

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Stroke Non Hemoragik Dengan Defisit Perawatan Diri

1. Pengertian defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016) menyatakan defisit perawatan diri adalah suatu keadaan dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Defisit perawatan diri merupakan diagnosa keperawatan kategori perilaku dan sub kategori kebersihan diri yang dapat ditemukan pada pasien Stroke non hemoragik (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Stroke non hemoragik merupakan sindroma klinis sebagai akibat dari gangguan vaskuler (Brunner & Suddarth, 2015).

Defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik adalah suatu kondisi dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri. Defisit perawatan diri dapat disebabkan oleh beberapa faktor seperti gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis atau psikotik, dan penurunan motivasi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

2. Etiologi defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik

Penyebab (*etiology*) merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. *Etiology* dapat mencakup empat kategori yaitu : a) Fisiologis, Biologis atau Psikologis; b) Efek terapi/ tindakan; c) Situasional (lingkungan atau personal); d) Maturasional (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik adalah suatu kondisi

dimana seseorang tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara mandiri yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler, (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Gangguan neuromuskuler merupakan ketidakmampuan sistem saraf dan otot untuk bekerja sebagai mana mestinya (Kurniawan, 2015) Gangguan neuromuskuler terjadi karena adanya trombus atau emboli yang menyumbat pembuluh darah. Jika aliran ke setiap bagian otak terhambat, maka akan terjadi hipoksia serebral (kekurangan O₂ pada otak). Kekurangan O₂ pada otak dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron-neuron area, area yang mengalami nekrosis yaitu area broadman 4 dan area 6 di mana area tersebut adalah bagian korteks frontalis yang merupakan motorik primer (Ganong, Barrett, Barman, Boitano, & Brooks, 2008).

Kerusakan area motorik pada bagian *Upper Motor Neuron (UMN)* akan menyebabkan paralisis (kehilangan gerak yang disadari). Paralisis yang disebabkan oleh upper motor neuron dapat mempengaruhi seluruh ekstremitas atau separuh bagian tubuh, maka dalam hal memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien stroke non hemoragik memerlukan bantuan untuk memenuhi *Activity of Daily Living (ADL)*. sehingga pada pasien stroke non hemoragik terjadi defisit perawatan diri yang disebabkan oleh gangguan neuromuskuler (Brunner & Suddarth, 2015).

3. Faktor yang mempengaruhi defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik

Menurut Tarwoto & Wartonah, (2015), defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik dipengaruhi oleh beberapa faktor :

a. Citra Tubuh

Citra tubuh adalah suatu gambaran individu terhadap dirinya yang dapat mempengaruhi kebersihan diri. Kebersihan diri tersebut misalnya karena adanya perubahan fisik sehingga individu tidak peduli terhadap kebersihan dirinya.

b. Usia

Semakin bertambahnya usia seseorang, maka akan semakin berkurang produktivitas dalam melakukan kegiatan sehari-harinya. Pada pasien stroke non hemoragik akan mengalami penurunan dalam melakukan perawatan diri karena faktor usia yang semakin bertambah dan dapat mempengaruhi segala aktivitasnya.

c. Pengetahuan

Pengetahuan tentang personal hygiene sangat penting untuk pasien yang mengalami stroke non hemoragik. Personal hygiene merupakan suatu tindakan merawat kebersihan dan kesehatan diri seseorang sehingga pengetahuan personal hygiene sangat diperlukan untuk setiap individu.

d. Kondisi Fisik

Kondisi fisik merupakan suatu gambaran tentang kemampuan diri seseorang dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kondisi fisik seseorang yang sehat dan sakit memiliki perbedaan yang sangat signifikan. Pada keadaan sakit tertentu, kemampuan untuk merawat diri berkurang dan memerlukan bantuan untuk melakukan aktivitas.

4. Patofisiologi defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik

Sebanyak 80% sampai 85% stroke non hemoragik yang terjadi akibat trombus dan embolus yang terbentuk di dalam suatu pembuluh otak atau terbawa dari pembuluh organ lain menuju ke otak (Price & M.Wilson, 2006). Gangguan

neuromuskuler terjadi karena adanya trombus atau embolus yang menyumbat pembuluh darah. Trombus terbentuk akibat plak dari arteriosklerosis sehingga sering sekali terjadi penyumbatan pasokan darah ke organ di tempat terjadinya thrombosis. Potongan-potongan trombus yang kecil akan lepas dan mengikuti aliran darah(Kumar, Abbas, & Aster, 2015).

Jika aliran ke setiap bagian otak terhambat oleh trombus, maka akan terjadi hipoksia serebral atau kekurangan O₂ pada otak. Kekurangan O₂ pada otak dapat menyebabkan nekrosis mikroskopis neuron-neuron area, area yang mengalami nekrosis yaitu area broadman 4 dan area 6, area tersebut adalah bagian korteks frontalis yang merupakan motorik primer (Ganong et al., 2008). Kerusakan area motorik pada bagian *Upper Motor Neuron (UMN)* akan menyebabkan paralisis (kehilangan gerak yang disadari)(Brunner & Suddarth, 2015)

Paralisis akibat nekrosis upper motor neuron biasanya mempengaruhi kelemahan otot pada seluruh ekstremitas, kedua ekstremitas atau separuh bagian tubuh, sehingga pasien tidak bisa melakukan atau memenuhi aktivitas sehari-hari seperti mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet dan berhias maka dalam hal memenuhi kebutuhan sehari-hari pasien dengan stroke non hemoragik memerlukan bantuan, sehingga pada pasien stroke non hemoragik terjadi defisit perawatan diri yang di sebabkan oleh gangguan neuromuskuler (Brunner & Suddarth, 2015).

5. Tanda dan gejala defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016) tanda merupakan data objektif yang di peroleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium,

dan prosedur diagnostic, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang di peroleh dari hasil anamnesis. Menurut PPNI (2016), dari data mayor pasien yang mengalami defisit perawatan diri secara subjektif akan menolak melakukan perawatan diri, sedangkan jika dilihat dari data objektif maka pasien akan tampak tidak mampu melakukan perawatandiri.

Menurut Pudiastuti (2011), gejala utama dari defisit perawatan diri pada stroke nonhemoragik adalah timbulnya defisit neurologis secara mendadak atau sub akut, didahului gejala prodromal, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun. Gejala neurologis yang timbul bergantung pada berat ringannya gangguan pembuluh darah dan lokasinya.

6. Dampak defisit perawatan diri pada stroke non hemoragik

Pada pasien stroke non hemoragik yang mengalami defisit perawatan diri akan berdampak pada keadaan fisik yang terjadi adalah gangguan integritas kulit/ jaringan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Gangguan ini dapat terjadi akibat kurangnya aktivitas dari penderita stroke non hemoragik dengan defisit perawatan diri yang menyebabkan kerusakan sel-sel kulit karena kondisi yang kurang terawat (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

B. Teori Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hmoragik Dengan Defisit Perwatan Diri

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian dilakukan dengan dua tahap yaitu pengumpulan data (informasi subjektif dan objektif) dan peninjauan informasi riwayat pasien pada rekam medis. Terdapat dua jenis pengkajian yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan

data, dan mungkin yang paling mudah untuk diselesaikan. Pengkajian mendalam yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal atau jika itu merupakan risiko (kerentanan) maka perlu pertimbangan dalam kaitannya dengan diagnosa yang berfokus-masalah atau risiko. Pengkajian skrining dilakukan untuk menentukan apabila keadaan tersebut normal atau abnormal, jika beberapa data ditafsirkan abnormal maka akan dilakukan pengkajian mendalam untuk mendapatkan diagnosa yang akurat (NANDA International Nursing Diagnosa, 2018)

Berdasarkan Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017) klasifikasi diagnosa keperawatan dibagi menjadi 5 kategori yaitu fisiologi, psikologi, perilaku, relasional, lingkungan dan 14 jenis subkategori yaitu respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Pengkajian pada pasien stroke non hemoragik menggunakan pengkajian mendalam mengenai defisit perawatan diri, dengan kategori perilaku dan subkategori kebersihan diri. Pengkajian dilakukan sesuai dengan gejala dan tanda mayor defisit perawatan diri yaitu dilihat dari data subjektif pasien menolak melakukan perawatan diri, sedangkan dilihat dari data objektifnya pasien tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang. Pengkajian pasien dengan defisit perawatan diri dengan tanda minor tidak tersedia.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Terdapat dua jenis diagnosa keperawatan yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosa negatif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosa ini terdiri atas diagnosa aktual dan diagnosa risiko. Sedangkan diagnosa positif menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini disebut juga dengan diagnosa promosi kesehatan.

Diagnosa keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan inti dari respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya dan indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab (*etiology*), tanda (*sign*)/gejala (*symptom*) dan faktor risiko. Proses penegakan diagnosa (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa. Diagnosa keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah defisit perawatan diri. Defisit perawatan diri merupakan ketidak mampuan seseorang dalam melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri secara

mandiri Dalam hal ini defisit perawatandiri termasuk dalam jenis kategori diagnosa keperawatan negative yaitu diagnosa actual. Metode perumusan diagnosa actual, yaitu masalah (*Problem*) berhubungan dengan penyebab (*Etiology*) dibuktikan dengan tanda (*Sign*) dan gejala (*Symptom*)(Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah defisit perawatan diri berhubungan dengan (b.d) gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan (d.d) pasien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang . Kondisi klinis terkait defisit perawatan diri adalah penyakit stroke (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

3. Perencanaan keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa dilanjutkan dengan perencanaan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan serta mencegah masalah keperawatan klien. Dalam tahap perencanaan keperawatan terdiri dari dua rumusan utama yaitu rumusan luaran keperawatan dan rumusan intervensi keperawatan. (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Luaran (*Outcome*) Keperawatan merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan diukur meliputi kondisi, perilaku, atau persepsi pasien, keluarga atau komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. Luaran keperawatan menunjukkan status diagnosa keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan. Hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri dari indikator-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Terdapat dua jenis luaran keperawatan yaitu luaran positif dan luaran

negative. Luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki. Sedangkan luaran negative menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Adapun komponen luaran keperawatan diantaranya label (nama luaran keperawatan berupa kata-kata kunci informasi luaran), ekspektasi (terdiri dari ekspektasi meningkat yang artinya bertambah baik dalam ukuran, jumlah, maupun derajat atau tingkatan, menurun artinya berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat atau tingkatan, membaik artinya menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat, atau efektif), kriteria hasil (karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi). Penulisan kriteria hasil dapat dilakukan dengan dua metode yaitu menggunakan metode pendokumentasian manual/tertulis maka setiap kriteria hasil perlu dituliskan angka atau nilai yang diharapkan untuk tercapai, sedangkan jika menggunakan metode pendokumentasian berbasis komputer, maka setiap kriteria hasil ditetapkan dalam bentuk skor dengan skala 1 s.d. 5. Pemilihan luaran keperawatan tetap harus didasarkan pada penilaian klinis dengan mempertimbangkan kondisi pasien, keluarga, kelompok, atau komunitas (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019).

Perencanaan keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Intervensi keperawatan memiliki tiga komponen yaitu label, definisi dan tindakan. Label merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi mengenai intervensi keperawatan. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (nomina) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari intervensi keperawatan.

Terdapat 18 deskriptor pada label intervensi keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label intervensi keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian aktifitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Klasifikasi intervensi keperawatan defisit perawatan diri termasuk dalam kategori perilaku. Dan termasuk ke dalam subkategori kebersihan diri (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*). Adapun luaran yang digunakan pada klien dengan defisit perawatan diri adalah luaran utama yaitu perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil kemampuan mandi meningkat,

mempertahankan kebersihan diri meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan pasien dengan defisit perawatan diri yaitu menggunakan intervensi utama. Intervensi utama terdiri dari label dukungan perawatan diri.

Tabel 1
Perencanaan Keperawatan Pada Pasien Stroke Non Hemoragik Dengan Defisit Perawatan Diri

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Keperawatan
Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan pasien menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri dan minat melakukan perawatan diri kurang.	Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil : SLKI Label : Perawatan Diri 1) Kemampuan mandi meningkat 2) Mempertahankan kebersihan diri meningkat	SIKI Label : Dukungan perawatan diri : mandi 1. Observasi a. Identifikasi usia dan budaya dalam membantu kebersihan diri b. Identifikasi jenis bantuan yang dibutuhkan c. Monitor kebersihan tubuh d. Monitor integritas kulit 2. Terapeutik a. Sediakan peralatan mandi b. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman c. Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan d. Pertahankan kebiasaan kebersihan diri e. Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian 3. Edukasi a. Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan b. Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien (jika perlu)

(Sumber : PPNI, Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019 dan PPNI, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia, 2018).

4. Pelaksanaan keperawatan

Implementasi adalah tahapan ketika perawat mengaplikasikan rencana atau tindakan asuhan keperawatan ke dalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Asmadi, 2008). Tindakan-tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Agar

kondisi pasien cepat membaik di harapkan bekerjasama dengan keluarga pasien dalam melakukan pelaksanaan agar tercapainya tujuan dan kriteria hasil yang sudah di buat dalam intervensi (Nursalam, 2011).

5. Evaluasi keperawatan

Menurut Koziar et al., (2010) evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

Format yang digunakan dalam tahap evaluasi menurut Hidayat (2012) yaitu format SOAP yang terdiri dari :

- a. *Subjective*, yaitu informasi berupa ungkapan yang didapat dari pasien setelah tindakan yang diberikan. Pada pasien Stroke Non Hemoragik dengan defisit perawatan diri diharapkan pasien tidak menolak untuk melakukan perawatan diri.
- b. *Objective*, yaitu informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian, pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan. Pada pasien defisit perawatan diri indikator evaluasi menurut PPNI (2019), yaitu kemampuan mandi pasien meningkat dan pasien mampu mempertahankan kebersihan diri.
- c. *Assesment*, yaitu membandingkan antara informasi subjective dan objective

dengan tujuan dan kriteria hasil. Kemudian ditarik kesimpulan dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai, yaitu respon pasien yang menunjukkan perubahan dan kemajuan yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan.
 - 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu respon pasien yang menunjukkan masih dalam kondisi terdapat masalah.
 - 3) Tujuan tidak tercapai, yaitu respon pasien tidak menunjukkan adanya perubahan kearah kemajuan.
- d. *Planning*, yaitu rencana keperawatan lanjutan yang akan dilakukan berdasarkan hasil analisa.