



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE ISKEMIK  
PADA Ny. K DAN Tn. N DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN  
DIRI DI RUANG MELATI RSUD  
Dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh :  
**Ega Muklasin**  
**NIM 152303101065**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE ISKEMIK  
PADA Ny. K DAN Tn. N DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN  
DIRI DI RUANG MELATI RSUD  
Dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh :  
**Ega Muklasin**  
**NIM 152303101065**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucap puji syukur kehadiran Allah SWT, Laporan Tugas Akhir ini penulis persembahkan untuk:

1. Bapak Matali dan Ibu Juwarti serta seluruh keluarga yang telah mendoakan, memberikan dukungan serta dana untuk terselesaikannya proposal ini.
2. Mas Choirul Nasihin dan Mbak Lutviatul Hasanah yang telah memberikan motivasi dan memberikan tambahan dana juga dalam hidup penulis;
3. Seluruh civitas akademika yang telah memberikan fasilitas, dukungan dan motivasi untuk terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini.

**MOTO**

“Apapun yang kita pikirkan dan kita yakini, maka hal itu akan terjadi”  
“Waktu memang tidak riil. Tetapi, jangan lupa bahwa karena waktu adalah implikasi dari perubahan”

Sumber:

Patuwo, C., 2016. *The Power of Self-Awareness*. Jakarta: PT Elex Media Komputindo.

Sahab, I., 2007. *Beragama Dengan Akal Jernih*. Jakarta: PT Serambi Ilmu Semesta.

**PERNYATAAN**

Dengan ini saya,

Nama Mahasiswa : Ega Muklasin

NIM : 152303101065

Menyatakan bahwa laporan kasus saya yang berjudul:

“Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. K dan Tn. N Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

1. Disusun oleh saya sendiri
2. Tidak menggunakan karya tulis orang lain baik sebagian maupun keseluruhan, kecuali yang secara tertulis diakui dalam Laporan Tugas Akhir ini dan disebutkan dalam daftar referensi.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa tekanan dari siapapun. Jika dikemudian hari terbukti adanya pelanggaran atas pernyataan tersebut diatas, maka saya bersedia mendapatkan sanksi akademis.

Lumajang, 20 Mei 2018

Yang menyatakan,



Ega Muklasin  
NIM 152303101065

LAPORAN TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN STROKE ISKEMIK  
PADA Ny. K DAN Tn. N DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN DEFISIT PERAWATAN  
DIRI DI RUANG MELATI RSUD  
Dr. HARYOTO LUMAJANG  
TAHUN 2018**

Oleh

**Ega Muklasin  
NIM 152303101065**

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Indriana Noor Istiqomah S.Kep., Ns, M.Kep.  
NIP 197205191997032003

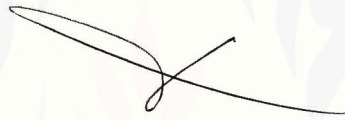
**PENGESAHAN**

Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. K dan Tn. N Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, Tanggal : Senin, 2 Juli 2018

Tempat : Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember

Ketua Penguji,



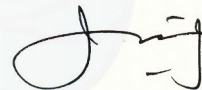
ACHLISH ABDILLAH, S.ST, M.Kes.  
NIP. 19720323 200003 1 003

Anggota I,

Anggota II,



Eko Prasetya W., S.Kep.Ners.M.Kep  
NRP. 760017255



Indriana Noor I. S.Kep., Ners, M.Kep  
NIP. 19720519 199703 2 003

Mengesahkan,

Koordinator Program Studi

D3 Keperawatan Universitas Jember



Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.  
NIP 19650629 198703 2 008



## RINGKASAN

**Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. K dan Tn. N Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018;** Ega Muklasin; 152303101065; 2018; 114 halaman; Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Kejadian stroke di Indonesia meningkat sebesar 8,3% dari tahun 2007, menjadi 12,1% di tahun 2013, sedangkan prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Stroke terjadi ketika aliran darah pada lokasi tertentu di otak terganggu sehingga suplai oksigen juga terganggu (Tarwoto, 2013) dan menyebabkan kematian jaringan pada otak (Septiyani, 2016). Lokasi pada daerah yang kekurangan oksigen menjadi rusak dan menimbulkan gejala defisit neurologis. Gangguan motorik yang sering terjadi dapat berupa hemiplegi atau hemiparesis, yaitu sebesar 88%. Hemiplegi atau hemiparesis mempengaruhi seluruh aktivitas penderita. Hal ini dapat menurunkan kemampuan aktifitas fungsional individu dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti perawatan diri, sehingga muncul masalah keperawatan defisit perawatan diri. Salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi masalah tersebut adalah tindakan terapi fisik atau fisioterapi seperti ROM.

Metode yang digunakan pada penyusunan tugas akhir ini adalah metode laporan kasus. Pengumpulan data dilakukan terhadap dua orang pasien Stroke Iskemik yang memenuhi kriteria partisipan, dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi. Intervensi keperawatan yang dilakukan kepada partisipan yang mengalami defisit perawatan diri adalah bantuan perawatan diri dan ditunjang dengan tindakan mandiri keperawatan yaitu terapi fisik (ROM).

Hasil yang didapatkan oleh penulis setelah melakukan bantuan perawatan diri yang ditunjang dengan tindakan keperawatan mandiri terapi fisik (ROM) adalah kekuatan otot ekstremitas pasien meningkat pada hari ketiga, pasien mampu dalam melakukan aktifitas fungsional seperti mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi meskipun hanya sebagian aktifitas yang tercapai. Terlepas dari hal tersebut tindakan bantuan perawatan diri dan terapi fisik (ROM) terbukti dapat meningkatkan kemampuan aktifitas fungsional pasien dengan masalah defisit perawatan diri.

Dari hasil tersebut, diharapkan tindakan terapi fisik (ROM) dapat diterapkan sebagai intervensi keperawatan pada masalah defisit perawatan diri. Tindakan terapi fisik (ROM) akan menunjukkan hasil lebih optimal ketika dilakukan setiap hari selama 20-30 menit. Oleh karena itu, kepada peneliti lebih lanjut diharapkan memperhatikan hal tersebut pada penelitian selanjutnya.



## SUMMARY

**The Nursing Care of Ischemic Stroke Patient on Ny. K and Tn. N with The Problem of Nursing: Self-Care Deficits at Melati Room of RSUD Dr. Haryoto Lumajang 2018;** Ega Muklasin; 152303101065; 2018; 114 page; Faculty of Nursing Universitas Jember.

The incidence of stroke in Indonesia is increasing from 8,3% in 2007 to 12,1% in 2013, while based on health personnel diagnosis, the prevalence of stroke in Indonesia is 7 per mile and who were diagnosed by health or symptomatic personnel is 12.1 per mile. Stroke occurs when blood flow at certain areas in the brain is disrupted until the oxygen supply inside is also disrupted (Tarwoto, 2013) and cause the brain tissue inactive (Septiyani, 2016). The lack oxygen of areas of brain is damaged and cause symptoms of neurological deficits. Motor disorders often occurring in the brain could be hemiplegi or hemiparesis, about 88%. Hemiplegi or hemiparesis affects all patient activities. These could decrease the ability of individual functional activities in fulfilling daily needs such as self-care, with the results that self-care deficit nursing problems found. One of the nursing interventions which could be conducted to reduce the problem is the physical therapy or physiotherapy such as ROM.

The method applied in compiling this report was case report method. Data collection was carried on two patients. Ischemic stroke which fulfill the participant criteria, i.e. interview, observation, physical examination, and documentation study. Nursing intervention conducted to participants who experienced self-care deficits was self-care assistance supported by self-care measures namely physical therapy (ROM).

The result obtained by author after doing self-care assistance with physical therapy (ROM) was the ability of the patient's extremity muscle increasing on the third day, patients were able to act functional activities like bathing, dressing, eating, and elimination even though few parts of the activities were achieved. In addition, self-care and physical therapy (ROM) measures had been shown to improve the functional ability of patients with the above problems. From the results, it is supposed physical therapy (ROM) could be applied as nursing intervention on self-care deficit problems. Physical therapy (ROM) will show more optimal results if it is applied during 20-30 minutes every day. Therefore, the future authors are expected to concern on that matter.

## PRAKATA

Dengan memanjatkan puji syukur kehadiran Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik Pada Ny. K dan Tn. N Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri Di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes., selaku dekan fakultas keperawatan Universitas Jember
3. Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember
4. Indriana Noor Istiqomah S.Kep., Ns, M.Kep dan MUSVIRO S.Kep., Ners selaku pembimbing tugas akhir dan pembimbing akademik yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis.
5. Achlish Abdillah, S.ST, M.Kes. dan Eko Prasetya W., S.Kep.Ners.M.Kep selaku penguji
6. Kedua orang tua dan semua pihak yang telah memberikan dukungan, motivasi serta sarana untuk membantu penulis menyelesaikan Tugas akhir ini.

Diharapkan laporan tugas akhir ini dapat memberi manfaat. Selain itu, penulis membutuhkan kritik dan saran yang membangun demi penyempurnaan Laporan Tugas Akhir.

Lumajang, 20 Mei 2018

Penulis

DAFTAR ISI

Halaman Judul Laporan Tugas Akhir .....	i
Halaman Sampul Laporan Tugas Akhir.....	ii
Persembahan .....	iii
Moto .....	iv
Pernyataan .....	v
Halaman Pembimbing.....	vi
Pengesahan.....	vii
Ringkasan.....	viii
Summary.....	ix
Prakata.....	x
Daftar Isi .....	xi
Daftar Gambar .....	xiii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Lampiran.....	xv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan Penulisan .....	4
1.4 Manfaat Penulisan .....	4
1.4.1 Bagi Penulis.....	4
1.4.2 Bagi Rumah Sakit RSUD Dr. Haryoto Lumajang .....	4
1.4.3 Bagi Keluarga dan Pasien .....	4
1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan .....	4
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>5</b>
2.1 Konsep Stroke .....	5
2.1.1 Definisi Stroke Iskemik.....	5
2.1.2 Klasifikasi.....	5
2.1.3 Etiologi .....	5
2.1.4 Pemeriksaan Penunjang.....	8
2.1.5 Patofisiologi .....	12
2.1.6 Manifestasi Klinis .....	15
2.1.7 Penatalaksanaan .....	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan .....	20
2.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	20
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	30
2.2.3 Intervensi Keperawatan (Wilkinson J. M., 2016) .....	33
2.2.5 Implementasi .....	43
2.2.6 Evaluasi .....	43
<b>BAB 3 METODE PENULISAN.....</b>	<b>46</b>
3.1 Desain Penulisan .....	46
3.2 Batasan Istilah .....	46
3.3 Partisipan.....	47
3.4 Lokasi dan Waktu.....	48
3.5 Pengumpulan Data .....	48
3.6 Uji Keabsahan Data.....	49

3.7	Analisa Data .....	49
3.8	Etika Penulisan .....	50
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>		<b>52</b>
4.1	Gambaran Lokasi Pengambilan Data.....	52
4.2	Hasil Dan Pembahasan.....	52
4.2.1	Pengkajian.....	52
4.2.2	Daftar dan Prioritas Diagnosa.....	79
4.2.3	Penyusunan Rencana Keperawatan.....	80
4.2.4	Implementasi Keperawatan.....	85
4.2.5	Evaluasi Keperawatan.....	93
<b>BAB 5 PENUTUP.....</b>		<b>98</b>
5.1	Kesimpulan.....	98
5.1.1	Pengkajian.....	98
5.1.2	Diagnosa.....	98
5.1.3	Intervensi.....	98
5.1.4	Implementasi.....	99
5.1.5	Evaluasi.....	99
5.2	Saran.....	99
5.2.1	Bagi Penulis Selanjutnya.....	99
5.2.2	Bagi Rumah Sakit.....	99
5.2.3	Bagi Pasien.....	100
5.2.4	Bagi Pengembang Ilmu Keperawatan.....	100
<b>DAFTAR PUSTAKA.....</b>		<b>101</b>

**DAFTAR GAMBAR**

Gambar2.1 Patofisiologi Stroke Infark..... 14



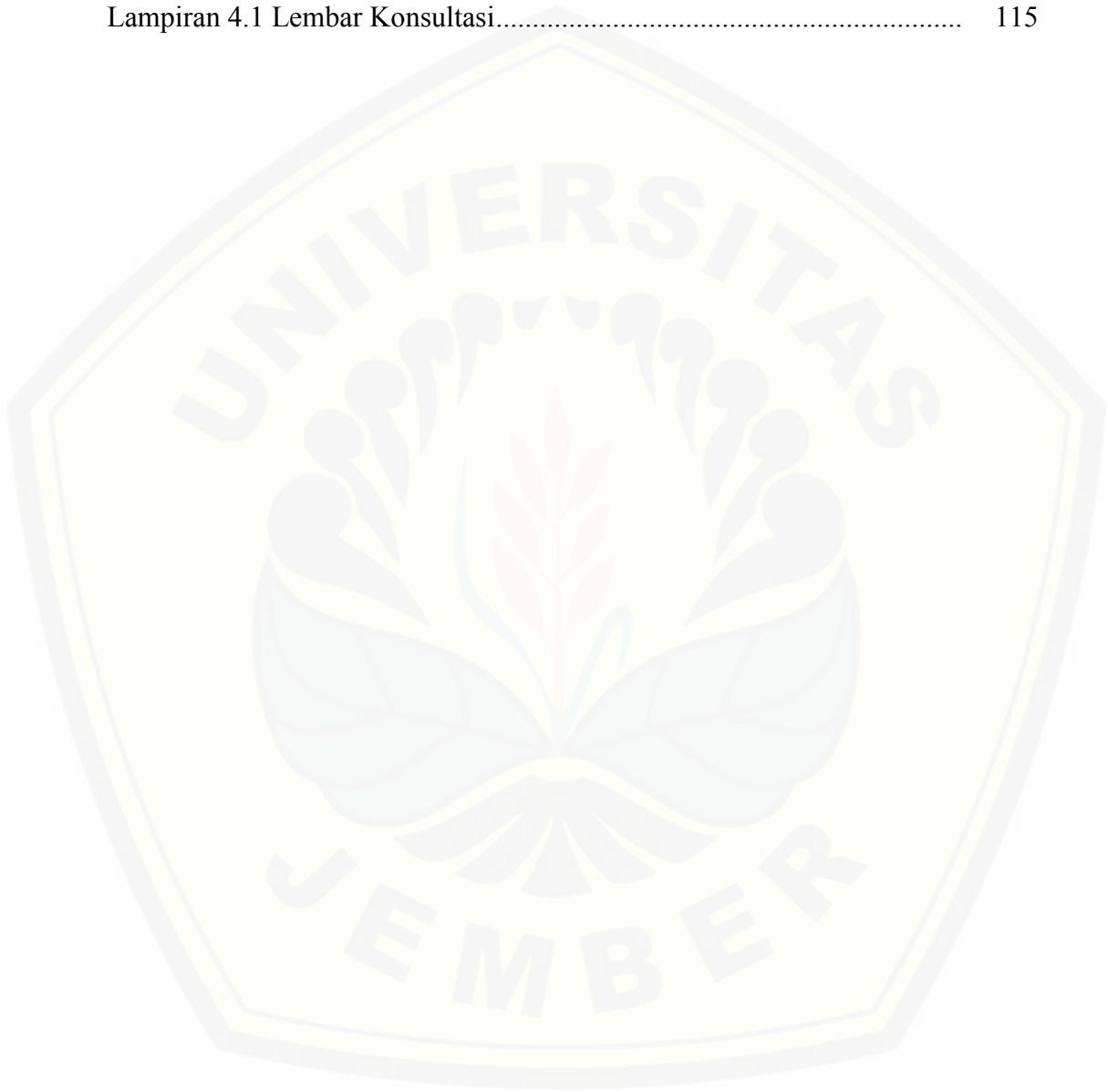
**DAFTAR TABEL**

Tabel 2.1 Kadar Elektrolit dalam Serum.....	10
Tabel 2.2 Tingkat Kesadaran dengan Menggunakan GCS .....	25
Tabel 2.3 Penilaian Kekuatan Otot .....	28
Tabel 4.1 Identitas Partisipan CVA .....	52
Tabel 4.2 Identitas Penanggung Jawab Partisipan CVA.....	53
Tabel 4.3 Keluhan Utama dan RPS Partisipan CVA .....	54
Tabel 4.4 Riwayat Penyakit Masa Lalu dan Keluarga Partisipan CVA .....	56
Tabel 4.5 Pola Persepsi dan Tatalaksana Kesehatan Partisipan CVA .....	58
Tabel 4.6 Pola Nutrisi dan Metabolik Partisipan CVA.....	58
Tabel 4.7 Pola Eliminasi Partisipan CVA.....	59
Tabel 4.8 Pola Tidur dan Istirahat Partisipan CVA .....	61
Tabel 4.9 Pola Aktifitas dan Kebersihan Diri Partisipan .....	62
Tabel 4.10 Pola Persepsi dan Pengetahuan Partisipan CVA .....	63
Tabel 4.11 Pola Interpersonal peran & Persepsi Konsep Diri Partisipan ...	64
Tabel 4.12 Pola Reproduksi dan Seksual Partisipan.....	66
Tabel 4.13 Pola Penanggulangan stres dan Tata nilai Partisipan CVA .....	66
Tabel 4.14 Keadaan Umum dan Tanda Vital Partisipan CVA .....	67
Tabel 4.14 Pemeriksaan Sistem Wicara, THT, Pendengaran, & Endokrin Partisipan CVA .....	69
Tabel 4.15 Sistem pernapasan, Pencernaan, Kardiovaskuler, dan Genitourinari Partisipan CVA.....	70
Tabel 4.16 Sistem Persarafan Partisipan CVA .....	72
Tabel 4.17 Sistem Muskuloskeletal dan Integumen Partisipan CVA .....	73
Tabel 4.18 Hasil Pemeriksaan Diagnostik Partisipan CVA.....	74
Tabel 4.19 Pemberian Terapi Pada Partisipan CVA.....	76
Tabel 4.20 Analisa Data .....	76
Tabel 4.21 Daftar Diagnosa Keperawatan Defisit Perawatan Diri .....	79
Tabel 4.22 Penyusunan Rencana Keperawatan .....	80
Tabel 4.23 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 1.....	87
Tabel 4.24 Implementasi Keperawatan Pada Pasien 2.....	90
Tabel 4.25 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 1.....	94
Tabel 4.26 Evaluasi Keperawatan Pada Pasien 2.....	95



**DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 3.1 Informed Consent .....	107
Lampiran 3.2 Jadwal Penelitian .....	109
Lampiran 3.3 Surat Permohonan Ijin Pengambilan Data.....	110
Lampiran 3.4 Surat Ijin Penyusunan Karya Tulis Ilmiah .....	111
Lampiran 3.5 Surat Ruang Melati.....	112
Lampiran 3.6 Leaflet.....	113
Lampiran 4.1 Lembar Konsultasi.....	115





## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Mukherjee melaporkan bahwa dalam 20 tahun terakhir terlihat peningkatan beban stroke terjadi secara global. WHO mengestimasi peningkatan jumlah pasien stroke di beberapa negara Eropa sebesar 1,1 juta pertahun pada tahun 2000, menjadi 1,5 juta pertahun pada tahun 2025 (Ghani, Mihardja, & Delima, 2016). Di Amerika Serikat didapatkan 700.000 orang mengalami stroke baru atau berulang tiap tahunnya (Kabi, Tumewah, & Kembuan, 2015). Menurut Yastroki (2012) dalam Reslina, A. & Armenia (2015) saat ini Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia, dan keempat di dunia setelah India, Cina dan Amerika. Stroke semakin meningkat dan merupakan penyebab kematian serta kecacatan tertinggi di Indonesia (Ghani, Mihardja, & Delima, 2016). Terdapat kira-kira dua juta orang pasien stroke yang mampu bertahan hidup mengalami kecacatan. Sekitar 40% dari mereka memerlukan bantuan dalam melakukan aktivitas sehari-hari [Smeltzer (2001) dalam Mare (2015)].

Kejadian stroke di Indonesia meningkat sebesar 8,3% dari tahun 2007, menjadi 12,1% di tahun 2013 (Humam & Lisiswanti, 2015). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kemenkes (2013) prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7 per mil dan yang terdiagnosis tenaga kesehatan atau gejala sebesar 12,1 per mil. Prevalensi stroke berdasarkan diagnosis Nakes tertinggi terdapat di Sulawesi Utara (10,8‰), diikuti DI Yogyakarta (10,3‰), Bangka Belitung dan DKI Jakarta masing-masing 9,7 per mil. Prevalensi Stroke berdasarkan terdiagnosis nakes dan gejala tertinggi terdapat di Sulawesi Selatan (17,9‰), DI Yogyakarta (16,9‰), Sulawesi Tengah (16,6‰), diikuti Jawa Timur sebesar 16 per mil. Sedangkan angka kejadian stroke di Ruang Melati RSUD Lumajang mulai bulan Januari sampai April tahun 2018 mencapai sebesar 106 orang (Rekam Medik Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang).

Stroke atau *Cerebrovaskular Acciden* (CVA) dapat ditemukan pada semua golongan umur, sebagian besar dapat ditemukan pada usia diatas 55 tahun. Insiden stroke pada usia 80-90 tahun adalah 300 per 10.000 per penduduk, dimana mengalami peningkatan 100 kali lipat dibandingkan dengan insiden stroke pada usia 30-40 tahun sebesar 3 per 10.000 penduduk (Bustan, 2007 dalam Chrisna & Martini, 2016). Sementara itu, prevalensi stroke menurut kelompok jenis kelamin didapatkan terbanyak pada kelompok laki-laki, yaitu 7,1 per 1000 penduduk dibandingkan perempuan, yaitu 6,8 per 1000 penduduk (Risikesdas, 2013 dalam Rizki, 2016).

Stroke merupakan penyakit yang menyerang siapapun dengan kejadian sangat mendadak dan merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan neurologi (Tarwoto, 2013). Terdapat 2 jenis stroke menurut Septiyani (2016), yaitu *stroke haemorrhagic* dan *stroke non haemorrhagic* (iskemik). Sekitar 85% dari semua kejadian stroke adalah stroke iskemik (Sujatmiko, 2011).

Stroke iskemik disebabkan oleh adanya penyumbatan akibat gumpalan aliran darah, baik sumbatan itu karena trombosis atau embolik di bagian otak (Black & Hawks, 2014). Stroke terjadi ketika aliran darah pada lokasi tertentu di otak terganggu sehingga suplai oksigen juga terganggu (Tarwoto, 2013) dan menyebabkan kematian jaringan pada otak (Septiyani, 2016). Lokasi pada daerah yang kekurangan oksigen menjadi rusak dan menimbulkan gejala. Tipe dan beratnya defisit neurologik mempunyai gejala-gejala yang bervariasi tergantung dari bagian-bagian otak yang terkena. Kekurangan oksigen dalam otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Keadaan iskemia yang relatif pendek/cepat dan dapat pulih kembali disebut transient ischemic attacks (TIAs). Selama periode anoxia (tidak ada oksigen) metabolisme otak cepat terganggu. Sel otak akan mati dan terjadi perubahan permanen antara 3-10 menit (Tarwoto, 2013).

Menurut Rizki (2016) stroke dapat memberikan dampak berupa gangguan gerak pada penderitanya, yaitu berupa kelumpuhan sebelah badan (hemiplegia). Pada stroke fase akut, gangguan motorik yang terjadi dapat berupa hemiplegi atau hemiparesis, yaitu sebesar 88%.

Hemiplegia merupakan karakteristik stroke yang muncul di tingkat *hemicorpus* yang berlawanan dengan lokasi lesi otak yang ditandai dengan

ketidakmampuan untuk bergerak (Septiyani, 2016). Hemiplegia merupakan penyebab kecacatan jangka panjang utama pada pasien stroke, sehingga hal ini dapat mempengaruhi seluruh aktivitas dari penderita (Andaka, 2013 dalam Rizki, 2016). Hal ini akan menurunkan kemampuan aktifitas fungsional individu dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari seperti perawatan diri, sehingga menyebabkan pasien stroke menjadi tergantung terhadap orang lain (Septiyani, 2016). Menurut Tarwoto (2013) ketidakmampuan melakukan aktivitas sehari-hari/ADL (*Activity Daily Living*) dan hemiparesis merupakan salah satu batasan karakteristik masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri. Masalah keperawatan Defisit perawatan diri itu sendiri meliputi: mandi, berhias, makan, dan eliminasi.

Defisit perawatan diri adalah keadaan ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan aktivitas perawatan diri [Carpenito (2007) dalam Iswahyuni, Rejo, & Ridwan, (2015)]. Seseorang yang tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, secara psikologis akan membuatnya menjadi tertekan, kecewa, frustrasi dengan ketidakmampuannya melakukan aktivitas sehari-hari, akibatnya seorang penderita stroke menjadi sensitif secara emosi, dan perilaku mereka akan menjadi sedikit berubah (Chrisna & Martini, 2016).

Oleh karena itu, pada pasien stroke iskemik yang mengalami masalah keperawatan defisit perawatan diri perlu dilakukan intervensi. Intervensi keperawatan yang bisa diterapkan meliputi: kaji kemampuan ADL pasien, anjurkan pasien untuk melakukan sendiri perawatan dirinya jika mampu, berikan umpan balik positif atas usaha pasien, pertahankan dukungan, sikap tegas, beri cukup waktu untuk menyelesaikan tugas pada pasien, bantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADL pasien jika pasien tidak mampu (Tarwoto, 2013).

Selain itu intervensi mandiri keperawatan lainnya yang dapat dilakukan adalah dengan terapi fisik. Terapi fisik dilakukan untuk mengembalikan fungsi fisik dan mencegah terjadinya komplikasi, seperti kelumpuhan, kontraktur, atropi dan kehilangan tonus otot. Terapi fisik yang dapat diberikan yaitu mobilisasi. Mobilisasi ini sangat penting dalam rehabilitasi karena dapat meningkatkan kekuatan otot, jantung dan pengembangan paru. Di samping itu pasien juga akan merasakan adanya kemandirian dalam perawatan dirinya. Kegiatan mobilisasi

diantaranya berpindah tempat dari tempat tidur ke kursi roda, berlatih berjalan dengan penyangga dll (Tarwoto, 2013). Menurut penelitian Rosdiana Wildani & Wirastuti (2010) terapi fisik/fisioterapi dapat memengaruhi seseorang untuk mencapai kekuatan otot ekstremitas dalam aktivitas kehidupan sehari-hari.

Berdasarkan latar belakang di atas penulis tertarik untuk mengeksplorasi lebih jauh penelitian “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pasien Stroke iskemik pada Ny. K dan Tn. N dengan masalah defisit perawatan diri di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018?

## **1.3 Tujuan**

Untuk mengeksplorasi pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien Stroke iskemik dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri Ruang Melati RSUD Dr.Haryoto Lumajang Tahun 2018.

## **1.4 Manfaat Penulisan**

### **1.4.1 Bagi Penulis**

Memberikan pengalaman praktik laporan kasus tentang asuhan keperawatan pasien Stroke iskemik dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri secara lebih komprehensif.

### **1.4.2 Bagi Rumah Sakit RSUD Dr. Haryoto Lumajang**

Hasil penelitian diharapkan dapat digunakan sebagai informasi dan bahan masukan tentang intervensi keperawatan pada pasien Stroke iskemik dengan defisit perawatan diri.

### **1.4.3 Bagi Pasien**

Karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat sebagai informasi bagi pasien untuk meningkatkan kemandirian dalam melakukan aktivitas perawatan dirinya secara mandiri melalui asuhan keperawatan stroke iskemik dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri.

#### 1.4.4 Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan

Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya konsep atau teori terkait dengan laporan kasus asuhan keperawatan pasien Stroke iskemik dengan masalah





## BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Konsep Stroke

#### 2.1.1 Definisi stroke iskemik

Stroke atau *cerebrovaskular accident* (CVA) merupakan sindrom klinis dengan gejala gangguan fungsi otak secara fokal dan atau global yang berlangsung 24 jam atau lebih dan dapat mengakibatkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam tanpa penyebab lain kecuali gangguan pembuluh darah otak [WHO, 1983 dalam (Tarwoto, 2013)].

Stroke iskemik (infark) adalah hilangnya fungsi otak secara mendadak akibat gangguan suplai darah ke bagian otak (Brunner & suddarth, 2013).

#### 2.1.2 Klasifikasi Stroke Iskemik

##### a. Serangan Iskemik Sepintas (*Transient Ischemic Attack - TIA*)

TIA merupakan tampilan peristiwa berupa episode-episode serangan sesaat dari suatu disfungsi serebral fokal akibat gangguan vaskuler, dengan lama serangan sekitar 2-15 menit sampai paling lama 24 jam.

##### b. Defisit Neurologis Iskemik Sepintas (*Reversible Ischemic Neurology Deficit-RIND*)

Gejala dan tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih lama dari 24 jam dan kemudian pulih kembali (dalam jangka waktu kurang dari tiga minggu)

##### c. *In Evolutional* atau *Progressing Stroke*

Gejala gangguan neurologis yang progresif dalam waktu enam jam atau lebih.

##### d. Stroke komplet (*Completed Stroke/Permanent Stroke*)

Gejala gangguan neurologis dengan lesi-lesi yang stabil selama periode waktu 18-24 jam, tanpa adanya progresivitas lanjut (Ariani, 2013).

#### 2.1.3 Penyebab dan Faktor Resiko

Aliran darah ke otak bisa menurun dengan beberapa cara. Iskemia terjadi ketika suplai darah ke bagian dari otak terganggu atau tersumbat total.

Kemampuan bertahan yang utama pada jaringan otak yang iskemik bergantung pada lama waktu kerusakan ditambah dengan tingkatan gangguan dari metabolisme otak. Iskemia biasanya terjadi karena trombosis atau embolik. Stroke yang terjadi karena trombosis lebih sering terjadi dibandingkan karena embolik (Black & Hawks, 2014).

a. Penyebab stroke

1) Trombosis

Trombus bisa terjadi di semua bagian sepanjang arteri karotik atau pada cabang-cabangnya. Bagian yang biasa terjadi penyumbatan adalah pada bagian yang mengarah pada percabangan karotid utama ke bagian dalam dan luar dari arteri karotid. Stroke karena trombosis adalah tipe yang paling sering terjadi pada orang dengan diabetes.

2) Embolisme

Sumbatan pada arteri serebral yang disebabkan oleh embolus menyebabkan stroke embolik. Embolus yang paling sering terjadi adalah plak. Gumpalan darah yang sangat kecil terbentuk dalam atrium kiri dan bergerak menuju jantung dan masuk ke dalam sirkulasi serebral. Pompa mekanik jantung buatan memiliki permukaan yang lebih kasar dibandingkan otot jantung yang normal dan dapat juga menyebabkan peningkatan risiko terjadinya penggumpalan. Sumber-sumber penyebab emboli lainnya adalah tumor, lemak, bakteri, dan udara. Emboli bisa terjadi pada seluruh bagian pembuluh darah serebral. Kejadian emboli pada serebral meningkat bersamaan dengan meningkatnya usia.

3) Penyebab lain

Spasme arteri serebral yang disebabkan oleh infeksi. Menurunkan aliran darah ke arah otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang menyempit. Spasme yang berdurasi pendek tidak selamanya menyebabkan kerusakan otak yang permanen.

Kondisi hiperkoagulasi adalah kondisi terjadi penggumpalan yang berlebihan pada pembuluh darah yang bisa terjadi pada kondisi kekurangan protein C dan protein S, serta gangguan aliran gumpalan darah yang menyebabkan terjadinya stroke trombosis dan stroke iskemik. Tekanan pada pembuluh darah serebral bisa disebabkan oleh tumor, gumpalan darah yang besar, pembengkakan pada jaringan



otak, perlukaan pada otak, atau gangguan lain. Namun, penyebab-penyebab tersebut jarang terjadi pada kejadian stroke (Black & Hawks, 2014).

b. Faktor resiko stroke

1) Tidak dapat dimodifikasi

- a) Usia : makin bertambah usia resiko stroke makin tinggi, hal ini berkaitan dengan elastisitas pembuluh darah.
- b) Jenis kelamin : laki-laki mempunyai kecenderungan lebih tinggi.
- c) Ras dan keturunan : stroke lebih sering ditemukan pada kulit putih.

(Tarwoto, Wartonah, & Suryati, 2007)

2) Dapat dimodifikasi (Brunner & suddarth, 2013)

a) Hipertensi

Hipertensi merupakan faktor risiko stroke yang potensial. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Apabila pembuluh darah otak pecah, maka timbullah perdarahan otak dan apabila pembuluh darah otak menyempit, maka aliran darah ke otak akan terganggu dan sel-sel otak akan mengalami kematian.

- b) Fibrilasi atrial
- c) Hiperlipidemia
- d) Obesitas

Obesitas merupakan faktor risiko terjadinya penyakit jantung.

e) Merokok

Merokok merupakan faktor risiko utama untuk terjadinya infark jantung.

f) Diabetes

Diabetes melitus mampu menebalkan dinding pembuluh darah otak yang berukuran besar. Menebalnya dinding pembuluh darah otak akan menyempitkan diameter pembuluh darah tadi dan penyempitan tersebut kemudian akan mengganggu kelancaran aliran ke otak, yang pada akhirnya akan menyebabkan infark sel-sel otak.

- g) Stenosis karotid asimtomatik dan penyakit katup jantung (mis., endokarditis, katup jantung prostesis).

h) Penyakit periodontal.

#### 2.1.4 Pemeriksaan Penunjang

##### a. Pemeriksaan diagnostik (Muttaqin, 2012)

###### 1) Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskular.

###### 2) Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemorragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial. Peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya proses inflamasi. Hasil pemeriksaan likuor merah biasanya dijumpai pada perdarahan yang masif, sedangkan perdarahan yang kecil biasanya warna likuor masih normal (xantokrom) sewaktu hari-hari pertama.

###### 3) CT scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia, dan posisinya secara pasti. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan hiperdensi fokal, kadang pematatan terlihat di ventrikel, atau menyebar ke permukaan otak.

###### 4) MRI

MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) menggunakan gelombang magnetik untuk menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik.

###### 5) USG Doppler

Untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis).

###### 6) EEG

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak.

##### b. Pemeriksaan Laboratorium (Muttaqin, 2011)

###### 1) Pemeriksaan Absolut

###### a) Hitung jenis darah lengkap.

Meliputi eritrosit, hematokrit, hemoglobin, dan leukosit.

b) Kadar elektrolit serum.

Elektrolit serum dapat memengaruhi prognosis klien dengan gangguan serebri pada setiap kondisi apapun. Natrium serum mencerminkan keseimbangan cairan relatif. Secara umum, hiponatremia menunjukkan kekurangan cairan. Kalsium sangat penting untuk koagulasi darah dan aktivitas neuromuskular.

c) Glukosa serum.

Glukosa serum harus dipantau karena kebanyakan klien disfungsi serebri juga menderita diabetes melitus. Glukosa serum sedikit meningkat pada keadaan stres akibat mobilisasi epinefrin endogen yang menyebabkan konversi glikogen hepar menjadi glukosa.

d) Masa perdarahan.

Masa perdarahan merupakan pemeriksaan terhadap keadaan vaskular, jumlah, dan fungsi trombosit. Nilai normal berkisar 2 sampai 9,5 menit. Masa perdarahan memanjang memberikan makna klinis pada trombositopenia, terapi antikoagulan, dan uremia.

e) Masa pembekuan.

Masa pembekuan merupakan penilaian mekanisme kemampuan pembekuan (waktu yang diperlukan darah untuk memadatkan bekuan). Normalnya 6-12 menit dan memanjang pada defisiensi faktor pembekuan yang berat, terapi antikoagulasi yang berlebihan dan memendek pada terapi kortikosteroid.

f) *Prothrombine time* (PT).

PT merupakan penilaian lama pembekuan secara ekstrinsik (proses pembekuan bisa dengan jalan [jalur] instrinsik dan ekstrinsik). Normalnya 11-16 menit, memanjang pada defisiensi faktor VII, X, dan fibrinogen, penyakit hati yang berat, *Disseminated intravascular coagulation* (DIC) dan defisiensi vitamin K.

g) *Activated partial thromboplastin time* (APPT).

APPT merupakan penilaian jalan pembekuan secara instrinsik. Normalnya 26-42 menit, memanjang pada defisiensi faktor VIII-XII dan fibrinogen, penyakit hati yang berat, DIC, dan defisiensi vitamin K.

Tabel 2.1 Kadar Elektrolit dalam Serum

Elektrolit	Plasma	Intestisial	Intraselular
Na	145 mEq/l	143 mEq/l	14 mEq/l
Cl	100 mEq/l	110 mEq/l	-
HCO <sub>3</sub>	27 mEq/l	27 mEq/l	10 mEq/l
K	4 mEq/l	4 mEq/l	150 mEq/l
Ca	5 mEq/l	5 mEq/l	-
Mg	3 mEq/l	3 mEq/l	28 mEq/l
PO <sub>4</sub>	3 mEq/l	3 mEq/l	113 mEq/l
SO <sub>4</sub>	1 mEq/l	1 mEq/l	-
Protein	16 mEq/l	2 mEq/l	74 mEq/l

Sumber: Perry dan Potter, *Shock: Comprehensive Nursing Management*, St. Louis: Mosby Company (1983) dalam Muttaqin (2011).

## 2) Pemeriksaan Rutin

### a) Profil lemak darah.

Meliputi pemeriksaan kolesterol total, trigliserida, dan lipoprotein diukur untuk mengevaluasi risiko aterosklerotik serebri, khususnya bila ada riwayat keluarga yang positif, atau untuk mendiagnosis abnormalitas lipoprotein tertentu. Kolesterol serum total yang meningkat di atas 200 mg/ml merupakan prediktor peningkatan risiko stroke atau emboli serebri.

### b) Low density lipoprotein (LDL).

LDL adalah lipoprotein utama pengangkut kolesterol dalam darah yang terlibat dalam proses terjadinya emboli atau trombosis serebri. LDL menjadi aterogenik setelah mengalami proses modifikasi, yakni melalui proses oksidasi.

### c) Enzim jantung.

Analisa enzim jantung dalam plasma merupakan bagian dari profil diagnostik yang berhubungan dengan trombosis atau emboli serebri yang meliputi riwayat, gejala, dan elektrokardiogram untuk mendiagnosis infark miokard. Enzim dilepaskan dari sel bila sel mengalami cedera dan membrannya pecah. Kebanyakan enzim tidak spesifik dalam hubungannya dengan organ tertentu yang rusak.

d) *Creatinin Kinase (CK)*.

CK adalah enzim yang dianalisis untuk mendiagnosis infark jantung akut dan merupakan enzim pertama yang meningkat. Gangguan serebri juga dihubungkan dengan nilai kadar CK dan CK-MB total abnormal.

3) Pemeriksaan Tambahan

a) *C-Reactive Protein (CRP)*.

CRP secara normal ada dalam serum manusia dalam jumlah yang kecil. Peningkatan kadar CRP non spesifik akan tetapi merupakan pertanda respon fase akut yang sensitif terhadap senyawa infeksius, stimulus imunologis, kerusakan jaringan, dan inflamasi akut lain. Peningkatan kadar CRP yang menetap terjadi pada inflamasi kronis meliputi penyakit autoimun dan malignansi. Inflamasi kronis merupakan komponen yang penting dalam perkembangan dan progresi aterosklerosis. Kadar CRP berhubungan juga dengan disfungsi endotel.

b) Hormon tiroid (T3 dan T4).

T3 dan T4 berpotensi untuk memberikan aksi pada peningkatan kadar ketokolamin (norepinefrin dan epinefrin) dengan efek dapat meningkatkan denyut jantung dan isi sekuncup.

### 2.1.5 Patofisiologi

Infark serebral adalah berkurangnya suplai darah ke area tertentu di otak. Luasnya infark bergantung pada faktor-faktor seperti lokasi dan besarnya pembuluh darah dan adekuatnya sirkulasi kolateral terhadap area yang disuplai oleh pembuluh darah yang tersumbat. Suplai darah ke otak dapat berubah (makin lambat atau cepat) pada gangguan lokal (trombus, emboli, perdarahan, dan spasme vaskular) atau karena gangguan umum (hipoksia karena gangguan paru dan jantung). Aterosklerosis sering sebagai faktor penyebab infark pada otak. Trombus dapat berasal dari plak arterosklerotik, atau darah dapat beku pada area stenosis, tempat aliran darah mengalami pelambatan atau terjadi turbulensi.

Trombus dapat pecah dari dinding pembuluh darah terbawa sebagai emboli dalam aliran darah. Trombus mengakibatkan iskemia jaringan otak yang disuplai oleh pembuluh darah yang bersangkutan dan edema dan kongesti di sekitar area.



Area edema ini menyebabkan disfungsi yang lebih besar daripada area infark itu sendiri. Edema dapat berkurang dalam beberapa jam atau mulai menunjukkan perbaikan. Oleh karena trombosis biasanya tidak fatal, jika tidak terjadi perdarahan masif. Oklusi pada pembuluh darah serebral oleh embolus menyebabkan edema dan nekrosis diikuti trombosis. Jika terjadi septik infeksi akan meluas pada dinding pembuluh darah maka akan terjadi abses atau ensefalitis, atau jika sisa infeksi berada pada pembuluh darah yang tersumbat menyebabkan dilatasi aneurisma pembuluh darah. Hal ini akan menyebabkan perdarahan serebral.

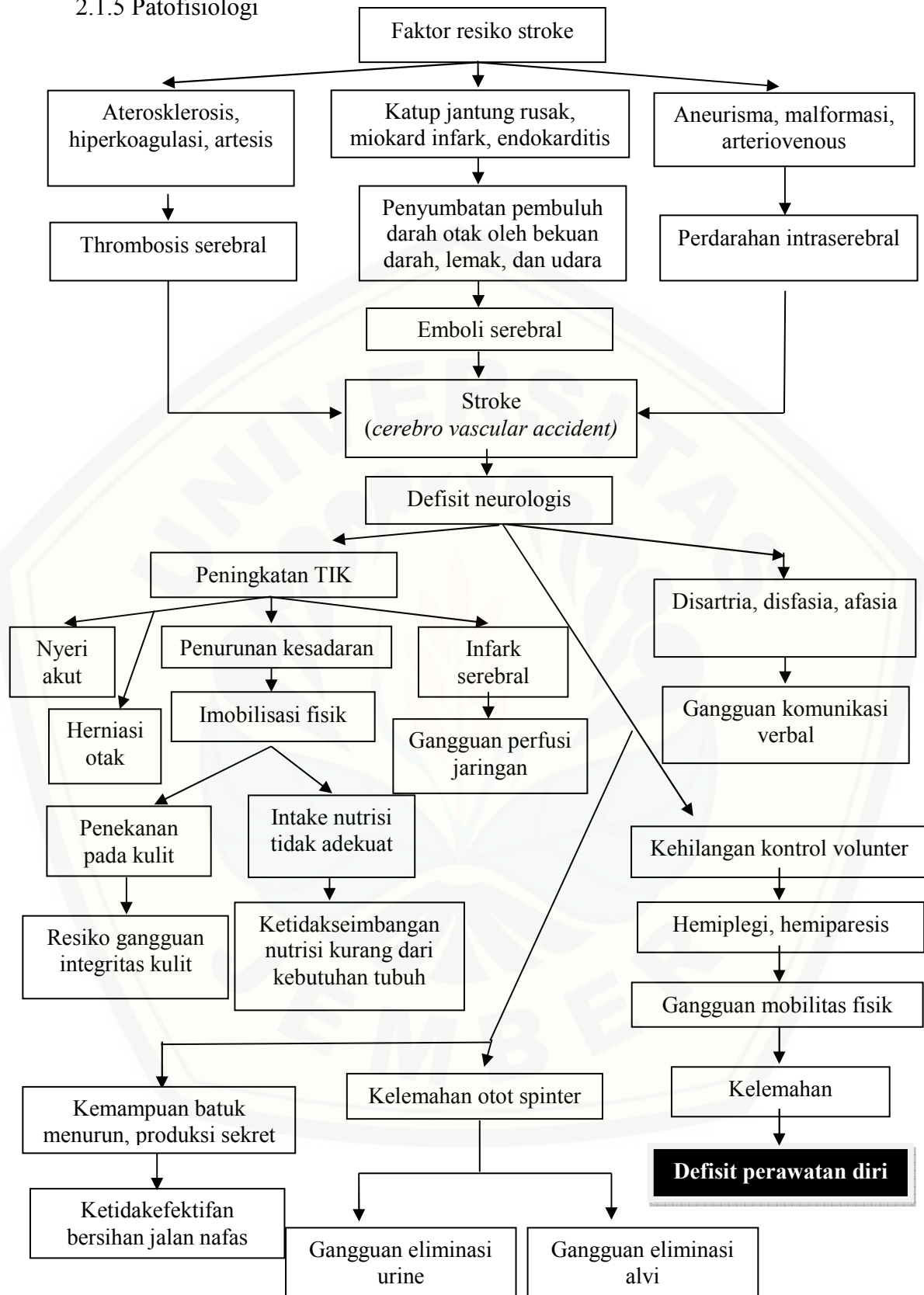
Perdarahan pada otak disebabkan oleh ruptur arteriosklerotik dan hipertensi pembuluh darah. Perdarahan intraserebral yang sangat luas akan vaskular, karena perdarahan yang luas terjadi destruksi massa otak, peningkatan tekanan intrakranial dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak pada falk serebri atau lewat foramen magnum.

Kematian dapat disebabkan oleh kompresi batang otak, hemisfer otak, dan perdarahan batang otak sekunder atau ekstensi perdarahan ke batang otak. Perembesan darah ke ventrikel otak terjadi pada sepertiga kasus perdarahan otak di nukleus kaudatus, talamus, dan spons.

Jika sirkulasi serebral terhambat, dapat berkembang anoksia serebral. Perubahan yang disebabkan oleh anoksia serebral dapat reversibel untuk waktu 4-6 menit. Perubahan irreversibel jika anoksia lebih dari 10 menit. Anoksia serebral dapat terjadi oleh karena gangguan yang bervariasi salah satunya henti jantung.

Selain kerusakan parenkim otak, akibat volume perdarahan yang relatif banyak akan mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi otak serta gangguan drainase otak. Elemen-elemen vasoaktif darah yang keluar dan kaskade iskemik akibat menurunnya tekanan perfusi, menyebabkan saraf di area yang terkena darah dan sekitarnya tertekan lagi. (Muttaqin, 2012)

2.1.5 Patofisiologi



Gambar 2.1 Patofisiologi Stroke Infark (Muttaqin, 2008)



### 2.1.6 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala umum mencakup kebas atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki (terutama pada satu sisi tubuh); kebingungan/konfusi atau perubahan status mental; sulit berbicara atau memahami pembicaraan; gangguan visual; kehilangan keseimbangan, pening, kesulitan berjalan, atau sakit kepala berat secara mendadak (Brunner & suddarth, 2013).

#### a. Kehilangan motorik

- 1) Hemiplegia, hemiparesis
- 2) Paralisis kulai (lemah) dan kehilangan atau penurunan refleks tendon dalam manifestasi awal dilanjutkan dengan setelah 48 jam kemunculan kembali refleks tendon dalam dan secara abnormal meningkatnya tonus otot (spastisitas) (Brunner & Suddarth, 2013).

#### b. Kehilangan komunikasi

- 1) Disartria (sulit bicara)
- 2) Disfasia (gangguan berbicara) atau afasia (kehilangan kemampuan berbicara)
- 3) Apraksia (ketidakmampuan untuk melaksanakan tindakan yang telah dipelajari sebelumnya) (Brunner & suddarth, 2013).

#### c. Gangguan persepsi dan kehilangan sensori

- 1) Disfungsi persepsi-visual (hemianopia homonimus [kehilangan setengah bagian lapang dada])
- 2) Gangguan dalam hubungan spasial-visual (mempersiapkan hubungan antara dua objek atau lebih dalam area yang renggang), sering kali terlihat pada pasien dengan kerusakan hemisfer kanan
- 3) Kehilangan sensori: sedikit gangguan dalam merasakan sentuhan atau lebih berat dengan hilangnya propriosepsi; kesulitan dalam memutus stimulus visual, taktil, dan pendengaran (Brunner & suddarth, 2013).

#### d. Gangguan efek kognitis dan psikologis

- 1) Kerusakan lobus frontal: kemampuan belajar, memori, atau fungsi intelektual kortikal lain yang lebih tinggi dapat terganggu. Disfungsi tersebut mungkin direfleksikan dalam terbatasnya rentang perhatian, kesulitan dalam membuat kesimpulan, pelupa, dan kurang motivasi.

- 2) Depresi, masalah psikologis lain: labilitas emosional, permusuhan, frustrasi, kemarahan, dan kehilangan kerja sama. (Brunner & suddarth, 2013)

#### 2.1.7 Penatalaksanaan

##### a. Penatalaksanaan Medis (Harsono, 2016)

Dibedakan pada fase akut dan pasca fase akut.

- 1) Fase akut (hari ke 0-14 sesudah onset penyakit)
  - a) Sasaran pengobatan: menyelamatkan neuron yang menderita jangan sampai mati; dan agar proses patologik lainnya yan menyertai tak mengganggu/mengancam fungsi otak.
  - b) Tindakan dan obat yang diberikan haruslah menjamin perfusi darah ke otak tetap cukup, tidak justru berkurang. karena itu dipelihara fungsi optimal:
    - (1) Respirasi: jalan napas harus bersih dan longgar,
    - (2) Jantung: harus berfungsi baik, bila perlu pantau EKG
    - (3) Tekanan darah : dipertahankan pada tingkat optimal, dipantau jangan sampai menurunkan perfusi otak
    - (4) Kadar gula yang tinggi pada fase akut, tidak diturunkan dengan drastis, lebih-lebih pada penderita dengan diabetes melitus lama.
    - (5) Bila gawat atau koma, balans cairan, elektrolit, dan asam basa darah harus dipantau

Penggunaan obat untuk memulihkan aliran darah dan metabolisme otak yang menderita, di daerah iskemi (*ischemic pneumbra*) masih menimbulkan perbedaan pendapat. Obat-obat itu antara lain:

- c) Anti-edema otak:
  - (1) Gliserol 10 % per infus, 1 gr/kg BB/hari dalam 6 jam.
  - (2) Kortikosteroid : yang banyak digunakan, deksametason, ddengan bolus 10-20 mg i.v., diikuti 4-5 mg/ 6 jam selama beberapa hari, lalu diturunkan pelan-pelan (*tapering off*), dan dihentikan setelah fase akut berlalu.
- d) Anti-agregasi trombosit:

yang umum dipakai : asam asetil salisilat (ASA), seperti aspirin, aspilet dll, dengan dosis rendah : 80-300 mg/hari
- e) Anti koagulansia: misalnya heparin.

f) Lain-lain:

- (1) Trombolisin (tobokinase) masih dalam uji coba,
- (2) Obat-obat (baru) seperti pentoksifilin, sitikolin, kofergokrin-mesilat, pirasetam, dan akhir-akhir ini *calcium-entry-blocker* selektif; telah digunakan pada stroke nonhemoragik, dan masih sedang dan terus dalam penelitian dan pengkajian

2) Fase pasca akut

Setelah fase akut berlalu, sasaran pengobatan dititikberatkan pada tindakan rehabilitasi penderita, dan pencegahan terulangnya stroke.

a) Latihan rentang pergerakan sendi (RPS) (Sigalingging, 2012)

Tindakan keperawatan dengan menggerakkan persendian pada organ tubuh pasien sesuai dengan rentang gerak yang dilakukan pada potongan tubuh sagital, frontal dan transversal. Biasanya dilakukan pada pasien dengan keluhan nyeri otot sendi, mengalami kekakuan otot, mengalami kelumpuhan, trauma, keterbatasan sendi dan pasien dengan gerakan yang tidak seimbang.

(1) Tujuan:

- (a) Mengurangi kekakuan sendi
- (b) Meningkatkan kekuatan otot
- (c) Mencegah pembengkakan pada persendian
- (d) Mengurangi rasa nyeri
- (e) Mempertahankan keseimbangan gerakan tubuh
- (f) Melatih kekakuan otot dan sendi

(2) Persiapan pasien

Jelaskan kepada pasien mengenai tujuan dan tindakan yang akan dilakukan.

(3) Prosedur kerja

(a) Fleksi dan ekstensi pergelangan tangan

1. Pegang tangan dan pergelangan tangan pasien kemudian fleksi dan ekstensi dengan perlahan.
2. Ulangi 3-5 kali setiap pergerakan
3. Kaji setiap gerakan

(b) Fleksi dan ekstensi siku

1. Posisikan lengan pasien menjauhi bagian sisi tubuh dan telapak tangan mengarah ke tubuh pasien
2. Fleksi (tekuk) siku hingga jari-jari tangan menyentuh dagu
3. Ekstensi (luruskan) kembali ke posisi semula
4. Observasi terhadap perubahan yang terjadi

(c) Pronasi dan supinasi lengan bawah

1. Posisikan lengan bawah pasien menjauhi tubuh dengan menekuk siku
2. Genggam tangan pasien
3. Putar telapak tangan ke atas dan ke bawah hanya sebatas siku tidak sampai ke bahu
4. Kembalikan ke posisi awal

(d) Fleksi bahu

1. Posisikan tangan pasien di sisi tubuhnya
2. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien lainnya.
3. Gerakkan lengan ke atas menuju kepala tempat tidur
4. Kembalikan ke posisi awal
5. Observasi terhadap perubahan yang terjadi

(e) Jari-jari tangan

1. Bengkokkan jari-jari tangan dan ibu jari pasien ke arah telapak tangan dengan cara menggenggam
2. Kembalikan ke posisi awal

(f) Abduksi dan adduksi bahu

1. Posisikan lengan disamping badan pasien
2. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien lainnya
3. Gerakkan lengan sejauh mungkin ke arah perawat atau ke arah samping
4. Kembalikan ke psosisi awal
5. Observasi terhadap perubahan yang terjadi

(g) Rotasi bahu

1. Posisikan lengan pasien ke arah samping dengan menekuk siku

2. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien lainnya
  3. Lakukan rotasi bahu dan arahkan lengan ke bawah hingga menyentuh tempat tidur dan telapak tangan menghadap ke bawah
  4. Kembalikan keposisi awal
  5. Gerakkan lengan bawah ke belakang dan telapak tangan menghadap ke atas sampai menyentuh tempat tidur
  6. Kembalikan ke posisi awal
  7. Observasi terhadap perubahan yang terjadi
- (h) Fleksi dan ekstensi jari-jari kaki
1. Pegang kaki pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain menggenggam jari-jari kaki
  2. Tekuk jari-jari ke atas dan ke bawah secara bergantian
  3. Kembalikan ke posisi awal
  4. Observasi terhadap perubahan yang terjadi
- (i) Fleksi dan ekstensi pergerakan kaki
1. Letakkan tangan perawat di telapak kaki pasien dan tangan yang lain di pergelangan kaki, pertahankan kaki dalam keadaan lurus dan relaks.
  2. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari ke tangan atas tubuh pasien
  3. Kembalikan ke posisi awal
  4. Tekuk pergelangan kaki menjauhi tubuh, arahkan jari-jari dan telapak kaki ke bawah
  5. Kembalikan ke posisi awal
  6. Observasi terhadap perubahan yang terjadi
- (j) Fleksi dan ekstensi lutut
1. Letakakn tangan perawat di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien
  2. Angkat kaki dan bengkokkan lutut pasien
  3. Gerakkan lutut ke arah dada sejauh mungkin
  4. Kembalikan lutut ke arah dada sejauh mungkin
  5. Kembalikan lutut ke bawah, tegakkan kaki pasien turunkan kaki sampai ke kasur
  6. Kembalikan ke posisi awal



7. Observasi terhadap perubahan yang terjadi
- (k) Rotasi pangkal paha
1. Letakkan tangan perawat di bawah pergelangan kaki pasien dan tangan yang lain di atas lutut pasien
  2. Putar kaki ke bagian dalam dan ke bagian luar
  3. Kembalikan ke posisi awal
  4. Observasi terhadap perubahan yang terjadi
- (l) Abduksi dan adduksi pangkal paha
1. Letakkan tangan perawat dibawah lutut pasien dan tangan yang lain pada tumit pasien
  2. Angkat kaki pasien kurang lebih 10 cm dan kasur dan pertahankan kaki tetap lurus kemudian gerakkan kaki ke samping
  3. Kembalikan ke posisi awal
  4. Observasi terhadap perubahan yang terjadi
  5. Rapikan pasien
  6. Cuci tangan dokumentasi tindakan
- b. Penatalaksanaan Komplikasi
- 1) Penurunan aliran serebral: perawatan pulmonal, pemeliharaan kepatenan jalan napas, dan berikan suplemen oksigen sesuai kebutuhan.
  - 2) Pantau adanya infeksi saluran kemih, disritmia jantung, dan komplikasi berupa imobilitas. (Brunner & suddarth, 2013)

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

#### a. Anamnesis

Anamnesis pada stroke meliputi identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, dan pengkajian psikososial (Muttaqin, 2012).

##### 1) Identitas Pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, dan diagnosis medis (Muttaqin, 2012).

Menurut Tarwoto (2013) dan Padila (2012) makin bertambahnya usia/umur (>65 tahun) risiko stroke makin tinggi, jenis kelamin laki-laki kecenderungan lebih tinggi risiko stroke dari pada perempuan.

#### 2) Keluhan Utama

Sering menjadi alasan pasien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi, dan penurunan tingkat kesadaran (Muttaqin, 2012).

#### 3) Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit sekarang merupakan serangkaian wawancara yang dilakukan perawat untuk menggali permasalahan klien dari timbulnya keluhan utama pada gangguan sistem persarafan sampai pada saat pengkajian. Disini diperlukan keahlian, pengetahuan, dan pengalaman dari perawat dalam menyusun setiap pertanyaan yang sistematis agar dapat mendukung bagaimana keluhan utama menjadi muncul.

Pada gangguan neurologis, riwayat penyakit sekarang yang mungkin didapatkan meliputi adanya riwayat trauma, riwayat jatuh, keluhan mendadak lumpuh pada saat pasien sedang melakukan aktivitas, keluhan gastrointestinal (mual dan muntah), bahkan kejang sampai tidak sadar. Selain itu didapatkan pula gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain seperti gelisah, letargi, lelah, apatis, perubahan pupil, pemakaian obat-obatan (sedatif, antipsikotik, perangsang saraf), dan lainnya (Muttaqin, 2011).

#### 4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan pasien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambatan beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya (Muttaqin, 2012).

#### 5) Riwayat keluarga



Biasanya ada riwayat yang menderita hipertensi, diabetes melitus, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu (Muttaqin, 2012).

#### 6) Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian psikologis pasien stroke meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku pasien. Pengkajian mekanisme koping yang digunakan pasien juga penting untuk menilai respons emosi pasien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada pasien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh) (Muttaqin, 2012).

Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri menunjukkan pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif. Dalam penanganan stres, pasien biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berfikir dan kesulitan berkomunikasi. Dalam pola tata nilai dan kepercayaan, pasien biasanya jarang melakukan ibadah spiritual karena tingkah laku yang tidak stabil dan kelemahan/kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2012).

Oleh karena pasien harus menjalani rawat inap, maka apakah keadaan ini memberi dampak pada status ekonomi pasien karena biaya perawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan dan pengobatan memengaruhi keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat memengaruhi stabilitas emosi serta pikiran pasien dan keluarga. Perawat juga memasukkan pengkajian terhadap fungsi neurologis dengan dampak gangguan neurologis yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah: keterbatasan yang diakibatkan oleh defisit neurologis dalam hubungannya dengan peran sosial pasien dan rencana

pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam sistem dukungan individu (Muttaqin, 2012).

#### 7) Pola Fungsi Kesehatan

##### a) Pola Persepsi dan Tata Laksana Kesehatan

Apakah pasien dan keluarga mengerti akan sakit yang diderita oleh pasien, tindakan apa yang keluarga ketahui jika ada salah satu anggota keluarga ada yang sakit, kebiasaan pasien sehari-hari (riwayat perokok, pengguna alkohol, pengguna obat kontrasepsi oral). (Muttaqin, 2008)

##### b) Pola Nutrisi dan Metabolik

Pada pasien dengan stroke infark akan mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan makan dan minum, hal ini dapat diketahui bahwa pasien kesulitan menelan dengan gejala nafsu makan hilang, mual muntah, kehilangan sensasi pada lidah, pipi dan tenggorokan. (Muttaqin, 2008)

##### c) Pola Eliminasi

Pada pasien dengan stroke infark akan mengalami perubahan dalam kebutuhan eliminasinya, baik kebutuhan bak dan bab, biasanya terjadi inkontinensia urine dan pada pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. (Muttaqin, 2008)

##### d) Pola Tidur dan Istirahat

Pada pasien dengan stroke infark biasanya akan mengalami kesukaran untuk istirahat karena kejang otot atau nyeri otot. (Muttaqin, 2008)

##### e) Pola Aktivitas dan Istirahat

Pada pasien dengan stroke infark akan mengalami kesulitan dalam melakukan aktifitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegi), merasa mudah lemah, susah untuk istirahat. (Muttaqin, 2008)

##### f) Pola Sensori dan Pengetahuan

Pada pasien dengan stroke infark akan mengalami gangguan pada system neurosensorinya, dengan tanda-tanda seperti kelemahan/paralisis, afasia, kehilangan kemampuan untuk mengenali rangsangan visual, pendengaran, kekakuan muka, dan bisa diketahui dengan gejala pusing, sakit kepala,

kesemutan/kelemahan, penglihatan menurun, penglihatan ganda, gangguan rasa pengecap dan penciuman. (Muttaqin, 2008)

g) Pola Hubungan Interpersonal dan Peran

Pada pasien dengan stroke infark biasanya akan mengalami kesulitan dalam melakukan sosial dengan lingkungan sekitarnya. Adanya perubahan hubungan dan peran karena pasien mengalami kerusakan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. (Muttaqin, 2008)

h) Pola Persepsi dan Konsep Diri

Pada pasien dengan stroke infark akan merasakan suatu perubahan keadaan emosional, pasien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah dan tidak kooperatif. (Muttaqin, 2008)

i) Pola Reproduksi dan Seksual

Pada pasien dengan gangguan stroke infark biasanya terjadi penurunan gairah seksual akibat dari beberapa pengobatan stroke, seperti obat anti kejang, anti hipertensi, antagonis histamine. (Muttaqin, 2008)

j) Pola Penanggulangan Stress

Pada pasien dengan stroke infark biasanya mengalami kesulitan untuk memecahkan masalah karena gangguan proses berpikir dan kesulitan berkomunikasi. (Muttaqin, 2008)

k) Pola Tata Nilai dan Kepercayaan

Pada pasien dengan stroke infark biasanya jarang melakukan ibadah karena tingkah laku yang tidak stabil, kelemahan atau kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (Muttaqin, 2008).

b. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan pasien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (*brain*) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari pasien.

1) Keadaan umum

Umumnya mengalami penurunan kesadaran [sering terjadi pada awal kejadian atau perubahan yang terjadi sesuai dengan beratnya defisit neurologis (Batticaca, 2012)], kadang mengalami gangguan bicara yaitu sulit dimengerti, kadang tidak

bisa bicara dan pada tanda-tanda vital: tekanan darah meningkat, dan denyut nadi bervariasi. (Muttaqin, 2012)

## 2) B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada pasien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering terjadi didapatkan pada pasien stroke dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

Pada pasien dengan tingkat kesadaran composmentis, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil fremitus seimbang kanan dan kiri, auskultasi tidak didapatkan bunyi dapat tambahan. (Muttaqin, 2012)

## 3) B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada pasien stroke. Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg). (Muttaqin, 2012)

## 4) B3 (Brain)

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

### a) Pengkajian Tingkat Kesadaran

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

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran pasien stroke biasanya berkisar pada tingkat latergi, stupor, dan semikomatosa. Jika pasien sudah mengalami koma

maka penilaian GCS sangat penting untuk menilai tingkat kesadaran pasien dan bahan evaluasi untuk pemantuan pemberian asuhan.

Tabel 2.2 Tingkat Kesadaran dengan Menggunakan GCS

Respon Motorik yang Terbaik		Respon Verbal yang Terbaik		Membuka Mata	
Menurut	6	Orientasi	5	Spontan	4
Terlokalisir	5	Bingung	4	Terhadap panggilan	3
Menghindar	4	Kata tidak dimengerti	3	Terhadap nyeri	2
Fleksi abnormal	3	Hanya suara	2	Tidak dapat	1
Ekstensi	2	Tidak ada	1		
Tidak ada	1				

Sumber : J. M. Black et al, *Luckmman and Sorensn's Medikal Nursing* (1995) dalam Muttaqin (2011)

#### b) Fungsi Intelektual

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

#### c) Kemampuan Bahasa

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

#### d) Hemisfer

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



e) Pengkajian Saraf Kranial

Pemeriksaan ini meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII.

- (1) Saraf I. Biasanya pada pasien stroke tidak ada kelainan pada fungsi penciuman.
- (2) Saraf II. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.
- (3) Saraf III, IV, dan VI. Jika akibat stroke mengakibatkan paralisis, pada satu sisi otot-otot okularis didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi yang sakit.
- (4) Saraf V. Pada beberapa keadaan stroke menyebabkan paralisis saraf trigemimus, penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi ipsilateral, serta kelumpuhan satu sisi otot pterigoideus internus dan eksternus.
- (5) Saraf VII. Persepsi pengecapan dalam batas normal, wajah asimetris, dan otot wajah tertarik ke bagian sisi yang sehat.
- (6) Saraf VIII. Tidak ditemukan adanya tuli konduktif dan tuli persepsi.
- (7) Saraf IX dan X. Kemampuan menelan kurang baik dan kesulitan membuka mulut.
- (8) Saraf XI. Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.
- (9) Saraf XII. Lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi, serta indra pengecapan normal.

f) Pengkajian Sistem Motorik

Stroke adalah penyakit saraf motorik atas (UMN) dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena UMN bersilangan, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada UMN di sisi yang berlawanan dari otak.



- (1) Inspeksi umum. Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.
- (2) Fasikulasi. Didapatkan pada otot-otot ekstremitas.
- (3) Tonus otot. Didapatkan meningkat.
- (4) Kekuatan otot. Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot pada sisi sakit didapatkan tingkat 0.

Tabel 2.3 Penilaian Kekuatan Otot

Derajat	Kekuatan Otot
Derajat 0	Paralisis total / tidak ditemukan adanya kontraksi pada otot.
Derajat 1	Kontraksi otot yang terjadi hanya berupa perubahan dari tonus otot yang dapat diketahui dengan palpasi dan tidak dapat menggerakkan sendi.
Derajat 2	Otot hanya mampu menggerakkan persendian tetapi kekuatannya tidak dapat melawan pengaruh gravitasi.
Derajat 3	Di samping dapat menggerakkan sendi, otot juga dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa.
Derajat 4	Kekuatan otot seperti pada derajat 3 disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan.
Derajat 5	Kekuatan otot normal.

Sumber : (Muttaqin, 2011)

- (5) Kesimbangan dan koordinasi. Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparese dan hemiplegia.
- g) Pengkajian Refleks
- Pemeriksaan refleks terdiri atas pemeriksaan refleks profunda dan pemeriksaan refleks patologis.
- (1) Pemeriksaan Refleks Profunda  
Pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respon normal.
  - (2) Pemeriksaan Refleks Patologis  
Pada fase akut refleks fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.
- (a) Gerakan Involunter
- Tidak ditemukan adanya tremor, *tic*, dan distonia. Pada keadaan tertentu, pasien biasanya mengalami kejang umum, terutama pada anak dengan

stroke disertai peningkatan suhu tubuh yang tinggi. Kejang berhubungan sekunder akibat area fokal kortikal yang peka. (Muttaqin, 2012)

#### h) Pengkajian Sensorik

Dapat terjadi hemihipestasi. Pada persepsi terdapat ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. *Disfungsi persepsi visual* karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual.

Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada pasien dengan hemiplegia kiri. Pasien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian ke bagian tubuh.

Kehilangan sensori karena stroke dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat, dengan kehilangan propiosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimuli visual, taktil, dan auditorius. (Muttaqin, 2012)

#### 5) B4 (Bladder)

Setelah stroke pasien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermitten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. (Muttaqin, 2012)

#### 6) B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas. (Muttaqin, 2012)

#### 7) B6 (Bone)

Stroke adalah penyakit UMN dan mengakibatkan kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan

kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menimbulkan kerusakan pada neuron motor atas pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesisi atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika pasien kekurangan O<sub>2</sub> kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda-tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena pasien stroke mengalami masalah mobilitas fisik.

Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat (Muttaqin, 2012).

### 2.2.2 Diagnosa Keperawatan: Defisit Perawatan Diri

Diagnosa keperawatan defisit perawatan diri menurut Wilkinson (2011) meliputi:

#### a. Defisit perawatan diri: mandi/higiene

1) Definisi: hambatan kemampuan untuk melakukan atau memenuhi aktivitas mandi/higiene

#### 2) Batasan karakteristik

Objektif: Ketidakmampuan untuk (melakukan tugas-tugas berikut):

- a) Mengakses kamar mandi
  - b) Mengeringkan badan
  - c) Mengambil perlengkapan mandi
  - d) Mendapatkan sumber air
  - e) Mengatur (suhu atau aliran) air mandi
  - f) Membersihkan tubuh
- #### 3) Faktor yang berhubungan
- a) Penurunan motivasi
  - b) Kendala lingkungan
  - c) Ketidakmampuan untuk merasakan bagian tubuh
  - d) Ketidakmampuan untuk merasakan hubungan spasial
  - e) Gangguan muskuloskeletal
  - f) Kerusakan neuromuskular

- g) Nyeri
  - h) Gangguan persepsi atau kognitif
  - i) Ansietas hebat
  - j) Kelemahan (dan kelelahan)
- 4) Saran Penggunaan

Untuk meningkatkan usaha-usaha dalam mengembalikan fungsi pasien, tingkat fungsional pasien harus diklasifikasikan menggunakan skala baku, yaitu:

	Ketergantungan total (+4)	Ketergantungan sedang (+3)	Semi ketergantungan (+2)
Mandi	Pasien membutuhkan mandi lengkap; tidak dapat membantu sekali	Perawat menyediakan seluruh peralatan; membersihkan punggung, tungkai, perineum, dan semua bagian tubuh lain, sesuai keperluan; pasien dapat membantu	Perawat memberikan seluruh peralatan; mengatur posisi pasien di tempat tidur/kamar mandi. Pasien dapat mandi sendiri kecuali untuk bagian kaki dan punggung
Higiene oral	Perawat melakukan seluruh prosedur	Perawat menyediakan sikat gigi, pasta gigi, posisi mulut, dan mengatur posisi pasien	Perawat menyediakan peralatan; pasien melakukan higiene mulut.

Keterangan:

0 = mandiri total

1 = membutuhkan peralatan atau alat bantu

2 = membutuhkan pertolongan orang lain untuk bantuan, pengawasan, atau penyuluhan

3 = membutuhkan pertolongan orang lain dan peralatan atau alat bantu

4 = ketergantungan, tidak berpartisipasi dalam aktivitas

b. Defisit perawatan diri: berpakaian/berhias

1) Definisi: hambatan kemampuan untuk memenuhi aktivitas berpakaian lengkap dan berhias diri

2) Batasan karakteristik

Objektif: Hambatan kemampuan untuk:

- a) Mengancingkan pakaian
- b) Mengambil pakaian
- c) Mengenakan atau melepas bagian-bagian pakaian yang penting
- d) Ketidakmampuan untuk:
  - (1) Memilih pakaian
  - (2) Mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan

- (3) Mengambil pakaian
- (4) Mengenakan pakaian pada tubuh bagian bawah
- (5) Mengenakan pakaian pada tubuh bagian atas
- (6) Mengenakan sepatu
- (7) Mengenakan kaos kaki
- (8) Melepaskan pakaian
- (9) Menggunakan alat bantu
- (10) Menggunakan ritsleting

### 3) Faktor yang berhubungan

- a) Penurunan motivasi
- b) Ketidaknyamanan
- c) Hambatan lingkungan
- d) Kelelahan
- e) Gangguan muskuloskeletal
- f) Gangguan neuromuskular
- g) Nyeri
- h) Gangguan kognitif atau persepsi
- i) Ansietas berat
- j) Kelemahan atau kelelahan

### 4) Saran Penggunaan

Klasifikasi tingkat fungsi menggunakan skala baku, sebagai berikut:

	Ketergantungan total (+4)	Ketergantungan sedang (+3)	Semi ketergantungan (+2)
Berpakaian/Berhias	Pasien perlu dikenakan pakaian dan tidak dapat membantu perawat; perawat menyisirkan rambut pasien	Perawat menyisirkan rambut pasien, membantu mengenakan pakaian, mengancingkan, meritsleting, dan mengikat tali sepatu	Perawat mempersiapkan pakaian untuk pasien; dapat mengancingkan, meritsleting, atau mengikat pakaian. Pasien dapat mengenakan pakaian sendiri

Keterangan:

0 = mandiri total

1 = membutuhkan penggunaan peralatan atau alat bantu

2 = membutuhkan pertolongan dari orang lain untuk bantuan, pengawasan, atau penyuluhan



3 = membutuhkan pertolongan dari orang lain dan peralatan atau alat bantu  
4 = ketergantungan; tidak berpartisipasi dalam aktivitas

c. Defisit perawatan diri: makan

1) Definisi: hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan

2) Batasan karakteristik

Objektif: Ketidakmampuan untuk:

- a) Menyuaip makanan dari piring ke mulut
  - b) Mengunyah makanan
  - c) Menyelesaikan makan
  - d) Meletakkan makanan ke piring
  - e) Memegang alat makan
  - f) Mengingesti makanan dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat
  - g) Mengingesti makanan secara aman
  - h) Mengingesti makanan yang cukup
  - i) Memanipulasi makanan di mulut
  - j) Membuka wadah makanan
  - k) Mengambil cangkir atau gelas
  - l) Menyiapkan makanan untuk diingesti
  - m) Menelan makanan
  - n) Menggunakan alat bantu
- 3) Faktor yang berhubungan
- a) Penurunan motivasi
  - b) Ketidaknyamanan
  - c) Kendala lingkungan
  - d) Kelelahan
  - e) Gangguan muskuloskeletal
  - f) Gangguan neuromuskular
  - g) Nyeri
  - h) Gangguan kognitif atau persepsi
  - i) Ansietas berat
  - j) Kelemahan



#### 4) Saran Penggunaan

Defisit perawatan diri: makan dapat menjadi etiologi (yaitu, faktor yang berhubungan) untuk Ketidakseimbangan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh. Gunakan skala baku, seperti skala berikut:

	Ketergantungan total (+4)	Ketergantungan sedang (+3)	Semi ketergantungan (+2)
Makan	Pasien perlu dibantu secara total untuk makan	Perawat memotong makanan, membuka wadah, mengatur posisi pasien, memantau, dan mendorong pasien untuk makan	Perawat mengatur posisi pasien, mengambil makanan, dan memantau aktivitas makan

Keterangan :

- 0 = mandiri total
- 1 = membutuhkan penggunaan peralatan atau alat bantu
- 2 = membutuhkan pertolongan dari orang lain untuk bantuan, pengawasan, atau penyuluhan
- 3 = membutuhkan pertolongan dari orang lain dan peralatan atau alat bantu
- 4 = ketergantungan; tidak berpartisipasi dalam aktivitas

#### d. Defisit perawatan diri: eliminasi

1) Definisi: hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan kegiatan eliminasi

#### 2) Batasan karakteristik

Objektif

- a) Ketidakmampuan melakukan higiene eliminasi yang tepat
- b) Ketidakmampuan menyiram kloset atau kursi buang air
- c) Ketidakmampuan mencapai kloset atau kursi buang air
- d) Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi
- e) Ketidakmampuan untuk duduk atau bangun dari kloset atau kursi buang air

#### 3) Faktor yang berhubungan

- a) Penurunan motivasi
- b) Hambatan lingkungan
- c) Keletihan
- d) Hambatan mobilitas
- e) Hambatan kemampuan berpindah

- f) Gangguan muskuloskeletal
- g) Gangguan neuromuskular
- h) Nyeri
- i) Gangguan persepsi atau kognitif
- j) Anisetas berat
- k) Kelemahan

#### 4) Saran Penggunaan

Defisit perawatan diri: eliminasi dapat menjadi etiologi (yaitu, faktor yang berhubungan) untuk kerusakan integritas kulit atau isolasi sosial. Gunakan skala baku, seperti berikut, untuk mengklasifikasikan tingkat fungsi:

	Ketergantungan total (+4)	Ketergantungan sedang (+3)	Semi ketergantungan (+2)
Eliminasi	Pasien inkontinensia; perawat menempatkan pasien pada pispot atau kursi buang air	Perawat menyediakan pispot, menempatkan pasien pada atau membantu pasien turun dari pispot, menempatkan pasien di kursi buang air	Pasien dapat berjalan ke kamar kecil atau kursi buang air dengan bantuan; perawat membantu mengenakan atau melepas pakaian

Keterangan:

- 0 = mandiri total
- 1 = membutuhkan penggunaan peralatan atau alat bantu
- 2 = membutuhkan pertolongan dari orang lain untuk bantuan, pengawasan, atau penyuluhan
- 3 = membutuhkan pertolongan dari orang lain dan peralatan atau alat bantu
- 4 = ketergantungan; tidak berpartisipasi dalam aktivitas

#### 2.2.3 Intervensi (Wilkinson, 2011)

a. Defisit perawatan diri: mandi/higiene

##### 1) Tujuan/Kriteria Evaluasi

Menunjukkan perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari, yang dibuktikan oleh indikator berikut: mandi, higiene, higiene oral

Pasien akan:

- a) Menerima bantuan atau perawatan total dari pemberi asuhan, jika diperlukan
- b) Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan higiene oral

- c) Mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
  - d) Mampu menghidupkan dan mengatur pancaran dan suhu air
  - e) Membersihkan dan mengeringkan tubuh
  - f) Melakukan perawatan mulut
  - g) Menggunakan deodoran
- 2) Rencana Tindakan/Aktivitas Keperawatan
- a) Pengkajian
    - (1) Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu
    - (2) Kaji membran mukosa oral dan kebersihan tubuh setiap hari
    - (3) Kaji kondisi kulit saat mandi
    - (4) Pantau adanya perubahan kemampuan fungsi
    - (5) Bantu perawatan diri: mandi/higiene (NIC): pantau kebersihan kuku, sesuai kemampuan perawatan diri pasien
  - b) Aktivitas lain
    - (1) Dukung kemandirian dalam melakukan mandi dan higiene oral, bantu pasien hanya jika diperlukan
    - (2) Dukung pasien untuk mengatur langkahnya sendiri selama perawatan diri
    - (3) Libatkan keluarga dalam pemberian asuhan
    - (4) Akomodasi pilihan dan kebutuhan pasien seoptimal mungkin (mis., mandi rendam vs. Shower, waktu mandi, dll)
    - (5) Bantuan perawatan diri: mandi/higiene (NIC):
      - (a) Berikan bantuan sampai pasien benar-benar mampu melakukan perawatan diri
      - (b) Letakkan sabun, handuk, deodoran, alat cukur, dan peralatan lain yang dibutuhkan di samping tempat tidur atau di kamar mandi
      - (c) Fasilitasi pasien menyikat gigi, jika perlu
      - (d) Cukur pasien, jika diindikasikan
      - (e) Tawarkan untuk mencuci tangan setelah eliminasi dan sebelum makan
  - c) Aktivitas kolaboratif
    - (1) Tawarkan pengobatan nyeri sebelum mandi
    - (2) Rujuk pasien dan keluarga ke layanan sosial untuk perawatan di rumah

- (3) Gunakan ahli fisioterapi dan terapi okupasi sebagai sumber-sumber dalam merencanakan tindakan perawatan pasien (mis., untuk menyediakan perlengkapan adaptif)
- d) Penyuluhan untuk pasien / keluarga

Ajarkan pasien/keluarga penggunaan metode alternatif untuk mandi dan higiene oral.
- e) Perawatan di rumah
  - (1) Selain tindakan pada bagian ini, sebagian besar tindakan yang dibahas sebelumnya dapat diterapkan dalam perawatan di rumah
  - (2) Rekomendasikan pemasangan susur tangan dan permukaan anti-selip di kamar mandi
  - (3) Rujuk ke layanan bantuan kesehatan rumah jika perlu
  - (4) Ajarkan keterampilan mandi kepada pemberi asuhan, jika perlu
  - (5) Jangan memaksa pasien sakit terminal yang tidak mau mandi untuk mandi
- b. Defisit perawatan diri: berpakaian/berhias
  - 1) Tujuan/Kriteria Evaluasi

Menunjukkan perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari, yang dibuktikan oleh indikator berikut: berpakaian/berhias

Pasien akan:

    - a) Menerima perawatan dari pemberi asuhan
    - b) Mengungkapkan kepuasan dalam berpakaian dan menata rambut
    - c) Berpakaian dan menyisir rambut secara mandiri
    - d) Menggunakan alat bantu untuk memudahkan dalam berpakaian
    - e) Memilih pakaian dan mengambilnya dari lemari atau laci baju
    - f) Meritsleting dan mengancing pakaian
    - g) Mengenakan pakaian secara rapi
    - h) Mampu melepas pakaian, kaos kaki. Dan sepatu
    - i) Menunjukkan rambut yang rapi dan bersih
    - j) Menggunakan tatarias
  - 2) Rencana Tindakan/Aktivitas keperawatan
    - a) Pengkajian
      - (1) Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu

- (2) Pantau tingkat kekuatan dan toleransi terhadap aktivitas
- (3) Pantau peningkatan atau penurunan kemampuan untuk berpakaian dan melakukan perawatan rambut
- (4) Pantau defisit sensori, kognitif, atau fisik yang dapat membuat kesulitan dalam berpakaian pada pasien

b) Aktivitas lain

- (1) Dukung kemandirian dalam berpakaian/berhias, bantu pasien hanya jika diperlukan
- (2) Akomodasi defisit kognitif secara berikut:
  - (a) Gunakan isyarat non-verbal (misalnya, beri pasien satu atribut pakaian pada satu waktu, dalam urutan pemakaian yang diperlukan)
  - (b) Berbicara secara pelan dan pertahankan arahan yang sederhana
  - (c) Gunakan perekat dan penutup Velcro jika mungkin
  - (d) Beri kesempatan untuk keberhasilan kecil, sebutkan
  - (e) Dukung pasien untuk mengatur langkahnya sendiri saat berpakaian/merapikan diri
  - (f) Bantu pasien memilih pakaian yang mudah dipakai dan dilepas
  - (g) Berikan keamanan dengan mempertahankan lingkungan yang teratur dan pencahayaan yang baik
  - (h) Bantuan perawatan diri: berpakaian/berhias (NIC):
    1. Berikan pakaian pasien pada tempat yang mudah dijangkau (misalnya, disamping tempat tidur) [dan dalam urutan yang perlu mereka lakukan dalam berpakaian]
    2. Fasilitasi pasien untuk menyisir rambut, bila memungkinkan
    3. Pertahankan privasi saat pasien berpakaian
    4. Bantu pasien menalikan, mengancing, dan meritsleting pakaian, jika diperlukan
    5. Gunakan alat bantu tambahan (misalnya, sendok sepatu berpegangan panjang, pengait kancing, dan penarik ritsleting) untuk menarik pakaian, jika perlu
    6. Beri penguatan atas usaha untuk berpakaian sendiri



## c) Aktivitas kolaboratif

- (1) Tawarkan pengobatan nyeri sebelum berpakaian dan berhias
- (2) Rujuk pasien dan keluarga pada layanan sosial untuk mendapatkan bantuan kesehatan di rumah, jika diperlukan
- (3) Gunakan terapi fisik dan okupasi sebagai sumber dalam perencanaan tindakan perawatan pasien dan untuk alat bantu
- (4) Bantuan perawatan diri: berpakaian/berhias (NIC): fasilitasi bantuan pemangkas rambut atau penata kecantikan, jika diperlukan

## d) Penyuluhan untuk pasien/keluarga

- (1) Tunjukkan penggunaan alat bantu dan aktivitas yang adaptif
- (2) Ajarkan pasien penggunaan metode alternatif untuk berpakaian dan perawatan rambut

## e) Perawatan dirumah

- (1) Tindakan diatas tepat diterapkan untuk perawatan di rumah
- (2) Rujuk ke layanan bantuan kesehatan rumah jika perlu

## c. Defisit perawatan diri: makan

## 1) Tujuan/Kriteria Evaluasi

Menunjukkan perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari, dibuktikan oleh indikator berikut: makan

Pasien akan:

- a) Menerima suapan dari pemberi asuhan
- b) Mampu makan secara mandiri (atau sebutkan tingkatannya)
- c) Mengungkapkan kepuasan makan dan terhadap kemampuan untuk makan sendiri
- d) Menunjukkan asupan makanan dan cairan yang adekuat
- e) Menggunakan alat bantu adaptif untuk makan
- f) Membuka wadah makanan dan menyiapkan makanan

## 2) Rencana Tindakan/Aktivitas keperawatan

## a) Pengkajian

- (1) Kaji kemampuan menggunakan alat bantu
- (2) Kaji tingkat energi dan toleransi terhadap aktivitas
- (3) Kaji peningkatan atau penurunan kemampuan untuk makan sendiri

- (4) Kaji defisit sensori, kognitif, atau fisik yang dapat mempersulit individu untuk makan sendiri
  - (5) Kaji kemampuan untuk mengunyah dan menelan
  - (6) Kaji asupan terhadap keadekuatan nutrisi
- b) Aktivitas lain
- (1) Akomodasi defisit kognitif dengan cara berikut:
    - (a) Hindari menggunakan peralatan makan yang tajam (mis., pisau steak)
    - (b) Periksa makanan di pipi
    - (c) Makan di lingkungan yang tenang untuk mengurangi distraksi
    - (d) Pertahankan komunikasi verbal yang singkat dan sederhana
  - (2) Sediakan makanan dalam porsi kecil setiap kali makan
  - (3) Kenali dan beri penguatan terhadap pencapaian pasien
  - (4) Dorong pasien untuk menggunakan gigi palsu dan kacamata
  - (5) Jaga privasi saat makan jika pasien merasa malu
  - (6) Saat makan, biarkan pasien menentukan makanan yang akan dimakan
  - (7) Duduk saat makan; jangan tergesa-gesa
  - (8) Beri finger food (misalnya, buah-buahan, roti) untuk mendorong kemandirian
  - (9) Libatkan orangtua dan keluarga saat makan
  - (10) Defisit perawatan diri: makan (NIC):
    - (a) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan saat makan (misalnya, jauhkan pispot, urinal, dan suksion)
    - (b) Lakukan higiene mulut sebelum makan
    - (c) Persiapkan makanan dalam nampan, jika diperlukan, seperti memotong daging atau mengupas kulit telur
    - (d) Hindari menempatkan makanan di luar lapang pandang pasien
    - (e) Sediakan sedotan minuman, jika diperlukan atau diinginkan
    - (f) Sediakan alat bantu adaptif untuk membantu pasien makan sendiri (misalnya, pegangan yang panjang, berikan pegangan dengan diameter besar, dan tali pegangan pada peralatan), jika perlu
    - (g) Lakukan pengawasan yang sering dan ketat, jika diperlukan

## c) Aktivitas kolaboratif

- (1) Rujuk pasien dan keluarga pada layanan sosial untuk mendapatkan layanan bantuan kesehatan di rumah
- (2) Gunakan terapi fisik dan okupasi sebagai sumber dalam perencanaan tindakan perawatan pasien
- (3) Defisit perawatan diri: makan (NIC): lakukan tindakan untuk meredakan rasa nyeri sebelum makan, jika diperlukan

## d) Penyuluhan untuk pasien / keluarga

- (1) Tunjukkan penggunaan alat bantu dan aktivitas adaptif
- (2) Ajarkan pasien menggunakan metode alternatif untuk makan dan minum, sebutkan metode dan rencana penyuluhan

## e) Perawatan di rumah

- (1) Untuk pasien yang harus disuapi, ajarkan pemberi asuhan untuk mengobservasi dan melaporkan tanda dan gejala disfagia (misalnya, berdeguk saat bicara, berdeham, batuk, tersedak).
- (2) Jangan paksa pasien sakit terminal untuk makan jika ia tidak ingin.

## d. Defisit perawatan diri: eliminasi

## 1) Tujuan/Kriteria Evaluasi

Menunjukkan perawatan diri: aktivitas kehidupan sehari-hari, dibuktikan oleh indikator berikut: eliminasi

Pasien akan:

- a) Menerima bantuan dari pemberian asuhan
- b) Mengenal atau mengetahui kebutuhan bantuan untuk eliminasi
- c) Mengenal dan berespons terhadap urgensi untuk berkemih dan/atau defekasi
- d) Mampu duduk dan turun dari kloset
- e) Membersihkan diri setelah eliminasi

## 2) Rencana Tindakan/Aktivitas keperawatan

## a) Pengkajian

- (1) Kaji kemampuan ambulasi secara mandiri dan aman
- (2) Kaji kemampuan untuk memanipulasi pakaian

- (3) Kaji kemampuan untuk menggunakan alat bantu (misalnya, walker, tongkat)
  - (4) Pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktivitas
  - (5) Kaji peningkatan atau penurunan kemampuan untuk ke toilet sendiri
  - (6) Kaji defisit sensori, kognitif, atau fisik yang dapat membatasi kemampuan eliminasi sendiri
- b) Aktivitas lain
- (1) Tentukan tingkat fungsi dan bantuan pasien untuk eliminasi atau lakukan perawatan dasar, jika diperlukan
  - (2) Hindari penggunaan kateter menetap dan kateter kondom jika mungkin
  - (3) Dorong pasien mengenakan pakaian yang mudah dipakai/dilepas, bantu berpakaian, jika perlu
  - (4) Letakkan pispot atau urinal di tempat yang mudah dijangkau pasien
  - (5) Bantuan perawatan diri: eliminasi (NIC):
    - (a) Bantu pasien saat menggunakan kloset, kursi buang air, pispot, fracturepan, dan urinal pada interval tertentu
    - (b) Fasilitasi higiene eliminasi setelah eliminasi
    - (c) Siram kloset, bersihkan peralatan eliminasi
    - (d) Ganti pakaian pasien setelah eliminasi
    - (e) Jaga privasi saat eliminasi
  - (6) Singkirkan benda yang menghambat akses ke toilet (misalnya, karpet yang tidak terpasang dengan baik, furnitur yang kecil dan dapat dipindahkan)
  - (7) Gunakan pengharum ruangan, jika perlu
  - (8) Pastikan pasien memiliki cara untuk memanggil perawat atau pemberi asuhan lain dan tunjukkan kepada pasien dan keluarga bahwa panggilan mereka akan segera direspons
- c) Aktivitas kolaboratif
- (1) Beri medikasi nyeri sebelum eliminasi
  - (2) Rujuk pasien dan keluarga ke layanan sosial untuk mendapatkan layanan bantuan kesehatan di rumah
  - (3) Gunakan terapi fisik dan okupasi sebagai sumber dalam perencanaan aktivitas perawatan pasien serta mendapatkan alat bantu yang diperlukan

- d) Penyuluhan untuk pasien/keluarga
  - (1) Ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik berpindah dan ambulasi
  - (2) Tunjukkan penggunaan alat bantu dan aktivitas adaptif
  - (3) Bantuan perawatan diri: eliminasi (NIC): ajarkan pasien dan orang terdekat dalam rutinitas eliminasi
- e) Perawatan dirumah
  - (1) Sebagian besar tindakan di atas juga tepat untuk perawatan di rumah.
  - (2) Manajemen lingkungan (NIC): beri informasi kepada keluarga dan orang terdekat mengenai cara menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien

#### 2.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi. Dalam melakukan tindakan keperawatan menggunakan tiga tahap pendekatan yaitu independen, dependen, dan interdependen. Tindakan keperawatan secara independen adalah suatu kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat tanpa petunjuk dan perintah dari dokter atau tenaga kesehatan lainnya. Interdependen adalah tindakan keperawatan yang menjelaskan suatu kegiatan dan memerlukan kerja sama dengan tenaga kesehatan lainnya, misalnya tenaga sosial, ahli gizi, fototerapi dan dokter. Dan sedangkan dependen adalah tindakan yang berhubungan dengan pelaksanaan rencana tindakan medis. Proses dari implementasi yaitu mengkaji kembali pasien untuk memastikan intervensi tersebut masih diperlukan atau tidak, menentukan kebutuhan perawat terhadap bantuan yaitu dengan melakukan tindakan keperawatan secara aman dan mengurangi stres yang terjadi pada klien, mengimplementasikan intervensi keperawatan, melakukan supervisi terhadap asuhan yang didelegasikan, mendokumentasikan tindakan keperawatan. Keterampilan yang dibutuhkan dalam melakukan implementasi yaitu ketrampilan kognitif (ketrampilan intelektual), ketrampilan interpersonal, dan ketrampilan teknis (Barbara Kozier, 2010).



### 2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah fase terakhir dalam proses keperawatan karena kesimpulan yang di tarik dari evaluasi menentukan apakah intervensi keperawatan harus diakhiri, dilanjutkan atau diubah. Melalui evaluasi perawat menunjukkan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap tindakannya dengan menunjukkan perhatian pada hasil keperawatan dan menunjukkan keinginan untuk tidak meneruskan tindakan yang tidak efektif, tetapi mengadopsi tindakan yang efektif (Barbara Kozier, 2010).

Evaluasi terbagi atas dua jenis, yaitu evaluasi formatif dan evaluasi sumatif. Evaluasi formatif adalah evaluasi yang dilakukan setiap selesai tindakan, berorientasi pada tetiologi, dan dilakukan secara terus menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Sedangkan evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, dan rekapitulasi atau kesimpulan status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang diterapkan. Untuk memudahkan perawat mengevaluasi atau memantau perkembangan pasien dengan menggunakan komponen SOAP yakni S (data subjektif berupa keluhan klien), O (data objektif hasil pemeriksaan), A (analisis perbandingan data dengan teori), dan P ( planning atau perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan) (Rohmah, 2014).

Evaluasi yang akan dicapai menurut Wilkinson (2011) berdasarkan masalah keperawatan, yaitu:

a. Defisit perawatan diri: mandi/higiene

Pasien akan:

- 1) Menerima bantuan atau perawatan total dari pemberi asuhan, jika diperlukan
- 2) Mengungkapkan secara verbal kepuasan tentang kebersihan tubuh dan higiene oral
- 3) Mempertahankan mobilitas yang diperlukan untuk ke kamar mandi dan menyediakan perlengkapan mandi
- 4) Mampu menghidupkan dan mengatur pancaran dan suhu air
- 5) Membersihkan dan mengeringkan tubuh
- 6) Melakukan perawatan mulut
- 7) Menggunakan deodoran

b. Defisit perawatan diri: berpakaian/berhias

Pasien akan:

- 1) Menerima perawatan dari pemberi asuhan
- 2) Mengungkapkan kepuasan dalam berpakaian dan menata rambut
- 3) Berpakaian dan menyisir rambut secara mandiri
- 4) Menggunakan alat bantu untuk memudahkan dalam berpakaian
- 5) Memilih pakaian dan mengambilnya dari lemari atau laci baju
- 6) Meritsleting dan mengancing pakaian
- 7) Mengenakan pakaian secara rapi
- 8) Mampu melepas pakaian, kaos kaki. Dan sepatu
- 9) Menunjukkan rambut yang rapi dan bersih
- 10) Menggunakan tatarias

c. Defisit perawatan diri: makan

Pasien akan:

- 1) Menerima suapan dari pemberi asuhan
- 2) Mampu makan secara mandiri (atau sebutkan tingkatannya)
- 3) Mengungkapkan kepuasan makan dan terhadap kemampuan untuk makan sendiri
- 4) Menunjukkan asupan makanan dan cairan yang adekuat
- 5) Menggunakan alat bantu adaptif untuk makan
- 6) Membuka wadah makanan dan menyiapkan makanan

d. Defisit perawatan diri: eliminasi

Pasien akan:

- 1) Menerima bantuan dari pemberian asuhan
- 2) Mengenali atau mengetahui kebutuhan bantuan untuk eliminasi
- 3) Mengenali dan berespons terhadap urgensi untuk berkemih dan/atau defekasi
- 4) Mampu duduk dan turun dari kloset
- 5) Membersihkan diri setelah eliminasi

### **BAB 3. METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penulisan**

laporan kasus adalah salah satu pendekatan kualitatif yang mempelajari fenomena khusus yang terjadi saat ini dalam suatu sistem yang terbatas (bounded-system) oleh waktu dan tempat, meski batas-batas antara fenomena dan sistem tersebut tidak sepenuhnya jelas. Kekhususan pada laporan kasus, peneliti mempelajari kasus yang terkini, kasus-kasus kehidupan nyata yang sedang berlangsung. (Alfianti, 2014).

Adapun laporan kasus yang akan diambil peneliti adalah laporan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri : mandi, berhias, makan, dan eliminasi di RSUD Dr. Haryoto Lumajang

#### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah dalam laporan kasus ini adalah asuhan keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri: (mandi, berhias, makan, eliminasi) di Rumah Sakit Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018, yaitu:

##### **3.2.1 Asuhan Keperawatan pada pasien stroke iskemik**

Melakukan penerapan proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian sampai evaluasi pada 2 (dua) pasien yang terdiagnosis medis stroke iskemik atau infark dalam rekam medik pasien yang mengalami masalah keperawatan defisit perawatan diri: Mandi, berhias, makan, dan eliminasi di RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018.

##### **3.2.2 Masalah keperawatan Defisit Perawatan Diri**

Defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana pasien mengalami 2 (dua) atau lebih batasan karakteristik berikut:

- a. Defisit perawatan diri (mandi/higiene): ketidakmampuan untuk mengakses kamar mandi, mengeringkan badan, mengambil perlengkapan mandi,

mendapatkan sumber air, mengatur (suhu atau aliran) air mandi, membersihkan tubuh.

b. Defisit perawatan diri (berpakaian/berhias): hambatan kemampuan untuk: mengancingkan pakaian, mengambil pakaian, mengenakan atau melepas bagian-bagian pakaian yang penting; ketidakmampuan untuk: memilih pakaian, mempertahankan penampilan pada tingkat yang memuaskan, mengambil pakaian, mengenakan pakaian pada tubuh bagian bawah, mengenakan pakaian pada tubuh bagian atas, mengenakan sepatu, mengenakan kaos kaki, melepaskan pakaian, menggunakan alat bantu, menggunakan ritsleting.

c. Defisit perawatan diri (makan): ketidakmampuan untuk: menyuap makanan dari piring ke mulut, mengunyah makanan, menyelesaikan makan, meletakkan makanan ke piring, memegang alat makan, mengingesti makanan dengan cara yang dapat diterima oleh masyarakat, mengingesti makanan secara aman, mengingesti makanan yang cukup, memanipulasi makanan di mulut, membuka wadah makanan, mengambil cangkir atau gelas, menyiapkan makanan untuk diingesti, menelan makanan, menggunakan alat bantu.

d. Defisit perawatan diri (eliminasi): ketidakmampuan melakukan higiene eliminasi yang tepat, ketidakmampuan menyiram kloset atau kursi buang air, ketidakmampuan mencapai kloset atau kursi buang air, ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi, ketidakmampuan untuk duduk atau bangun dari kloset atau kursi buang air.

### **3.3 Partisipan**

Partisipan dalam penyusunan laporan kasus ini adalah Ny. K dan Tn. N yang memenuhi kriteria :

3.3.1 Menjalani rawat inap di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang

3.3.2 Didiagnosa medis Stroke Iskemik atau Stroke Infark atau CVA Iskemik atau CVA Infark.

3.3.3 Pasien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri: mandi, berhias, makan, eliminasi.

3.3.4 Pasien yang mengalami hemiparese.

3.3.5 Pasien dalam kondisi sadar

### 3.4 Lokasi dan Waktu

Laporan kasus ini dilakukan di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang pada tanggal 14 - 16 Februari 2018 pada pasien 1 dan tanggal 20 - 22 Februari Tahun 2018 pada pasien 2 selama paling sedikit 3 (tiga) hari untuk masing-masing pasien.

### 3.5 Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data ini terdiri dari macam-macam data, sumber data, serta beberapa metode pengumpulan data penelitian kualitatif dalam keperawatan. Metode pengumpulan data penelitian kualitatif dalam keperawatan yaitu wawancara, observasi dan studi dokumentasi (Afiyanti & Imami, 2014).

#### 3.5.1 Proses

Diawali dengan meminta izin persetujuan dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan Unej Kampus Lumajang, setelah itu izin ke bakesbangpol kemudian ke RSUD dr. Haryoto setelah surat dari direktur RSUD dr. Haryoto turun dibawa ke Ruang Melati untuk meminta persetujuan dari Kepala Ruangan.

#### 3.5.2 Teknik

##### a. Wawancara

Wawancara merupakan metode pengumpulan data dengan cara mewawancarai langsung responden yang diteliti (Hidayat, 2009). Wawancara ditujukan untuk mendapatkan informasi dari individu yang diwawancarai. Peneliti melakukan wawancara mengeksplorasi perasaan, persepsi, dan pemikiran partisipan (Afiyanti & Imami, 2014). Data yang akan dikumpulkan dengan teknik wawancara yaitu identitas pasien, keluhan utama (kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo), riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu (Hipertensi, penyakit jantung, dan Diabetes Melitus), riwayat penyakit keluarga (Stroke, Hipertensi, Diabetes melitus), pola-pola kesehatan yang bersumber dari pasien, keluarga dan perawat lainnya.

##### b. Observasi

Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penulisan untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti. Observasi dan pemeriksaan fisik pada laporan kasus ini



akan dilakukan untuk mengumpulkan tanda-tanda dari pasien stroke iskemik yang mengalami masalah keperawatan defisit perawatan diri : mandi, berhias, makan, dan eliminasi.

c. Studi Dokumentasi

Peneliti menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Media yang termasuk studi dokumentasi, antara lain yaitu buku harian pribadi, surat, otobiografi dan biografi serta dokumen dan berbagai laporan dinas. Sumber dokumen bisa dari yang informal sampai formal (Afiyanti & Imami, 2014). Data yang akan dikumpulkan dari studi dokumentasi adalah: hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan diagnostik (EKG, CT-scan), catatan rekam medik pasien, lembar advis dokter.

### 3.6 Uji Keabsahan Data

Kualitas data atau hasil temuan suatu penelitian kualitatif ditentukan dari keabsahan data yang dihasilkan atau lebih tepatnya keterpercayaan, keautentikan, dan kebenaran terhadap data informasi, atau temuan yang dihasilkan dari hasil penelitian yang telah dilakukan (Alfianti, 2014). Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan:

3.6.1 Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan.

3.6.2 Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber utama yaitu: pasien, perawat, dan keluarga pasien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

### 3.7 Analisa Data

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut (Afiyanti & Imami, 2014).

3.7.1 Pengumpulan data, dengan menggunakan hasil WOD (Wawancara, Observasi, dan Studi Dokumentasi). Hasil tersebut ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip atau catatan terstruktur.

3.7.2 Mereduksi data, dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan data objektif, dianalisa berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3.7.3 Penyajian data, dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan, ataupun teks naratif. Kerahasiaan pasien dijaga dengan cara mengaburkan identitas pasien.

3.7.4 Kesimpulan, dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

### **3.8 Etika Penulisan**

Prinsip dasar etik merupakan landasan untuk mengatur kegiatan suatu penelitian. Pengaturan ini dilakukan untuk mencapai kesepakatan sesuai kaidah penelitian antara peneliti dan subjek penelitian. Subjek penelitian kualitatif adalah manusia dan peneliti wajib mengikuti seluruh prinsip etik penelitian selama melakukan penelitian. Pertimbangan etik dalam studi kualitatif berkenaan dengan pemenuhan hak-hak partisipan seperti sebagai berikut (Afiyanti & Imami, 2014).

#### **3.8.1 Prinsip Menghargai Harkat dan Martabat Partisipan**

Penerapan prinsip ini bisa dilakukan peneliti untuk memenuhi hak-hak partisipan dengan cara menjaga kerahasiaan identitas partisipan (anonimity), kerahasiaan data (confidentiality), menghargai privacy dan dignity, dan menghormati otonomi (respect for autonomy).

##### **a. Kerahasiaan Identitas Pasien (*Anonimity*)**

Penulis tidak mencantumkan nama responden atau hanya menuliskan kode responden pada lembar pengumpulan data dan saat data disajikan. Data tersebut disimpan di file yang khusus dengan kode responden yang sama (Hidayat, 2012).

b. Kerahasiaan Data (*Confidentiality*)

Penulis menjaga kerahasiaan data dan berbagai informasi yang diberikan oleh para partisipannya dengan sebaik-baiknya, untuk menjamin kerahasiaan data, penulis wajib menyimpan seluruh dokumentasi hasil pengumpulan data berupa data berupa lembar persetujuan mengikuti penelitian, biodata, hasil rekaman dan transkrip wawancara dalam tempat khusus yang hanya bisa diakses oleh penulis (Afiyanti & Imami, 2014).

c. Menghargai Privacy dan Dignity

Selama proses pengumpulan data secara kualitatif, berisiko memunculkan dilema etik ketika mengungkapkan berbagai pengalaman responden yang bersifat sangat rahasia bagi pribadinya. Strategi mengatasi dilema etik ini, di antaranya, peneliti dapat menginformasikan bahwa partisipan berhak untuk tidak menjawab pertanyaan wawancara yang dapat menimbulkan rasa tidak nyaman bagi dirinya untuk menceritakan pengalamannya yang tidak ingin diketahui oleh orang lain. Jika responden merasa tidak nyaman untuk berpartisipasi lebih lanjut, partisipan dengan sukarela dapat mengundurkan diri dari proses pengumpulan data kapanpun sesuai keinginan responden (Afiyanti & Imami, 2014).

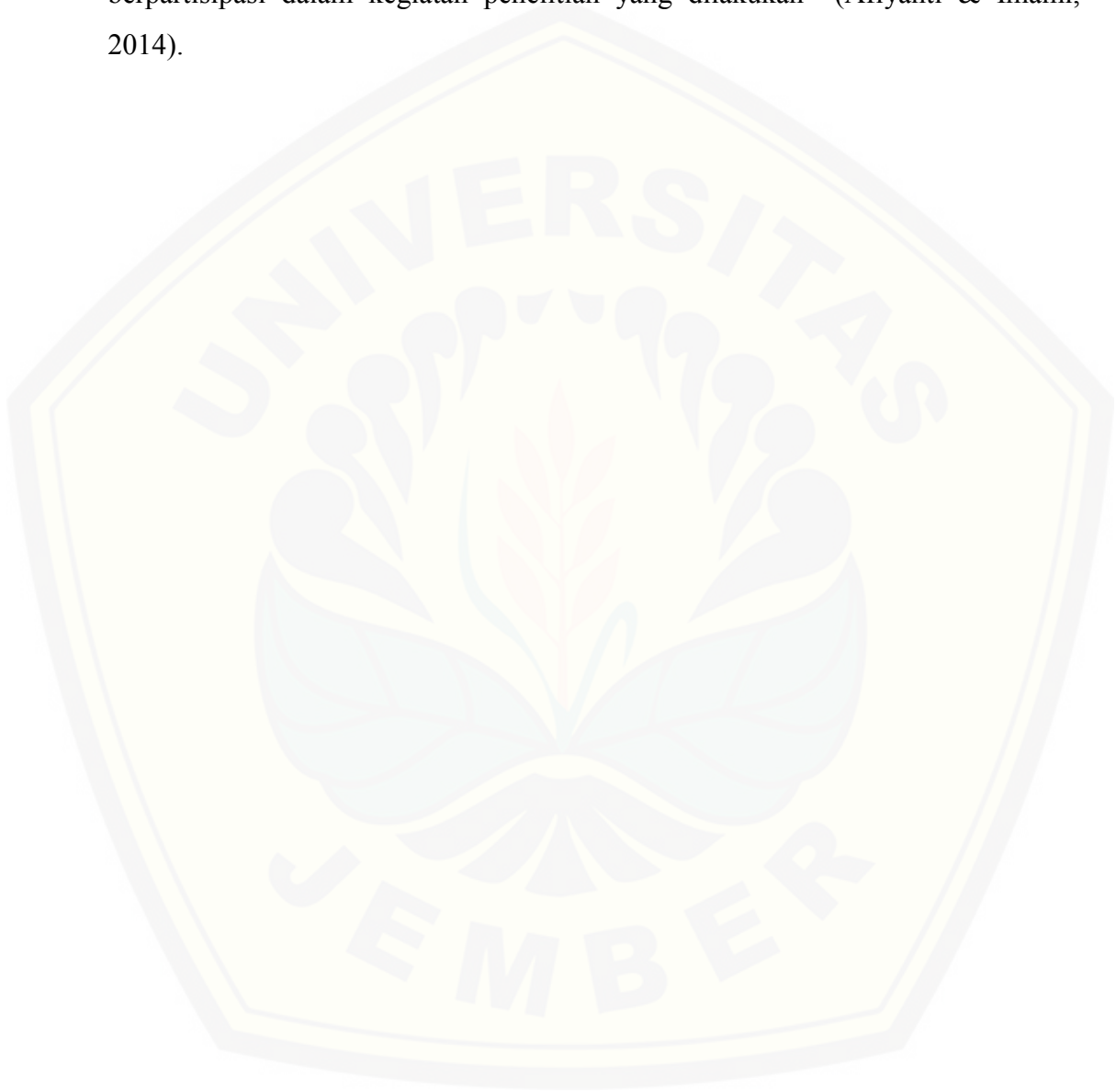
3.8.2 Prinsip Keadilan (*Justice*) untuk Semua Partisipan

Hak ini memberikan semua partisipan hak yang sama untuk dipilih atau berkontribusi dalam penelitian tanpa diskriminasi. Semua partisipasi memperoleh perlakuan dan kesempatan yang sama dengan menghormati seluruh persetujuan yang disepakati. Prinsip ini menyatakan bahwa setiap partisipan penelitian memiliki hak untuk diperlakukan adil dan tidak dibeda-bedakan di antara mereka selama kegiatan riset dilakukan. Setiap peneliti memberi perlakuan dan penghargaan yang sama dalam hal apa pun selama kegiatan riset dilakukan tanpa memandang suku, agama, etnis, dan kelas sosial (Afiyanti & Imami, 2014).

3.8.3 Persetujuan Setelah Penjelasan (*Informed Consent*)

Informed Consent seperti yang biasanya digunakan pada penelitian kuantitatif akan menjadi masalah karena sifat penelitian kualitatif yang tidak menekankan tujuan yang spesifik di awal. Seperti yang dijelaskan pada bagan sebelumnya, penelitian kualitatif bersifat fleksibel, dan mengakomodasi berbagai ide yang tidak direncanakan sebelumnya yang timbul selama proses penelitian.

Peneliti tidak mungkin menjelaskan keseluruhan studi yang akan dilakukan di awal, maka perlu adanya Persetujuan Setelah Penjelasan (PSP) dari manusia sebagai subjek atau partisipan yang dipelajari. Persetujuan partisipan merupakan wujud dari penghargaan atas harkat dan martabat dirinya sebagai manusia. PSP merupakan proses memperoleh persetujuan dari subjek/partisipan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian yang dilakukan (Afiyanti & Imami, 2014).



## BAB 5. PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

#### 5.1.1 Pengkajian

Data pengkajian keperawatan pada pasien 1 dan 2 dengan Stroke iskemik didapatkan perbedaan, pasien 1 jenis kelamin perempuan dengan umur 55 tahun dan pasien 2 jenis kelamin laki-laki dengan umur 56 tahun yang meningkatkan risiko stroke. Pasien 1 datang ke IGD dengan keluhan pasien mengatakan tangan dan kaki sebelah kiri lemah, tidak terasa. Sedangkan pasien 2 datang dengan keluhan Keluarga mengatakan pasien mengalami lemah anggota gerak sebelah kanan, bicara pelo (+). Kedua pasien dalam kesadaran compos mentis E4V5M6. Kedua pasien sebelumnya tidak mempunyai riwayat stroke, tidak mempunyai keturunan stroke pada anggota keluarga. Akan tetapi, pada pasien 1 mempunyai riwayat hipertensi ± 5 tahun yang tidak terkontrol dan pasien 2 perokok aktif yang menimbulkan risiko stroke lebih meingkat. Pada rekam medis pasien 1 tertulis diagnosa CVA Infark sedangkan pasien 2 CVA iskemik.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Hasil dari pengkajian yang telah dilakukan penulis menegakkan diagnosa pada kedua pasien yaitu defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Dimana diagnosa tersebut menurut penulis sangat penting untuk ditegakkan dikarenakan kebanyakan pasien yang menderita stroke akan terbatas dalam melakukan aktivitas perawatan dirinya secara mandiri sehingga menimbulkan dampak psikis pada penderita.

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang di susun dan direncanakan dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi pada kedua pasien penulis menggunakan dari NOC dan NIC, serta penulis memfokuskan pada rencana tindakan terapi fisik atau fisioterapi (ROM pasif/aktif) yang dapat memengaruhi peningkatan otot-otot ekstremitasnya sehingga dapat meningkatkan kemampuan aktivitas fungsionalnya seperti perawatan diri.



#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan yang dilaksanakan pada kedua pasien selama 3 hari perawatan, penulis melaksanakan tindakan perawatan diri: mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi serta terapi fisik (ROM). Terapi fisik dilakukan selama 20-30 menit setiap hari pada kedua pasien yang dapat meningkatkan kekuatan otot-otot ekstremitas kedua pasien yang membantu untuk memaksimalkan aktivitas perawatan dirinya.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang diukur dengan kriteria standart yang telah ditetapkan pada intervensi keperawatan masalah defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, dan eliminasi. Pasien 1 menunjukkan pada hari ketiga masalah teratasi sebagian yang dibuktikan dengan pasien dapat melakukan aktivitas perawatan diri seperti menggosok gigi secara mandiri, mengeringkan badan dengan handuk secara mandiri, dan adanya peningkatan kekuatan otot ekstremitas kiri (+1 dan +3). Sedangkan pasien 2 pada hari ketiga menunjukkan hasil yang lebih optimal dibandingkan pasien 1 dikarenakan perbedaan gejala hemiparese yang ditimbulkan penyakit strokenya.

Berdasarkan nilai skala menurut Wilkinson (2011) skala ketergantungan pada pasien 1 dan 2 menunjukkan peningkatan yaitu semi ketergantungan (+2) yang dibuktikan dengan adanya keterlibatan aktivitas perawatan diri pada pasien 1 dan 2.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan bagi penulis selanjutnya yang akan meneliti tentang stroke iskemik dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri meningkatkan keterlibatan pasien, keluarga dan memonitoring tindakan yang sudah dilakukan dan diajarkan kepada pasien dan keluarga.

### 5.2.2 Bagi Rumah Sakit RSUD Dr. Haryoto Lumajang

Diharapkan bagi rumah sakit penelitian yang dilakukan oleh penulis dapat diterapkan dengan lebih baik, sarana dan prasarana ditingkatkan untuk

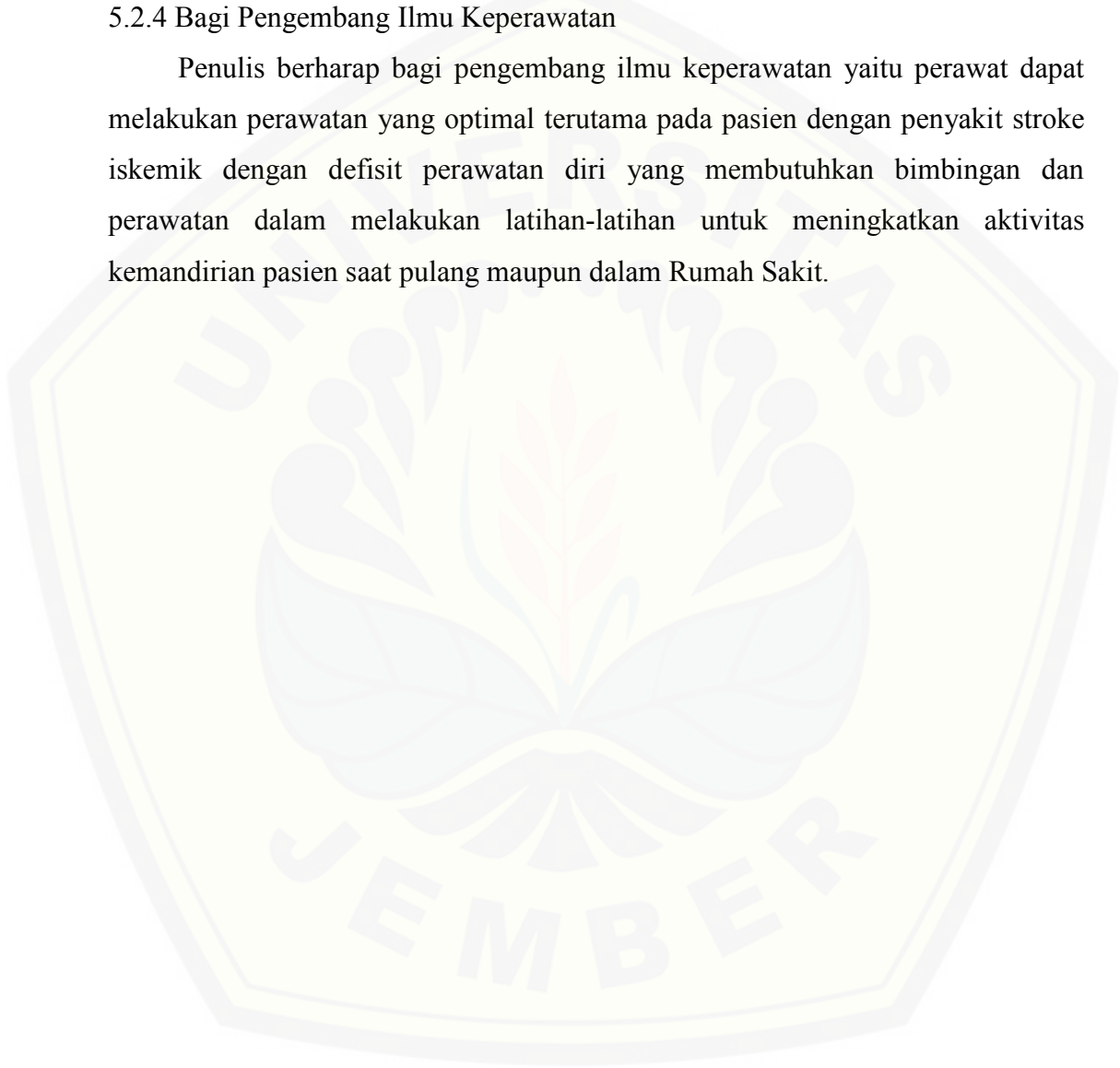
meningkatkan optimalisasi perawatan pada pasien terutama untuk pasien dengan penyakit stroke yang mengalami defisit perawatan diri.

#### 5.2.3 Bagi Pasien

Pasien dan keluarga pasien dapat meningkatkan kemandirian dalam melakukan aktivitas perawatan dirinya saat dirumah dengan mengoptimalkan latihan terapi fisik atau fisioterapi yang sudah diajarkan oleh penulis.

#### 5.2.4 Bagi Pengembang Ilmu Keperawatan

Penulis berharap bagi pengembang ilmu keperawatan yaitu perawat dapat melakukan perawatan yang optimal terutama pada pasien dengan penyakit stroke iskemik dengan defisit perawatan diri yang membutuhkan bimbingan dan perawatan dalam melakukan latihan-latihan untuk meningkatkan aktivitas kemandirian pasien saat pulang maupun dalam Rumah Sakit.



DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, & Imami. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Afifah, N. (2015). *Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Dengan Stroke Infark Di Ruang Melati Rsud Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2015*. Lumajang: Akademi Keperawatan Lumajang.
- Alam, S., Hadibroto, I. & Sustrani, L., (2003). *Stroke*. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama.
- Alfianti, Y. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pres.
- Ariani, T. a. (2013). *Sistem Neurobehavior*. jakarta: Salemba Medika.
- Artiyaningrum, B., 2015. *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN HIPERTENSI TIDAK TERKENDALIPADA PENDERITA YANG MELAKUKAN PEMERIKSAAN RUTIN DI PUSKESMASKEDUNG MUNDU KOTA SEMARANG TAHUN 2014*. Semarang: FIK UNNES.
- Batticaca, F. B. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salmeha Medika.
- Barbara Kozier, d. (2010). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktikum Edisi 7 Volume 1*. Jakarta : EGC.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah*. Singapura: CV Pentasada Media Edukasi.
- Brunner, & suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Chrisna, F. F., & Martini, S. (2016). Hubungan Antara Sindrome Metabolik Dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Berkala Epidemiologi, Vol. 4, No. 1*, 25-36

Farid & Mawarti, H., (2013). PENGARUH LATIHAN ROM (RANGE OF MOTION) PASIF TERHADAP PENINGKATAN KEKUATAN OTOT PADA PASIEN STROKE DENGAN HEMIPARASE.

Ghani, L., Mihardja, L. K. & Delima, (2016). *Faktor Risiko Dominan Penderita Stroke di Indonesia*. [Online] Available at: <http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/viewfile/4949/4264> [Diakses 8 Maret 2017].

Handayani, D. Y., & Dewi, D. E. (2009). *Analisis Kualitas Hidup Penderita dan Keluarga*. Diambil kembali dari [jurnalnasional.ump.ac.id](http://jurnalnasional.ump.ac.id): <http://jurnalnasional.ump.ac.id/index.php/PSYCHOIDEA/article/view/171>

Harahap, Z., (2015). PENGARUH LATIHAN (ROM) PASIF TERHADAP KEKUATAN OTOTEKSTREMITAS PADA PASIEN STROKE DI RUANG RA4 RSUP H. ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2014. *Jurnal Ilmiah PANNMED* Vol. 9 Nomor 3, pp. 206-209.

Herdman, T. H., (2015). *Diagnosis Keperawatan: Definisi & Klarifikasi 2015-2017*. 10 penyunt. Jakarta: EGC.

Hervina, R. & Sulung, N., (2015). PENGARUH TERAPI AKUPUNTUR TERHADAP TINGKAT KESEMBUHAN PASIEN POST STROKEDI PUSAT REHABILITASI STROKE SINGKARAK. [Online] Available at: <http://download.portalgaruda.org/article.php?article=391986&val=8587&title=Pengaruh%20Terapi%20Akupuntur%20terhadap%20Tingkat%20Kesembuhan%20Pasien%20Post%20Stroke%20di%20Pusat%20Rehabilitasi%20Stroke%20Singkarak> [Diakses 6 April 2018].

Hidayat, A. A. (2006). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi konsep dan proses keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penulisan Keperawatan Dan Teknik Analisa Data*. Jakarta: Salemba Medika.

Hidayat, A. A. (2012). *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.

- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2014). Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Buku 1 (2 ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Humam, h., & Lisiswanti, R. (2015, Desember). *Pengaruh Tomat (Solanum lycopersium) Terhadap Stroke*. Diambil kembali dari jukeunila.com: <http://jukeunila.com/wp-content/uploads/2016/02/16.pdf>
- Israr, Y. A., (2008). *STROKE*. Pekanbaru: FK UNRI.
- Iswahyuni, S., Rejo & Ridwan, D., (2015). GAMBARAN PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK. *Prosiding Seminar Nasional Fakultas Ilmu Kesehatan Update: Upaya Promotif, Preventif, dan Rehabilitatif dalam Penanganan Stroke*, Volume 1, pp. 17-24.
- Kabi, G. Y., Tumewah, R., & Kembuan, M. A. (2015). Gambaran Faktor Risiko Pada Penderita Stroke Iskemik Yang Dirawat Inap Neurologi RSUP Prof. DR. R. D. Kandou Manado Periode Juli 2012-Juni 2013. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Volume 3, Nomor 1, 457-462.
- Kalangi, J. A., Umboh, A. & Pateda, V., (2015). HUBUNGAN FAKTOR GENETIK DENGAN TEKANAN DARAH PADA REMAJA. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Volume 3, Nomor 1., pp. 66-70.
- Kellicker, P. G., & Schub, T. (2010). *Stroke in older adult*. California: Cengage Information Systems.
- Kembuan, M. A. H. N., Mambrasar, M. & Tumboimbela, M. J., (2014). PROFIL KUALITAS TIDUR PADA PASIEN STROKE AKUT DI BAGIAN NEUROLOGI RSUP PROF. DR. R. D KANDOU MANADOPERIODE NOVEMBER 2013 – DESEMBER 2013. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Volume 2, Nomor 2, , Volume II.
- Kembuan, M. A. H. N., Patricia, H. & Tumboimbela, M. J., (2015). KARAKTERISTIK PENDERITA STROKE ISKEMIK YANG DI RAWAT INAP DI RSUP PROF. DR. R. D. KANDOU MANADO TAHUN 2012-2013. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Volume 3, Nomor 1, pp. 445-451.
- Kemenkes. (2013). *Riset Kesehatan Dasar Tahun 2013 Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*. Jakarta.



- Lawrence, M. (2010). Young adults' experience of stroke: a qualitative review of the literature. *British Journal of Nursing*, 241-428.
- Lestari, D. A. P., (2014). *BAB 4 Hasil Penelitian dan Pembahasan*. [Online] Available at: <http://eprints.umpo.ac.id/624/5/BAB%204.pdf> [Diakses 2 April 2018].
- Mare, A. C. B., (2015). *Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kemampuan Perawatan Diri (self Care) Pada Pasien Pasca Stroke Di Puskesmas Gundih Surabaya*. Surabaya: FK Universitas Katolik Widya Mandala.
- Mertha, I., & Laksmi, A. (2013). Pengaruh Terapi Latihan Terhadap Kemandirian Melakukan aktivitas Kehidupan Sehari-hari Pasien Stroke Iskemik. *Jurnal Skala Husada Volume 10 Nomor 1*, 60-64.
- Mutiara, E., Usrin, I. & Yusad, Y., (2012). PENGARUH HIPERTENSI TERHADAP KEJADIAN STROKE ISKEMIK DAN STROKE HEMORAGIK DI RUANG NEUROLOGI DI RUMAH SAKIT STROKE NASIONAL(RSSN) BUKITTINGGI TAHUN 2011. *Jurnal e-Clinic Vol, 2 Nomor 3*, pp. 1-9.
- Muttaqin, A. (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muttaqin, A. (2012). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Gangguan Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Muzakkiyah, K. (2016). *Asuhan Keperawatan Stroke Iskemik Pada Lansia Dengan Masalah Personal Hygiene Di Rumah Sakit dr.Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto*. Diambil kembali dari repository.poltekkesmajapahit.ac.id: <http://repository.poltekkesmajapahit.ac.id/index.php/PUB-KEP/article/view/819/622>
- Nastiti, D., (2012). *Gambaran faktor Risiko Kejadian Stroke Pada Pasien Stroke di Rawat Inap Rumah sakit Krakatau Medika tahun 2011*.

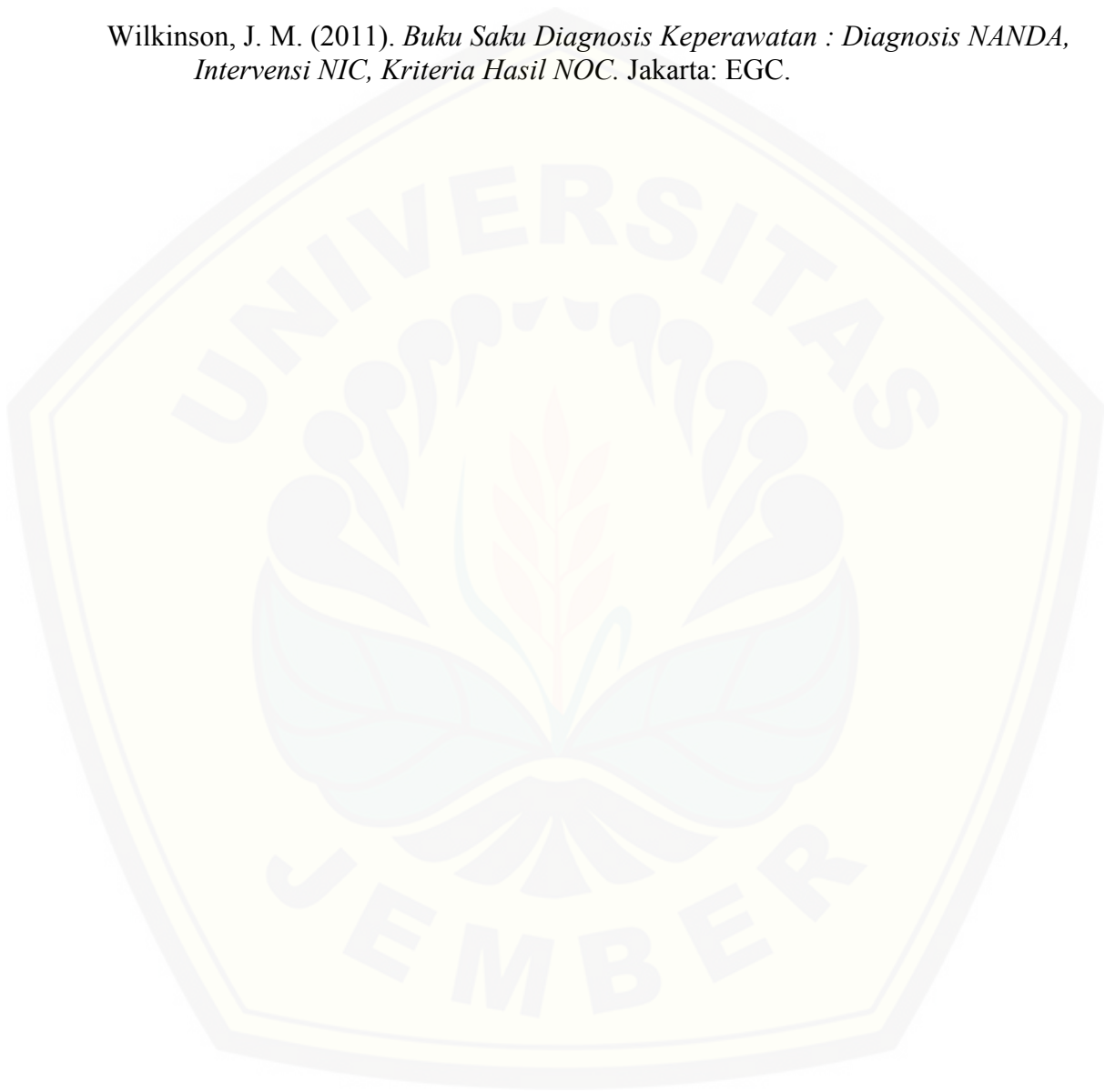
- Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Praja, D. S., Hasmono, D. & Syifa, N. (2013). STUDI PENGGUNAAN OBAT NEUROPROTEKTAN PADA PASIEN STROKE ISKEMIK (Penelitian Di Rumah Sakit Umum Dr. Saiful Anwar Malang). *PHARMACY, Vol.10 No. 02 Desember* , Volume X, pp. 147-158
- Prok, w., Gessal, J., & Angliadi, L. S. (2016). Pengaruh Latihan Gerak Aktif Menggenggam Bola Pada Pasien Stroke Diukur dengan Handgrip Dynamometer. *Jurnal e-Clinic (eCl)*, Volume 4, Nomor 1, 71-75.
- Reslina, I., almasdy, D., & Armenia. (2015). Hubungan Pengobatan Stroke Dengan Jenis Stroke Dan Jumlah. *Research of Applied Science and education V9.i 1*, 67-75.
- Rizki, F. A. (2016). *Hubungan Defisit Motorik dengan Penurunan Fungsi Kognitif Pada Pasien Stroke Iskemik Akut*. Diambil kembali dari scholar.unand.ac.id:  
[http://scholar.unand.ac.id/3065/2/BAB\\_1\\_Pendahuluan\\_watermark.PDF](http://scholar.unand.ac.id/3065/2/BAB_1_Pendahuluan_watermark.PDF)
- Rohmah, N. (2014). *Proses Keperawatan Teori dan Aplikasi*. Jogjakarta: Ar-Ruzz Media.
- Santoso, T. B., (2010). DISFUNGSI EREKSI PADA PENDERITA STROKE. *Jurnal Penelitian Sains & Teknologi*, , No. 2, Volume XI, pp. 144 - 155.
- Sari, I. P., (2015). *FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN TERJADINYASTROKE BERULANG PADA PENDERITA PASCA STROKE*. Surakarta: FIK UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA.
- Septiyani, N. (2016). *Pengaruh Pemberian Latihan Konsep Bobath dan Konsep Propioceptive Neuromuscular Facilitation Terhadap Aktivitas Fungsional Pada Pasien Stroke Non Haemorrhagic Di RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto*. Diambil kembali dari eprinst.ums.ac.id:  
<http://eprinst.ums.ac.id/46580/>
- Setyopranoto, I. (2011). Stroke: Gejala dan Penatalaksanaan. *CDK 185/ Vol.38 no.4*, 247-250.

- Sigalingging, G. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Sofyan, A. M., Sihombing, I. Y. & Hamra, Y., (2013). Hubungan Umur, Jenis Kelamin, dan Hipertensi dengan Kejadian Stroke. *Jurnal Ilmiah Fakultas Kedokteran Universitas Halu Oleo Vol. 1 Nomor 1*, pp. 24-30.
- Suhron, M., (2015). Pengaruh Latihan ROM (range of Motion) Pasif Terhadap Peningkatan Kekuatan Otot Ektremitas Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Paraplegi. *Jurnal nursing update; Jurnal Keperawatan volume 7 Nomor 1*, Volume 7, pp. 39-46.
- Sujatmiko, S. S. (2011). *Multiparitas Sebagai Risiko Stroke Iskemik Pada PASIEN Rumah Sakit DR. Kariadi Semarang*. Diambil kembali dari eprints.undip.ac.id: <http://eprints.undip.ac.id/37321/1/Skolastika.pdf>
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan Edisi II*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Tarwoto, & Wartolah. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tarwoto, & Wartolah. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan Edisi 5*. Jakarta: Salemba Medika.
- Tarwoto, Wartolah, & Suryati, E. S. (2007). *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Saraf*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Trianisa, R., (2015). *HUBUNGAN ANTARA TEKANAN DARAH PASIEN DENGAN JENIS STROKE DI RUANG RAWAT INTENSIFRSUP DR. KARIADI SEMARANG*. Diponegoro: FIK UNDIP.
- Wakhidah, A. N., (2015). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. W DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSARAFAN: STROKE NON HEMORAGIC DI RUANG GLADIOL ATASRUMAH SAKIT UMUM DAERAH SUKOHARJO*. Surakarta: FIK UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA .
- Wayunah & Saefulloh, M., (2016). ANALISIS FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEJADIAN STROKE DI RSUD INDRAMAYU. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*. , II(2), p. 65–76.

Widagdo, W., Suharyanto, T. & Aryani, R., (2008). *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: TIM.

Wildani, M. H., Rosdiana, I., & Wirastuti, K. (2010). Pengaruh Fisioterapi Terhadap Kekuatan Otot Ekstremitas Pada Penderita Stroke Non Hemoragik . *Pengaruh Fisioterapi Vol. 2, No. 2*, 193-199.

Wilkinson, J. M. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan : Diagnosis NANDA, Intervensi NIC, Kriteria Hasil NOC*. Jakarta: EGC.





Lampiran 3.1

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : N.Y. K.  
Umur : 5.6.T.H.N.  
Jenis kelamin : PEREMPUAN  
Alamat : Padamason  
Pekerjaan : TANI

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

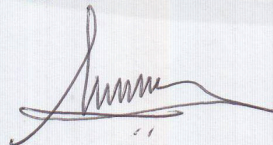
“Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

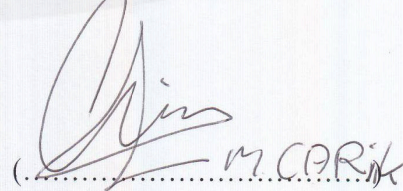
Lumajang, 2 Februari 2018

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian



**Ega Muklasin**  
NIM. 152303101065





Lampiran 3.1

**FORMULIR PERSETUJUAN SETELAH PENJELASAN  
(INFORMED CONSENT)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : Universitas Jember Kampus Lumajang

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

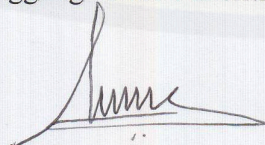
Nama : *Tn. Nawir*  
Umur : *55 THN*  
Jenis kelamin : *Laki - laki*  
Alamat : *Sukodono*  
Pekerjaan : *Tani*

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini yang berjudul :

“Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Iskemik dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Melati RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”

Dengan sukarela menyetujui keikutsertaan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui,  
Penanggung Jawab Penelitian



**Ega Muklasin**  
NIM. 152303101065

Lumajang, *20 Februari* 2018

Yang Menyetujui,  
Peserta Penelitian

*(..... NENI .....)*

Lampiran 3.2 Jadwal Penelitian

**JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH: LAPORAN KASUS**

KETERANGAN	TAHUN 2017																TAHUN 2018															
	FEB				MAR-OKT				NOV				DES				JAN - MARET				APRIL				MEI				JUNI			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Informasi Penelitian	■	■																														
Konfirmasi Penelitian	■	■																														
Konfirmasi Judul			■																													
Penyusunan Proposal Studi Kasus				■	■	■	■	■	■	■	■	■																				
Sidang Proposal												■																				
Revisi													■	■																		
Pengumpulan Data														■	■	■	■	■	■	■												
Konsul Penyusunan Data																		■	■	■	■	■										
Ujian Sidang																							■	■								
Revisi																								■	■							
Pengumpulan Studi Kasus																												■	■	■	■	



Lampiran 3.3

**SURAT PERMOHONAN IJIN PENGAMBILAN DATA**

Lumajang, 24 Januari 2018

Yth. Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
Unej Kampus Lumajang  
di  
Lumajang

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang :

Nama : Ega Muklasin  
NIM : 152303101065  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tempat/ Tgl lahir : Jember, 08 Juli 1997  
Alamat : Dsn. Sadengan Desa Rowotengah RT 02 RW 15 Kecamatan Sumberbaru Kabupaten Jember

Telah mendapatkan ijin menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul :

**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”**

Guna menyelesaikan tugas tersebut, saya perlu melakukan pengambilan data ke Institusi/ Lembaga dan waktu penyusunan Karya Tulis Ilmiah (KTI) sbb :

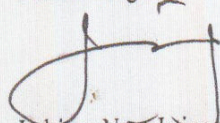
Nama Instansi/ : RSUD Dr. Haryoto Lumajang  
Lembaga tujuan  
Alamat : Jalan Besuki Rahmat Nomor 5 Kecamatan Lumajang - Kabupaten Lumajang – Provinsi Jawa Timur  
Waktu penelitian : Januari 2018 – Mei 2018

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon perkenan Koordinator Prodi memberikan surat pengantar dan permohonan ijin untuk melakukan penelitian di institusi tersebut. Terlampir berkas persyaratan yakni Proposal KTI.

Atas terpenuhinya permohonan ini, saya haturkan terima kasih

Mengetahui :

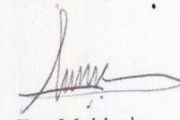
Pembimbing KTI



Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep  
NIP. 19720519 199703 2 003

Hormat kami,

Pemohon,



Ega Muklasin  
NIM. 152303101065



Lampiran 3.4

**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS JEMBER****PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN KAMPUS LUMAJANG**  
Jl. Brigiend. Katamso Telp. (0334) 882262, Fax. (034) 882262 Lumajang 67312  
Email: [d3keperawatan@unej.ac.id](mailto:d3keperawatan@unej.ac.id)**KEPUTUSAN KOORDINATOR PRODI D3 KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER KAMPUS LUMAJANG**

Nomor : 41 /UN25.1.14.2/LT/2018

TENTANG

**IJIN PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH**

Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang, setelah menimbang pedoman menyusun Karya Tulis Ilmiah Akademi Keperawatan Pemerintah Kabupaten Lumajang, Nomor: 188.4/472/427.35.28/2015 Tanggal 20 Agustus 2015, dengan persetujuan pembimbing tanggal 24 Januari 2018

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan kepada mahasiswa tersebut dibawah ini :

N a m a : Ega Muklasin  
Nomor Induk Mahasiswa : 152303101065  
Tempat, Tanggal Lahir : Jember, 08 Juli 1997  
Prodi : D3 Keperawatan  
Tingkat / Semester : III/VI (enam)  
A l a m a t : Dsp. Sadengan Desa Rowotengah RT 02 RW 15 Kecamatan  
Sumberbaru Kabupaten Jember

dijinkan memulai menyusun Karya Tulis Ilmiah dengan judul yang telah dirumuskan sebagai berikut :

**“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Melati RSUD Dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018”**

Dengan pembimbing :

1. Indriana Noor Istiqomah, S.Kep., Ners., M.Kep

Surat Keputusan ini mulai berlaku sejak ditetapkan dan akan ditinjau kembali jika dikemudian hari ternyata terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : Lumajang  
Pada Tanggal : 24 Januari 2018Koordinator Prodi D3 Keperawatan  
Unej Kampus LumajangNurul Hayati, S.Kep.Ners.MM  
NIP. 19650629 198703 2 008



Lampiran 3.5



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG**  
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH dr. HARYOTO**  
 JALAN BASUKI RAHMAT NO. 5 TELP (0334) 881666 FAX (0334) 887383  
 Email : rsdharyoto@yahoo.co.id  
**LUMAJANG - 67311**

Lumajang, 13 Februari 2018

Nomor : 445/ <sup>GA7</sup> 1427.77/2018  
 Sifat : Biasa  
 Lampiran : -  
 Perihal : Pengambilan Data

Kepada  
 Yth. Ka. Ruang Melati  
 RSUD dr. Haryoto Kab. Lumajang  
 di

LUMAJANG

Sehubungan dengan surat Koordinator Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang tanggal 24 Januari 2018 Nomor : 42/UN25.1.14.2//LT/2018 dan Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik tanggal 02 Februari 2018 Nomor : 072/034/427.75/2018 perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, maka bersama ini kami sampaikan bahwa kami menyetujui kepada mahasiswa D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang untuk melakukan pengambilan data di ruang Saudara dan kami mohon bimbingannya kepada mahasiswa dimaksud, yaitu:

Nama : EGA MUKLASIN

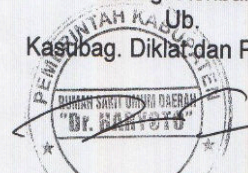
NIM : 152303101065

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Stroke Iskemik Dengan  
 Masalah Keperawatan Defisit Perawatan Diri di Ruang Melati  
 RSUD dr. Haryoto Lumajang Tahun 2018

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

An. DIREKTUR RSUD dr. HARYOTO  
 KABUPATEN LUMAJANG  
 Kabag. Renbang

Ub.  
 Kabag. Diklat dan Penelitian



Ns. RUDIAH ANGGRAENI  
 Penata Tk. I

NIP. 19671209 199203 2 004



Lampiran 3.6 Leaflet

## PENYULUHAN KESEHATAN ROM (RANGE OF MOTION)



Oleh :

EGA MUKLASIN

1523030101065

AKADEMI KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
KAMPUS LUMAJANG

### Apa ROM itu ???

Latihan range of motion (ROM) adalah latihan yang dilakukan untuk mempertahankan atau memperbaiki tingkat kesempurnaan kemampuan menggerakkan persendian secara normal dan lengkap untuk meningkatkan massa

otot dan tonus otot (Potter & Perry, 2006). ROM Aktif yaitu gerakan yang dilakukan oleh seseorang (pasien) dengan menggunakan energi sendiri.

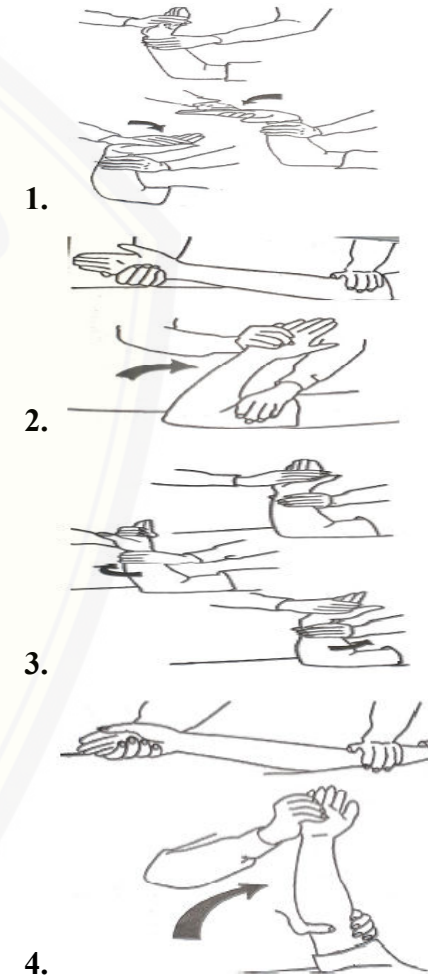
### MANFAAT ROM

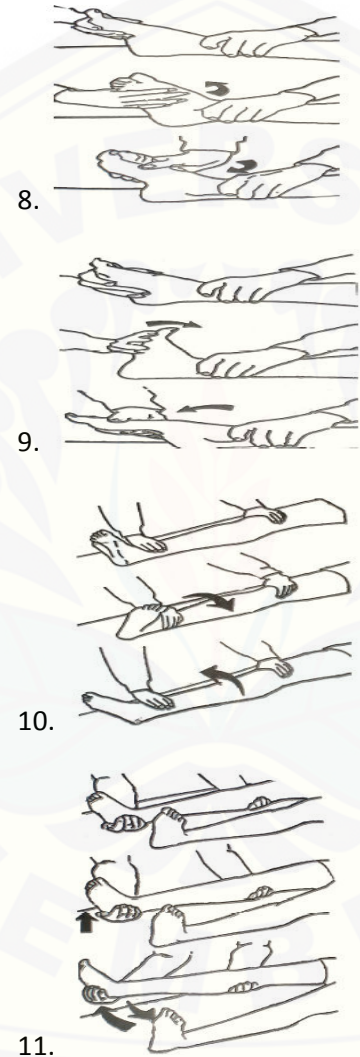
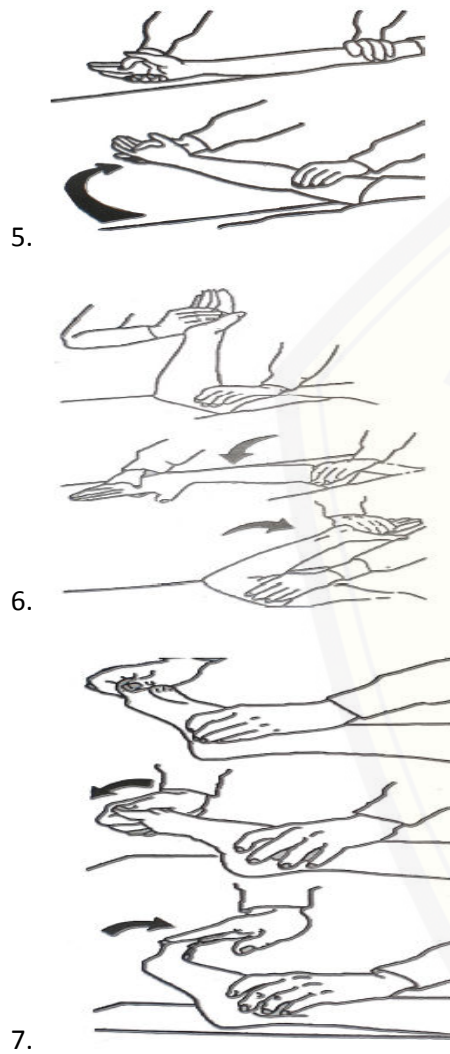
1. Menentukan nilai kemampuan sendi tulang dan otot dalam melakukan pergerakan.
2. Mengkaji tulang, sendi, dan otot.
3. Mencegah terjadinya kekakuan sendi.
4. Memperlancar sirkulasi darah.

Memperbaiki tonus otot.

5. Meningkatkan mobilisasi sendi.
6. Memperbaiki toleransi otot untuk latihan.

### LANGKAH-LANGKAH ROM Pasif

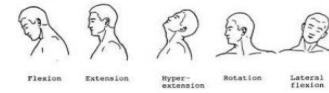




## ROM Aktif

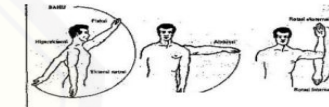
### Pelaksanaan gerakan ROM pada:

#### Leher



[www.kaskus.co.id/](http://www.kaskus.co.id/)

#### Bahu

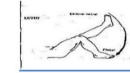


[Wellnessunik.blogspot.com/](http://Wellnessunik.blogspot.com/)

#### Siku

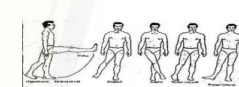


#### Lutut

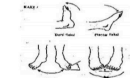


[Wellnessunik.blogspot.com/](http://Wellnessunik.blogspot.com/)

#### Pinggul



#### Kaki




[Wellnessunik.blogspot.com/](http://Wellnessunik.blogspot.com/)

Subianto, Rendra. 2012. Pengaruh Latihan Rom (*Range Of Motion*) Terhadap Perubahan Mobilisasi Pada Pasien Stroke Di Ruang Mawar B RSUD dr. Harjono Ponorogo. Ponorogo: Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo.

[lib.umpo.ac.id/gdl/download.php?id=193](http://lib.umpo.ac.id/gdl/download.php?id=193). Diakses 4 Agustus 2017

Caroline, S., 2015. *Latihan Fisik Rentang Gerak / Range Of Motion (ROM)*. [Online] Available at: <http://repository.usu.ac.id/bitstream/handle/123456789/55047/Appendix.pdf;jsessionid=CF2FC96DD66EF0DF98AC4E>

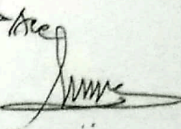
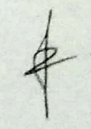
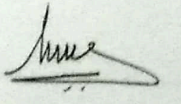

Lampiran 4.1 Lembar konsultasi

	<b>FORMULIR</b>	No. Dok. : Akp / F / K / 29
	<b>LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA</b>	Berlaku sejak : 1-2-2015 Revisi :

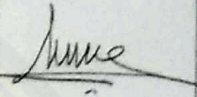

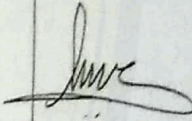

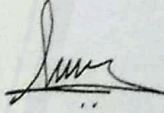

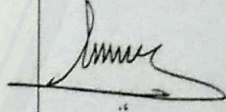
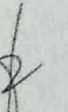
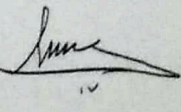
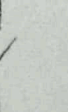
## LOG BOOK PENYUSUNAN KARYA TULIS ILMIAH MAHASISWA AKPER PEMKAB LUMAJANG

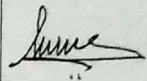

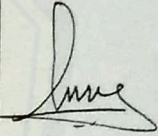

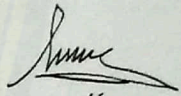
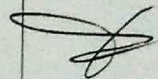
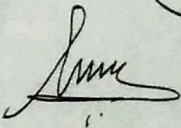
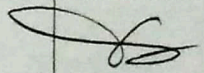
**NAMA MAHASISWA** : Ega Mublat'n  
**NIM** : 17.068  
**PROGRAM STUDI** : D3 KEPERAWATAN  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** : Asuhan Keperawatan pada pasien Stroke Iskemik Dengan masalah Keperawatan Defisit perawatan diri

### TAHAP PENULISAN TUGAS AKHIR


NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
1	9 Februari 2017	karfa judul proposal	Stroke iskemik Dengan masalah Keperawatan Defisit perawatan diri		
2	1 Maret 2017	Konsul BAB I	Revisi BAB I Mulai dari fenomena, definisi by slide masalah,		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
3	9 Maret 2017	Konsul BAB 1	Revisi alur penulisan Word letter program story runtuk dan menyalakam.		
4	19 Agustus 2017	Konsul BAB 1	Revisi BAB 1 dan Buat BAB 2		
5	30 Agustus 2017	Konsul BAB 1 dan BAB 2.	Katr Gle : tambah jenis deficit protein dan Pmb 2 : लग्ग P1. Konsep askep : ungkapan semua Hg def. protein diri. Intensi emi, dr literatur ke Lakshmi di buku Hoffmanns.		
6	18 September 2017	Konsul BAB 1 dan BAB 2	Revisi BAB 2 : penulisan, teori di perbaikan Buat BAB 3		
7	17 Oktober 2017	Bab 1 Bab 2 Bab 3	Revisi penulisan + paragraf. Revisi → tulis sesuai definisi peneliti		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7
8	25 oktober 2017	konsul BAB 2 dan BAB 3	Ace Bab 2 Bab 3 → desain, laporan farmasi lain <sup>2</sup> ace. Buat lampiran.		
9	2 Januari 2017	konsul BAB 3 dan Lampiran	Ace Bab 3 & lampiran Ace sidang proposal.		
10	15 Januari 2018	konsul keVig' sidang proposal.	- <del>ke Vig' al. Pustaka</del> manfaat, Det. Mergin -		
11	18 Januari 2018	konsul keVig' sidang proposal	= ke lab - Ace - lms <sup>2</sup> Ace Perso		
12					

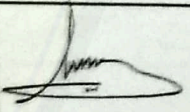
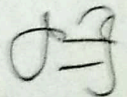
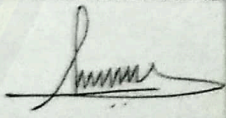
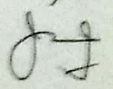


	<b>FORMULIR</b>	No. Dok. :
	<b>LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA</b>	Berlaku Sejak :
		Revisi :

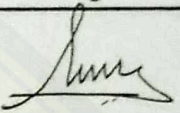
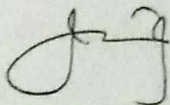
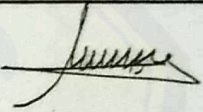
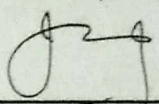
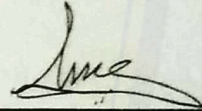
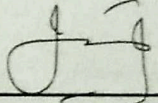
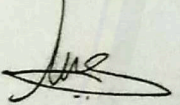
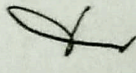
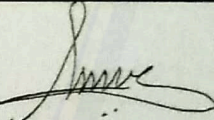
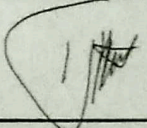
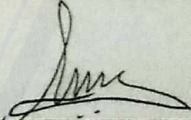
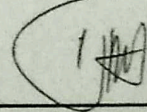
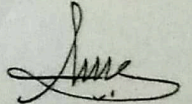
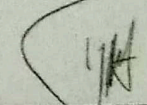
**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI  
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS JEMBER**

**NAMA MAHASISWA** : Ega Maulana  
**NIM** : 15030310165  
**PROGRAM STUDI** : D3 Keperawatan UNJ Kampus Lumajang  
**JUDUL KARYA TULIS ILMIAH** : Analisis Keperawatan pada pasien stroke iskemik dengan masalah keperawatan Defisit perawatan diri

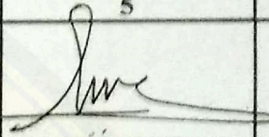
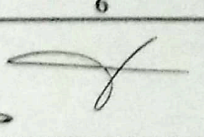
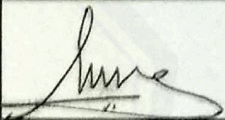
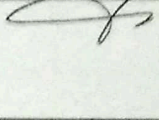
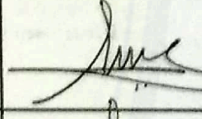
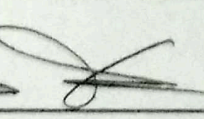
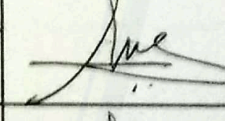
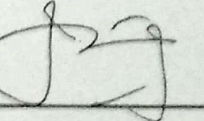
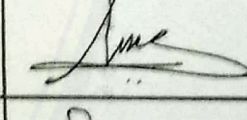
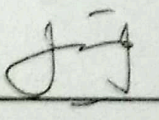
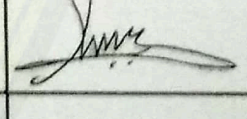
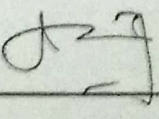
**TAHAP PENULISAN PROPOSAL**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
11.	15 Maret 2018	Konsep BAB 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penulisan, sesuai dengan PPK1 Unej</li> <li>- Dalam pembahasan ada teori-teori yang mungkin dengan fakta diawal akhir</li> </ul>		
12.	20 Maret 2018	Konsep BAB 4.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uraian teori dulu, bandingkan &amp; fakta, ya itu sama brilian alasan dr teori yg lain.</li> </ul>		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
13.	7 April 2018	Kon sul BAB 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi penulisan BAB 4</li> <li>- untuk layout BAB 4 sesuai dengan buku PPKI UNJ</li> <li>- lanjut pembahasan sampai selesai</li> </ul>		
14.	19 Mei 2018	Kon sul BAB 4, BAB 5, dan Ringkasan	Bab 4 Acc & revisi Bab 5 → revisi & hal 2, bab 4 Ringkasan → IMRAD		
15.	22 Mei 18	Bab 1 - 5	Acc sidang KTI		
16.	5 Juni 2018	Kon sul Revisi BAB 1, 2, 4	Revisi in draft		
17.	5 Juni 2018	Kon sul Revisi BAB 1 dan 2, 3, 4, 5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi format materi, format, &amp;</li> <li>- Revisi penulisan materi secara spesifik.</li> <li>- Revisi BAB 3 penyimpulan data,</li> <li>- Revisi BAB 4 hasil dan pembahasan,</li> </ul>		
18.	6 Juni 2018	Kon sul Revisi BAB 1, 3, 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisi format.</li> <li>- Revisi Analisa Data.</li> </ul>		
19.	7 Juni 2018	Kon sul Revisi BAB 1, 2, 4, 5	Acc Bab 1, 2, 3, 4, dan 5		



NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
20.	8 Juni 2018	Konsul Revisi BAB 1	- Revisi BAB 1 - ditambahkan lebih spesifik risiko perkarangan.		
21.	26 Juni 2018	Konsul Revisi BAB 1	- Revisi BAB 1. Risiko perkarangan - perbaiki kata-kata.		
22.	2 Juli 2018	Konsul Revisi BAB 1	Risiko dan Ace -		
23.	2 Juli 2018	Konsul Revisi BAB 1 Analisa DATA	- Revisi Analisa DATA sampai Evaluasi. - ditambahkan Analisa DATA sampai Evaluasi - intervensi yang diberikan di sesuaikan dengan kondisi pasien.		
24.	4 Juli 2018	Konsul Revisi BAB 1 Analisa DATA - Evaluasi.	Kriteria dan bagian -> sintromkan -> bagian dari evaluasi. Intervensi & tambahkan ROME & pengobatannya		
25.	5 Juli 2018	Konsul Revisi BAB 1 45	Ace Revisi		

# Digital Repository Universitas Jember

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	4	5	6	7

Ketua Program Studi

Pembimbing

\_\_\_\_\_  
NIP.

\_\_\_\_\_  
NIP.

Mengetahui  
Wakil Direktur I

\_\_\_\_\_  
NIP.