PERAWATAN DIRI**

(Studi Di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruhan)



**OLEH:**

**REICHA DELLIMA DAMAYANTI**  
NIM 161210032

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK  
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN  
DEFISIT PERAWATAN DIRI**

**(Studi Di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruhan)**

**KTI : STUDI KASUS**

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



**OLEH:**

**REICHA DELLIMA DAMAYANTI**  
**NIM 161210032**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reicha Dellima Damayanti  
NIM : 161210032  
Jenjang : Diploma  
Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian / karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang merujuk pada sumbernya.

Jombang, 13 Agustus 2019

Saya yang menyatakan



**Reicha Dellima Damayanti**

**NIM 161210032**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reicha Dellima Damayanti  
NIM : 161210032  
Jenjang : Diploma  
Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Jika dikemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 13 Agustus 2019

Saya yang menyatakan



Reicha Dellima Damayanti

NIM 161210032

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Reicha Dellima Damayanti  
NIM : 16.121.0032  
Tempat Tanggal Lahir : Ponorogo, 6 Desember 1997  
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke *Non Hemoragik* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Studi 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, 13 Agustus 2019

Penulis

  
*Reicha Dellima*  
**Reicha Dellima Damayanti**

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya tulis ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Reicha Dellima Damayanti  
NIM : 161210032  
Program studi : D3 Keperawatan  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke *Non Hemoragik*  
Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Krissan RSUD  
Bangil Pasuruhan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan dewan penguji dan diterima  
sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada

Program Studi Diploma III keperawatan

Komisi Dewan Penguji,

Panitia Penguji.

1. Penguji Utama : Hindyah Ike, S.KepNs.M.Kep
2. Penguji Anggota1 : Dr. Hariyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep
3. Penguji Anggota2 : Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep

(  )  
(  )  
(  )

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : 02 agustus 2019

Scanned with

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Reicha Dellima Damayanti

Nim : 161210032

Program Studi : D3 Keperawatan

Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Klien Stroke *Non Hemoragik*  
Dengan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Krissan RSUD  
Bangil Pasuruhan

Telah diperiksa dan disetujui isi serta susunannya sehingga dapat diajukan

dalam ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III

Sekolah Tinggi Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Menyetujui,

Pembimbing Utama



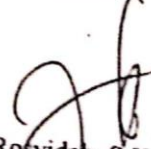
Dr. Hariyono, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIK. 05.04.053

Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan  
Cendekia Medika Jombang



H. Imam Fathoni, SKM, MM  
NIK. 03.04.022

Pembimbing Anggota



Inavatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIK. 04.05.053

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan  
Insan Cendekia Medika



Maharani Tri P., S.Kep.,Ns.,M.M  
NIK. 03.04.028

## RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Ponorogo dari keluarga Ayah Willis Santoso dan Ibu Sunarti Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara.

Tahun 2004 penulis lulus dari TK Dharma wanita, tahun 2010 penulis lulus dari SDN 1 Tumpak Pelem, tahun 2013 penulis lulus dari SMPN 1 Ponorogo dan tahun 2016 penulis lulus dari SMK Kesehatan Bakti Indonesia Medika Ponorogo, tahun 2016 penulis lulus seleksi masuk STIKes "Insan Cendekia Medika" Jombang melalui jalur PMDK gelombang 1. Penulis memilih program Studi D3 Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes "ICME" Jombang.

Prestasi yang pernah diraih duta pemuda Kabupaten Jombang tahun 2018, duta pemuda Provinsi Jawa Timur tahun 2018, Runner-up II Putri Batik Sekar Jawa Timur tahun 2018, Harapan I Putri Ningrat Prasojo Provinsi Jawa Timur tahun 2019.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 05 April 2019

Penulis

**Reicha Dellima Damayanti**



## PERSEMBAHAN

Alhamdulillah sujud syukur kepada ALLAH SWT atas karunia serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya tugas akhir ini dapat terselesaikan. Aku persembahkan tugas akhir ini untuk kedua orang tua saya Bapak dan Ibu terimakasih tak henti - hentinya ku ucapkan atas cinta kasih, bimbingan, nasehat, motivasi yang tak pernah pudar serta biaya material yang amat besar dalam perjalanan menempuh pengerjaan tugas akhir ini, kalian luar biasa. *You are my everything.*

Terimakasih untuk Kakakku dan Adekku yang selalu membanggakanmu didepan teman sebayanya. Terimakasih kepada penguji utama Bu Hindyah Ikke S.Kep, M.Kes pembimbing skripsi Bapak Dr. Hariyono S.Kep.,Ns.,M.Kep dan Bu Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns.,M.Kep serta seluruh dosen yang telah mencurahkan segala pemikiran untuk masa depanku.

*My beloved* terimakasih atas motivasi, dukungan dan bantuan dalam pembuatan tugas akhir ini. Untuk sahabat terbaik ku terimakasih atas waktu yang kalian luangkan untuk membantu mengerjakan skripsi ini, kalian luar biasa. Terimakasih untuk dukungan pihak – pihak lainnya, teman seperjuangan yang tak bisa ku sebutkan satu persatu.

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-NYA sehingga Karya Tulis Ilmiah dengan judul " Asuhan Keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri" ini dapat selesai tepat pada waktunya

Penyusunan karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terimakasih kepada H. Imam Fatoni, SKM., MM selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan sarana prasarana. Maharani Tri Puspita.,S.Kep.Ns.,MM, selaku Kaprodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dr. Hariyono S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing utama yang telah banyak memberi pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan proposal ini. Inayatur Rosyidah S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing anggota yang telah banyak memberi motivasi, pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan proposal ini. Beserta seluruh civitas akademik program studi D3 Keperawatan. Ungkapan terimakasih juga disampaikan kepada kedua orang tuaku yang selalu memberi do'a, dukungan dan semangat tiada henti dan selalu memberi dukungan baik moral maupun material dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Serta teman-teman D3 Keperawatan yang aku sayangi sudah menjadi teman yang luar biasa selama tiga tahun ini yang selalu membantu

baik secara langsung maupun tidak langsung memberikan saran dan dorongan sehingga terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, mengingat keterbatasan kemampuan penulis, namun peneliti berusaha semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharap saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini, penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan amin.

Jombang, 12 Juli 2019

Penulis

## ABSTRAK

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE *NON HEMORAGIK* DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI STUDI DI RUANG KRISSAN RSUD BANGIL PASURUHAN**

Oleh :  
**Reicha Dellima Damayanti**

Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah infark miokard dan kanker serta penyebab kecacatan nomor satu diseluruh dunia. Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah gangguan peredaran darah otak, gangguan gerak sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri menyebabkan defisit perawatan diri.

Studi kasus ini yaitu mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruhan. Desain penelitian ini menggunakan metode studi kasus, yang dilakukan pada 2 klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.

Hasil pengkajian pada klien stroke non hemoragik pada Ny. A dan Ny. I, 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.

Kesimpulan berdasarkan pada hasil evaluasi terakhir disimpulkan bahwa pada klien 1 dan klien 2 masalah keperawatan dapat teratasi sebagian. Saran untuk profesi perawat agar memberikan asuhan keperawatan secara maksimal dan optimal.

**Kata kunci : *Non hemoragik*, defisit perawatan diri**

## **ABSTRACT**

### ***NURSING IN NON HEMORAGIC STROKE CLIENTS WITH CARE DEFISIT NURSING PROBLEMS IN STUDY IN THE KRISSAN SPACE GENERAL HOSPITAL BANGIL PASURUHAN AREA***

**By:**

***Reicha Dellima Damayanti***

*Stroke is the number three cause of death after myocardial infarction and cancer and the number one cause of disability worldwide. Stroke or also known as cerebral circulatory disorders, movement disorders so that patients cannot carry out their own activities causing a self-care deficit.*

*The purpose of this case study is to be able to carry out nursing care for non-hemorrhagic stroke clients with self-care deficit problems in the Krissan Room at RSUD Bangil Pasuruhan. Method The design of this study used a case study method, which was conducted on 2 non-hemorrhagic stroke clients with self-care deficit problems.*

*Results of studies on non-hemorrhagic stroke clients in Mrs. A and Mrs. I, on subjective data obtained by Mrs. A and Mrs. I both said that the limbs were difficult to move the parts of the hands and left leg, but client 1 also had difficulty speaking while the client 2 experienced weakness and dizziness.*

*Conclusions based on the results of the last evaluation concluded that in clients 1 and clients 2 nursing problems can be partially resolved. Suggestions for the nurse profession to provide optimal and optimal nursing care.*

***Keywords: Non hemorrhagic, self care deficit***

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPEL LUAR .....	i
HALAMAN SAMPEL DALAM .....	ii
LEMBAR SURAT PERNYATAAN .....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING .....	iv
LEMBAR PENGESAHAN .....	v
RIWAYAT HIDUP .....	vi
MOTO DAN KATA PERSEMBAHAN .....	vii
KATA PENGANTAR .....	viii
ABSTRAK .....	x
DAFTAR ISI .....	xii
DAFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN .....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	3
1.3 Tujuan Penelitian .....	3
1.4 Manfaat Penelitian .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Dasar Stroke .....	5
2.2 Konsep Dasar Defisit Perawatan Diri .....	18
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan .....	21
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian .....	32
3.2 Batasan Istilah .....	32
3.3 Partisipan .....	33
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian .....	33
3.5 Pengumpulan Data .....	34
3.6 Uji Keabsahan Data .....	38
3.7 Analisa Data .....	39
3.8 Etik Penelitian .....	41
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil .....	42
4.2 Pembahasan .....	63
<b>BAB 5 PENUTUP</b>	
4.1 Kesimpulan .....	74
4.2 Saran .....	75
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	

**LAMPIRAN**

**DAFTAR TABEL**

	Halaman
Tabel 2.1 Manifestasi klinis pasien stroke .....	10
Tabel 2.2 Intervensi keperawatan .....	29
Tabel 4.1 Identitas klien .....	34
Tabel 4.2 Riwayat penyakit .....	35
Tabel 4.3 Perubahan pola kesehatan .....	35
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik .....	37
Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik .....	39
Tabel 4.6 Terapi .....	40
Tabel 4.7 Analisa data klien 1 .....	40
Tabel 4.8 Analisa data klien 2 .....	41
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan .....	42
Table 4.10 Implementasi Keperawatan Hari Sabtu, 27 April 2019 .....	43
Table 4.11 Implementasi Keperawatan Hari Sabtu, 27 April 2019 .....	44
Table 4.12 Implementasi Keperawatan Hari Minggu, 28 April 2019 .....	45
Table 4.13 Implementasi Keperawatan Hari Minggu 28 April 2019 .....	46
Table 4.14 Implementasi Keperawatan Hari Senin 29 April 2019 .....	46
Table 4.15 Implementasi Keperawatan Hari Senin 29 April 2019 .....	47
Table 4.16 Evaluasi Keperawatan klien 1 .....	48
Tabel 4.17 Evaluasi Keperawatan klien 2 .....	51

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Patofisiologi Stroke .....	13





## DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal Kegiatan .....	75
Lampiran 2 Permohonan Responden .....	76
Lampiran 3 Persetujuan Responden .....	77
Lampiran 4 Form Pengkajian .....	78
Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian .....	104
Lampiran 6 Surat Ijin Uji Etik .....	105
Lampiran 6 Lembar Konsultasi .....	106



## DAFTAR SINGKATAN

### Lambang

1. % : Persentase
2. ° : Derajat
3. / : Atau
4. & : Dan
5. > : Lebih dari

### Singkatan

1. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
2. ICMe : Insan Cendekia Medika
3. WHO : *World Health Organization*
4. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
5. DINKES : Dinas Kesehatan
6. NIC : Nursing Interventions Classification
7. NOC : Nursing Outcomes Classifications
8. TIA : *Transient Ischemic Attack*
9. RIND : *Reversible Ischemic Neurologic Deficit*
10. USG : Ultrasonografi
11. CT-Scan : *CT Scanning and Radiation Safety*
12. SBAR : Situation, Background, Assessment, Recommendation
13. GPDO : Gangguan Peredaran Darah Otak
14. mmHg : *Mili meter hydrargyrum*
15. BUN : *Blood Urea Nitrogen atau nitrogen urea darah*
16. CRT : *Cardiac Resynchronization Therapy*
17. SGPT : Serum Glutamic Pyruvic Transaminase
18. SGOT : Serum Glutamic Oxaloacetic Transaminase
19. TD : Tekanan Darah
20. TPR : Total Peripheral Resistance
21. VAS : Visual Analog Scale

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah infark miokard dan kanker serta penyebab kecacatan nomor satu diseluruh dunia. Dampak stroke tidak hanya dirasakan oleh penderita, namun juga oleh keluarga dan masyarakat disekitarnya (Nur Wakhidah, 2015).

Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah 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 neurologik atau kelumpuhan saraf (Agreayu Cintya, *et al*,2012). Gangguan gerak yang termasuk melemahnya otot-otot, kontraktur sendi dan deformitas sehingga pasien tidak dapat melakukan aktivitas sendiri dan kurangnya perawatan diri umumnya dialami penderita stroke yang menyebabkan gangguan pada dirinya berupa defisit perawatan diri (Purba JM, 2011).

Data WHO, sebanyak 20,5 juta jiwa di dunia sudah terjangkit stroke tahun 2011. Dari jumlah tersebut 5,5 juta jiwa telah meninggal dunia. Diperkirakan jumlah stroke iskemik terjadi 85% dari jumlah stroke yang ada. Penyakit darah tinggi atau hipertensi menyumbangkan 17,5 juta kasus stroke di dunia. 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 (Nur Wakhidah, 2015). Berdasarkan data dari Dinas Kesehatan Jawa Timur 2013, penderita stroke terjadi sebanyak 302.987 jiwa. Berdasarkan data studi pendahuluan tanggal 6 Maret 2019 di RSUD Bangil Pasuruan di Ruang Krissan, pada tahun 2018 terdapat 571 penderita stroke *non hemoragik* dan pada bulan Februari 2019 terdapat 65 penderita stroke *non hemoragik* (RSUD Bagil, 2019).

Stroke non hemoragik dapat didahului oleh banyak faktor pencetus dan sering kali berhubungan dengan penyakit kronis yang menyebabkan masalah penyakit vaskular seperti penyakit jantung, hipertensi, diabetes, obesitas, kolesterol, merokok, dan stress (Nur Wakhidah, 2015). Faktor risiko yang dapat diubah antara lain hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia. Hipertensi diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi batas tekanan darah normal. Hipertensi merupakan faktor risiko 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 (Agreayu C, *et al*, 2012).

Keadaan ini dapat menyebabkan kerusakan di hemisfer kanan dan hemiparesis (hemiplegia) yang dapat menyebabkan rusaknya beberapa anggota gerak sehingga pasien mengalami bedrest total dan tidak dapat melakukan aktivitas sendiri misalnya pasien yang tidak mampu memakan dan melakukan higiene eliminasi secara mandiri (Pudiastuti, R.D, 2013).

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis ingin melakukan studi kasus keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah dengan judul “asuhan keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan”.

## 1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana memberikan asuhan keperawatan pada klien stroke non hemoragik dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan?.

## 1.3 Tujuan

### 1.3.1 Tujuan umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

### 1.3.2 Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.
2. Untuk menetapkan diagnosa keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.

3. Mampu menyusun perencanaan keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.
4. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.
5. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.

#### **1.4 Manfaat**

##### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Hasil penelitian ini dapat menambah khasanah keilmuan untuk perkembangan pengetahuan ilmu keperawatan dalam asuhan keperawatan medikal bedah dan menambah wawasan dalam mencari pemecahan masalah pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.

##### **1.4.2 Manfaat praktis**

Asuhan keperawatan ini dapat dijadikan informasi sebagai bahan pertimbangan untuk menambah pengetahuan, keterampilan dan sikap perawat, klien / keluarga klien dalam meningkatkan pelayanan perawatan pada klien stroke *non hemoragik* dalam pelaksanaan keperawatan, seperti cara untuk perawatan diri.

## BAB 2

### TINJUAN PUSTAKA

#### 2.1 Konsep Dasar Stroke

##### 2.1.1 Definisi Stroke

Stroke adalah suatu penyakit defisit neurologis akut yang di sebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak yang terjadi secara mendadak dan menimbulkan gejala dan tanda yang sesuai dengan daerah otak yang terganggu (Bustan, 2007 dalam Dewangga, 2016). Stroke merupakan suatu penyakit menurunnya fungsi syaraf secara akut yang di sebabkan oleh gangguan pembuluh darah otak, terjadi secara mendadak dan cepat yang menimbulkan gejala dan tanda sesuai dengan daerah otak yang terganggu (Dinkes Jateng, 2011 dalam Dewangga, 2016).

Stroke atau penyakit serebrovaskuler adalah penyakit yang menunjukkan adanya kematian jaringan menyebabkan kelainan patologis didalam otak yang berlangsung selama 24 jam atau lebih, dapat memicu terjadinya pecah pembuluh darah sehingga suplai darah ke otak menjadi berkurang dan menyebabkan otak mengalami kelainan fungsi akibat kurangnya suplai oksigen (Wijaya dan Mariza, 2013 dalam Santoso, L.E, 2018 : 4).

### 2.1.2 Klasifikasi Stroke

Stroke diklasifikasikan menjadi 2 golongan sesuai dengan gejala klinisnya menurut (Wijaya dan Mariza, 2013:31 dalam Santoso, L.E, 2018: 4-5) yaitu :

#### a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah jenis stroke yang terjadi akibat adanya perdarahan pada otak serebral atau subarknoid, sehingga terjadi pecah pembuluh darah pada otak. Biasanya terjadi pada saat melakukan aktivitas aktif ataupun saat sedang beristirahat. Pada umumnya stroke hemoragik akan menyebabkan kesadaran pasien menurun (Wijaya dan Mariza, 2013:31 dalam Santoso, L.E, 2018: 4).

#### b. Stroke Non Hemoragik

Stroke hemoragik adalah stroke yang terjadi akibat adanya emboli dan trombosis serebral, pada stroke non hemoragik tidak terjadi perdarahan namun terjadi iskemia sehingga dapat menimbulkan hipoksia yang dapat memicu edema sekunder tetapi kesadaran umum pasien tidak mengalami penurunan atau bisa dikatakan baik (Wijaya dan Mariza, 2013:31 dalam Santoso, L.E, 2018: 4-5).

### 2.1.3 Etiologi Stroke

Penyebab stroke digolongkan menjadi tiga, yaitu :

1. Trombosis serebri
2. Emboli serebri
3. Hemoragi



Hemoragi dibawah durameter (hemoragi subdural), diruang subaraknoid (hemoragik subaraknoid) (Wijaya dan Mariza, 2013:32 dalam Santoso, L.E, 2018: 5).

#### 2.1.4 Manifestasi klinis

Terdapat emboli yang cukup besar, hilangnya sensabilitas, perubahan mendadak status mental dan afasia. Gejala khusus pada pasien stroke adalah kehilangan motorik yang dapat menyebabkan kehilangan volunter seperti hemiplegia dan hemiparesis (Wijaya dan Mariza, 2013:35 dalam Santoso, L.E, 2018: 4).

#### 2.1.5 Patofisiologi

Otak adalah organ dari tubuh yang tidak dapat memproduksi oksigen sendiri. Kekurangan oksigen dalam jangka waktu yang panjang dapat menyebabkan kematian sel dan jaringan. Stroke akan sangat meluas saat serangan pertama terjadi ini dapat memicu terjadinya peningkatan tekanan intra kranial (TIA) selain itu ada beberapa faktor yang dapat menyebabkan serangan stroke menjadi parah yaitu faktor hipertensi. (Wijaya dan Mariza, 2013 dalam Santoso, L.E, 2018: 6).

#### 1. Stroke non hemoragik

Penggolongan stroke non hemoragik atau infark menurut Wijaya dan Mariza, (2013:32) dalam Santoso, L.E, (2018: 8) diklasifikasikan sebagai berikut:

##### a. TIA (Transient Ischemic Attack)

Gangguan neurologis setempat yang terjadi dalam waktu 24 jam, dimana gejala ini akan hilang dan timbul dengan spontan.

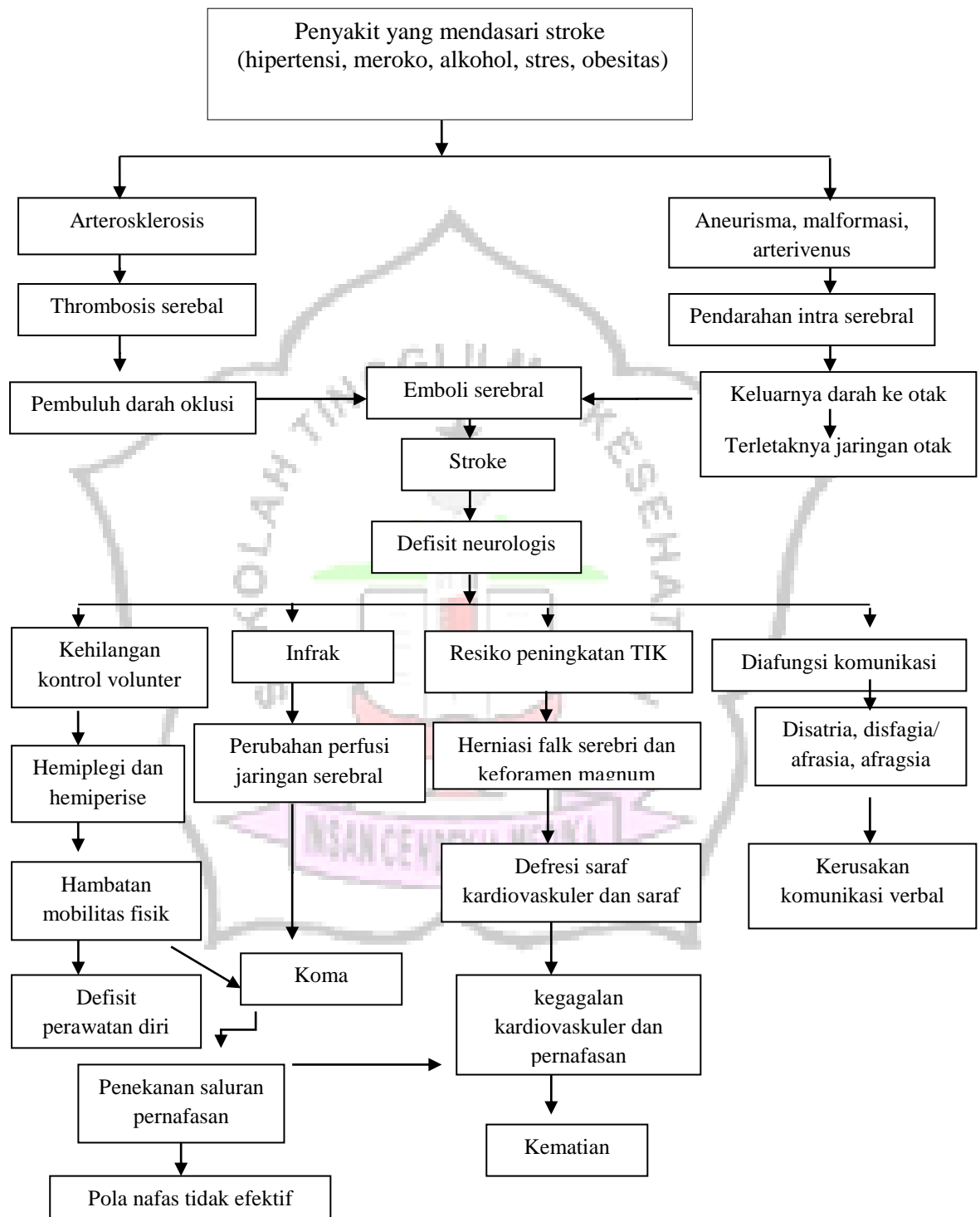
b. Stroke komplit

Gejala neurologis fokal terus berkembang. Terlihat semakin berat dan memburuk setelah 48 jam. Defisit neurologis yang timbul berlangsung secara bertahap hingga menjadi berat.

2. Stroke hemoragik

Pembuluh darah otak yang pecah menyebabkan darah mengalir ke substansi atau ruangan subarachnoid yang menimbulkan perubahan komponen intrakranial yang seharusnya konstan. Akibat adanya perubahan komponen intrakranial yang tidak dapat dikompensasi tubuh akan menimbulkan peningkatan tekanan intrakranial yang bila berlanjut akan menyebabkan herniasi otak sehingga timbul kematian. Disamping itu, darah yang mengalir ke ruang subarachnoid dapat menyebabkan edema, spasme pembuluh darah otak dan penekanan pada daerah tersebut menimbulkan aliran darah berkurang atau tidak ada sehingga dapat terjadi nekrosis jaringan otak (Ningtiyas, I.F,2017).

## 2.1.5 Pohon masalah

Gambar 2.1 Patofisiologi *stroke non hemoragik* Sumber : Mansjoer (2010)

### 2.1.6 Komplikasi

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

(Andra & Yessie, 2013)

### 2.1.7 Pemeriksaan diagnostik

- a. Angiografi serebral
- b. Elektro encefalography
- c. Sinar x tengkorak
- d. Ultrasonography Doppler
- e. CT- Scan dan MRI
- f. Pemeriksaan foto thorax
- g. Pemeriksaan laboratorium

(Wijaya dan Mariza, 2013:37 dalam Santoso, L.E, 2018: 8).

### 2.1.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan stroke menurut (Wijaya dan Mariza, 2013:38 dalam Santoso, L.E, 2018: 6).

#### a. Penatalaksanaan Medis

1. Trombolitik (*streptokinase*)
2. Antikoagulan (*heparin*)
3. Hemorragik (*pentoxifylin*)
4. Antagonis serotonin (*nofidrofuryl*)
5. Antagonis kalsium (nomodipin, piracetam)

#### b. Penatalaksanaan Khusus/Komplikasi

1. Atasi kejang (anti konvulsan)
2. Atasi dekompresi (kraniotomi)
3. Untuk penatalaksanaan fakto resiko
  - a) Atasi hiper uresemia
  - b) Atasi hipertensi
  - c) Atasi hiperglikemia

## 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 (Nur Wakhidah A, 2015).

### 2.2.2 Etiologi defisit perawatan diri

Faktor-faktor yang mempengaruhi personal hygiene menurut Perry and Potter (2006) 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

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tidak boleh dimandikan.

e. Kondisi fisik

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

Dampak yang sering timbul pada masalah defisit perawatan diri seperti Tarwoto (2003) :

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, (Huda Nurarif A. *et al*, 2016):

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, (Huda Nurarif A. *et al*, 2016) :

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 social

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 Pengkajian**

1. Identitas klien

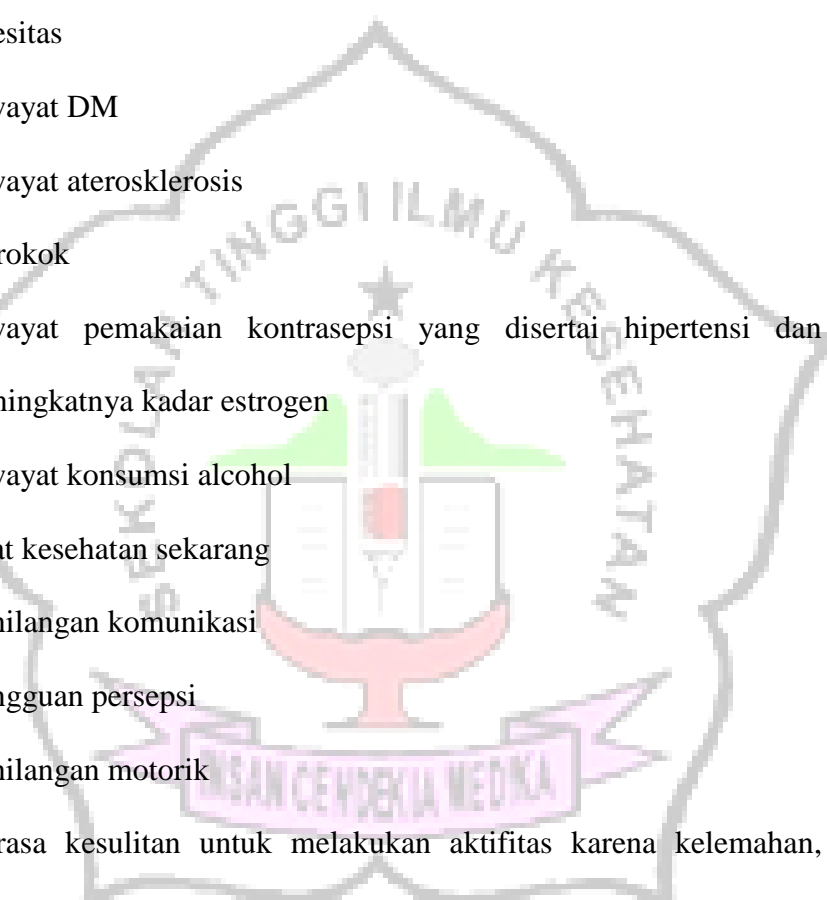
Meliputi nama, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku, bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis.

2. Riwayat kesehatan dahulu

- a. Riwayat hipertensi

- b. Riwayat penyakit kardiovaskuler misalnya embliisme serebral



- 
- b. Riwayat tinggi kolesterol
  - c. Obesitas
  - d. Riwayat DM
  - e. Riwayat aterosklerosis
  - f. Merokok
  - g. Riwayat pemakaian kontrasepsi yang disertai hipertensi dan meningkatnya kadar estrogen
  - h. Riwayat konsumsi alkohol
3. 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)
4. Riwayat kesehatan keluarga
- Apakah ada riwayat penyakit degenerative dalam keluarga
5. 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.

#### 1. 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 ringan 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.

i. Leher

Tujuan : untuk 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.

## j. 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*.

## k. 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.

## l. 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

Kemungkinan diagnosa *Stroke non hemoragik* dengan menggunakan pendekatan (Huda Nurarif A. *el at*, 2016) adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan *neuromuscular*, menurunnya kekuatan dan kesadaran, kehilangan kontrol otot atau koordinasi.

### 2.3.3 Intervensi keperawatan

Table 2.2 Intervensi keperawatan menurut NANDA NIC-NOC 2016 Huda Nurarif A. *el at*, (2016)

Diagnosa	NOC	NIC
Defisit perawatan diri	Self care : Activity of Daily Living (ADLs)	Intervensi
Definisi:	Tujuan dan Kriteria hasil	<b>Self Care assistane : ADLs</b>
Gangguan untuk melakukan ADL pada diri.	Tujuan:	a. Bina hubungan saling percaya dengan klien
Batasan Karakteristi:	Setelah dilakukan tindakan 7x24 jam, pasien bisa melakukan perawatan diri sendiri	b. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
a. Ketidakmampuan untuk mandi	Indikator :	c. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
b. Ketidakmampuan untuk berpakaian	a. Klien terbebas dari bau badan.	d. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
c. Ketidakmampuan untuk makan	b. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs.	e. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
d. Ketidakmampuan untuk eliminasi	c. Dapat melakukan ADLs dengan bantuan	
Faktor yang berhubungan:		
a. Kelemahan		
b. Kerusakan kognitif atau perceptual		
c. Kerusakan neuromuscular atau otot-otot saraf		
d. Nyeri		





- 
- f. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.
  - g. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
  - h. Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.
  - i. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.
  - j. Fasilitasi klien untuk mandi secara mandiri
  - k. Bantu klien dalam kebersihan badan, mulut, dan kuku
  - l. Sediakan artikel pribadi yang diinginkan (misalnya deodorant, sikat gigi, sabun mandi, shampoo, handuk dan artikel lainnya yang dibutuhkan)
  - m. Sediakan lingkungan yang terapeutik dengan memastikan hangat dan santai
  - n. Sediakan pakaian pasien pada tempat yang mudah dijangkau
  - o. Fasilitasi pasien untuk menyalisir rambut
  - p. Dukung kemandirian dalam berpakaian dan berhias
  - q. Pertahankan privasi saat pasien berhias
  - r. Bantu pasien untuk menaikkan, mengancingkan, dan merisleting pakaian
-

- 
- s. Ciptakan lingkungan yang nyaman selama makan
  - t. Sediakan makanan pada suhu yang paling selera
  - u. Memonitor pasien kemampuan untuk menelan
  - v. Identifikasi diit yang diresepkan
  - w. Bantu pasien ketoilet
  - x. Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi
  - y. Sediakan privasi selama eliminasi
  - z. Ganti pakaian pasien setelah eliminasi
- 

#### 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 (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 (Novita, 2016).

## BAB 3

### METODE PENELITIAN

#### 3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian menggunakan metode studi kasus. Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup pengkajian satu unit penelitian secara intensif. Sangat penting untuk mengetahui variabel yang berhubungan dengan masalah penelitian. Rancangan suatu studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan faktor penelitian waktu. Riwayat dan pola perilaku sebelumnya biasanya dikaji secara terperinci. Keuntungan yang paling besar dari rancangan ini adalah pengkajian secara terperinci meskipun jumlah respondenya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subjek secara jelas (Nursalam, 2015).

Penelitian ini adalah penelitian untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan.

#### 3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam kasus ini adalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Krissan RSUD Bangil Pasuruan, maka penyusun studi kasus harus menjabarkan tentang konsep stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri. Batasan istilah disusun secara naratif dan apabila diperlukan, ditambahkan informasi kualitatif sebagai ciri dari batasan yang dibuat oleh penulis.

### 3.3 Partisipan

Partisipan pada kasus ini adalah 2 klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.

Dengan kriteria subjek:

- 1) 2 klien stroke *non hemoragik* dengan keadaan sadar.
- 2) 2 klien yang kooperatif.
- 3) Usia 45-59 Tahun (WHO, 2015)

### 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

#### 3.4.1 Lokasi

Lokasi studi kasus ini akan dilaksanakan di Ruang Krissan RSUD Bangil jalan Raya Raci – Bangil, Balungbendo, Masangan, Bangil, Pasuruhan, Provinsi Jawa Timur.

#### 3.4.2 Waktu

Waktu ditetapkan yaitu sejak pertama klien MRS sampai klien pulang, atau klien yang di rawat minimal 3 hari. Jika selama 3 hari klien sudah pulang, maka perlu penggantian klien lainnya yang mempunyai kasus sama. Penelitian proposal karya tulis ilmiah dimulai pada bulan Januari - April 2019.

### 3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah pengumpulang data bergantung rancangan penelitian dan teknik instrumen yang digunakan (Nursalam, 2015).

Selama proses pengumpulan data, peneliti memfokuskan pada penyediaan subjek, melatih tenaga pengumpul data (jika diperlukan), memperhatikan prinsip-prinsip validitas dan rehabilitas, serta menyelesaikan masalah-masalah yang terjadi agar data dapat terkumpul sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan (Nursalam, 2015).

### 1. Wawancara

Wawancara merupakan cara mengumpulkan informasi dari klien. Wawancara ini juga dapat disebut sebagai riwayat keperawatan. Jika wawancara tidak dilakukan ketika klien masuk keperawatan fasilitas kesehatan, wawancara ini dapat disebut sebagai wawancara saat masuk. Ketika seorang dokter mengumpulkan informasi ini maka disebut sebagai riwayat medis. Pada beberapa area, perawat terdaftar mengkaji riwayat keperawatan, dengan dibantu oleh mahasiswa keperawatan. Mengkaji data dan bekerja sama dengan tim untuk memformulasi diagnosis keperawatan dan merencanakan asuhan keperawatan (Nursalam, 2015).

Setiap fasilitas memiliki format kesehatannya sendiri untuk dilengkapi bersama dengan klien dan tim kesehatan lainnya. Format dapat disusun menurut kebutuhan khusus pasien atau sesuai dengan sistem tubuh. Asuhan jangka panjang, layanan kesehatan dirumah dapat menggunakan format sesuai dengan kebutuhan khusus klien. Menggunakan wawancara dan mendokumentasikan informasi kedalam catatan perkembangan keperawatan. Selama wawancara berlangsung perawat dapat memandu percakapan dengan pertanyaan langsung. Untuk lebih efektif dan efisiensi yang maksimal, dapat direncanakan wawancara sebelum bertemu klien. Memberitahu klien bahwa

tujuan wawancara adalah untuk merencanakan asuhan yang efektif yang akan memenuhi kebutuhan klien (Nursalam, 2015).

Ketika mengumpulkan informasi, semua metode komunikasi harus dilakukan. Pengumpulan data dan pengkajian adalah pertanyaan terbuka, pertanyaan terperinci, ketrampilan observasi dan taktil. Klien memiliki hak untuk menolak menjawab pertanyaan yang menurut mereka terlalu pribadi. Pada beberapa kasus, mungkin perlu dibicarakan dengan anggota keluarga karena kebanyakan dari pasien biasanya bingung untuk berespon. Harus melindungi kerahasiaan pasien, jangan pernah mengungkapkan informasi yang sebelumnya tidak diketahui anggota keluarga tanpa persetujuan dari klien sendiri. Komponen riwayat keperawatan, riwayat kesehatan yang lengkap dapat membantu untuk mengembangkan rencana asuhan yang efektif untuk klien (Caroline, 2014)

## 2. Observasi dan pemeriksaan fisik

### 1) Observasi

Observasi adalah perangkat pengkajian yang berstandar pada penggunaan lima indra (penglihatan, sentuhan, pendengaran, penciuman, dan pengecap) untuk mencari informasi mengenai klien (Caroline, 2014).

#### a. Observasi visual

Penglihatan memberi banyak petunjuk yang harus diproses secara terus menerus ketika mengkaji klien. Beberapa contoh yang harus dipertimbangkan adalah gerakan tubuh, penampilan umum, tata krama, ekspresi wajah, gaya berpakaian,

komunikasi nonverbal, tampilan seta kebersihan. Untuk mengumpulkan data subjektif, seperti ketika memperhatikan ekspresi wajah dan bahasa tubuh klien. Observasi visual juga dapat mengumpulkan data objektif.

b. Observasi taktil

Sensasi sentuhan memberi informasi penting mengenai klien. Misalnya sentuhan atau palpasi.

c. Observasi Auditori

Mendengarkan klien dan keluarga secara aktif ketika sedang berinteraksi dengan perawat dan tim kesehatan lain. Perawat juga dapat mengumpulkan data dengan cara auskultasi.

d. Observasi Olfaktori atau Gustatori

Indra penciuman mengidentifikasi bau yang mungkin spesifik dengan kondisi atau status kesehatan klien. Observasi olfaktori mencakup mencatat bau badan, nafas yang buruk atau asidosis metabolik.

2) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik adalah sarana yang digunakan oleh penyedia layanan kesehatan yang membedakan struktur dan fungsi tubuh yang normal dan abnormal. pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan lima cara yaitu observasi, inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi. Hal itu dilakukan untuk menunjang dan memperoleh data objektif (Caroline, 2014).

3) Studi dokumentasi

Penelitian ini penulis menggunakan metode studi dokumentasi. Peneliti mengumpulkan data dengan cara mengambil data yang berasal dari dokumen asli. Dokumen asli tersebut dapat berupa gambar, tabel atau daftar periksa, hasil laboratorium, status pasien dan lembar observasi yang dibuat (Caroline, 2014).

### 3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif ada 4 cara untuk mencapai keabsahan data, yaitu: *kreadibility* (kepercayaan); *dependility* (ketergantungan); *konfermability* (kepastian). Dalam penelitian kualitatif ini memakai 3 macam antara lain (Anggraeni,D.M & Saryono, 2010):

1. Kepercayaan (*kreadibility*)

Kreadibilitas data dimaksudkan untuk membuktikan data yang berhasil dikumpulkan sesuai dengan sebenarnya. Ada kegiatan yang dilakukan untuk mencapai kreadibilitas ialah : triangulasi berupa pengumpulan data yang lebih dari satu sumber, yang menunjukkan informasi yang sama.

2. Ketergantungan (*dependility*)

Kriteria ini digunakan untuk menjaga kehati-hatian akan terjadinya kemungkinan kesalahan dalam mengumpulkan dan menginterpretasikan data sehingga data dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Kesalahan sering dilakukan oleh manusia itu sendiri terutama peneliti karena keterbatasan pengalaman, waktu, pengetahuan. Cara untuk menetapkan bahwa proses penelitian dapat dipertanggungjawabkan melalui audit *dependability* oleh *ouditor independent* oleh dosen pembimbing.



### 3. Kepastian (*konfermability*)

Kriteria ini digunakan untuk menilai hasil penelitian yang dilakukan dengan cara mengecek data dan informasi serta interpretasi hasil penelitian yang didukung oleh materi yang ada pelacakan audit.

### 3.7 Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan (Nursalam, 2015).

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data yang selanjutnya untuk diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut, urutan dalam analisis adalah (Nursalam, 2015) :

#### 1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu proses pendekatan kepada subyek dan proses pengumpulan data tergantung dari desain penelitian . Langkah-langkah pengumpulan data tergantung dari desain dan tehnik instrumen yang digunakan.

Proses pengumpulan data studi kasus ini terdapat tiga tahapan yaitu : data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen), data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan implementasi dan evaluasi.

## 2. Penyajian Data

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

## 3. 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**

Secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut menurut (Nursalam, 2015) menyatakan bahwa:

#### 1. *Informed consent*

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent

juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran lokasi pengambilan data

Penyusunan karya tulis ilmiah studi kasus serta pengambilan data ini dilakukan 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. Identitas klien

Tabel 4.1 Identitas klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. A	Ny.R
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. Rekam medik	0052****	0047****
Diagnosa masuk	Stroke Non Hemoragik	Stroke Non Hemoragik

## 2. Riwayat Penyakit

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.	Klien mengatakan bahwa mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan vertigo.
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit sama seperti klien saat ini.	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.

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

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 : 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.	Di rumah : 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 : 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 : 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 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	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
Pemeriksaan head to toe		
Kepala	Inspeksi : tampak kotor	Inspeksi : tampak kotor
Kulit kepala	Palpasi : tidak ada benjolan	Palpasi : tidak ada benjolan
Rambut	Inspeksi : warna hitam, sering rontok, jenis rambut ikal	Inspeksi : warna hitam, jenis rambut lurus
Wajah	Inspeksi : simetris bentuk wajah oval Palpasi : tidak ada nyeri tekan	Inspeksi : simetris bentuk wajah bulat Palpasi : tidak ada nyeri tekan
Mata	Inspeksi : simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.	Inspeksi : simetris, fungsi penglihatan kurang 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, bau mulut Palpasi : tidak ada nyeri tekan.	Inspeksi : bibir kering, bau mulut Palpasi : tidak ada nyeri tekan.
Telinga	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, lubang telinga kotor (terdapat serumen).	Inspeksi : fungsi pendengaran baik, lubang telinga sedikit kotor (terdapat serumen).
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	<p>Inspeksi : bentuk dada simetris, pola nafas tidak teratur, 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>	<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 : 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 : 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 : 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>5</td><td> </td><td>0</td></tr> <tr><td colspan="3" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>5</td><td> </td><td>0</td></tr> </table> <p>Palpasi : 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>5</td><td> </td><td>2</td></tr> <tr><td colspan="3" style="border-top: 1px solid black;"></td></tr> <tr><td>5</td><td> </td><td>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

## Klien 2

- a. GDA : 115 mg/dl
- b. Laboratorium : Pemeriksaan pada 25 April 2019

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan klien 1	Klien 1	Klien 2	Hasil normal
<b>Hematologi</b>			
<b>Darah lengkap</b>			
Leukosit (WBC)	10,20	9,4	3,70 – 10,1
Neutrofil	82	5,3	
Limfosit	1,3	2,5	
Monosit	0,6	0,7	
Esinofil	0,1	0,5	
Basofil	0,0	0,2	
Neutrofil %	80,4	51,0	39,3 – 73,7 %
Limfosit %	11,0	25,8	18,0 – 48,3 %
Monosit %	5,3	0,9	4,40 – 12,7 %
Esinofil %	0,7	3,5	0,600 – 7,30 %
Basofil %	0,1	0,6	0,00 – 1,70 %
Eritrosit (RBC)	4,450	4,100	4,6 – 6,2 $10^8$ / $\mu$ L
Hemoglobin (HGB)	13,10	11,30	13,5 – 18,0 g/dL
Hematokrit (HCT)	40,30	33,20	40 – 54 %
MCV	90,10	80,30	81,1 – 96,0 $\mu$ m <sup>3</sup>
MCH	31,10	27,20	27,0 – 31,2 pg
MCHC	34,20	34,10	31,8 – 35,4 g/dL
RDW	13,30	11,30	11,5 – 14,5 %
PLT	275	274	155 – 366 $10^3$ / $\mu$ L
MPV	6,2	6,47	6,90 – 10,6 fL
<b>Kimia klinik</b>			
<b>Lemak</b>			
Trigliserida	180	32,00	<150 mg/dL
Kolesterol	251	28,00	< 200 mg/dL
Kolesterol HDL	37,45	62	> 34 mg/dL
Kolesterol LDL	152,26	62	< 100 mg/dL
<b>Faak ginjal</b>			
BUN	12		7,8 – 20,23 mg/dL
Kreatinin	0,904	45	0,8 – 1,3 mg/dL
<b>Elektrolit</b>			
ELEKTROLIT SERUM			
Natrium (Na)	133,70	143,60	135 – 147 mmol/L
Kalium (K)	2,48	4,30	3,5 – 5 mmol/L

Klorida (Cl)	100,50	107,10	95 – 105 mmol/L
Kalsium Ion	1,444	1,220	1,16 – 1,32 mmol/L

## 6. Terapi

Tabel 4.6 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 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa data klien 1

Data	Etiologi	Masalah
Data subjektif :	Klien 1	
Data subjektif: klien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri tidak bisa digerakkan dan bicara susah.	Hambatan mobilitas fisik	Defisit perawatan diri
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,		
5   0		
5   0		
Hemiplegi kiri		

Tabel 4.8 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="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <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-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">2</td> </tr> </table> Hemiparase kiri	5	2	5	2	
5	2				
5	2				

#### 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

## 4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 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 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 dan evaluasi

## 1. Implementasi keperawatan

Tabel 4.10 implementasi keperawatan hari Sabtu, 27 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1	14.50	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektel	
Sabtu 27 April 2019	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.	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	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 4.11 implementasi keperawatan hari Sabtu, 27 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Inplementasi	Paraf
Klien 2	15.50	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektسل.	
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 4.12 implementasi keperawatan hari Minggu, 28 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 1	15.20	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektsel.	
Minggu, 28 April 2019	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.	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	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 4.13 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 / sektel.	
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 dan observasi tetesan infus Asering 14 tetespermenit Injeksi : Citicolin 500 miligram Kalmeco 500 miligram Omeprazol 40 miligram Antrain 1 gram	

Tabel 4.14 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 / sektel.	
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 da 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 4.15 implementasi keperawatan hari Senin 29 April 2019

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
Klien 2  Senin 29 April 2019 Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik	16.30	Mempertahankan privasi klien saat klien diseka yaitu dengan memasang tabir / sektsel.	
	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.	
	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 4.16 evaluasi keperawatan klien 1

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	
Sabtu 27 April 2019		5   0 —+— 5   0	
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		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 Esomeprazol 1x40 miligram Kalmeco 1x500 miligram 11. Peroral: Clopidogrel 1x75 miligram Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet				
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 Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiplegi kiri <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 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-right: 5px;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 0 5px;">0</td> </tr> </table>	5	0	5	0
5	0						
5	0						
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik		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 pispot</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> </ol>				

			11. Peroral :Clopidogrel 1x75 miligram Disolf 1x1 tablet Ambroxol 3x1 tablet	
Klien 1	16.45	Subjektif:	Pusing tangan dan kaki kiri belum bisa digerakkan	Klien 1
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 Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiplegi kiri	Senin 29 April 2019
Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik			5   0 —+— 5   0	Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik
		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 4.17 evaluasi keperawatan klien 2

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi	Paraf
Klien 2 Sabtu 27 April 2019	14.45	<p>Subjektif: Klien mengatakan pusing, kaki dan tangan kiri susah digerakkan</p> <p>Objektif: Keadaan 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</p> <p>Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan Kebutuhan klien terpenuhi Hemiparase kiri</p> $\begin{array}{r} 5 \ 2 \\ \hline 5 \ 2 \end{array}$ <p>Assesment : Masalah belum teratasi Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri</p> <p>Planing : Intervensi dilanjutkan</p> <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 pispot</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</li> <li>10. Observasi tetesan infus</li> <li>11. Injeksi: Citicolin 2x500 mg Kalmeco 1x500 mg Omeprazole 1x40 mg Antrain 3x1 gr</li> </ol>	
Klien 2 Minggu 28 April 2019	14.30	<p>Subjektif: Klien mengatakan pusing</p> <p>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</p> <p>Klien terlihat rapi Klien terbebas bau badan</p>	

Kebutuhan klien terpenuhi  
Hemiparase kiri

$$\begin{array}{r|l} 5 & 2 \\ \hline 5 & 2 \end{array}$$

Assesment : Masalah belum teratasi  
Klien belum bisa melakukan perawatan diri secara mandiri

Planing : Intervensi dilanjutkan

1. Pertahankan privasi saat klien diseka
2. Seka klien dengan air hangat dan
3. sabun
4. Bantu klien dalam kebersihan
5. mulut dan kuku
6. Fasilitasi klien untuk menyisir rambut
7. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien
8. Sediakan alat bantu pispot
9. Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali
10. Observasi tanda-tanda vital
11. Kolaborasi dengan dokter dan observasi tetesan infus
12. Infus : Asering 14 tetes permenit
13. Injeksi : Citicolin 2x500 miligram  
Kalmeco 1x500 miligram  
Omeprazole 1x40 miligram  
Antrain 3x1 gram

Klien 2                      16.30      Subjektif:      Klien mengatakan pusing  
berkurang tangan dan kaki kiri  
masih susah digerakkan  
Senin 29 April                      Objektif:      Keadan umum cukup, kesadaran  
2017    composmentis, glasgow coma  
scale 4-5-6, tanda-tanda vital  
tensi darah: 170/90 mmHg,  
suhu: 36 °C, Nadi: 82x/menit,  
respirasi: 20x/menit

Defisit perawatan diri berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

Klien terlihat rapi  
Klien terbebas bau badan  
Kebutuhan klien terpenuhi  
Hemiparase kiri

$$\begin{array}{r|l} 5 & 3 \\ \hline 5 & 3 \end{array}$$

Assesment : Masalah belum teratasi  
Klien belum bisa melakukan

- 
- perawatan diri secara mandiri
- Plaining : Intervensi dilanjutkan
1. Pertahankan privasi saat klien diseka
  2. Seka klien dengan air hangat dan
  3. sabun
  4. Bantu klien dalam kebersihan
  5. mulut
  6. Fasilitasi klien untuk menyisir
  7. rambut
  8. Sediakan makanan pada suhu yang diinginkan klien
  9. Sediakan alat bantu pispot
  10. Ajarkan mobilisasi pada klien setiap 2 jam sekali
  11. Observasi tanda-tanda vital
  12. Kolaborasi dengan dokter dan
  13. observasi tetesan infus
  14. Injeksi : Citicolin 2x500 miligram  
Kalmeco 1x500 miligram  
Omeprazole 1x40 miligram  
Antrain 3x1 gram
- 

## 4.2 Pembahasan

Pembahasan ini akan menjelaskan kesenjangan antara praktek dan teori agar dapat diambil pemecahan masalah dari kesenjangan-kesenjangan yang terjadi hingga dapat digunakan sebagai tindaklanjut dalam penerapan asuhan keperawatan sebagai berikut ini :

### 4.2.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan dari data subjektif antara dua klien didapatkan keluhan yang berbeda, klien 1 berbicara cadel dan anggota tubuh kiri tidak bisa digerakkan, sedangkan klien 2 hanya mengalami anggota gerak tubuh bagian kiri tidak bisa 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: kehilangan memori jangka pendek dan jangka panjang.

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. 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.

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. Pada gangguan bicara cedal disebabkan karena adanya gangguan pada syaraf yang terdapat pada mulut akibat dari penyumbatan pada otak.

#### 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.

Nabyl (2012) menjelaskan bahwa 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.

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 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 : 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.

Keterangan teori dan bukti-bukti data diatas 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.

#### 4.2.3 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.

Novita (2016) menjelaskan bahwa 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.

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 Evaluasi keperawatan

Klien 1, hari pertama keadaan umum lemah, kesadaran composmentis, GCS 456, TD : 150/100 mmHg, S : 36 °C, N : 80 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 : 160/100 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.

Novita, (2016) menjelaskan bahwa 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.

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**

Setelah melakukan asuhan keperawatan selama tiga hari pada klien stroke non hemoragik pada Ny. A dan Ny. R 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, 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 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 dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri, meliputi : defisit perawatan diri mandi, defisit perawatan diri berpakaian, defisit perawatan diri makan, defisit perawatan diri eliminasi.
4. Implementasi keperawatan pada klien stroke non hemoragik pada Ny. A dan Ny. I dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat.
5. 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. 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.

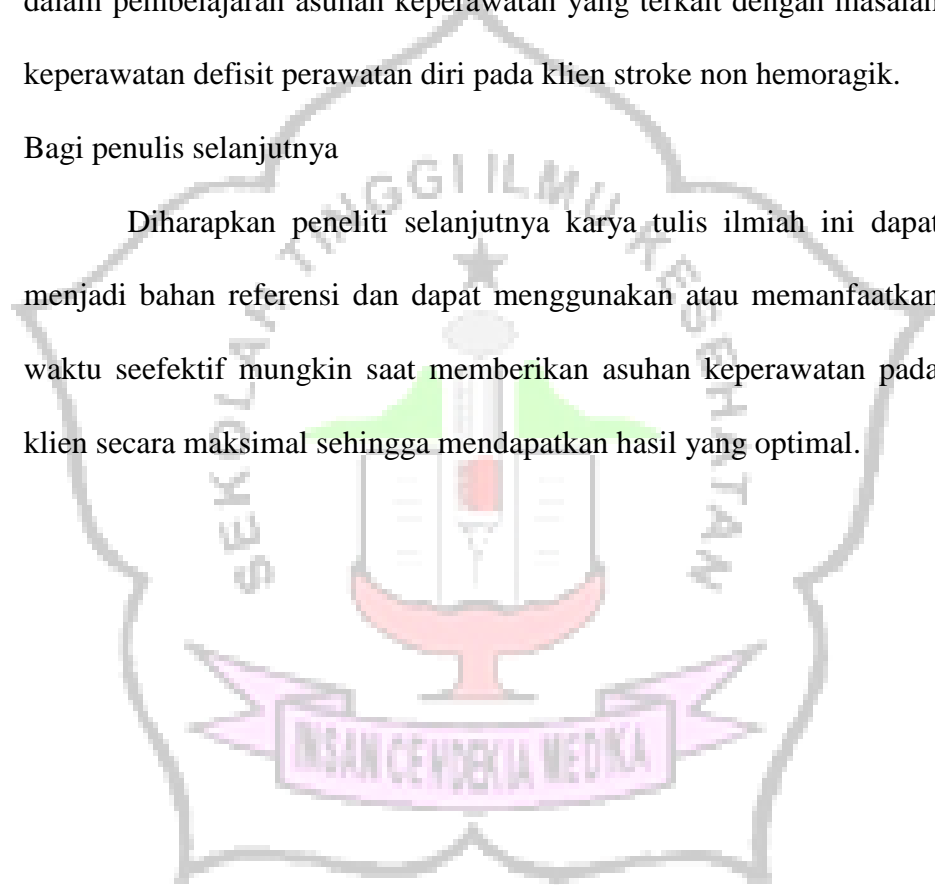


2. Bagi institusi pendidikan

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. 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.



## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti Yati & Nur Rachmawati Imami, 2014, *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*, Ed,1, Cet,2, Depok : Rajagrafindo Persada.
- Anggraeni,D.M & Saryono. 2013. *Metodologi Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Agreyu Dinata Cintya, Yuliarni Safrita, Susila Sastri, 2013, *Gambaran Faktor Risiko dan Tipe Stroke pada Pasien Rawat Inap di Bagian Penyakit Dalam RSUD Kabupaten Solok Selatan*, Dilihat 03 Maret 2019, <http://jurnal.fk.unad.ac.id>.
- Andra F S & Yessie M P, 2013, *Keperawatan Medikal Bedah*, Cet,1, Yogyakarta : Nuha Medika.
- Bakara,D.M. dan Warsito, S. (2016) 'Latihan Range Of Motion (ROM) Pasif Terhadap Rentang Sendi Pasien Pasca Stroke Exercise Range of Motion (ROM) Passive to Increase Joint Range of Post-Stroke Patients', *Idea Nursing Journal*, VII(2).
- Bustan, M.N., 2007. *Epidemologi Penyakit Tidak Menular*. Cetakan 2,Jakarta: Rineka Cipta
- Dewangga, Gilang Ikrar, 2016, *Perbandingan Kekuatan Genggam Tangan Dengan Latihan Bola Bergerigi Dan Tumpul Pada Stroke Non Hemoragik Di Rsud Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto*. Diploma Thesis, Universitas Muhammadiyah Purwokerto.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, 2011, *Prevalensi Kejadian Stroke di Provinsi Jawa Tengah*.
- 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 T H, 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 01 Maret 2019 <http://poltekkes-denpasar.ac.id>.
- Muttaqin Arif, 2008, *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Jakarta: Salemba Medika.
- Mansjoer Arief, 2010, *Kapita Selekta Kedokteran*, edisi 4, Jakarta : Media Aesculapius.
- Nur Wakhidah Anisa, 2015, Asuhan Keperawatan Pada Tn W Dengan Gangguan Sistem Persarafan : *Stroke Non Hemoragik* di Ruang Gladiolatas Rumah Sakit Umum Daerah Sukoharjo, Dilihat 02 Maret 2019 <http://eprints.ums.ac.id/33741/19/naskah%20publikasi%20ilmiah.pdf>
- Nursalam, 2015, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Ed,3, Jakarta Selatan : Salemba Medika.
- Ningtiyas, Intan Fajar, 2017, *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemandirian Dalam Activity Daily Living Pada Pasien Pasca Stroke Di Poliklinik Syaraf RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Bandar Lampung*.Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung.
- Oktaria Batubara Sakti & Florentianus Tat, 2015, Hubungan Antara Penanganan Awal Dan Kerusakan Neurologis Pasien Stroke Di RSUD Kupang, Vol,10, No,3, dilihat 04 Maret 2019 <http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/627/369>
- Purba JM (2011). *Biomolekuler stroke*. In: Misbach J, Soertidewi L and Jannis J (eds). *Stroke Aspek Diagnostik, Patofisiologi, Manajemen*, Jakarta, Gramedia Pustaka Utama, p 41-56
- Pudiastuti, R. D. (2011). *Penyakit Pemicu Stroke (Dilengkapi Posyandu Lansia dan Posbindu PTM)*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Perry, potter. 2006. *Fundamental keprawatan: konsep,proses, dan praktik*. Jakarta: EGC.
- Santoso Lois Elita, (2018), *Peningkatan Kekuatan Motorik Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Latihan Menggenggam Bola Karet (Studi Di Ruang*

*Flamboyan Rsud Jombang*), Skripsi Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang <http://repo.stikesicmejbg.ac.id/749/1/14.3210077%20Lois%20Elita%20Santoso%20skripsi.pdf>

Tarwoto dan Wartonah. 2003. *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.

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 Februari 2019 [jurnal.usu.ac.id/index.php/kpkb/article/view/2529](http://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 28 Februari 2019 [jurnal.unitri.ac.id/index.php/care/article/download/388/396](http://jurnal.unitri.ac.id/index.php/care/article/download/388/396)

Wijaya, A. saferi and Mariza, P. yessie, 2013, *Keperawatan Medikal Bedah pertama*. Yogyakarta: Nuha Medika.

## Lampiran 1

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH PROGRAM  
STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2019**

No	Jadwal Kegiatan	Bulan																			
		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	Persamaan persepsi																				
2	Pengumuman bimbingan																				
3	Bimbingan proposal & konfrimasi																				
4	Bimbingan proposal & studi pendahuluan																				
5	Bimbingan proposal																				
6	Seminar proposal																				
7	Revisi seminar proposal																				
8	Pengurusan izin																				
9	Pengambilan data & pengumpulan data																				
10	Analisa data																				
11	Bimbingan hasil																				
12	Ujian hasil																				
13	Revisi KTI seminar hasil																				
14	Pengumpulan dan pengandaan KTI																				

## Lampiran 2

**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Reicha Dellima Damayanti

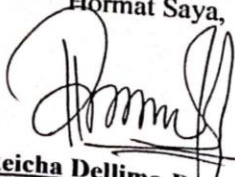
NIM : 161210032

Adalah mahasiswa DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang yang akan melakukan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus tentang "Asuhan Keperawatan Pada Klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan" sebagai upaya dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Tugas akhir ini bermanfaat sebagai meningkatkan mutu pelayanan dan perawatan pada klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu menjadi responden dalam karya tulis ilmiah ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data responden disajikan untuk keperluan karya tulis ilmiah ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,



**Reicha Dellima Damayanti**

**INFORMED CONSENT**  
**(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. P.....  
 Umur : 67 th.....  
 Jenis Kelamin : Perempuan.....  
 Pekerjaan : Tani.....  
 Alamat : Laci, Masangan.....

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah "Asuhan Keperawatan Pada Klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan"
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui cara perawatan diri yang benar pada klien stroke *non hemoragik*.

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia\*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.  
 Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Jombang, April 2019

Peneliti,  


Responden,  




**INFORMED CONSENT**

**(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny. A  
 Umur : 54 th  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Pekerjaan : Tani  
 Alamat : Raci Bangil

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah "Asuhan Keperawatan Pada Klien stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri di ruang krissan RSUD Bangil Pasuruan"
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada stroke *non hemoragik* dengan masalah defisit perawatan diri.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat mengetahui cara perawatan diri yang benar pada klien stroke *non hemoragik*.

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia\*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Peneliti,



Jombang, April 2019

Responden,







**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH  
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
STIKES ICME JOMBANG  
2019**

**PENKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

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

**A. IDENTITAS PASIEN**

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

**B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

**C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

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

**D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya : ..... tida

jelaskan :

**E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI**

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
<b>Makanan</b> Frekuensi .....x/hr Jenis.....		

<p>Diit .....</p> <p>Pantangan .....</p> <p>Alergi .....</p> <p>makanan yang disukai</p> <p><b>Minum</b></p> <p>Frekuensi..... x/hari</p> <p>Jenis.....</p> <p>Alergi .....</p>		
<p><b>Eliminasi</b></p> <p>BAB</p> <p>Frekuensi .....x/hari</p> <p>warna .....</p> <p>konsistensi</p> <p>BAK</p> <p>Frekuensi .....X/Hari</p> <p>Warna .....</p> <p>Alat bantu</p>		
<p><b>Kebersihan Diri</b></p> <p>Mandi.....X/hari</p> <p>Keramas .....x/hari</p> <p>Sikat Gigi .....X/Hari</p> <p>Memotong Kuku.....</p> <p>Ganti Pakaian .....</p> <p>Toileting</p>		
<p><b>Istirahat/Tidur</b></p> <p>Tidur siang.....jam</p>		

Tidur Malam .....jam		
Kebiasaan Merokok/Jamu		

## F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

### 1. Tanda-tanda vital

S : °C      N : x/mnt      TD : mmHg

RR : x/mnt

Masalah Keperawatan :

### 2. Sistem Pernafasan (B<sub>1</sub>)

#### a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung  ada  tidak

Septum nasi  simetris  tidak simetris

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

b. Bentuk dada  simetris  asimetris  barrel chest  
 Funnel chest  Pigeons chest

c. Keluhan  sesak  batuk  nyeri waktu napas

d. Irama napas  teratur  tidak teratur

e. Suara napas  vesicular  ronchi D/S  wheezing D/S  rales D/S

Lain-lain:

### 3. Sistem Kardiovakuler (B<sub>2</sub>)

a. Keluhan nyeri dada  ya  tidak

b. Irama jantung  teratur  tidak teratur

c. CRT  < 3 detik  > 3 detik

d. Konjungtiva pucat  ya  tidak

e. JVP  normal  meningkat  menurun

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

### 4. Sistem Persarafan (B<sub>3</sub>)

a. Kesadaran  composmentis  apatis  somnolen  sopor  koma

GCS :

b. Keluhan pusing  ya  tidak

c. Pupil  isokor  anisokor

d. Nyeri  tidak  ya, skala nyeri : lokasi :

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

### 5. Sistem Perkemihan (B<sub>4</sub>)

a. Keluhan :  kencing menetes  inkontinensia  retensi

gross hematuri  disuria  poliuri

oliguri  anuri

Masalah Keperawatan :

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

### 6. Sistem Pencernaan (B<sub>5</sub>)

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

Masalah Keperawatan :

### 7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B<sub>6</sub>)

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

Masalah Keperawatan :

### 8. Sistem Endokrin

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

Masalah Keperawatan :

**G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya  
 cobaan Tuhan     hukuman     lainnya
  2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya  
 murung     gelisah     tegang     marah/menangis
  3. Reaksi saat interaksi     kooperatif     tak kooperatif     curiga
  4. Gangguan konsep diri     ya     tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

Masalah Keperawatan :

**H. PENGKAJIAN SPIRITUAL**

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

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

**J. TERAPI**

.....  
 Mahasiswa

(.....)

**ANALISA DATA**

Nama :.....

No.RM: .....

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		
		<b>SESUAI DENGAN                      NANDA 2014</b>

--	--	--

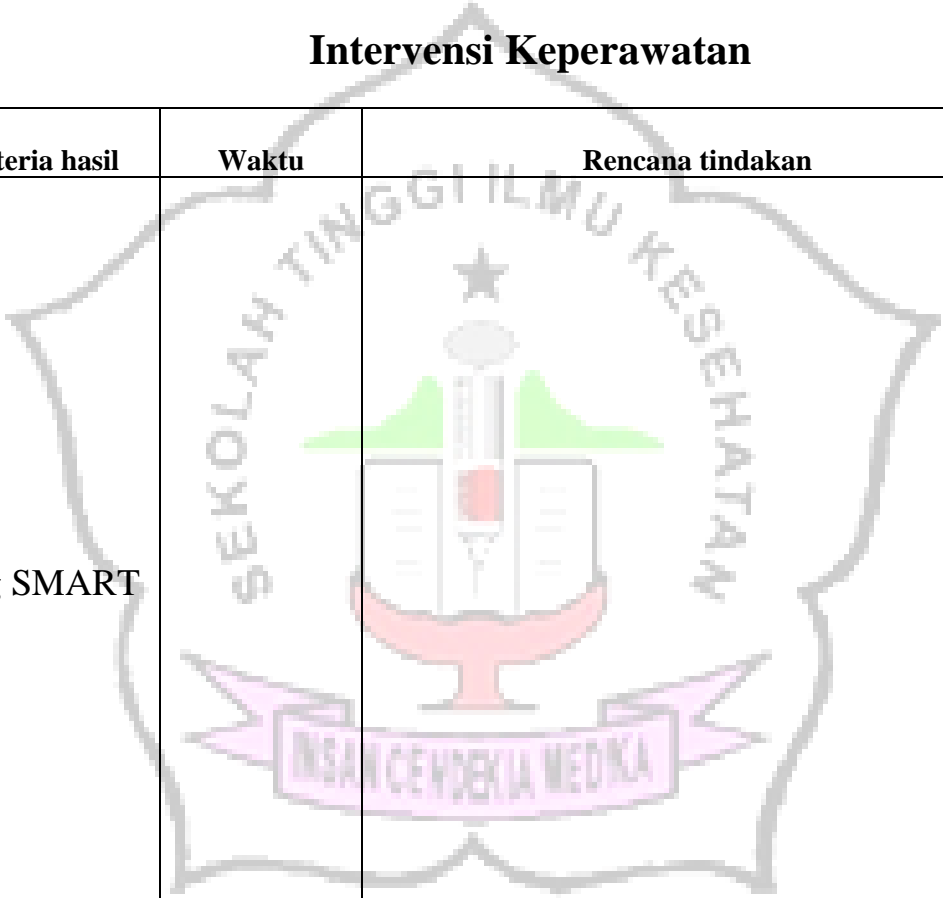
**Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....



## Intervensi Keperawatan


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



# Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM : .....

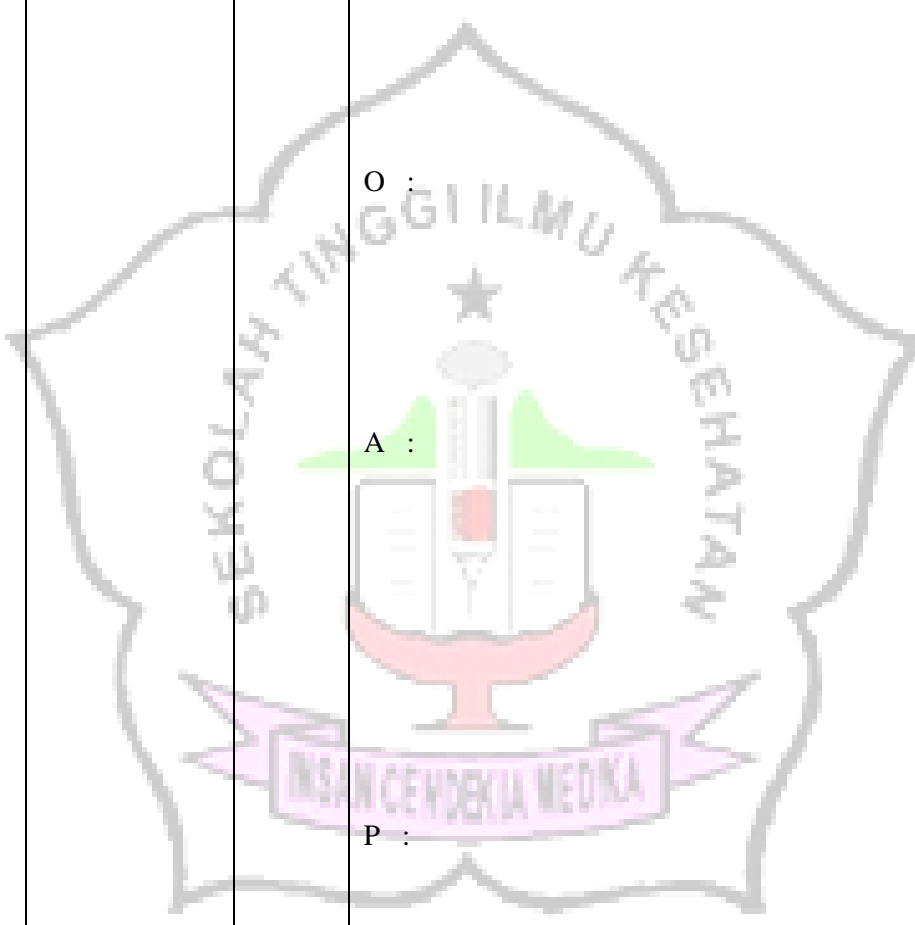
Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf
				



## Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM : .....

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



Lampiran 5

## SURAT IJIN PENELITIAN


**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 April 2019

Nomor : 445.1/1124.26/424.202/2019 Kepada  
 Lampiran : - Yth. Ketua Stikes Insan Cendekia Medika  
 Hal : Persetujuan Penelitian Jl. Kemuning 57  
 JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor :  
 067/KTI/BAAK/K31/073127/III/2019 tanggal 21 Maret 2019 perihal  
 Permohonan Ijin Penelitian atas nama :

Nama : REICHA DELLIMA DAMAYANTI  
 NIM : 161210032  
 Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Stroke Non  
 Hemoragik dengan Masalah Keperawatan Defisit  
 Perawatan Diri

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk  
 melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung  
 mulai tanggal 1 – 30 April 2019,

Dengan ketentuan :

1. Menaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

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

A.n DIREKTUR RSUD BANGIL  
 KABUPATEN PASURUAN  
 Plt. Kepala Bidang Penunjang



Drg. DYAH RETNO LESTARI, M.Kes  
 Pembina  
 NIP. 19710404 200604 2 019

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan Krissan RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan

## SURAT IJIN UJI ETIK PENELITIAN



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



### KETERANGAN KELAIKAN ETIK PELAKSANAAN PENELITIAN

#### ETHICAL CLEARANCE

NO : 445.1/1085.26/424.202/2019

TIM ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD BANGIL KAB. PASURUAN, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN STROKE NON HEMORAGIK DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI

PENELITI UTAMA : REICHA DELLIMA DAMAYANTI

TEMPAT PENELITIAN : RSUD BANGIL KAB. PASURUAN

DINYATAKAN LAIK ETIK

PASURUAN, 28 MARET 2019

A.n KETUA TIM ETIK PENELITIAN  
SEKRETARIS

*Shafaat*


SHAFaat PRANATA, S.Kep.Ns.



## LEMBAR KONSULTASI

## LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Retcha Dellima D .  
NIM : 161210032  
Program Studi : D-III Keperawatan  
Judul KTI :  
Pembimbing I : Dr. Haryono . S.kep . Ns . M.kep .

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
28 Juni 2019 .		
2 - Juli 2019 .		
13 - Juli 2019		





Pembimbing I

(.....)



LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH

Nama mahasiswa : Reicha Dellima D  
 NIM : 161210032  
 Program Studi : D.III Keperawatan  
 Judul KTI :  
 Pembimbing II : Inayatur Rosyidah .S. Kep .Nc. M. Kep .

Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
7 - feb . 2019	Konsultasi & diskusi teori.	 
19 - Mar . 2019.		
10/7 2019	Revisi bab 10	
11/7 2019	Revisi bab 10, cek pen loguan bab 10	

Pembimbing II

(Inayatur R.)