

## BAB IV

### HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil Studi Kasus

Studi kasus dilaksanakan mulai dari tanggal 12 April 2023 sampai 18 April 2023 dan bertempat di ruang Umar bin Khattab 1 RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat. Hasil studi kasus ini dibuat dan dibahas guna memberikan gambaran nyata terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan perawatan diri. Maka dari itu penulis menyajikan suatu kasus sebagai berikut :

##### 4.1.1 Hasil Pengkajian Fokus Studi

Tabel 4. 1 Hasil Pengumpulan Data

#### a. Pengumpulan Data

No	Aspek yang dikaji	Klien 1
1	Identitas Klien Nama: Tanggal lahir/ umur : Pendidikan : Pekerjaan : Diagnosa Medis :	Ny. I 03 Agustus 1985 / 38 tahun SMA IRT Stroke PIS
2	Riwayat Kesehatan Keluhan Utama :  Riwayat Kesehatan Sekarang :	Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh nyeri kepala  Keluarga pasien mengatakan sebelum dibawa ke rumah sakit pasien saat buka puasa makan gorengan, kemudian mengeluh mual muntah dan nyeri kepala yang menjalar ke leher, tubuh bagian kiri kesemutan hingga akhirnya pasien mengalami penurunan kesadaran dan dibawa ke RSUD Al-Ihsan. Saat dikaji pasien sudah dirawat selama 4 hari dengan kondisi masih mengeluh nyeri kepala, tubuh bagian kiri tidak bisa digerakkan, dan tampak kotor serta bau karena belum mandi.

		Pasien mengatakan nyeri bertambah apabila kepala digerakkan dan berkurang apabila dibiarkan tidur, nyeri dirasakan seperti ditusuk benda tajam, nyeri menyebar hingga leher, nyeri berada pada skala 5 dan dirasakan secara terus menerus
	Riwayat Kesehatan Dahulu :	Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pasien tidak pernah mengalami kejadian serupa, pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi
	Riwayat Kesehatan Keluarga :	Keluarga pasien mengatakan ibu dari pasien memiliki penyakit hipertensi, keluarga juga mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, Hepatitis, HIV/AIDS
3	Pola Aktivitas	Sebelum sakit pasien mampu melakukan aktivitasnya secara mandiri, setelah sakit pasien selalu didampingi dalam kebutuhan sehari-harinya oleh keluarga dan perawat

## b. Hasil Pemeriksaan Fisik pada Sistem Terkait

Tabel 4. 2 Hasil Pemeriksaan Fisik

No	Aspek yang dikaji	Hasil
1	Keadaan Umum	Pasien tampak lemas
2	Kesadaran : <i>Glasgow Coma Scale</i> :	Composmentis E4 V4 M6 (14)
	Tekanan Darah :	160/90 mmHg
	Nadi :	78x/mnt
	Sistem Kardiovaskular :	Frekuensi nadi : 78x/menit, TD : 160/90 mmHg, batas paru jantung : kanan (ICS II linea parasternalis dekstra), kiri (ICS IV linea mid clavicula sinistra), cor : s1 s2 tunggal regular, murmur (-), gallop (-), ictus cordis tidak teraba, CRT <2detik
	Sistem Persyarafan :	Tingkat kesadaran composmentis, kejang (-), tremor (-). Pasien dapat berorientasi terhadap orang, tempat, dan waktu dengan menunjukkan orang yang menunggunya adalah istrinya, menjawab sedang berada di rumah sakit dan pada pagi hari. Pasien mengingat kejadian yang baru saja terjadi (memori jangka pendek) dan kejadian lampau (memori jangka panjang). Pasien dapat berkonsentrasi dengan baik yaitu dengan menyebutkan angka dan menyebutkan 5 angka sebelumnya dan setelahnya. Pasien dapat mengulang kata-kata yang diucapkan

---

pemeriksa namun pengucapannya kurang jelas. Pasien dapat mengucapkan dan memperagakan perintah pemeriksa. Fungsi keseimbangan berdiri dan berjalan tidak dapat terkaji. Pasien dapat melakukan koordinasi gerak dengan menunjuk jari telunjuk pemeriksa kemudian menunjuk hidungnya sendiri. Tes fungsi sensorik pasien, pasien dapat membedakan benda kasar dan halus, tajam dan tumpul, juga benda dingin dan panas. Pasien dapat menyebutkan angka dan bentuk yang digambarkan pemeriksa pada telapak tangan pasien dalam keadaan menutup mata.

- N1 Olfaktori : Pasien dapat mencium wangi minyak kayu putih
- N2 Optikus : Pasien dapat membaca papan nama perawat
- N3 Okulomotoris N4 Trokhlearis N6 Abdusen : Pupil isokor 3 mm bulat
- N5 Trigemini : Pasien dapat merasakan sentuhan, refleks kornea baik pasien dapat mengedip, posisi sentral reflek cahaya +/+,
- N7 Fasialis : Wajah sedikit mencong ke kanan
- N8 Vertibulovochlearis : Ketajaman pendengaran baik
- N9 Glosofaringeus, N10 Vagus : Membedakan rasa pada lidah pasien tidak terkaji
- N11 Asesoris : Ketika dilakukan pemeriksaan otot sternokleidomastoideus dan diberikan tahanan pasien tidak dapat melawan tahanan
- N12 Hipoglosus : Pasien bicara sangat pelan, pasien dapat menggerakkan lidah Kekuatan otot ekstremitas kanan atas dan bawah bernilai 5. Kekuatan otot ekstremitas kiri atas 0 dan bawah bernilai 0.

Refleks fisiologis :

- Refleks bisep +2/0
- Refleks trisep +2/0
- Refleks radius +2/0
- Refleks patella +2/0
- Refleks Achilles +2/0
- Refleks superfisial +2

Refleks patologis

- Refleks Babinski -/-
- Refleks Chaddock -/-

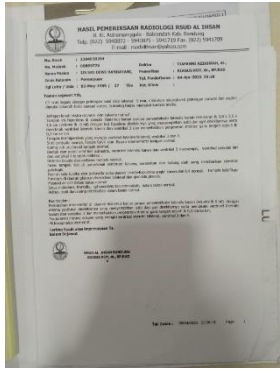
Kaku kuduk (-), kernig(-), Brudzinsky 1,2 (-)

Sistem

Muskuloskeletal :

Tidak terdapat fraktur, terpasang infus Wida 20  
20 tt/menit di ekstremitas atas bagian kiri

---

	<p>pasien, Pasien dapat menghindari rangsang nyeri, ROM dibantu, pasien lemah, ekstremitas atas dan bawah bagian kiri dan kanan simetris. Tidak terdapat edema pada ekstremitas baik atas maupun bawah. Kekuatan otot ekstremitas atas kiri 0, ekstremitas bawah kiri, ekstremitas atas kanan 5, ekstremitas bawah kanan 5</p>
3 Data Psikososial	<p>Pasien aktif mengikuti kegiatan diluar rumah, seperti senam setiap minggu pagi.</p>
4 Hasil CT Scan	
5 Program Terapi :	<p>WIDA 2A 20 tts/menit IV  Amplodipine 1 x 10 mg Oral  Paracetamol 2 x 500 mg IV  Ceftriaxone 1 x 1000 mg IV  Omeprazole 1 x 40 mg IV  Ondansetron 1 x 4 mg IV  Citicolin 2 x 500 mg IV</p>

## 2. Data sosial

Pasien mengatakan ingin cepat sembuh agar dapat kembali beraktivitas seperti biasa. Pasien berhubungan baik dengan keluarga maupun dengan tetangga dan masyarakat

## 3. Data spiritual

### 1). Makna hidup

Pasien mengatakan hidupnya pasti ada maknanya

### 2). Pandangan terhadap sakit

Pasien mengatakan bahwa sakit yang ia rasakan merupakan takdir dari Allah SWT.

#### 4.1.2 Diagnosa Keperawatan

Dirumuskan diagnosa keperawatan utama yang sesuai topik bahasan berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data yang terlampir terhadap pasien 1 dan 2 sebagai berikut :

Tabel 4. 3 Hasil Diagnosa Keperawatan

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	
Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah ke otak ditandai dengan	
DS :	- Keluarga pasien menyatakan pasien nyeri kepala yang menjalar ke leher
DO :	- Pasien tampak meringis kesakitan - Skala nyeri 5 - TD : 160/100 mmHg
Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis ditandai dengan	
DS :	- Pasien mengeluh tangan dan tungkai kiri tidak dapat digerakkan
DO :	- Kekuatan otot menurun, yaitu ekstremitas atas kiri 0, ekstremitas bawah kiri 0
	5   0 5   0
Defisit perawatan diri berhubungan dengan defisit neumuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis ditandai dengan	
Ds :	Pasien mengatakan belum mandi selama 4 hari dirawat di RS
DO :	- Tubuh pasien lengket dan bau - Kuku pasien tampak kotor - Tubuh pasien tampak kotor

#### 4.1.3 Gambaran Perencanaan

Berdasarkan diagnosa keperawatan yang diangkat, penulis merencanakan tindakan keperawatan sebagai berikut :

Tabel 4. 4 Hasil Perencanaan Keperawatan








No	Diagnosa Keperawatan	Intervensi		
		Tujuan	Tindakan	Rasional
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah ke otak ditandai dengan DS : - Keluarga pasien menyatakan pasien nyeri kepala yang menjalar ke leher	Setelah dilakukan tindakan selama 5x24 jam diharapkan penurunan perfusi jaringan serebral dapat teratasi dengan kriteria hasil - Tekanan darah mengalami	Observasi : 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor TTV	Observasi : 1. Untuk mengetahui adanya perbaikan maupun perburukan yang terjadi pada pasien

<p>- Keluarga pasien mengatakan seluruh tubuh bagian kiri pasien kesemutan</p> <p>DO :</p> <p>- Pasien tampak meringis kesakitan</p> <p>- Skala nyeri 5</p> <p>- TD : 160/100 mmHg</p>	<p>penurunan (&lt;140/100 mmHg)</p> <p>- Skala nyeri berkurang (&lt;3)</p>	<p>Terapeutik :</p> <p>1. Ajarkan relaksasi nafas dalam</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian paracetamol 2 x 500 mg IV, ceftriaxone 1 x 1000 mg IV, omeprazole 1 x 40 mg IV, ondansetron 1 x 4 mg IV, citicolin 2 x 500 mg IV</p> <p>2. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antihipertensi amlodipine oral 1x1 10 mg</p>	<p>2. TTV menggambarkan kondisi umum pasien termasuk tekanan darah.</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Mengurangi nyeri yang dirasakan</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Golongan obat yang diberikan pada pasien yang mengalami masalah pada sistem saraf</p> <p>2. Obat antihipertensi diberikan untuk menurunkan tekanan darah</p>				
<p>2 Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis ditandai dengan DS :</p> <p>- Pasien mengeluh tangan dan tungkai kiri tidak dapat digerakkan</p> <p>DO :</p> <p>- Kekuatan otot menurun</p> <table border="1" data-bbox="368 1491 443 1570"> <tr> <td>5</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0</td> </tr> </table>	5	0	5	0	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 5 x 24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>- Kekuatan otot ekstremitas kiri meningkat 1 (0-5)</p> <p>- Keluarga dapat membantu aktivitas pasien</p> <p>- Keluarga dapat memberikan dukungan</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Kaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>2. Kaji kekuatan otot pasien</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Bantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah</p>	<p>Observasi :</p> <p>1. Mengetahui adanya nyeri pada pasien</p> <p>2. Mengetahui adanya peningkatan kekuatan otot</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Latihan ROM merupakan upaya rehabilitasi yang merupakan aktifitas rentang gerak mencegah kekakuan sendi, kontraktur, kelelahan otot, meningkatkan atau mempertahankan fleksibilitas dan kekuatan</p>
5	0						
5	0						








				otot juga membantu meningkatkan kembalinya aktivitas secara dini.
			2. Atur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam	2. Menurunkan risiko terjadinya trauma/ iskemia jaringan
			Edukasi :	Edukasi :
			1. Beritahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien	1. Keluarga merupakan orang terdekat dengan pasien. Adanya dukungan keluarga dapat memotivasi pasien untuk antusias mengikuti program pemulihan.
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan defisit neumuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis ditandai dengan Ds : Pasien mengatakan baru mandi satu kali dalam seminggu selama dirawat di RS DO : - Tubuh pasien lengket dan bau - Kuku pasien tampak kotor - Tubuh pasien tampak kotor	Setelah dilakukan tindakan selama 5 x 24 jam diharapkan defisit perawatan diri dapat teratasi dengan kriteria hasil - Tubuh tampak bersih - Dapat melakukan perawatan diri meliputi mandi, mengganti pakaian, memotong kuku, mencuci rambut, dan membersihkan mulut	Observasi : 1. Analisis tingkat kebersihan diri  Terapeutik : 1. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang 2. Lakukan perawatan diri : mandi, berpakaian, menggunting kuku, mencuci rambut, membersihkan mulut  Edukasi : 1. Jelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan	Observasi : 1. Mengetahui kondisi kebersihan tubuh pasien  Terapeutik: 1. Menjaga privasi pasien dengan menutup gorden  2. Mengetahui tingkat kemandirian pasien dalam melakukan perawatan diri  Edukasi : 1. Memberikan motivasi kepada pasien dan keluarga bahwa menjaga kebersihan itu penting







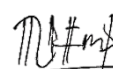
#### 4.1.4 Gambaran Implementasi




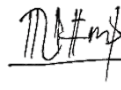




Tabel 4. 5 Hasil Implementasi








No	Tanggal dan Jam	Tindakan	DP	Paraf
1	11/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh namun bicara dengan nada pelan karena mengeluh nyeri kepala dan tidak bisa bangun dari tempat tidur GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 160/100 mmHg Suhu : 36,5 °C Nadi : 69x/menit Respirasi : 20x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	09.0 IB	Melakukan perawatan diri : mandi, berpakaian, dan menggunting kuku E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih dengan nilai 45 sebelum dilakukan tindakan dan 80 setelah dilakukan tindakan perawatan diri.	3	
6	10.00 WIB	Menjelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan E/ Pasien dan keluarga mengatakan memahami serta dapat menjelaskan kembali manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan	3	
7	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 45 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	





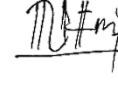












8	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplodipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik cefriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV  E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	
9	13. 00 WIB	Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya E/ Pasien mengatakan tidak ada nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh lain kecuali kepala	2	
10	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$ Pasien tidak mengeluh nyeri Pasien dapat melakukan ROM dengan bantuan perawat dan keluarga	2	
11	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$	2	
12	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien kooperatif saat diatur posisinya dan mengatakan nyaman	2	
13	14.00 WIB	Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien E/ Keluarga dan pasien memahami apa yang disampaikan oleh perawat bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang penting dalam pemulihan pasien, keluarga sangat kooperatif untuk merawat pasien	2	
1	12/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh namun bicara masih dengan nada pelan karena mengeluh nyeri kepala dan tidak bisa bangun dari tempat tidur	1	







GCS 14 (E4 V4 M6)			
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 156/98 mmHg Suhu : 37,0 °C Nadi : 72x/menit Respirasi : 19x/menit	1 
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1 
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3 
5	09.00 WIB	Melakukan perawatan diri : mandi dan berpakaian E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih dengan nilai 50 sebelum dilakukan tindakan dan 80 setelah dilakukan tindakan perawatan diri.	3 
6	10.00 WIB	Menjelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan  E/ Pasien dan keluarga dapat memahami dan menjelaskan kembali manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan	3 
7	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri  E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3 
8	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplodipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik ceftriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV  E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1 

9	13.00 WIB	Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya E/ Pasien mengatakan tidak ada nyeri yang dirasakan pada bagian tubuh lain kecuali kepala	2	
10	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$ Pasien tidak mengeluh nyeri Pasien dapat melakukan ROM dengan bantuan perawat dan keluarga	2	
11	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien $\frac{5}{5} \mid \frac{0}{0}$	2	
12	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien mengatakan nyaman dan pasien tampak kooperatif saat diatur posisi	2	
13	14.00 WIB	Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien E/ Keluarga memahami apa yang disampaikan oleh perawat bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang penting dalam pemulihan pasien, keluarga sangat kooperatif untuk merawat pasien	2	
1	13/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan berbicara cukup jelas karena sakit kepala berkurang GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 139/93 mmHg Suhu : 36,9 °C Nadi : 67x/menit Respirasi : 20x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	

4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	09.00 WIB	Melakukan perawatan diri : mandi dan berpakaian E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih dengan nilai 50 sebelum dilakukan tindakan dan 80 setelah dilakukan tindakan perawatan diri	3	
6	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri  E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
7	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplopidine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik ceftriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV  E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	
8	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, kekuatan otot masih $\frac{5}{5}   \frac{0}{0}$	2	
9	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot $\frac{5}{5}   \frac{0}{0}$ Karena tubuh sebelah kiri pasien belum bisa bergerak	2	
10	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien dibantu oleh perawat dan keluarga untuk mengubah posisi seperti miring kanan dan kiri, semi fowler dan fowler agar menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring	2	

1	14/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan bicara lebih jelas dari sebelumnya karena nyeri kepala berkurang GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 136/99 mmHg Suhu : 36 °C Nadi : 69x/menit Respirasi : 20x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	09.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri  E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
6	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri  E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
7	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amplodipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik cefriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV  E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	


8	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, namun terkadang tangan kirinya reflek bergerak sendiri Kekuatan otot $\frac{5}{5} \frac{0}{0}$	2	
9	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien 1 karena terkadang tangan kirinya dapat bergerak	2	
10	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien dibantu oleh perawat dan keluarga untuk mengubah posisi seperti miring kanan dan kiri, semi fowler dan fowler agar menghindari komplikasi yang mungkin timbul akibat tirah baring	2	
1	15/04/2023 07.30 WIB	Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar penuh dan bicara cukup jelas GCS 14 (E4 V4 M6)	1	
2	08.00 WIB	Memonitor TTV E/ TD : 125/80 mmHg Suhu : 36 °C Nadi : 82x/menit Respirasi : 20x/menit	1	
3	08.00 WIB	Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar	1	
4	09.00 WIB	Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang	3	
5	09.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	

6	10.00 WIB	Menganalisis tingkat kebersihan diri  E/ Sebelum diberikan tindakan perawatan diri, tingkat kebersihan diri pasien berada pada nilai 50 (cukup), dan setelah dilakukan perawatan diri berada di nilai 80 (baik)	3	
7	11.00 WIB	Memberikan obat anti hipertensi amlodipine 10mg melalui oral, obat analgetik paracetamol 500 mg melalui IV, obat antibiotik ceftriaxone 1000 mg melalui IV, omeprazole 40 mg melalui IV, obat antiemetik ondansetron 4 mg melalui IV, suplemen citicolin 500 mg melalui IV  E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	1	
8	13.00 WIB	Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah E/ Pasien belum mampu menggerakkan ekstremitas sebelah kiri, namun terkadang tangan atau jari kiri nya reflek bergerak sendiri Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{1}$	2	
9	13.30 WIB	Mengkaji kekuatan otot pasien E/ Setelah dilakukan ROM, kekuatan otot pasien 1 karena terkadang tangan kirinya dapat bergerak Kekuatan otot $\frac{5}{5} \mid \frac{1}{1}$	2	
10	13.30 WIB	Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam E/ Pasien kooperatif saat diatur posisi dan merasa nyaman	2	
11	14.00 WIB	Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien E/ Keluarga memahami apa yang disampaikan oleh perawat bahwa dukungan keluarga merupakan hal yang penting dalam pemulihan pasien, keluarga sangat kooperatif untuk merawat pasien	2	


#### 4.1.5 Gambaran Evaluasi


Proses evaluasi pada pasien Ny.I dilakukan dengan mengobservasi kebersihan tubuh pasien sebelum dan sesudah dilakukan perawatan diri dalam kurun waktu 5 hari.

Tabel 4. 6 Evaluasi Sumatif

Tanggal / Waktu	Dx	Catatan Perkembangan / Evaluasi	Paraf Pelaksana
16 April 2022 Pukul 09.00 WIB	1	<p>S : Pasien mengatakan nyeri kepala berkurang O : TD : 125/80 Skala nyeri</p> <p>A : Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan menurunnya suplai darah ke otak</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tingkat kesadaran</li> <li>- Monitor TTV</li> <li>- Ajarkan relaksasi nafas dalam</li> <li>- Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian paracetamol 2 x 500 mg IV, ceftriaxone 1 x 1000 mg IV, omeprazole 1 x 40 mg IV, ondansetron 1 x 4 mg IV, citicolin 2 x 500 mg IV</li> <li>- Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antihipertensi amlodipine oral 1 x 10 mg</li> </ul> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memonitor tingkat kesadaran E/ Pasien sadar dan bicara cukup jelas GCS 15 (E4 V5 M6)</li> <li>- Memonitor TTV E/ TD : 130/80 mmHg Suhu : 36,1°C Nadi : 80x/menit Respirasi : 20x/menit</li> <li>- Mengajarkan relaksasi nafas dalam E/ Pasien mengatakan lebih tenang dan dapat melakukan tarik nafas dalam dengan benar</li> <li>- Memberikan obat citicolin IV 3x1 500 mg, ceftriaxone IV 1x1 5 mg, omeprazole IV 1x1 40 mg, paracetamol IV 2x1 500 mg, ondansetron IV 1x1 mg, amlodipine oral 1x1 5 mg E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat Berkolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat antihipertensi amlodipine 5 mg 1x1 oral</li> </ul>	



		E/ Pasien kooperatif saat diberikan obat, tidak terjadi flebitis dan tidak ada alergi obat	
		E : Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian	
		R : Kaji ulang skala nyeri dan tanda tanda vital	
16 April 2022 Pukul 09.00	2	S: Pasien mengatakan tangan dan kaki kirinya masih belum bisa bergerak dengan baik	
		O:	
		- Kekuatan otot pasien meningkat	
		$\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$	
		A: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparesis	
		P:	
		- Kaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	
		- Kaji kekuatan otot pasien	
		- Bantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah	
		- Atur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam	
		- Beritahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien	
		- Anjurkan pasien dan keluarga melanjutkan untuk latihan ROM ( <i>Range of Motion</i> )	
		I :	
		- Mengkaji adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya	
		E/ Pasien mengatakan bagian tubuh lain tidak ada nyeri kecuali kepala	
		- Mengkaji kekuatan otot pasien	
		E/ Pasien mengatakan ekstremitas kiri masih belum bisa bergerak dengan baik	
		Kekuatan otot	
		$\begin{array}{r l} 5 & 1 \\ \hline 5 & 1 \end{array}$	
		- Membantu pasien melakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas kiri atas dan bawah	
		E/ Pasien kooperatif untuk melakukan ROM, pasien dapat melakukan ROM dengan bantuan	
		- Mengatur posisi pasien dan ubah tiap 2 jam	
		E/ Pasien mengatakan nyaman dan kooperatif untuk diatur posisi	
		- Memberitahu pada keluarga pentingnya dukungan keluarga dalam pemulihan pasien	
		E/ Pasien dan keluarga mengatakan paham bahwa dukungan keluarga sangat penting untuk pemulihan pasien	
		- Menganjurkan pasien dan keluarga	

		<p>melanjutkan untuk latihan ROM (<i>Range of Motion</i>)</p> <p>E/ Pasien dan keluarga mengatakan mau melanjutkan latihan ROM dan tampak bisa melakukannya</p> <p>E : Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <p>R : Kaji ulang kekuatan otot pasien</p>	
16 April 2022 Pukul 09.00	3	<p>S : Pasien mengatakan merasa nyaman dengan tubuhnya karena setiap hari dibantu untuk melakukan mandi oleh keluarga dan perawat</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lebih bersih dari sebelumnya</li> <li>- Pasien dibantu oleh keluarga untuk melakukan perawatan diri karena tubuh bagian kirinya belum bisa bergerak dengan baik</li> <li>- Rambut pasien masih tampak kusam belum bisa dibersihkan karena bagian kepala masih nyeri</li> </ul> <p>A : Defisit perawatan diri berhubungan dengan defisit neumuskuler, kelemahan, parestesia, paralisis</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisis tingkat kebersihan diri</li> <li>- Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</li> <li>- Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, menggunting kuku</li> <li>- Jelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan</li> </ul> <p>I :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menganalisis tingkat kebersihan diri</li> </ul> <p>E/ Pasien mengatakan nyaman dengan tubuhnya dan hasil observasi nilai kebersihan pasien 80 (baik)</p> <p>Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman dengan posisi terlentang</p> <p>E/ Pasien mengatakan nyaman dengan posisinya dan bed plang terpasang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan bantuan sesuai tingkat kemandirian dalam melakukan perawatan diri seperti mandi, berpakaian, menggunting kuku</li> </ul> <p>E/ Pasien mengatakan nyaman dan tubuh pasien tampak bersih</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Menjelaskan manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan</li> </ul> <p>E/ Pasien dan keluarga mengatakan paham mengenai manfaat kebersihan diri dan dampak terhadap kesehatan</p> <p>E : Defisit perawatan diri teratasi sebagian</p> <p>R : Kaji ulang kebersihan diri pasien</p>	

## 4.2 Pembahasan

Setelah dilakukannya asuhan keperawatan selama 5 hari dengan proses keperawatan yang meliputi mulai dari pengkajian, perumusan diagnose keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan hingga evaluasi maka akan dibahas terkait fakta yang didapat dilapangan yang dikaitkan dengan teori.

Stroke adalah suatu kondisi otak yang mengalami gangguan neurodegeneratif, munculnya mendadak, progresif, dan cepat. Gangguan fungsi saraf akibat stroke oleh gangguan peredaran darah otak non traumatik. Gangguan pada syaraf yang terjadi dapat menimbulkan beberapa gejala seperti kelumpuhan pada anggota gerak dan wajah, gangguan penglihatan, bicara tidak lancar atau tidak jelas dan lainnya yang dapat mengganggu mobilitas fisik dan menyebabkan pasien mengalami ketergantungan diri kepada orang terdekat, (Siregar Patimah, Anggeria Elis, Laoli Libertina 2019).

Keluhan yang sering dirasakan oleh pasien stroke adalah kelemahan pada anggota sebelah badan, stroke juga diakibatkan oleh penyakit pembuluh darah otak, bukan oleh sebab yang lain (WHO). Stroke terjadi karena Apabila terjadi infark pada bagian otak yang berperan sebagai pengendali otot maka tubuh akan mengalami penurunan kontrol volunter yang akan menyebabkan hemiplegia atau hemiparese sehingga tubuh akan mengalami hambatan mobilitas, defisit perawatan diri karena tidak bisa menggerakkan tubuh untuk merawat diri sendiri, pasien tidak mampu untuk makan sehingga nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Defisit neurologis juga akan menyebabkan gangguan pencernaan sehingga mengalami

disfungsi saluran pencernaan dan kandung kemih lalu akan mengalami gangguan eliminasi. Karena ada penurunan kontrol volunter maka kemampuan batuk juga akan berkurang dan mengakibatkan penumpukan sekret sehingga pasien akan mengalami gangguan jalan nafas dan pasien kemungkinan tidak mampu menggerakkan otot-otot untuk bicara sehingga pasien mengalami gangguan komunikasi verbal berupa disfungsi bahasa dan komunikasi (Eprillia Adisti, 2018).

Ny. I mengalami tanda dan gejala klasik yang umum dialami oleh penderita stroke, dari gejala tersebut munculah gangguan mobilitas fisik yang menyebabkan pasien mengalami defisit perawatan diri. Cara yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah defisit perawatan diri antara lain dengan melakukan *personal hygiene* meliputi mandi minimal 1x dalam sehari, mengganti pakaian minimal 1x sehari, memotong kuku minimal 1x dalam seminggu untuk mencegah timbulnya penyakit lain dan guna menjaga kesehatan pada pasien.

Berdasarkan hasil studi kasus yang didapatkan pada pasien dalam waktu 5 hari berturut-turut dengan pemberian tindakan 1 kali per hari, sesuai dengan tujuan studi kasus ini untuk melakukan asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian hingga pembuatan dokumentasi hasil asuhan keperawatan pada pasien stroke dengan gangguan defisit perawatan diri.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari, didapatkan hasil pada hari terakhir bahwa diagnosa 1 teratasi sebagian, karena sesuai dengan teori bahwa pasien stroke hemoragik yang mengalami nyeri kepala, masa pemulihannya akan cukup lama sesuai dengan tingkat keparahan kondisi pasien karena pasien stroke hemoragik mengalami pecah pembuluh darah pada otak yang kemungkinan

mengalami nyeri maka terapi obat dan monitor ttv masih perlu dilanjutkan. Pada diagnosa ke 2 juga masalah teratasi sebagian, karena sesuai dengan teori bahwa proses pemulihan pasien stroke berbeda-beda tergantung faktor yang mempengaruhinya, namun pada pasien stroke hemoragik membutuhkan waktu yang cukup lama mencapai 3-6 bulan untuk bisa meningkatkan kekuatan otot sampai bisa berjalan, maka latihan ROM masih perlu dilanjutkan. Kemudian untuk diagnosa ke 3 juga teratasi sebagian, tindakan mencuci rambut tidak bisa dilakukan karena bagian kepala pasien masih terasa nyeri dan membersihkan mulut bagian dalam tidak bisa dilakukan karena bagian mulut tidak diperbolehkan ada yang masuk terlebih dahulu untuk menghindari resiko tersedak karena pasien tidak bisa bangun dari tempat tidur, sehingga nilai perawatan diri pasien sebelum diberikan tindakan berada di nilai 45 dan setelah diberikan tindakan menjadi 80 yang termasuk kategori baik. Maka untuk memenuhi perawatan diri, pasien memerlukan bantuan dari keluarga dan terapi obat untuk mengatasi nyeri serta latihan ROM masih perlu dilanjutkan.

#### **4.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Studi kasus mengenai asuhan keperawatan pada Ny. I dengan gangguan defisit perawatan diri akibat stroke di ruang Utsman bin Khattab yang bertempat di RSUD Al-Ihsan Provinsi Jawa Barat yang telah dilaksanakan selama 5 hari terdapat keterbatasan bahwa tindakan mencuci rambut tidak bisa dilakukan karena bagian kepala pasien masih terasa nyeri dan membersihkan mulut bagian dalam tidak bisa dilakukan karena bagian mulut tidak diperbolehkan ada yang masuk

terlebih dahulu untuk menghindari resiko tersedak karena pasien tidak bisa bangun dari tempat tidur.