

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *STROKE*
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUMAH SAKIT PANTI WALUYA MALANG



Oleh :

NENINAJWA RAMADANI

NIM. 11190018

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI WALUYA
MALANG
2022

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *STROKE*
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUMAH SAKIT PANTI WALUYA MALANG

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk mendapatkan
gelar Ahli Madya Keperawatan



Oleh :

NENINAJWA RAMADANI,

NIM. 11190018

PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI WALUYA
MALANG
2022

HALAMAN PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Neni Najwa Ramadani

NIM : 11190018

Prodi : Diploma III Keperawatan

Institusi : STIKes Panti Waluya Malang

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah dalam Studi Kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Panti Waluya Malang" adalah bukan Karya Tulis Ilmiah orang lain, baik sebagian, maupun keseluruhan, 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 mendapatkan sanksi yang ditentukan oleh akademis.

Malang, 05 Juli 2022

Yang Membuat Pernyataan



Neni Najwa Ramadani

NIM: 11190018

HALAMAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI DI RUMAH SAKIT PANTI WALUYA MALANG

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang

Oleh :
Neni Najwa Ramadani
NIM 11190018

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui untuk dilakukan sidang
Pada

Hari/Tanggal : Selasa, 5 Juli 2022

Pembimbing



(Ns. Elfin Ariesti, M.Kep)

Pembimbing II



(Ns. Nanik Dwi Astutik, S.Kep.,M.Kes)

Pembimbing III



(Ns. Joko Samoso, S.Kep)

HALAMAN PENGESAHAN

**KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN STROKE
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUMAH SAKIT PANTI WALUYA SAWAHAN MALANG**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan
(A.Md.Kep) pada Program Studi Diploma III Keperawatan
STIKes Panti Waluya Malang

Oleh:

Neni Najwa Ramadani

NIM: 11190018

Telah diuji pada :

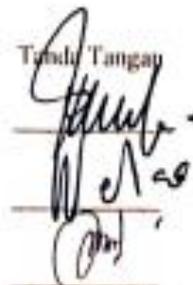
Hari/Tanggal : Selasa, 5 Juli 2022

Tim Penguji

Ketua : Wibowo, S.Kep., Ns., M.Biomed.

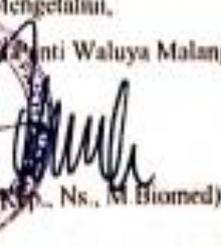
Anggota : Wisuedhanie Widi, SKM., M.Kes.

Ns. Ellia Ariesti, M.Kep.

Tanda Tangan


Mengetahui,

Ketua STIKes Panti Waluya Malang



Ns., M. Biomed)

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Data Pribadi

Nama : Neni Najwa Ramadani
NIM : 11190018
Tempat/Tgl Lahir : Malang, 18 Desember 2000
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Kewarganegaraan : Indonesia
Alamat : Jln. Kamboja Kebonsari Tumpang, Malang

Demikian Daftar Riwayat Hidup Ini Penulis Buat Dengan Sebenarnya.

Malang, 05 juli 2022



Neni Najwa Ramadani
11190018

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala anugerah yang dilimpahkan-Nya sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang”. Penulis membuat Karya Tulis Ilmiah ini sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan pada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang. Penulis menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini tidak akan mungkin terwujud apabila tidak ada bantuan dari berbagai pihak, melalui kesempatan ini izinkan penulis menyampaikan ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. dr. Lisa Setiawati, MMRS, selaku Direktur Rumah Sakit Panti Waluya Malang yang telah memberikan izin untuk mengambil data di tempat praktek guna penyusunan Karya Tulis Ilmiah Ini.
2. Bapak Wibowo, S.Kep.,Ns.,M.Biomed selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang yang telah memberikan kesempatan untuk menggunakan fasilitas STIKes Panti Waluya Sawahan Malang
3. Ibu Ns. Ellia Ariesti, M.Kep selaku Pembimbing I yang memberikan bimbingan, ide, dan saran dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
4. Ibu Ns. Nanik Dwi Astutik, S.Kep.,M.Kes selaku pembimbing 2 yang telah memberikan bimbingan dan saran untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Bapak Ns. Yafet Pradikatama, M.Kep selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan saran untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini
6. Bapak Ns. Joko Santoso, S.Kep selaku pembimbing 3 yang telah memberikan

bimbingan dan saran untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

7. Kedua Orang Tua penulis yang senantiasa memberi dukungan serta semangat dalam proses Penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Semua teman-teman D-III Keperawatan Angkatan 2019 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang yang telah memberikan banyak bantuan, semangat dan dorongan untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu yang telah membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kebaikan Karya Tulis Ilmiah ini lebih lanjut. Penulis berharap semoga isi dan hasil dari Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi penulis dan khususnya untuk institusi, lahan penelitian dan para pembaca pada umumnya.

Malang, Juli 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR TABLE	ix
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN	xi
ABSTRAK	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Karakteristik.....	3
1.3 Rumusan Masalah.....	3
1.4 Tujuan.....	3
1.5 Manfaat.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep <i>Stroke</i>	6
2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri.....	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan.....	27
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	37
3.1 Desain Penelitian.....	37
3.2 Batasan Istilah.....	37
3.3 Partisipan.....	38
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian.....	38
3.5 Pengumpulan Data.....	38
3.6 Uji Keabsahan Data.....	39
3.7 Analisa Data.....	39
3.8 Etika Penulisan.....	40
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	41
4.1 Hasil.....	41
4.2 Pembahasan.....	65
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	72
5.1 Kesimpulan.....	72
5.2 Saran.....	74
DAFTAR PUSTAKA	75
LAMPIRAN	77

DAFTAR TABLE

Tabel 2.1 Indeks Barthel (Ari,2020).....	26
Tabel 2.2 Rencana Keperawatan (SIKI, 2016).....	35
Tabel 4.1 Identitas Klien	41
Tabel 4.2 Status Kesehatan dan Riwayat Kesehatan.....	42
Tabel 4.3 Data Konsep Diri.....	44
Tabel 4.4 Data Psikososial	44
Tabel 4.5 Fungsi Kesehatan	45
Tabel 4.6 Pemeriksaan fisik	46
Tabel 4.7 Pemeriksaan Diagnostik.....	50
Tabel 4.8 Pemberian Obat.....	52
Tabel 4.9 Analisa Data	53
Tabel 4.10 Diagnosa Keperawatan.....	56
Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan.....	57
Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan.....	60
Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan.....	62
Tabel 4.14 Pembahasan Pengkajian.....	65
Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan.....	66
Tabel 4.16 Pembahasan Tujuan	67
Tabel 4.17 Pembahasan Kriteria Hasil.....	68
Tabel 4.18 Pembahasan Intervensi Keperawatan.....	68
Tabel 4.19 Pembahasan Implementasi Keperawatan.....	69
Tabel 4.20 Pembahasan Evaluasi Keperawatan.....	70

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Pathway <i>Stroke</i> Dengan Masalah Defisit Perawatan Diri (Asri,2022).....	21
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Studi Pendahuluan.....	77
Lampiran 2 Jawaban Studi Pendahuluan.....	78
Lampiran 3 Ijin Penelitian.....	79
Lampiran 4 Jawaban Ijin Penelitian.....	80
Lampiran 5 Konsultasi Pembimbing 1.....	81
Lampiran 6 Konsultasi Pembimbing 2.....	84
Lampiran 7 Konsultasi Pembimbing 3.....	85
Lampiran 8 SAP.....	89
Lampiran 9 Leaflet.....	96
Lampiran 10 Manuscript.....	97

ABSTRAK

Ramadani, Neni Najwa, 2022. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang. Karya Tulis Ilmiah, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang. Pembimbing (1) Ns. Ellia Ariesti, M.Kep. (2) Ns. Nanik Dwi Astutik, S.Kep.,M.Kes.

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak akibat adanya *thrombosis*, *emboli* atau pecahnya pembuluh darah dalam otak yang menyebabkan kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, dan daya ingat sebagai akibat gangguan fungsi otak. Tujuan penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada klien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Desain penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan 2 klien sebagai responden pada bulan Maret dan Mei 2022 di ruang unit stroke dengan lama perawatan selama 3 hari untuk setiap klien. Pada hasil pengkajian didapatkan data kedua klien mengalami defisit perawatan diri di buktikan dengan kedua klien tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan yang sama, masalah defisit perawatan diri pada kedua klien belum teratasi dikarenakan kekuatan otot klien yang masih menurun sehingga klien tidak mampu bermobilisasi dan memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri. Tindakan keperawatan yang tepat pada masalah defisit perawatan diri yaitu dengan dukungan perawatan diri sehingga pasien secara bertahap mampu memenuhi kebutuhan ADL nya secara mandiri

Kata Kunci: Stroke; Defisit perawatan diri

ABSTRACT

Ramadani, Neni Najwa, 2022. Nursing care for stroke patients with nursing problems with self-care deficits at Panti Waluya Hospital, Malang. Scientific Writing, College of Health Sciences Panti Waluya Malang. Supervisor (1) Ns. Ellia Ariesti, M.Kep. (2) Ns. Nanik Dwi Astutik, S.Kep., M.Kes.

Stroke is a brain function disorder caused by circulatory disorders of the brain due to thrombosis, embolism or rupture of blood vessels in the brain which cause paralysis of the limbs, speech disorders, thought processes, and memory as a result of the disorder. The function of brain. The purpose of this study was to carry out nursing care for stroke clients with nursing problems with self-care deficits. The design of this study used a case study method with 2 clients as respondents in March and May 2022 in the stroke unit room with 3 days of treatment for each client. In the results of the study, it was found that the data of both clients experienced a self-care deficit, as evidenced by both clients being unable to meet their self-care needs independently. After doing the same nursing action, the problem of self-care deficit in both clients has not been resolved because the client's muscle strength is still decreasing so that the client is unable to mobilize and meet his/her self-care needs independently. Appropriate nursing action on the problem of self-care deficit is with self-care support so that patients are gradually able to meet their ADL needs independently

Keywords: Stroke; self-care deficit

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Gangguan peredaran darah pada otak ini dapat terjadi akibat adanya *thrombosis*, *emboli* atau pecahnya pembuluh darah dalam otak yang dapat menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Mutaqin, 2011). Penderita *stroke* akan kesulitan dalam melakukan aktivitas sehari – hari, seperti ketidakmampuan makan, mandi atau toileting, atau berpakaian secara mandiri, sehingga di perlukan pertolongan secepatnya untuk meminimalisir dampak yang terjadi (Nastiti, 2012).

Menurut Data *World Stroke Organization* (2018) menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru *stroke*, Sekitar 70% penyakit *stroke* dan 87% kematian dan kelumpuhan akibat *stroke*. Menurut Thomas (2021) pada wilayah Asia terjadinya *stroke iskemik* sebesar 17% dan hemoragic 33 %, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 prevalensi *stroke* meningkat dibandingkan tahun 2013 dari 7% menjadi 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Di Jawa Timur sendiri prevelensi pasien *stroke* pada tahun 2018 adalah 12,4%. Angka kejadian penyakit *stroke* di RS Panti Waluya Malang pada tahun 2021 sebanyak 199 pasien (Rekam Medis RS Panti Waluya Malang, 2021).

Pada pasien *stroke* yang mengalami gangguan *musculoskeletal* atau kelemahan akan mengalami kesulitan untuk menyelesaikan aktivitas secara mandiri karena melemahnya kekuatan otot, sehingga pasien mengalami defisit perawatan diri. Menurut PPNI,SDKI (2016) Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, *toileting* dan berhias secara mandiri.

Pada bulan Desember 2021 saat melakukan praktek klinik di Rumah Sakit Panti Waluya Malang penulis menemukan fenomena dimana terdapat pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Pasien tersebut mengalami permasalahan dalam melakukan perawatan diri seperti makan dan minum sehingga ada yang di pasang NGT untuk memenuhi kebutuhan makan/minum nya, ada juga yang harus di bantu menyuap, tidak mampu ke kamar mandi sehingga ada yang menggunakan *pampers* atau *underpad*, dan juga pasien *stroke* yang tidak mampu mengganti pakaian nya sendiri sehingga perlu pendampingan orang lain dalam memenuhi perawatan diri nya.

Menurut PPNI SIKI (2016) pada klien dengan gangguan defisit perawatan diri dapat diterapkan intervensi dukungan perawatan diri yang bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Peran perawat dalam intervensi ini adalah untuk mengidentifikasi , memotivasi dan juga memberikan edukasi pada klien maupun keluarga dengan defisit perawatan diri sehingga klien/keluarga mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri . Oleh karena itu berdasarkan data di atas penulis memilih judul kaya tulis ilmiah

Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri sebagai judul penelitian penulis.

1.2 Batasan Karakteristik

Masalah dalam studi kasus ini dibatasi pada Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Panti Waluya Malang

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Panti Waluya Malang ?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Penulisan studi ini ditujukan untuk melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Panti Waluya Malang

1.4.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan-tujuan yang ingin di capai adalah sebagai berikut :

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien yang mengalami *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang
2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang

3. Menyusun rencana tindakan pada klien yang mengalami *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang
5. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada klien yang mengalami *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang

1.5 Manfaat

Manfaat praktis yang dapat diambil dalam penulis studi kasus ini adalah :

1. Manfaat bagi peneliti

Studi kasus ini dapat membantu peneliti untuk mempermudah memberikan asuhan keperawatan pada pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri dalam menentukan rencana tindakan yang efektif dan tepat untuk dilakukan.

2. Manfaat bagi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan gambaran yang nyata tentang bagaimana asuhan keperawatan pada pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

3. Manfaat bagi rumah sakit

Sebagai masukan bagi pelayanan rumah sakit dalam meningkatkan kualitas pada pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

4. Manfaat bagi pasien

Hasil penelitian ini sebagai pertimbangan bagi pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri agar mendapatkan hasil yang maksimal

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada BAB ini penulis akan menjelaskan tentang teori “Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri”. Pada bab ini juga akan disajikan materi sebagai berikut: Konsep *Stroke*, Konsep Defisit Perawatan Diri, Dan Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri.

2.1 Konsep *Stroke*

2.1.1 Definisi Sroke

Stroke merupakan gangguan saraf karena terjadi karena gangguan aliran darah otak sehingga pembuluh darah di otak rusak, berlangsung selama 24 jam atau lebih, *stroke* terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan ruptur. (Asri. 2022).

Menurut Hutaguluh (2019) *stroke* atau *Cerebro Vascular Accident (STROKE)* merupakan gangguan fungsi syaraf yang disebabkan adanya ketidakseimbangan aliran darah dalam otak, dan dapat timbul secara mendadak atau secara cepat , dengan gejala atau tanda-tanda yang sesuai dengan daerah otak yang mengalami gangguan pasokan darah. Hasil penyumbatan yang tiba-tiba terjadi, yang disebabkan oleh penggumpalan, perdarahan, atau penyempitan pada pembuluh darah arteri, menyebabkan menutup aliran darah ke bagian-bagian otak, dimana darah merupakan pembawa oksigen dan zat-zat makanan ke jaringan otak sehingga sel-sel otak mengalami kematian.

2.1.2 Klasifikasi *Stroke*

Klasifikasi *stroke* menurut Haryono & Utami (2019), yaitu:

1. *Stroke Hemoragik*

Stroke hemoragik terjadi ketika pecahnya pembuluh darah di otak. Perdarahan otak dapat disebabkan oleh banyak kondisi, biasanya saat melakukan aktivitas atau juga dapat terjadi saat istirahat. Jenis *stroke hemoragik* dibagi menjadi dua yaitu :

a. Perdarahan *Intraserebral*

Dalam perdarahan *intraserebral* , pembuluh darah di otak pecah dan menyebar ke jaringan otak disekitarnya, sehingga menyebabkan kerusakan sel otak. Penyebab utamanya adalah *hipertensi, trauma, malformasi vaskular*, penggunaan obat pengencer darah dan kondisi lain dapat menyebabkan perdarahan *intraserebral*.

b. Perdarahan *Subaraknoid*

Perdarahan *subaraknoid* biasanya disebabkan oleh *aneurisma serebral* atau kelainan arteri pada dasar otak. *Aneurisma serebral* adalah area kecil bulat yang mengalami pembengkakan arteri. Pembengkakan yang parah membuat dinding pembuluh darah melemah dan rentan pecah.

2. *Stroke Iskemik*

Stroke iskemik terjadi ketika arteri ke otak menyempit atau terhambat, sehingga menyebabkan aliran darah ke otak berkurang.

Menurut perjalanan penyakitnya, *stroke iskemik* dapat dibedakan menjadi :

a. *Transient Ischemic Attack (TIA)*

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

b. *Stroke involusi*

Stroke yang berkembang perlahan-lahan sampai alur munculnya gejala makin lama semakin buruk, proses progresif beberapa jam sampai beberapa hari.

c. *Stroke komplit*

Gangguan *neurologis* yang timbul sudah menetap atau permanen. Sesuai dengan namanya, *stroke* komplit dapat diawali oleh serangan TIA berulang.

2.13 Etiologi *Stroke*

Terdapat beberapa penyebab *stroke* berdasarkan klasifikasinya sebagai berikut :

1. *Stroke iskemik* disebabkan oleh terganggunya pendarahan otak berupa *obstruksi* atau sumbatan yang menyebabkan otak kekurangan suplai oksigen dan terjadi pendarahan. Sumbatan tersebut dapat disebabkan oleh *trombus* (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak. *Stroke* ini ditandai dengan kelemahan atau *hemiparesis*, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan *disfagia*.

2. *Stroke hemoragik* disebabkan oleh perdarahan *intracerebral* atau perdarahan subarakhnoid karena pecahnya pembuluh darah otak pada area tertentu sehingga darah memenuhi jaringan otak, perdarahan yang terjadi dapat menimbulkan gejala *neurologik* dengan cepat karena tekanan pada saraf di dalam tengkorak yang ditandai dengan penurunan kesadaran, nadi cepat, pernapasan cepat, pupil mengecil, kaku kuduk, dan *hemiplegia*. (Asri, 2022)

2.14 Faktor Resiko *Stroke*

Faktor risiko adalah sifat, ciri-ciri, dan kebiasaan gaya hidup yang dapat memperbesar kemungkinan seseorang terkena suatu penyakit. Menurut Hutaguluh (2019) faktor risiko terjadinya *stroke* terbagi menjadi 2 yaitu :

1. Faktor risiko yang tidak dapat diubah

a. Umur

Setiap kelompok umur memiliki kemungkinan untuk menderita *stroke*. Tetapi seiring dengan meningkatnya umur, risiko untuk terkena *stroke* juga semakin besar. Hal ini disebabkan oleh akumulasi plak yang tertimbun di dalam pembuluh darah. Insidens *stroke* meningkat seiring dengan bertambahnya umur, dimana setelah umur 55 tahun risiko *stroke* meningkat 2 kali lipat tiap dekade. Kematian akibat *stroke* menjadi dua kali lipat pula pada setiap dekadenya setelah umur 40 tahun.

b. Jenis kelamin

Stroke lebih banyak menyerang laki-laki dari pada perempuan, dengan perbandingan 1,3:1, kecuali pada batas menopause, dimana perbandingan antara laki-laki dan wanita hampir tidak berbeda. Namun demikian, lebih dari setengah jumlah penderita *stroke* yang meninggal adalah perempuan. Perempuan hamil memiliki risiko terkena *stroke* yang lebih besar, begitu pula perempuan yang minum pil pengatur kehamilan dan menderita *hipertensi*.

c. Hereditas (riwayat keluarga)

Risiko untuk menderita *stroke* akan semakin besar jika terdapat riwayat *stroke* di keluarga. Di dalam keluarga, kemungkinan diturunkannya faktor genetik dari orang tua kepada anak akan lebih besar, sesama anggota keluarga akan lebih mudah menderita penyakit, termasuk penyakit-penyakit yang merupakan faktor risiko *stroke*.

d. Riwayat *stroke* atau serangan jantung sebelumnya.

Seseorang yang sudah pernah menderita *stroke* lebih berisiko mengalami *stroke* selanjutnya. Kira-kira 10% dari mereka yang pernah mengalami serangan *stroke* akan mendapatkan serangan *stroke* yang kedua (*reccurent*) dalam setahun. Begitupula orang yang sudah pernah mengalami serangan jantung, juga memiliki risiko yang lebih besar untuk menderita *stroke*.

2. Kedua, faktor risiko yang dapat diubah:

a. *Hipertensi*.

Tekanan darah tinggi atau *hipertensi* adalah faktor risiko yang paling utama dan biasanya tanpa gejala spesifik serta tidak memiliki tanda-tanda awal. *Hipertensi* dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah maka timbulah perdarahan otak, dan apabila pembuluh darah otak menyempit maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian. Oleh sebab itu, pemeriksaan tekanan darah yang teratur penting dilakukan.

b. *Diabetes mellitus (DM)*.

Diabetes mellitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar karena adanya *gangguan metabolisme glukosa sistemik*. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran darah ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan *infark* sel-sel otak. Banyak penderita DM juga mengalami *hipertensi*, kadarkolesterol darah yang tinggi serta kelebihan berat badan. Hal ini memperbesar risiko penderita untuk terkena *stroke*.

c. Penyakit jantung

Berbagai penyakit jantung seperti penyakit jantung *rematik*, penyakit jantung *koroner* dengan *infark* otot jantung, dan gangguan irama denyut jantung merupakan faktor risiko *stroke* yang cukup potensial. Faktor risiko ini pada umumnya akan menimbulkan hambatan atau sumbatan aliran darah ke otak karena jantung melepas gumpalan darah atau sel-sel atau jaringan yang telah mati ke dalam aliran darah. Peristiwa ini disebut *emboli*. *Emboli* dari jantung merupakan penyebab *stroke* sebesar 15-20%.

d. Serangan *Iskemik* sepiintas (*Transient Ischemic Attack*)

Serangan *iskemik* sepiintas ini dapat terjadi beberapa kali dalam 24 jam, atau terjadi berkali-kali dalam satu minggu. Gejala yang muncul dapat bervariasi, bergantung pada daerah otak yang terganggu aliran darahnya, dapat bersifat tunggal ataupun kombinasi. Makin sering seseorang mengalami serangan *iskemik* sepiintas ini maka kemungkinan untuk mengalami *stroke* makin besar. Risiko ancaman terkena *stroke* ulangan setelah serangan *iskemik* sepiintas pada bulan pertama sebesar 4-8%, dalam tahun pertama 12-13%, risiko dalam 5 tahun sebesar 24-29%.

e. *Hiperkolesterolemia*.

Meningginya kadar kolesterol dalam darah, terutama *Low Density Lipoprotein* (LDL), merupakan faktor risiko penting untuk terjadinya *aterosklerosis* (menebalnya dinding pembuluh darah yang kemudian diikuti penurunan elastisitas pembuluh darah).

Peningkatan kadar *LDL* dan penurunan kadar *HDL* (*High Density Lipoprotein*) merupakan faktor risiko untuk terjadinya penyakit jantung koroner, dan penyakit jantung seperti ini merupakan faktor risiko *stroke*. Kadar kolesterol total yang > 220 mg/dl memngkatkan risiko *stroke* antara 1,31 sampai 2,9 kali.

f. Merokok.

Nikotin dan karbon monoksida yang terdapat pada rokok selain dapat menurunkan kadar oksigen dalam darah, juga dapat merusak dinding pembuluh darah, serta memacu terjadinya penggumpalan darah. Risiko *stroke* memngkat 2-3 kali pada perokok.

g. Aktivitas fisik yang kurang serta obesitas.

Kurangnya aktivitas fisik, obesitas, ataupun keduanya dapat meningkatkan risiko seseorang untuk mengalami *hipertensi*, *hiperkolesterolemia*, *diabetes mellitus*, penyakit jantung dan *stroke*. Oleh karena itu, aktivitas fisik hendaknya selalu dilakukan secara rutin, minimal selama 30 menit setiap harinya.

h. Alkohol

Meminum rata-rata lebih dari satu gelas minuman beralkohol setiap harinya bagi perempuan ataupun lebih dari dua gelas minuman beralkohol bagi laki-laki dapat meningkatkan tekanan darah dan memperbesar risiko terkena *stroke*.

2.15 Patofisiologi *Stroke*

Otak sangat tergantung pada oksigen dan otak tidak mempunyai cadangan oksigen. Jika aliran darah ke otak terhambat karena trombus dan embolus, maka mulai terjadi kekurangan oksigen ke jaringan otak. Kekurangan oksigen selama 1 menit dapat mengarah pada gejala yang dapat pulih seperti kehilangan kesadaran. Jika kekurangan oksigen dalam waktu lama dapat menyebabkan *nekrosis mikroskopik neuron*. Area *nekrotik* kemudian disebut *infark*. Kekurangan oksigen pada awalnya mungkin akibat dari bekuan darah, udara, *plaque*, *ateroma fragmen* lemak. Jika etiologi *stroke* adalah *hemoragik* maka faktor pencetusnya adalah *hipertensi*. Abnormalitas vaskuler, *aneurisma* serabut dapat terjadi *ruptur* dan dapat menyebabkan *hemoragik*.

Ada peluang dominan *stroke* akan meluas setelah serangan pertama hingga dapat terjadi *edema serebral* dan peningkatan tekanan darah *intrakranial* dan kematian pada area yang luas. *Prognosis* tergantung pada daerah otak dan luasnya yang terkena. Gangguan aliran darah ke otak dapat terjadi dimana saja didalam arteri dan membentuk sirkulasi *arteri karotis interna* dan sistem *vertebrobasilar* dan semua cabang – cabangnya. Jika aliran darah ke otak terputus selama 10 sampai 20 menit maka akan terjadi kematian jaringan.

Proses patologik yang mendasari mungkin dari berbagai proses yang terjadi didalam pembuluh darah yang memperdarahi otak. Patologinya dapat berupa :

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

2.1.6 Manifestasi Klinik *Stroke*

Manifestasi klinis *stroke* menurut Haryono & Utami (2019) meliputi :

1. Gangguan bicara
Pasien *stroke* biasanya mengalami kesulitan untuk mengucapkan kata - kata dan kesulitan memahami ucapan.
2. Kelumpuhan atau kelemahan anggota gerak
Kelumpuhan atau mati rasa pada wajah, lengan, atau kaki. Pada pasien *stroke* biasanya mengalami mati rasa tiba – tiba, kelemahan atau kelumpuhan diwajah, lengan atau kaki. Biasanya terjadi di satu sisi bagian tubuh.
3. Gangguan penglihatan
Kesulitan melihat dalam satu atau kedua mata. Penderita *stroke* akan mengalami gangguan penglihatan, seperti pandangan kabur atau hitam di satu atau kedua mata.

4. Nyeri kepala

Nyeri kepala yang tiba – tiba dan parah, yang mungkin disertai muntah, pusing, atau penurunan kesadaran, kemungkinan menunjukkan seseorang mengalami gejala *stroke*.

5. Kesulitan berjalan

Penderita *stroke* kemungkinan tersandung atau mengalami pusing mendadak, kehilangan keseimbangan, atau kehilangan koordinasi.

National Stroke Association dalam Vivi (2019) merekomendasikan metode *FAST* untuk membantu mengidentifikasi tanda dan gejala *stroke*

1. F (*face/wajah*) saat tersenyum, apakah satu sisi wajah turun kebawah (senyum mencong) / ada rasa baal disekitar mulut?
2. A (*Arms/lengan*) bila mengakat kedua lengan, apakah satu lengan terkulai lemas jatuh kebawah?
3. S (*speech/bicara*) apakah ucapan tidak jelas, suara, apakah ada pelo/parau/cadel/sengau perubahan dari volume suara, apakah sulit untuk bicara.
4. T (*Time/waktu*) jika mengalami gejala ini segera pergi kerumah sakit terdekat, hal ini diperlukan agar dapat menerima perawatan diunit *stroke* rumah sakit dalam waktu 3 jam sejak kedatangan.

Gejala tambahan yang sesuai dengan deskripsi *FAST* meliputi : kebingungan tiba-tiba, seperti kesulitan memahami apa yang seseorang katakan, kesulitan berjalan, pusing tiba-tiba, atau kehilangan keseimbangan, sakit kepala mendadak dan parah yang tidak diketahui penyebabnya, mual dan muntah, kesulitan melihat dari salah satu atau kedua mata, penglihatan kabur, ganda

atau kehilangan penglihatan, kesadaran menurun/ hilang kesadaran, sakit saat menggerakkan mata, kelemahan yang mungkin memengaruhi salah satu anggota gerak, setengah bagian dari tubuh, atau keempat anggota gerak (lengan dan kaki).

2.1.7 Pemeriksaan penunjang

Menurut Haryono & Utami (2019) untuk menentukan perawatan yang paling tepat untuk pasien *stroke*, serta evaluasi jenis *stroke* yang dialami pasien dimana area otak yang terkena, maka harus dilakukan pemeriksaan diantaranya :

1. *Angiografi cerebral*

Menentukan penyebab *STROKE* secara spesifik seperti perdarahan *arteriovena* atau *obstruksi arteri* dan mencari sumber perdarahan seperti *aneurisma* atau *malformasi vaskuler*.

2. *Single photon emission computed tomography (SPECT)*

Untuk mendeteksi luas dan daerah abnormal dari otak, yang juga mendeteksi, melokalisasi, dan mengukur *STROKE* (sebelum nampak oleh pemindaian *CT*).

3. *CT Scan*

Pemeriksaan ini digunakan untuk membedakan *infark* dengan perdarahan dan memperlihatkan secara spesifik letak *edema*, posisi *hematoma*, adanya jaringan otak yang *infark* atau *iskemia* dan posisi secara pasti

4. *Scan Resonansi Magnetik (MRI)*

MRI menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan

besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami *lesi* dan *infark* digunakan untuk mendeteksi jaringan otak yang rusak oleh perdarahan otak.

5. *USG Karotis*

Tes ini untuk menunjukkan penumpukan deposit lemak (*plak*) dan aliran darah *diarteri karotid*.

6. *Ekokardiografi*

Pemeriksaan ini dilakukan untuk menemukan sumber gumpalan di jantung yang mungkin telah berpindah dari jantung ke otak dan menyebabkan *stroke*.

7. Pemeriksaan laboratorium

- a. *Lumbal fungsi*: pemeriksaan *likuor* merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang *massif*, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna *likuor* masih normal (*xantokhrom*) sewaktu hari-hari pertama.
- b. Pemeriksaan darah rutin (*glukosa, elektrolit, ureum, kreatinin*)
- c. Pemeriksaan kimia darah: pada *STROKE* akut dapat terjadi *hiperglikemia*.
- d. Gula darah dapat mencapai 250 mg di dalam serum dan kemudian berangur-angsur turun kembali.
- e. Pemeriksaan darah lengkap untuk mencari kelainan pada darah itu sendiri (Muttaqin, 2011)

2.1.8 Penatalaksanaan *Stroke*

Penatalaksanaan *stroke* menurut Wijaya & Putri (2013), meliputi :

1. Penatalaksanaan umum

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

2. Penatalaksanaan medis

- a. *Trombolitik (streptokinase)*.
- b. *Anti trombolitik (asetosol, ticlopidin, cilostazol, dipyridamol)*.
- c. *Antikoagulan (heparin)*.
- d. *Hemorhagea (pentoxifylin)*.
- e. *Antagonis serotonin (nifedipin)*.
- f. *Antagonis calcium (nifedipin, piracetam)*.

3. Penatalaksanaan Khusus/komplikasi

- a. Atasi kejang (*antikonvulsan*).
- b. Atasi *intrakranial* yang meninggi (*manitol, gliserol, furosemid, intubasi, steroid*).
- c. Atasi dekompresi (*kraniotomi*).
- d. Untuk penatalaksanaan faktor resiko :
 - 1) Atasi *hipertensi*
 - 2) Atasi *hiperglikemia*
 - 3) Atasi *hiperurisemia*

2.2 Konsep Defisit Perawatan Diri

2.2.1 Pengertian Defisit Perawatan Diri

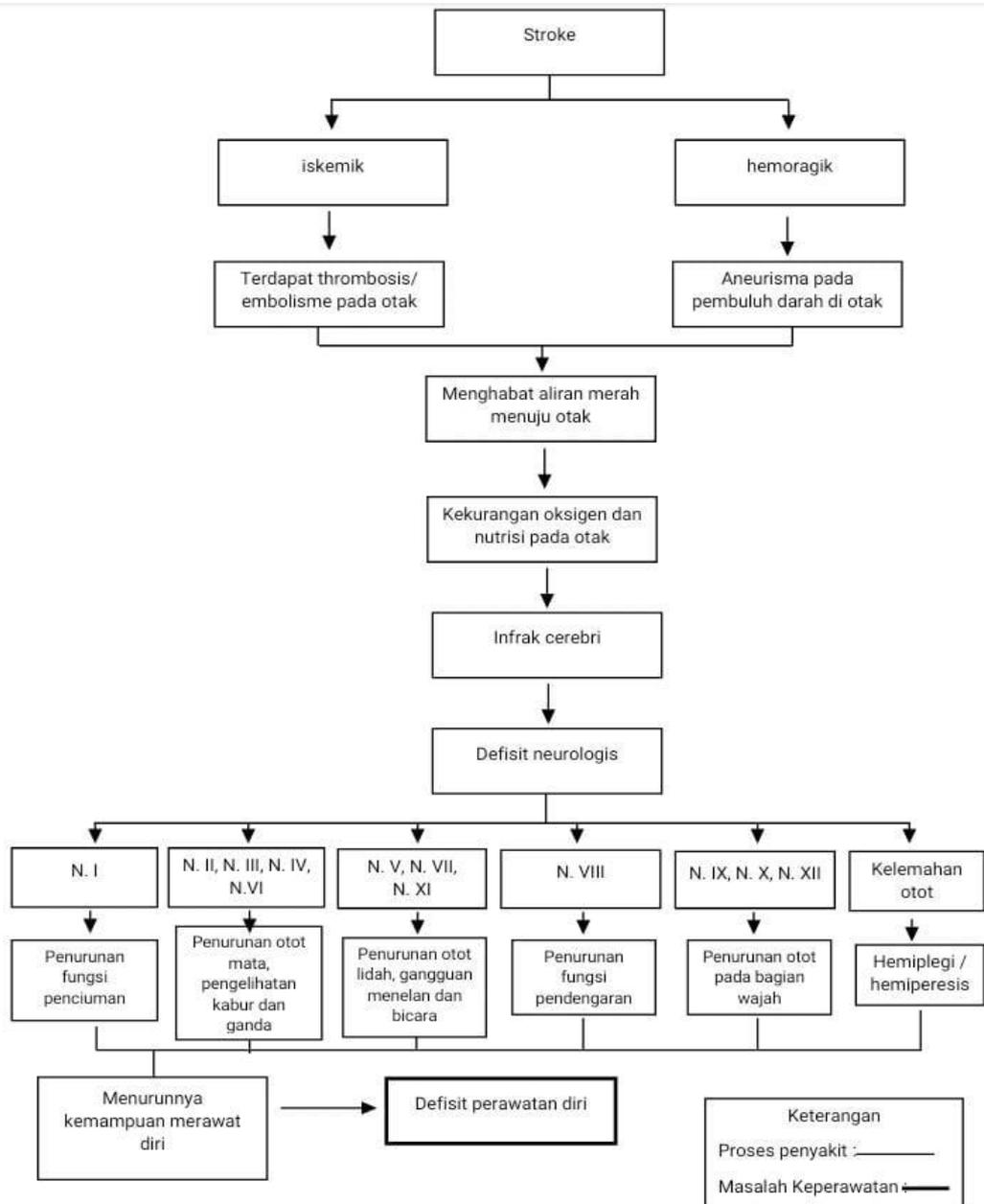
Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, *toileting* dan berhias (PPNI, 2016).

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan seseorang mengalami kelainan dalam kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas kehidupan sehari-hari secara mandiri. Ketidakmampuan atau keinginan untuk mandi secara teratur, tidak menyisir rambut, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi (Yusuf, 2015).

2.2.2 Pathway

Menurut Asri (2022) proses terjadinya *Stroke* dengan masalah defisit perawatan diri adalah :

Bagan 2.1 Pathway stroke dengan masalah defisit perawatan diri (Asri, 2022)



2.2.3 Etiologi Defisit Perawatan Diri

Menurut Tarwoto dan Wartonah dalam Azizah (2016) penyebab kurang perawatan diri adalah sebagai berikut:

1. Faktor prediposisi
 - a. Perkembangan Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.
 - b. Biologis Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
 - c. Kemampuan realitas turun menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
 - d. Sosial Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

2. Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan *kognisi* atau *perceptual*, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Faktor – faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* adalah:

a. *Body Image*

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

b. Praktik Sosial

Pada anak – anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola *personal hygiene*.

c. Status Sosial Ekonomi

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

d. Pengetahuan

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

e. Budaya

Di sebagian masyarakat jika individu sakit tertentu tidak boleh dimandikan.

f. Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain – lain.

g. Kondisi fisik atau psikis

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

2.2.4 Tanda Dan Gejala Defisit Perawatan Diri

Tanda dan gejala Defisit Perawatan Diri menurut SDKI,2016 adalah:

1. Subjektif
 - a. Menolak melakukan perawatan diri
2. Objektif
 - a. Tidak mampu mandi / mengenakan pakaian / makanan / ke toilet / berhias secara mandiri
 - b. Minat melakukan perawatan diri kurang

Menurut Purba (2011) untuk mengetahui apakah pasien mengalami masalah kurang perawatan diri bisa dilihat dari tanda dan gejala sebagai berikut :

1. Defisit perawatan diri mandi : ketidakmampuan untuk mandi, ditandai dengan rambut kotor, gigi kotor, kulit berdaki dan berbau, kuku panjang dan kotor.
2. Defisit perawatan diri berhias/berdandan : Ketidakmampuan berhias/berdandan, ditandai dengan rambut acak – acakan, pakaian kotor dan tidak rapi, pada pasien laki – laki tidak bercukur dan pada pasien wanita tidak berdandan.
3. Defisit perawatan diri makan/minum : Ketidakmampuan makan secara mandiri, ditandai dengan ketidakmampuan mengambil makanan sendiri, makan berceceran dan makan tidak pada tempatnya.
4. Defisit perawatan diri toileting : Ketidakmampuan BAK/BAB secara mandiri ditandai dengan BAB/BAK tidak pada tempatnya, tidak mampu membersihkan diri dengan baik setelah BAK/BAB

2.2.5 Jenis- Jenis Defisit Perawatan Diri

Menurut Yusuf (2015) terdapat beberapa jenis defisit perawatan diri sebagai berikut :

1. Kebersihan diri

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

2. Berdandan atau berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menysisir rambut, atau mencukur kumis.

3. Makan

Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.

4. Toileting

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan

2.2.6 Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene* adalah (Azizah,2016) :

1. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya kebersihan perorangan dengan baik, gangguan fisik yang sering terjadi adalah: Gangguan integritas kulit, gangguan membran mukosa mulut, infeksi pada mata dan telinga dan gangguan pada kuku.

2. 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.

2.2.7 Pemeriksaan *Activity daily living* menggunakan indeks Barthel

Indeks Barthel dapat digunakan sebagai kriteria dalam menilai kemampuan fungsional bagi klien yang mengalami gangguan keseimbangan, terutama pada klien pasca *Stroke*. Pada klien *Stroke* sering terjadi penurunan *ADL*, oleh karena itu pola pengukuran *ADL* pada klien dengan *Stroke* berperan penting (Ari,2020).

tabel 2.1 tabel Indeks Barthel (Ari,2020)

No	Fungsi	Skor	Keterangan	Nilai skor
1	Mengendalikan rangsangan tinja	0	Tidak terkendali / tak teratur (perlu pencahar)	
		1	Kadang-kadang terkendali (1x seminggu)	
		2	Teratur	
2	Mengendalikan rangsangan kemih	0	Tidak terkendali / pakai kateter	
		1	Kadang-kadang terkendali (hanya 1x/24 jam)	
		2	Mandiri	
3	Membersihkan diri (seka muka, sisir rambut, gosok gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	
		1	Mandiri	
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan dan memakai celana)	0	Bergantung pertolongan orang lain	
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan	
		2	Mandiri	
5	Makan	0	Tidak mampu	

		1	Perlu pertolongan memotong makanan	
		2	Mandiri	
6	Berjalan / pindah	0	Tidak mampu	
		1	Bisa (pindah) dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
7	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	
		1	Perlu banyak bantuan untuk duduk	
		2	Bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8	Memakai baju	0	Tergantung orang lain	
		1	Sebagian di bantu (misal mengancingkan baju)	
		2	Mandiri	
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	
		1	Butuh bantuan orang lain	
		2	Mandiri	
10	Mandi	0	Tergantung orang lain	
		1	Mandiri	

Keterangan skor	
20	Mandiri
12-19	Ketergantungan ringan
9-11	Ketergantungan sedang
5-8	Ketergantungan berat
0-4	Ketergantungan total

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

- a. Pasien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis.

- b. Penanggungjawab meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat.

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang dirasakan mengenai masalah atau penyakit yang mendorong penderita untuk pemeriksaan diri. Pada penderita *stroke* keluhan yang didapatkan adalah gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kelemahan *reflek*, kejang, mual muntah, *hipertensi*, gangguan kesadaran .

b. Riwayat Penyakit Sekarang

Riwayat penyakit sekarang adalah perjalanan penyakit yang dialami pasien saat ini. Biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, kelemahan pada anggota gerak, pelo atau bahkan tidak dapat berbicara.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu adalah keluhan apakah dulu pasien pernah mengalami penyakit sebelumnya. Menanyakan apakah pasien mempunyai riwayat *hipertensi*, *DM*, penyakit jantung, penggunaan *kontrasepsi oral* .

- d. Riwayat Penyakit Keluarga Riwayat kesehatan keluarga adalah penyakit yang disebabkan oleh keturunan atau gen. Seperti *hipertensi*, *DM* atau penyakit jantung.

3. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola nutrisi cairan dan metabolisme

Pada pasien *stroke* terkadang mengalami mual dan muntah, kesulitan menelan, nafsu makan menurun pada fase akut.

b. Pola istirahat dan tidur

Biasanya pasien mengalami kesukaran untuk istirahat dan juga sulit tidur karena kejang otot/nyeri otot.

c. Pola aktivitas

Pada pasien *stroke* terkadang mengalami/merasa lemas, pusing, kelelahan, kelemahan otot dan kesadaran menurun.

d. Pola eliminasi

Biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus.

e. Pola seksualitas/reproduksi

Pada pasien *stroke* terjadi penurunan gairah seksual akibat beberapa pengobatan *stroke*, seperti obat anti kejang, anti *hipertensi*, antagonis histamin.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Kesadaran

Umumnya pasien penderita *stroke* mengalami penurunan kesadaran. Tingkat kesadaran pasien adalah samnolen dengan GCS 10 – 12 pada awal terserang *stroke*

b. Tanda – Tanda Vital

- 1) Tekanan darah pada pasien *stroke* yang memiliki riwayat *hipertensi* yaitu sistole >140 dan diastole >80.
- 2) Nadi biasanya normal.
- 3) Pernafasan, pasien *stroke* biasanya mengalami gangguan pada bersihan jalan nafas.
- 4) Suhu pada pasien *stroke* biasanya normal.

c. Rambut

Pada pasien *stroke* biasanya kebersihan kulit kepala tidak terawat, ketombe dan penyebaran rambut tidak rata.

d. Wajah

Pada penderita *stroke* wajah akan mengalami nyeri satu sisi, wajah terlihat miring dan pucat.

e. Mata

Biasanya pada pasien *stroke* konjungtiva tidak *anemis*, sklera tidak *ikterik*, pupil *isokor*, kelopak mata tidak terdapat *edema*.

f. Hidung

Pada pasien *stroke* biasanya hidung simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen dan tidak ada pernafasan cuping hidung.

g. Mulut dan faring

Pasien *stroke* biasanya mengalami masalah pada bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering dan peradangan pada gusi.

h. Telinga

Pada pasien *stroke* biasanya bentuk daun telinga simetris dan sejajar, pendengaran berkurang.

i. Leher

Pada pasien *stroke* biasanya mengalami gangguan menelan dan kaji apakah ada pembesaran tiroid ada atau tidak.

j. Thorak

1) Paru – paru

- a) Inspeksi : biasanya simetris kanan dan kiri
- b) Palpasi : biasanya vocal *fremitus* kanan dan kiri
- c) Perkusi : biasanya bunyi normal (*sonor*)
- d) Auskultasi : biasanya suara nafas *ronchi*

2) Jantung

- a) Inspeksi : biasanya *ictus cordis* tidak terlihat
- b) Palpasi : biasanya *ictus cordis* teraba
- c) Perkusi : biasanya batas jantung normal
- d) Auskultasi : biasanya suara *vesikuler*

k. Abdomen

- 1) Inspeksi : biasanya bentuk simetris
- 2) Auskultasi : penurunan peristaltik usus akibat *bed rest* yang lama, terkadang perut terasa kembung
- 3) Palpasi : biasanya tidak ada pembesaran hepar
- 4) Perkusi : biasanya terdapat suara timpani

l. Ekstremitas

Pada klien *stroke* sering terjadi *hemiplegi* (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan, *hemiparesis* atau kelemahan salah satu sisi tubuh maupun seluruhnya (Mutaqin, 2011). Pengukuran kekuatan otot menurut Mutaqin (2011) adalah :

- 1) Nilai 0 : Bila tidak terlihat kontraksi sama sekali
- 2) Nilai 1 : Bila terlihat kontraksi tetapi tidak ada gerakan pada sendi
- 3) Nilai 2 ; Bila ada gerakan pada sendi tetapi tidak bisa melawan gravitasi
- 4) Nilai 3 : Bila dapat melawan gravitasi tetapi tidak dapat melawan tekanan pemeriksa
- 5) Nilai 4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksa tetapi kekuatannya berkurang
- 6) Nilai 5 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksa dengan kekuatan penuh
Palpasi : Periksa adanya edema atau tidak pada extremitas atas dan bawah

m. Neurologis

- 1) Nervus I (*Olfactorius*) biasanya pada pasien *stroke* tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- 2) Nervus II (*Optikus*) biasanya pasien tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaiannya.

- 3) Nervus III (*Okulomotorius*) gerakan mata, kontriksi pupil akomodasi.
- 4) Nervus IV (*Toklearis*) biasanya pasien dapat melihat mengikut arah tangan perawat.
- 5) Nervus V (*Trigeminus*) biasanya pasien dapat menyebut lokasi rangsangan nyeri.
- 6) Nervus VI (*Abdusen*) biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.
- 7) Nervus VII (*Facialis*) pada pasien *stroke* saat menggembungkan pipi terlihat tidak simetris kanan dan kiri tergantung lokasi kelemahan
- 8) Nervus VIII (*Auditori*) biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan benda sekitar tetapi tergantung dengan lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengarkan jika suara jelas dan artikulasi jelas.
- 9) Nervus IX (*Glosofaringeus*) pada pasien *stroke* biasanya ovula terangkat simetris, mencong kearah bagian tubuh yang lemah.
- 10) Nervus X (*Vagus*) pada pasien *stroke* biasanya mengalami gangguan menelan.
- 11) Nervus XI (*Assesorius*) pada pasien *stroke* biasanya tidak kuat saat diperintahkan untuk mengangkat bahu.
- 12) Nervus XII (*Hipoglosus*) ada pasien *stroke* biasanya dapat menjulurkan lidah dan dapat diarahkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat berbicara.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut Murtiningsih (2019) salah satu diagnose yang bisa di ambil pada pasien *stroke* adalah defisit perawatan diri b.d kelemahan.

Faktor- faktor yang berhubungan menurut SDKI (2016) :

1. Kelemahan
2. Gangguan psikologis dan atau psikotik
3. Penurunan minat atau motivasi
4. Gangguan *neuromuskuler*
5. Gangguan *muskuloskeletal*

Batasan karakteristik defisit perawatan diri adalah :

1. Ketidakmampuan melakukan *hygiene* eliminasi yang tepat
2. Ketidakmampuan makan secara mandiri
3. Ketidakmampuan untuk menggunakan / melepas pakaian
4. Ketidakmampuan untuk berhias secara mandiri
5. Ketidakmampuan melakukan mandi secara mandiri

2.3.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri SIKI (2016) adalah

tabel 2.2 rencana keperawatan (SIKI, 2016)

Perencanaan		Intervensi
Tujuan	Kriteria hasil	
Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan kemampuan melakukan aktivitas perawatan diri	1. Klien dapat melakukan kebersihan diri secara mandiri	OBSERVASI 1. Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan Prinsip merupakan dasar um Komunikasi Terapeutik. 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Monitor kebersihan tubuh 4. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia (SIKI, 2016) TERAPEUTIK 5. Sediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 6. Dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Buka pakaian untuk memudahkan perawatan bersihan diri (jika perlu) 8. Jaga privasi pasien 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan 10. Fasilitasi pasien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 11. Jadwalkan rutinitas perawatan diri (SIKI, 2016) EDUKASI 12. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai anjuran (SIKI, 2016)
	2. Klien dapat melakukan berhias/berdandan secara baik	
	3. Klien dapat melakukan makan dengan baik	
	4. Klien dapat melakukan BAB/BAK secara mandiri	
	5. Klien berusaha untuk memelihara kebersihan diri seperti mandi pakai sabun dan disiram pakai air sampai bersih, mengganti pakaian bersih sehari-hari, dan merapikan penampilan (siki,2016)	

2.3.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan asuhan keperawatan yang telah disusun. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien, sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, menerapkan etika keperawatan serta mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien (Nursalam, 2013)

2.3.5 Evaluasi Keperawatan

Jenis evaluasi yang digunakan adalah evaluasi berjalan/formatif dengan memakai format SOAP yaitu :

1. S : Data Subyektif Adalah perkembangan keadaan yang didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan dan dikemukakan pasien.
2. O : Data Obyektif Adalah perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.
3. A : Analisis Adalah penelitian dari kedua jenis data (baik subyektif maupun obyektif) apakah berkembang ke arah perbaikan atau kemunduran.
4. P : Perencanaan Adalah rencana penanganan pasien yang didasarkan pada hasil analisis diatas yang berisi melanjutkan perencanaan sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi (Ambarwati, 2021).

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif dengan pendekatan melalui studi kasus. Studi kasus pada penelitian ini bertujuan mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang

3.2 Batasan Istilah

Asuhan keperawatan pada pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang tanpa membedakan usia dan jenis kelamin. Dengan kriteria :

1. Pasien di diagnosa *stroke* dan diagnosa medis lainnya.
2. Pasien dengan kesadaran *composmentis*
3. Pasien dengan nilai ketergantungan menurut *bathel indeks* adalah ketergantungan ringan-berat dengan skor (8-12).
4. Pasien dengan penurunan kekuatan otot 4-0
5. Pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan *ADL* nya secara mandiri
6. Klien bersedia menjadi partisipan

3.3 Partisipan

Pada penelitian ini yang menjadi responden yaitu 2 pasien *stroke Trombosis* yaitu Ny. P, 81 tahun, dan Ny. L, 70 tahun dengan masalah defisit perawatan diri yang di rawat di unit stroke 1 dan 2 Rumah Sakit Panti Waluya Malang.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus dilakukan pada klien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri di ruang unit stroke Rumah Sakit Panti Waluya Malang pada bulan Maret dan Mei 2022. pada klien 1 dilakukan penelitian di ruang unit stroke 2 pada tanggal 11 Maret 2022 - 14 Maret 2022 pukul 17.00 WIB dan pada klien 2 dilakukan di ruang unit stroke 1 pada tanggal 24 Mei 2022 - 27 Mei 2022.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada pasien *stroke* dengan masalah defisit perawatan diri pada penelitian ini menggunakan data sekunder yaitu melalui pembimbing klinik di ruangan. Adapun teknik pengumpulan data dilakukan sebagai berikut :

1. Wawancara

Wawancara dilakukan oleh kedua belah pihak dan beberapa pihak yaitu pewawancara dalam hal ini pembimbing klinik penulis dan terwawancara. Sumber yang di dapatkan dari data sekunder yaitu pasien dan perawat

2. Observasi perilaku

teknik pengumpulan data yang dilakukan melalui sesuatu pengamatan, dengan disertai pencatatan-pencatatan terhadap keadaan atau perilaku klien selama di lakukan tindakan asuhan keperawatan.

3. Studi Dokumen

Pengambilan data juga dapat di lakukan dengan meninjau kembali dokumen yang berkaitan dengan kondisi klien saat di lakukan penelitian.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dilakukan dengan cara berikut :

1. Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan
2. Sumber informasi tambahan dari pasien, perawat dan keluarga yang berkaitan dengan masalah yang di teliti

3.7 Analisa Data

1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui hasil wawancara, observasi, dokumentasi. Kemudian hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur)

2. Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dalam bentuk table, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijamin dengan jalan identitas pasien dibuat inisial

3. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan nilai-nilai penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku

kesehatan. Penarikan kesimpulan yang dilakukan dengan cara metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi

3.8 Etika Penulisan

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. Persetujuan menjadi pasien (*Informed Consent*)

Penulis memberi lembar persetujuan kepada responden yang bertujuan untuk mendapatkan persetujuan pasien yang akan diteliti. Kemudian menjelaskan tentang manfaat penelitian yang akan dilakukan

2. Tanpa nama (*Anonymity*)

Peneliti tidak mencantumkan nama responden dan hanya mencantumkan inisial saja untuk menjaga kerahasiaan

3. Kerahasiaan (*Confidentially*)

Pada penelitian ini, penulis menjaga segala privasi yang berhubungan dengan pasien dan hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini, penulis menjelaskan tentang hasil dan pembahasan dari asuhan keperawatan pada klien yang mengalami stroke dengan masalah Defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang.

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Pada penelitian ini lokasi studi kasus dilakukan pada ruang unit stroke 1 dan 2. unit stroke merupakan salah satu fasilitas di Rumah Sakit Panti Waluya Malang rumah sakit yang menyediakan suatu model perawatan khusus bagi pasien *stroke* dengan pendekatan *terapi komprehensif*, terantau yang meliputi terapi *hiperakut*, akut, subakut/ *neurorestorasi*. Fasilitas perawatan *stroke komprehensif* dengan penekanan utama terhadap pemantauan yang ketat pada tanda- tanda vital, dan pengendalian faktor risiko. Unit stroke terletak di depan ruangan st. Maria Paviliun.

4.1.2 Karakteristik Partisipan

Tabel 4.1 Identitas Klien

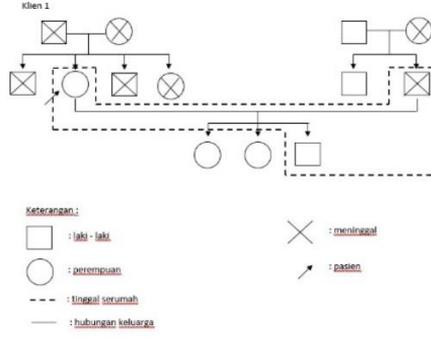
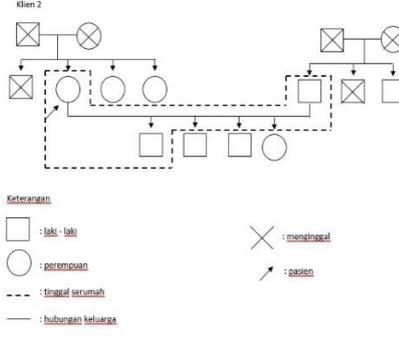
Identitas Klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Ny. P	Ny. L
Umur	81 tahun	70 tahun
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Suku bangsa	Jawa, Indonesia	Jawa, Indonesia
Agama	Katholik	Katolik
Pendidikan	SLA	SLA
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Alamat	Malang	Malang
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Diagnosa medis	<i>Stroke Trombosis</i>	<i>Stroke Trombosis</i>
Tanggal masuk	11 Maret 2022	24 Mei 2022

Jam masuk	11.39 WIB	09.59 WIB
Tanggal pengkajian	11 Maret 2022	24 Mei 2022
Jam pengkajian	15.10 WIB	13.50 WIB
No RM	131xxx	104xxx

4.1.3 Status Kesehatan dan Riwayat Kesehatan

Tabel 4.2 Status Kesehatan dan Riwayat Kesehatan

	Klien 1	Klien 2												
Keluhan Utama	Klien mengatakan badannya lemas sisi tubuh bagian kiri	Klien mengatakan pandangan matanya menjadi ganda												
Riwayat Penyakit Sekarang	<p>Klien mengatakan pada tanggal 10 Maret 2022 badannya terasa lemah sisi tubuh sebelah kiri lebih berat untuk menggerakkan lengan dan tungkai kaki lalu pada sore harinya klien terpeleset di kamar mandi, sudah di periksakan ke dokter tidak ada keluhan nyeri kepala atau pusing. pada tanggal 11 Maret 2022 klien di bawa ke IGD menggunakan ambulans pada jam 11.00 WIB saat di ambulans klien terlihat kesakitan, klien mengatakan nyeri pada ekstremitas bagian kiri, dengan skala nyeri 6, nyeri seperti tertimpa benda berat dan sulit di gerakkan hasil TTV : TD : 160/110mmHg, N: 78x/menit, RR: 20x/menit, S : 36,8x/menit, Saturasi : 98%</p> <p>Saat di IGD RS Panti Waluya Malang, dilakukan pemeriksaan dan didapatkan hasil TTV TD: 170/90 mmHg, N: 84x/menit, S : 36,3°C, Saturasi 98%, GDA : 299 mg/dL, GCS 4-5-6, kesadaran <i>composmentis</i>, lidah jatuh ke kiri</p> <p>Pemeriksaan thoraks</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">- -</td> <td style="text-align: center;">- -</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">+ +</td> <td style="text-align: center;">- -</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">+ +</td> <td style="text-align: center;">- -</td> </tr> </table> <p>Ronchi Whezing</p> <p>Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">kanan</td> <td style="text-align: center;">kiri</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5 3</td> <td style="text-align: center;">4 3</td> </tr> </table> <p>Kemudian Dokter menyarankan untuk rawat inap, karena klien membutuhkan perawatan lebih lanjut. Atas persetujuan keluarga, klien dipindahkan ke ruangan Unit Stoke 2 pukul 13.30 WIB, di ruangan dilakukan pemeriksaan dan didapat hasil</p>	- -	- -	+ +	- -	+ +	- -	kanan	kiri	5 3	4 3	<p>Klien mengatakan pada tanggal 20 Mei 2022 klien mengeluhkan pandangan matanya menjadi ganda dan badan terasa lemas terutama pada bagian tubuh sebelah kanan. Kemudian pada tanggal 21 Mei 2022 klien pergi periksa ke dokter mata dan di sarankan untuk melakukan pemeriksaan ke dokter saraf. Tanggal 24 Mei 2022 klien pukul 09.59 WIB klien periksa ke Poli RS Panti Waluya Malang. Kemudian Dokter menyarankan untuk rawat inap, karena klien membutuhkan perawatan lebih lanjut terkait kondisi klien.</p> <p>Atas persetujuan keluarga, klien dipindahkan ke ruangan Unit Stroke 1 pukul 11.00 Diruangan dilakukan pemeriksaan dan didapat hasil pemeriksaan: kesadaran <i>composmentis</i>, GCS: 456, , mulut perot (-), bicara pelo (-), nyeri (-), kesemutan (-), kekuatan otot:</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">3 5</td> <td style="text-align: center;">3 5</td> </tr> </table> <p>TTV:TD:156/98mmHg, Nadi:123x/mnt,Suhu:36,2C, RR:23x/mnt,SpO2:98%.</p> <p>Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut, dokter menyarankan dilakukan <i>CT-Scan</i> kepala.. Kemudian klien diberikan terapi infus Nacl 0,9%.</p> <p>Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 24 Mei 2022 pukul 13.50 WIB. Klien mengatakan pengelihatannya masih ganda, <i>ADL</i> klien dibantu keseluruhan oleh</p>	3 5	3 5
- -	- -													
+ +	- -													
+ +	- -													
kanan	kiri													
5 3	4 3													
3 5	3 5													

	<p>pemeriksaan: kesadaran <i>composmentis</i> , GCS: 456, kekuatan otot: kanan kiri</p> $\begin{array}{c c} 5 & 3 \\ \hline 4 & 3 \end{array}$ <p>TTV:TD:180/100mmHg,Nadi:87x/mnt, Suhu:37,3 C, RR:20x/mnt, SpO2:98%. GDA : 280 mg/dL Untuk mengetahui keadaan klien lebih lanjut, dokter menyarankan dilakukan <i>CT-Scan</i> kepala, pemeriksaan laboratorium, EKG, Swab antigen,. terapi infus Nacl 0,9 % , O2 4 Lpm.</p> <p>Pada saat dilakukan pengkajian tanggal 11 Maret 2022 pukul 15.10 WIB. klien mengatakan masih merasa lemas terutama bagian tubuh sebelah kiri, <i>ADL</i> klien dibantu keseluruhan oleh keluarga dan perawat. Didapatkan hasil pemeriksaan: GCS:456, kesadaran <i>composmentis</i>, kekuatan otot: kanan kiri</p> $\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <p>TTV: TD:153/71 mmHg, Nadi:104x/mnt, Suhu:36,3C, RR:26x/mnt, Di dapatkan hasil pemeriksaan saraf: N VII: lidah jatuh ke kiri.</p>	<p>keluarga dan perawat. Didapatkan hasil pemeriksaan: GCS:456, kesadaran <i>composmentis</i>, bicara pelo (-), kekuatan otot: kanan kiri</p> $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ <p>TTV: TD:183/88 mmHg, Nadi:83x/mnt, Suhu:36C, RR:20x/mnt, SpO2:98%. Di dapatkan hasil pemeriksaan saraf: N II, III, IV & VI: Kelopak mata normal, diameter pupil 2mm isokor, reflek cahaya +/+, pandangan klien ganda dan kabur</p>
<p>Riwayat Penyakit Dahulu</p>	<p>Klien mengatakan sejak tahun 2011 klien menderita penyakit DM type 2 <i>on</i> <i>insuline</i> dan hipertensi</p>	<p>Klien mengatakan tahun 2013 dirinya terkena DM dan 2015 riwayat penyakit hipertensi.</p>
<p>Riwayat Penyakit Keluarga</p>	<p>Klien mengatakan dikeluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit menular dan penyakit keturunan.</p>	<p>Klien mengatakan dikeluarganya tidak mempunyai riwayat penyakit keluarga seperti Diabetes Militus dan Jantung</p>
<p>Genogra m</p>	<p>Klien 1</p>  <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ : laki - laki ○ : perempuan --- : tinggal serumah — : hubungan keluarga ⊗ : meninggal ↗ : pasien 	<p>Klien 2</p>  <p>Keterangan :</p> <ul style="list-style-type: none"> □ : laki - laki ○ : perempuan --- : tinggal serumah — : hubungan keluarga ⊗ : meninggal ↗ : pasien
<p>Riwayat Alergi</p>	<p>Klien mengatakan klien tidak mempunyai riwayat alergi baik terhadap makanan, minuman, maupun obat- obatan.</p>	<p>Klien mengatakan klien tidak mempunyai riwayat alergi makanan, minumam, maupun obat-obatan.</p>

4.1.4 Data Psikologis

Tabel 4.3 Data Konsep Diri

Konsep diri	Klien 1	Klien 2
Gambaran diri	Klien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya dan bersyukur karena masih dikaruniai anggota tubuh yang lengkap	Klien mengatakan suka dengan semua anggota tubuh dan dan bersyukur karena masih lengkap.
Harga diri	Klien mengatakan tidak malu dengan penyakit yang dideritanya saat ini dan menganggap ini cobaan dari Tuhan	Klien merasa senang karena diperlakukan dan dirawat dengan baik oleh tenaga medis
Identitas diri	Klien mengatakan berjenis kelamin perempuan, dan melakukan semua tindakan aktivitasnya sesuai dengan yang dilakukan perempuan	Klien bersyukur sebagai seorang perempuan dan penampilannya sesuai dengan identitas klien
Peran diri	Klien mengatakan berperan sebagai ibu rumah tangga	Klien mengatakan dalam keluarganya ia berperan sebagai ibu rumah tangga
Ideal diri	Klien mengatakan setelah mendapatkan perawatan dapat segera pulang dan berkumpul dengan keluarganya dan dapat melakukan aktivitas seperti biasanya	Klien mengatakan untuk segera bisa pulang dan bisa berkumpul kembali dengan keluarganya di rumah

4.1.5 Data Psikososial

Tabel 4.4 Data Psikososial

Konsep Diri	Klien 1	Klien 2
Hubungan social	Klien mengatakan memiliki hubungan social yang baik, terbukti klien selama dirawat di Rumah Sakit klien selalu ditemani anak-anak dan cucunya. Hubungan klien dengan perawat baik dan klien kooperatif saat dilakukan tindakan.	Klien mengatakan memiliki hubungan social yang baik, terbukti saat klien dirawat di Rumah Sakit klien dikunjungi oleh saudaranya, dan dijaga oleh anak-anaknya, saat saudaranya mengunjungi klien, saudara klien mengajak untuk berdoa bersama.
Spiritual	Klien mengatakan beragama katolik, klien mengatakan selama sakit selalu berdoa pada tuhan agar di beri kesembuhan.	Klien mengatakan beragama katolik, selama sakit klien selalu diajak untuk berdoa dengan saudara dan anak-anaknya.
Kecemasan	Klien mengatakan merasa cemas karena tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemah untuk digerakan	Klien mengatakan pasrah dengan sakit yang dialami dan takut jika tidak bisa pulih seperti sebelumnya

4.1.6 Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.5 Fungsi Kesehatan

Pola	Klien 1		Klien 2	
	Di Rumah	Di RS	Di Rumah	Di RS
Pola Nutrisi	Klien mengatakan makan tiga kali sehari. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, lauk, sayur, buah, klien tidak suka mengonsumsi makanan yang terlalu asin dan manis. Klien mengatakan dalam sehari minum 8 gelas air mineral (± 1.600 cc/h)	Pada saat dilakukan pengkajian klien makan 1 kali (mampu menghabiskan 1 porsi makan). klien mendapat terapi diet rendah gula dan garam. Klien juga mendapat terapi diet nasi Tim (1700 kkal).	Klien mengatakan makan tiga kali sehari. Jenis makanan yang dikonsumsi nasi, lauk, sayur, buah. klien diet dm dan mengurangi konsumsi karbohidrat dan garam. Klien mengatakan dalam sehari minum 7 gelas air mineral (± 1.400 cc/h).	Pada saat dilakukan pengkajian klien belum makan, klien mendapat terapi diet dm, diet karbohidrat dan garam
Pola Eliminasi	Klien mengatakan BAK $\pm 5-6$ kali /hari, warna urine kuning jernih. Klien mengatakan BAB 1 hari sekali, konsistensi lembek, bau khas BAB, warna kuning kecoklatan	Saat dilakukan pengkajian klien BAK menggunakan kateter pada jam 14.30 jumlah urin ± 300 cc/2,5 jam, warna kuning jernih. Selama perawatan di Rumah Sakit klien belum BAB.	Klien mengatakan frekuensi BAK ± 5 kali /hari, warna urine kuning. Klien mengatakan BAB 1 hari sekali, konsistensi lembek, bau khas BAB, warna kuning kecoklatan	Saat dilakukan pengkajian klien BAK menggunakan kateter jumlah urine ± 400 cc/h, warna urine kuning jernih. Selama perawatan di Rumah Sakit klien belum BAB .
Pola Istirahat Tidur	Klien mengatakan tidur selama 7 jam mulai dari jam 22.00 WIB sampai jam 05.00 WIB klien mengatakan tidur siang 2 jam dari jam 12.00 – 14.00 WIB .	Klien tidur siang selama 2 jam mulai dari jam 11.00 WIB sampai 13.00 WIB klien terbangun waktu makan, minum obat dan pada saat jam kunjung.	Klien mengatakan tidur selama 7 jam mulai dari jam 21.00 WIB sampai jam 04.00 WIB klien mengatakan jarang tidur siang karena klien tidak terbiasa untuk tidur siang.	Klien mengatakan tadi sempat tidur siang dari jam 11.00-12.30 WIB terbangun waktu makan, minum obat dan pada saat jam kunjung.
Pola Personal	Klien mengatakan di	Saat dilakukan pengkajian klien	Klien mengatakan di	Saat dilakukan pengkajian klien

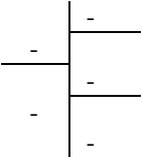
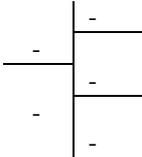
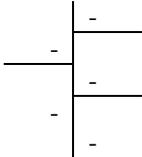
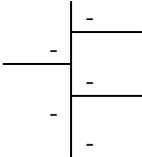
Hygiene	rumah mandi 2x sehari menggunakan sabun mandi menggosok gigi setiap mandi, keramas 3x dalam satu minggu menggunakan sampo	tampak tidak bisa mandi, BAB/BAK secara mandiri sehingga memerlukan bantuan perawat atau keluarga	rumah mandi 2x sehari menggunakan sabun mandi menggosok gigi setiap mandi, keramas 2x dalam satu minggu menggunakan sampo	tampak tidak bisa mandi, BAB/BAK secara mandiri sehingga memerlukan bantuan perawat atau keluarga
Pola Aktivitas	Kegiatan sehari-hari sebagai ibu rumah tangga. Sebelum sakit aktivitas klien mandiri tanpa bantuan orang lain.	Selama dirumah sakit Klien terlihat bedrest dan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan perawat dan keluarga selama perawatan.	klien berperan sebagai seorang ibu rumah tangga dan seorang nenek. Sebelum sakit aktivitas klien mandiri tanpa bantuan orang lain.	Klien <i>bedrest</i> aktivitasnya dilakukan di tempat tidur dan dibantu oleh perawat. Pada saat jam kunjung aktivitas klien dibantu oleh perawat dan keluarga klien tidak mampu memenuhi <i>ADL</i> secara mandiri, seperti BAB, BAK, makan, berpakaian.
<i>ADL</i> Dipenuhi Secara	Mandiri	Dibantu oleh keluarga dan perawat <i>bethel indeks 7</i> (ketergantungan berat)	Mandiri	Dibantu oleh keluarga dan perawat <i>bethel indeks 7</i> (ketergantungan berat)

4.1.7 Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.6 Pemeriksaan Fisik

Klien 1	Klien 2
Keadaan umum: lemah	Keadaan umum: cukup
Kesadaran : composmentis	Kesadaran : composmentis
GCS : E:4 V:5 M:6	GCS : E:4 V:5 M:6
Tanda-Tanda Vital : TD : 153/71 mmHg Nadi : 104x/menit RR : 26x/menit Suhu : 36,3°C SpO2 : 99% (terpasang O2 nasal canul 3 lpm)	Tanda-Tanda Vital : TD : 183/88 mmHg Nadi : 83x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36°C SpO2 : 98% (terpasang nasal canul O2 3 lpm)

<p>Pemeriksaan Fisik (<i>head to toe</i>) Kulit dan Kuku</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : Warna kulit sawo matang tidak tampak lesi - Palpasi : akral teraba hangat, kulit terasa lembab, turgor kulit kembali <2 detik, CRT kembali <2 detik 	<p>Pemeriksaan Fisik (<i>head to toe</i>) Kulit dan Kuku</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : Warna kulit kuning langsung, tidak tampak lesi - Palpasi : akral teraba hangat, kulit terasa lembab, turgor kulit kembali <2 detik, CRT kembali <2 detik
<p>Kepala</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : bentuk kepala normal chepal, warna rambut putih, persebaran warna rambut dan pertumbuhan rambut merata, kulit kepala bersih, tidak tampak massa. - Palpasi : saat di palpasi tidak teraba massa, tidak terdapat krepitasi tulang, klien tidak merasakan nyeri. 	<p>Kepala</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : bentuk kepala normal chepal, warna rambut hitam bercampur uban, persebaran warna rambut dan pertumbuhan rambut merata, kulit kepala tampak berketombe, tidak tampak massa. - Palpasi : saat di palpasi tidak teraba massa, tidak terdapat krepitasi tulang, tidak ada nyeri tekan
<p>Mata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : alis simetris persebaran pertumbuhan dan warna alis merata, tidak tampak kantong mata, mata terletak simetris, bola mata normal simetris kiri dan kanan dapat mengikuti 8 arah, pupil isokor berdiameter 2 mm, reflek cahaya +/+, warna konjungtiva anemis. - Palpasi : bola mata teraba kenyal dan melenting pada saat dilakukan palpasi, klien tidak mengeluh adanya nyeri - Fungsi : Klien mengatakan masih bisa melihat dengan jelas 	<p>Mata</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : alis simetris persebaran pertumbuhan dan warna alis merata, tidak tampak kantong mata, mata terletak simetris, bola mata normal simetris kiri dan kanan, pupil isokor berdiameter 2 mm, reflek cahaya +/+, warna konjungtiva merah muda. - Palpasi : bola mata teraba kenyal dan melenting pada saat dilakukan palpasi, klien tidak ada nyeri tekan - Fungsi : klien mengatakan pandangan matanya kabur dan ganda
<p>Hidung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : lubang hidung simetris, tidak tampak serumen, tampak bulu-bulu halus, pada bagian dalam hidung - Palpasi : tidak teraba pembesaran pada seluruh daerah sinus (edmodialis, frontalis, dan maksilaris) - Fungsi : klien mengatakan dirinya masih bisa membaui aroma dengan normal 	<p>Hidung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : lubang hidung simetris, tampak bulu-bulu halus, tidak tampak bekas luka pada bagian dalam hidung, septum nasi tepat berada di tengah. - Palpasi : tidak teraba pembesaran pada seluruh daerah sinus (edmodialis, frontalis, dan maksilaris) - Fungsi : klien mengatakan tidak ada masalah dengan penciumannya
<p>Telinga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : daun telinga simetris, tidak tampak lesi, tidak tampak sekret pada lubang telinga, gendang telinga utuh. - Palpasi : klien tidak merasakan nyeri saat tragus di tekan. - Fungsi pendengaran utuh 	<p>Telinga</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : daun telinga simetris, tidak tampak lesi, tidak tampak sekret pada lubang telinga, gendang telinga utuh. - Palpasi : klien tidak merasakan nyeri saat tragus di tekan. - Fungsi pendengaran utuh
<p>Mulut Inspeksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warna bibir tampak pucat dan kering, kulit bibir sedikit pecah-pecah,. 	<p>Mulut Inspeksi :</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Gusi berwarna merah muda, edema (-), lesi (-), Perdarahn gusi (-). - Keadaan gigi tampak bersih - Lidah berwarna merah muda, tampak bersih, lidah tampak jatuh ke kiri, kesulitan menelan (-) - Uvula tepat berada di tengah, berwarna merah muda - Tonsil: T1 normal 	<ul style="list-style-type: none"> - Warna bibir tampak pucat dan kering, kulit bibir sedikit pecah-pecah, mulut sedikit tidak simetris. - Gusi berwarna merah muda, edema (-), lesi (-), Perdarahn gusi (-). - Keadaan gigi tampak bersih - Lidah berwarna merah muda, tampak bersih, letak tepat berada di tengah, - Uvula tepat berada di tengah, berwarna merah muda - Tonsil: T1 normal
<p>Leher</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : persebaran warna kulit merata, tidak tampak lesi - Palpasi : tidak teraba pembesaran pada kelenjar tiroid, dan kelenjar life, terdapat bendungan pada vena jugularis. Tidak terdapat defisiasi trakea. 	<p>Leher</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : persebaran wauuurna kulit merata, tidak tampak lesi - Palpasi : tidak teraba pembesaran pada kelenjar tiroid, dan kelenjar life, terdapat bendungan pada vena jugularis. Tidak terdapat defisiasi trakea.
<p>Thorak Pemeriksaan Paru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inpeksi: Bentuk dinding dada (normal chest), pergerakan dinding dada simetris, persebaran warna kulit merata, tidak tampak lessi. Kondisi kulit: persebaran warna kulit merata - Palpasi: saat dilakukan pemeriksaan taktil fremitus teraba getaran suara yang sama diseluruh lapang paru, tidak terdapat krepitasi tulang, tidak ada massa. - Perkusi : pada ICS 3-5sebelah kiri sternum, terdengar pekak, suara lapang paru resonan. - Auskultasi paru: tidak terdengar bunyi nafas tambahan. <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 10px 0;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>Wheezing</i></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Ronchi</i></p>  </div> </div> <p>Pemeriksaan jantung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi: Ictus di ics 5 midclavicula line sinistra. Kondisi kulit: Persebaran wama kulit merata tidak ada lesi. - Palpasi: teraba ictus cordis pada ics 5 midclavicula line sinistra. - Perkusi: pada jantung berbunyi pekak (ics 3-5 sebelah kiri sternum) - Auskultasi: Tidak terdengar bunyi jantung tambahan. 	<p>Thorak Pemeriksaan Paru:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inpeksi: Bentuk dinding dada (normal chest), pergerakan dinding dada simetris, persebaran warna kulit merata, tidak tampak lessi. Kondisi kulit: persebaran warna kulit merata - Palpasi: saat dilakukan pemeriksaan taktil fremitus teraba getaran suara yang sama diseluruh lapang paru, tidak terdapat krepitasi tulang, tidak ada massa. - Perkusi : pada ICS 3-5sebelah kiri sternum, terdengar pekak, suara lapang paru resonan. - Auskultasi paru: tidak terdengar bunyi nafas tambahan. <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin: 10px 0;"> <div style="text-align: center;"> <p><i>Wheezing</i></p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p><i>Ronchi</i></p>  </div> </div> <p>Pemeriksaan jantung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi: Ictus di ics 5 midclavicula line sinistra. Kondisi kulit: Persebaran wama kulit merata tidak ada lesi. - Palpasi: teraba ictus cordis pada ics 5 midclavicula line sinistra. - Perkusi: pada jantung berbunyi pekak (ics 3-5 sebelah kiri sternum) - Auskultasi: Tidak terdengar bunyi jantung tambahan.

<p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : persebaran warna kulit merata, tidak terdapat massa ataupun lesi, tidak tampak asites. Umbilikalis terletak ditengah perut. - Auskultasi : bising usus 10x/menit - Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan - Perkusi: pada saat diperkusi terdengar timpani 	<p>Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : persebaran warna kulit merata, tidak terdapat massa ataupun lesi, tidak tampak asites. Umbilikal is terletak ditengah perut. - Auskultasi : bising usus 8x/menit - Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan - Perkusi: pada saat diperkusi terdengar timpani
<p>Muskuloskeletal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : Tangan : Persebaran warna kulit merata, tidak tampak massa ataupun lesi, ekstremitas kanan dan kiri simetris, klien tampak tidak bisa mengangkat ekstremitas atas bagian kiri, pada ekstremitas atas bagian kanan terpasang intravena kateter terhubung dengan cairan NS diberikan 16tpm. Kaki : Persebaran warna kulit merata, tidak tampak massa ataupun lesi, panjang ekstremitas kanan dan kiri simetris, klien mengalami penurunan kekuatan otot pada ekstremitas kiri. - Palpasi : Tangan : Tidak ada nyeri tekan, CRT kembali < 2 detik. tidak teraba massa pada tangan kanan atau kiri, tidak terdapat krepitasi tulang, tidak terdapat nyeri tekan pada saat ekstremitas atas dipalpasi. Kaki : tidak teraba massa pada kaki kanan atau kiri, tidak terdapat krepitasi tulang, tidak ada nyeri. - Kekuatan otot: 5544 kanan kiri $\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$	<p>Muskuloskeletal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inspeksi : Tangan : Persebaran warna kulit merata, tidak tampak massa ataupun lesi, ekstremitas kanan dan kiri simetris, pada ekstremitas atas bagian kanan terpasang intravena kateter terhubung dengan cairan NS diberikan 16tpm. Kaki : Persebaran warna kulit merata, tidak tampak massa ataupun lesi, panjang ekstremitas kanan dan kiri simetris. - Palpasi : Tangan : Tidak ada nyeri tekan, CRT kembali < 2 detik. tidak teraba massa pada tangan kanan atau kiri, tidak terdapat krepitasi tulang, tidak terdapat nyeri tekan pada saat ekstremitas atas dipalpasi. Kaki : tidak teraba massa pada kaki kanan atau kiri, tidak terdapat krepitasi tulang, tidak ada nyeri. - Kekuatan otot: 3355 kanan kiri $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$
<p>Pada saat dilakukan pengkajian Saraf kranial:</p>	<p>Pada saat dilakukan pengkajian Saraf kranial:</p>
<p>N I: fungsi penciuman klien normal</p>	<p>N I: fungsi penciuman klien normal</p>
<p>N II,III, IV & VI: Kelopak mata normal, diameter pupil 2mm isokor, reflek cahaya +/+, bola mata klien mampu mengikuti arah gerak jari pemeriksa kearah atas, bawah, kanan, dan kiri.</p>	<p>N II, III, IV & VI: Kelopak mata normal, diameter pupil 2mm isokor, reflek cahaya +/+, pandangan klien ganda dan kabur</p>
<p>N V,VII,XI: lidah klien tampak jatuh ke kiri,Klien bicara pelo,nyeri (-), mampu membuka mulut, kesulitan menelan (-)</p>	<p>N V,VII,XI: lidah klien tampak simetris,nyeri (-), mampu membuka mulut, kesulitan menelan (-)</p>
<p>N VIII: Fungsi pendengaran klien normal</p>	<p>N VIII: Fungsi pendengaran klien normal</p>
<p>N IX,X,XII: bagian wajah tampak simetris</p>	<p>N IX,X,XII: bagian wajah tampak simetris</p>

4.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.7 Pemeriksaan Diagnostik

Klien	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Normal
Klien 1 Pemeriksaan tanggal 11 Mei 2022	HEMATOLOGI			
	Darah Lengkap			
	Jumlah Leukosit	7.51	$10^3/\mu\text{L}$	4.0-11.0
	Jumlah Eritrosit	L 3.93	$10^6/\mu\text{L}$	4.00-5.00
	Hemoglobin	11.5	g/dL	11.5-15.0
	Hematokrit	L 34.1	%	37.0-45.0
	MCV	86.8	fL	82.0-92.0
	MCH	29.3	pg	27.0-31.0
	MCHC	33.7	g/dL	32.0-37.0
	Jumlah Trombosit	225	$10^3/\mu\text{L}$	150-400
	RDW-SD	43	fL	35-47
	RDW-CV	13.5	%	11.5-14.5
	PDW	10.6	fL	9.0-13.0
	MPV	10.2	fL	7.2-11.1
	P-LCR	H 25.8	%	15.0-25.0
	PCT	0.230	%	0.150-
	Hitung Jenis Neutrofil			0.400
	Limfosit	58,7	%	
	Monosit	32.8	%	50-70
	Eosinofil	6.4	%	20-40
	Basofil	1.6	%	2-8
	Jumlah Neutrofil	0.5	%	1-3
	Jumlah Limfosit	4.4	$10^3/\mu\text{L}$	0-1
	Monosit Jumlah	2.5	$10^3/\mu\text{L}$	1.5-7.0
	Eosinofil Jumlah	0.48	$10^3/\mu\text{L}$	1.0-3.7
	Basofil	0.1	$10^3/\mu\text{L}$	0.16-1.00
	Rasio neutrophil/limfosit	0.0	$10^3/\mu\text{L}$	0-0.8
		1.760		0-0.2
	GULA			<3.13
	Gliko Hb (HbA1c)	H 11.3	mg/dl	Normal
				<5.7 pre
	FAAL GINJAL			DM 5.7 –
	Ureum		mg/dl	6.4 DM
	BUN	40.9	mg/dl	terkendali
	Kreatinin	19.1		<7
		H 1.35		21-43
	FAAL HEPAR			
	Bilirubin			mg/dl
	Bilirubin Total		mg/dl	10.0-20.0
	Bilirubin Direk	0.50	mg/dl	<0.95
Bilirubin Indirek	0.22			
	0.38	Mmmol/L		
ELEKTROLIT				
SE			mg/Dl	
Natrium (Na)			0 – 1.1	
Kalium (K)	145	mmol/L	0 – 0.25	
Klorida (Cl)	3.94		0.3 – 0.9	
ELEKTROLIT	H 115			
Kalsium (Ca)			135 – 145	
IMUNOLOGI	2.60		3.50 – 5.50	

	Antigen-Sars-Cov 2	Negative		94 – 110 2.00 – 2.60 Negative
	Pemeriksaan tanggal 11 Mei 2022 CT-SCAN KEPALA Structure Sinus paranasalis dan Sphenoidalis normal Mastoid dan Os Petrosus normal Structure Gyrus dan sulcus menunjukkan tanda tanda Cerebral atrophy Dikatasi Ventricle lateralis dan Ventricle ke III Tampak area Hypodense pada Hemi Cerebri dex dan sin Tampak dot pada Sulcus sylvii dex/sin Cerebellum, pons dan Mid Brain normal A, Basillaris normal Tampak Calcificatie Falx cerebri Kesan Cerebral atrophy Infarct hemi cerebri dextra/sinistra Ec Occlutie distal A, Cerebri media anterior dex/san			
	Pemeriksaan tanggal 11 Mei 2022 THORAX Kedua Sinus/Diaphragma Normal. Bentuk dan besar COR-sukar dinilai--Foto tiduran dan exp Tidak tampak infiltrat proses. Corakan Bronchovascular paru Normal.			
	Pemeriksaan tanggal 11 Mei 2022 PELVIS Structure Tulang normal Tidak tampak Fracture atau pathologys lainnya Sacroiliaca joint dan art Coxae normal Tampak Calcificatie berbentuk gigi pada rongga pelvis -Suspect Benign Teratoma			
Klien 2 Pemeriksaan tanggal 24 Maret 2022	HEMATOLOGI Darah Lengkap			
	Jumlah Leukosit	7.38	10 ³ /μL	4.0-11.0
	Jumlah Eritrosit	4.58	10 ⁶ /μL	4.00-5.00
	Hemoglobin	12.8	g/dL	11.5-15.0
	Hematokrit	39.2	%	37.0-45.0
	MCV	85.6	fL	82.0-92.0
	MCH	27.9	pg	27.0-31.0
	MCHC	32.7	g/dL	32.0-37.0
	Jumlah Trombosit	266	10 ³ /μL	150-400
	RDW-SD	39	fL	35-47
	RDW-CV	12.6	%	11.5-14.5
	PDW	9.8	fL	9.0-13.0
	MPV	9.3	fL	7.2-11.1
	P-LCR	19.7	%	15.0-25.0
	PCT	0.250	%	0.150-0.400
	Hitung Jenis			
	Neutrofil	L 45.9	%	50-70
	Limfosit	H 41.5	%	20-40
	Monosit	6.1	%	2-8

Eosinofil	H 5.8	%	1-3
Basofil	0.7	%	0-1
Jumlah Neutrofil	3.4	10 ³ /μL	1.5-7.0
Jumlah Limfosit	3.1	10 ³ /μL	1.0-3.7
Jumlah Monosit	0.45	10 ³ /μL	0.16-1.00
Jumlah Eosinofil	0.4	10 ³ /μL	0-0.8
Jumlah Basofil	0.1	10 ³ /μL	0-0.2
Rasio neutrophil/limfosit	1.097		<3.13
GULA			
Glukosa darah sewaktu	156	mg/dl	<200
FAAL GINJAL			
Ureum	26.4	mg/dl	21-43
BUN	12.3	mg/dl	10.0-20.0
Kreatinin	0.49	mg/dl	<0.95
ELEKTROLIT SE			
Natrium (Na)	H 146	Mmmol/L	135 – 145
Kalium (K)	3.68	mg/Dl	3.50 – 5.50
Klorida (Cl)	H 113	mg/Dl	94 – 110
Pemeriksaan tanggal 24 Mei 2022			
CT-SCAN KEPALA			
Cerebral atrophy			
Infarct hemiserebri sinistra			

4.1.9 Terapi pemberian Obat

Tabel 4.8 Pemberian Obat

Klien	Nama dan dosis	Pemberian	Fungsi obat
Klien 1	Infus NS 0,9% 1000cc/ 24 jam	Intravena	Mengandung natrium dan clorida yang digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang, mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan menjaga tubuh agar tetap terhidrasi dengan baik.
	Neulin 3x500mg	IV	Neulin mengandung citicoline sebagai zat aktifnya. Citicoline adalah nukleosida endogen yang terbentuk secara alami yang terlibat dalam biosintesis lesitin. Citicoline meningkatkan sintesis fosfatidilkolin (fosfolipid membran neuron utama) dan meningkatkan produksi asetilkolin. Sehingga meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di otak.
	Lapibal 3x500mg	IV	Lapibal mengandung mecobalamin atau methylcobalamin. Mecobalamin adalah salah satu

			bentuk kimia dari vitamin B12 (cobalamin), yaitu vitamin larut air yang memegang peranan penting dalam pembentukan darah serta menjaga fungsi sistem saraf dan otak.
	Topazole 2x40mg	IV	Topazol mengandung zat aktif Pantoprazole, yang digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-Ellison (tumor pada pankreas atau pada duodenum), penyakit refluks gastro-esofagus (asam lambung naik kembali ke esofagus), tukak lambung. Pantoprazole bekerja dengan cara mengurangi produksi asam lambung
	Novorapid 3x8 iu	IV	Novorapid mengandung insulin, Novorapid digunakan untuk memasukkan insulin guna membantu memperbaiki produksi insulin yang dihasilkan tubuh dengan cepat, dengan cara disuntikkan ke dalam tubuh.
	Curvit 1x/1 tab	Oral	Curvit adalah suplemen yang mengandung Vitamin B1, vitamin B2, vitamin B6, vitamin B12, Beta carotene, dexpanthenol, curcuminoid, Ca gluconate. Curvit digunakan untuk membantu meningkatkan nafsu makan. Curvit juga digunakan untuk memenuhi kebutuhan vitamin dalam tubuh. Curvit bekerja meningkatkan respon sistem kekebalan tubuh sehingga tidak mudah terserang penyakit dan menjaga stamina tubuh anda tetap baik
	Oksigen 4 tpm	Nasal kanul	Nasal Kanul adalah 53lastic, tabung tipis yang memberikan oksigen langsung ke hidung melalui dua cabang kecul, karena digunakan didalam dan pediatric klien dewasa sama sebagai suatu jenis dukungan pernafasan. Nasal kanul merupakan selang bantu pernafasan yang diletakkan pada lubang hidung. Adapun keuntungannya adalah pemberian oksigen stabil dengan volume tida dan laju, pernafasan teratur.
Klien 2	Infus NS 0,9% 1000 cc/24 jam	IV	Mengandung natrium dan clorida yang digunakan untuk menggantikan cairan tubuh yang hilang, mengoreksi ketidakseimbangan elektrolit, dan menjaga tubuh agar tetap terhidrasi dengan baik
	Lapibal 3x500mg	IV	Lapibal mengandung mecobalamin

			atau methylcobalamin. Mecobalamin adalah salah satu bentuk kimia dari vitamin B12 (cobalamin), yaitu vitamin larut air yang memegang peranan penting dalam pembentukan darah serta menjaga fungsi sistem saraf dan otak.
	Topazole 2x40mg	IV	Topazol mengandung zat aktif Pantoprazole, yang digunakan untuk mengobati sindrom Zollinger-Ellison (tumor pada pankreas atau pada duodenum), penyakit refluks gastro-esofagus (asam lambung naik kembali ke esofagus), tukak lambung. Pantoprazole bekerja dengan cara mengurangi produksi asam lambung
	thylprednisolone 3x250mg	IV	untuk meredakan peradangan pada berbagai kondisi, termasuk radang sendi, radang usus, asma, psoriasis, lupus, hingga multiple sclerosis. Obat ini juga bisa digunakan dalam pengobatan reaksi alergi yang parah
	Simclovix 1x75mg	IV	digunakan sebagai obat anti platelet golongan anti keeping darah / trombosit. Menghambat pembentukan trombosit / penggumpalan darah

4.1.10 Analisa Data

Tabel 4.9 Analisa Data

Tanggal	Analisa Data	Etiologi	Masalah
Klien 1			
27 Maret 2022	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badan nya lemas dan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri - Klien mengatakan badanya lemas sejak 1 hari yang lalu - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi, berjalan, dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup 	<p>Faktor-faktor resiko stroke</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hiperkoagulasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Thrombosis serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Pembuluh darah okulasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>stroke</p>	Defisit perawatannya

	<ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - Selama dirumah sakit Klien terlihat <i>bedrest</i> dan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan perawat dan keluarga selama perawatan. - klien tampak memerlukan bantuan perawat atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan ADL seperti BAB/BAK, makan, dan minum obat - Bathel indek 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot kanan kiri $\begin{array}{r l} 5 & 4 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 153/71 mmHg Nadi : 104x/menit RR : 26x/menit Suhu : 36,3°C SpO2 : 99% (terpasang O2 nasal canul 3 lpm)) - Hasil CT-Scan kepala: Cerebral atrophy, Infarct hemi cerebri dextra/sinistra Ec Occlutie distal A, Cerebri media anterior dex/san 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisit neurologis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">erusakan lobus frontalis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kehilangan control volunteer</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kelemahan otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hemiparesis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan mobilisasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">menurunnya kemampuan merawat diri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">defisit perawatan diri</p>	
Klien 2			
24 Mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pandangan matanya menjadi ganda dan badannya terasa lemas pada bagian kanan sejak tanggal 20 Mei 2020 - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi, berjalan, dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain. <p style="text-align: center;">DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - Klien <i>bedrest</i> aktivitasnya dilakukan di tempat tidur 	<p style="text-align: center;">Faktor-faktor resiko stroke</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hiperkoagulasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Thrombosis serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pembuluh darah okulasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">stroke</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisit neurologis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kehilangan kontrol</p>	Defisit perawatan diri

	<p>dan dibantu oleh perawat dan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien tampak memerlukan bantuan perawat atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan <i>ADL</i> seperti BAB/BAK, makan, dan minum obat - Bathel indeks 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td> <td style="text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table> - TTV TD : 183/88 mmHg Nadi : 83x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36°C SpO2 : 98% (terpasang nasal canul O2 3 lpm) - Hasil CT Scan Kepala Cerebral atrophy Infarct hemi cerebri sinstra 	3	5			3	5	<p style="text-align: center;">volunter</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan kekuatan otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan mobilitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan kemampuan merawat diri</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Defisit perawatan diri</p>	
3	5								
3	5								

4.1.11 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.10 Diaganosa Keperawatan

Tanggal	Diagnose Keperawatan
Klien 1	
27 Maret 2022	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler
Klien 2	
31 Maret 2022	Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler

4.1.12 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.11 Intervensi Keperawatan

DX	Tujuan	Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Klien 1				
	<p>- Tupan: Diharapkan klien dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan <i>ADL</i> secara mandiri setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>-Tupen: Diharapkan pemenuhan <i>ADL</i> klien terpenuhi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri secara mandiri meningkat 2) Pemenuhan kebutuhan berhias/berdandan secara mandiri meningkat 3) Kebutuhan makan dengan baik secara mandiri meningkat 4) Pemenuhan kebutuhan klien dalam BAB/BAK secara mandiri meningkat 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan Prinsip merupakan Komunikasi Terapeutik. 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Monitor kebersihan tubuh 4) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Sediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 6) Dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) berikan pakaian yang memudahkan untuk perawatan bersihan diri (jika perlu) 8) Jaga privasi klien 9) Lakukan oral higine sebelum makan 10) Fasilitasi klien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 11) Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Agar meningkatkan BHSP antara klien dan perawat 2) Untuk menentukan tingkat ketergantungan klien dalam pemenuhan <i>ADL</i> 3) Agar kondisi klien tetap bersih dan nyaman serta mencegah terjadinya infeksi akibat kotoran 4) Membantu dalam menentukan jadwal perawatan diri yang tepat untuk klien 5) Untuk meningkatkan rasa aman dan nyaman klien 6) Membantu dan melatih klien dalam memenuhi <i>ADL</i> nya 7) Agar memudahkan pemenuhan kebersihan diri klien 8) Memberikan perasaan aman dan nyaman pada klien 9) Oral higine dapat meningkatkan

			12) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai anjuran	<p>kebersihan mulut klien dan meningkatkan nafsu makan klien</p> <p>10) Untuk menjaga kebersihan diri klien tetap terjaga</p> <p>11) Rutin melakukan perawatan diri dapat meningkatkan kebersihan, rasa nyaman dan menghindari terjadinya infeksi akibat kotoran</p> <p>12) Untuk menjaga tingkat kebersihan diri klien, memberikan rasa nyaman dan menghindari terjadinya infeksi akibat kotoran</p>
Klien 2				
	<p>-- Tujan: Diharapkan klien dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan <i>ADL</i> secara mandiri setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>-Tupen: Diharapkan pemenuhan <i>ADL</i> klien terpenuhi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri secara mandiri meningkat 2) Pemenuhan kebutuhan berhias/berdandan secara mandiri meningkat 3) Kebutuhan makan dengan baik secara mandiri meningkat 4) Pemenuhan kebutuhan klien dalam BAB/BAK secara mandiri meningkat 	<p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan Prinsip merupakan dasar um Komunkasi Terapeutik. 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Monitor kebersihan tubuh 4) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia Terapeutik 5) Sediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 6) Damping melakukan perawatan diri sampai mandiri 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Agar meningkatkan BHSP antara klien dan perawat 2) Untuk menentukan tingkat ketergantungan klien dalam pemenuhan <i>ADL</i> 3) Agar kondisi klien tetap bersih dan nyaman 4) Membantu dalam menentukan jadwal perawatan diri yang tepat untuk klien

			<p>7) Buka pakaian untuk memudahkan perawatan bersihan diri (jika perlu)</p> <p>8) Jaga privasi klien</p> <p>9) Lakukan oral higine sebelum makan</p> <p>10) Fasilitasi klien untuk mandi,berpakaian,dan berhias</p> <p>11) Jadwalkan rutinitas perawatan diri</p> <p>Edukasi</p> <p>12) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai anjuran</p>	<p>5) Untuk meningkatkan rasa aman dan nyaman klien</p> <p>6) Membantu dan melatih klien dalam memenuhi <i>ADL</i> nya</p> <p>7) Agar memudahkan pemenuhan kebersihan diri klien</p> <p>8) Memberikan perasaan aman dan nyaman pada klien</p> <p>9) Oral higine dapat meningkatkan kebersihan mulut klien dan meningkatkan nafsu makan klien</p> <p>10) Untuk menjaga kebersihan diri klien tetap terjaga</p> <p>11) Rutin melakukan perawatan diri dapat meningkatkan kebersihan,rasa nyaman dan menghindari terjadinya infeksi akibat kotoran</p> <p>12) Untuk menjaga tingkat kebersihan diri klien, memberikan rasa nyaman dan menghindari terjadinya infeksi akibat kotoran</p>
--	--	--	--	--

4.1.13 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.12 Implementasi Keperawatan

Klien 1					
Hari ke 1 (12 Mei 2022)		Hari ke 2 (13 Mei 2022)		Hari ke 3 (14 Mei 2022)	
Diagnose keperawatan: Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler					
16.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oral higine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 10) menjadwalkan rutinitas perawatan diri klien 11) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat 	16.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oral higine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 10) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat 	16.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oral higine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 10) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat

Klien 2					
Hari ke 1 (25 Mei 2022)		Hari ke 2 (26 Mei 2022)		Hari ke 3 (27 Mei 2022)	
Diagnose keperawatan: Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler					
16.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oral higine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 10) menjadwalkan rutinitas perawatan diri klien 11) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat 	16.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oral higine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 10) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat 	16.00	<ol style="list-style-type: none"> 1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oral higine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi, berpakaian, dan berhias 10) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat

4.1.14 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.13 Evaluasi Keperawatan

Klien 1														
Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3												
Diagnose keperawatan: Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler														
<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badanya lemas dan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi, BAB/BAK, berhias dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain. <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - ADL Partial care - Bathelindek 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot <p>kanan kiri</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>- TTV</p> <p>TD : 150/75 mmHg Nadi : 90x/menit RR : 23x/menit Suhu : 36°C SpO2 : 99%</p> <p>A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : lanjutkan intervensi</p>	5	4	5	4	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badanya masih lemas dan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri - klien mengatakan dirinya masih tidak bisa mandi, BAB/BAK, berhias, dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain. <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - ADL Partial care - Bathelindek 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot <p>kanan kiri</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>- TTV</p> <p>TD : 155/70 mmHg Nadi : 87x/menit RR : 24x/menit Suhu : 36°C SpO2 : 99%</p> <p>A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi</p>	5	4	5	4	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan badanya masih lemas dan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri tapi sudah lebih baik - Klien mengatakan karena setiap hari di bersihkan sehingga badannya menjadi lebih nyaman - klien mengatakan dirinya masih belum bisa mandi, BAB/BAK, berhias, dan makan secara mandiri serta masih memerlukan bantuan orang lain. <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - ADL Partial care - Bathelindek 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot <p>kanan kiri</p> <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5</td> <td style="padding: 0 5px;">4</td> </tr> </table> <p>- TTV</p> <p>TD : 148/70 mmHg Nadi : 89x/menit RR : 23x/menit Suhu : 36°C</p>	5	4	5	4
5	4													
5	4													
5	4													
5	4													
5	4													
5	4													

	P : lanjutkan intervensi	SpO2 : 99% A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : lanjutkan intervensi
Klien 2		
Hari ke 1	Hari ke 2	Hari ke 3
Diagnose keperawatan: Defisit perawatan diri b.d gangguan neuromuskuler		
<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pandangan matanya menjadi ganda dan badannya terasa lemas - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi, BAB/BAK, berhias dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - ADL partial care - Klien tampak tidak mampu memenuhi ADL secara mandiri, seperti BAB, BAK, makan, minum, dan meminum obat - Bathel indeks 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot : $\frac{3}{3} \frac{5}{5}$ <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 183/88 mmHg Nadi : 83x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36°C 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pandangan matanya masih kabur dan ganda dan badannya terasa lemas - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi, BAB/BAK, berhias dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain. <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - ADL partial care - Klien tampak tidak mampu memenuhi ADL secara mandiri, seperti BAB, BAK, makan, minum, dan meminum obat - Bathel indeks 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot : $\frac{3}{3} \frac{5}{5}$ <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 180/80 mmHg Nadi : 80x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36°C SpO2 : 98% 	<p>S</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan pandangan matanya lebih baik namun masih sedikit kabur dan ganda dan badannya masih terasa lemah terutama sebelah kanan - Klien mengatakan dirinya menjadi lebih segar setelah dilakukan perawatan diri - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi, BAB/BAK, berhias dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain. <p>O</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum : cukup - Kesadaran composmentis - GCS 4-5-6 - ADL partial care - Klien tampak tidak mampu memenuhi ADL secara mandiri, seperti BAB, BAK, makan, minum, dan meminum obat - Bathel indeks 7 (ketergantungan berat) - Kekuatan otot : $\frac{3}{3} \frac{5}{5}$ <ul style="list-style-type: none"> - TTV TD : 178/75 mmHg Nadi : 77x/menit RR : 20x/menit

SpO2 : 98% A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : lanjutkan intervensi	A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : lanjutkan intervensi	Suhu : 36°C SpO2 : 98% A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi P : lanjutkan intervensi
--	--	---

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pembahasan Pengkajian

Tabel 4.14 Pembahasan Pengkajian

Pembahasan Pengkajian										
Fakta	Klien 1	Klien 2								
	<p>Pada klien 1 didapatkan data bahwa klien berjenis kelamin perempuan, usia 81 tahun, pendidikan SLA dan sebagai ibu rumah tangga. Klien di diagnosa medis stroke thrombosis. Setelah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala yang menunjukkan Cerebral atrophy Infarct hemi cerebri dextra/sinstra Awalnya klien mengatakan badannya tiba-tiba lemah terutama pada ekstremitas sebelah kiri. Saat pengkajian didapatkan data: GCS:456, kesadaran composmentis, kekuatan otot:</p> <p style="text-align: center;">kanan kiri</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">4</td> </tr> </table> <p>TTV: TD:153/71 mmHg Nadi:104x/mnt, Suhu:36,3C, RR:26x/mnt, Di dapatkan hasil pemeriksaan saraf: N VII: lidah jatuh ke kiri. klien mengatakan masih merasa lemas terutama bagian tubuh sebelah kiri, ADL klien dibantu keseluruhan oleh keluarga dan perawat, skor indeks bathel 7 (ketergantungan berat)</p>	5	4	5	4	<p>Pada klien 2 didapatkan data bahwa klien berjenis kelamin perempuan, usia 70 tahun, pendidikan SLA dan merupakan seorang ibu rumah tangga. Klien di diagnosa medis stroke trombosis. Setelah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala yang menunjukkan Cerebral atrophy Infarct hemi cerebri sinstra. Awalnya klien klien mengeluhakan pandangan matanya menjadi ganda. Saat pengkajian didapatkan data: GCS:456, kesadaran composmentis, bicara pelo (-), kekuatan otot:</p> <p style="text-align: center;">kanan kiri</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">5</td> </tr> </table> <p>TTV: TD:183/88 mmHg Nadi:83x/mnt, Suhu:36C, RR:20x/mnt, SpO2:98%. Di dapatkan hasil pemeriksaan saraf: N II, III, IV & VI: Kelopak mata normal, diameter pupil 2mm isokor, reflek cahaya +/-, pandangan klien ganda dan kabur Klien mengatakan pengelihatannya masih ganda, ADL klien dibantu keseluruhan oleh keluarga dan perawat, skor indeks bathel 7 (ketergantungan berat)</p>	3	5	3	5
5	4									
5	4									
3	5									
3	5									
Opini	<p>Menurut penulis, berdasarkan fakta diatas dapat dinyatakan bahwa pada klien 1 mengalami masalah defisit perawatan diri didukung dengan ADL klien dibantu keseluruhan oleh keluarga dan perawat, skor indeks bathel 7 (ketergantungan berat) akibat hemiparesis pada ekstremitas bagian kiri. Keluarga klien mengatakan klien masih merasa lemas terutama bagian tubuh sebelah kiri. Sedangkan pada klien 2 mengalami masalah defisit perawatan diri, ditandai ADL klien dibantu keseluruhan oleh keluarga dan perawat, skor indeks bathel 7 (ketergantungan berat) yang di sebabkan karena kondisi klien yang mengalami pengelihatan ganda dan kabur, serta hemiparesis bagian kanan ekstremitas, penurunan kekuatan otot.</p> <p>Dari kedua data diatas dapat dijabarkan bahwa defisit perawatan diri pada klien stroke di sebabkan oleh ketidakefektifan perfusi jaringan akibat adanya trombus dan emboli sehingga terjadi iskemia pada aliran yang tidak dialiri oleh darah hingga menyebabkan atrofi otak yang dapat mengganggu sistem persarafan dan menurunnya kontrol volunteer sehingga terjadi hemiparese, kelemahan pada ekstremitas dan gangguan pengelihatan, karena keterbatasan tersebut klien menjadi tidak mampu bermobilisasi dan memenuhi kebutuhan ADL nya secara mandiri yang menyebabkan terjadinya masalah defisit perawatan diri.</p>									

Teori	Pengkajian pada klien 1 dan 2 berdasarkan pada teori: <i>Stroke iskemik</i> disebabkan oleh terganggunya pendarahan otak berupa <i>obstruksi</i> atau sumbatan yang menyebabkan otak kekurangan suplai oksigen dan terjadi pendarahan. Sumbatan tersebut dapat disebabkan oleh <i>trombus</i> (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak. <i>Stroke</i> ini ditandai dengan kelemahan atau <i>hemiparesis</i> , nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan <i>disfagia</i> (Asri, 2022)
-------	---

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.15 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa	Fakta klien 1	Fakta klien 2
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	<p>Dari hasil pengkajian klien dapat ditegakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler didukung dengan pemeriksaan kekuatan otot: 5544</p> <p>kanan kiri</p> $\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - Selama dirumah sakit Klien terlihat <i>bedrest</i> dan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan perawat dan keluarga selama perawatan. - klien tampak memerlukan bantuan perawat atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan ADL seperti BAB/BAK, makan, dan meminum obat - Bathel indek 7 (ketergantungan berat). - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi,berjalan,dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain. 	<p>Dari hasil pengkajian klien dapat ditegakan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler di tandai dengan dengan pemeriksaan neurologis :</p> <p>Kekuatan otot : 3355</p> $\begin{array}{c c} 3 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ <ul style="list-style-type: none"> - Klien <i>bedrest</i>, aktivitasnya dilakukan di tempat tidur dan dibantu oleh perawat dan keluarga. - klien tampak memerlukan bantuan perawat atau keluarga untuk memenuhi kebutuhan ADL seperti BAB/BAK, makan, dan meminum obat - Bathel indek 7 (ketergantungan berat). - Klien mengatakan pandangan matanya menjadi ganda sejak dan tanggal 20 Mei 2020 - klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi,berjalan,dan makan secara mandiri serta memerlukan bantuan orang lain.
<p>Opini: Menurut penulis, berdasarkan hasil pengkajian klien 1 dan 2 memiliki persamaan etiologi dan diagnosa keperawatan yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Hal ini dibuktikan dengan adanya penurunan fungsi neurologis, penurunan kekuatan otot,dan hemiparese pada ekstremitas yang menyebabkan klien tidak mampu bermobilisasi dan memenuhi kebutuhan <i>ADL</i> nya secara mandiri sehingga membutuhkan bantuan perawat maupun keluarga. Dapat ditegakan bahwa klien 1 dan 2 ditemukan data yang menunjang untuk ditegakan diagnosa defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan</p>		

neuromuskuler.
<p>Teori:</p> <p>Dari diagnosa yang telah ditetapkan, klien yang mengalami <i>stroke</i> dengan masalah gangguan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler. Hal ini sesuai dengan teori menurut (SDKI, 2016) yang mengatakan bahwa batasan karakteristik defisit perawatan diri yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelemahan 2. Gangguan psikologis dan atau psikotik 3. Penurunan minat atau motivasi 4. Gangguan <i>neuromuskuler</i> 5. Gangguan <i>muskoloskeletal</i>

4.2.3 Rencana Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah ditegakkan pada klien 1 dan 2, dapat dilakukan perencanaan tindakan keperawatan kepada kedua klien berupa:

Tabel 4. 16 Pembahasan Tujuan

Tujuan	Klien 1	Klien 2
<p>-Tupan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan peningkatan kemampuan melakukan aktivitas perawatan diri mandiri.</p> <p>-Tupen: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan kebutuhan perawatan diri dapat terpenuhi.</p>	<p>Pada klien 1 juga ditetapkan tujuan yang sama yaitu:</p> <p>- Tupan: Diharapkan klien dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>-Tupen: Diharapkan pemenuhan ADL klien terpenuhi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam</p>	<p>Pada klien 2 juga ditetapkan tujuan yang sama yaitu:</p> <p>- Tupan: : Diharapkan klien dapat meningkatkan pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam</p> <p>-Tupen: Diharapkan pemenuhan ADL klien terpenuhi setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam</p>
<p>Opini:</p> <p>Menurut penulis, tujuan yang ditetapkan pada klien 1 dan 2 sama yaitu terjadi peningkatan pemenuhan kebutuhan ADL ditunjukkan dengan terjadinya peningkatan pada pemenuhan perawatan diri, karena klien berpartisipasi dalam program rutinitas perawatan diri. Peningkatan pemenuhan perawatan diri pada kedua klien berbeda hal itu dikarenakan kerusakan fungsi otak pada kedua klien berbeda dibuktikan dengan hasil CT-Scan kepala pada kedua klien berbeda, sehingga berpengaruh pada peningkatan pemulihan klien <i>stroke</i>.</p>		
<p>Teori:</p> <p>Dari tujuan yang telah ditetapkan pada kedua klien dan pada tinjauan pustaka sesuai dengan teori menurut (SLKI, 2016) yang mengatakan bahwa penetapan tujuan rencana keperawatan bagi klien <i>stroke</i> dengan masalah defisit perawatan diri adalah dapat terjadi peningkatan dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri sehingga pemenuhan ADL klien <i>stroke</i> bisa meningkat secara perlahan setelah diberikan asuhan keperawatan.</p>		

Tabel 4.17 Pembahasan Kriteria Hasil

Kriteria hasil	Klien 1	Klien 2
1) Klien dapat melakukan kebersihan diri meningkat	1) Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri secara mandiri meningkat	1) Pemenuhan kebutuhan kebersihan diri secara mandiri meningkat
2) Klien dapat melakukan berhias/berdandan meningkat	2) Pemenuhan kebutuhan berhias/berdandan secara mandiri meningkat	2) Pemenuhan kebutuhan berhias/berdandan secara mandiri meningkat
3) Klien dapat melakukan makan dengan baik meningkat	3) Pemenuhan kebutuhan makan dengan baik secara mandiri meningkat	3) Pemenuhan kebutuhan makan dengan baik secara mandiri meningkat
4) Klien dapat melakukan BAB/BAK meningkat	4) Pemenuhan kebutuhan klien dalam BAB/BAK secara mandiri meningkat	4) Pemenuhan kebutuhan klien dalam BAB/BAK secara mandiri meningkat
<p>Opini: Menurut penulis, kriteria hasil yang ditetapkan pada klien 1 dan 2 sama, sebagai pengukur keberhasilan dalam mengatasi masalah defisit perawatan diri. Pada klien 1 dan 2 ditentukan kriteria hasil dengan adanya peningkatan dalam melakukan kebersihan diri secara mandiri, peningkatan dalam melakukan berhias/berdandan secara mandiri, peningkatan dalam melakukan makan dengan baik secara mandiri, peningkatan dalam melakukan BAB/BAK secara mandiri. Dengan demikian jika semua kriteria tersebut tercapai maka klien tidak mengalami masalah defisit perawatan diri. Maka untuk mencapai kriteria hasil tersebut klien <i>stroke</i> perlu dibantu untuk melakukan pemenuhan kebutuhan perawatan diri</p>		
<p>Teori : Dari kriteria hasil yang ditetapkan pada klien <i>stroke</i> ini sesuai dengan teori menurut (SLKI, 2016) yang menyatakan bahwa klien <i>stroke</i> yang memiliki masalah defisit perawatan diri dapat dicapai dengan kriteria hasil klien mengalami peningkatan dalam melakukan kebersihan diri, berhias/berdandan, makan dengan baik, BAB/BAK,</p>		

Tabel 4.18 Pembahasan Intervensi Keperawatan

Klien 1	Klien 2
1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan Prinsip merupakan dasar um Komunkasi Terapeutik.	1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan Prinsip merupakan dasar um Komunkasi Terapeutik.
2) Monitor tingkat kemandirian	2) Monitor tingkat kemandirian
3) Monitor kebersihan tubuh	3) Monitor kebersihan tubuh
4) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia	4) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
5) Sediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman	5) Sediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman
6) Damping melakukan perawatan diri sampai mandiri	6) Damping melakukan perawatan diri sampai mandiri
7) Buka pakaian untuk memudahkan perawatan bersihan diri (jika perlu)	7) Buka pakaian untuk memudahkan perawatan bersihan diri (jika perlu)
8) Jaga privasi klien	8) Jaga privasi klien
9) Lakukan oral higine sebelum makan	9) Lakukan oral higine sebelum makan

10) Fasilitasi klien untuk mandi,berpakaian,dan berhias 11) Jadwalkan rutinitas perawatan diri 12) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai anjuran	10) Fasilitasi klien untuk mandi,berpakaian,dan berhias 11) Jadwalkan rutinitas perawatan diri 12) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai anjuran
Opini: Menurut penulis pada klien 1 dan 2 telah ditetapkan rencana keperawatan (intervensi) yang bersifat mandiri dan kolaboratif sesuai dengan tinjauan pustaka. Intervensi tersebut bertujuan untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri sehingga kebutuhan perawatan diri klien dapat terpenuhi	
Teori: Pada klien 1 dan klien 2 dilakukan intervensi yang sama sesuai dengan teori (SIKI, 2016) <ol style="list-style-type: none"> 1) Bina hubungan saling percaya dengan mengungkapkan Prinsip merupakan dasar um Komunkasi Terapeutik. 2) Monitor tingkat kemandirian 3) Monitor kebersihan tubuh 4) Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 5) Sediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 6) Dampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 7) Buka pakaian untuk memudahkan perawatan bersihan diri (jika perlu) 8) Jaga privasi klien 9) Lakukan oralhigine sebelum makan 10) Fasilitasi klien untuk mandi,berpakaian,dan berhias 11) Jadwalkan rutinitas perawatan diri 12) Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai anjuran 	

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.19 Pembahasan Implementasi Keperawatan

Klien 1	Klien 2
1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oralhigine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi,berpakaian,dan berhias 10) menjadwalkan rutinitas perawatan diri klien 11) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat	1) memonitor tingkat kemandirian 2) memonitor kebersihan tubuh 3) mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 4) menyediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman 5) mendampingi melakukan perawatan diri sampai mandiri 6) memberi klien pakaian yang memudahkan perawatan bersihan diri 7) menjaga privasi klien 8) melakukan oralhigine sebelum makan 9) memfasilitasi klien untuk mandi,berpakaian,dan berhias 10) menjadwalkan rutinitas perawatan diri klien 11) menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai jadwal yang sudah di buat

<p>Opini: Menurut penulis, implementasi merupakan pengolahan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada penelitian ini peneliti memberikan implementasi sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan. Klien 1 dan 2 dilakukan seluruh intervensi yang diberikan. Berdasarkan data diatas pada klien 1 dan 2 dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan keadaan klien 1 dan 2, dilakukan dalam bentuk tindakan keperawatan. Setelah klien di berikan implementasi sesuai dengan kebutuhan klien, pada klien 1 kebutuhan perawatan klien dapat terpenuhi, hanya saja klien masih belum bisa melakukan <i>ADL</i> secara mandiri di karenakan klien mengatakan dirinya masih lemas dengan kekuatan otot: 5544, sedangkan pada klien 2 setelah dilakukan implementasi kebutuhan perawatan klien dapat terpenuhi, namun klien terlihat kesulitan melakukan <i>ADL</i> secara mandiri di karenakan klien mengatakan pengelihatan nya masih kabur dan ganda serta kekuatan otot klien :3355</p>
<p>Teori: Implementasi merupakan tahap dimana perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Gangguan mobilitas fisik merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, <i>toileting</i> dan berhias (PPNI, 2016).</p>

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.20 Pembahasan Evaluasi

Evaluasi	
Klien 1	Klien 2
<p>Fakta: Pada klien 1 dihari perawatan ke tiga klien mengatakan badanya masih lemas dan tidak bisa menggerakkan tangan dan kaki sebelah kiri tapi sudah lebih baik, klien mengatakan karena setiap hari di bersihkan sehingga badannya menjadi lebih nyaman, klien mengatakan dirinya tidak bisa mandi,berjalan,dan makan secara mandiri serta masih memerlukan bantuan orang lain. Keadaan umum : cukup, kesadaran composmentis, GCS : 456, <i>ADL</i> partial care, Bathel indek 7 (ketergantungan berat) Kekuatan otot 5544 kanan kiri</p> $\begin{array}{c c} 5 & 4 \\ \hline 5 & 4 \end{array}$ <p>TTV: TD : 153/70 mmHg Nadi : 89x/menit RR : 23x/menit Suhu : 36°C SpO2 : 99%</p>	<p>Fakta: Pada klien 2 dihari perawatan ke tiga klien mengatakan pandangan matanya lebih baik namun masih sedikit kabur dan ganda dan badannya masih terasa lemah terutama pada bagian tubuh sebelah kanan, klien mengatakan dirinya menjadi lebih segar setelah di lakukan perawatan diri, klien mengatakan dirinya belum bisa melakukan mandi,berjalan,dan makan secara mandiri dan masih membutuhkan bantuan orang lain Kesadaran composmentis, GCS : 456, , <i>ADL</i> partial care, Bathel indek 7 (ketergantungan berat) Kekuatan otot 4355 kanan kiri</p> $\begin{array}{c c} 4 & 5 \\ \hline 3 & 5 \end{array}$ <p>TTV: TD : 178/75 mmHg Nadi : 77x/menit RR : 20x/menit Suhu : 36°C SpO2 : 98%</p>
<p>Opini: Menurut penulis, setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah keperawatan defisit perawatan diri pada klien 1 dan 2 belum teratasi. Dibuktikan dengn klien belum mampu</p>	

melakukan pemenuhan perawatan diri dengan mandiri. Kriteria hasil belum tercapai semua. Hal ini di pengaruhi oleh faktor usia lanjut dan stroke yang di alami klien sehingga terjadi penurunan fungsi saraf dan penurunan kekuatan otot tubuh, akibatnya klien menjadi tidak bisa bermobilisasi dan tidak mampu memenuhi kebutuhan *ADL* nya secara mandiri. Oleh karena itu klien 1 dan 2 membutuhkan waktu untuk proses rehabilitasi, beberapa hari, beberapa minggu, bahkan beberapa bulan untuk masa pemulihan.

Teori:

Hal ini sesuai dengan teori bahwa stroke dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik di karenakan adanya penyumbatan sehingga dapat merusak struktur di otak yang mengakibatkan defisit neurologis atau kelumpuhan (Melawati, 2019)

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Asuhan keperawatan pada klien *stroke* dengan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang. Asuhan Keperawatan pada klien 1 dilakukan pada tanggal 11 Maret 2022 pukul 15.50 WIB sampai 14 Maret 2022 pukul 17.00 WIB di ruang rawat unit stroke 2 dan asuhan keperawatan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 24 Mei 2022 pukul 13.50 WIB sampai 27 Mei 2022 pukul 17.00 WIB di ruangan unit stroke 1. Pada klien 1 dan 2 diberikan intervensi sesuai dengan teori dan fakta di lapangan disesuaikan dengan kondisi klien selama masa perawatan. Setelah dilakukan tindakan yang telah direncanakan tersebut, kondisi kedua klien menjadi lebih baik. Walaupun intervensi yang diberikan tidak semuanya berhasil, karena klien *stroke* membutuhkan waktu yang lama untuk masa pemulihan seperti terjadi peningkatan pemenuhan perawatan diri secara mandiri.

5.1.1 Pengkajian

Pada klien 1 menyampaikan keluhan berupa tangan dan kaki sebelah kiri terasa lemas dan sulit untuk digerakkan, sedangkan pada klien 2 menyampaikan keluhan berupa pengelihatannya ganda dan kabur, kedua klien aktivitas total dibantu oleh perawat. Data subjektif dan objektif pada klien 1 dan 2 sesuai dengan teori untuk dilakukan asuhan keperawatan defisit perawatan diri.

5.1.2 Diagnosa

Berdasarkan hasil pengkajian dari kedua klien penulis menemukan data subjektif dan objektif yang mendukung menegakan diagnose keperawatan, berdasarkan data tersebut pada klien 1 dan 2 ditegakan diagnosa keperawatan yang sama yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.

5.1.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan diagnose keperawatan yang telah ditegakan melalui pengkajian dan Analisa data, pada kedua klien telah disusun intervensi yang sama sesuai pada tinjauan teori yaitu 12 intervensi.

5.1.4 Implementasi Keperawatan

Berdasarkan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri, peneliti melakukan implementasi sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah direncanakan. pada klien 1 dan 2 dilakukan tindakan memonitor kemandirian dan kebutuhan kebersihan tubuh, memfasilitasi pemenuhan perawatan diri klien dan memenuhi kebutuhan *ADL* klien.

5.1.5 Evaluasi

Pada kedua klien telah dilakukan evaluasi selama 3 hari dan berdasarkan hasil evaluasi yang dilakukan, klien 1 didapatkan masalah belum teratasi semua dari 4 kriteria hasil yang sudah ditetapkan sedangkan pada klien 2 didapatkan masalah belum teratasi dan belum memenuhi 4 kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Lahan Penelitian

Hasil penelitian ini, dapat digunakan sebagai bahan dalam pemberian asuhan keperawatan dan bahan penyuluhan oleh perawat kepada klien dan keluarga yang dirawat di Rumah Sakit Panti Waluya Malang , bahwa faktor yang menyebabkan masalah defisit perawatan diri adalah ketidakmampuan klien untuk bermobilisasi akibat penurunan kekuatan otot, jika penurunan kekuatan otot dapat di atasi maka pemenuhan *ADL* secara mandiri dapat terpenuhi dan masalah defisit perawatan diri dapat teratasi.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa, sebelum mengikuti praktik klinik di Unit Stroke. Guna meningkatkan pengetahuan dan kompetensi mahasiswa dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien *stroke*, khususnya yang mengalami masalah defisit perawatan diri.

5.2.3 Bagi Peneliti Selanjutnya

Penulis berharap bagi peneliti selanjutnya diharapkan melanjutkan atau mengembangkan tentang penelitian “Asuhan Keperawatan Pada Klien *Stroke* dengan Masalah Defisit Perawatan Diri” dengan cara memberikan tidak hanya memberikan implementasi defisit perawatan diri pada klien tapi juga mengedukasi klien dan keluarga dalam melakukan pemenuhan perawatan diri sesuai dengan kondisi yang di alami oleh klien untuk mengatasi defisit perawatan diri pada klien *stroke* dengan lebih baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, W. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri: Makan/Minum* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Ari, A. I. (2021). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Cerebro Vascular Accident (STROKE) Dengan Masalah Risiko Konstipasi*
- Haryono, R & Utami, M, P, S. 2019. *Keperawatan Medikal Bedah 2*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Hutagaluh, M. S. (2019). *Panduan Lengkap Stroke: Mencegah, Mengobati dan Menyembuhkan*. Nusamedia.
- Infodatin. 2019. *Stroke : Don't be the One*. Diakses pada tanggal 29 Maret 2022 dari <https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-stroke-dont-be-the-one.pdf>
- Melawati, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Lansia Dengan Post Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda*
- Murtiningsih, D. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri; Mandi Di Rsud Dr Hardjono Ponorogo* (Universitas Muhammadiyah Ponorogo).
- Muttaqin, A. 2011. *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi asuhan keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika
- Nastiti, D. 2012. *Gambaran Faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke Rawat Inap di Rumah Sakit Krakatau Medika Tahun 2011*
- Ns Asri Kusyani, M. K., & Kep, N. B. A. K. M. 2022. *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa Dan Perawat Profesional*. guepedia.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta:Salemba Medika
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2016. *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.

- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2016. *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi1. Jakarta: DPP PPNI.
- Widyastuti, R. H., Handayani, F., & Eridani, D. (2019). *Buku Panduan Penatalaksanaan stroke*
- Wijaya, A.S &Putri, Y. M. 2013. *KMB II Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Yosep Iyus. (2013). *Keperawatan Jiwa (Edisi Revisi)*. Bandung: Pt Refika Aditama.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Studi Pendahuluan



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PANTI WALUYA MALANG

Jalan Yulius Usman No. 62 Malang – 65117 Telp (0341) 369003 Fax. 368737
Email : admin@stikespantiwaluya.ac.id, website : stikespantiwaluya.ac.id

Nomor : 052/III/2022/SPWM

Malang, 30 Maret 2022

Lamp. : - -

Hal : Studi Pendahuluan

Kepada
Yth. Direktur
RS. Panti Waluya Malang
Di - Tempat

Sehubungan dengan adanya persiapan Ujian Akhir Program Studi D-III Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang, maka setiap mahasiswa diwajibkan menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai bahan Ujian Akhir Program. Guna penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) tersebut, melalui surat ini kami hadapkan mahasiswa kami atas nama :

Nama : Neni Najwa Ramadani

N I M : 11190018

Kami mohon mahasiswa kami tersebut diatas diberikan ijin untuk mengambil data di Rekam Medik Rumah Sakit Panti Waluya Malang guna melengkapi data studi pendahuluan pada proposal KTI'nya. Adapun judul yang direncanakan untuk penyusunan Karya Tulis tersebut adalah :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang”

Demikian kiranya atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.

Ketua S.Kes,

Wibowo, S.Kep., Ners. M.Biomed

Tembusan Yth :

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Arsip

Lampiran 2 Jawaban Studi Pendahuluan



6 April 2022

Nomor : 1043/0693/DIK/RSPW/IV/2022
Lampiran : -
Hal : **Jawaban Studi Pendahuluan**

Kepada
Yth. Bapak Wibowo, S.Kep., Ns. M.Biomed
Ketua STIKes Panti Waluya Malang
Jl. Yulius Usman No. 62
Malang

Dengan hormat,

Memperhatikan surat Bapak tertanggal 30 Maret 2022, Nomor: 052/III/2022/SPWM,
Perihal: Studi Pendahuluan, bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui
permohonan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa STIKes Panti Waluya Malang atas
nama:

Nama : Neni Najwa Ramadani
NIM : 11190018

untuk melakukan mengambil data di unit Rekam Medik Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan
Malang dengan judul KTI (Karya Tulis Ilmiah) "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke
Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Panti Waluya
Malang**".

Untuk informasi lebih lanjut terkait pelaksanaannya dapat berkoordinasi dengan Ibu
Fitria Hayati, S.Kep. Ns selaku Kepala Diklat Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang
(081333173201).

Demikian kami sampaikan, atas perhatian serta kerja sama yang baik kami ucapkan
terima kasih.



dr. Lisa Setiawati, MMRS
Direktur

Lampiran 3 Ijin Penelitian



**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANTI WALUYA MALANG**

Jalan Yulius Usman No. 62 Malang – 65117 Telp (0341) 369003 Fax. 368737
Email : admin@stikespantiwaluya.ac.id, website : stikespantiwaluya.ac.id

Nomor: 019/IV/2022/SPWM

Malang, 18 April 2022

Lamp. : --

Hal : Ijin Penelitian

Kepada
Yth. Direktur
Rumah Sakit Panti Waluya Malang
Di Tempat

Dengan hormat

Kami sampaikan bahwa dalam persiapan Ujian Akhir Program Studi D-III Keperawatan STIKes Panti Waluya Malang, mahasiswa diwajibkan menyusun Karya Tulis Ilmiah (KTI) sebagai bahan Ujian Akhir Program, sehubungan dengan hal tersebut di atas, bersama ini kami hadapkan mahasiswa kami :

Nama : Neni Najwa Ramadani

NIM : 11190018

Kami mohon diberikan ijin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Panti Waluya Malang dengan Judul Penelitian :

“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang”

Sebagai informasi, mahasiswa telah menyerahkan Proposal Penelitian yang telah diseminarkan di STIKes Panti Waluya Malang sebagai syarat dimulainya penelitian.

Demikian kiranya atas perhatian dan kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih.


Ketua STIKes,

Wibowo, S.Kep., Ns., M.Biomed

Tembusan Yth :

1. Mahasiswa yang bersangkutan
2. Arsip

Lampiran 4 Jawaban Ijin Penelitian



25 April 2022

Nomor : 1168/0782/DIK/RSPW/IV/2022
Lampiran : -
Hal : **Jawaban Ijin Penelitian**

Kepada
Yth. Bapak Wibowo, S.Kep., Ns. M.Biomed
Ketua STIKes Panti Waluya Malang
Jl. Yulius Usman No. 62
Malang

Dengan hormat,

Memperhatikan surat Bapak tertanggal 18 April 2022, Nomor: 019/IV/2022/SPWM, Perihal: Ijin Penelitian, bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui permohonan untuk memberikan ijin kepada mahasiswa STIKes Panti Waluya Malang atas nama:

Nama : Neni Najwa Ramadani
NIM : 11190018

untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang dengan judul penelitian **"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang"**.

Untuk informasi lebih lanjut terkait pelaksanaannya dapat berkoordinasi dengan Ibu Fitria Hayati, S.Kep. Ns selaku Kepala Diklat Rumah Sakit Panti Waluya Sawahan Malang (081333173201).

Demikian kami sampaikan, atas perhatian serta kerja sama yang baik kami ucapkan terima kasih.



dr. Lisa Setiawati, MMRS
Direktur

Lampiran 5 Konsultasi Pembimbing 1

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien stroke dengan
 masalah Keperawatan defisit Perawatan diri
 NAMA : Nn. Najwa Kamadani
 NIM : 11190018
 DOSEN PEMB 1/2/3 : Ns .Ellia Ariesti M kep

NO	TANGGAL	KETERANGAN	TT PEMBIMBING
1	28 Maret 2022	Ganti judul	
2	19 Maret 2022	- Presentasi ma'lang tahun Cari yang baru - diagnosa di tambah dan SDKI - Perhatikan lagi pada bab masalah	
3	6 April 2022	- ACC	

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

JUDUL : Analisis kepatuhan Pada Pasien Stroke dengan masalah kepatuhan diet di Rumah Sakit Persewaja Malang

NAMA : Neni Najwa Ramadani

NIM : 1190018

DOSEN PEMB 1/2/3 : Ns. Elia Anesi M. kep.

NO	TANGGAL	KETERANGAN	TT PEMBIMBING
1.	5 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Memperbaiki gambaran lokasi pengambilan data - memperbaiki data di 150 dan di rumah pasien - Menurut kejadian marueta px ke rs - memperbaiki tabel evaluasi - memperbaiki Opini pada bagian pengisian dan evaluasi kepatuhan - memperbaiki pada bagian saran 	
2	7 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> - Konsultasi dan kti - ACC Ujuz Widang Yarnar Hasil 	
3	15 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> - konsultasi revisi kti - Pathway Stroke - memodifikasi profilus ke pada pengumpulan data sub 2 - menambahkan data subtektik pada sistem penelitian kti ke 1 - Melengkapi data pengumpulan secara kuantitatif - Perbarui data tabel kepatuhan diet di rumah sakit Persewaja Malang - Memperbaiki fluida bagian saran 	
4.	23 Juli 2022	<ul style="list-style-type: none"> - konsultasi kti dan narasumber - Pathway Stroke - data kepatuhan stroke kuantitatif 	

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

JUDUL : Peningkatan Efektivitas Perilaku Perilaku Siswa dengan melalui Representasi
 akibat Persepsi diri di antara Siswa pada waktu Asesing

NAMA : N.J.S. Nugroho R. Satrio

NIM : 11130018

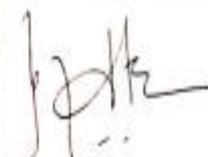
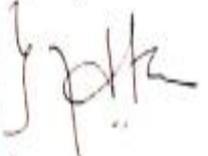
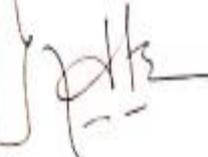
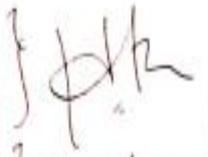
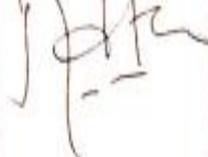
DOSEN PEMB 1/2/3 : Drs. X. S. Satrio M. Kep

NO	TANGGAL	KETERANGAN	TT PEMBIMBING
		<ul style="list-style-type: none"> - Menambahkan Perilaku kelaku hasil belajar ketapi pada wawancara - Menambahkan kean pada Perilaku - Menambahkan di uraian Perilaku 	 
		Acc. M. Satrio	

Lampiran 6 Konsultasi Pembimbing 2

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

JUDUL : Asuhan keperawatan Pada Pasien Stroke dengan masalah
keperawatan defisit perawatan diri
 NAMA : Neni Najwa Ramadani
 NIM : 11190018
 DOSEN PEMB 1/2/3 : NS Nunit Dwi Astuti, S.Kep., Mkes

NO	TANGGAL	KETERANGAN	TT PEMBIMBING
1	23 / 5 / 22	- Cari judul KTI - konsultasi KTI BAB 1, 2, 3 - ACC	
2	5 / 7 / 22	- konsultasi KTI BAB 4, 5 - bahasa asing dengan miring	
3	7 / 7 / 22	- konsultasi KTI BAB 1 - daftar pustaka - ditampok SAP & leaflet - ACC maju semhas	
4	15 / 7 / 22	- konsultasi revisi KTI - sesudah semhas	
5	28 / 7 / 22	- konsultasi revisi KTI - konsultasi manuskrip - ACC	

Lampiran 7 Konsultasi Pembimbing 3

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

JUDUL : Asuhan keperawatan pada Torsi Stroke dengan masalah
 perawatan desmit paravertebra dan
 NAMA : NANI WAJWA PARMADANI
 NIM : 11190018
 DOSEN PEMB 1/2/3 : DR. Joko Santoso, S.Kep

NO	TANGGAL	KETERANGAN	TT PEMBIMBING
1	30/3/22	<ul style="list-style-type: none"> - Riset BAB I - Revisi BAB II - Revisi BAB III - Perhatikan penulisan dan kata, tulisan asing - Lembar Balokang - Data dari UN RSPW - Tanda & Capla berisik - peramban dit - Babasan istilah - Penomoran Daftar isi 	 Joko S
2	5/3/22	<ul style="list-style-type: none"> - perhatikan penulisan. - Perhatikan nomorisasi - Babasan istilah di cet lagi. - Daftar tabel & Isi belum ada - perbaiki dan kuasai kasus dan teori - Silakan susun Draft 	 Joko S

3	12/4/2022	perhatian periksa dan panamarti - Kuasa berenti - Siapkan ambil sampel.	 Jng
---	-----------	--	--

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke dengan masalah
keperawatan deficit perawatan diri

NAMA : Anni Rizka Komadani

NIM : 11130018

DOSEN PEMB 1/2/3 : Jaka S

NO	TANGGAL	KETERANGAN	TT PEMBIMBING
	1/6/2021	Revisi <ul style="list-style-type: none"> - Karakteristik Perilaku - Status Kesehatan - Riwayat Kesehatan - Genogram - Data Patofisiologi - Patofisiologi Kesehatan - Pemeriksaan fisik - Pemeriksaan Diagnostik - Terapi pemberian obat - Analisa data - Intervensi Keperawatan - Implementasi Keperawatan - Evaluasi - Pembahasan - BAB V ? - Daftar pustaka 	 Jaka
	5/7/2022	Revisi <ul style="list-style-type: none"> - penulisan e pengeditan - pemeriksaan fisik - Analisa data - intervensi - implementasi - evaluasi - Leaflet ? 	 Jaka

	Silahkan konsultasi pembimbing 79 tahun	
--	--	--

LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

JUDUL : Asuhan Keperawatan Pada Pasien stroke dengan masalah
keperawatan Defisit Perawatan diri.

NAMA : Jeni Najwa Ramadani

NIM : 1190018

DOSEN PEMB 1/2/3 : Ns. Joto Santoso, S.kep

NO	TANGGAL	KETERANGAN	TT PEMBIMBING
6	8/7/2022	Acc Sidang	 Ns. Joto Santoso, S.kep
7	15/7/2022	Konsultasi revisi kti Acc kti	

SAP DEFISIT PERAWATAN DIRI

- Pokok Bahasan : perawatan diri.
- Subpokok Bahasan : Personal Hygiene pada pasien stroke
- Sasaran :
1. Keluarga Ny.p di Ruang Unit Stroke 2 Rumah Sakit Panti Waluya Malang
 2. Keluarga Ny.L di Ruang Unit Sroke 1 Rumah Sakit Panti Waluya Malang
- Waktu pertemuan : 16.00 – 16.45 WIB.
- Hari/tanggal : Senin, 14 Maret 2022 dan Jumat, 27 Mei 2022
- Tempat : Ruang Unit Stroke 1 dan 2 Rumah Sakit Panti Waluya Malang.
- Penyuluh : Neni Najwa Ramadani

A. Latar Belakang

Personal hygiene merupakan kebersihan diri yang harus dilakukan oleh setiap lansia yang mana kebersihan itu di mulai dari ujung rambut sampai ujung kaki, di antaranya dari kebersihan rambut, mata, telinga, hidung, mulut, gigi, kulit, kuku dan genital yang semuanya itu harus dijaga dan dibersihkan setiap hari agar terhindar dari serangan penyakit, selain itu agar tampak lebih bersih dan rapi .

B. TUJUAN

1. Tujuan Umum

Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 20 menit keluarga klien mampu mengetahui dan melakukan kebersihan perseorangan.

2. Tujuan Khusus

Setelah mengikuti proses penyuluhan selama 20 menit keluarga klien mampu menyebutkan dan melakukan :

- a. Pengertian personal hygiene
- b. Tujuan dilakukan personal hygiene
- c. Manfaat dilakukannya personal hygiene
- d. Cara melaksanakan personal hygiene yang baik dan benar kepada Pasien

C. Materi

Terlampir

D. Metode

Metode yang digunakan Ceramah dan Tanya Jawab

E. Media

Leaflet

F. Kriteria Evaluasi

1. Evaluasi Struktur

Penyelenggaraan penyuluhan dilaksanakan pada keluarga klien Ny. P dan Ny. L di ruang Unit Stroke 1 dan 2 Rumah Sakit Panti Waluya Malang..

2. Evaluasi Proses

- a. Keluarga Klien antusias terhadap materi penyuluhan.
- b. Keluarga Klien tidak meninggalkan tempat penyuluhan
- c. Keluarga Klien mengajukan pertanyaan dan menjawab pertanyaan secara benar.

3. Evaluasi Hasil

- a. Keluarga Klien mengetahui dan mampu menyebutkan kembali tentang manfaat dan pentingnya personal Hygiene.

G. Kegiatan Penyuluhan

	WAKTU	KEGIATAN PENYULUH	KEGIATAN PESERTA
1.	5 menit	<p>Pembukaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Salam pembuka (memperkenalkan diri dan kontrak waktu) 2. Menjelaskan tujuan penyuluhan 3. Menyebutkan materi yang akan disampaikan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab salam 2. Mendengarkan dan memperhatikan
2.	30 menit	<p>Pelaksanaan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjelaskan pengertian defisit perawatan diri 2. Menjelaskan jenis-jenis defisit perawatan diri 3. Menjelaskan penyebab perawatan diri 4. Menjelaskan dampak perawatan diri 5. Menjelaskan manfaat perawatan diri 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memperhatikan 2. Bertanya dan menjawab pertanyaan yang diajukan
3.	10 menit	<p>Evaluasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan kembali materi yang diberikan 2. Penyuluh menyimpulkan penjelasan yang telah diberikan <p>Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengucapkan terimakasih atas peran serta keluarga 2. Mengucapkan salam penutup 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menjawab pertanyaan yang diberikan penyuluh 2. Mendengarkan kesimpulan materi yang disampaikan 3. Menjawab salam

Lampiran Materi Penyuluhan

1. Pengertian Perawatan Diri

Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, *toileting* dan berhias (PPNI, 2016).

2. Jenis-jenis Defisit Perawatan diri

Menurut Yusuf (2015) terdapat beberapa jenis defisit perawatan diri sebagai berikut :

a. Kebersihan diri

Tidak ada keinginan untuk mandi secara teratur, pakaian kotor, bau badan, bau napas, dan penampilan tidak rapi.

b. Berdandan atau berhias

Kurangnya minat dalam memilih pakaian yang sesuai, tidak menyisir rambut, atau mencukur kumis.

c. Makan

Mengalami kesukaran dalam mengambil, ketidakmampuan membawa makanan dari piring ke mulut, dan makan hanya beberapa suap makanan dari piring.

d. Toileting

Ketidakmampuan atau tidak adanya keinginan untuk melakukan defekasi atau berkemih tanpa bantuan

3. Penyebab Defisit Perawatan Diri

Menurut Tarwoto dan Wartonah dalam Azizah (2016) penyebab kurang perawatan diri adalah sebagai berikut:

a. Faktor prediposisi

- 1) Perkembangan Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.
- 2) Biologis Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 3) Kemampuan realitas turun menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
- 4) Sosial Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri.

b. Faktor presipitasi

Yang merupakan faktor presipitasi defisit perawatan diri adalah kurang penurunan motivasi, kerusakan *kognisi* atau *perceptual*, cemas, lelah/lemah yang dialami individu sehingga menyebabkan individu kurang mampu melakukan perawatan diri. Faktor – faktor yang mempengaruhi *personal hygiene* adalah:

1) *Body Image*

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

2) Praktik Sosial

Pada anak – anak selalu dimanja dalam kebersihan diri, maka kemungkinan akan terjadi perubahan pola *personal hygiene*.

3) Status Sosial Ekonomi

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

4) Pengetahuan

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

5) Kebiasaan seseorang

Ada kebiasaan orang yang menggunakan produk tertentu dalam perawatan diri seperti penggunaan sabun, sampo dan lain – lain.

6) Kondisi fisik atau psikis

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

4. Dampak Defisit Perawatan Diri

Dampak yang sering timbul pada masalah *personal hygiene* adalah (Azizah,2016) :

a. Dampak fisik

Banyak gangguan kesehatan yang diderita seseorang karena tidak terpeliharanya 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.

5. Manfaat perawatan diri

Ada beberapa tujuan dalam personal hygiene menurut Yuni (2015), adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan
- b. Memelihara kebersihan diri
- c. Memperbaiki personal hygiene
- d. Pencegahan penyakit
- e. Meningkatkan percaya diri
- f. Menciptakan keindahan

Lampiran 9 Leafleat

DAMPAK

Dampak yang sering timbul pada masalah personal hygiene adalah (Azizah,2016) :

- a. Dampak fisik
- b. Dampak Psikososial



Manfaat Perawatan Diri

Ada beberapa tujuan dalam personal hygiene menurut Yuni (2015), adalah sebagai berikut:

- a. Meningkatkan derajat kesehatan
- b. Memelihara kebersihan diri
- c. Memperbaiki personal hygiene
- d. Pencegahan penyakit
- e. Meningkatkan percaya diri
- f. Menciptakan keindahan



Perawatan Diri

Oleh :
Neni Najwa Ramadani

PENYEBAB

- 1) Perkembangan Keluarga terlalu melindungi dan memanjakan klien sehingga perkembangan inisiatif terganggu.
- 2) Biologis Penyakit kronis yang menyebabkan klien tidak mampu melakukan perawatan diri.
- 3) Kemampuan realitas turun menyebabkan ketidakpedulian dirinya dan lingkungan termasuk perawatan diri.
- 4) Sosial Kurang dukungan dan latihan kemampuan perawatan diri lingkungannya. Situasi lingkungan mempengaruhi latihan kemampuan dalam perawatan diri

JENIS-JENIS DEFISIT PERAWATAN DIRI

Menurut Yusuf (2015) terdapat beberapa jenis defisit perawatan diri sebagai berikut :

- a. Kebersihan diri
- b. Berdandan atau berhias
- c. Makan
- d. Toileting



GREAT PLANING



DEFISIT PERAWATAN DIRI

Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, toileting dan berhias (PPNI, 2016).

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *STROKE*
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN DIRI
DI RUMAH SAKIT PANTI WALUYA MALANG**

Neni Najwa Ramadani, Ellia Ariesti, Nanik Dwi Astutik
Prodi D-III Keperawatan, STIKes Panti Waluya Malang
Email: neninajwakeren@gmail.com

ABSTRAK

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak akibat adanya *thrombosis*, *emboli* atau pecahnya pembuluh darah dalam otak yang menyebabkan kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, dan daya ingat sebagai akibat gangguan fungsi otak. Tujuan penelitian ini adalah melakukan asuhan keperawatan pada klien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Desain penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan 2 klien sebagai responden pada bulan Maret dan Mei 2022 di ruang unit *stroke* dengan lama perawatan selama 3 hari untuk setiap klien. Pada hasil pengkajian didapatkan data kedua klien mengalami defisit perawatan diri di buktikan dengan kedua klien tidak mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan yang sama, masalah defisit perawatan diri pada kedua klien belum teratasi dikarenakan kekuatan otot klien yang masih menurun sehingga klien tidak mampu bermobilisasi dan memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri. Tindakan keperawatan yang tepat pada masalah defisit perawatan diri yaitu dengan dukungan perawatan diri sehingga pasien secara bertahap mampu memenuhi kebutuhan ADL nya secara mandiri

Kata Kunci: *Stroke*; Defisit perawatan diri.

ABSTRACT

Stroke is a brain function disorder caused by circulatory disorders of the brain due to thrombosis, embolism or rupture of blood vessels in the brain which cause paralysis of the limbs, speech disorders, thought processes, and memory as a result of the disorder. The function of brain. The purpose of this study was to carry out nursing care for stroke clients with nursing problems with self-care deficits. The design of this study used a case study method with 2 clients as respondents in March and May 2022 in the stroke unit room with 3 days of treatment for each client. In the results of the study, it was found that the data of both clients experienced a self-care deficit, as evidenced by both clients being unable to meet their self-care needs independently. After doing the same nursing action, the problem of self-care deficit in both clients has not been resolved because the client's muscle strength is still decreasing so that the client is unable to mobilize and meet his/her self-care needs independently. Appropriate nursing action on the problem of self-care deficit is

with self-care support so that patients are gradually able to meet their ADL needs independently

Keywords: Stroke; self-care deficit

PENDAHULUAN

Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Gangguan peredaran darah pada otak ini dapat terjadi akibat adanya *thrombosis*, *emboli* atau pecahnya pembuluh darah dalam otak yang dapat menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berfikir, daya ingat dan bentuk-bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Mutaqin, 2011).

Menurut Data *World Stroke Organization* (2018) menunjukkan bahwa setiap tahunnya ada 13,7 juta kasus baru *stroke*, Sekitar 70% penyakit *stroke* dan 87% kematian dan kelumpuhan akibat *stroke*. Menurut Thomas (2021) pada wilayah Asia terjadinya *stroke iskemik* sebesar 17% dan *hemoragic* 33 %, berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2018 prevalensi *stroke* meningkat dibandingkan tahun 2013 dari 7% menjadi 10,9% atau diperkirakan sebanyak 2.120.362 orang. Di Jawa Timur sendiri prevelensi pasien

stroke pada tahun 2018 adalah 12,4%. Angka kejadian penyakit *stroke* di RS Panti Waluya Malang pada tahun 2021 sebanyak 199 pasien (Rekam Medis RS Panti Waluya Malang, 2021).

Pada pasien *stroke* yang mengalami gangguan *musculoskeletal* atau kelemahan akan mengalami kesulitan untuk menyelesaikan aktivitas secara mandiri karena melemahnya kekuatan otot, sehingga pasien mengalami defisit perawatan diri. Menurut PPNI,SDKI (2016) Defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan individu untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri seperti mandi, berpakaian, makan, *toileting* dan berhias secara mandiri.

Pada bulan Desember 2021 saat melakukan praktek klinik di Rumah Sakit Panti Waluya Malang penulis menemukan fenomena dimana terdapat pasien *stroke* dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri. Pasien tersebut mengalami permasalahan dalam melakukan perawatan diri seperti makan dan minum sehingga ada yang di pasang NGT untuk memenuhi kebutuhan makan/minum nya, ada

juga yang harus di bantu menyuap, tidak mampu ke kamar mandi sehingga ada yang menggunakan *pampers* atau *underpad*, dan juga pasien *stroke* yang tidak mampu mengganti pakaiannya sendiri sehingga perlu pendampingan orang lain dalam memenuhi perawatan dirinya.

Menurut PPNI SIKI (2016) pada klien dengan gangguan defisit perawatan diri dapat diterapkan intervensi dukungan perawatan diri yang bertujuan untuk memfasilitasi pemenuhan kebutuhan perawatan diri. Peran perawat dalam intervensi ini adalah untuk mengidentifikasi, memotivasi dan juga memberikan edukasi pada klien maupun keluarga dengan defisit perawatan diri sehingga klien/keluarga mampu memenuhi kebutuhan perawatan dirinya secara mandiri. Oleh karena itu berdasarkan data di atas penulis memilih judul karya tulis ilmiah Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Stroke* Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri sebagai judul penelitian penulis.

METODE

Studi kasus dalam penelitian ini

menggambarkan dan menginterpretasikan kasus pada Klien *stroke* dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri menggunakan data sekunder di Rumah Sakit Panti Waluya Malang, maka dijabarkan oleh penulis kriteria klien sebagai berikut:

4. Pasien di diagnosa *stroke* dan diagnosa medis lainnya.
5. Pasien dengan kesadaran *composmentis*
6. Pasien dengan nilai ketergantungan menurut *bathel indeks* adalah ketergantungan ringan-berat dengan skor (8-12).
7. Pasien dengan penurunan kekuatan otot 3-0
8. Pasien tidak mampu memenuhi kebutuhan *ADL* nya secara mandiri
9. Klien bersedia menjadi partisipan

Pada penelitian ini yang menjadi responden adalah 2 pasien ibu *stroke* yaitu Ny. P, 81 tahun, dan Ny. L, 70 tahun dengan masalah defisit perawatan diri. Studi kasus bertempat di Rumah Sakit Panti Waluya Malang, diruang rawat inap dewasa pada bulan Maret dan Mei 2022. Pada klien 1 dilakukan pada tanggal 11

Maret 2022 - 14 Maret 2022 di ruang rawat unit stroke 2 dan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 24 Mei 2022 - 27 Mei 2022 di ruangan unit stroke 1.

HASIL

Pada studi kasus ini didapatkan hasil sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pada klien 1 didapatkan data bahwa klien berjenis kelamin perempuan, usia 81 tahun, pendidikan SLA dan sebagai ibu rumah tangga. Klien di diagnosa medis stroke thrombosis. Setelah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala yang menunjukkan *Cerebral atrophy Infarct hemi cerebri dextra/sinistra*. Awalnya klien mengatakan badannya tiba-tiba lemah terutama pada ekstremitas sebelah kiri. Saat pengkajian didapatkan data: GCS:456, kesadaran composmentis, kekuatan otot:

kanan kiri

5	4
5	4

TTV: TD:153/71 mmHg,
Nadi:104x/mnt, Suhu:36,3C,
RR:26x/mnt, Di dapatkan hasil pemeriksaan saraf: N VII: lidah jatuh ke kiri.

klien mengatakan masih merasa lemas terutama bagian tubuh sebelah kiri, ADL klien dibantu keseluruhan oleh keluarga dan perawat, skor indeks bathel 7 (ketergantungan berat)

Pada klien 2 didapatkan data bahwa klien berjenis kelamin perempuan, usia 70 tahun, pendidikan SLA dan merupakan seorang ibu rumah tangga. Klien di diagnosa medis stroke trombosis. Setelah dilakukan pemeriksaan CT-Scan kepala yang menunjukkan *Cerebral atrophy, Infarct hemi cerebri sinistra*. Awalnya klien klien mengeluhkan pandangan matanya menjadi ganda. Saat pengkajian didapatkan data: GCS:456, kesadaran composmentis, bicara pelo (-), kekuatan otot

kanan kiri

3	5
3	5

TTV: TD:183/88 mmHg,
Nadi:83x/mnt, Suhu:36C,
RR:20x/mnt, SpO2:98%. Di dapatkan hasil pemeriksaan saraf: N II, III, IV & VI: Kelopak

mata normal, diameter pupil 2mm isokor, reflek cahaya +/+, pandangan klien ganda dan kabur
Klien mengatakan pengelihatannya masih ganda, ADL klien dibantu keseluruhan oleh keluarga dan perawat, skor indeks bathel 7 (ketergantungan berat)

2. Diagnosa

Berdasarkan data hasil pengakajian maka dapat ditegakkan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler

3. Intervensi Keperawatan

Pada kedua klien telah ditetapkan rencana keperawatan yang sesuai dengan tinjauan pustaka yaitu: bina hubungan saling percaya dengan prinsip komunikasi terapeutik., monitor tingkat kemandirian, monitor kebersihan tubuh, identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia, sediakan lingkungan terapeutik yang aman dan nyaman, damping melakukan perawatan diri sampai mandiri, buka pakaian untuk memudahkan perawatan

bersihan diri (jika perlu), jaga privasi klien, lakukan oral higine sebelum makan, fasilitasi klien untuk mandi,berpakaian,dan berhias, jadwalkan rutinitas perawatan diri, anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai anjuran

4. Implementasi Keperawatan

Pada kedua klien telah dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan namun ada beberapa intervensi yang tidak dapat dilakukan karena kondisi klien yang tidak memungkinkan.

5. Evaluasi Keperawatan

Pada hari ketiga evaluasi keperawatan didapatkan kedua klien masih belum memenuhi semua kriteria hasil yang telah ditetapkan.

PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Penulis menemukan data dua klien stroke, kedua klien mengalami kelemahan otot pada bagian ekstremitas atas dan

ekstremitas bawah. Pada klien 1 kelemahan otot terjadi pada ekstremitas atas sebelah kiri dengan skala 4 dan ekstremitas bawah sebelah kiri dengan skala 4, sedangkan pada klien 2 kelemahan otot terjadi pada ekstremitas atas sebelah kanan dengan skala 3 dan ekstremitas bawah sebelah kanan dengan skala 3. Klien stroke yang mengalami kelemahan pada ekstremitas akan mengakibatkan kesulitan dalam melakukan mobilisasi sehingga klien akan kesulitan untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri secara mandiri yang menyebabkan terjadinya masalah defisit perawatan diri. Pengkajian pada klien 1 dan 2 berdasarkan pada teori bahwa *Stroke iskemik* disebabkan oleh terganggunya pendarahan otak berupa *obstruksi* atau sumbatan yang menyebabkan otak kekurangan suplai oksigen dan terjadi pendarahan. Sumbatan tersebut dapat disebabkan oleh *trombus* (bekuan) yang terbentuk di dalam pembuluh otak atau pembuluh organ selain otak. *Stroke* ini

ditandai dengan kelemahan atau *hemiparesis*, nyeri kepala, mual muntah, pandangan kabur, dan *disfagia* (Asri, 2022)

2. Diagnosa

Pada kedua klien ditegakkan diagnosa keperawatan defisit perawatan diri dengan etiologi gangguan neuromuskuler, hal ini sesuai dengan teori diagnosa keperawatan defisit perawatan diri pada SDKI (PPNI, 2016) .

3. Intervensi Keperawatan

Pada kedua klien telah ditetapkan 12 intervensi keperawatan dukungan perawatan diri, intervensi tersebut bertujuan untuk memfasilitasi klien dalam melakukan perawatan diri sehingga kebutuhan perawatan diri klien dapat terpenuhi, intervensi yang diambil sesuai dengan intervensi dari diagnosa defisit perawatan diri pada SIKI (PPNI, 2016) dan di sesuaikan dengan kondisi klien.

4. Implementasi Keperawatan

Pada kedua klien telah dilakukan implementasi keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah

direncanakan. Implementasi keperawatan pada kedua klien dilakukan sesuai dengan kondisi klien dan dilakukan dalam bentuk tindakan keperawatan. Setelah klien diberikan implementasi sesuai dengan kebutuhan klien, pada klien 1 kebutuhan perawatan klien dapat terpenuhi, hanya saja klien masih belum bisa melakukan *ADL* secara mandiri di karenakan klien mengatakan dirinya masih lemas dengan kekuatan otot: 5544, sedangkan pada klien 2 setelah dilakukan implementasi kebutuhan perawatan klien dapat terpenuhi, namun klien terlihat kesulitan melakukan *ADL* secara mandiri di karenakan klien mengatakan penglihatan nya masih kabur dan ganda serta kekuatan otot klien :3355, hal ini sesuai dengan teori implementasi merupakan tahap dimana perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan sebelumnya (Nursalam, 2013).

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari masalah keperawatan defisit perawatan diri pada klien 1 dan 2 belum teratasi. klien 1 didapatkan masalah belum teratasi semua dari 4 kriteria hasil yang sudah ditetapkan sedangkan pada klien 2 didapatkan masalah belum teratasi dan belum memenuhi 4 kriteria hasil yang sudah ditetapkan Hal ini di pengaruhi oleh faktor usia lanjut dan stroke yang di alami klien sehingga terjadi penurunan fungsi saraf dan penurunan kekuatan otot tubuh, akibatnya klien menjadi tidak bisa bermobilisasi dan tidak mampu memenuhi kebutuhan *ADL* nya secara mandiri. Hal ini sesuai dengan teori bahwa stroke dapat mengakibatkan gangguan mobilitas fisik di karenakan adanya penyumbatan sehingga dapat merusak struktur di otak yang mengakibatkan defisit neurologis atau kelumpuhan (Melawati, 2019). Oleh karena itu klien 1 dan 2 membutuhkan waktu untuk proses rehabilitasi,

beberapa hari, beberapa minggu, bahkan beberapa bulan untuk masa pemulihan

KESIMPULAN

pada klien *stroke* dengan defisit perawatan diri di Rumah Sakit Panti Waluya Malang. Asuhan Keperawatan pada klien 1 dilakukan pada tanggal 11 Maret 2022 pukul 15.50 WIB sampai 14 Maret 2022 pukul 17.00 WIB di ruang rawat unit stroke 2 dan asuhan keperawatan pada klien 2 dilakukan pada tanggal 24 Mei 2022 pukul 13.50 WIB sampai 27 Mei 2022 pukul 17.00 WIB di ruangan unit stroke 1. Pada klien 1 dan 2 diberikan intervensi sesuai dengan teori dan fakta di lapangan disesuaikan dengan kondisi klien selama masa perawatan. Setelah dilakukan tindakan yang telah direncanakan tersebut, kondisi kedua klien menjadi lebih baik. Walaupun intervensi yang diberikan tidak semuanya berhasil, karena klien *stroke* membutuhkan waktu yang lama untuk masa pemulihan seperti terjadi peningkatan pemenuhan perawatan diri secara mandiri..

UCAPAN TERIMA KASIH

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Panti Waluya Malang yang telah mengizinkan menggunakan fasilitas sarana dan prasarana dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Rumah Sakit Panti Waluya Malang yang telah memberikan izin untuk mengambil data di tempat praktik guna penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Infodatin. 2019. *Stroke : Don't be the One*. Diakses pada tanggal 29 Maret 2022 dari <https://pusdatin.kemkes.go.id/download.php?file=download/pusdatin/infodatin/infodatin-stroke-dont-be-the-one.pdf>
- Melawati, M. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Lansia Dengan Post Stroke Non Hemoragik Di Panti Sosial Tresna Werdha Nirwana Puri Samarinda*.
- Muttaqin, A. 2011. *Gangguan Gastrointestinal: Aplikasi asuhan keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: Salemba Medika
- Ns Asri Kusyani, M. K., & Kep, N. B. A. K. M. 2022. *Asuhan Keperawatan Stroke Untuk Mahasiswa Dan Perawat Profesional*. guepedia.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2016. *Standart Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2016. *Standart Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI