

GAMBARAN PELAKSANAAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE NON HEMORAGIK

Sri Iswahyuni^{1*)}, Rejo², Dimas Ridwan³

^{1,2}Dosen AKPER Mamba'ul 'Ulum Surakarta, Jl. Ringroad Utara Mojosongo, Surakarta 57127

³Mahasiswa AKPER Mamba'ul 'Ulum Surakarta, Jl. Ringroad Utara Mojosongo, Surakarta
57127

*email: iswahyunisri@yahoo.co.id

ABSTRAK

Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk – bentuk kecacatan sebagai akibat dari gangguan fungsi otak. Di Indonesia pengumpulan data dari 28 rumah sakit didapatkan usia rata-rata pasien stroke adalah 58,8 tahun, 38,8 % di antaranya berumur diatas 65 tahun, 12,9 % berumur di bawah 45 tahun. Kecenderungan kenaikan penderita stroke terutama pada usia muda. Penelitian ini merupakan studi kasus yang bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan Ny. D dengan Strok Non Hemoragik (SNH) Pengkajian dilakukan pada tanggal 16 April 2014 sampai tanggal 18 April 2014 di Bangsal Anggrek II RSUD. Dr. Moewardi Surakarta. Diagnosa keperawatan yang ditegakkan pada Asuhan Keperawatan pada Ny. D yaitu pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan fungsi saraf, perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan suplai oksigen yang tidak adekuat, gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase, defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Tidak semua pasien stroke mempunyai masalah seperti tercantum di tinjauan pustaka. Masalahnya bisa berbeda karena tergantung dari kondisi pasien sehingga sebagian dari diagnosa keperawatan tidak dapat ditegakkan pada tinjauan kasus. Evaluasi dari masalah pola nafas tidak efektif dapat teratasi keseluruhan, sedangkan masalah perubahan perfusi jaringan otak, gangguan mobilitas fisik, dan defisit perawatan diri dapat teratasi sebagian.

Kata kunci : stroke, pola nafas, perubahan perfusi jaringan otak.

PENDAHULUAN

Stroke atau gangguan peredaran darah otak (GPDO) merupakan penyakit neurologis yang sering dijumpai dan harus ditangani secara cepat dan tepat. Stroke merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja. Stroke merupakan penyakit yang paling sering menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir daya ingat, dan bentuk – bentuk kecacatan yang lain sebagai akibat gangguan fungsi otak (Muttaqin, 2008 : 128)

Di seluruh dunia stroke merupakan penyakit yang terutama mengenai populasi usia lanjut. Insident pada usia 75-84 tahun sekitar 10 kali dari populasi berusia 55-64 tahun. Di Inggris stroke merupakan penyakit ke-2 setelah infark miokard akut sebagai penyebab kematian utama. Sedangkan di Amerika stroke masih merupakan penyebab kematian ke-3. Di Prancis stroke disebut sebagai serangan otak (attaque cerebrale) yang menunjukkan analogi kedekatan stroke dengan serangan jantung (Sudoyo, dkk, 2006 : 1411).

Di Indonesia pada pengumpulan data dari 28 rumah sakit didapatkan bahwa usia rata-rata

pasien stroke adalah 58,8 tahun 38,8 % di antaranya berumur diatas 65 tahun, 12,9 % berumur di bawah 45 tahun. Di samping itu terdapat kecenderungan kenaikan penderita stroke terutama pada usia muda (Madiyono dan Suherman, 2006 : 1).

Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta sendiri jumlah penderita stroke pada tahun 2014 mengalami peningkatan dari tahun ke tahun hingga 5-7 %. Penderita stroke membutuhkan perawatan khusus untuk menekan angka kematian dan kecacatan itu sehingga di RS. perlu ruangan khusus unit stroke. Dengan adanya unit stroke tersebut diharapkan tingkat kematian dan kecacatan bisa ditekan hingga 50 %.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini telah dilakukan selama tiga hari, Tanggal 16 - 18 April 2014 bertempat di Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta. Metode penelitian adalah dengan observasi yang dilaksanakan secara mendalam (*in depth observation*) terhadap objek yaitu pasien gangguan persyarafan : stroke non haemoragik di Ruang Anggrek 2 Rumah Sakit Dokter Moewardi Surakarta. Analisa data dan penyajian data dilakukan secara deskriptif kualitatif.

HASIL

Riwayat kesehatan, keluhan utama : pasien mengatakan sesak nafas. Riwayat penyakit sekarang : satu hari sebelum masuk rumah sakit pasien mendadak tangan kiri dan kaki kiri lemas saat bangun tidur, dan pasien mengatakan kepalanya pusing. Kemudian oleh keluarga pasien dibawa ke rumah sakit Dr. Oen Solo, karena ruang ICUnya penuh kemudian pasien dirujuk ke rumah sakit Dr. Moewardi Surakarta. Saat dikaji pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya lemas dan masih sesak nafas.

Pemeriksaan fisik, Kesadaran : composmentis, Tanda – tanda vital : tekanan darah : 150 / 80 mmHg, nadi : 80 x / menit, respirasi : 26 x / menit, suhu : 36,3 °C, berat badan / tinggi badan : 47 kg / 160 cm. Kepala

: rambut bersih, tidak ada benjolan. Mata : isokor, konjungtiva merah muda, Hidung : terpasang nasal canul oksigen 3 liter per menit, tidak ada sekret. Wajah : bersih, tampak pucat. Dada, paru – paru inspeksi : pengembangan dada simetris kanan dan kiri, perkusi : sonor, palpasi : tidak ada nyeri tekan, auskultasi : wheezing. Jantung inspeksi : ictus cordis tidak teraba, perkusi : pekak, palpasi : ictus cordis teraba di intercosta 5 mid clavicula sinistra, aukultasi : reguler.. Ekstermitas kanan atas : terpasang infus NaCl 0.9 % 20 tetes per menit, kanan bawah : dapat digerakkan, kiri atas : tidak dapat digerakkan, kiri bawah : tidak dapat digerakkan. Kulit : sawo matang, elastis.

Pengkajian pola fungsi menurut Handerson. Penulis menyimpulkan bahwa pola fungsi yang mendukung masalah keperawatan pada pasien adalah pola bernapas sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bernapas secara spontan, tanpa menggunakan alat bantu, selama sakit : pasien tampak sesak napas dengan respirasi 26 x per menit, terpasang nasal canul oksigen 3 liter per menit. Pola gerak sebelum sakit : pasien mengatakan dapat bergerak bebas, selama sakit : pasien mengatakan tidak dapat bergerak bebas karena kaki dan tangan kiri tidak bisa digerakkan, dan tangan terpasang infus NaCl 0,9 % 20 tetes per menit.

Data penunjang, pemeriksaan laboratorium pada tanggal 15 april 2014. Hemoglobin 11,8 g/dl (12,1-17,6 g/dl), hematokrit 44 % (33-45%), leukosit 8,2 ribu/ul (4,5-11,0 ribu/ul), trombosit 13,2 ribu/ul (150-450 ribu/ul), eritrosit 4,73 juta/ul (4,50-5,90 juta/ul), PT 14, APTT 23,9, INF 1150, GDS 348 mg/dl (60-140 mg/dl), SGOT 13 u/i (0-35 u/i), SGPT 15 u/i (0-45 u/i), creatinine 0,5 mg/dl (0,8-1,3 mg/dl), ureum 28 mg/dl (>50 mg/dl), natrium darah 34 mmol/l (132-146 mmol/l), kalium darah 5,0 mmol/l (3,7-5,4 mmol/l), chlorida 102 mmol/l (98-106 mmol/l). Pemeriksaan laboratorium tanggal 16 april 2014. GDS puasa 241 mg/dl, asanm urat 3,4 mg/dl, kolestrol total 241 mg/dl, kolestrol LDL 153 mg/dl, kolestrol HDL 46

mg/dl, trigliserida 149 mg/dl, HbsAg nonreaktif. Intervensi, Implementasi dan evaluasi keperawatan:

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

Tujuan : pola nafas menjadi efektif, dengan kriteria hasil : pasien tidak sesak nafas lagi, respirasi dalam batas normal 16 – 20 kali per menit. Intervensi dilakukan pada tanggal 16 April 2014 yaitu : beri oksigen sesuai indikasi, berikan posisi yang nyaman, auskultasi bunyi nafas, pertahankan perilaku yang tenang, kolaborasi dengan tim kesehatan pemberian analgetik.

Implementasi dilakukan pada tanggal 16 April 2014 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital dan keadaan umum, memberikan oksigen yang cukup, memberikan posisi yang nyaman, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, phytomenadione 10 mg, metodopiramide 5 mg. Pada tanggal 17 April 2014 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital dan keadaan umum, memberikan perubahan posisi yang nyaman, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, ranitidine 50 mg. Pada tanggal 18 April 2014 yaitu : mengobservasi keadaan umum dan tanda – tanda vital, mempertahankan perilaku yang tenang, memberi posisi yang nyaman, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, ranitidine 50 mg, phytomenadione 10 mg.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 18 April 2014 *subjective* (S) : pasien mengatakan sudah tidak sesak nafas lagi, *objective* (O) : pasien tampak rileks, tidak terpasang canul oksigen dan bernafas spontan, *assasment* (A) : masalah pola nafas tidak efektif teratasi, *planning* (P) : intervensi dihentikan.

Perubahan perfungsi jaringan otak berhubungan dengan perdarahan pada otak.

Tujuan: perfusi jaringan otak dapat tercapai dengan kriteria hasil : klien tidak gelisah dan lemas. Intervensi dilakukan pada tanggal 16 April 2013 yaitu : berikan klien dengan posisi tidur terlentang, anjurkan

klien untuk mengeluarkan nafas bila bergerak atau berbalik tempat tidur, anjurkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan berlebihan, ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung.

Implementasi dilakukan pada tanggal 16 April 2014 yaitu : mengobservasi keadaan umum dan tanda – tanda vital, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, phytomenadione 10 mg, metodopiramide 5 mg, ranitidine 50 mg, memberikan klien dengan posisi tidur terlentang tanpa bantal, menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung. Pada tanggal 17 April 2014 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital dan keadaan umum, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram. Ranitidine 50 mg, menganjurkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan yang berlebihan, menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung. Pada tanggal 18 April 2014 yaitu : mengobservasi keadaan umum dan tanda – tanda vital, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, ranitidine 50 mg, phytomenadione 10 mg, menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, menganjurkan klien tidur terlentang tanpa bantal.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 18 April 2014 *subjective* (S) : pasien mengatakan masih lemas dan gelisah, *objective* (O) : pasien tampak lemas dan gelisah, *assasment* (A) : masalah perubahan perfusi jaringan otak teratasi sebagian, *planning* (P) : intervensi dilanjutkan.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase

Tujuan: klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya dengan kriteria hasil : tidak terjadi kontraktur, meningkatkan kekuatan otot. Intervensi pada tanggal 16 April 2014 yaitu: tinjau kemampuan fisik dan kerusakan yang terjadi, observasi tingkat imobilisasi, berikan perubahan posisi yang teratur, berikan latihan ROM pasif, berikan perawatan kulit secara adekuat.

Implementasi dilakukan pada tanggal 16 April 2014 yaitu : mengobservasi keadaan

umum dan tanda – tanda vital, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, phytomenadione 10 mg, metodopiramide 5 mg, ranitidine 50 mg, meninjau kemampuan fisik dan kerusakan yang terjadi, memberikan perubahan posisi yang teratur. Pada tanggal 17 April 2014 yaitu : mengobservasi tanda – tanda vital dan keadaan umum, memberikan injeksi ceftriaxone 1 gram, ranitidine 50 mg, memberikan latihan ROM pasif, memberikan perubahan posisi tidur yang teratur, memberikan perawatan kulit yang adekuat. Pada tanggal 18 April 2014 yaitu : mengobservasi keadaan umum dan tanda – tanda vital, membrikan injeksi ceftriaxone 1 gram, ranitidine 50 mg, phytomenadione 10 mg, memberikan latihan ROM pasif, menganjurkan perubahan posisi tidur yang teratur, memberikan perawatan kulit yang adekuat.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 18 April 2014 *subjective* (S) : pasien mengatakan sedikit – sedikit bisa menggerakkan jari tangan kirinya, *objective* (O) : pasien tampak menggerakkan jari tangan kirinya, *assasment* (A) : masalah gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian, *planning* (P) : intervensi dilanjutkan.

Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan: terjadi peningkatan perilaku dalam perawatan diri dengan kriteria hasil : klien tampak segar, rambut bersih.

Intervensi pada tanggal 16 April 2014 yaitu: tentukan kemampuan dan tingkat kekurangan dalam melakukan perawatan diri, beri motivasi pada klien untuk tetap melakukan aktivitas, berikan bantuan sesuai kebutuhan, beri umpan balik yang positif untuk setiap usaha, kolaborasi dengan fisioterapi.

Implementasi dilakukan pada tanggal 16 April 2014 yaitu: mengganti sprengel dan merapikan. Pada tanggal 17 April 2014 yaitu: memberikan motivasi untuk melakukan aktivitas. Pada tanggal 18 April

2014 yaitu : menciptakan lingkungan yang nyaman, menganjurkan istirahat.

Evaluasi dilakukan pada tanggal 18 April 2014 *subjective* (S): pasien mengatakan belum berani keramas, *objective* (O): rambut masih kotor dan berminyak, *assasment* (A): masalah defisit perawatan diri belum teratasi, *planning* (P): intervensi dilanjutkan.

PEMBAHASAN

Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru.

Ketidakefektifan pola pernafasan adalah keadaan ketika seorang individu mengalami kehilangan ventilasi yang aktual atau potensial yang berhubungan dengan perubahan pola pernafasan (Carpenito, 2007 : 383).

Etiologi yang dicantumkan penulis dalam diagnosa tersebut adalah penurunan ekspansi paru (Doenges, 2008: 177). Tetapi penulis belum menunjukkan adanya data yang mendukung tentang penurunan ekspansi paru.

Batasan karakteristik dari diagnosa tersebut yaitu adanya perubahan dalam perubahan frekuensi atau pola pernafasan, perubahan pada nadi (frekuensi, irama, kualitas) (Carpenito, 2007 : 383).

Diagnosa ini ditegakkan penulis dalam data pendukung karena pasien mengatakan sesak nafas. Data obyektif pasien terpasang kanul oksigen 3 lpm, tanda-tanda vital TD : 150/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 26 x/menit, S : 36,3⁰C.

Diagnosa ini penulis prioritaskan pada urutan pertama, sesuai dengan Hierarki Maslow, yaitu meliputi kebutuhan respirasi, sirkulasi, suhu, nyeri. Apabila diagnosa ini tidak segera ditangani maka akan terjadi gangguan pada sistem pernafasan (Hidayat, 2004 : 119).

Berdasarkan pertimbangan tersebut maka penulis merekomendasikan serangkaian

tindakan keperawatan yang bertujuan agar klien tidak sesak nafas. Untuk mencapai tujuan tersebut penulis menetapkan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Rencana tindakan yang penulis susun adalah auskultasi bunyi nafas dengan rasional indikasi oedem paru sekunder akibat decompensasi, berikan posisi yang nyaman dengan rasional meningkatkan ekspansi paru, beri oksigen yang cukup dengan rasional untuk membantu pernafasan klien agar tidak sesak, pertahankan perilaku yang tenang dengan rasional membantu klien mengalami efek hipoksia, kolaborasi dengan tim kesehatan pemberian analgetik dengan rasional untuk mengetahui kondisi klien atas pengembangan paru..

Kekuatan yang penulis dapatkan dari diagnosa ini adalah terdapat tanda-tanda pasien mengatakan sesak nafas, respirasi 26 x/menit, dan pasien kooperatif. Kelemahannya penulis belum melaksanakan semua intervensi yang telah disusun karena penulis lakukan sesuai jadwal jaga. Data pendukung dari diagnosa ini yaitu auskultasi bunyi paru wheezing, dan pasien sesak nafas.

Perubahan perfusi jaringan otak berhubungan dengan sumbatan pada otak.

Dalam penegakkan diagnosa, penulis kurang teliti dalam menetapkan etiologi dari perubahan perfusi jaringan otak yang terjadi pada Ny. D. Etiologi yang tepat adalah suplai oksigen yang tidak adekuat. Sumbatan pada otak tidak penulis tetapkan sebagai etiologi karena data kurang mendukung, dimana CT scan belum dilakukan.

Perubahan perfusi jaringan serebral adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami suatu penurunan dalam nutrisi dan pernafasan pada jaringan serebral disebabkan suatu penurunan dalam suplai darah di jaringan serebral (Carpenito, 2007 : 493). Perubahan perfusi jaringan adalah penurunan oksigen yang mengakibatkan

kegagalan untuk memelihara jaringan pada tingkat kapiler (Rosenberg dan Smith, 2005 : 285).

Etiologi yang dicantumkan penulis dalam diagnosa tersebut adalah sumbatan pada otak (Doenges, 2008: 293). Di dukung dengan adanya pemeriksaan laboratrium kolestrol total 241 g/dl (50-200 g/dl). Batasan karakteristik dari diagnosa tersebut yaitu adanya penurunan atau tidak ada denyut nadi arteri, perubahan warna kulit, pucat, sianosis, perubahan suhu kulit lebih dingin, penurunan perubahan tekanan darah, pengisian kapiler kurang dari tiga detik (Carpenito, 2007 : 493).

Diagnosa ini ditegakkan penulis dalam data pendukung karena pasien mengatakan kepala pusing, lemas. Data obyektif pasien tampak lemas, wajah pucat, tanda-tanda vital TD : 150/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 26 x/menit, S : 36,30C.

Diagnosa ini penulis prioritaskan pada urutan kedua, sedangkan menurut Hirarki Maslow pada urutan pertama, karena perfusi serebral berhubungan dengan oksigenasi jaringan otak. Oksigen merupakan kebutuhan yang sangat primer dan mutlak harus dipenuhi untuk memelihara homeostasis biologis dan kelangsungan hidup bagi manusia. Apabila diagnosa ini tidak segera ditangani makaberesiko mengalami suatu penurunan dalam respon verbal, motorik dan sensorik, dan perubahan tanda-tanda vital (Hidayat, 2004 : 119).

Berdasarkan pertimbangan tersebut penulis merekomendasikan serangkaian tindakan keperawatan yang bertujuan agar perfusi jaringan otak dapat teratasi. Untuk mencapai tujuan tersebut penulis menetapkan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Rencana tindakan yang penulis susun adalah berikan klien dengan posisi tidur terlentang tanpa bantal dengan rasional perubahan pada tekanan intrakranial dan dapat menyebabkan resiko terjadinya herniasi otak, anjurkan klien untuk mengeluarkan nafas bila

bergerak atau berbalik tempat tidur dengan rasional dapat melindungi efek vakrava, anjurkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan berlebihan dengan rasional dapat meningkatkan tekanan intrakranial dan potensi terjadi perdarahan ulang, ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung dengan rasional istirahat cukup dan lingkungan yang tenang dapat mencegah perdarahan.

Kekuatan yang penulis dapatkan dari diagnosa ini adalah terdapat tanda-tanda pasien mengatakan kepalanya pusing, wajah pasien tampak pucat, pasien kooperatif, sedangkan kelemahannya pasien terkadang lupa untuk menghindari batuk dan mengejan berlebihan. Penulis juga tidak melaksanakan semua intervensi yang telah disusun karena penulis lakukan sesuai jadwal jaga. Hal itu diatasi dengan kerjasama dengan tim keperawatan dan tim medis yang lain yang bertugas di shift yang lain. Data pendukung dari diagnosa ini yaitu perubahan warna kulit pucat, perubahan tekanan darah.

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase.

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam pergerakan fisik pada bagian tubuh tertentu pada suatu ekstermitas (Rosenberg dan Smith, 2005 : 131). Gangguan mobilitas fisik adalah keadaan ketika seorang individu mengalami atau beresiko mengalami keterbatasan gerak fisik (Carpenito, 2007 : 285).

Etiologi yang penuliscantumkan dalam diagnosa tersebut adalah kelemahan fisik, seharusnya diagnosa tersebut adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (Muttaqin, 2008 : 254). Data yang mendukung masalah ini diperoleh dari hasil pengkajian kekuatan otot, ekstremitas atas kiri 2, atas kanan 4, ekstremitas bawah kiri 2, bawah kanan 5.

Diagnosa tersebut dapat ditegakkan apabila ditemukan data yang mendukung yaitu penurunan kemampuan untuk bergerak

dengan sengaja dalam lingkungan (misal mobilitas di tempat tidur, berpindah/ambulasi), keterbatasan rentang gerak (Carpenito, 2007 : 285).

Diagnosa ini ditegakkan penulis dalam data pendukung pasien mengatakan tangan kiri dan kaki kiri tidak bisa digerakkan, pasien hanya berbaring ditempat tidur, pasien tidak bisa beralih posisi secara mandiri. Analisa data dalam data subyektif, pasien mengatakan lemes. Seharusnya data obyektif pasien tampak lemes, ADL dibantu keluarga, tanda-tanda vital TD : 150/80 mmHg, N : 80 x/menit, RR : 26 x/menit, S : 36,3 °C.

Diagnosa ini penulis prioritaskan sebagai urutan ketiga, sedangkan menurut Hirarki Maslow pada urutan pertama, yaitu kebutuhan fisiologis yang meliputi kebutuhan beraktivitas dan mobilisasi. Apabila diagnosa ini tidak segera ditangani maka akan beresiko terjadinya kontraktur dan dikubitus (Hidayat, 2004 : 119).

Berdasarkan pertimbangan tersebut penulis merekomendasikan serangkaian tindakan keperawatan yang bertujuan agar klien mampu melaksanakan aktivitas fisik sesuai dengan kemampuannya. Untuk mencapai tujuan tersebut penulis menetapkan rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Rencana tindakan yang penulis susun adalah tinjau kemampuan fisik dan kerusakan yang terjadi dengan rasional mengidentifikasi kerusakan fungsi dan menentukan intervensi, observasi tingkat imobilisasi dengan rasional menentukan tingkat ketergantungan klien, berikan perubahan posisi yang teratur dengan rasional untuk mencegah terjadinya dekubitus, berikan latihan ROM pasif dengan rasional mencegah terjadinya kontraktur, berikan perawatan kulit secara adekuat dengan rasional mencegah gangguan integritas kulit..

Defisit perawatan diri berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.

Defisit perawatan diri merupakan kerusakan kemampuan dalam memenuhi aktivitas

(Rosenberg dan Smith, 2005 : 180). 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 : 388). Etiologi yang dicantumkan penulis dalam diagnosa tersebut adalah hemiparrese (Muttaqin, 2008 : 254).

Diagnosa tersebut dapat ditegakkan apabila terdapat data yang mendukung yaitu, kerusakan kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari (misal tidak mampu memandikan bagian tubuh, tidak mampu memakai pakaian, kesulitan menyelesaikan tugas toileting) (Doenges, 2000 : 301). Diagnosa tersebut ditegakkan dalam data pendukung perawatan diri pasien kurang (pasien tidak mampu memandikan bagian tubuh).

Diagnosa ini penulis prioritaskan sebagai urutan keempat, sedangkan menurut Hirarki Maslow sebagai urutan ketiga, harga diri juga dipengaruhi oleh perasaan ketergantungan dan kemandirian. Apabila masalah ini tidak ditangani maka harga diri pasien dapat menurun (Hidayat, 2004 : 119).

Analisa data dalam data subyektif, pasien mengatakan sibilan 1 kali dan ganti baju sehari, belum keramas. Seharusnya data obyektif rambut kotor, berminyak, sibilan hanya 1 kali dan ganti baju 1 kali sehari.

Berdasarkan pertimbangan tersebut penulis merekomendasikan serangkaian tindakan keperawatan yang bertujuan agar kebutuhan perawatan diri pasien terpenuhi, pasien dapat meningkatkan aktivitas perawatan diri sesuai dengan kemampuannya. Untuk mencapai tujuan tersebut penulis menetapkan tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Rencana tindakan yang penulis susun adalah kaji kemampuan dan tingkat penurunan perawatan diri dengan rasional membantu dalam mengantisipasi kebutuhan, hindari apa yang tidak dapat dilakukan klien dengan rasional untuk mencegah frustrasi dan harga diri klien, beri motivasi klien untuk

melakukan aktivitas dengan rasional meningkatkan harga diri dan semangat, beri sibilan pada klien dengan rasional agar tubuh selalu bersih dan rileks, konsultasikan dengan terapi okupasi dengan rasional melengkapi kebutuhan khusus klien.

PENUTUP

Perawatan intensif dan komprehensif dari pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan bekerja sama dengan pasien, keluarga, dokter dan tim kesehatan memberikan hasil terbaik untuk kondisi pasien.

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, B. F. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Salemba Medika : Jakarta.
- Carpenito, L. J. 2007. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Edisi 10. Jakarta : EGC.
- Doenges, M. 2008. *Nursing Diagnosis Manual Planning, Individualizing, and Documenting Client Care*. Edision 2. Jakarta : EGC
- Handayaningsih, I. 2007. *Dokumentasi Keperawatan "DAR", Panduan, Konsep, dan Aplikasi*. Yogyakarta : Mitra Cendekia Press
- Hidayat A. A. 2004. *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Edisi 1. Salemba Medika : Jakarta
- Muttaqin, A. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Madiyono dan Suherman. 2006. *Pencegahan Stroke dan Serangan Jantung pada Usia Muda*. FKUI : Jakarta.
- Pudiastuti, R. D. 2011. *Penyakit Pemicu Stroke*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Rosenberg dan Smith. 2005. *Panduan Diagnosa Keperawatan Ahli Bahasa Budi Santoso*. Jakarta : Prima Medika

Sudoyo, A. W. 2006. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi 5. Jilid I.* Jakarta : InternalPublishing

Widagdo, W. 2008. *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan.* Jakarta: Buku Kesehatan