

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. O DENGAN
PARKINSON DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSUD
DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGAHUN 2018**



OLEH :

RIRI JUNI WARTATI

1514401017

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. O DENGAN
PARKINSONDI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam Menyelesaikan
Pendidikan*

Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Padang



OLEH :

RIRI JUNI WARTATI

1514401017

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PERINTIS PADANG
TAHUN 2018**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Riri Juni Wartati

NIM : 1514401017

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.O dengan Diagnosa Parkinson Di Ruangan Rawat Inap Neurologi RSUD Dr.Achmad Moctar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, Juli 2018

Pembimbing,



Ns. Kalpana Kartika M.Si

Nik : 1440115108005038

Mengetahui,

Kaprodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, S. Kep, M. Kep

NIK. 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : RIRI JUNI WARTATI
NIM : 1514401017
Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Tn. O Dengan Parkinson Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 18 Juli 2018

Dewan penguji

Penguji I,



Ns. Vera Sesrianty, M. Kep
NIK: 14401021100909052

Penguji II,



Ns. Kalpana Kartika, M.Si
NIK: 1440115108005038

**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang
Program Studi DIII Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Laporan Studi Kasus Juli 2018**

**RIRI JUNI WARTATI
NIM : 1514401017**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. O DENGAN PARKINSON
RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI DR. ACHMAD MOCTHAR
BUKITTINGGI**

V BAB + 127 Halaman + 2 Gambar + 9 Tabel + 2 Lampiran

ABSTRAK

Penyakit Parkinson merupakan penyakit yang mengganggu kerja otak karena penderita kekurangan dopamine, kekurangan dopamine di otak manusia tidak mudah dikenali. Penyakit Parkinson tidak didiagnosis dengan tes darah melainkan dengan gejala-gejala hilangnya dopamine. Yang mungkin termasuk gejalanya yaitu gemetar pada tangan, kekekuan-kekakuan otot, serta kelainan pada gerakan. Selain gejala motorik, Parkinson bisa menyebabkan penderita mengalami penurunan fungsi kognitif, seperti dimensia, depresi, perubahan cara bicara, dan juga insomnia. Tujuan penulisan laporan ini adalah mampu melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Parkinson* diruang rawat inap Neurologi RSAM Bukittinggi Tahun 2018. Hasil laporan kasus ditemukan data pada Tn. O yaitu Keluarga mengatakan klien batuk berdahak, bagian ekstremitas tampak lemah, klien tremor terjadi pada jari – jari tangan dan kaki, dan keluarga mengatakan klien tidak bisa melakukan aktifitas sehari-hari. Hasil pengkajian tersebut didapatkan masalah pada Tn. O yaitu Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi secret dijalan nafas, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromaskuler, kekakuan dan kelemahan otot, Defisit perawatan diri berhubungan denganneuromaskuler, menurunnya kekuatan otot. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusunlah rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Untuk mencegah meningkatnya *Parkinson* disarankan kepada instansi rumah sakit untuk melakukan perawatan yang *intensive* dan memberikan informasi yang memadai kepada pasien mengenai *Parkinson* itu sendiri dan aspek-aspeknya. Dengan di perolehnya informasi yang cukup maka pencegahan pun dapat dilakukan dengan segera.

**Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Parkinson
Daftar Pustaka : 15 (2000-2016)**

*High School of Health Science Perintis Padang
Diploma III study of nursing program
scientific papers, July 2018*

RIRI JUNI WARTATI
1514401017

**NURSING CARE IN TN. O WITH PARKINSON'S ROOM NEUROLOGICAL
DR. ACHMAD MOCTHAR BUKITTINGGI**

V CHAPTER + 127 Pages + 2 Picture + 9 Tabels + 2 Attachment

ABSTRACT

Parkinson's disease is a disease that infers with the brain works because sufferers lack dopamine, dopamine deficiency in the human brain are not easy to identify. Parkinson's disease is not diagnosed with blood test but rather with symptoms that cause a loss of dopamine. Which may include symptoms that is shaking the hand, stiffness-muscle, as well as abnormalities in movement. In addition to the motor symptoms of Parkinson's, also can cause the sufferer experiencing a decline in cognitive function, such as dementia, anxiety, depression, a change in the way the talk, as well as insomnia. The purpose of this report is able to perform Nursing Care in patients with Parkinson room inpatients neurological Bukittinggi RSAM Year 2018. The results of case reports found data on Tn. O The family says client cough with phlegm, part of the extremities looks weak, client tremor occurs in fingers and toes, and family says client can not perform daily activities,. The result of the study was found to be a problem on Mr. O The Ineffectiveness of airway clearance associated with increased production secret on the airway, Obstacles to physical mobility associated with neuromuscular disorders, stiffness and muscle weakness, Self-care deficit associated with neuromuscular, decreased muscle strength. Based on the above nursing problem, the plan and conduct the nursing action and evaluation that refers to the objectives and criteria of the results. To prevent the increased Parkinson's it is advisable to hospital agencies to perform intensive care and provide sufficient information to patients about Parkinson's itself and its aspects. With the acquisition of enough information then prevention can be done immediately.

Keywords : Nursing Care, Parkinson's
Bibliography : 15 (2000-2016)

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadiran Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada klien Tn. O dengan Parkinson Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”** tanpa nikmat yang diberikan oleh-Nya sekiranya penulis tidak akan mampu untuk menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Shalawat serta salam selalu tercurahkan kepada-Nya junjungan Nabi Muhammad. Saw, semoga atas izin Allah SWT penulis dan teman-teman seperjuangan semua mendapatkan syafaatnya nanti. Amin Ya Rabbal Alamin.

Penulisan Laporan Studi Kasus ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Amd. Kep Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang. Penulis banyak mendapat arahan, bimbingan dan nasehat dari berbagai pihak dalam menyusun, membuat dan menyelesaikan Laporan Studi Kasus ini.

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak, dan kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S. Kp M. Biomed selaku Ketua Yayasan STIKes Perintis Padang
2. Ibu Ns. Endra Amalia M. Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang
3. Ibu Ns. Kalpana Kartika, M. Si selaku Pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Reni Mulyanti, S. Kep selaku pembimbing Klinik yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M. Kep selaku penguji yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini.
6. Direktur RSUD Dr. Achmad Moctar Bukittinggi beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan ujian akhir program studi D III Keperawatan.
7. Seluruh Staf Dosen jurusan Keperawatan yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
8. Ayah, Ibu, dan Adik tercinta atas dorongan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
9. Rekan-rekan mahasiswa/i seangkatan. Program Studi DIII Keperawatan yang senasib dan seperjuangan STIKes Perintis Padang yang telah

memberikan sumbangan pikiran dan dorongan moril untuk terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya kepadaNya jualah kita berserah diri. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

Penulis menyadari bahwa Laporan Studi Kasus ini jauh dari kesempurnaan, hal ini bukanlah suatu kesenjangan melainkan karena keterbatasan ilmu dan kemampuan penulis. Untuk itu penulis berharap tanggapan dan kritikan serta saran yang bersifat membangun dari semua pihak demi kesempurnaan Laporan Studi Kasus ini.

Akhir kata, penulis mengharapkan agar Laporan Studi Kasus ini bermanfaat bagi kita semua, semoga Allah SWT memberikan rahmad dan hidayah kepada kita semua. Amin.

Wassalammualaikum Warahmatullahi Wb.

Bukittinggi, Juli 2018

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	
1.2.1 Tujuan Umum.....	3
1.2.2 Tujuan Khusus.....	3
1.3 Manfaat	4
BAB II TINJAUAN TEORITIS	
2.1 Tinjauan Teoritis	
2.1.1 Pengertian.....	6
2.1.2 Anatomi dan Fisiologi.....	8
2.1.3 Etiologi.....	15
2.1.4 Manifestasi Klinis.....	18
2.1.5 Patofisiologi.....	21
2.1.6 Pemeriksaan penunjang.....	24
2.1.7 Penatalaksanaan	
a. Medis.....	24
b. Keperawatan	28
2.1.8 Komplikasi.....	32

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis	
2.2.1 Pengkajian.....	33
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	41
2.2.3 Intervensi.....	43
2.2.4 Implementasi.....	60
2.2.5 Evaluasi.....	61

BAB III TINJUAN KASUS

3.1 Pengkajian.....	63
3.2 Diagnosa Keperawatan.....	89
3.3 Intervensi.....	90
3.4 Implementasi.....	94
3.5 Evaluasi.....	94

BAB IV PEMBAHASAN..... 114

BAB V PENUTUP

5.1 Kesimpulan.....	125
5.2 Saran.....	127

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 21.2: Parkinson disease	10
Gambar 21.4: karakteristik pasien dengan Parkinson	20

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan.....	43
Tabel 3.1 Data Biologis.....	75
Tabel 3.2 Hasil Pemeriksaan Laboratorium.....	79
Tabel 3.3 Chemistry Result.....	80
Tabel 3.4 Analisa Pemeriksaan Labor	81
Tabel 3.5 Pengobatan	81
Tabel 3.6 Analisa Data.....	87
Tabel 3.7 Intervensi.....	90
Tabel 3.8 Implementasi.....	94

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I Riwayat Hidup

Lampiran II Absensi

Lampiran III Lembaran Kosultasi Bimbingan

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit parkinson merupakan penyakit neurodegeneratif yang ditandai dengan gejala seperti resting tremor (tremor pada saat istirahat), rigiditas (hipertoni pada seluruh gerakan), bradikinesia (berkurangnya gerakan di tubuh) dan gejala yang lain seperti kedipan mata berkurang, gangguan motorik, wajah tanpa ekspresi maupun gangguan daya ingat oleh karena penurunan kadar dopamin (Tanet al, 2007) (Rahayu, 2009).

Penyakit parkinson menyerang jutaan penduduk di dunia atau sekitar 1% dari total populasi dunia (Novianiet al, 2010). Berdasarkan Community-based population study di Amerika menyebutkan lebih dari 1 juta orang menderita penyakit parkinson dengan prevalensi sebesar 99.4 kasus per 100.000 penduduk (Sjahrir, 2007).

Penelitian di rumah sakit Lagos, Southwestern Nigeria, menyebutkan rata-rata munculnya penyakit parkinson pada pria (60 tahun) dan wanita (65 tahun) (Okubadejoet al, 2010).

Berdasarkan data dari WHO, insidensi penyakit parkinson di Asia menunjukkan terdapat 1.5 sampai 8.7 kasus per tahun di Cina dan Taiwan, sedangkan di Singapura, Wakayama dan Jepang, terdapat 6.7 sampai 8.3 kasus per tahun, dengan kisaran umur 60 sampai 69 tahun dan jarang ditemukan pada umur <50 tahun (Muangpaisan, 2009).

Prevalensi penyakit parkinson di Indonesia adalah 876.665 penduduk (Novianiet al, 2010). Penelitian oleh Laksono (2013) menyebutkan, di RSUD Serang tahun 2007 sampai 2010, didapatkan 51 kasus penyakit parkinson. Berdasarkan survei pendahuluan yang telah dilakukan, pada tahun 2013 terdapat 12 pasien rawat inap dan 522 pasien yang menjalani rawat jalan, dari jumlah ini penyakit parkinson menempati urutan 10 besar penyakit yang berada di poli saraf di RSUD Dr Moewardi Surakarta.

Penyakit parkinson merupakan penyakit karena menurunnya kadar dopamin akibat kematian neuron di substantia nigra, salah satu sebabnya adalah karena efek samping obat antihipertensi (Rahayu, 2009).

Data yang didapatkan dari Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tahun 2018, Parkinson menduduki posisi ke 9 dari 10 kasus terbanyak dengan jumlah 73 kasus. Kasus Parkinson pada 6 bulan terakhir mengalami penurunan dengan angka terendah terjadi pada bulan Januari, Maret, April, dan Mei tidak ada ditemukan kasus penyakit Parkinson.

Berdasarkan latar belakang itulah penulis tertarik untuk membuat Laporan Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn. O Dengan Parkinson Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018”.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan umum

Mampu memahami, menerapkan dan mendokumentasikan Asuhan Keperawatan dengan pasien serta mendapatkan pengalaman nyata tentang Asuhan Keperawatan medikal bedah dengan Penyakit Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

1.2.2 Tujuan khusus

- a. Mampu menyusun konsep dasar Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Parkinson (pengertian, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang, komplikasi dan pengkajian secara teoritis) di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- b. Mampu melaksanakan pengkajian dan mengidentifikasi data dalam menunjang Asuhan Keperawatan pada pasien Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- c. Mampu menentukan perencanaan Asuhan Keperawatan pada pasien Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

- d. Mampu melaksanakan tindakan Keperawatan pada pasien Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- e. Mampu melaksanakan evaluasi Asuhan Keperawatan pada pasien Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- f. Mampu menganalisis Asuhan Keperawatan teoritis pada pasien Parkinson dengan kasus yang ditemukan di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.
- g. Mampu membuat dokumentasi keperawatan pada pasien Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

1.3 Manfaat

1.3.1 Bagi rumah sakit

Memberikan laporan dalam bentuk dokumentasi Asuhan Keperawatan kepada tim kesehatan Rumah Sakit dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien Parkinson.

1.3.2 Bagi institusi pendidikan

Manfaat yang diharapkan dapat dirasakan oleh institusi pendidikan dari penulisan karya tulis ilmiah ini adalah :

- a. Sebagai bahan masukan bagi keputakaan .

- b. Dapat digunakan sebagai informasi bagi institusi pendidikan dalam pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang.

1.3.3 Bagi penulis

Memberikan pengetahuan dan memperkaya pengalaman bagi penulis dalam memberikan dan menyusun Asuhan Keperawatan pada pasien Parkinson sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Program Studi DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Defenisi parkinson

Penyakit parkinson adalah gangguan neurologik progresif yang mengenai pusat otak yang bertanggung jawab untuk mengontrol dan mengatur gerakan. Karakteristik yang muncul berupa bradikinesia (pelambatan gerakan), tremor dan kekakuan otot.

Parkinsonisme merupakan istilah dari suatu sidrom yang ditandai dengan tremor ritmik, bradikinesia, kekakuan otot, dan hilangnya refleks-refleks postural. Kelainan pergerakan diakibatkan oleh defek jalur dopamnergik (produksi dopamin) yang menghubungkan substansia nigra dengan korpus striatum (nukleus kaudatus dan nukleus lentikularis). Ganglia basalis adalah bagian dari sistem ekstrapiramidal dan berpengaruh untuk mengawali, modulasi, dan mengakhiri pergerakan serta mengatur gerakan-gerakan otomatis karakteristik yang muncul berupa bradikinesia (pelambatan gerakan), tremor, dan kekakuan otot. Penyakit ini bersifat progresif lambat yang menyerang usia pertengahan atau lanjut, dengan onset khas pada 50-an dan 60-an.

Parkinson adalah penyakit neurologik kronik, progresif yang disebabkan karena hilangnya neurotransmitter dopamine di otak sehingga terjadi gangguan kontrol pergerakan yang ditandai adanya

tremor pada tangan, kekakuan, bradikinesia (lambat dalam pergerakan) (Black, 2009).

Parkinson (paralisis agitans) merupakan penyakit/sindrome pergerakan yang disebabkan oleh gangguan pada ganglia basalis dan substansia nigra dalam menghasilkan dopamin, ditandai dengan adanya tremor ritmik, bradikinesia, kekakuan otot dan hilangnya refleks-refleks postural. Basal ganglia adalah bagian dari sistem ekstrapiramidal dan berpengaruh untuk mengawali, modulasi dan mengakhiri pergerakan serta pengaturan gerakan-gerakan otomatis.

Penyakit parkinson pertama kali ditemukan oleh James Parkinson tahun 1817 dengan istilah paralisis agitans dan baru pada tahun 1887 Jean Martin Charcot memberi nama penyakit Parkinson.

Angka kejadian pada penyakit Parkinson meningkat seiring meningkatnya usia. Usia yang paling banyak adalah pada 50 tahun ke atas. Jenis kelamin laki-laki dan perempuan hampir seimbang (Hickey, 2003).

Sindrom yang ditandai dengan adanya tremor waktu istirahat, rigiditas, bradikinesia dan hilangnya reflex postural akibat penurunan kadar dopamin oleh berbagai macam sebab. Disebut juga dengan sindrom Parkinson. (Sudoyo W, dkk, 2006).

Parkinsonisme adalah gangguan yang paling sering melibatkan sistem ekstrapiramidal, dan beberapa penyebab lain. Sangat banyak kasus besar yang tidak diketahui sebabnya atau bersifat idiopatik.

parkinsonisme idiopatik mengarah pada penyakit parkinson atau agitasi paralisis. (Sylvia A. Prince, dkk, 2006).

Parkinsonisme adalah suatu sindrom klinis berupa rigiditas (kekuatan), bradikinasia, tremor, dan instabilitas postur. (Williams F. Ganong, dkk, 2007).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi

Sistem saraf adalah serangkaian organ yang kompleks dan bersambungan serta terdiri terutama dari jaringan saraf. Sistem persarafan merupakan salah satu organ yang berfungsi untuk menyelenggarakan kerjasama yang rapi dalam organisasi dan koordinasi kegiatan tubuh

Fungsi sistem saraf yaitu :

1. Mendeteksi perubahan dan merasakan sensasi.
2. Menghantarkan informasi.
3. Mengolah informasi

Susunan saraf terdiri dari: Susunan Saraf Pusat (SSP) dan Susunan Saraf Tepi (Nn. Craniales + Nn. Spinales) .Susunan Saraf Pusat terdiri Encephalon dan Medulla Spinalis.

Otak atau ensefalon secara konvensional dibagi dalam 5 bagian utama: telensefalon atau otak besar, diensefalon atau otak antara, mesensefalon atau otak tengah, metensefalon atau otak belakang, dan mielensefalon atau medulla oblongata (sambungan sumsum tulang). Telensefalon dan diensefalon membentuk prosensefalon atau

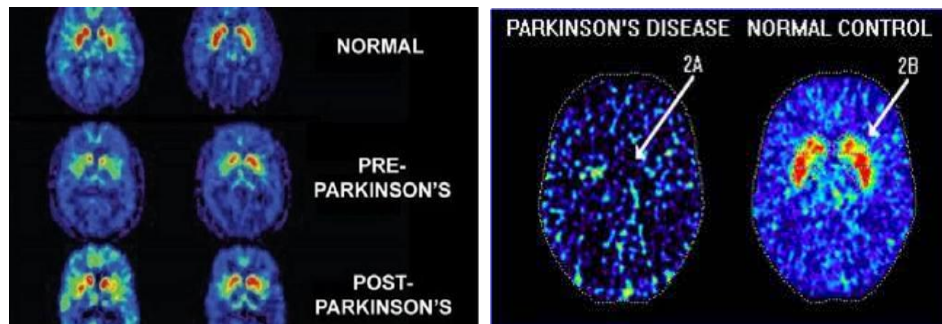
otak depan. Metensefalon dan mielensefalon membentuk rombensefalon atau otak belah ketupat. Metensefalon terdiri dari pons dan serebelum. Serebrum mencakup telensefalon, diensefalon dan otak tengah bagian atas.

Serebrum sebagiannya terbagi dalam dua belahan hemisfer oleh suatu fisura longitudinal vertical yang dalam. Sebuah hemisfer serebrum adalah setengah bagian otak depan. Hemisfer serebrum meliputi struktur telensefalon seperti korteks serebrum, zat putih yang dalam terhadap korteks, ganglia basal, dan korpus kalosum. Sistem ventrikulus ialah rongga-rongga di dalam otak yang berisi cairan serebrospinal. Sistem itu dibagi sebagai berikut: ventrikel lateral ialah rongga di dalam hemisfer serebrum, ventrikel ketiga ialah rongga di dalam diensefalon, akuaduktus serebrum (akuaduktus sylvii) ialah rongga di dalam mesensefalon dan ventrikel keempat ialah rongga rombensefalon. Serebelum (otak kecil) ialah bagian dorsal metensefalon yang mengembang.

Batang otak ialah istilah kolektif untuk diensefalon, mesensefalon dan rombensefalon tanpa serebelum. Diensefalon kadang-kadang tidak dimasukkan ke dalam batang otak. Batang otak dibagi menurut hubungan topografiknya dengan tentorium dalam bagian supratentorium dan infratentorium.

Diensefalon ialah bagian bagian supratentorium dan otak tengah, pons dan sambungan sumsum tulang belakang merupakan bagian

infratentorium. Semua saraf otak kecuali saraf penghidu dan saraf optik, muncul dari batang otak bagian infratentorium.



Gambar 21.2: Parkinson disease

(Sumber: Esther,neurologic Disorder, Mosby, 1992)

Fisiologi Susunan Saraf Pusat

Sistem saraf terdiri dari:

1. Reseptor sensoris reaksi segera memori pada otak.
2. Informasi (medulla spinalis, substansia retikularis).
3. Efektor ke otot & kelenjar.

Fungsi sistem saraf adalah:

1. Menghantarkan informasi dari satu tempat ke tempat yang lain.
2. Mengelola informasi sehingga dapat digunakan atau dapat menjadi jelas.

Tingkatan sistem saraf :

1. Tingkat medulla spinalis, sinyal sensoris dihantarkan melalui saraf-saraf spinal menuju ke setiap segment Medulla Spinalis dan menyebabkan respons motorik lokal.
2. Tingkat Otak Bagian. Bawah (Medulla Oblongata, pons, mesensephalon, hipotalamus, talamus, serebellum, dan ganglia

basalis) mengatur aktivitas tubuh yang terjadi di bawah kesadaran.

3. Tingkat otak bagian atas atau tingkat kortikal, daerah tempat penyimpanan informasi dan proses berpikir.

Patokan anatomis yang digunakan dalam pemetaan korteks serebri terdiri dari 4 lobus yaitu :

1. Lobus oksipitalis, untuk pengelolaan awal masukan penglihatan.
2. Lobus temporalis, untuk sensasi suara (Pendengaran).
3. Lobus parietalis, untuk menerima & mengolah masukan sensorik seperti sentuhan, panas, tekanan, dingin dan nyeri dari permukaan tubuh.
4. Lobus frontalis, berfungsi :
 - a. Aktifitas motorik volunter.
 - b. Kemampuan berbicara.
 - c. Elaborasi pikiran.

1) Fungsi korteks serebri :

- a. Persepsi sensorik
- b. Kontrol gerakan volunter
- c. Bahasa
- d. Sifat pribadi
- e. Proses berpikir, mengingat, kreatifitas

2) Fungsi Talamus :

- a. Menerima impuls eksteroseptif dan proprioseptif

- b. Stasiun penyambung yang mengirim impuls ke korteks serebri
- c. Beberapa tingkat kesadaran
- d. Pusat koordinasi timbulnya gerakan afektif, ekspresif yang terjadi sebagai rangsangan emosional
- e. Kontrol motorik yang termodifikasi
- f. Bagian penting dari sistem aktivasi retikular ascendens

3) Fungsi Hipotalamus :

- a. Mengatur fungsi homeostatik seperti kontrol suhu, rasa haus, pengeluaran urin dan asupan makanan.
- b. Pusat primer dari sistem saraf otonom perifer.
- c. Mengontrol emosi dan pola perilaku.

4) Fungsi Batang Otak :

Dibentuk oleh medulla oblongata, pons, dan mesencephalon.

- a. Penyalur ascenden dan descendens yang menghubungkan medulla spinalis dengan pusat yang lebih tinggi.
- b. Pusat-pusat refleks penting yang mengatur sistem respirasi, kardiovaskuler dan kendali tingkat kesadaran.
- c. Mengandung nuclei saraf kranial III sampai XII.
- d. Memodulasi rasa nyeri.
- e. Pusat yg bertanggungjawab untuk tidur.
- f. Mengatur refleks-refleks otot yang terlibat dlm keseimbangan dan postur.

5) Medulla Spinalis

Berjalan melalui kanalis vertebralis dan dihubungkan dengan saraf spinalis. Terdiri dari :

- a. Substantia Grisea berbentuk seperti kupu-kupu (H) terdiri dari badan sel saraf dan dendritnya
- b. Substantia Alba tersusun menjadi traktus (jaras) yaitu :
 - a) Traktus Asendens (dari Medulla Spinalis ke Otak), menyalurkan sinyal dari aferen ke otak.
 - b) Traktus Desendens (dari Otak ke Medulla Spinalis), menyampaikan pesan - pesan dari otak ke neuron eferen.

Medulla Spinalis bertanggung jawab untuk integrasi banyak refleksi dasar, mempunyai 2 fungsi utama :

1. Sebagai penghubung untuk menyalurkan informasi antara otak dan bagian tubuh lainnya.
2. Mengintegrasikan aktifitas refleksi antara masukan aferen dan keluaran eferen tanpa melibatkan otak, jenis aktifitas refleksi ini dikenal sebagai refleksi spinal.

6) Serebelum

Serebelum penting dalam keseimbangan serta merencanakan dan melaksanakan gerakan volunter. Terdiri dari :

- a. Vestibuloserebellum, mempertahankan keseimbangan dan mengontrol gerakan.
- b. Spinocerebellum, mengatur tonus otot dan gerakan volunter yang terampil dan terkoordinasi.

- c. Serebroserebellum, dalam perencanaan dan inisiasi gerakan volunter dengan memberikan masukan ke daerah motorik korteks.

Bentuk gangguan diskoordinasi gerakan otot akibat gangguan pada serebellum

1. Asinergia: hilangnya kerjasama antar kelompok otot.
2. Disdiadokokinesis: ketidakmampuan untuk melakukan gerakan yang berganti-ganti dengan cepat.
3. Dismetria: Gangguan kecepatan untuk memulai dan menghentikan gerakan.
4. Ataksia: gangguan dalam kecepatan, kekuatan dan jurusan dari gerakan.
5. Tremor: sangat irreguler.
6. Nistagmus: Gangguan pergerakan bola mata.
7. Disartria: Gangguan akibat diskoordinasi gerakan otot-otot pernapasan, otot pita suara & lidah.

7) Ganglia Basalis

Termasuk Ganglia basalis: nukleus kaudatus, putamen, & globus pallidus (substansia nigra, korpus subtalamikus dan nukleus ruber).

Fungsi motorik ganglia basalis:

- a. Mengatur aktifitas motorik yang kompleks bersama dengan korteks serebri dan traktus kortikospinalis.
- b. Pengaturan kognitif dari aktifitas motorik (nukleus kaudatus).
- c. Menentukan kecepatan gerakan yang harus dilakukan.

- d. Mengatur berapa besar gerakan tersebut harus dilakukan (bersama korteks serebri terutama daerah parietal).

Kelainan akibat kerusakan ganglia basalis:

- a. Chorea disebabkan degenerasi nukleus kaudatus. Gerakan seperti menari involunter (involuntary dancing movement).
- b. Athetosis disebabkan kerusakan nukleus lentikularis ditandai gerakan lambat dan menggeliat.
- c. Ballismus terjadi kerusakan nuclei subthalamic ditandai pergerakan tiba-tiba pada salah satu sisi tubuh.
- d. Parkinson (paralisis agitans) terjadi degenerasi neuron dopaminergic dari system nigrostriatal, gejalanya berupa akinesia, bradikinesia, rigidity, dan tremor.

2.1.3 Etiologi Penyakit Parkinson

Penyebab parkinson adalah adanya kemunduran atau kerusakan sel-sel saraf pada basal ganglia sehingga pembentukan serta sumber dopamine menjadi sedikit atau berkurang. Faktor penyebab kemunduran dari basal ganglia itu sendiri masih belum diketahui, namun kemungkinan disebabkan karena faktor keturunan, trauma, infeksi, pengobatan, terpapar racun, atherosklerosis dan tumor basal ganglia (Ginsberg Lionel, 2008).

Etiologi parkinson primer belum diketahui. Terdapat beberapa dugaan, diantaranya ialah: infeksi oleh virus yang non-konvensional (belum diketahui), reaksi abnormal terhadap virus yang sudah

umum, pemaparan terhadap zat anti toksin yang belum di ketahui, terjadinya penuaan yang prematur atau dipercepat.

Parkinson disebabkan oleh rusaknya sel-sel otak, tepatnya di substansi nigra. Suatu kelompok sel yang mengatur gerakan-gerakan yang tidak dikehendaki. Akibatnya penderita tidak bisa mengatur/menahan gerakan-gerakan yang tidak disadari. Mekanisme bagaimana kerusakan itu belum jelas benar.

Beberapa hal yang diduga bisa menyebabkan parkinson adalah sebagai berikut:

1) Usia

Insiden meningkat dari 10 per 10.000 penduduk pada usia 50 sampai 200 dari 10.000 penduduk pada usia 80 tahun. Hal ini berkaitan dengan reaksi mikrogilial yang mempengaruhi kerusakan neurona, terutama pada substansi nigra, pada penyakit parkinson.

2) Geografi

Faktor resiko yang mempengaruhi perbedaan angka secara geografis ini termaksud adanya perbedaan genetik, kekebalan terhadap penyakit dan paparan terhadap faktor lingkungan.

3) Periode

Flukultasi jumlah penderita pnyakit arkinson tiap periode mungkin berhubungan dengan hasil pemaparan lingkungan yang episodik, misalnya proses infeksi, indistrialisasi ataupun gaya hidup.

4) Genetik

Adanya riwayat penyakit parkinson pada keluarga meningkatkan faktor resiko penderita menderita penyakit parkinson sebesar 8,8 kali pada usia lebih dari 70 tahun dan 2,8 kali pada usia lebih dari 70 tahun, Meskipun sangat jarang. jika disebabkan oleh keturunan, gejala parkinsonisme tampak pada usia relatif muda.

5) Faktor lingkungan.

Xenobiotik berhubungan erat dengan paparan pestisida yang dapat menimbulkan kerusan mitokondria.

6) Pekerjaan

Lebih banyak orang dengan paparan mental yang lebih tinggi dan lama.

7) Infeksi

Paparan virus influenza intrauteri turut menjadi faktor faktor predisposisi penyakit parkinson melalui kerusakan substansia nigra.

8) Diet

Konsumsi lemak dan kalori tinggi meningkatkan stress oksidatif, salah satu mekanisme kerusakan neuronal pada penyakit parkinson. Sebaliknya kopi merupakan neuroprotektif.

9) Trauma kepala

Cidera kranio serebral bisa menyebabkan penyakit parkinson, meski perannya masih belum jelas benar.

10) Stress dan depresi

Beberapa penelitian menunjukkan depresi dapat mendahului gejala motorik. Depresi dan stress dihubungkan dengan penyakit parkinson karena pada stress dan depresi terjadi peningkatan turnover katekolamin yang memacu stress oksidatif.

Penyakit Parkinson sering dihubungkan dengan kelainan neurotransmitter di otak dan faktor-faktor lainnya seperti :

1. Defisiensi dopamine dalam substansia nigra di otak memberikan respon gejala penyakit Parkinson,
2. Etiologi yang mendasarinya mungkin berhubungan dengan virus, genetik, toksisitas, atau penyebab lain yang tidak diketahui.
3. Parkinson juga disebabkan oleh obat antara lain: reserpin (serpasil), phenithiszzives, butrophenous (contohnya haloperidol).

2.1.4 Manifestasi klinis

Manifestasi utama penyakit parkinson adalah gangguan gerakan, kaku otot, tremor menyeluruh, kelemahan otot, dan hilangnya refleksi postural. Tanda awal meliputi kaku ekstremitas dan menjadi kaku pada bentuk semua gerakan. Pasien mempunyai kesukaran dalam memulai, mempertahankan, dan membentuk aktifitas motorik dan pengalaman lambat dalam menghasilkan aktivitas normal.

Bersamaan dengan berlanjutnya penyakit, mulai timbul tremor, seringkali pada salah satu tangan dan lengan, kemudian ke bagian

yang lain, dan akhirnya bagian kepala, walaupun tremor ini tetap unilateral. Karakteristik tremor dapat berupa: lambat, gerakan membalik (pronasi-supinasi) pada lengan bawah dan telapak tangan, dan gerakan ibu jari terhadap jari-jari seolah-olah memutar sebuah pil di antara jari-jari. Keadaan ini meningkat bila pasien sedang berkonsentrasi atau merasa cemas, dan muncul pada saat pasien istirahat.

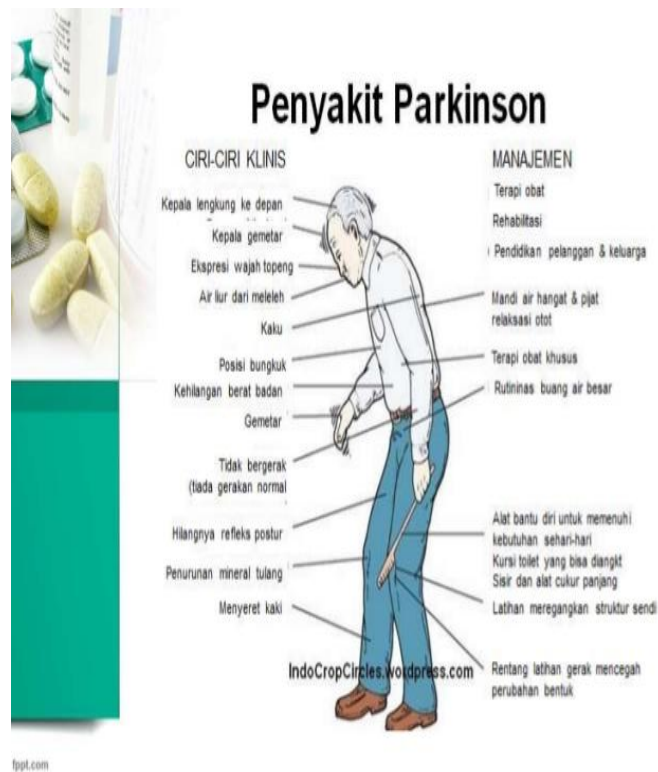
Karakteristik lain penyakit ini mempengaruhi wajah, sikap tubuh, dan gaya berjalan. Terdapat kehilangan ayunan tangan normal. Akhirnya ekstremitas kaku dan menjadi terlihat lemah. Karena hal ini menyebabkan keterbatasan otot, wajah mengalami sedikit ekspresi dimana saat bicara wajah seperti topeng (sering mengedipkan mata), raut wajah yang ada muncul sekilas.

Terdapat kehilangan refleks postural, dan pasien berdiri dengan kepala cenderung ke depan dan berjalan seperti didorong. Kesukaran dalam berputar dan hilangnya keseimbangan (salah satunya kedepan atau kebelakang) dapat menimbulkan sering jatuh.

Gambaran Klinis Parkinsonisme

- a. Kepala membungkuk kedepan.
- b. Tremor kepala dan tangan.
- c. Gerakan tangan memutar.
- d. Cara berjalan dengan kaki terseret dan seperti didorong.
- e. Berdiri kaku.
- f. Hilangnya reflek postural.

- g. Akinesia.
- h. Ekspresi wajah seperti topeng.
- i. Kehilangan berat badan.
- j. Mengeluarkan air liur.



Gambar 21.4: karakteristik pasien dengan parkinson

(sumber: prigma sidharta. Jakarta: Dian Rakyat, 1985)

Seringkali pasien ini memperlihatkan tanda-tanda depresi, depresi ini belum ditetapkan apakah depresi sebagai reaksi terhadap gangguan atau berhubungan dengan abnormalitas biokimia. Manifestasi mental muncul dalam bentuk penurunan kognitif, persepsi dan penurunan memori (ingatan). Beberapa manifestasi psikiatrik (perubahan kepribadian, psikosis, demensia, konfusi akut) umumnya terjadipada lansia.

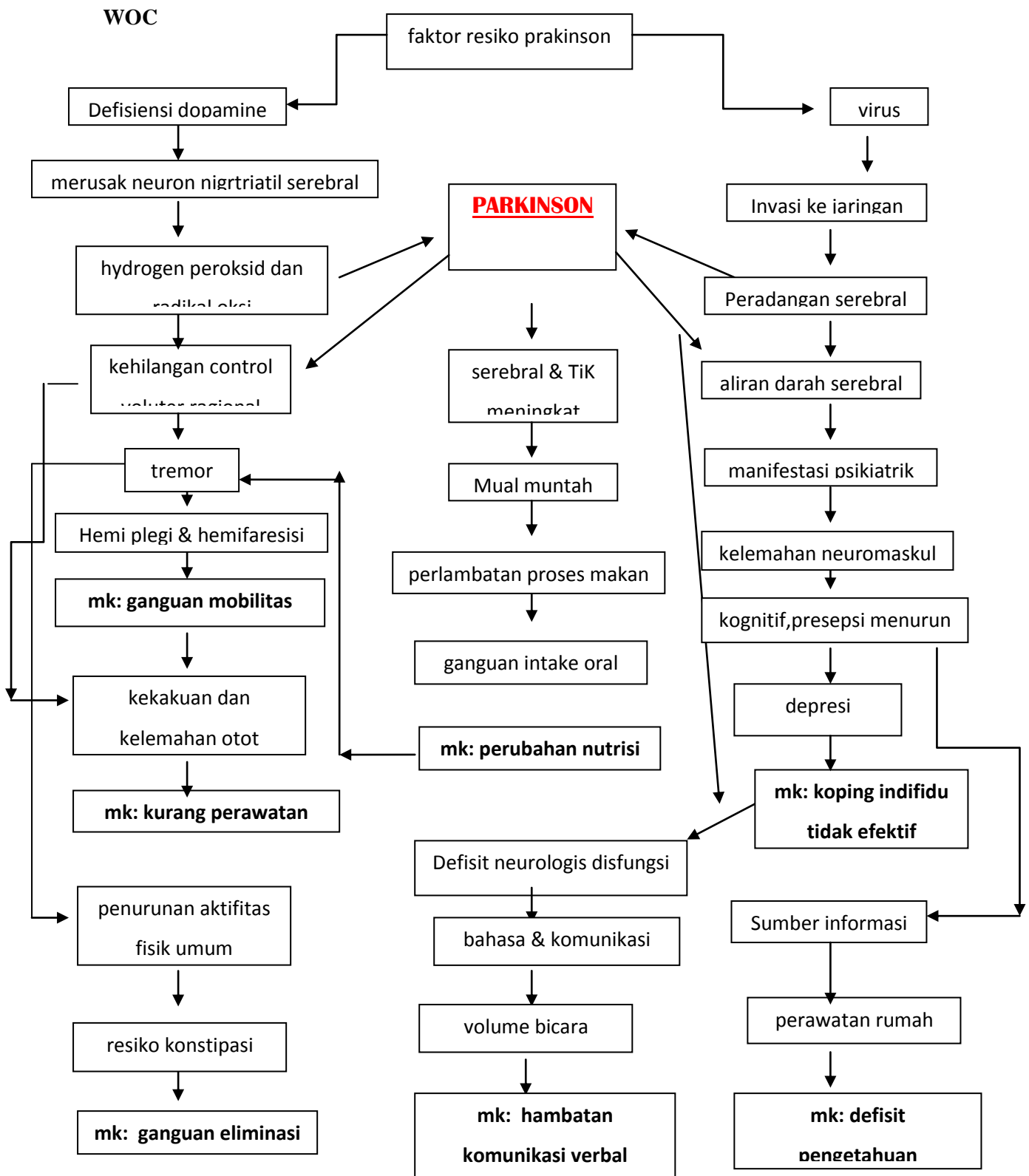
Komplikasi dari imobilisasi (pneumonia, infeksi saluran kemih) dan akibat jatuh dan kecelakaan adalah penyebab utama kematian.

2.1.5 Patofisiologi

Menurut Hall dan Guiton, (2008). Lesi utama tampak menyebabkan hilangnya neuron pigmen, terutama neuron didalam substansia nigra pada otak. Substansia nigra merupakan kumpulan nukleus otak tengah yang memproyeksikan, serabut-serabut korpus striatum). Salah satu neurotransmitter mayor didaerah otak ini dan bagian-bagian lain pada sistem persarafan pusat adalah dopamin, yang mempunyai fungsi penting dalam menghambat gerakan pada pusat kontrol gerakan. Walaupun dopamin normalnya ada dalam konsentrasi tinggi dibagian-bagian otak tertentu, pada penyakit parkinson dopamin menipis dalam substansia nigra dan korpus striatum. Penipisan kadar dopamin dalam basal ganglia berhubungan dengan adanya bradikinesia, kekakuan, dan tremor. Aliran darah serebral regional menurun pada klien dengan penyakit parkinson, dan ada kejadian demensia yang tinggi. Data patologik dan biokimia menunjukkan bahwa klien demensia dengan penyakit parkinson mengalami penyakit penyerta Alzheimer.

Pada kebanyakan klien, penyebab penyakit tersebut tidak diketahui parkinsonisme arteriosklerotik terlihat lebih sering pada kelompok usia lanjut. Kondisi ini menyertai ensefalitis, keracunan,

atau tosisitas (mangan, karbon monoksida), hipoksia atau dapat akibat pengaruh obat. Krisis oligurik menyertai parkinsonisme jenis pasca-ensetalitis spasme otot-otot konjugasi mata, mata terfiksasi biasanya keatas, selama beberapa menit sampai beberapa jam. Sekarang jarang ditemukan karena semakin sedikit klien dengan tipe parkinsonisme ini yang masih hidup.



Sumber: Hall dan Guiton, (2008).

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Tarwoto, 2013

- a. EEG (terjadi perlambatan yang progresif).
- b. CT Scan kepala (terjadi atrofi kortikal difus, sulki melebar, hidrosefalua eks vakuo).

2.1.7 Penatalaksanaan

a) Medis

Sasaran tindakan adalah untuk meninggikan transmisi dopamin, terapi obat-obatan mencakup antihistamin, antikolinergik, amantidin, levodopa, inhibitor monoamin oksidasi (MOA) dan antidepresi. Beberapa obat-obat ini meyebabkan efek samping psikiatrik pada lansia.

a. Antihistamin

Antihistamin mempunyai efek sedatif dan antikolinergik pusat ringan, dapat membantu dalam menghilangkan tremor.

b. Terapi Antikolinergik

Agens-agens antikolinergik (triheksifenidil, prosiklidin, danbenztropin mesilat) efektif untuk mengontrol tremor dan kekakuan parkinson. Obat-obatan ini dapat digunakan dalam kombinasi dengan levodopa. Agens ini meniadakan aksi asetilkolin pada sistem saraf pusat. Efek samping mencakup penglihatan kabur, wajah memerah, ruam pada wajah, konstipasi, retensi urine, dan konduksi akut. Tekanan

intraokular dipantau ketat karena obat-obat ini kontraindikasi pada pasien dengan glaukoma sedikit sekalipun. Pasien-pasien dengan hiperplasia prostatik dipantau terhadap adanya tanda-tanda retensi urine.

c. Amantadin hidroklorida

Amantadin hidroklorida (symmetrel), agens-agens antivirus yang digunakan pada awal pengobatan penyakit parkinson untuk menurunkan kekakuan, tremor dan bradikinesia. Agens ini di perkirakan bekerja melalui pelepasan dopamin dari daerah penyimpanan di dalam saraf. Reaksi efek samping terdiri dari gangguan psikiatrik (perubahan perasaan hati, konfusi, halusinasi), muntah, adanya tekanan pada epigastrium, pusing, dan gangguan penglihatan.

d. Terapi levodopa

Walaupun levodopa bukan untuk pengobatan, saat ini merupakan agens yang paling efektif untuk pengobatan dan penyakit parkinson. Levodopa diubah dari (MD4)L(MD4)-dopa menjadi dopamin pada basal ganglia. Seperti disebutkan diatas dopamin dengan konsentrasi normal yang terdapat dalam sel-sel substansia nigra menjadi hilang yaitu pada pasien dengan penyakit parkinson. Bisa saja gejala yang hilang diperoleh akibat kadar dopamin yang lebih tinggi yang ada bersamaan dengan levodopa.

Efek yang menguntungkan dari levodopa paling nyata dalam pengobatan tahun pertama. Keuntungan bagi pasien mulai menyusut dan pengaruh efek samping menjadi lebih berat sepanjang waktu. Konfusi, halusinasi, depresi, dan perubahan tidur dihubungkan dengan lamanya penggunaan agens ini. Pasien mengalami reaksi on-off dimana periode tiba-tiba hampir imobilitas, berakhir beberapa menit sampai jam, diikuti oleh kembalinya keefektifan tiba-tiba.

- e. Diskinesia (gerakan involunter abnormal) adalah efek samping yang hampir umum, dan meliputi wajah meringis, gerakan tangan menjejak berirama, gerakan kepala singkat, gerakan mengunyah dan memukul, dan gerakan involunter batang tubuh dan ekstremitas. Kondisi ini kemungkinan berkaitan dengan kegagalan untuk menyesuaikan kembali dengan tepat terhadap hilangnya dopamin. Salah satu metoda untuk menghadapi fluktuasi on-off adalah memberikan “bebas obat” dengan menghindari pasien tidak minum obat. Kondisi ini biasanya memerlukan hospitalisasi dan perawatan medis serta keperawatan yang tepat.
- f. Levodopa selalu diberikan dalam kombinasi dengan inhibitor boksilase, karbidopa (sinemet), yang memungkinkan konsentrasi levodopa lebih besar untuk mencapai otak dan menurunkan efek samping perifer. Derivat ergoet-agonis dopamin. Agens-agens ini

(bromokriptin dan pergolid) dianggap menjadi agonis reseptor dopamin agens ini bermanfaat bila ditambahkan pasien yang mengalami reaksi on-off terhadap fluktuasi klinis ringan.

g. Porgolid (permax)

Porgolid (permax) adalah agens paling baru dari klasifikasi ini. Agens ini sepuluh kali lebih poten dari pada bromokriptin, walaupun demikian terapi ini umumnya tidak dipilih. Respons pasien terhadap obat ini sangat individual, dan untuk alasan-alasan yang tidak dipahami dengan baik respons terhadap satu agens mungkin lebih baik dari pada agens lain.

h. Inhibitor MAO

Eldepril (disebut Deprenyl di Eropa, dan dipasarkan di Amerika Serikat sebagai selegilene) adalah salah satu dari perkembangan dalam farmakoterapi penyakit parkinson. Obat ini menghambat pemecahan dopamin, sehingga peningkatan jumlah dopamin tercapai. Telah ditemukan untuk memperhalus fluktuasi dalam fungsi yang terjadi pada penyakit ini, tidak seperti bentuk terapi lain agens ini secara nyata memperlambat progresi penyakit.

i. Antidepresan

Antidepresan trisiklik dapat diberikan untuk mengurangi depresi yang juga biasa terjadi pada penyakit parkinson.

b) Keperawatan

Penanganan penyakit parkinson yang tidak kalah pentingnya ini sering terlupakan mungkin dianggap terlalu sederhana atau terlalu canggih.

a. Perawatan Penyakit Parkinson

Sebagai salah satu penyakit parkinson kronis yang diderita oleh manula, maka perawatan tidak bisa hanya diserahkan kepada profesi paramedis, melainkan kepada semua orang yang ada di sekitarnya.

b. Pendidikan

Dalam arti memberi penjelasan kepada penderita, keluarga dan care giver tentang penyakit yang diderita. Hendaknya keterangan diberikan secara rinci namun supportif dalam arti tidak makin membuat penderita cemas atau takut. Ditimbulkan simpati dan empati dari anggota keluarganya sehingga dukungan fisik dan psikik mereka menjadi maksimal.

c. Rehabilitasi

Tujuan rehabilitasi medik adalah untuk meningkatkan kualitas hidup penderita dan menghambat bertambah beratnya gejala penyakit serta mengatasi masalah-masalah sebagai berikut :

- Abnormalitas gerakan
- Kecenderungan postur tubuh yang salah

- Gejala otonom
- Gangguan perawatan diri (Activity of Daily Living – ADL)
- Perubahan psikologik

Untuk mencapai tujuan diatas dapat dilakukan tindakan sebagai berikut :

1) Terapi fisik: ROM (range of motion)

- Peregangan
- Koreksi postur tubuh
- Latihan koordinasi
- Latihan jalan (gait training)
- Latihan buli-buli dan rectum
- Latihan kebugaran kardiopulmonar
- Edukasi dan program latihan di rumah

2) Terapi okupasi

Memberikan program yang ditujukan terutama dalam hal pelaksanaan aktivitas kehidupan sehari-hari.

- Terapi wicara

Membantu penderita Parkinson dengan memberikan program latihan pernapasan diafragma, evaluasi menelan, latihan disartria, latihan bernapas dalam sebelum bicara. Latihan ini dapat membantu memperbaiki volume berbicara, irama dan artikulasi.

- Psikoterapi

Membuat program dengan melakukan intervensi psikoterapi setelah melakukan asesmen mengenai fungsi kognitif, kepribadian, status mental, keluarga dan perilaku.

- Terapi sosial medik

Berperan dalam melakukan asesmen dampak psikososial lingkungan dan finansial, untuk maksud tersebut perlu dilakukan kunjungan rumah/ lingkungan tempat bekerja.

- Orthotik Prostetik

Dapat membantu penderita Parkinson yang mengalami ketidakstabilan postural, dengan membuatkan alat Bantu jalan seperti tongkat atau walker.

c) Diet

Pada penderita parkinson ini sebenarnya tidaklah diperlukan suatu diet yang khusus, akan tetapi diet penderita ini yang diberikan dengan tujuan agar tidak terjadi kekurangan gizi, penurunan berat badan, dan pengurangan jumlah massa otot, serta tidak terjadinya konstipasi. Penderita dianjurkan untuk memakan makanan yang berimbang antara komposisi serat dan air untuk mencegah terjadinya konstipasi, serta cukup kalsium untuk mempertahankan struktur tulang agar tetap baik. Apabila didapatkan penurunan motilitas usus dapat dipertimbangkan

pemberian laksanakan setiap beberapa hari sekali. Hindari makanan yang mengandung alkohol atau berkalori tinggi.

d) Pembedahan :

Tindakan pembedahan untuk penyakit parkinson dilakukan bila penderita tidak lagi memberikan respon terhadap pengobatan/intractable, yaitu masih adanya gejala dua dari gejala utama penyakit parkinson (tremor, rigiditas, bradi/akinesia, gait/postural instability), Fluktuasi motorik, fenomena on-off, diskinesia karena obat, juga memberi respons baik terhadap pembedahan.

e) Stimulasi otak dalam

Mekanisme yang mendasari efektifitas stimulasi otak dalam untuk penyakit parkinson ini sampai sekarang belum jelas, namun perbaikan gejala penyakit parkinson bisa mencapai 80%. Frekwensi rangsangan yang diberikan pada umumnya lebih besar dari 130 Hz dengan lebar pulsa antara 60 – 90 μ s. Stimulasi ini dengan alat stimulator yang ditanam di inti GPi dan STN.

f) Transplantasi

Percobaan transplantasi pada penderita penyakit parkinson dimulai 1982 oleh Lindvall dan kawannya, menggunakan jaringan medula adrenalis yang menghasilkan dopamin. Jaringan transplan (graft) lain yang pernah digunakan antara lain dari jaringan embrio ventral mesensefalon yang

menggunakan jaringan premordial stem atau progenitor cells, non neural cells (biasanya fibroblast atau astrocytes), testis-derived sertoli cells dan carotid body epithelial glomus cells. Untuk mencegah reaksi penolakan jaringan diberikan obat immunosuppressant cyclosporin A yang menghambat proliferasi T cells sehingga masa hidup graft jadi lebih panjang. Transplantasi yang berhasil baik dapat mengurangi gejala penyakit parkinson selama 4 tahun kemudian efeknya menurun 4 – 6 tahun sesudah transplantasi. Sampai saat ini, diseluruh dunia ada 300 penderita penyakit parkinson memperoleh pengobatan transplantasi dari jaringan embrio ventral mesensefalon.

2.1.8 Komplikasi

Menurut Deem Steven, 2007 Komplikasi Parkinson adalah

1. Gangguan motorik
2. Kerusakan berjalan, keseimbangan dan postur.
3. Gangguan autonom
4. Dimensia
5. Depresi

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan merupakan dasar proses keperawatan diperlukan pengkajian yang cermat untuk mengenal masalah klien agar dapat memberikan tindakan keperawatan. Keberhasilan keperawatan sangat tergantung kepada kecermatan dan ketelitian dalam pengkajian. Tahap pengkajian ini terdiri dari 4 komponen antara lain pengelompokan data, analisis data, perumusan diagnosa keperawatan.

Identitas meliputi : Nama, Umur (lebih sering pada kelompok usia lanjut, pada usia 50-an dan 60-an), Jenis kelamin (lebih banyak pada laki-laki), Pendidikan, Alamat Pekerjaan, Agama, Suku bangsa, Tanggal dan jam MRS, Nomor register, dan Diagnosis Medis.

a) Keluhan Utama

Hal yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan adalah gangguan gerakan, kaku otot, dan hilangnya refleks postural.

b) Riwayat kesehatan sekarang

Pada anamnesis klien sering mengeluhkan adanya tremor ,sering kali pada salah satu tangan dan lengan, kemudian kebagian yang lain dan akhirnya bagian kepala, walaupun tremor ini tetap unilateral. Karakteristik tremor dapat berupa :lambat, gerakan membalik (pronasi-supinasi) pada lengan bawah dan telapak tangan.

Keluhan lainnya pada penyakit meliputi adanya perubahan pada sensasi wajah, sikap tubuh, dan gaya berjalan. Adanya keluhan regiditas deserebrasi, berkeringat, kulit berminyak dan sering menderita dermatitis peborok, sulit menelan, konstipasi, serta gangguan kandung kemih yang diperberat oleh obat-obat antikolinergik dan hipertron prostat.

c) Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat antikolinergik dalam jangka waktu yang lama.

d) Riwayat kesehatan keluarga

Walaupun penyakit parkinson tidak ditemukan hubungan sebab genetik yang jelas tetapi pengkajian adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes melitus diperlukan untuk melihat adanya komplikasi penyakit lain yang dapat mempercepat progresifnya penyakit.

e) Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

f) Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya

dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat.

Apakah ada dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan untuk kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra tubuh). Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri didapatkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

Perubahan yang terpenting pada klien dengan penyakit parkinson adalah tanda depresi. Manifestasi mental muncul dalam bentuk penurunan kognitif, persepsi, dan penurunan memori (ingatan). Beberapa manifestasi psikiatrik (perubahan kepribadian, psikosis, demensia, konfusi akut) umumnya terjadi pada lansia.

g) Pemeriksaan fisik

Klien dengan penyakit parkinson umumnya tidak mengalami penurunan kesadaran. Adanya perubahan pada tanda-tanda vital, meliputi bradikardia, hipotensi, dan penurunan frekuensi pernapasan.

1. B1 (Breathing)

Gangguan fungsi pernapasan: berkaitan dengan hipoventilasi, inaktivitas, aspirasi makanan atau saliva, dan berkurangnya fungsi pembersihan saluran napas.

a. Inspeksi umum

Didapatkan klien batuk atau penurunan kemampuan untuk batuk efektif, peningkatan produksi sputum, sesak napas, dan penggunaan otot bantu napas.

b. Palpasi

Taktil premitus seimbang kanan dan kiri.

c. Perkusi

Adanya suara resonan pada seluruh lapangan paru.

d. Auskultasi

Bunyi napas tambahan seperti napas berbunyi stridor, ronki pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien dengan inaktivitas.

2. B2 (blood)

Hipotensi postural: berkaitan dengan efek samping pemberian obat dan juga gangguan pada pengaturan tekanan darah oleh sistem persarafan otonom. Rasa lelah berlebihan dan otot terasa nyeri, otot-otot lelah karena rigiditas.

3. B3 (Brain)

Inspeksi umum: Didapatkan perubahan pada gaya berjalan, tremor secara umum pada seluruh otot, dan kaku pada seluruh gerakan.

- Pengkajian tingkat kesadaran. Tingkat kesadaran klien biasanya *compos mentis* dan juga tergantung pada aliran darah serebral regional menurun yang mengakibatkan perubahan pada status kognitif klien.
- Pengkajian fungsi serebral. Status mental: biasanya status mental klien mengalami perubahan yang berhubungan dengan penurunan status kognitif, penurunan persepsi, dan penurunan memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- Pemeriksaan saraf kranial. Pengkajian saraf kranial meliputi pemeriksaan saraf kranial I-XII
 - Saraf I

Biasanya pada klien cedera tulang belakang tidak ada kelainan dan fungsi penciuman tidak ada kelainan.
 - Saraf II

Tes ketajaman penglihatan mengalami perubahan, dimana sesuai tingkat usia yang tuanya biasanya klien dari penyakit parkinson mengalami penurunan ketajaman penglihatan.

➤ Saraf III, IV, dan VI

Gangguan saraf okulomotorius: sawaktu mempertahankan kontraksi otot-otot bola mata. Gerakan kedua bola mata untuk menatapkan mata pada sesuatu tidak selalu berjalan searah, melainkan bisa juga berjalan kearah yang berlawanan, gerakan bola mata yang sinkron dengan arah yang berlawanan hanyalah gerakan kedua bola mata ke arah nasal. Dalam gerakan itu, bola mata kiri bergerak kekanan dan gerakan bola mata kanan bergerak kekiri. Gerakan kedua bola mata kearah nasal dinamakan gerakan konvergen, yang terjadikarena kedua otot rektus medialis (internus) berkontraksi.

➤ Saraf V

Pada klien dengan penyakit parkinson umumnya didapatkan perubahan pada otot wajah. Adanya keterbatasan otot wajah maka terlihat ekspresi wajah mengalami penurunan dimana saat bicara wajah seperti topeng (sering mengedipkan mata).

➤ Saraf VII

Persepsi pengecapn dalam batas normal.

➤ Saraf VIII

Adanya tuli konduktif dan tuli persepsi berhubungan proses senilis dan penurunan aliran darah regional.

➤ Saraf IX dan X

Di dapatkan kesulitan dalam menelan makanan.

➤ Saraf XI

Tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

➤ Saraf XII

Lidah simetris, tidak ada deviasi pada satu sisi dan tidak ada fasikula. Indra pengecap normal.

• Sistem Motorik

➤ Inspeksi umum, ditemukan perubahan pada gaya berjalan, tremor secara umum pada seluruh otot dan kaku pada seluruh gerakan. Klien sering mengalami rigiditas deserebrasi.

➤ Tonus otot ditemukan meningkat.

➤ Keseimbangan dan koordinasi, ditemukan mengalami gangguan karena adanya kelemahan otot, kelelahan, perubahan pada gaya berjalan, tremor secara umum pada seluruh otot dan kaku pada seluruh gerakan.

• Pemeriksaan Refleks

Terdapat kehilangan refleks postural, apabila klien mencoba untuk berdiri, klien akan berdiri dengan kepala cenderung kedepan dan berjalan dengan gaya berjalan

seperti didorong. Kesulitan dalam berputar dan hilangnya keseimbangan (salah satunya kedepan atau kebelakang) dapat menimbulkan sering jatuh.

- Sistem Sensorik

Sesuai berlanjutnya usia Klien dengan penyakit Parkinson mengalami penurunan terhadap sensasi sensorik secara progresif. Penurunan sensorik yang ada merupakan hasil dari neuropati.

4. B4 (Bladder) Perkemihan

Penurunan refleks kandung kemih perifer dihubungkan dengan disfungsi kognitif dan persepsi klien secara umum. Ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural.

5. B5 (Bowel) Pencernaan

Penurunan nutrisi berkurang yang berhubungan dengan asupan nutrisi yang kurang karena kelemahan fisik umum dan kesulitan dalam menelan, konstipasi karena penurunan aktivitas.

6. B6 (Bone) Muskulus

Adanya kesulitan untuk beraktivitas untuk beraktivitas karena kelemahan, kelelahan otot, tremor dan kaku pada seluruh gerakan memberikan risiko pada trauma fisik bila melakukan aktivitas.

h) Laboratorium

1. X-ray spinal: Menentukan adanya lesi dan kerusakan vertebra.
2. Myelografi: Mengidentifikasi adanya kejang, derajat tumor.
3. CT Scan: Identifikasi lokasi tumor.
4. Lumbal Pungsi: Menganalisa cairan serebrospinalis, peningkatan jumlah protein menunjukkan adanya tumor.
5. MRI: Mengidentifikasi lokasi, ukuran dan keadaan tumor.

2.2.2 Kemungkinan diagnosa yang muncul

1. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kekakuan dan kelemahan otot (Edisi jilid 1 NANDA NIC NOC Hal 283).
2. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan, kehilangan kontrol otot/koordinasi (NANDA Hal 258).
3. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) yang berhubungan dengan medikasi dan penurunan aktivitas (NANDA Hal 208).
4. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan tremor, pelambatan dalam proses makan, kesulitan menguyah dan menelan (Edisi jilid 3 NANDA NIC NOC Hal 294).

5. Hambatan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan volume bicara, pelambatan bicara, ketidakmampuan menggerakkan otot-otot wajah (NANDA hal. 278).
6. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan depresi dan disfungsi karena perkembangan penyakit (NANDA hal. 346).
7. Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan sumber informasi prosedur perawatan rumah yang tidak adekuat (NANDA hal. 260).

2.2.3 Intervensi

Tabel 2.1

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	<p>Hambatan mobilitas fisik</p> <p>Definisi: Keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah</p> <p>Batasan karakteristik:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penurunan waktu reaksi. • Kesulitan membolak balik posisi. • Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan (mis. meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, fokus pada ketunadayaan atau aktivitas sebelum sakit) • Dispenia setelah Beraktivitas. • Perubahan cara berjalan • Gerakan bergetar • Keterbatasan kemampuan melakukan 	<p>Joint movement : active</p> <p>Mobility level</p> <p>Self care : ADLs</p> <p>Transfer performance</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien meningkat dalam aktivitas fisik Mengerti tujuan dari peningkatan mobilisasi Memverbalisasi perasaan dalam peningkatan kekuatan dan kemampuan berpindah. Memperagakan penggunaan alat. Bantu untuk mobilisasi (walker). 	<p>Exercise therapy:ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulansi sesuai dengan kebutuhan. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulansi. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai dengan kemampuan. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL pasien. Berikan alat bantu jika klien memerlukan. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan. Communication enhancement :hearing Deficit.

keterampilan motorik halus.

- Keterbatasan kemampuan melakukan keterampilan motorik kasar.
- Keterbatasan rentang pergerakan sendi.
- Tremor akibat pergerakan.
- Ketidaksabihan postur.
- Pergerakan lambat.
- Pergerakan tidak Terkoordinasi.

Faktor yang berhubungan:

- Defisit visual parsial
- Pelo
- Sulit bicara
- Gagap
- Defisit penglihatan total
- Bicara dengan kesulitan
- Menolak bicara

Faktor yang berhubungan

- Ketiadaan orang terdekat
 - Perubahan konsep diri
 - Perubahan sistem saraf pusat.
 - Defek anatomi (mis: celah palatum, perubahan
-

11. Communication enhancement : visual Deficit.

12. Anxiet reduction.

13. Active listening.

neuromuskular pada sistem penglihatan, pendengaran, dan aparatus fonatori).

- Tumor otak
 - Harga diri rendah kronik
 - Perubahan harga diri
 - Perbedayaan budaya
 - Penurunan sirkulasi ke Otak.
 - Perbedaan yang berhubungan dengan usia perkembangan.
 - Gangguan emosi
 - Kendala lingkungan
 - Kurang informasi
 - Hambatan fisik (mis: trakeostomi, intubasi)
 - Kondisi psikologi (mis: psikosis, kurang stimulasi).
 - Harga diri rendah situasional.
 - Stress
 - Gaya hidup menonton
 - Gangguan sensori Perseptual
-

2. Defisit perawatan diri berpakaian Defisit:

Hambatan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas berpakaian dan berias untuk diri sendiri.

Batasan Karakteristik:

- Ketidakmampuan mengancingkan pakaian.
- Ketidakmampuan mendapatkan pakaian.
- Ketidakmampuan mendapatkan atribut Pakaian.
- Ketidakmampuan mengenakan sepatu.
- Ketidakmampuan mengenakan kaos kaki.
- Ketidakmampuan hambatan memilih pakaian.
- Hambatan mengenakan pakaian pada bagian bagian tubuh atas.
- Hambatan memasang sepatu.
- Hambatan menggunakan alat bantu.
- Hambatan menggunakan

Self Care Status
Self care: Dressing
Activity Tolerance
Fatiguel level

Kriteria hasil:

- a. Mampu melakukan tugas fisik yang paling mendasar dan aktivitas perawatan pribadi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- b. Mampu untuk mengenakan pakaian dan berhias sendiri secara mandiri atau alat bantu.
- c. Mampu mempertahankan kebersihan pribadi dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu.
- d. Mengungkapkan kepuasan dalam berpakaian dan menata rambut.
- e. Menggunakan alat bantu untuk memudahkan dalam berpakaian.
- f. Dapat memilih pakaian dan mengambilnya dari lemari atau laci.
- g. Mampu meritsleting dan

Self Care Assitance: Dressing/Gromming:

1. Pantau tingkat kekuatan dan toleransi aktivitas.
 2. Pantau peningkatan dan penurunan kemampuan untuk berpakaian ungtuk berpakaian dan melakukan perawatan rambut.
 3. Pertimbangkan budaya pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
 4. Pertimbangkan usia pasien ketika mempromosikan aktivitas perawatan diri.
 5. Bantu pasien memilih pakaian yang mudah dipakai dan dilepas.
 6. Sediakan pakaian pasien pada tempat yang mudah di jangkau (disamping tempat tidur).
 7. Fasilitas pasien untuk menyisir rambut, bila memungkinkan.
 8. Dukung kemandirian dalam berpakaian, berhias, bantu pasien berpakaian.
 9. Bantu pasien untuk menaikkan, mengancingkan, dan merisletingkan pakaian, jika diperlukan.
 10. Beri pujian atas usaha untuk berpakaian sendiri.
 11. Gunakan terapi fisik dan okupasi
-

<p>resleting.</p> <p>Faktor yang Berhubungan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gangguan kognitif • Penurunan motivasi • Ketidaknyamanan • Kendala lingkungan • Keletihan dan kelemahan • Gangguan muskuloskeletal • Gangguan neuromuskular • Nyeri • Gangguan persepsi • Ansietas berat 	<p>mengancingkan pakaian.</p> <p>h. Menggunakan pakaian secara rapi dan bersih.</p> <p>i. Mampu melepas pakaian,</p> <p>j. Menunjukkan rambut yang rapi dan bersih kaos kaki, dan sepatu.</p> <p>k. Menggunakan tata rias</p>	<p>sebagai sumber dalam perencanaan tindakan pasien dalam perawatan pasien dengan alat bantu.</p>
--	---	---

3. Konstipasi

Definisi : Penurunan pada frekwensi normal defekasi yang disertai oleh kesulitan atau pengeluaran tidak lengkap fases/pengeluaran fases yang kering, keras, dan banyak

Batasan Karakteristik:

- Nyeri abdomen
- Nyeri tekan abdomen dengan teraba resistensi otot.
- Nyeri tekan abdomen tanpa teraba resistensi

Bowel elimination

Hydration

Kriteria Hasil:

- a. Mempertahankan bentuk feses lunak setiap 1-3 hari.
- b. Bebas dari ketidaknyamanan dan konstipasi.
- c. Mengidentifikasi indikator untuk mencegah konstipasi.
- d. Feses lunak dan berbentuk.

Constipation/Impaction Management

1. Monitor pada dan gejala konstipasi.
 2. Monitor bising usus.
 3. Monitor feses: frekuensi, konsistensi dan volume.
 4. Konsultasi dengan dokter tentang penurunan dan peningkatan bising usus.
 5. Jelaskan etiologi dan rasionalisasi tindakan terhadap pasien.
 6. Dukungan intake cairan.
 7. Kolaborasi pemberian laksatif.
 8. Pantau tanda-tanda dan gejala impaksi.
 9. Memantau bising usus
-

otot.

- Anoraksia
- Penampilan tidak khas pada lansia (mis: perubahan pada status mental, inkontinensia urinarius, jatuh yang tidak penyebabnya, peningkatan suhu tubuh).
- Borborigmi
- Darah merah pada feses.
- Perubahan pada pola defekasi.
- Penurunan frekwensi.
- Penurunan volume feses.
- Distensi abdomen
- Rasa rektal penuh
- Keletihan umum
- Sakit kepala
- Rembesan feses cair
- Nyeri pada saat defekasi
- Sering flatus
- Muntah

Faktor yang berhubungan:

Fungsional:

- Kelemahan otot abdomen.
- Kebiasaan mengabdikan dorongan defeksi.

10. Pantau tanda-tanda dan gejala pecahnya usus dan atau peritonitis.
 11. Menyusun jadwalke toilet.
 12. Anjurkan pasien/keluarga untut mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.
 13. Ajarkan pasien/keluarga bagaimana untuk menjaga buku harian makanan.
 14. Anjurkan pasien/keluarga untuk diet tinggi serat.
 15. Anjurkan pasien/keluargab pada hubungan asupan diet, olahraga, dan cairan sembelit/impaksi.
 16. Menyarankan pasien untuk untuk berkonsultasi dengan dokter jika sembelit atau oimpaksi terus ada.
 17. Lepaskan impaksi tinja secara manual, jika perlu.
 18. Timbang pasien secara teratur.
 19. Ajarkan pasien atau keluarga tentang proses pencernaan yang normal.
 20. Ajarkan pasien / keluarga tentang kerangka waktu untuk resolusi sembelit
-

-
- Kurang aktivitas fisik.
 - Kebiasaan defekasi tidur teratur.
 - Perubahan lingkungan saat ini.

Psikologis:

- Depresi, stress emosi.
- Konfusi mental

Farmokologis:

- Antasida mengandung alumunium.
 - Antikolinergik, antikonvulsan.
 - Antidepresan
 - Agens antilipemik
 - Garam bismuth
 - Kalsium karbonat
 - Penyekat saluran kalsium.
 - Diuretik, garam besi.
 - Penyalah gunaan laksatif
 - Simpatomimemik.
-

<p>4. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Definisi : Asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik. Batasan karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kram abdomen. • Nyeri abdomen. • Menghindari makanan. • Berat badan 20% atau lebih dibawah berat badan ideal. • Kerapuhan kapiler. • Diare • Kehilangan rambut berlebih. • Bising usus hiperaktif. • Kurang makanan. • Kurang informasi. • Kurang minat pada makanan. • Penurunan berat badan dengan asupan makanan adekuat. • Kesalahan konsepsi. • Kesalahan informasi. • Membran mukosa pucat. • Ketidakmampuan memakan makanan. 	<p>Nutritional status :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nutritional status : food and fluid. • Intake • Nutritional status : nutrient intake. • Weight control <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Adanya peningkatan berat badan esuai dengan tujuan. b. Berat badal ideal sesuai dengan tinggi badan. c. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi. d. Tidak ada tanda tanda nutrisi. e. Mampu meningkatkan fungsi pengecap dari menelan. f. Tidak terjadi penurunan berat badan yang berarti 	<p>Nutrition management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji adanya alergi makanan. 2. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien. 3. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe. 4. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vit C. 5. Berikan substasi gula. 6. Yakinkan diet yang dimakan mengaandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi. 7. Berikan makanan yang terpilih (sudah dikonsultasikan dengan ahli gizi). 8. Ajarkan pasien bagaimana membuat catatan makanan harian. 9. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori. 10. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 11. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang dibutuhkan <p>Nutrisi Monitoring:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. BB pasien dalam batas normal. 2. Monitor adanya penuruan berat badan. 3. Monitor tipe dan jumlah aktivitas yang biasa dilakukan. 4. Monitor interaksi anak atau orangtua selama makan.
--	--	--

-
- Tonus otot menurun.
 - Mengeluh gangguan sensasi rasa.
 - Mengeluh asupan makanan kurang dari RDA (recommended daily allowance).
 - Cepat kenyang sebelum makan.
 - Sariawan rongga Mulu.
 - Steatorea
 - Kelemahan otot pengunyah.
 - Kelemahan otot untuk menelan.

Faktor-faktor yang berhubungan :

- Faktof biologis
- Faktor ekonomi
- Ketidakmampuan untuk mengabsorbsi nutrien.
- Ketidakmampuan untuk mencerna kakanan.
- Ketidakmampuan menelan makanan.
- Faktor psikologis

5. Monitor lingkungan selama makan.
 6. Jadwalnya pengobatan dan tindakan tidak selama jam makan.
 7. Monitor kulit kering dan perubahan pigmentasi.
 8. Monitor turgor kulit.
 9. Monitor kekeringan, rambut kusam, dan mudah patah.
 10. Monitor mual dan muntah.
 11. Monitor kadar albumin, total protein, HB dan kadar Ht.
 12. Monitor kalori dan intake nutrisi.
 13. Catat jika lidah berwarna magenta, scarlet.
-

<p>5. Hambatan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan volume bicara, pelambatan bicara, ketidakmampuan menggerakkan otot-otot wajah.</p>	<p>NOC : Anxiety self control. Coping Sensory function: hearing & vision. Fear self control Kriteria Hasil : a. Komunikasi : penerimaan, interpretasi dan ekspresi pesan lisan, tulisan, dan non verbal meningkat. b. Komunikasi ekspresif (kesulitan berbicara) : ekspresi pesan verbal dan atau non verbal yang bermakna. c. Komunikasi reseptif (kesulitan mendengar) : penerimaan komunikasi dan interpretasi pesan verbal dan/atau non verbal. d. Gerakan Terkoordinasi : mampu mengkoordinasi gerakan dalam menggunakan isyarat. e. Pengolahan informasi : klien mampu untuk memperoleh, mengatur,</p>	<p>Communication Enhancement : Speech Deficit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gunakan penerjemah, jika diperlukan. 2. Beri satu kalimat simple setiap bertemu, jika diperlukan. 3. Konsultasikan dengan dokter kebutuhan terapi bicara. 4. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan. 5. Dengarkan dengan penuh perhatian. 6. Berdiri didepan pasien ketika berbicara. 7. Gunakan kartu baca, kertas, pensil, bahasa tubuh, gambar, daftar kosakata bahasa asing, computer, dan lain-lain untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal. 8. Ajarkan bicara dari esophagus, jika diperlukan. 9. Beri anjuran kepada pasien dan keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara (misalnya, prostesi trakeoesofagus dan laring buatan). 10. Berikan pujian positive jika diperlukan. 11. Anjurkan pada pertemuan kelompok. 12. Anjurkan kunjungan keluarga secara teratur untuk memberi stimulus
--	--	---

	<p>dan menggunakan informasi.</p> <p>f. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidakmampuan berbicara.</p> <p>g. Mampu memajemen kemampuan fisik yang dimiliki.</p> <p>h. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan sosial.</p>	<p>komunikasi.</p> <p>13. Anjurkan ekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat).</p>
<p>7. Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan sumber informasi prosedur perawatan rumah yang tidak adekuat.</p>	<p>Pengetahuan tentang proses penyakit</p> <p>a. Familiar dengan proses penyakit.</p> <p>b. Mendiskripsikan proses penyakit.</p> <p>c. Mendiskripsikan faktor penyebab.</p> <p>d. Mendiskripsikan faktor resiko.</p> <p>e. Mendiskripsikan efek penyakit.</p> <p>f. Mendiskripsikan tanda dan gejala.</p> <p>g. Mendiskripsikan perjalanan</p>	<p>Mengajarkan proses penyakit</p> <p>1. Menentukan tingkat pengetahuan klien sebelumnya.</p> <p>2. Jelaskan patofisiologi penyakit dan apa anatomi dan fisiologi yang sesuai.</p> <p>3. Tentukan tanda dan gejala penyakit yang sesuai.</p> <p>4. Gambarkan proses penyakit.</p> <p>5. Jelaskan informasi tentang kondisi pasien saat ini.</p> <p>6. Diskusikan perubahan gaya hidup yang bisa untuk mencegah komplikasi atau mengontrol proses penyakit.</p> <p>7. Diskusikan tentang pilihan terapi dan perawatan.</p> <p>Ajarkan diet</p>

-
- | | |
|---|--|
| penyakit. | 1. Kaji pengetahuan klien tentang diet yang dianjurkan |
| h. Mendiskripsikan tindakan untuk menurunkan progresifitas. | 2. Jelaskan tujuan diet |
| i. Mendiskripsikan komplikasi. | 3. Informasikan berapa lama diet harus di ikuti. |
| j. Mendiskripsikan tanda dan gejala dari komplikasi. | 4. Ajarkan klien tentang makanan yang boleh dan tidak boleh di makan. |
| k. Mendiskripsikan tindakan pencegahan untuk mencegah komplikasi. | 5. Observasi pilihan makanan klien sesuai dengan diet yang dianjurkan. |
| | 6. Konsultasi gizi. |
| | 7. Libatkan keluarga |
-

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping. Terdapat 3 tahap dalam tindakan keperawatan, yaitu persiapan, perencanaan dan dokumentasi (Nursalam, 2009 : 127).

Kegiatan implementasi pada klien dengan parkinson adalah membantunya mencapai kebutuhan dasar seperti :

1. Melakukan pengkajian keperawatan untuk mengidentifikasi masalah baru atau mamantau status atau masalah yang ada.
2. Melakukan penyuluhan untuk membantu klien mamperoleh pengetahuan baru mengenai kesehatan mereka sendiri atau penatalaksanaan penyimpangan.
3. Membantu klien membuat keputusan tentang perawatan kesehatan dirinya sendiri.
4. Konsultasi dan rujuk pada profesional perawatan kesehatan lainnya untuk memperoleh arahan yang tepat.
5. Memberikan tindakan perawatan spesifik untuk menghilangkan, mengurangi atau mengatasi masalah kesehatan.

6. Membantu klien untuk melaksanakan aktivitas mereka sendiri.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan. Hal ini bisa dilaksanakan dengan mengadakan hubungan dengan klien berdasarkan respon klien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan, sehingga perawat dapat mengambil keputusan (Nursalam, 2009 : 135).

Evaluasi dapat dibagi dua, yaitu evaluasi hasil atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, evaluasi hasil sumatif dilakukan dengan membandingkan respons klien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditentukan.

Problem-Intervention-Evaluation adalah suatu singkatan masalah, intervensi dan evaluasi. Sistem pendokumentasian PIE adalah suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan (Nursalam, 2009 : 207)

Proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap hari setiap pergantian jaga (8 jam), data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lama dengan masalah

yang kronis, intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam “flowsheet”, catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah, intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan “I” (intervensi) dan nomor masalah klien, keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan tanda “E” (Evaluasi) dan nomor masalah klien, setiap masalah yang diidentifikasi dievaluasi minimal setiap 8 jam (2009 : 208).

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

I. Identitas Klien

Nama : Tn.O
Umur : 91 Th
Jenis kelamin : Laki- Laki
Status : Sudah menikah
Agama : Islam
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Pensiunan guru
Suku : Piliang
Alamat : Payakumbuh
No Mr : 498943
Tanggal masuk : 30-05-2018
Tangga pengkajian : 07-06-2018
Diagnosa medis : Parkinson + HT

Penanggung jawab

Nama : Ny. R
Umur : 55 Th
Hub keluarga : Anak kandung
Pekerjaan : Guru

II. Alasan Masuk

Klien masuk ruang Neuro dari IGD RSAM Bukittinggi, pada jam 13.45 WIB, dengan keluhan tiba-tiba pingsan, penurunan kesadaran, lemah. Kemudian klien langsung di bawa ke Rumah Sakit Adnan WD payakumbuh lalu klien di rujuk ke RSAM Bukittinggi pada hari yang sama. Pada tanggal 30 mei 2018 jam 14.00 WIB klien mengalami penurunan kesadaran dengan tanda-tanda vital klien saat di IGD, TD: 135/77 mmHg, RR: 22 kali/menit, HR: 80 kali/menit, T: 36,1, kesadaran: samnolen, KU: Berat.

III. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian didapatkan data keluarga mengatakan klien batuk berdahak, banyak nya penumpukan sputum di tenggorokan pasien dan klien tidak bisa menelan. Klien tampak sesak napas, dan bagian ekstremitas tampak lemah dan klien tampak tremor terjadi pada jari-jari tangan. Tanggal 7 juni 2018 TTV klien : TD: 135/77 mmHg, HR: 80 kali/menit, RR 25 kali/menit GCS= E: 4, M: 6 ,V: 5. Klien tidak ada mual dan muntah, kejang tidak ada, klien tampak terpasang kateter no.16, klien tampak terpasang slang NGT,klien tampak terpasang O2 2 liter/menit dan IVFD Asering 20 TPM. Urine out put: 200 cc/12 jam.

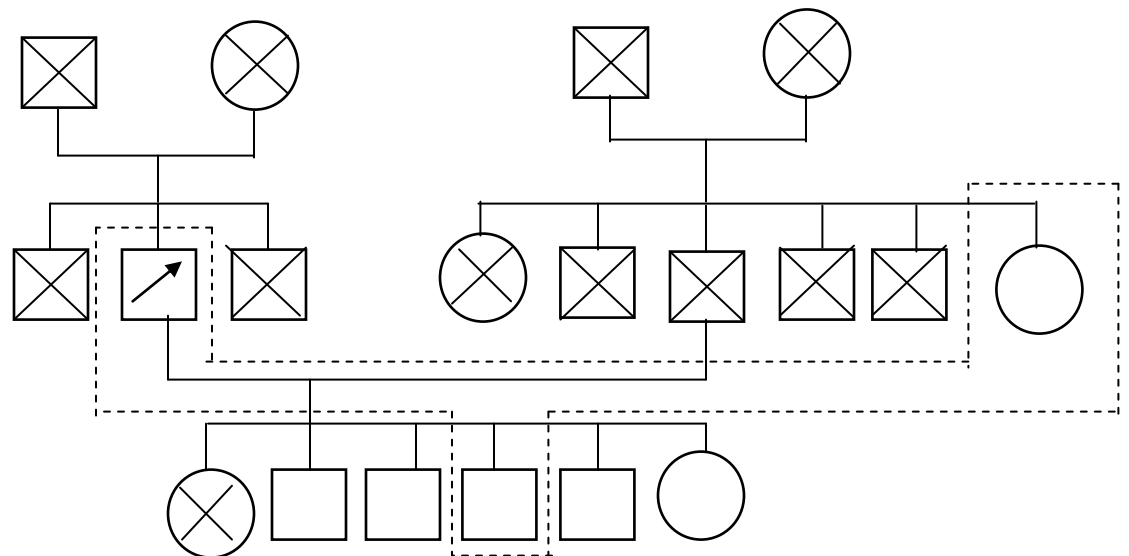
b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan klien pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya dengan penyakit asma.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan anggota keluarga mempunyai penyakit keturunan yaitu Hipertensi.

Genogram



Keterangan :



= Perempuan



= Laki-laki meninggal



= Laki-laki



= Perempuan meninggal



= Klien laki-laki

----- = Serumah dengan klien

Narasi dari Genogram:

Keluarga A mempunyai tiga orang anak laki-laki, yaitu yang pertama laki-laki (meninggal), kedua laki-laki (Tn. O), ketiga laki-laki (meninggal). Keluarga B mempunyai enam orang anak, anak pertama perempuan, anak kedua, ketiga, keempat dan kelima yaitu laki-laki (meninggal), anak yang keenam perempuan (Ny. S). Kemudian anak kedua (Tn.O) dari keluarga A menikah dengan anak keenam (Ny.S) dari keluarga B dan mempunyai anak enam orang. Anak pertama dari Tn.O (klien) perempuan sudah meninggal, kedua laki-laki, ketiga laki-laki, keempat perempuan, kelima laki-laki, dan yang keenam perempuan. Semua anak klien sudah menikah, dan klien sekarang tinggal serumah dengan anak yang keempat, ditandai dengan garis putus-putus yang tergambar pada genogram.

IV. Pemeriksaan fisik umum

- a. Tingkat Kesadaran : Compos mentis
- b. GCS : E 4 M6 V5= 15
- c. BB/TB : 42 Kg/ 165 Cm
- d. Keadaan umum : Lemah
- e. Tanda- tanda vital : TD = 121/73 mmHg
Nadi = 80 x/menit
Pernafasan = 25 x/menit
Suhu = 36,5 ° C

1. Kepala

- Rambut

I : Rambut klien tampak bersih berwarna putih sudah beruban,
rambut, tampak lurus, tidak ada tampak lesi, udem, tidak
tampak ketombe

P : Tekstur rambut baik, dan tidak rontok.

- Mata

I : Mata tampak simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis,
sklera ikterik, diameter pupil isokor 2mm, penglihatan agak
kabur, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

P : Tidak ada teraba massa pada kedua mata klien, reflek cahaya
(+/-).

- Telinga

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada pendarahan, tidak ada
serumen, telinga bersih, pendengaran kurang baik.

P : Tidak ada nyeri tekan pada tragus, tidak ada masa pada telinga.

- Hidung

I : Hidung tampak simetris kiri dan kanan, klien terpasang NGT,
tidak ada tampak lesi, tidak ada polip, tidak ada secret pada
rongga hidung, tidak ada tampak cuping hidung.

P : Tidak teraba massa dan perdangan pada hidung klien.

- Mulut dan gigi

I : Keadaan mulut tampak simetris, mukosa mukosa bibir tampak kering, tidak ada sariawan, gigi tidak lengkap, terdapat caries, tidak ada lesi dan udem.

P : Tidak teraba massa pada mulut klien, mulut berbau, tidak ada kelainan pada bibir seperti bibir sumbing.

- Tenggorokan

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 7 juni 2018 didapatkan data klien bicara tidak jelas, klien mengalami kesulitan menelan, klien terpasang slang NGT, dan banyak penumpukan sputum.

2. Leher

Simetris kiri dan kanan, Vena jugularis tidak terlihat tapi teraba, warna leher klien tampak kuning langsung, klien mengalami kesulitan saat menelan, dan tidak ada pembengkan kelenjar tiroid., dan tidak ada terdapat lesi

3. Thorax

a. Paru- paru

I : Dada simetris kiri dan kanan, pergerakan ada normal, frekuensi nafas 25x/i irama pernafasan tidak teratur, tidak ada penonjolan tulang ataupun lesi, warna kulit putih, tidak ada terdapat sianosis, tidak ada penarikan dinding dada (retraksi) tidak ada

bekas luka lecet, tidak ada menggunakan otor bantu pernafasan seperti otot perut.

P: Tidak ada pembengkakan masa/benjolan, ketika klien mengucapkan angka 77 getaran dinding dada sama, tidak ada nyeri tekan.

P : Terdengar bunyi sonor disemua lapang paru

A: Terdengar bunyi nafas snoring (ngorok), tidak ada suara nafas tambahan.

b. Jantung

I : Dada simetris kiri dan kanan, iktus cordis tidak tampak, tidak ada bekas luka, tidak terdapat sianosis, sentral tidak terlihat getaran dinding jantung dan tidak ada pembesaran pada jantung.

P: Tidak ada pembengkakan/benjolan tidak ada nyeri tekan lepas.

P: Bunyi jantung redup pada batas jantung.

Batas jantung kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra.

Batas jantung kanan bawah : ICS IV Linea Para Sternalis Dextra.

Batas jantung kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Sinistra.

Bata jantung kiri bawah : ICS IV Medio Clavicularis Sinistra.

A: Bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup), tidak ada bunyi tambahan, Teratur dan tidak ada bunyi tambahan seperti murmur dan gallop.

4. Abdomen

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada bekas operasi, warna kulit sama, tidak ada terdapat lesi.

A: Bising usus 12x/i di kuadran ke 3 kanan bawah abdomen.

P: Hepar tidak teraba, tidak ada nyeri tekan lepas pada kuadran kanan bawah abdomen, tidak ada luka bekas operasi pada abdomen.

P: Terdengar bunyi tympani pada anterior bawah kiri.

5. Punggung

Tidak teraba bengkak, simetris kiri dan kanan, dan tidak ada lesi pada punggung, dan juga tidak ada dukubitus pada punggung.

6. Ektermitas

Bagian Atas : Kedua tangan tampak lemah dan tremor,tangan kanan terpasang infus asering 20 tpm tidak ada edema, keadaan selang infus bersih.

Bagian Bawah: Kaki tampak lemah dan tremor, kaki klien tampak simetris kiri dan kanan, akral klien terasa hangat

Kekutan otot

3333	3333
3333	3333

Normal Kekuatan otot

- i. Nilai 5: mampu melawan gravitasi dan melawan tahanan
- ii. Nilai 4: mampu melawan gravitasi dan sedikit melawan tahanan
- iii. Nilai 3: mampu melawan gravitasi sebentar
- iv. Nilai 2: mampu bergeser
- v. Nilai 1: bila diberi ransang ada tonus
- vi. Nilai 0: tidak ada tonus (hemiplagi = lumpuh)

7. Genetalia

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 7 juni 2018 didapatkan Keadaan genetalia Tampak bersih dan lengkap, klien terpasang slang khateter no.16 dan pempers (urine output 200 cc/12 jam), tidak ada kelainan pada genetalia, keadan genetalia bersih

8. Integumen

Kulit tampak bersih, terdapat lesi dibagian paha, turgor kulit kering, klien tidak berkeringat, klien tidak lembab, kulit sudah mengkerut.

9. Refleksi

1. Refleksi Bisep : saat dilakukan pemeriksaan dengan cara fleksikan sebagian lengan klien pada siku, saat dilakukan pukulan sedikit kebawah dengan menggunakan palu reflek ke ibu jari, tampak adanya sedikit fleksi pada siku, dan kontraksi biseb pada ibu jari klien.
2. Refleksi Trisep: adanya sedikit ekstensi pada tangan klien.
3. Refleksi Patela: tidak bisa dilakukan pemeriksaan karena klien masih lemah dan tremor
4. Reflek Babinski: saat dilakukan pemerksaan pada klien dengan cara menggoreskan pena ke telapak kaki klien, mulai dari tumit, kemudian jantung telapak kaki menuju ibu jari, hasil yang didapat jari-jari klien menekuk kebawah, Babinski klien negatif.

10. Persyarafan

- N I (Olfaktorius /penciuman)
Saat dilakukan pengkajian pemeriksaan pada N1,klien bisa membedakan bau dengan baik.
- N II (opticus/ketajaman penglihatan)
Saat dilakukan pengkajian pemeriksaan pada N II,klien tidak bisa melihat huruf/angka yang di lihatkan,penglihatan klien sudah kabur dan tidak jelas karna faktor usia,klien bisa melihat jelas menggunakan alat bantu penglihatan yaitu kaca mata.

- N III, IV dan VI (okulomotorius, troklearis dan abduksen /mengangkat kelopak mata)

Saat dilakukan pengkajian pada N III, IV dan VI, pada saat klien disuruh untuk buka mata dan mengangkat kelopak mata klien bisa melakukannya tidak ada gangguan pada otot mata, saat klien di minta untuk mengikuti obyek yg ditlihatkan klien tidak bisa melakukannya karna penglihatan yang kabur karna faktor usia.

- N V (trigeminus/otot wajah)

Saat dilakukan pengkajian pada N V tidak ada gangguan, pada saat di sapukan kapas gulung kecil di dahi klien dan sinus paranasal klien langsung ada reflek berkedip.

- N VII (facialis/ekspresi wajah, indra perasa 2/3 lidah anterior).

Saat dilakukan pengkajian di minta klien untuk tersenyum, mengangkat alis mata, dan mengkerutkan dahi, menutup mata klien mampu melakukannya dan pada saat klien diminta untuk membedakan rasa yang ditempatkan pada ujung sisi lidah bagian depan klien tidak bisa karna klien terpasang slang NGT.

- N VIII (vestibulokoklearis/keseimbangan dan pendengaran)

Pada saat dilakukan pengkajian N VIII kemampuan pendengaran klien sudah terganggu karna faktor usia.

- N IX dan X (glosofaringeus dan vagus/menelan)

Saat dilakukan pengkajian pada N IX dan N X klien tidak bisa menelan karna klien terpasang slang NGT saat bicara klien mengeluarkan suara serak.

- N XI (aksesorius)

Saat dilakukan pengkajian pada N XI klien bisa menggerakkan kepala dan pada saat diminta untuk mengangkat bahu klien tidak bisa karna kelemahan otot dan tremor.

- N XII (Hipoglasus/kekuatan otot lidah)

Pada saat klien diminta untuk menjulurkan lidah klien mampu melakukannya dan klien mampu menggerakkan lidah keatas kebawah lalu kesisi yang lain.

V. Data Biologis

Tabel 3.1

No	Aktivitas	Sehat	Sakit
1.	Makanan dan minuman		
	Nutrisi makan		
	- Menu	Nasi, lauk, sayuran	Susu melalui NGT
	- Porsi	1 porsi	Diit habis 100 cc/porsi
	- Makanan kesukaan	Lotek	Tidak ada
	- Pantangan	Tidak ada	Makanan pedas
	Minum		
	- Jumlah	5-6 gelas/hari	±300 cc/hari melalui NGT
	- Minuman kesukaan	Air putih	Tidak ada
	- Pantangan	Tidak ada	Kopi, minuman beralkohol
2.	Eliminasi		
	BAB		
	- Frekuensi	1x sehari	1x selama di rawat
	- Warna	Kuning	Kuning
	- Bau	Khas	Khas
	- Konsistensi	Lunak	Lunak
	- Kesulitan	Tidak ada	Ada
	BAK		
	- Frekuensi	5x/hari	3-4x/hari
	- Warna	Kekuningan	Kuning
	- Bau	Pesing	Pesing
	- Konsistensi	Cair	Cair
	- Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	-		
3.	Istirahat dan tidur		
	- Waktu tidur	Malam hari	Siang, malam hari
	- Lama tidur	7-8 jam/hari	4-5 jam
	- Hal yang mempermudah tidur	Tidak ada	Tidak ada
	- Kesulitan tidur	Tidak ada	Ada
4.	Personal hygiene		
	- Mandi	2x sehari	Selama dirawat hanya
	- Cuci rambut	2x sehari	di lap setiap pagi,
	- Gosok gigi	2x sehari	belum ada cuci rambut
	- Potong kuku	2x seminggu	selama dirawat.

VI. Riwayat Alergi

Klien mengatakan tidak ada alergi obat maupun alergi makanan.

VII. Data Psikologis

- Perilaku non verbal

Klien tampak gelisah dan meringis kesakitan pada area genitalia.

- Perilaku verbal

Klien dapat berkomunikasi dan mampu mempertahankan kontak mata dan klien mampu pertanyaan dengan yang diajukan.

- Emosi

Klien mampu meengontrol emosinya dengan baik selama di rawat di rumah sakit.

- Persepsi penyakit

Klien sangat yakin dan percaya bahwa penyakit yang dideritanya sekarang dapat sembuh.

- Konsep diri

Klien yakin akan sembuh kalien tampak percaya diri

- Adaptasi

Klien mampu berorientasi dengan baik, klien tau dimana ia sekarang dan klien agak sulit berkomunikasi karena pendengaran yang sudah berkurang karna faktor usia.

VIII. Data Sosial Ekonomi

Klien berasal dari keluarga ekonomi yang kurang, klien bekerja sebagai mekanik bengkel, Klien menggunakan BPJS sebagai alat untuk membayar Rumah Sakit.

IX. Data sosial

1. Pola komunikasi

Klien mampu berkomunikasi tapi agak sulit karena pendengarannya mulai berkurang karna faktor usia.

2. Orang yang dapat memberi rasa nyaman

Pasien saat ini ditemani oleh anak dan istri klien tampak nyaman dengan keluarganya tersebut.

3. Orang yang paling berharga

Klien mengatakan keluarga orang yang paling berharga baginya adalah keluarga.

4. Hubungan keluarga dan masyarakat

Klien menjalin hubungan yang baik dengan keluarga maupun masyarakat.

X. Data Spritual

Klien yakin terhadap tuhan dan percaya penyakit ini adalah ujian dari yang Maha kuasa, klien yakin dengan agamanya, klien sebelum sakit sholat 5 waktu sehari semalam, saat ini klien belum ada melakukan ibadah

XI. Data Penunjang

Tabel 3.2

Hematologi Tanggal 31-05-2018

PARAMETER			NILAI RUJUKAN
HGB	15.1	[g/dL]	P 13.0- 16.0 W 12.0-14.0
RBC	4.98	[10 ⁶ /ul]	P 4.5- 5.5 W 4.0- 5.0
HCT	44.1	[%]	P 40.0- 48.0 W 37.0- 43.0
MCV	88.6	[fl]	
MCH	30.3	[pg]	
MCHC	34.2	[g/dl]	
RDW-SD	42.6	[fl]	
RDW-CV	13.4	[%]	
WBC	9.59	[10 ³ /ul]	5.0-10.0
EO%	0.2	[%]	1-3
BASO%	0.2	[%]	0-1
NEUT%	88.0	[%]	50-70
LYMPH%	4.4	[%]	20-40
MONO%	7.2	[%]	2-8
EO%	0.02	[10 ³ ul]	
BASO%	0.02	[10 ³ ul]	
NEUT%	8.44	[10 ³ ul]	
LYMPH%	0.42	[10 ³ ul]	
MONO%	0.69	[10 ³ ul]	

Chemistry Result (Serum/Plasma) Tanggal : 31 – 05 – 2018

Tabel 3.3

Parameter	Hasil	Nilai Rujukan
ALT	17 u/L	0 – 41
AST	40 u/L	0 – 37
C-Chol	246 mg/dl	0 – 201
C-HDL	81 mg/dl	30 – 71
GluK	69 mg/dl	74 – 106
Urea	19 mg/dl	15 – 43
C-LDL	155 mg/dl	0 – 130

ANALIS PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Tabel 3.4

Tanggal 31-05-2018

Kimia Klinik	Nilai Normal
Kalium : 3,91	(3,5-5,5) mEq/l
Natrium: 126,0	(135-147) mEq/l
Klorida: 90,6	(100-106) mEq/l
Ureum darah: 33	(20-40) mg %
Kreatinin darah: 0,9	(0,6-1,1) mg %
Hemoglobin: 13,9	(14-16) g/dl
Leukosit: 5.100	(p:5.000- w:10.000)

XII. Data pengobatan

TABEL 3.5
PENGOBATAN

No	Obat non Parenteral	Dosis/Satuan	Tanggal	Fungsi Obat
1	Amlodipin	10 mg 1x1 Tablet	07-06-2018	Untuk mengatasi hipertensi atau tekanan darah tinggi
2	Azitharomicin	1 mg 2x1 Tablet	07-06-2018	Antibiotik golongan makrolida yang fungsinya untuk mengobati penyakit infeksi akibat bakteri, seperti infeksi saluran nafas (bronkitis dan pneumonia), sinusitis, radang tenggorokan
3	Simvastatin	20 mg 1x1 Tablet	07-06-2018	Membantu menurunkan kolesterol dan lemak jahat (seperti LDL, trigliserida) dan meningkatkan kolesterol baik (HDL) dalam darah
4	Urinter	Mg 2x1 Tablet	08-06-2018	Untuk mengobati infeksi saluran kemih baik yang akut maupun kronis
5	Patral	Mg 3x1 Tablet	08-06-2018	Terapi jangka pendek untuk meredam nyeri sedang sampai berat
6	Flumucil	Ml 3x1 Sirup	09-06-2018	Untuk mengobati penyakit-penyakit pada saluran pernapasan yang ditandai dengan dahak yang berlebihan

No	Obat Parenteral	Dosis/Satuan	Tanggal	Fungsi Obat
1	Inj. Ceftriaxone	250 mg 2x1 Ampul	07-06-2018	Antibiotik yang fungsinya untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri
2	Inj. bisolvon	4 mg 1x1 Ampul	07-06-2018	Mengobati gangguan saluran pernapasan yang disebabkan oleh dahak/mukus yang berlebihan
3	Inj. Manitol	100 mg Vial	07-06-2018	Meningkatkan pembentukan urine oleh ginjal yang fungsinya membantu pengeluaran natrium dan air dalam tubuh sehingga kadar cairan yang beredar dalam pembuluh darah akan menurun
4	Inj. Flumucil	150 mg 2x1 Ampul	07-06-2018	Untuk mengobati penyakit-penyakit pada saluran pernapasan yang ditandai dengan dahak yang berlebihan
5	Infus Asering	20 tts/i Kolf	07-06-2018	Untuk perawatan darh dan kehilangan cairan, tingkat kalsium yang rendah, ketidakseimbangan elektrolit, natrium yang rendah, kadar kalium yang rendah, kadar magnesium yang rendah dan kondisi lainnya
6	Citicoline	500 mg 2x1 ampul	07-06-2018	Mengobati penyakit Alzheimer dan jenis

				dimensia lainnya, luka dikepala, penyakit otak seperti Stroke, hilang ingatan, penyakit Parkinson
7	Furosemide lasix	/ 10 mg 1x1/2	07-16-2018	Untuk mengurangi cairan berlebihan dalam tubuh (edema) yang disebabkan oleh kondisi seperti gagal jantung, penyakit hati, dan ginjal
8	Infus levofloxacin	750 mg Vial	07-06-2018	Obat golongan antibiotik quinolone yang dapat digunakan untuk mengobati infeksi bakteri, seperti infeksi saluran kemih, pneumonia, sinusitis, infeksi kulit jaringan lunak, dan infeksi prostat
9	Nebu NaCl	0.3% 3x1	07-06-2018	Untuk mengencerkan dahak
10	Infus cliniclenovit	12 tpm	08-16-2018	Untuk memperkuat tulang, pengganti calcium

XIII. Data Fokus

a) Data Subjektif

- Keluarga mengatakan klien batuk berdahak.
- Keluarga mengatakan klien sesak nafas.
- Keluarga mengatakan aktifitas klien dibantu.
- Keluarga mengatakan klien mengalami riwayat hipertensi.
- Keluarga mengatakan ekstremitas klien lemah dan tremor.
- Keluarga sering bertanya-tanya tentang penyakit yang diderita oleh klien.

- Keluarga mengatakan ADL klien harus di bantu.
- Keluarga mengatakan sangat khawatir dengan kondisi klien saat ini.
- Keluarga mengatakan klien sulit bergerak mika-miki.
- Keluarga mengatakan klien tidak bisa menelan.

b) Data Objektif

- Klien tampak gelisah.
- Klien tampak terpasang slang O2 2liter/menit.
- Klien tampak terpasang slang NGT.
- Klien tampak terpasang infus Asering 20 tpm.
- Klien tampak terpasang kateter no.16.
- Klien tampak batuk berdahak.
- Frekuensi nafas 25 x/menit.
- Aktivitas klien tampak di bantu oleh keluarga.
- Reflek cahaya klien tampak +/+.
- Klien tampak tremor.
- Klien tampak keterbatasan gerak sendi.
- Klien tampak letih.
- Klien tampak terbaring di tempat tidur.
- Klien tampak lelah.
- Mata klien tampak cekung.
- Klien mendapat terapi :
 - Terapi amlodipin 10 mg 1x1 tablet.

ANALISA DATA

Tabel 3.6

No	Data	Etiologi	Masalah
1	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan klien batuk berdahak. - Keluarga mengatakan klien sesak nafas. - Klien mengatakan klien gelisah. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terpasang O₂ 2 liter/menit. - Klien tampak batuk berdahak. - Klien tampak gelisah. - RR: 25x menit. 	<p>Peningkatan produksi secret di jalan nafas</p>	<p>Ketidak efektifan bersihan jalan nafas</p>
2	<p>DS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga mengatakan ekstremitas klien lemah dan klien tremor. - Keluarga mengatakan aktifitas klien dibantu. - Keluarga mengatakan klien tampak gelisah. - Keluarga mengatakan klien tidak bisa melakukan aktifitas seperti biasanya. <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak terbaring lemah. - Klien tampak sulit 	<p>Gangguan neuromaskular, kekakuan dan kelemahan otot</p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>

menggerakkan
ekstremitas.

- Klien tampak di bantu dalam aktivitas.
- Ekstremitas bawah tampak terpasang kateter no.16
- Klien tampak lemah dan tremor
- TD= 121 mmHg, N= 80 x/menit, P= 25 x/menit
- Kekuatan otot klien

3333	3333
3333	3333

3 DS

- Keluarga mengatakan ADL harus di bantu
- Keluarga mengatakan klien susah untuk menelan makanan

Kelemahan
neuromaskular,
menurunnya kekuatan
otot

Defisit
perawatan
diri

DO

- Keadaan mulut klien tampak kering, kurang bersih, agak berbau.
 - Klien tampak dibantu dalam melakukan aktifitas.
-

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi secret di jalan nafas.
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskular, kekakuan dan kelemahan otot
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan neuromuskular, menurunnya kekuatan otot

3.3 Intervensi

Tabel 3.7

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
1.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi secret di jalan nafas	<ul style="list-style-type: none"> Respiratory status: ventilation Respiratory status: airway Patency. Aspiration control <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam jalan nafas kembali efektif .</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Menunjukkan jalan nafas yang paten(klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi nafas dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal). Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu. Saturasi O₂ dalam batas normal. 	<p>Terapi oksigen</p> <ol style="list-style-type: none"> Kaji adanya bunyi nafas tambahan. Atur posisi fowler dan semi fowler. Penuhi hidrasi cairan via oral seperti minum air putih dan pertahankan intake cairan 2500 ml per hari. Lakukan pemasangan O₂. Lakukan pengisapan lendir (suction). Ajarkan teknik relaksasi. Lakukan fisioterapi dada. Ajarakan teknik batuk efektif. Kolaborasi pemberian obat nebu

<p>2 Hambatan mobilitas fisik b.d gangguan neurovaskuler kekakuan dan kelemahan otot</p>	<p>Joint movement : active Mobility level Self care : ADLs Transfer performance Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kelemahan otot yang dirasakan klien berkurang</p>	<p>Exercise therapy:ambulation</p>
	<p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien meningkat dalam aktivitas fisik. Mengerti tujuan dari peningkatan mobilisasi. Memverbalisasi perasaan dalam peningkatan kekuatan dan kemampuan berpindah. Memperagakan penggunaan alat. Bantu untuk mobilisasi (walker). 	<ol style="list-style-type: none"> Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulansi sesuai dengan kebutuhan. Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera. Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulansi. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai dengan kemampuan. Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL ps. Berikan alat bantu jika klien memerlukan. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan . Communication enhancement : hearing deficit. Communication enhacement : visual deficit. Anxiet reduction Active listening

3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuro maskular, menurunnya kekuatan, kehilangan kontrol otot	<p>Self care: ADLs</p> <p>Dalam waktu 2x24 jam keperawatan diri klien terpenuhi</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Klien dapat menunjukkan perubahan gaya hidup untuk kebutuhan merawat diri. b. Klien mampu melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan tingkat kemampuan - mengidentifikasi personal atau masyarakat yang dapat membantu 	<p>Self Care Assistance</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri b. Kaji kemampuan dan tingkat penurunna dalam skala 0-4 untuk melakukan ADL. c. Hindari apa yang tidak dapat dilakukan klien dan bantu klien bila perlu. d. Rencana kan tindakan untuk defisit penglihatan seperti tempat makanan dan pengamatan dalam suatu tempat, dekatkan tempat tidur kedinding. e. Modifikasi lingkungan. f. Kaji kemampuan komunikasi untuk BAK, kemampuan menggunakan urinal pispot, antarkan ke kamar mandi bila kondisi memungkinkan. g. Identifikasi kebiasaan BAB h. Anjurkan minum dan meningkatkan aktivitas. i. Kolaborasi supositoria dan pencahar. j. Konsul ke dokter terapi okupasi.
---	--	---	--

3.4 Implementasi

Tabel 3.8

Hari ke-1, Kamis, 07 Juni 2018

No	Hari / Tanggal	Diagnosa	Jam	NIC (Implementasi)	Evaluasi	Paraf
1	Kamis / 07-06-2018	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi secret di jalan nafas.	10. 00	Terapi oksigen a. Mengkaji adanya bunyi nafas tambahan.	S : - keluarga mengatakan klien masih batuk berdahak	
			10. 15	b. Mengatur posisi fowler dan semi fowler.		
			10. 30	c. Memenuhi hidrasi cairan via oral seperti minum air putih dan pertahankan intake cairan 2500 ml per hari.	- Keluarga mengatakan klien masih belum bisa mengeluarkan sputum yang ada di mulutnya	
			10. 45	d. Melakukan pemasangan O2 2 liter/menit.	O :	
			11. 00	e. Melakukan pengisapan lendir (suction).	- Tidak ada terdengar bunyi nafas tambahan	
			11. 30	f. Mengajarkan teknik relaksasi.	- Klien tampak masih gelisah	
			11. 35	g. Melakukan fisioterapi dada.	- Klien sudah diberi minum 300 cc/ hari	
			11. 40	h. Mengajarkan teknik batuk efektif.		
			12. 00	i. Memberikan obat nebu NaCl 0,3%.	- sputum mulai berkurang setelah dilakukan suction	

					<ul style="list-style-type: none"> - klien tampak masih batuk - Klien belum bisa melakukan berdahak - klien terpasang slang O2 2 liter/menit - Klien telah diberikan Nebu NaCl 0,3% - TD: 121/73 mmHg - N: 99x/ menit - P: 25x/ menit - GCS: E5 M6 V5 - Kesadaran: compos mentis - Klien tampak lemah <p>A: Masalah Ketidak efektifan bersihan jalan nafas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan a sampai dengan i</p>
2	Kamis 07 2018	Hambatan mobilitas fisik b.d kekakuan dan kelemahan	10.00	Exercise therapy: ambulation a. Memonitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien	S : - Keluarga mengatakan aktivitas klien

otot		saat latihan.	masih dibantu
	11.00	b. Mengkonsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulansi sesuai dengan kebutuhan.	- Keluarga mengatakan klien masih gelisah O :
	11.15	c. Membantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera.	- TD: 121/73 mmHg N: 99x/ menit P: 25x/ menit
	11.30	d. Mengajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulansi.	- GCS: E5 M6 V5 - Kesadaran: compos mentis
	11.45	e. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.	- Klien tampak terbaring lemah - Klien tampak sulit bergerak
	12.00	f. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai dengan kemampuan.	- Ekstremitas klien tampak lemah dan tremor - Kekuatan otot klien 3333 3333
	12.15	g. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADL.	3333 3333 A: Masalah hambatan mobilitas fisik belum teratasi
	12.55	h. Memberikan alat bantu jika klien memerlukan.	P : intervensi dilanjutkan
	13.05	i. Mengajarkan pasien bagaimana merubah	a sampai dengan j
	13.15	j. Posisi dan berikan bantuan jika diperlukan	

3	Kamis 07 2018	Juni	Defisit perawatan dirib.d kelemahan neuro maskular, menurunnya kekuatan , kehilangan kontrol otot	08. 15	Self care asisten	S:
				09. 20	a. Mengkaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0-4 untuk melakukan ADL.	a. keluarga mengatakan klien dibantu dalam melakukan ADL
				09. 25	b. Menghindari apa yang tidak dapat dilakukan klien dan bantu klien bila perlu.	O: b. klien tampak dibantu dalam melakukan aktifitas
				10. 00	c. Merencana kan tindakan untuk defisit penglihatan seperti tempat makanan dan pengamatan dalam suatu tempat, dekatkan tempat tidur ke dinding.	c. klien tampak masih lemah
				10. 30	d. Memodifikasi lingkungan.	d. ADL klien tampak dibantu oleh keluarga
					e. Mengkaji kemampuan komunikasi untuk BAK, kemampuan menggunakan urinal pispot, antarkan ke kamar mandi bila kondisi memungkinkan.	A: Masalah defisit perawatan diri belum teratasi
				11. 00	f. Mengidentifikasi kebiasaan BAB.	P: intervensi dilanjutkan a sampai dengan i
				11.15	g. Menganjurkan minum dan meningkatkan aktivitas.	

-
- | | |
|--------|---|
| 11. 20 | h. Mengkolaborasi supositoria dan pencahar. |
| 12. 00 | i. Mengkonsul ke dokter terapi okupasi. |
-

Hari ke-2, Jumat, 08 Juni 2018

No	Hari / Tanggal	Diagnosa	Jam	NIC (Implementasi)	Evaluasi	Paraf
1	Jumat 08 Juni 2018	Ketidak efektifan bersihan jalan nafas	09.00 09.30 09.45 09.50 09.55 10.00 10.15 13.00	Terapi oksigen a. Mengkaji adanya bunyi nafas tambahan. b. Mengatur posisi fowler dan semi fowler c. Memenuhi hidrasi cairan via oral seperti minum air putih dan pertahankan intake cairan 2500 ml per hari d. Melakukan pemasangan O2 2 liter/menit e. Mengajarkan teknik relaksasi f. Melakukan fisioterapi dada g. Mengajarakan teknik batuk efektif h. Memberikan obat nebu NaCl 0,3 %	S: - klien mengatakan masih batuk berdahak - klien tampak tenang - klien mengatakan tidak ada keluhan yang lain O: - klien tampak masih batuk berdahak - sesak mulai berkurang - Klien sudah minum 300 cc/hari - klien sudah bisa berkomunikasi dengan baik - fungsi pendengaran mulai berkurang karna faktor usia - klien tampak tenang - klien tampak	

terpasang slang O2
2 liter/menit

- klien diberikan nebu NaCl 0,3%
- secret masih ada
- kesadaran klien baik
- TD: 110/80 mmHg
N: 70x/ menit
P: 20x/ menit
S: 36.°5 C

A:

- masalah teratasi sebagian ketidak efektifan bersihan jalan nafas

P: intervensi di lanjutkan

- Monitor TTV
 - Atur posisi fowler dan semi fowler
 - Ajarkan teknik relaksasi
 - Kolaborasi pemberian O2
-

2	Jumat 08 2018	Juni	Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromaskuler, kekakuan otot, kelemahan otot	Exercise therapy: ambulation	S:	
				11.00	a. Melakukan program latihan untuk meningkatkan kekuatan otot	- keluarga mengatakan klien masih belum bisa melakukan aktifitas sendiri
				09.00	b. Memonitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan	- keluarga mengatakan klien sudah bisa mengangkat badan dan kaki sedikit,dan miring kiri miring kanan
				09.30	c. Mengkonsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulansi sesuai dengan kebutuhan	- keluarga mengatakan tidur klien nyenyak
				09.45	d. Membantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera	- keluarga mengatakan klien sudah tenang
				10.00	e. Mengajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulansi	O: - wajah klien tampak tenang
				10.15	f. Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi	- klien sudah bisa diajak berkomunikasi
				10.30	g. Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai dengan kemampuan	- klien tampak sudah bisa mengubah posisi badan mika miki
				11.00	h. Mendampingi dan bantu pasien saat mobilisasi	- kesadaran klien=compos

				dan bantu penuhi kebutuhan ADL		mentis
				11.15	i.	Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan
						- kekuatan otot
						3333 3333
						3333 3333
						A:
						masalah belum teratasi
						Hambatan mobilitas fisik
						P: intervensi dilanjutkan
						- Lakukan program latihan untuk meningkatkan kekuatan otot
						- Anjurkan mandi hangat dan masase
						- Bantu klien melakukan latihan ROM
						- Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik
3	Jumat/ 08 Juni	Defisit perawatan diri	08..10	Self care asisten		S:
				a. Mengkaji kemampuan		- keluarga

2018	b.d kelemahan neuromaskuler, menurunnya kekuatan, kehilangan kontrol otot		dan tingkat penurunan dalam skala 0-4 untuk melakukan ADL.	mengatakan klien masih dibantu melakukan ADL
		09.00	b. Menghindari apa yang tidak dapat dilakukan klien dan bantu klien bila perlu.	O: - klien tampak masih dibantu dalam melakukan ADL (mandi,makan,aktif itas)
		10.00	c. Merencanakan tindakan untuk defisit penglihatan seperti tempat makanan dan pengamatan dalam suatu tempat, dekatkan tempat tidur ke dinding.	- klien tampak terpasang NGT - klien tampak terpsang khateter no 16
		11.30	d. Memodifikasi lingkungan.	- klien dilakukan personal hygiene setiap pagi
		11.45	e. Mengkaji kemampuan komunikasi untuk BAK, kemampuan menggunakan urinal pispot, antarkan ke kamar mandi bila kondisi memungkinkan.	- TD: 110/80 mmHg N: 70x/i P: 20x/i S: 36.°5 C
		11.50	f. Mengidentifikasi kebiasaan BAB	A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi
		12.00	g. Menganjurkan minuman meningkatkan aktivitas	P: intervensi dilanjutkan
		12.15	h. Mengkolaborasi supositoria dan pencahar	- Bantu klien dalam melakukan ADL
		13.00	i. Mengkonsul ke dokter terapi okupasi	personal hygiene dan oral hygiene

-
- Ajarkan dan dukung klien selama beraktivitas
 - Pantau TTV
-

Hari ke-3, Sabtu 09 Juni 2018

No	Hari/ Tanggal	Diagnosa	Jam	NIC (Implementasi)	Evaluasi	Paraf
1	Sabtu/ 09 Juni 2018	Ketidak efektifan bersihan jalan nafas b.d peningkatan produksi secret di jalan nafas	09.00 09.05 09.15 09.20	Terapi oksigen a. Memonitor TTV b. Mengatur posisi fowler dan semi fowler c. Mengajarkan tekhnik relaksasi d. Memberikan O2 2 liter/ menit	S: - Keluarga mengatakan klien masih batuk berdahak - Keluarga mengatakan klien tidak bisa tidur sejak semalam - Klien mengatakan tidak ada lagi keluhan O: - Klien tampak tenang - Klien tampak batuk berdahak - Klien terpasang O2 =2 liter/menit - KU: baik GCS: 15, E=4 M=6 V=5 Secret :ada TD= 140/80 mmHg N= 72 x/menit P= 20 x/menit S= 36,5° C A:	

					- Masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas teratasi sebagian
					P: intervensi dilanjutkan
2	Sabtu/ 09 Juni 2018	Hambatan mobilitas fisik b.d kerusakan neuromaskuler, kekakuan, kelemahan otot	10.00	Exercise ambulation a. Melakukan program latihan untuk meningkatkan kekuatan otot	S: - Keluarga mengatakan klien sudah bisa miring kiri/miring kanan - Klien mengatakan sudah bisa menggerakkan badannya
			10.15	b. Menganjurkan mandi hangat dan masase	O: - Klien tampak sudah bisa mika/ miki - Klien tampak masih dibantu dalam beraktivitas
			10.20	c. Membantu klien melakukan latihan ROM	- Klien tidur dengan posisi semi fowler - Klien sudah bisa berkomunikasi dengan keluarga
			11.00	d. Mengkolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik	- TD= 140/80 mmHg Nadi= 72 x/menit GCS: 15, E=4 M=6

					V=5
					A: Masalah teratasi sebagian hambatan mobilitas fisik P: intervensi dilanjutkan
3	Sabtu/ 09 Juni 2018	Defisit perawatan diri b.d kelemahan neuromaskular, menurunnya kekuatan otot	09.00	Self care asisten a. Membantu klien dalam ADL personal hygiene dan oral hygiene	S: - Keluarga mengatakan klien dibantu dalam pemenuhan ADL(mandi,makan, minum dan beraktivitas)
			09.30	b. Mengajarkan dan dukung klien selama beraktivitas	- Keluarga mengatakan klien susah tidur
			09.00	c. Memantau TTV	O: - Klien tampak dibantu oleh keluarga dalam melakukan aktivitas, makan, mandi dan minum - TD: 140/80 mmHg N: 72 x/menit P: 20 x/menit
					A: masalah belum teratasi defisit

perawatan diri
P: intervensi dilanjutkan

BAB IV

PEMBAHASAN

Penulis melakukan Asuhan Keperawatan Pada Klien Tn.O dengan Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 07 Juni 2018 sampai dengan tanggal 09 Juni 2018, ada beberapa hal yang perlu dibahas dan diperhatikan dalam penerapan kasus keperawatan tersebut.

Penulis telah berusaha mencoba menerapkan dan mengaplikasikan proses Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Parkinson sesuai dengan teori-teori yang ada. Untuk melihat lebih jelas asuhan keperawatan yang diberikan dan sejauh mana keberhasilan yang dicapai, akan diuraikan sesuai dengan tahap-tahap proses keperawatan di mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah merupakan tahap yang sistematis dalam mengumpulkan data tentang individu, keluarga, dan kelompok (Carpenito& Moyet, 2007). Dalam melakukan pengkajian pada klien Tn. O data didapatkan dari klien, beserta keluarga, catatan medis serta tenaga kesehatan lain.

4.1.1 Identitas klien

Dalam melakukan pengkajian kasus pada klien, penulis tidak kesulitan untuk mendapatkan data dari klien, meskipun klien susah diajak untuk berkomunikasi karena bicara klien yang kurang jelas dan pendengaran yang mulai berkurang karna faktor usia, namun keluarga klien bisa diajak

untuk berkomunikasi dan keluarga klien juga banyak memberikan informasi jika ditanya.

4.1.2 Keluhan utama

Dengan keluhan tiba-tiba pingsan, penurunan kesadaran, lemah. Kemudian klien langsung di bawa ke Rumah Sakit Adnan WD payakumbuh lalu klien di rujuk ke RSAM Bukittinggi pada hari yang sama. Klien mengalami penurunan kesadaran dengan tanda-tanda vital klien saat di IGD, TD: 135/77 mmHg, RR: 22 kali/menit, HR :80 kali/menit, T: 36,1°C kesadaran: samnolen, KU: Berat. Akan tetapi penulis masih menemukan beberapa perbedaan antara teoritis dengan kasus yang penulis tangani.

4.1.3 Riwayat Kesehatan Sekarang

Secara teoritis dilihat dari manifestasi utama penyakit parkinson adalah gangguan gerakan, kaku otot, tremor menyeluruh, kelemahan otot, dan hilangnya refleks postural. Tanda awal meliputi kaku ekstremitas dan menjadi kaku pada bentuk semua gerakan. Pasien mempunyai kesukaran dalam memulai, mempertahankan, dan membentuk aktifitas motorik dan pengalaman lambat dalam menghasilkan aktivitas normal. Sedangkan pada saat pengkajian keluarga mengatakan klien batuk berdahak, banyaknya penumpukan sputum di tenggorokan pasien dan klien tidak bisa menelan. Klien tampak sesak napas, dan bagian ekstremitas tampak lemah dan klien tampak tremor terjadi pada jari tangan.

Riwayat Kesehatan Dahulu

Pada tinjauan kasus saat dilakukan pengkajian keluarga mengatakan klien pernah di rawat di rumah sakit sebelumnya dengan penyakit jantung dan asma. Pada konsep teoritis Riwayat kesehatan dahulu Pengkajian adanya riwayat hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat antikolinergik dalam jangka waktu yang lama.

Riwayat kesehatan keluarga

Pada pengkajian riwayat kesehatan keluarga dari genogram keluarga klien ada yang mengalami penyakit yang sama yaitu Hipertensi.

4.1.4 Pemeriksaan fisik

Dalam pengkajian pemeriksaan fisik pada teoritis dan tinjauan kasus tidak terdapat adanya kesenjangan data karena pemeriksaan sangat penting dilakukan untuk menggali sejauh mana perkembangan penyakit dan kondisi klien.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual / potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah & Walid, 2012).

Pada tinjauan teoritis ditemukan 7 diagnosa Keperawatan sedangkan pada tinjauan kasus juga ditemukan 3 diagnosa keperawatan.

Diagnosa yang ditemukan pada teori, menurut NANDA tahun 2015 – 2017

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada klien dengan Parkinson, yaitu:

8. Hambatan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kekakuan dan kelemahan otot.
9. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan kelemahan neuromuskular, menurunnya kekuatan, kehilangan kontrol otot/koordinasi.
10. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) yang berhubungan dengan medikasi dan penurunan aktivitas.
11. Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan tremor, pelambatan dalam proses makan, kesulitan mengunyah dan menelan.
12. Hambatan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan volume bicara, pelambatan bicara, ketidak mampuan menggerakkan otot-otot wajah.
13. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan depresi dan disfungsi karena perkembangan penyakit.
14. Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan sumber informasi prosedur perawatan rumah yang tidak adekuat.

Sedangkan pada kasus ditemukan 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi secret di jalan nafas
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromaskular, kekakuan dan kelemahan otot
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan neuromaskular, menurunnya kekuatan otot.

Diagnosa pada kasus yang tidak ditemukan di teori adalah :

1. Gangguan eliminasi alvi (konstipasi) yang berhubungan dengan medikasi dan penurunan aktivitas.
2. Perubahan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan tremor, pelambatan dalam proses makan, kesulitan menguyah dan menelan.
3. Hambatan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan volume bicara, pelambatan bicara, ketidakmampuan menggerakkan otot-otot wajah.
4. Koping individu tidak efektif yang berhubungan dengan depresi dan disfungsi karena perkembangan penyakit.
5. Defisit pengetahuan yang berhubungan dengan sumber informasi prosedur perawatan rumah yang tidak adekuat.

Diagnosa yang lainnya tidak muncul pada tinjauan kasus karena tidak ada data pendukung pada tinjauan kasus diatas. Namun dari ke empatdiagnosa diatas ada 3 diagnosa yaitu ketidak efektifan bersihan jalan nafas b.d peningkatan produksi secret, hambatan mobilitas fisik b.d gangguan neuromaskular, dan defisit perawatan diri b.d kelemahan neuromaskuler yang tidak ada ditemukan pada teoritis, diagnosa ini muncul pada kasus karena adanya data yang mendukung dari riwayat kesehatan sekarang untuk penulis mengangkat masalah intoleransi aktivitas, gangguan pola tidur dan defisit perawatan diri.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Rohmah & Walid, 2012).

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas, rencana tindakan yang dilakukan kaji adanya bunyi nafas tambahan, atur posisi fowler dan semi fowler, penuhi hidrasi cairan via oral seperti minum air putih dan pertahankan intake cairan

2500 ml per hari, lakukan pemasangan O2, lakukan pengisapan lendir (suction), ajarkan tehnik relaksasi dan tehnik batuk efektif, lakukan fisioterapi dada, kolaborasi pemberian obat Nebu.

b. Untuk diagnosa kedua

Hambatan mobilitas fisik, rencana tindakan yang dilakukan adalah membantu klien dalam program latihan untuk meningkatkan kekuatan otot, membantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera, ajarkan klien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi, kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, latih klien dalam pemenuhan kebutuhan ADL secara mandiri sesuai dengan kemampuan, berikan alat bantu jika klien memerlukan, ajarkan klien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

c. Untuk diagnosa ketiga

Defisit perawatan diri, rencana yang dilakukan adalah Kaji kemampuan dan tingkat penurunan dalam skala 0-4 untuk melakukan ADL, hindari apa yang tidak dapat dilakukan klien dan bantu klien jika perlu, rencanakan tindakan untuk defisit penglihatan seperti tempat makanan dan pengamatan dalam suatu tempat, modifikasi lingkungan, kaji kemampuan komunikasi BAK, kemampuan menggunakan urinal pispot, identifikasi kebiasaan BAB, anjurkan minum dan meningkatkan aktivitas kaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari, sediakan bantuan sampai klien mampu

secara utuh untuk melakukan aktivitas secara mandiri, dukung keluarga berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien, monitor integritas kulit klien.

4.4 Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, & Walid, 2012).

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Parkinson, hal ini tidaklah mudah. Terlebih dahulu penulis mengatur strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksana, yang dimulai dengan melakukan pendekatan pada klien agar nantinya klien mau melaksanakan apa yang perawat anjurkan, sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakan sesuai dengan masalah yang dihadapi klien.

a. Untuk diagnosa pertama

Ketidak efektifan bersihan jalan nafas, implementasinya adalah mengkaji adanya bunyi nafas tambahan, mengatur posisi fowler dan semi fowler, melakukan pemasangan O₂, melakukan pengisapan lendir (suction), melakukan fisioterapi dada, mengkolaborasikan pemberian obat nebu.

b. Untuk diagnosa kedua

Hambatan mobilitas fisik, implementasinya adalah mengkaji kemampuan mobilisasi klien, menyakan kemampuan klien dalam melakukan aktivitas, implementasinya adalah membantu klien melakuakan progarm latihan meningkatkan kekuatan otot, menganjurkan klien mengubah posisi setiap 2 jam, melakukan latihan ROM aktif, menggunakan komunikasi terapeutik, memberikan posisi nyaman bagi klien, menganjurkan klien untuk istirahat.

c. Untuk diagnosa ketiga

Defisit perawatan diri, implementasinya adalah mengkaji kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, mempertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari., membantu aktivitas klien, mendukung keluarga berpartisipasi dalam membantu aktivitas klien, memonitor integritas kulit klien.

Dalam melakukan rencana tindakan, penulis tidak menemukan kesulitan yang berarti, hal ini disebabkan karena :

- a. Adanya faktor perencanaan yang baik dan keaktifan keluarga dalam perawatan sehingga memudahkan untuk melakukan asuhan pada tindakan Keperawatan.
- b. Pendekatan yang dilakukan dengan baik sehingga keluarga merasa percaya sehingga memudahkan dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan Keperawatan.
- c. Adanya kerja sama yang baik antara penulis dengan petugas ruangan sehingga penulis mendapatkan bantuan dalam melaukakan tindakan asuhan keperawatan.

4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah & Walid, 2012). Dari 3 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus dan melakukan asuhan keperawatan, kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal, maka dari itu dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerja sama antara penulis dengan klien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya.

Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 07 Juni – 09 Juni 2018.

- a. Pada diagnosa 1 yaitu ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi secret dijalan nafas sudah teratasi sebagian batuk berdahak sedikit berkurang, nafas tidak sesak lagi, secret di tenggorakan mulai berkurang, frekuensi nafas klien sudah dalam batas normal, keluarga mengatakan klien masih tremor, klien sudah bisa berkomunikasi, kesadaran klien Compos mentis, GCS= 15, TD=140/80 mmHg, N=72 x/menit, P=20 x/menit
- b. Pada diagnosa 2 yaitu hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kekakuan dan kelemahan otot sudah teratasi sebagian karena klien sudah bisa menggerakkan badan dan miring kiri/miring kanan, klien bisa mengikuti

perintah jika di suruh angkat tangan dan kaki klien mampu melakukannya, klien masih tampak tremor, klien sudah bisa berkomunikasi dengan baik.

- c. Pada diagnose 3 yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromaskular dianggap sudah teratasi karena perawatan diri klien tampak dibantu oleh keluarga klien.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Penyakit parkinson adalah penyakit neurodegenerative yang bersifat kronis progresif merupakan penyakit terbanyak kedua setelah Alzeimer. Penyakit ini memiliki dimensi gejala yang sangat luas sehingga baik langsung maupun tidak langsung mempengaruhi kualitas hidup penderita maupun keluarga.

Tanda-tanda khas yang ditemukan pada penderita diantaranya resting tremor, rigiditas, bradikinesia, dan instabilitas postural. Tanda-tanda motorik tersebut merupakan akibat dari degenerasi neuron dopaminergik pada sistem nigrostriatal. Namun, derajat keparahan defisit motorik tersebut beragam. Tanda-tanda motorik pasien sering disertai depresi, disfungsi kognitif, gangguan tidur, dan disfungsi autonom.

Dari hasil pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Tn O dengan Parkinson Di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi 2018 dapat disimpulkan :

a. Pengkajian

Saat dilakukan pengkajian ditemukan pengelompokan data, analisis data, perumusan diagnosa keperawatan yang sesuai dengan penyakit pasien yaitu Parkinson, dan nantinya data tersebut akan menjadi dasar bagi penulis untuk menegakkan diagnosa dalam melakukan tindakan keperawatan.

b. Diagnosa

- a. Ketidak efektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan peningkatan produksi secret di jalan nafas.
- b. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromaskular, kekakuan dan kelemahan otot.
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan neuromaskular, menurunnya kekuatan otot.

c. Intervensi

Intervensi yang dilakukan mengacu pada NIC yaitu diagnosa pertama dengan terapi oksigen, diagnosa kedua exercise therapy: ambulation dan diagnosa ketiga self care asisten dibuat sesuai teoritis pada buku rencana Asuhan Keperawatan, intervensi dapat berupa tindakan mandiri maupun tindakan kolaborasi.

d. Implementasi

Implementasi yang dilakukan di ruangan pada diagnosa pertama yaitu mengkaji adanya bunyi nafas tambahan, mengatur posisi fowler dan semi fowler, melakukan pemasangan O₂ 2 liter / menit, melakukan pengisapan lender (suction), pada diagnosa kedua yaitu memonitoring vital sign sebelum dan sesudah latihan, mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi, pada diagnosa ketiga yaitu monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri, hindari apa yang tidak dapat dilakukan klien dan bantu klien bila perlu, lebih di fokuskan pada pendidikan kesehatan dan kolaborasi dengan

keluarga untuk merawat klien, sedangkan untuk implementasi yang lain secara berkelanjutan dilakukan oleh perawat ruangan Neurologi.

e. Evaluasi

Evaluasi yang dilakukan pada diagnosa yang pertama ketidak efektifan bersihan jalan nafas tidak semua masalah dapat teratasi, diagnosa kedua masalah hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian, dan diagnosa ketiga masalah defisit perawatan diri teratasi sebagian karena adanya keterbatasan waktu bagi penulis untuk melakukan Asuhan Keperawatan, dan keadaan pasien yang masih belum membaik seluruhnya.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi Mahasiswa

Diharapkan bagi mahasiswa agar dapat mencari informasi dan memperluas wawasan mengenai klien dengan Parkinson karena dengan adanya pengetahuan dan wawasan yang luas mahasiswa akan mampu mengembangkan diri dalam masyarakat dan memberikan pendidikan kesehatan bagi masyarakat mengenai Parkinson, dan faktor –faktor pencetusnya serta bagaimana pencegahan untuk kasus tersebut.

5.2.2 Bagi Rumah Sakit

Bagi institusi pelayanan kesehatan, memberikan pelayanan dan mempertahankan hubungan kerja yang baik antara tim kesehatan dan klien yang ditujukan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang

optimal. Dan adapun untuk klien yang telah mengalami kasus Parkinson maka harus segera dilakukan perawatan, agar tidak terjadi komplikasi dari penyakit Parkinson.

5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Peningkatan kualitas dan pengembangan ilmu mahasiswa melalui studi kasus agar dapat menerapkan asuhan keperawatan pada klien dengan Parkinson secara komprehensif.

5.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan mampu mengenali tanda dan gejala Parkinson sehingga komplikasi dari penyakit tersebut dapat segera di atasi, dan mampu mengendalikan pola hidup sehingga dapat mengurangi resiko penyakit kambuh/berulang pada klien. Diharapkan juga bagi keluarga bersikap lebih terbuka dalam memberikan informasi yang sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan tepat nantinya. Dan setelah klien diperbolehkan pulang/keluar dari rumah sakit, keluarga dan klien diharapkan menjaga pola makan teratur dan seimbang klien, agar penyakit tidak kambuh/berulang lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Black, 2009. *Medical surgical nursing: clinical managementfor continuity of care, 8th ed philadepia: W. B. Sanders Company.* <http://www.depkes.go.id/>
- Bulechek, G.M, et al, 2016. *Nursing Interventions Classification (NIC)*. Edisi keenam. Indonesia : CV. Mocomedia
- Depkes RI. 2005. *Pedoman Pelayanan Keperawatan Gawat Darurat*. Jakarta: Dirjen Keperawatan dan Ketekhnisian Medik
- Smeltzer, S. & Bare, B., 2013. *Keperawatan Medikal-Bedah. Edisi ke 8. Vol 3*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Muttaqin, A. 2008. *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta: Salemba Medika
- Ganong, Wiliam F. 2000. *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*, Edisi ke-17. Jakarta: EGC
- Hall & Guiton. 2008. *Patofisiologi*. Jakarta : EGC
- Hickey, V. J, 2003. *The clinicalpracticeof neurologicaland neurosurgical nursing*. Philadelphia: Lippincott william & willkins
- Moorhead, S, et al. 2016. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Pengukuran Outcomes Kesehatan*. Edisi kelima. Indonesia : CV. Mocomedia
- Muya, Y, et al. 2015.. <http://jurnal.fk.unand.ac.id>

Rahayu. 2009. *Penanganan Parkinson Pada Lanjut Usia. Ilmu*. Volume 7 Nomor 3. Denpasar: FK Uhad/RS Sanglah.

Steven. Deem, 2007, *Diagnosis Keperawatan Definisi & Klasifikasi 2015-2017*, Edisi 10. Jakarta: EGC

Shidarta, Prigma. 2000. *Asuhan keperawatan pada penyakit degeneratif persyarafan*. Jakarta: Dian Rakyat <http://fk.unsoed.ac.id/sites/default/files/img/mandala>

Steven Deem, 2006 . *Management Of acute Brain Injury*, Vol 51 No 4 pp. 357-367

Tarwoto. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Edisi II. Jakarta

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Riri Juni Wartati

Tempat / Tanggal Lahir : Pulau Aie, 15 Juni 1993

Agama : Islam

Negeri Asal : Pariaman

Jumlah Bersaudara : 8 (Delapan)

Anak Ke : 4 (Empat)

Golongan Darah : A

Nama Orang Tua

Ayah : Sudirman. D

Ibu : Warni

Alamat : Pulau Aie, Kel. Tandikek, Kec. Patamuan,
Kabupaten Padang Pariaman

Riwayat Pendidikan

Taman Kanak-Kanak Bundo Kandung : Tahun 1999-2000

Tamat SD Negeri 03 Patamuan : Tahun 2000-2006










Tamat MTsn Tandikek : Tahun 2006-2009

Tamat SMAN Padang Sago : Tahun 2009-2012

D III Keperawatan STIKes Perintis Padang : Tahun 2015-2018

DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 2016/2017

NAMA MAHASISWA : RIRI JUNI WARTATI
 NIM : 1514401017
 RUANGAN : NEUROLOGI
 JUDUL STUDI KASUS : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TTX. O DENGAN
 DIAGNOSA PARKINSON DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI
 DR. ACTIMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018.

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Kamis / 7 Juni 2018	07.15 WIB.		14.00 WIB		
2.	Jumat / 8 Juni 2018	07.15		14.00 WIB		
3	Sabtu / 9 Juni 2018	07.15		14.00 WIB		

Bukittinggi,20...

Ka Ruangan

Preceptor


 (.....Ns. Reni Mulyanti, S.Kep)

(.....)

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

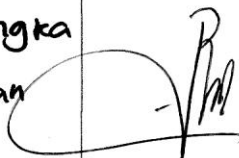


LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : RIRI JUNI WARTATI

Nim : 1514401017

Pembimbing : Ns. Reni Mulyanti S.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Tn. O dengan Diagnosa Parkinson

NO	Hari /tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Sabtu 09/06-2018	Perbaiki BAB III pengkajian tentang pemeriksaan fisik	
2	Senin 11-06-2018	Perbaiki diagnosa dan pemeriksaan fisik	
3	Selasa 26-06-2018	Pahami & kuasai materi - Siapkan diri - Aze v/ dieminor	
4			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG


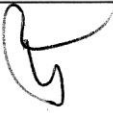



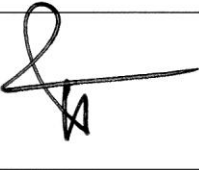
LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : RIRI JUNI WARTATI

Nim : 1514401017

Pembimbing : Ns. Kalpana Kartika M.Si

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Tn. O dengan Diagnosa Parkinson

Bimbingan ke	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Sabtu 09-06-2018	- Perbaiki pengkajian & head-toe - kaji dan lengkapi Dx klien intervensi dan implementasi	
2	Kamis 28-06-2018	- Perbaiki BAB I, II dan III - Perbaiki intervensi & implementasi	
3	Senin 02 Juli 2018	- Perbaiki BAB I, II, III - Lengkapi pengkajian	
4	Kamis 05 Juli 2018	Revisi isi K. Png + ulas ke laporan, D. Isi dan gk. sm	
5	Selasa 10 Juli 2018	Revisi isi bab. S. Sam	
6	Rabu 11 Juli 2018	Ace / Lengkapi KTI	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Riri Juni Wartati

Nim : 1514401017

Penguji II : Ns. Kalpana Kartika, M. Si

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. O Dengan Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	Senin 30 / 7 - 2018	Konsul Perbaiki	
2.	Senin 30 - 7 - 2018	Ace Ya zina	
3.			
4.			
5.			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG



LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : Riri Juni Wartati

Nim : 1514401017

Penguji I : Ns. Vera Sesrianty, M. Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan Pada Tn. O Dengan Parkinson di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2018.

No	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	Kamis / 26 Juli 2018	Konsul Perbaikan	
2.	Kamis / 26 Juli 2018	Acc Dipting	
3.			
4.			
5.			