

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN *STROKE HEMORAGIK*
DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RUMAH SAKIT
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2018**



OLEH

**NOVA NOVIANTI
NIM: 1514401021**

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

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. R DENGAN *STROKE HEMORAGIK*
DI RUANGRAWAT INAP NEUROLOGI RUMAH SAKIT
ACHMAD MOCHTARBUKITTINGGI
TAHUN 2018**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan
Pendidikan
Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis Sumatera Barat*



OLEH

NOVA NOVIANTI
NIM: 1514401021

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

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

**NOVA NOVIANTI
1514401021**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. R DENGAN STROKE
HEMORAGIK DI RUANG RAWAT INAP NEUROLOGI RSUD Dr.
ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2018
V BAB + 108 Halaman + 11 Tabel + 1 Gambar + 5 Lampiran**

ABSTRAK

Stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala- gejala yang berlansung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain vaskuler. (Hendro Susilo, 2008). Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mill dan 12,1 per mill untuk yang terdiagnosis memiliki gejala stroke. Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%), sedangkan Provinsi JawaTengah sebesar 7,7%. Pada laki laki cenderung terkena stroke hemoragik, sedangkan wanita cenderung lebih menderita perdarahan suparachnoid dan kematian dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita (Junaidi, 2011). Tujuan penulisan ini adalah mampu melakukan Asuhan keperawatan pasien Stroke Hemoragik .Hasil laporan kasus ditemukan pada Ny.R yaitu keluarga klien mengatakan klien tidak sadarkan diri, klien mengalami penurunan kesadaran, klien tampak meringis, klien terpasang oksigen 2 liter, klien terpasang infus Assering tangan sebelah kanan,dan klien terpasang kateter.Klien terpasang monitor. Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara saat terjatuh dari kamar mandi. Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka disusun rencana dan melaksanakan tindakan keperawatan serta evaluasi yang mengacu pada kreteria hasil. Pada stroke hemoragik, gejala klinis meliputi kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah, Penurunan kesadaran, Afasia (kesulitan dalam bicara). Dirasakan oleh pihak rumah sakit member penyuluhan dan informasi mengenai Stroke Hemoragik kepada keluarga dan klien, Sehingga klien mempunyai pengetahuan tentang Stroke Hemoragik.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Stroke Hemoragik, jaringan serebral, mobilitas fisik, defisit perawatan diri.

Daftar Bacaan : 14 (2008-2015)

*School Of Health Science, Perintis Fndation, West Sumatra
Diploma Of Nursing
Scientific Papers, July 2018*

**NOVA NOVIANTI
1514401021**

***NURSING CARE AT Ny. R WITH HEMORRHAGIC STROKE IN THE
NEUROLOGICAL INPATIENT ROOM RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR
BUKITTINGGI IN 2018***

V Chapter + 108 Pages + 11 Tables + 1 Image + 5 Attachments

ABSTRACT

Stroke is the presence of clinical signs that develop rapidly due to focal (global) focal brain disorders with symptoms that last for 24 hours or more that cause death without any other obvious cause other than vascular. (Hendro Susilo, 2008). Based on data of the top 10 most diseases in Indonesia in 2013, the prevalence of stroke cases in Indonesia based on health workers' diagnosis of 7.0 per mill and 12.1 per mill for those diagnosed to have symptoms of stroke. The highest prevalence of stroke was found in North Sulawesi (10.8%) and the lowest in Papua (2.3%), while Central Java Province was 7.7%. Men tend to have hemorrhagic strokes, whereas women tend to suffer more from suparachnoid bleeding and death twice as high as women (Junaidi, 2011). The purpose of this writing is able to perform nursing care patients Hemoragik Stroke. The result of case report found on Ny.R ie client's family say client unconscious, client decreased awareness, client seemed grimacing, client installed 2 liter oxygen, client installed infusion Assering right hand. The client's family says the client can not speak while falling from the bathroom. Based on the above nursing problem, the plan is prepared and implement the nursing action and evaluation which refers to the result criteria. In hemorrhagic strokes, clinical symptoms include facial or limb paralysis, Decreased consciousness, Aphasia (difficulty speaking). Perceived by the hospital's member of counseling and information about Hemorrhagic Stroke family and client, so clients have knowledge about Hemorrhagic Stroke.

Keywords : *Nursing Care, Hemorrhagic Stroke, cerebral tissue, phsyical mobility, self care deficit.*

References : *14 (2008-2015)*

KATA PENGANTAR



Assalamualaikum Warahmatullahi Wb.

Dengan mengucapkan puji dan syukur kehadirat Allah SWT, atas rahmad dan karunia-Nya yang telah diberikan kepada penulis sehingga laporan studi kasus dengan judul **“Asuhan Keperawatan Pada Klien Ny.R Dengan Stroke Hemoragik 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 Ujian Hasil Pengamatan 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 Ujian Hasil Pengamatan 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 Ujian Pengamatan Kasus ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih terutama kepada Yth, Ibu Ns. Kalpana Kartika, M.Si selaku pembimbing I dan Ibu

Ns. Reni Mulyanti, S. Kep pembimbing klinik ruang rawat inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Sumatera Barat yang telah banyak meluangkan waktunya dengan penuh perhatian. Petunjuk dan bimbingan sehingga Karya Tulis Ilmiah dapat terselesaikan.

Seterusnya ucapan terima kasih saya kepada :

1. Bapak Yendrizar Jafri, S.Kp, M.Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M.Kep selaku penanggung jawab Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Kepada Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yang telah memberikan izin untuk melakukan studi kasus ini, beserta staf yang telah memberi izin dalam pengambilan data yang penulis butuhkan.
4. Ibu Ns. Endra Amelia, M. Kep selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan banyak ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan.
5. Ibu Ns. Kalpana Kartika, M.Si selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.
6. Ibu Ns. Reni Mulyanti, S. Kep selaku pembimbing klinik yang telah memberikan bimbingan dalam pembuatan Laporan Studi Kasus ini.

7. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M. Kep selaku penguji Laporan Studi Kasus yang telah banyak memberikan masukan dan pengarahan yang bermanfaat dalam penulisan Laporan Studi Kasus ini.
8. Khususnya kepada kedua orangtuaku tercinta serta seluruh keluarga atas jerih payah, curahan kasih sayang, bantuan moral maupun material serta Doa yang tulus dan ikhlas bagi kesuksesan penulis.
9. Teman-teman mahasiswa-mahasiswi STIKes Perintis padang, Prodi D III Keperawatan yang telah memberi masukan dan dukungan kepada penulis.

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 SAMPUL

HALAMAN JADUL

ABSTRAK

LEMBARAN PERSETUJUAN

LEMBARAN PENGESAHAN

KATA PENGANTAR.....i

DAFTAR ISIiv

DAFTAR TABELvi

DAFTAR GAMBAR.....vii

BAB I PENDAHULUAN

1.1	.....	Lat
	arBelakang.....	1
1.2	.....	Tuj
	uanpenulisan.....	4
1.2.1	.....	Tuj
	uanUmum.....	4
1.2.2	.....	Tuj
	uanKhusus.....	5
1.3	.....	Ma
	nfaatPenelitian.....	6
1.3.1	.....	Bag
	iPeneliti.....	6
1.3.2	.....	Bag
	iInstitusiPendidikan.....	6
1.3.3	.....	Bag
	ipeneliti lain.....	6

BAB II TINJAUAN TEORITIS

2.1	KonsepDasar.....	7
2.1.1	Pengertian.....	7

2.1.2	AnatomidanFisiologi	8
2.1.3	Etiologi	9
2.1.4	Menifestasiklinis	14
2.1.5	Patofisiologidanwoc	19
2.1.6	Pemeriksaanpenunjang.....	24
2.1.7	PenatalaksanaanMedis.....	25
2.1.8	Komplikasi	26
2.2	AsuhanKeperawatan.....	28
2.2.1	Pengkajian	28
2.2.2	DiagnosaKeperawatan.....	41
2.2.3	IntervensiKeperawatan.....	42
2.2.4	Implementasi	48
2.2.5	Evaluasi	48

BAB III TINJAUAN KASUS

3.1	Pengkajian	49
3.2	DiagnosaKeparawatan.....	70
3.3	IntervensiKeperawatan.....	71
3.4	CatatanPerkembangan	75

BAB IV PEMBAHASAN90

BAB V PENUTUP

5.1	Kesimpulan.....	104
-----	-----------------	-----

5.2 Saran.....107

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Tandadangejalan stroke berdasarkan lokasi	17
Tabel 2.2 Perbedaan PIS dan PSA	18
Tabel 2.3Intervensi keperawatanteoritis	42
Tabel 3.1 Data Biologis	59
Tabel 3.2 Pemeriksaan Labor IGD	61
Tabel 3.3 Pemeriksaan Labor Klinik	61
Tabel 3.4Pemeriksaan Labor Klinik	62
Tabel 3.5Data Obat	67
Tabel 3.6 Analisa Data	69
Tabel 3.7 Intervensikeperawatan	71
Tabel 3.8 Catatanperkembangan	75

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Stroke8

DAFTAR LAMPIRAN

1.....	Daf
tar Hadir Ujian Pengamatan Kasus	
2.....	Le
mbaran Konsul Bimbingan Di Rumah Sakit	
3.....	Le
mbaran Konsul Bimbingan	
4.....	Le
mbaran Konsul Revisi Penguji I	
5.....	Le
mbaran Konsul Revisi Penguji II	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut WHO stroke adalah adanya tanda-tanda klinik yang berkembang cepat akibat gangguan fungsi otak fokal (global) dengan gejala- gejala yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan kematian tanpa ada penyebab lain yang jelas selain vaskuler. (Hendro Susilo, 2008).

Menurut WHO (World Health Organization) tahun 2012, kematian akibat stroke sebesar 51% diseluruh dunia disebabkan oleh tekanan darah tinggi. Selain itu, diperkirakan sebesar 16% kematian stroke disebabkan tingginya kadar glukosa darah dalam tubuh. Tingginya kadar gula darah dalam tubuh secara patologis berperan dalam peningkatan konsentrasi glikoprotein, yang merupakan pencetus beberapa penyakit vaskuler. Kadar glukosa darah yang tinggi pada saat stroke akan memperbesar kemungkinan meluasnya area infark karena terbentuknya asam laktat akibat metabolisme glukosa secara anaerobik yang merusak jaringan otak (Rico dkk, 2008).

Berdasarkan data 10 besar penyakit terbanyak di Indonesia tahun 2013, prevalensi kasus stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan sebesar 7,0 per mill dan 12,1 per mill untuk yang terdiagnosis memiliki gejala stroke.

Prevalensi kasus stroke tertinggi terdapat di Provinsi Sulawesi Utara (10,8%) dan terendah di Provinsi Papua (2,3%), sedangkan Provinsi JawaTengah sebesar 7,7%. Prevalensi stroke antara laki-laki dengan perempuan hampir sama (Kemenkes, 2013).

Penyakit stroke juga menjadi penyebab kematian utama hampir seluruh Rumah Sakit di Indonesia dengan angka kematian sekitar 15,4%. Tahun 2007 prevalensinya berkisar pada angka 8,3% sementara pada tahun 2013 meningkat menjadi 12,1%. Jadi, sebanyak 57,9% penyakitstroke telah terdiagnosis oleh tenaga kesehatan (nakes). Prevalensi penyakit stroke meningkat seiring bertambahnya umur, terlihat dari kasus stroke tertinggi yang terdiagnosis tenaga kesehatan adalah usia 75 tahun keatas (43,1%) dan terendah pada kelompok usia 15-24 tahun yaitu sebesar 0,2% (Riskesdas, 2013). Menurut penelitian Badan Pusat Statistik (BPS) pada tahun 2013, prevalensi penyakit stroke pada kelompok yang didiagnosis oleh nakes meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Prevalensi penyakit stroke pada umur ≥ 15 tahun 2013 di Sumatera Barat naik dari 7,4% menjadi 12,2% dimana juga terjadi peningkatan pada usia 15-24 tahun (0,2 % menjadi 2,6%) usia 25-34 tahun (0,6% menjadi 3,9%) usia tahu 35-44 tahun (2,5% menjadi 6,4%) (Hasil Riskesdas, 2013).

Srtoke (penyakit serebrovaskuler) adalah kematian jaringan otak (infark serebral) yang terjadi karena berkunganya aliran darah dan oksigen ke otak (Smeltzer C Suzanne, 2008, hal 2131).

Menurut schutz penderita antara 70 – 79 tahun banyak menderita perdarahan intracranial (Junaidi,2011). Laki laki cenderung terkena stroke dibandingkan wanita dengan perbandingan 1,3 : 1,kecuali pada usia lanjut laki laki dan wanita hamper tidak berbeda. Laki laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 thun kemungkinan terkena stroke 25%. Sedangkan resiko wanita terkena stroke 20%. Pada laki laki cenderung terkena stroke hemoragik, sedangkan wanita cenderung lebih menderita perdarahan suparachnoid dan kematian dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita (Junaidi, 2011).

Stroke adalah cedera vascular akut pada otak. Ini berarti stroke adalah suatu cedera mendadak dan berat pada pembuluh darah otak. Cidera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan pembuluh darah, penyempitan pembuluh darah, atau pecahnya pembuluh darah (Dr.Valery Feingin , PhD, 2006, hal : 9)

Faktor risiko yang dapat di modifikasi sama untuk kelompok usia muda dan tua namun prevalensi faktor risiko ini tidak sama pada kedua usia ini. Hipertensi, penyakit jantung, dan diabetes mellitus adalah faktor risiko yang paling umum pada kalangan orang tua. Sebaliknya pasien stroke pada usia muda memiliki aktor risiko dislipidemia (60%) merokok (44%) dan hipertensi (39%). Dalam penelitian lain tiga faktor risiko yang paling banyak terjadi pada pasien stroke usia muda adalah merokok (49%) dislipidemia (46%) dan hipertensi (36%) pada pasien stroke iskemik pertama (Smajlovic, 2015).

Penelitian Renna (2014) juga mengungkapkan hal yang hampir sama dimana faktor risiko pada usia muda yaitu dislipidemia (52.7%), merokok (47.3%), dan hipertensi (39.3%).

Menurut schutz penderita antara 70 – 79 tahun banyak menderita perdarahan intracranial (Junaidi,2011). Laki laki cenderung terkena stroke dibandingkan wanita dengan perbandingan 1,3 : 1,kecuali pada usia lanjut laki laki dan wanita hamper tidak berbeda. Laki laki yang berumur 45 tahun bila bertahan hidup sampai 85 thun kemungkinan terkena stroke 25%. Sedangkan resiko wanita terkena stroke 20%. Pada laki laki cenderung terkena stroke hemoragik,sementara wanita cenderung lebih menderita perdarahan suparachnoid dan kematian dua kali lebih tinggi dibandingkan dengan wanita (Junaidi,2011).

Dari data yang diperoleh oleh penulis pada hari kamis tanggal 07-06-2018 di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi ,dari 100% klien yang dirawat , 85% klien menderita stroke Hemoragik.Oleh karna itu penulis mengangkat Judul kasusnya tentang Stroke Hemoragik.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Mampu melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Ny.R dengan stroke hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.2.2 Tujuan Khusus

- a. Mampu memahami konsep dasar stroke hemoragik (pengertian, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, penatalaksanaan, pemeriksaan penunjang komplikasi).
- b. Mampu melakukan pengkajian pada klien Ny.R penderita stroke hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- c. Mampu menentukan analisa data pada klien Ny.R penderita stroke hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- d. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada klien Ny.R penderita stroke hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- e. Mampu menyusun perencanaan dan pelaksanaan pada klien Ny.R penderita stroke hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- f. Mampu melakukan evaluasi pada klien Ny.R penderita stroke hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
- g. Mampu menganalisa aspek teoritis tentang stroke hemoragik.
- h. Mampu melaksanakan dokumentasi pada klien Ny.R penderita stroke hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi Peneliti

Untuk menambah wawasan dan pengetahuan tentang penyakit stroke hemoragik dan sebagai syarat kelulusan dalam perkuliahan D III Keperawatan.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Dapat dijadikan pedoman di dalam bidang ilmu terkait dan dapat dipergunakan oleh pihak lain sebagai bahan perbandingan untuk peneliti selanjutnya.

1.3.3 Bagi Peneliti Lain

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi untuk melakukan penelitian lain yang berhubungan dengan penelitian lain.

BAB II

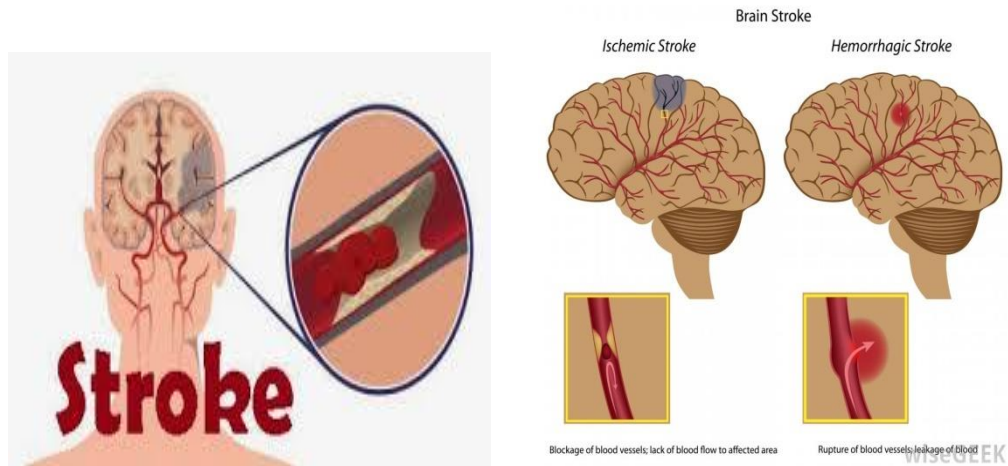
TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficit neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena sumbatan (stroke iskemik) atau perdarahan (stroke hemoragik) (Junaidi, 2011). Mulanya stroke ini dikenal dengan nama apoplexy, kata ini berasal dari bahasa Yunani yang berarti “memukul jatuh” atau to strike down. Dalam perkembangannya lalu dipakai istilah CVA atau cerebrovascular accident yang berarti suatu kecelakaan pada pembuluh darah dan otak. Menurut Misbach (2011) stroke adalah salah satu syndrome neurologi yang dapat menimbulkan kecacatan dalam kehidupan manusia. Stroke adalah gangguan peredaran darah otak yang menyebabkan deficit neurologis mendadak sebagai akibat iskemik atau hemoragik sirkulasi saraf otak (Sudoyo Aru). Stroke Hemoragik adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya (Adib, 2009).

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1 Anatomi Stroke

1) Perdarahan intra serebral (PIS)

Perdarahan Intra Serebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak (Junaidi, 2011). Penyebab PIS biasanya karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, kelainan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama apabila perdarahannya luas (masif) (Junaidi, 2011).

2) Perdarahan ekstra serebral / perdarahan sub arachnoid (PSA).

Perdarahan sub arachnoid adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer) (Junaidi, 2011) Penyebab yang paling sering dari PSA primer adalah robeknya aneurisma (51-75%) dan sekitar 90% aneurisma penyebab PSA berupa aneurisma sakuler congenital, angioma (6-20%), gangguan koagulasi (iatronik/obat anti koagulan), kelainan hematologic (misalnya trombositopenia, leukemia, anemia aplastik), tumor, infeksi (misal vaskulitis, sifilis, ensefalitis, herpes simpleks, mikosis, TBC), idiopatik atau tidak diketahui (25%), serta trauma kepala (Junaidi, 2011) Sebagian kasus PSA terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan stress mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti : mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (koitus) kadang bisa jadi penyebab (Junaidi, 2011).

2.1.3 Etiologi

Terhalangnya suplai darah ke otak pada stroke perdarahan (stroke hemoragik) disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Penyebabnya misalnya tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh stress psikis berat.

Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga dapat disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan tekanan lainnya, seperti mencedakan, batuk keras, mengangkat beban, dan sebagainya. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut berdinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plak aterosklerotik (Junaidi, 2011). Selain hal-hal yang disebutkan diatas, ada faktor-faktor lain yang menyebabkan stroke (Arum, 2015) diantaranya :

1) Faktor risiko medis

- a) Arteriosklerosis (pengerasan pembuluh darah).
- b) Adanya riwayat stroke dalam keluarga (factor keturunan).
- c) Migraine (sakit kepala sebelah).

2) Faktor risiko pelaku

Stroke sendiri bisa terjadi karena faktor risiko pelaku. Pelaku menerapkan gaya hidup dan pola makan yang tidak sehat. Hal ini terlihat pada :

- a) Kebiasaan merokok.
- b) Mengonsumsi minuman bersoda dan beralkohol.
- c) Suka menyantap makanan siap saji (fast food/junkfood).
- d) Kurangnya aktifitas gerak/olahrag.
- e) Suasana hati yang tidak nyaman, seperti sering marah tanpa alasan yang jelas.

3) Faktor risiko yang dapat dimodifikasi

a) Hipertensi (tekanan darah tinggi)

Tekanan darah tinggi merupakan peluang terbesar terjadinya stroke. Hipertensi mengakibatkan adanya gangguan aliran darah yang mana diameter pembuluh darah akan mengecil sehingga darah yang mengalir ke otak pun berkurang. Dengan pengurangan aliran darah ke otak, maka otak kekurangan suplai oksigen dan glukosa, lama-kelamaan jaringan otak akan mati.

b) Penyakit jantung

Penyakit jantung seperti koroner dan infark miokard (kematian otot jantung) menjadi factor terbesar terjadinya stroke. Jantung merupakan pusat aliran darah tubuh. Jika pusat pengaturan mengalami kerusakan, maka aliran darah tubuh pun menjadi terganggu, termasuk aliran darah menuju otak. Gangguan aliran darah itu dapat mematikan jaringan otak secara mendadak ataupun bertahap.

c) Diabetes mellitus

Pembuluh darah pada penderita diabetes mellitus umumnya lebih kaku atau tidak lentur. Hal ini terjadi karena adanya peningkatan atau penurunan kadar glukosa darah secara tiba-tiba sehingga dapat menyebabkan kematian otak.

d) Hiperkolesteremia

Hiperkolesteremia adalah kondisi dimana kadar kolesterol dalam darah berlebih. LDL yang berlebih akan mengakibatkan terbentuknya plak pada pembuluh darah. Kondisi seperti ini lama-kelamaan akan mengganggu aliran darah, termasuk aliran darah ke otak.

e) Obesitas

Obesitas atau overweight (kegemukan) merupakan salah satu faktor terjadinya stroke. Hal itu terkait dengan tingginya kadar kolesterol dalam darah. Pada orang dengan obesitas, biasanya kadar LDL (Low-Density Lipoprotein) lebih tinggi dibanding kadar HDL (High-Density Lipoprotein). Untuk standar Indonesia, seseorang dikatakan obes jika indeks massa tubuhnya melebihi 25 kg/m. sebenarnya ada dua jenis obesitas atau kegemukan yaitu obesitas abdominal dan obesitas perifer. Obesitas abdominal ditandai dengan lingkaran pinggang lebih dari 102 cm bagi pria dan 88 cm bagi wanita.

f) Merokok

Menurut berbagai penelitian diketahui bahwa orang-orang yang merokok mempunyai kadar fibrinogen darah yang lebih tinggi dibanding orang-orang yang tidak merokok. Peningkatan kadar fibrinogen

mempermudah terjadinya penebalan pembuluh darah sehingga pembuluh darah menjadi sempit dan kaku. Karena pembuluh darah menjadi sempit dan kaku, maka dapat menyebabkan gangguan aliran darah.

4) Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi

a) Usia

Semakin bertambahnya usia, semakin besar resiko terjadinya stroke. Hal ini terkait dengan degenerasi (penuaan) yang terjadi secara alamiah. Pada orang-orang lanjut usia, pembuluh darah lebih kaku karena banyak penimbunan plak. Penimbunan plak yang berlebih akan mengakibatkan berkurangnya aliran darah ke tubuh, termasuk otak.

b) Jenis kelamin

Dibanding dengan perempuan, laki-laki cenderung beresiko lebih besar mengalami stroke. Ini terkait bahwa laki-laki cenderung merokok. Bahaya terbesar dari rokok adalah merusak lapisan pembuluh darah pada tubuh.

c) Riwayat keluarga

Jika salah satu anggota keluarga menderita stroke, maka kemungkinan dari keturunan keluarga tersebut dapat mengalami stroke. Orang dengan riwayat stroke pada keluarga memiliki resiko lebih besar untuk terkena

stroke disbanding dengan orang yang tanpa riwayat stroke pada keluarganya.

d) Perbedaan ras

Fakta terbaru menunjukkan bahwa stroke pada orang Afrika-Karibia sekitar dua kali lebih tinggi daripada orang non-Karibia. Hal ini dimungkinkan karena tekanan darah tinggi dan diabetes lebih sering terjadi pada orang afrika-karibia daripada orang non-Afrika Karibia. Hal ini dipengaruhi juga oleh factor genetic dan faktor lingkungan.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Tarwoto (2013), manifestasi klinis stroke tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolateral. Pada stroke hemoragik, gejala klinis meliputi:

- a) Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.

Kelumpuhan terjadi akibat adanya kerusakan pada area motorik di korteks bagian frontal, kerusakan ini bersifat kontralateral artinya jika terjadi kerusakan pada hemisfer kanan maka kelumpuhan otot pada sebelah kiri. Pasien juga akan kehilangan kontrol otot vulerter dan sensorik sehingga pasien tidak dapat melakukan ekstensi maupun fleksi.

b) Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.

Gangguan sensibilitas terjadi karena kerusakan system saraf otonom dan gangguan saraf sensorik.

c) Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), terjadi akibat perdarahan, kerusakan otak kemudian menekan batang otak atau terjadinya gangguan metabolik otak akibat hipoksia.

d) Afasia (kesulitan dalam bicara)

Afasia adalah defisit kemampuan komunikasi bicara, termasuk dalam membaca, menulis dan memahami bahasa.

Afasia terjadi jika terdapat kerusakan pada area pusat bicara primer yang berada pada hemisfer kiri dan biasanya terjadi pada stroke dengan gangguan pada arteri middle sebelah kiri.

Afasia dibagi menjadi 3 yaitu:

1) Afasia motorik

Afasia motorik atau ekspresif terjadi jika area pada area Broca, yang terletak pada lobus frontal otak. Pada afasia jenis ini pasien dapat memahami lawan bicara tetapi pasien tidak dapat mengungkapkan dan kesulitan dalam mengungkapkan bicara.

2) Sensorik

Afasia sensorik terjadi karena kerusakan pada area Wernicke, yang terletak pada lobus temporal. Pada afasia sensori pasien tidak dapat menerima stimulasi

pendengaran tetapi pasien mampu mengungkapkan pembicaraan. Sehingga respon pembicaraan pasien tidak nyambung atau koheren.

3) Afasia global

Pada afasia global pasien dapat merespon pembicaraan baik menerima maupun mengungkapkan pembicaraan.

e) Disatria (bicara cedel atau pelo)

Merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas. Namun demikian, pasien dapat memahami pembicaraan, menulis, mendengarkan maupun membaca. Disartria terjadi karena kerusakan nervus cranial sehingga terjadi kelemahan dari otot bibir, lidah dan laring. Pasien juga terdapat kesulitan dalam mengunyah dan menelan.

f) Gangguan penglihatan, diplopia.

Pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital. Gangguan penglihatan juga dapat disebabkan karena kerusakan pada saraf cranial III, IV dan VI.

g) Disfagia

Disfagia atau kesulitan menelan terjadi karena kerusakan nervus cranial IX. Selama menelan bolus didorong oleh lidah dan glottis menutup kemudian makanan masuk ke esophagus.

h) Inkontinensia.

Inkontinensia baik bowel maupun bladder sering terjadi karena terganggunya saraf yang mensarafi bladder dan bowel.

i) Vertigo, mual, muntah, nyeri kepala, terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial, edema serebri.

Table 2.1 Tabel tanda dan gejala stroke berdasarkan lokasi

Lokasi	Syndrome
Arteri Karotis Interna (ICA)	a. Kelumpuhan pada tangan, kaki dan wajah yang berlawanan dengan kerusakan otak. b. Gangguan sensori pada kaki, wajah, dan tangan yang berlawanan dengan kerusakan otak. c. Afasia, apraksia, agnosia
Middle Cerebral Arteri (MCA)	a. Hemiplegi kontralateral . b. Gangguan sensori kontralateral. c. Afasia .
Anterior Cerebral Arteri (ACA)	a. Paralisis kontralateral b. Gangguan berjalan c. Kehilangan sensoris d. Kerusakan kognitif

	e. Inkontinensia urine
Arteri Vertebra	a. Pusing b. Nistagmus c. Dispagia d. Disatria e. Nyeri pada muka, hidung, atau mata f. Kelemahan pada wajah g. Gangguan pergerakan
Arteri basiler	a. Quadriplegia b. Kelemahan otot wajah, lidah, dan faringeal

Sumber : Tarwoto (2013)

Table 2.2 Tabel perbedaan PIS dan PSA

Gejala dan Tanda	PIS	PSA
Kelainan / defisit	Hebat	Ringan
Sakit kepala	Hebat	Sangat Hebat
Kaku kuduk	Jarang	Biasanya ada
Kesadaran	Terganggu	Terganggu sebentar
Hipertensi	Selalu ada	Biasanya tidak ada
Lemah sebelah Tubuh	Ada sejak awal	Awalnya tak ada
LCS	Eritrosit >5000/mm ³	Eritrosit 25.000/mm ³
Angiografi	Shift ada	Shift tidak ada
CT-Scan	Area putih	Kadang normal

Sumber: Junaidi, 2011

2.1.5 Patofisiologi dan WOC

Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensitif oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh badan, namun menggunakan sekitar 25% suplai oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Area otak disekitar yang mengalami hipoperfusi disebut penumbra. Jika aliran darah ke otak terganggu, lebih dari 30 detik pasien dapat mengalami tidak sadar dan dapat terjadi kerusakan jaringan otak yang permanen jika aliran darah ke otak terganggu lebih dari 4 menit. (Tarwoto, 2013).

Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anastomis dan mekanisme autoregulasi. Mekanisme anastomis berhubungan dengan suplai darah ke otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah bagaimana otak melakukan mekanisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi (Tarwoto, 2013). Untuk mempertahankan aliran darah ke otak maka tubuh akan

melakukan dua mekanisme tubuh yaitu mekanisme anastomis dan mekanisme autoregulasi. Mekanisme anastomis berhubungan dengan suplai darah ke otak untuk pemenuhan kebutuhan oksigen dan glukosa. Sedangkan mekanisme autoregulasi adalah bagaimana otak melakukan mekanisme/usaha sendiri dalam menjaga keseimbangan. Misalnya jika terjadi hipoksemia otak maka pembuluh darah otak akan mengalami vasodilatasi (Tarwoto, 2013).

1) Mekanisme anastomis

Otak diperdarahi melalui 2 arteri karotis dan 2 arteri vertebralis :

a) Arteri Karotis

Arteri karotis terbagi menjadi karotis interna dan karotis eksterna. Karotis interna memperdarahi langsung ke dalam otak dan bercabang kira-kira setinggi kiasma optikum menjadi arteri serebri anterior dan media. Karotis eksterna memperdarahi wajah, lidah dan faring, meninges.

b) Arteri Vertebralis

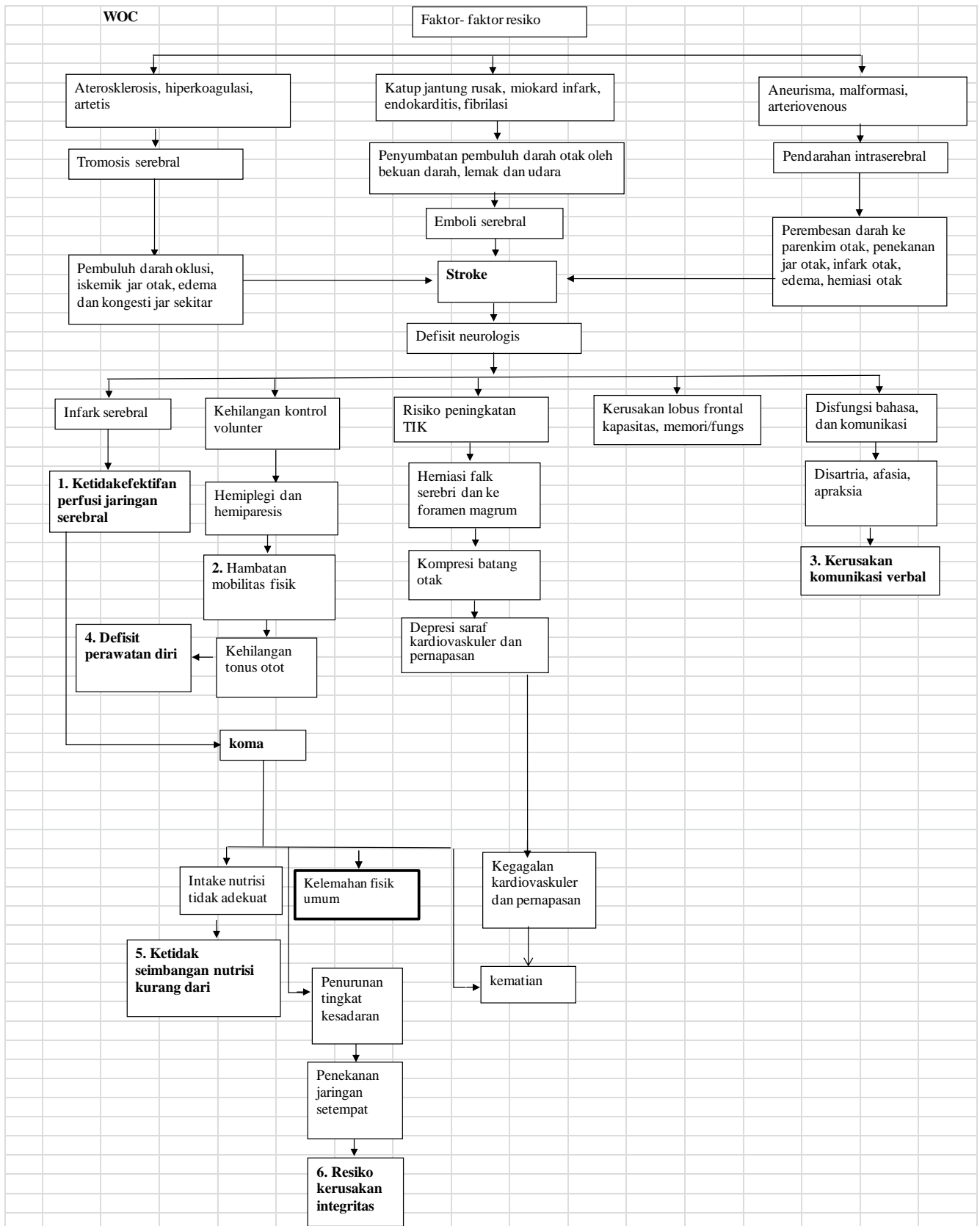
Arteri vertebralis berasal dari arteri subclavia. Arteri vertebralis mencapai dasar tengkorak melalui jalan tembus dari tulang yang dibentuk oleh prosesus tranverse dari vertebra servikal mulai dari c6 sampai dengan c1. Masuk ke ruang cranial melalui foramen

magnum, dimana arteri-arteri vertebra bergabung menjadi arteri basilar. Arteri basilar bercabang menjadi 2 arteri serebral posterior yang memenuhi kebutuhan permukaan medial dan inferior arteri baik bagian lateral lobus temporal dan occipital. Meskipun arteri karotis interna dan vertebrabasilaris merupakan 2 sistem arteri yang terpisah yang mengalirkan darah ke otak, tapi ke duanya disatukan oleh pembuluh dan anastomosis yang membentuk sirkulasi wilisi. Arteri serebri posterior dihubungkan dengan arteri serebri media dan arteri serebri anterior dihubungkan oleh arteri komunikan anterior sehingga terbentuk lingkaran yang lengkap. Normalnya aliran darah dalam arteri komunikans hanyalah sedikit. Arteri ini merupakan penyelamat bilamana terjadi perubahan tekanan darah arteri yang dramatis.

2) Mekanisme autoregulasi

Oksigen dan glukosa adalah dua elemen yang penting untuk metabolisme serebral yang dipenuhi oleh aliran darah secara terus-menerus. Aliran darah serebral dipertahankan dengan kecepatan konstan 750ml/menit. Kecepatan serebral konstan ini dipertahankan oleh suatu mekanisme homeostasis sistemik dan local dalam rangka mempertahankan kebutuhan nutrisi dan darah secara

adekuat. Terjadinya stroke sangat erat hubungannya dengan perubahan aliran darah otak, baik karena sumbatan/oklusi pembuluh darah otak maupun perdarahan pada otak menimbulkan tidak adekuatnya suplai oksigen dan glukosa. Berkurangnya oksigen atau meningkatnya karbondioksida merangsang pembuluh darah untuk berdilatasi sebagai kompensasi tubuh untuk meningkatkan aliran darah lebih banyak. Sebaliknya keadaan vasodilatasi memberi efek pada tekanan intracranial. Kekurangan oksigen dalam otak (hipoksia) akan menimbulkan iskemia. Keadaan iskemia yang relative pendek/cepat dan dapat pulih kembali disebut transient ischemic attacks (TIAs). Selama periode anoxia (tidak ada oksigen) metabolisme otak cepat terganggu. Sel otak akan mati dan terjadi perubahan permanen antara 3-10 menit anoksia.



2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Angiografi serebral

Membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik misalnya perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurisma atau malformasi vaskuler

2. CT scan

Memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infark atau iskemia dan posisinya secara pasti

3. Lumbal pungsi

Tekanan yang meningkat dan disertai bercak darah pada cairan lumbal menunjukkan adanya hemoragi pada subaraknoid atau perdarahan pada intrakranial

4. MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menentukan posisi dan besar/luas terjadinya perdarahan otak. Hasil pemeriksaan biasanya didapatkan area yang mengalami lesi dan infark akibat dari hemoragik

5. USG Doppler

Mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis).

6. EEG

Melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infark sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak

7. Sinar tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada trombosis serebral, kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarahnoid. (Batticaca, 2008)

2.1.7 Penatalaksanaan

1. Medis

a) Pembedahan

Di lakukan jika perdarahan serebrum diameter lebih dari 3cm atau volume lebih dari 50 ml untuk dekompresi atau pemasangan pintasan ventrikulo-peritoneal bila ada hidrosefalus obstruktif akut.

b) Terapi obat-obatan

Terapi pengobatan tergantung dari jenis stroke :Stroke hemoragik.

1) Antihipertensi : captropil, antagonis kalsium.

2) Diuretik : manitol 20%, furosemide.

3) Antikonvulsan : fenitolin

2. Keperawatan

a) Pada fase akut

- 1) Pertahankan jalan napas, pemberian oksigen, penggunaan ventilator
- 2) Monitor peningkatan tekanan intrakranial.
- 3) Monitor fungsi pernapasan : analisa gas darah.
- 4) Monitor jantung dan tanda-tanda vital, pemeriksaan EKG.
- 5) Evaluasi status cairan dan elektrolit.
- 6) Kontrol kejang jika ada dengan pemberian antikonvulsan, dan cegah resiko injuri.
- 7) Lakukan pemasangan NGT untuk mengurangi kompresi lambung dan pemberian makanan.
- 8) Cegah emboli paru dan tromboplebitis dengan antikoagulan.
- 9) Monitor tanda-tanda neurologi seperti tingkat kesadaran, keadaan pupil, fungsi sensorik dan motorik, nervus kranial, dan refleks

b) Fase rehabilitasi

- 1) Pertahankan nutrisi yang adekuat.
- 2) Program management bladder dan bowel.
- 3) Mempertahankan keseimbangan tubuh dengan rentang gerak sendi (ROM).
- 4) Pertahankan integritas kulit.

- 5) Pertahankan komunikasi yang efektif.
- 6) Pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
- 7) Persiapan pasien pulang .

2.1.8 Komplikasi

1. Hipoksia serebral

Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberi oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan.

2. Penurunan aliran darah serebral dan luasnya area cedera

Aliran darah serebral bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intravena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi atau hipotensi ekstrem perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi luasnya area cedera.

3. Embolisme serebral

Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus lokal. Selain itu disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki (Suddarth, 2010).

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

Menurut Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi:

2.2.1 Pengkajian

Menurut Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi :

1) Identitas pasien

Meliputi nama , umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, biasanya stroke hemoragik ini banyak terjadi pada laki-laki, dikarenakan gaya hidup yang kurang sehat, pendidikan, kalau dari segi pendidikan , penyakit stroke hemoragik tidak memandang pendidikan, namanya penyakit bisa saja menyerang siapapun. Alamat, biasanya stroke ini banyak terjadi di daerah sumatera barat, karna dari segi jenis makanan, makanan di sumatera barat banyak mengandung lemak atau kolesterol, untuk memicu terjadinya stroke, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis.

2) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus.

6) Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien dan keluarga

7) Pemeriksaan fisik

a) Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15.

Tingkat kesadaran ini dibedakan menjadi beberapa tingkat yaitu :

1. Composmentis, yaitu kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang ditanyakan pemeriksa dengan baik.
2. Apatis, yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya.
3. Delirium, yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta.
4. Somnolen yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila

dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali.

5. Sopor yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.
6. Semi-coma yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik.
7. Coma yaitu penurunan kesadaran yang sangat dalam, memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri.

Sumber: Pokdik Neurointensiv Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) Jakarta , 2008.

Nilai Tingkat Kesadaran GCS orang Dewasa Berikut nilai acuan dalam penilaian GCS pada orang dewasa:

Eye (respon membuka mata) :

- 1 : Tidak ada respon meskipun sudah dirangsang.

- 2 : Dengan rangsang nyeri (memberikan rangsangan nyeri, misalnya menekan kuku jari).
- 3 : Dengan rangsang suara (dilakukan dengan menyuruh pasien untuk membuka mata).
- 4 : Spontan atau membuka mata dengan sendirinya tanpa dirangsang.

Verbal (respon verbal atau ucapan) :

- 1 : Tidak ada respon.
- 2 : Suara tanpa arti (mengerang).
- 3 : Mengucapkan kata-kata yang tidak jelas.
- 4 : Bingung, berbicara mengacau (berulang-ulang), disorientasi tempat dan waktu.
- 5 : Orientasi baik, bicaranya jelas.

Motorik (Gerakan) :

- 1 : Tidak ada respon.
- 2 : Extensi abnormal, salah satu tangan atau keduanya bergerak lurus (ekstensi) di sisi tubuh saat diberi rangsang nyeri.
- 3 : Flexi abnormal, salah satu tangan atau keduanya menekuk saat diberi rangsang nyeri.
- 4 : Withdraws, menghindar atau menarik tubuh untuk menjauhi stimulus saat diberi rangsang nyeri.

5 : Melokalisir nyeri, menjangkau dan menjauhkan stimulus saat diberi rangsang nyeri.

6 : Mengikuti perintah pemeriksa.

Sumber: Pokdik Neurointensiv Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI) Jakarta , 2008.

b) Tanda-tanda Vital

a. Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggi dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80.

b. Nadi

Biasanya nadi normal.

c. Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas.

d. Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik.

c) Pemeriksaan Fisik

a. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah.

b. Wajah

Biasanya simetris, wajah pucat. Pada pemeriksaan Nervus V (Trigeminal) : biasanya pasien bisa menyebutkan lokasi usapan dan pada pasien koma, ketika diusap kornea mata dengan kapas halus, klien akan menutup kelopak mata. Sedangkan pada Nervus VII (facialis) : biasanya alis mata simetris, dapat mengangkat alis, mengernyitkan dahi, mengernyitkan hidung, menggembungkan pipi, saat pasien menggembungkan pipi tidak simetris kiri dan kanan tergantung lokasi lemah dan saat diminta mengunyah pasien kesulitan untuk mengunyah.

c. Mata

Biasanya konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, kelopak mata tidak oedema. Pada pemeriksaan nervus II (optikus) : biasanya luas pandang baik 90°, visus 6/6. Pada nervus III (okulomotoris) : biasanya diameter pupil 2mm/2mm, pupil kadang isokor dan anisokor, palpebra dan reflek kedip dapat dinilai jika pasien bisa membuka mata . Nervus IV (troklearis) : biasanya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke atas dan bawah. Nervus VI (abduksen) : biasanya hasilnya pasien dapat mengikuti arah tangan perawat ke kiri dan kanan.

d. Hidung

Biasanya simetris kiri dan kanan, terpasang oksigen, tidak ada pernapasan cuping hidung. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) : kadang ada yang bisa menyebutkan bau yang diberikan perawat namun ada juga yang tidak, dan biasanya ketajaman penciuman antara kiri dan kanan berbeda dan pada nervus VIII (akustikus) : biasanya pada pasien yang tidak lemah anggota gerak atas, dapat melakukan keseimbangan gerak tangan-hidung.

e. Mulut dan gigi

Biasanya pada pasien apatis, sopor, soporos coma hingga coma akan mengalami masalah bau mulut, gigi kotor, mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (facialis) : biasanya lidah dapat mendorong pipi kiri dan kanan, bibir simetris, dan dapat menyebutkan rasa manis dan asin. Pada nervus IX (glossofaringeal) : biasanya uvula yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah bagian tubuh yang lemah dan pasien dapat merasakan rasa asam dan pahit. Pada nervus XII (hipoglossus) : biasanya pasien dapat menjulurkan lidah dan dapat dipencongkan ke kiri dan kanan namun artikulasi kurang jelas saat bicara.

f. Telinga

Biasanya sejajar daun telinga kiri dan kanan. Pada pemeriksaan nervus VIII (akustikus) : biasanya pasien kurang bisa mendengarkan gesekan jari dari perawat tergantung dimana lokasi kelemahan dan pasien hanya dapat mendengar jika suara keras dan dengan artikulasi yang jelas.

g. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (vagus) : biasanya pasien stroke hemragik mengalami gangguan menelan. Pada pemeriksaan kaku kuduk biasanya (+) dan bludzensky 1 (+) .

h. Thorak

- Paru-paru

Inspeksi : Biasanya simetris kiri dan kanan.

Palpasi : Biasanya fremitus sama antara kiri dan kanan.

Perkusi : Biasanya bunyi normal (sonor).

Auskultasi : Biasanya suara normal (vesikuler).

- Jantung

Inspeksi : Biasanya iktus cordis tidak terlihat.

Palpasi : Biasanya ictus cordis teraba.

Perkusi : Biasanya batas jantung normal.

Auskultasi : Biasanya suara vesikuler.

i. Abdomen

Inspeksi :Biasanya simetris, tidak ada asites.

Palpasi :Biasanya tidak ada pembesaran hepar.

Perkusi :Biasanya terdapat suara tympani.

Auskultasi :Biasanya biasanya bising usus pasien tidak terdengar. Pada pemeriksaan reflek dinding perut, pada saat perut pasien digores biasanya pasien tidak merasakan apa-apa.

j. Ekstremitas

- Atas

Biasanya terpasang infuse bagian dextra / sinistra. CRT biasanya normal yaitu < 2 detik.

Pada pemeriksaan nervus XI (aksesorius) : biasanya pasien stroke hemoragik tidak dapat melawan tahanan pada bahu yang diberikan perawat. Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat siku diketuk tidak ada respon apa-apa dari siku, tidak fleksi maupun ekstensi (reflek bicep (-)) dan pada pemeriksaan tricep respon tidak ada fleksi dan supinasi (reflek bicep (-)). Sedangkan pada pemeriksaan reflek hoffman tromer

biasanya jari tidak mengembang ketika diberi reflek (reflek Hoffman tromer (+)).

- Bawah

Pada pemeriksaan reflek, biasanya saat pemeriksaan bluedzensky I kaki kiri pasien fleksi (bluedzensky (+)). Pada saat telapak kaki digores biasanya jari tidak mengembang (reflek babinsky (+)). Pada saat dorsum pedis digores biasanya jari kaki juga tidak beresponn (reflek caddok (+)). Pada saat tulang kering digurut dari atas ke bawah biasanya tidak ada respon fleksi atau ekstensi (reflek openheim (+)) dan pada saat betis diremas dengan kuat biasanya pasien tidak merasakan apa-apa (reflek gordon (+)). Pada saat dilakukan reflek patella biasanya femur tidak bereaksi saat di ketukkan (reflek patella (+)).

Pembagian Saraf Kranial :

1. Nervus Olfaktori (N. I):

- Fungsi: saraf sensorik, untuk penciuman.
- Cara Pemeriksaan: pasien memejamkan mata, disuruh membedakan bau yang dirasakan (kopi, teh,dll).

2. Nervus Optikus (N. II)

- Fungsi: saraf sensorik, untuk penglihatan.
- Cara Pemeriksaan: Dengan snelend card, dan periksa lapang pandang.

3. Nervus Okulomotoris (N. III), nervus trokhlearis (N. IV), dan nervus Abdusen (N. VI) dijaki bersama.

- Fungsi: saraf motorik, untuk mengangkat kelopak mata keatas, kontriksi pupil, dan sebagian gerakan ekstraokuler.
- Cara Pemeriksaan: Tes putaran bola mata, menggerakkan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi kelopak mata

4. Nervus Trochlearis (N. IV)

- Fungsi: saraf motorik, gerakan mata kebawah dan kedalam.
- Cara Pemeriksaan: Sama seperti nervus III.

5. Nervus Trigeminus (N. V)

- Fungsi: saraf motorik, gerakan mengunyah, sensai wajah, lidah dan gigi, refleks korenea dan refleks kedip.
- Cara Pemeriksaan: menggerakkan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas pada dahi atau pipi. menyentuh permukaan kornea dengan kapas.

6. Nervus Abdusen (N. VI)
 - Fungsi: saraf motorik, deviasi mata ke lateral.
 - Cara pemeriksaan: sama seperti nervus III
7. Nervus Fasialis (N. VII)
 - Fungsi: saraf motorik, untuk ekspresi wajah.
 - Cara pemeriksaan: senyum, bersiul, mengangkat alis mata, menutup kelopak mata dengan tahanan, menjulurkan lida untuk membedakan gula dan garam
8. Nervus Vestibulocochlearis (N. VIII)
 - Fungsi: saraf sensorik, untuk pendengaran dan keseimbangan.
 - Cara pemeriksaan: test webber dan rinne
9. Nervus Glosfaringeus (N. IX)
 - Fungsi: saraf sensorik dan motorik, untuk sensasi rasa.
 - Cara pemeriksaan: membedakan rasa manis dan asam.
10. Nervus Vagus (N. X)
 - Fungsi: saraf sensorik dan motorik, refleks muntah dan menelan.
 - Cara pemeriksaan: menyentuh faring posterior, pasien menelan saliva, disuruh mengucap ah...
11. Nervus Asesoris (N. XI)
 - Fungsi: saraf motorik, untuk menggerakkan bahu.

- Cara pemeriksaan: suruh pasien untuk menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut.

12. Nervus Hipoglosus

- Fungsi: saraf motorik, untuk gerakan lidah.
- Cara pemeriksaan: pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi.

2.2.2 Kemungkinan Diagnosa Yang Muncul

Menurut NANDA (2015) , Asuhan Keperawatan Sistem Persarafan (2013) :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral .
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.
4. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler
5. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yang lama.

2.2.3 Rencana Asuhan Keperawatan

Table 2.3 Tabel Intervensi keperawatan teoritis

No	Diagnose	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral	<p>Tujuan: Fungsi serebral membaik dan fungsi jaringan otak dapat tercapai secara optimal. Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Keadaan klien dapat ditingkatkan Kriteria hasil : - TTV dalam batas normal - Kesadaran kembali Membaik. - Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral teratasi.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitir tekanan intra kranial dan tinjau oksegen 2. Berikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab-sebab gangguan perfusi jaringan otak dan akibatnya. 3. Observasi dan catat tanda-tanda vital dan kelainan tekanan intrakranial tiap dua jam. 4. Anjurkan untuk menghindari batuk dan mengejan yang berlebihan. 5. Pantau TTV seperti ada adanya hipertensi atau hipotensi. 6. Berikan posisi kepala 30-45⁰ dalam posisi anotomis (netral). 7. Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi

			<p>pengunjung.</p> <p>8. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotektor.</p>
2	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.	<p>Tujuan : Joint movement: Active. Mibility level. Self care : ADLs. Transfer perfomance</p> <p>Kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tidak terjadi kontraktur Sendi. - Bertambahnya kekuatan Otot. - Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas. - Klien memverbalisasikan perasaan dalam 	<p>Exercise therapy : ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas. 2. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring). 3. Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit. 4. Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit. 5. Ukur TTV klien sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi. 6. Libatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak.

		meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.	
3	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular	<p>Tujuan : Activity intolerance, mobility : physical impaired, self care Deficit Hygiene, Sensory perception, Auditory disturbed</p> <p>Kriteria hasil: -Klien bersih dan klien dapat melakukan kegiatan personal hygiene secara minimal.</p>	<p>Self-Care Assistance : Bathing/Hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan bantuan terhadap kebutuhan yang benar-benar di perlukan. 2. Lakukan oral hygiene pada klien dengan membersihkan gigi, bibir dan lidah. 3. Libatkan keluarga dalam melakukan personal hygiene. 4. Rapikan pakaian klien jika klien tampak berantakan dan di ganti. 5. Konsultasi dengan ahli fisioterapi

4	Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yg lama	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tissue integrity: skin and mucous membranes 2. Hemodialisis akses <p>Criteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperature, hidrasi, pigmentasi) 2. Tidak ada luka/lesi pada kulit 3. Perfusi jaringan baik 4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang 	<p>Pressure management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar 2. Hindari kerutan pada tempat tidur 3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering 4. Mobilisasi pasien setiap dua jam sekali 5. Monitor kulit akan adanya kemerahan 6. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien 7. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat <p>Insision site care</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan, pantau dan tingkatkan proses penyembuhan luka yang ditutupi 2. Monitor kesembuhan area insisi 3. Monitor tanda dan gejala infeksi pada area insisi 4. Membersihkan area luka 5. Ganti perban
---	--	--	---

		5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami.	
5	Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi dapat ditingkatkan dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan Nutrisi tidak menyimpang dari rentang normal. 2. Asupan makanan tidak menyimpang dari rentang normal. <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan Status nutrisi : Asupan nutrisi dapat ditingkatkan</p>	<p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya alergi atau intoleransi akanan yang dimiliki pasien. <p>Terapi nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji kebutuhan nutrisi parenteral. 2. Berikan nutrisi enteral, sesuai kebutuhan. 3. Berikan nutrisi enteral 4. Hentikan pemberian makanan melalui selang makan begitu pasien mampu mentoleransi asupan (makanan) melalui oral. 5. Berikan nutrisi yang dibutuhkan sesuai batas diet yang dianjurkan. <p>Pemberian Nutrisi Total Parenteral (TPN)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan isersi intravena cukup paten untuk

		<p>dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Asupan kalori sebagian besar adekuat 2. Asupan protein sebagian besar adekuat. 3. Asupan lemak sebagian besar adekuat 4. Asupan karbohidrat sebagian besar adekuat. 5. Asupan vitamin sebagian besar adekuat. 	<p>pemberian nutrisi intravena.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pertahankan kecepatan aliran yang konstan 3. Monitor kebocoran, infeksi dan komplikasi metabolik. 4. Monitor masukan dan output cairan. 5. Monitor kadar albumin, protein total, elektrolit, profil lipid, glukosa darah dan kimia darah
6	<p>Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler</p>	<p>Tujuan; dapat berkomunikasi sesuai dengan keadaannya.</p> <p>Kriteria hasil;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Klien dapat mengemukakan bahasa isyarat dengan tepat. -Tidak Terjadi kesapahaman 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji tingkat kemampuan klien dalam berkomunikasi. 2. Minta klien untuk mengikuti perintah sederhana. 3. Tunjukkan objek dan minta pasien menyebutkan nama benda tersebut. 4. Ajarkan klien teknik berkomunikasi non verbal (bahasa isyarat).

		bahasa antara klien, perawat dan keluarga	5. Konsultasikan dengan/ rujuk kepada ahli terapi wicara.
--	--	---	---

2.2.4 Implementasi

Implementasi merupakan tahap keempat dari proses keperawatan dimana rencana keperawatan dilaksanakan, melaksanakan intervensi yang telah ditentukan, pada tahap ini perawat siap untuk melakukan intervensi yang telah dicatat dalam rencana keperawatan klien. Agar implementasi perencanaan dapat tepat waktu dan efektif terhadap biaya , pertama-tama harus mengidentifikasi prioritas perawatan klien, kemudian bila perawatan telah dilaksanakan, memantau dan mencatat respon klienterhadap setiap intervensi dan mengkomunikasikan informasi ini pada penyedia perawatan kesehatan lainnya. Kemudian, dengan menggunakan data, dapat mengevaluasi dan merevisi rencana perawatan dalam tahap proses keperawatan berikutnya.

2.2.5 Evaluasi

Tahap evaluasi menentukan kemajuan pasien terhadap pencapaian hasil yang diinginkan dan respon pasien terhadap keefektifan intervensi keperawatan, kemudian mengganti rencana perawatan jika diperlukan. Tahap akhir dari proses keperawatan perawat mengevaluasi kemampuan pasien ke arah pencapaian.

BAB III
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

I. Identitas Klien

Nama/ initial	: NY. R
Umur	: 73 tahun
Jenis kelamin	: Perempuan
Status	: Nikah
Agama	: Islam
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Pendidikan	: SD
Alamat	: Muaros Peni/Mandailing Natal
No.MR	: 49.91.89
Ruang rawat	: Neurologi
Tanggal Masuk	: 04 Juni 2018
Tanggal Pengkajian	: 07 Juni 2018
Penanggung Jawab	
Nama	: Ny. S
Umur	: 52 tahun
Hub keluarga	: Anak kandung
Pekerjaan	: Pegawai negeri sipil (PNS)

II. Alasan Masuk

Klien jatuh dikamar mandi pada hari minggu tanggal 03-juni-2018. Klien tidak sadarkan diri saat jatuh. Kemudian klien langsung dibawa ke RSUD Penyabunga. Dan dirujuk ke RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Klien masuk melalui igd pada tanggal 4 juni 2018. Kemudian dibawa keruangan rawat inap Neurologi dengan keluhan penurunan kesadaran , nyeri kepala, . Hasil TTV TD : 190/110 mmHg , Nadi : 78 x/mnt, nafas : 20 x/mnt , suhu 36 °c.

Kekuatan otot :

3333	3333
2222	2222

GCS Samnolen (E:3 V:2 M:3)

III. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pada saat pengkajian :

Pada saat di lakukan pengkajian tanggal 7 juni 2018 jam 09:00 wib didapatkan data, keluarga klien mengatakan klien tidak sadarkan diri, klien mengalami penurunan kesadaran, klien tampak meringis, klien terpasang oksigen 2 liter, klien terpasang infus Assering tangan sebelah kanan, dan klien terpasang kateter. Klien terpasang monitor. Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara saat terjatuh dari kamar mandi. GCS: Delirium 10 (E:3 V:2 M:5) . BB/TB : 55 kg/160 cm. Tanda Vital Suhu : 36°C Pernafasan: 29 x/i Nadi : 99 x/I TD : 160/110 mmHg .

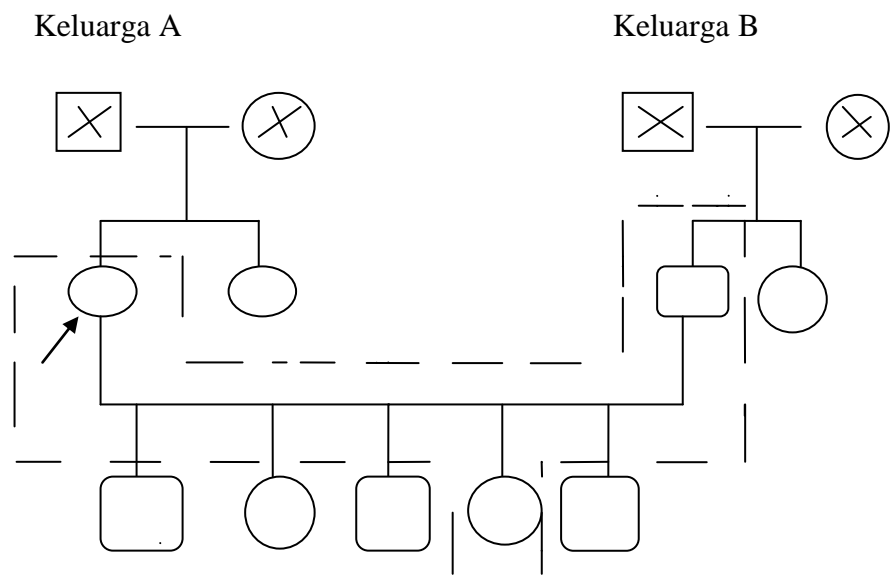
2. Riwayat Kesehatan Dahulu

Keluarga klien mengatakan sebelumnya klien tak pernah mengalami penyakit yang sama dan juga belum pernah di rawat di rumah sakit. Klien juga mempunyai riwayat hipertensi ± sudah 20 tahun .TD klien pada 20 tahun yang lalu 180/90 mmHg.

3. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan tidak ada keluarga yang lain mengalami penyakit hipertensi, jantung, diabetes militus .

Genogram :



Keterangan :

Keluarga A mempunyai anak dua orang ,anak pertama perempuan dan anak kedua juga perempuan. Keluarga B mempunyai anak dua orang juga,anak pertama laki-laki dan anak kedua perempuan. Kemudian anak pertama dari keluarga A menikah dengan anak pertama laki-laki dari keluarga B. Dan mempunyai anak 5 orang.

Anak pertama laki-laki, anak kedua perempuan, anak ketiga laki-laki, anak ke empat perempuan dan anak ke lima laki-laki. Semua anaknya sudah menikah, dan klien sekarang tinggal serumah dengan anak nomor empat, di tandai dengan garis putus putus yang tergambar pada genogram.

Keterangan:

- : Laki-laki
- : Perempuan
- × : Meninggal
- ↗ : Klien
- : Tinggal serumah

IV. Pemeriksaan Fisik

Dilakukan pemeriksaan pada hari Kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:15 Wib.

GCS : Delirium 10 (E:3 V:2 M:5)

BB/TB : 55 kg/160 cm

Tanda Vital :

- TD : 160/ 110 mmHg
- Nadi : 99 kali/menit
- Pernafasan : 29 kali/menit
- Suhu : 36°C

1. Kepala

- Rambut

I : Warna rambut ada yang hitam dan yang putih, rambut klien tampak berminyak, terdapat ketombe di bagian depan kepala.

P : Tidak ada pembengkakan atau lesi, tidak ada nyeri tekan pada kulit kepala.

- Mata

I : Simetris kiri dan kanan, konjungtiva tidak enemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor 2 mm.

- Hidung

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada secret , tidak ada polip pada hidung, dan penciuman klien normal

- Telinga

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada gangguan pendengaran, terdapat serumen, dan tidak ada menggunakan alat bantu pendengaran

P : Tidak ada nyeri tekan pada telinga.

- Mulut dan gigi

I : Simetris kiri dan kanan, mukosa mulut klien agak kering, keadaan mulut kotor, gigi klien agak kotor, gigi tidak lengkap, dan terdapat caries.

- Leher

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada kelenjar thyroid

P : Tidak ada nyeri tekan dan vena jugularis teraba, dan tidak ada teraba kelenjar thyroid

2. Thorax

- Paru-paru

I : Saat bernapas pergerakan dinding dada simetris kiri dan kanan, klien bernafas tidak menggunakan otot bantu pernafasan, tidak ada lesi, warna kulit sawo matang.

P : Tidak ada terdapat nyeri tekan sekitar dada.

P : Terdengar pekak.

A : Suara nafas vesikuler.

- Jantung

I : Dada simetris kiri dan kanan, tidak ada tampak pembengkakan sekitar dada, ICS tidak terlihat

P : Tidak ada terasa nyeri tekan sekitar dada, ICS teraba.

P : Terdengar redup

A : Bunyi normal lup dup BJ1 dan BJ2 (vesikuler)

3. Abdomen

I : Bentuk abdomen simetris kiri dan kanan ,warna kulit sawo matang, tidak ada asites, perit klien tidak kembung.

P : Tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak ada pembesaran hepar.

P : Terdengar timpani.

A : Bising usus terdengar normal 12kali/menit.

4. Punggung

I : Bentuk punggung simetris kiri dan kanan, warna kulit sawo matang, tidak ada lesi, tidak ada terdapat luka dekubitus.

P : Tidak ada nyeri tekan pada punggung

5. Ekstremitas

- Atas

I : Simetris kiri dan kanan, terpasang infuse IVFD Asering di sebelah kanan, terdapat luka lecet di punggung tangan.

P : Tidak terdapat edema dan tidak ada nyeri tekan.

- Bawah

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada terdapat luka lecet .

P : Tidak terdapat edema dan tidak ada nyeri tekan.

6. Genetelia

I : Klien tampak terpasang kateter

7. Integumen

I : Turgor kulit elastis, warna kulit sawo matang, mukosa kulit lembap.

8. Pemeriksaan Reflek

1) Refleks Fisiologi

a) Refleks Patela (KPR)

Adanya respon spontan saat di berikan pukulan pada lutut dengan menggunakan hammer.

b) Refleks Triceps (TPR)

Tidak ada respon ekstensi lengan bawah pada sendi siku.

c) Refleks Biceps (BPR)

Adanya respon fleksi lengan pada sendi siku.

d) Refleks Achilles (APR)

Adanya respon pada punggung kaki saat diberikan rangsangan pada mata kaki.

2) Refleks Patologis

a) Oppenheim

Adanya respons ekstensi ibu jari longlegs dan pengembangan jari longlegs lainnya saat di berikan rangsangan pada tulang tibia.

b) Babinsky

Adanya respon ekstensi ibu ibu jari longlegs lainnya saat diberikan rangsaangan pada telapak tangan .

c) Offman

Adanya respon fleksi pada ibu jari, telunjuk dan jari lainnya saat diberikan goresan pada kuku jari tengah.

Kesimpulan:

Hasil dari pemeriksaan pada klien Ny.R terdapat gangguan pada Refleks Fisiologi yaitu Refles Triceps (TPR).

9. Pemeriksaan nervus

- N I : Pada saat pengkajian tidak dilakukan pemeriksaan Nervus olfaktorius. Karna klien mengalami penurunan kesadaran .
- N II : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan Nervus optikus klien tidak mampu membuka mata, karna klien mengalami penurunan kesadaran.
- N III : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan Nervus trochlearis klien tidak mampu melakukan pergerakan bola mata, karna klien mengalami penurunan kesadaran.
- IV, VI : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan Nervus okulomotorius dan nervus abducens klien tidak mampu melakukan pergerakan lapang pandang dan tidak terhadap cahaya.
- N V : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan Nervus Trigemini klien tidak bisa mengunyah makanan karna klien mengalami penurunan kesadaran.
- N VII : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan Nervus fasialis klien mampu menggerakkan otot wajah , terlihat saat klien meringis.
- N VIII : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan Nervus Vestibulocochlearis klien tidak mampu mendengarkan perintah , karna klien mengalami penurunan kesadaran.
- N IX & X : Pada saat dilakukan pengkajian pemeriksaan Nervus glossofaringius dan Nervus Vagus klien tidak mampu

untuk membedakan rasa dan menelan makanan ,karna klien mengalami penurunan kesadaran.

- N XI : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan Nervus Aksesorius klien tidak mampu mengikat bahu ,karna klien mengalami penurunan kesadaran.
- N XII : Pada saat dilakukan pengakajian pemeriksaan Nervus Hipoglosus klien tidak mampu mengeluarkan anak lidahnya,karna klien mengalami penurunan kesadaran

Kesimpulan :

Hasil dari pemeriksaan Nervus 1 – 12 pada NY R.Banyak yang tidak bisa dilakukan .Karna klien mengalami penurunan kesadaran. Hanya Nervus vasialis saja yang dapat dilakukan pada klien yaitu dengan menggerakkan otot wajah .

V. DATA BIOLOGI

Tabel 3.1 Data Biologis

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1.	Makan		
	Menu	Nasi+sayur+buahan	Makanan cair
	Frekuensi	3x sehari	melalui NGT
	Porsi	1 porsi	3x 1sehari
	Minum		
	Jumlah	8 gelas/hari	1 porsi
	Minuman kesukaan	Teh manis	2-5 gelas /hari melalui NGT

2.	Eliminasi		
	BAB		
	Frekwensi	1x sehari	1x2 hari
	Warna	Kuning	Kuning
	Konsistensi	Padat	kecoklatan
	Kesulitan	Tidak ada	Padat Susah
	BAK		mengedan,
	Frekwensi	4-5x sehari	2-3xsehari
	Warna	Kuning jernih	Kuning pekat
	Bau	Pesing	Pesing
	Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
4.	Istirahat dan tidur		
	Waktu tidur	Malam dan siang	Siang malam
	Lama tidur	7-8 jam/hari	8-9 jam/ hari
	Kesulitan tidur	Tidak ada	Tidak ada
5.	Personal hygiene		
	Mandi	2x sehari	1x Sehari
	Cuci rambut	2x sehari	1x 2 hari
	Gosok gigi	2x sehari	1x sehari
	Potong kuku	1x seminggu	Bila panjang
	Mobilitas fisik	Klien bisa melakukan aktifitas tanpa bsendiri tanpa bantuan keluarga	Semua aktifitas klien di bantu keluarga

VI. Riwayat Alergi

Keluarga klien mengatakan kalau klien tidak ada alergi baik makanan dan minuman ataupun obat-obatan.

VII. Data Psikologis

Keluarga klien mengatakan agar ibunya cepat sembuh dan berkumpul lagi bersama di rumah.

VIII. Data Sosial ekonomi

Klien termasuk keluarga yang ekonominya menengah kebawah, dan hubungan dengan keluarga sangat baik dan harmonis.

IX. Data Spiritual

Sewaktu sehat klien beribadah shalat 5 waktu sehari semalam, tapi selama sakit klien tak pernah shalat karena keadaan lemah.

X. Data Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium.

NO.	Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1.	Senin, 4 juni 2018	Hemoglobin	15.0 g/gL	P : 13,0 - 16,0 W : 12,0 - 14,0
2.		RBC	4.91/UL	P : 4 5- 55 W : 40 - 50

3.		HCT	45%	P : 40.0 - 48.0 W : 370- 43.0
4.		MCV	92.5FL	100 – 106
5.		WBC	10.72/UL	5.0 – 10.0
6.		EO%	0.3%	1 - 3
7.		BASO%	0.1%	0 -1
8.		NEUT%	84.3+ %	50-70
9.		LYMPH%	0.68- %	20-40

Tabel 3.2 Data Penunjang (Pemeriksaan Laboratorium IGD)

Pada hari Senin, Tanggal 04-juni-2018

NO	Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	Senin / 04-juni-2018	Kalium	3.17 mg/dl	3.5-55 mg/dl
2		Natrium	142.6 mEg/l	135-147 mEg/l
3		Khlorida	106.2 mEg/l	100-106 mEg/l

Tabel 3.3 Data Penunjang (Pemeriksaan Laboratorium Klinik)

Pada hari senin tanggal 04-juni-2018

NO	Hari/Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nilai Normal
1	Selasa / 05-juni-2018	Kalium	3.07 mg/dl	3.5-55 mg/dl
2		Natrium	143.5 mEg/l	135-147 mEg/l
3		Khlorida	103 mEg/l	100-106

				mEg/l
--	--	--	--	-------

Tabel 3.4 Data Penunjang (Pemeriksaan Laboratorium Klinik)

Pada hari selasa tanggal 05-juni-2018

XI. Data Pengobatan

NO	JENIS OBAT	DOSIS	WAKTU	KET
1	Aminopilin	1x10 mg	1x1 / 06.00 WIB	<p>✓ Fungsi dan indikasi Obat untuk mengobati dan mencegah batuk dan kesulitan untuk bernafas.</p> <p>✓ Efek samping Reaksi elergi (sulit bernapas ,pembengkakan bibir ,lidah dan wajah bisa menjadi gatal – gatal).</p> <p>Kejang, detak jantung menungkat, mual atau muntah berat.</p>
2	Candesartan	1x10 mg	1x1 / 06.00	<p>✓ Fungsi dan indikasi</p>

			WIB	<p>Obat ini digunakan untuk mengobati tekanan darah (Hipertensi) pada orang dewasa atau anak-anak, sehingga menurunkan resiko kerusakan pembuluh darah, stroke, jantung dan masalah pada ginjal.</p> <p>✓ Efek samping Kelainan system darah, metabolisme dan gangguan nutrisi, gangguan system saraf : pusing, gangguan system pernapasan, gangguan</p>
--	--	--	-----	---

				ginjal dan urin.
3	KSR atau kalium klorida	1x1 mg	1x1 / 06.00 WIB	<p>✓ Fungsi dan indikasi Obat suplemen mineral dengan fungsi untuk mengobati atau mencegah kalium yang rendah dalam darah.</p> <p>✓ Efek samping Kebingungan, kecemasan, detak jantung tidak teratur, ketidaknyamanan pada kaki, kelemahan otot.</p>
4	Inj.citocoline	250 gr	2x500	<p>✓ Fungsi dan indikasi Untuk mengurangi kerusakan jaringan otak sakit otak cedera, melindungi</p>

				<p>kerusakan mata, akibat degenerasi saraf optic, dan meningkatkan aliran darah ke otak dan oksigen otak.</p> <p>✓ Efek samping</p> <p>Insomnia, sakit kepala, diare, tekanan darah rendah, mual, sakit bagian dada dll.</p>
5	IVFD Assering	20 Tpm		<p>✓ Fungsi dan indikasi</p> <p>Meningkatkan kadar kalsium plasma darah, bekerja untuk kondisi saraf, kontraksi otak, fungsi jantung dan</p>

				<p>ginjal, meningkatkan volume darah.</p> <p>✓ Efek samping Sakit perut, sensasi kesemutan, mual, muntah, detak jantung tidak teratur.</p>
6	Paracetamol	500 mg	3x1	<p>✓ Fungsi dan indikasi Digunakan untuk mengobati rasa sakit ringan sehingga sedang, mual, sakit kepala, haid, sakit gigi, nyeri sendi,dan nyeri yang dirasakan selama flu dan juga digunakan untuk obat</p>

				demam ✓ Efek samping Mual, sakit perut bagian atas, gatal- gatal, kehilangan nafsu makan, urin berwarna gelap, feses berwarna pucat, kuning pada kulit dan mata.
--	--	--	--	--

Tabel 3.5 Data Obat

XII. DATA FOKUS

Data Subjektif :

1. Keluarga klien mengatakan klien masih gelisah ,sejak jatuh dari kamar mandi kepala klien terasa sakit.
2. Keluarga klien mengatakan klien susah untuk bergerak
3. Keluarga klien mengatakan semua aktifitas klien di bantu.
4. Keluarga klien mengatakan keadaan mulut klien kotor.
5. Keluarga klien mengatakan klien susah untuk bernapas.

Data Objektif :

1. Keluarga klien tampak memijat mijat kepala klien.
2. Klien tampak lemah.
3. Kien tampak kurang bersih.
4. Aktifitas klien tampak di bantu sepenuhnya oleh keluarga .
5. Pasien tampak berbarig lemah di tempat tidur.
6. Mulut klien tampak kotor dan berbau.
7. Dari hasil CT Scan menunjukkan adanya pendarahan.
8. Klien tampak terpasang infus di tangan kanan.
9. Klien tampak terpasang monitor.
10. Klien tamoak terpasang kateter.
11. Klien tampak terpasang oksigen.
12. Saat pengkajian hasil TTV klien : TD : 160/110 mmHg ,
Suhu : 36 °C , Nadi : 99 kali/menit , PernafasaN : 29
kali/menit.

13. Kekuatan otot

3333	3333
<hr/>	
2222	2222

14. GCS : 10 Delirium (E3, M5, V2)

ANALISA DATA

Tabel 3.6 Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	<p>Data subjektif :</p> <p>Keluarga klien mengatakan kepala klien terasa sakit setelah jatuh di kamar mandi.</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien tampak memijat mijat kepala klien. 2. Klien tampak lemah. 3. Dari hasil CT Scan menunjukkan adanya pendarahan. 	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.</p>	<p>Infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral</p>
2.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan semua aktifitas klien di bantu. 2. Keluarga klien mengatakan tangan dan kaki bagian kirinya terasa berat dan tak bisa di gerakkan. 3. Keluarga klien mengatakan kesulitan untuk melakukan aktifitas karena tangan dan kaki kiri nya lemah. 	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>	<p>Neuromuskuler</p>

	<p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak susah menggerakkan ekstermitas sebelah kiri. 2. Aktifitas klien tampak di bantu sepenuhnya oleh keluarga. 3. Klien tampak berbarig lemah di tempat tidur 		
3.	<p>Data Subjektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga klien mengatakan mulut klien berbau. 2. Keluarga klien mengatakan bibir klien kotor. <p>Data Objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mulut klien tampak kotor. 2. Kepala dan rambut klien tampak kotor. 3. Mulut klien berbau. 	Defisit perawatan diri	Kelemahan neuromuscular

3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuskular.

3.3 Intervensi

Tabel 3.7 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral.	Tujuan: Fungsi serebral membaik dan fungsi jaringan otak dapat tercapai secara optimal. Kriteria hasil : - TTV dalam batas normal. - Kesadaran kembali membaik. - Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral teratasi.	1. Memonitor tekanan intra kranial dan tinjau oksegen 2. Berikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab-sebab gangguan perfusi jaringan otak dan akibatnya. 3. Observasi dan catat tanda-tanda vital dan kelainan tekanan intrakranial tiap dua jam. 4. Anjurkan untuk menghindari batuk dan muntah yang berlebihan. 5. Pantau TTV seperti catat adanya hipertensi atau hipotensi. 6. Berikan posisi kepala 30-45 ⁰ dalam posisi anatomis (netral). 7. Ciptakan lingkungan yang tenang dan

			<p>batasi pengunjung.</p> <p>8. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotektor.</p>
2.	Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler	<p>Tujuan : Joint movement: Active. Mibility level. Self care : ADLs. Transfer performace</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terjadi kontraktur sendi - Bertambahnya kekuatan otot - Klien menunjukkan tindakan untuk meningkatkan mobilitas 	<p>Exercise therapy : ambulation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas. 2.Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring). 3.Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit. 4.Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit. 5.Ukur TTV klien sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi. 6.Libatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak.

3.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik	<p>Tujuan : Activity intolerance, mobility : physical impaired, self care Deficit Hygiene, Sensory perception, Auditory disturbed</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>-Klien bersih dan klien dapat melakukan kegiatan personal hygiene secara minimal.</p>	<p>Self-Care Assistance : Bathing/Hygiene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan bantuan terhadap kebutuhan yang benar-benar di perlukan. 2. Lakukan oral hygiene pada klien dengan membersihkan gigi, bibir dan lidah. 3. Libatkan keluarga dalam melakukan personal hygiene. 4. Rapikan pakaian klien jika klien tampak berantakan dan di ganti. 5. Konsultasi dengan ahli fisioterapi.
----	---	---	--

3.4 Impementasi

3.5 Tabel 3.8 Catatan Perkembangan

No	Hari/Tanggal	Jam	Dx	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1	Kamis 07-06- 2018	10.00 Wib 09.30 Wib 10.00 Wib	1	<p>1. Memonitir tekanan intra kranial dan tinjau oksegen yang telah di berikan 2 liter/ m</p> <p>2. Berikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab-sebab gangguan perfusi jaringan otak dan akibatnya.</p> <p>3. Observasi dan catat tanda-tanda vital , seperti tekanan darah,suhu, nadi, pernapasan dan</p>	11.00 wib	<p>S : - Keluarga Klien mengatakan masih lemah, gelisah.</p> <p>O : - Klien tampak masih lemah</p> <p>Kekuatan otot : 3333 3333 2222 2222</p> <p>Kelien tampak nyaman dengan posisi kepala 30-45°</p> <p>- TTV klien: TD: 160/110 mmHg N:99x/i R: 29x/i S: 36,5 °C</p>	

				kelainan tekanan intrakranial tiap dua jam.		Klien terpasang Oksigen 2 liter/ m	
		10.10 Wib		4. Menjurkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan yang berlebihan saat BAB.		A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi ,3,4,5,6,7,8 di lanjutkan	
		10.15 Wib		5. Memantau TTVseperti cata adanya hipertensi atau hipotensi.			
		10.30 Wib		6. Berikan posisi kepala 30-45 ⁰ satu kali dalam 2 jam			
		11.00 Wib		7. Menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung untuk melihat klien.			

		06.00 Wib diberikan pada perawat dinas malam		8. Pemberian obat neuroprotektor seperti candesartan 1x1, Aminopilin 1x1, citicolin 2x500.		
		09.20 wib	2	1. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas dengan cara mengopserpasi klien.	11.15 wib	S : - Keluarga mengatakan klien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kiri nya. - Keluarga klien mengatakan sangat senang karna di libatkan saat melakukan latihan gerak terhadap klien
		09.30 Wib		2. Mengubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring).		
		10.00 Wib		3. Mengajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada		

		10.15 Wib	ekstrimitas yang tidak sakit. 4. Melakukan gerak pasif pada ekstrimitas yang sakit dengan cara ROM pasif.		O : - Klien tampak kesulitan menggerakkan anggota tubuh nya. - Klien tampak kurang merespon saat di ajarkan latihan gerak Rom pasif -TTV klien: TD: 160/110 mmHg N:99x/i R: 29x/i S: 36,5 °C	
		10.30 Wib	5. mengukur TTV klien yaitu tekanan darah, nadi suhu dan pernapasan sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi.		A : -Masalah belum teratasi.	
		11.00 Wib	6. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak dengan cara mengajarkan keluarga tentang gerakan Rom pasif.		P : - Intervensi 1,2, 5,6 ,8 di lanjutkan.	

		08.30 Wib	3	1. Memberikan bantuan terhadap kebutuhan yang benar-benar di perlukan tentang kebersihan klien dengan cara melakukan personal hygienenya.	11.00 wib	S: -Keluarga klien mengatakn untuk kebersihan dirinya di bantu keluarga dan perawat - Keluarga klien senang saat dilibatkan dalam melakukan personal hygiene keluarganya	
		08.45 Wib		2. Melakukan oral hygiene pada klien dengan membersihkan gigi, bibir dan ildah setiap pagi.		O : - Klien tampak kurang bersih,,mulut klien juga kurang bersih	
		08.45 Wib		3. Melibatkan keluarga dalam melakukan personal hygiene dengan cara mengajarkan		A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1-4 tetap dilanjutkan setiap pagi.	

		09.15 Wib		<p>kluarganya cara membersihkan klien dengan benar..</p> <p>4. Merapikan pakaian klien jika klien tampak berantakan dan di ganti.</p>			
Jumat 08-06- 2018	09.00 wib	1	<p>1. Meobservasi dan catat tanda-tanda vital , seperti tekanan darah,suhu, nadi, pernapasan dan kelainan tekanan intrakranial tiap dua jam.</p> <p>2. Menjurkan klien untuk menghindari batuk dan mencejan</p>	11.00 wib	<p>S : - Keluarga Klien mengatakan lemah dan masing tetep gelisah.</p> <p>O : - Klien tampak lemah.</p> <p>- Keluarga klien tampak mengurut urut kepala pasien karna klien terjatuh di kamar mandi.</p> <p>-Klien tampak kurang merepon saat diberitahu tentang</p>		
		09.15 Wib					

				yang berlebihan saat BAB.		mengindari batuk dan mengejan saat BAB	
		09.25		3. Memantau		-TTV klien:	
		Wib		TTV seperti cata adanya hipertensi atau hipotensi.		TD: 140/90 mmHg N:	
		09.30		4. Berikan posisi kepala		86x/i R : 24x/i S: 37,3 °C	
		Wib		30-45 ⁰ satu kali dalam 2 jam		A : - Masalah belum teratasi	
		10.00		5. Menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung untuk melihat klien.		P : - Intervensi 1-6 di lanjutkan	
		Wib					
		06.00		6. Pemberian obat neuroprotektor seperti candesartan 1x1, Aminopilin 1x1, citicolin 2x500.			
		Wib					
		Diberikan oleh perawat dinas malam					
						S : - Keluarga mengatakan	

		09:00 wib	2	1. Mengubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring).	11.00 wib	klien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya secara mandiri. -Keluarga klien mengatakan sangat senang saat dilibatkan saat melakukan latihan gerak dengan cara latihan ROM pasif terhadap klien.	
		09.15 Wib		2. Mengajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit.			
		09.30 Wib		3. Melakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit dengan cara ROM pasif.		O : - Klien tampak kesulitan menggerakkan ekstremitas sebelah kiri -TTV klien: TD: 140/90 mmHg	
		09.40 Wib		4. mengukur TTV klien yaitu tekanan darah, nadi, suhu, dan pernapasan sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi.		N:86x/i R:24x/i S: 37,3 °C A : - Masalah belum teratasi P :-Intervensi 1-5 di lanjutkan	

		09.30 Wib		5. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak dengan cara mengajarkan keluarga tentang gerakan Rom pasif.			
		08.20 wib	3	1. Memberikan bantuan terhadap kebutuhan yang benar-benar di perlukan tentang kebersihan klien dengan cara melakukan personal hygienenya.	11.00 wib	S : Keluarga klien mengatakn untuk kebersihan dirinya di bantu keluarga dan perawat O : - Klien masih tampak kurang bersih,,mulut klien juga kurang bersih A : - Masalah belum teratasi P : - Intervensi 1-4 tetap dilanjutkan	
		08.30 Wib		2. Melakukan oral hygiene pada			

		08.30 Wib		<p>klien dengan membersihkan gigi, bibir dan ildah setiap pagi.</p> <p>3. Melibatkan keluarga dalam melakukan personal hygiene dengan cara mengajarkan kluarganya cara membersihkan klien dengan benar..</p>			
		09.00 Wib		<p>4. Merapikan pakaian klien jika klien tampak berantakan dan di ganti.</p>			
							S : - Keluarga mengatakan

	Sabtu 09-06- 2018	09:15 wib	1	1. Meobservasi dan catat tanda-tanda vital , seperti tekanan darah,suhu, nadi, pernapasan dan kelainan tekanan intrakranial tiap dua jam.	11.30 wib	klien masih lemah, O : - Klien tampak masih lemah -Klien tampak kurang merespon saat di ajarkan untuk menghindari batuk dan mendedan -TTV klien: TD: 90/80 mmHg N: 87x/i R: 21x/i S: 36,8 °C A : - Masalah teratasi P : - Intervensi 1-6 di lanjutkan	
		09.30 Wib		2. Menjurkan klien untuk menghindari batuk dan mengejan yang berlebihan saat BAB.			
		09.45 Wib		3. Memantau TTVseperti cata adanya hipertensi atau hipotensi.			
		10.15 Wib		4. Berikan posisi kepala 30-45 ⁰ satu			

		10.45 Wib		kali dalam 2 jam 5. Menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung untuk melihat klien.		
		06.00 Wib Diberikan oleh perawat dinas malam		6. Pemberian obat neuroprotektor seperti candesartan 1x1, Aminopilin 1x1, citicolin 2x500.		
		09:00 Wib	2	1. Mengubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring).	11.30 Wib	S : - Keluarga mengatakan klien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya -Keluarga mengatakan keadaan klien semakin melemah
		09.15 Wib		2. Mengajarkan klien untuk		

				melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit.		
		09.40 Wib		3.Melakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit dengan cara ROM pasif.		O : - Klien tampak tak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah.. Terjadi penurunan kesadaran --TTV klien: TD: 55/50 mmHg
		10.15 Wib		4.mengukur TTV klien yaitu tekanan darah, nadi suhu dan pernapasan sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi.		N:45x/i R:13x/i S: 36,0 °C GCS : (E1, M2, V1) A : - Masalah teratasi ,klien meninggal dunia
		10.45 wib		5. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak dengan cara mengajarkan keluarga tentang		P : - Intervensi tidak lanjutkan

		08:30 wib	3	gerakan Rom pasif. 1. Memberikan bantuan terhadap kebutuhan yang benar-benar di perlukan tentang kebersihan klien dengan cara melakukan personal hygienenya.	10.00 wib	S: -Keluarga klien mengatakn untuk kebersihan dirinya di bantu keluarga dan perawat O : - Klien masih tampak kurang bersih,,mulut klien juga kurang bersih A : - Masalah teratasi P : - Intervensi tidak dilanjutkan	
		08.45 Wib		2. Melakukan oral hygiene pada klien dengan membersihkan gigi, bibir dan ildah setiap pagi.			

		08.45 Wib		3. Melibatkan keluarga dalam melakukan personal hygiene dengan cara mengajarkan kluarganya cara membersihkan klien dengan benar..			
		09.00 Wib		4. Merapikan pakaian klien jika klien tampak berantakan dan di ganti.			

BAB IV

PEMBAHASAN

Selama penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien Ny. R dengan Stroke Hemoragik di Ruang Rawat Inap Neurologi "RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi" dari tanggal 07 sampai 09 Juni 2018. Beberapa hal yang perlu dibahas, disini penulis menemukan faktor-faktor penghambat dan terdapat pula faktor pendukung dari kasus yang penulis ambil.

Dalam penerapan kasus keperawatan tersebut penulis telah berusaha mencoba menerapkan asuhan keperawatan pada klien Ny. R dengan Stroke Hemoragik sesuai dengan teori-teori yang ada untuk melihat lebih jelasnya sejauh mana kegiatan dapat dilakukan serta keberhasilan yang dicapai akan diuraikan sesuai dengan proses keperawatan dinilai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi.

4.1 Pengkajian

Menurut Tarwoto (2013) pengkajian keperawatan pada pasien stroke meliputi :

1) Identitas pasien

Meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia tua), jenis kelamin, pendidikan, MRS, nomor register, diagnose medis. Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny. R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di dapatkan identitas klien sama dengan yang ada di teori.

2) Keluhan utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran. Sedangkan pada pengkajian pada hari Kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di dapatkan identitas klien sama dengan yang ada di teori. Kelemahan terhadap semua tubuh, dan mengalami penurunan kesadaran. GCS Samnolen (E:3 V:2 M:3)

3) Riwayat penyakit sekarang

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Sedangkan pada pengkajian pada hari Kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di dapatkan data, keluarga klien mengatakan klien tidak sadarkan diri, klien mengalami penurunan kesadaran, klien tampak meringis, klien terpasang oksigen 2 liter, klien terpasang infus Assering tangan

sebelah kanan,dan klien terpasang kateter.Klien terpasang monitor.Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara saat terjatuh dari kamar mandi.GCS:Delirium10(E:3 V:2M:5). BB/TB:55 kg/160 cm.Tanda VitalSuhu:36°CPernafasan:29 x/INadi : 99 x/I TD : 160/110 mmHg .

4) Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan. Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, Keluarga klien mengatakan sebelumnya klien tak pernah mengalami penyakit yang sama dan juga belum pernah di rawat di rumah sakit. Klien juga mempunyai riwayat hipertensi ± sudah 20 tahun .TD klien pada 20 tahun yang lalu180/90 mmHg.

5) Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi ataupun diabetes mellitus. . Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, Keluarga klien mengatakan tidak ada keluarga yang lain mengalami penyakit hipertensi, jantung, diabetes militus.

6) Pemeriksaan Fisik

a. Tingkat kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, apatis, sopor, soporos coma, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15. Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, di dapat tingkat kesadaranklien :Delirium 10 (E:3 V:2 M:5). : Delirium : kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau.

b. Tanda-tanda Vital

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggan dengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80. Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, didapatkan hasil TD : 160/ 110 mmHg.

2) Nadi

Biasanya nadi normal. Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, didapatkan hasilNadi: 99 x/i

3) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas, Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat InapNeurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, didapatkan hasilPernafasan: 29 x/i .

c. Rambut

Biasanya tidak ditemukan masalah, Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, didapatkan hasil Warna rambut ada yang hitam dan yang putih, rambut klientampak berminyak, terdapat ketobe di bagian depan kepala, tidak ada pembemkakan atau lesi, tidak ada nyeri tekan pada kulit kepala.

7) Pemeriksaan Penunjang

Pada tinjauan teoritis terdapat pemeriksaan penunjang seperti angiografi serebral, CT scan, lumbalfungsi MRI (Magnetic imagin Resonance), USG Doppler, EEG, sinartengkorang. Sedangkan pada

tinjauan kasus Ny.R hanya dilakukan pemeriksaan Radiologi, EKG, dan pemeriksaan laboratorium.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada tinjauan teoritis ditemukan 6 diagnosa keperawatan yaitu:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuscular.
4. Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler.
5. Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
6. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan tirah baring yg lama.

Sedangkan pada tinjauan kasus ditemukan 3 diagnosa yang ditegakkan diagnosa yang muncul pada kasus adalah :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral .
2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak .
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuscula.

Penulis mengangkat diagnosapertama, Ketidak efektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infrak jaringan otak , vasospasme serebra, edema serebral.Pada saat pengkajian keluarga klien mengatakan sakit kepala, ada riwayat hipertensi, dan pernah jatuh di kamar mandi.

Diagnosa kedua, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik. Pada saat pengkajian keluarga klien mengatakan aktifitas klien selalu dibantu, anggota gerak atas dan bawah klien tidak bisa digerakkan saat beraktifitas.

Diagnosa ketiga, Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan fisik.Pada saat pengkajian keadaan klien kurang bersih, mulut klien terlihat kotor, rambut klien tidak rapi.

Alasan penulis tidak mengangkat diagnose Kerusakan komunikasi verbal berhubungan dengan kerusakan neuromuskuler. Karna saat saya melakukan pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 Ny.R mengalami penurunan kesadaran, oleh karna itu penulis tidak mengangkat diagnose ini. Menurut penulis diagnose ini belum terlalu di butuhkan oleh klien.

Selanjutnya kenapa penulis tidak mengangkat diagnose ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Karna pada saat pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 pada Ny.R, karna klien telah terpasang NGT untuk memenuhi nutrisi tubuhnya.Jadi untuk pemenuhan nutrisi klien pada Ny.R tidak bermasalah.

Alasan penulis tidak mengikat diagnose resiko kerusakan integritas kulit pada saat pengkajian hari kamis tanggal 07-06-2018 pada Ny.R. Menurut penulis diagnose ini tidak terlalu dibutuhkan oleh klien,karna di diagnose hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan fisik dalam intervensinya telah di ajarkan klien untuk miring kanan kiri sekali 2 jam. Setelah itu pada hari ketiga pengamatan kasus klienNy.R meninggal dunia pada hari sabtu tanggal 09-06-2018 jam 11.20 wib.

4.3 Intervensi

Dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan pada klien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan, tidak semua rencana tindakan pada teori yang dapat diterapkan pada klien karena saat pelaksanaan tindakan keperawatan tersebut tindakan yang diberikan hanya yang diperlukan dan berdasarkan keluhan klien saat dilakukan pengkajian.

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral, yaitu secara teoritis intervensi yang dilakukan adalah sebanyak 7 intervensi :

1. Berikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab-sebab gangguan perfusi jaringan otak dan akibatnya.
2. Observasi dan catat tanda-tanda vital dan kelainan tekanan intrakranial tiap dua jam.
3. Anjurkan untuk menghindari batuk dan mencejan yang berlebihan.
4. Pantau TTVseperti cata adanya hipertensi atau hipotensi.
5. Berikan posisi kepala $30-45^0$ dalam posisi anotomis (netral).

6. Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung.
7. Kolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotektor.

Pada dua hari selanjutnya hanya 6 intervensi saja yang di lakukan, intervensi yang pertama tidak dilakukan lagi pada hari selanjutnya.

Diagnosa yang kedua adalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota gerak yaitu secara teoritis intervensi yang dilakukan adalah sebanyak 6 intervensi adalah :

1. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas.
2. Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang,miring).
3. Ajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit.
4. Lakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit.
5. Ukur TTV klien sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi.
6. Libatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak.

Pada hari selanjutnya hanya dilakukan hanya 5 intervensi.

Diagnosa ketiga Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan neuromuscular yaitu secara teoritis intervensi yang dilakukan adalah sebanyak 5 intervensi adalah :

1. Berikan bantuan terhadap kebutuhan yang benar-benar di perlukan.
2. Lakukan oralhygiene pada klien dengan membersihkan gigi, bibir dan ildah.
3. Libatkan keluarga dalam melakukan personal hygiene.

4. Rapikan pakaian klien jika klien tampak berantakan dan di ganti.
5. Konsultasi dengan ahli fisioterapi.

Untuk hari selanjutnya tetap 5 intervensi di lakukan

4.4 Implementasi

Setelah rencana tindakan maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien Stroke Hemoragik ini tidaklah mudah penulis mengatur strategi agar tindakan keperawatan dapat terlaksana ,terlebih dahulu dilakukan pendekatan pada keluarga klien saja, karna kliennya mengalami penurunan kesadaran, yang bertujuan agar nantinya keluarga klien mau melaksanakan apa yang dianjurkan oleh perawat,sehingga seluruh rencana tindakan keperawatan yang dilaksanakn sesuai dengan yang dihadapi klien.

Dengan melakukan rencana tindakan keperawatan ini penulis merasa ada beberapa factor kemudahan dan kesulitan penulis dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan disebabkan karena:

1. Adanya faktor perencanaan yang baik dan sistematis sehingga memudahkan untuk melakukan tindakan keperawatan.
2. Pendekatan yang dilakukan pada keluarga dengan baik sehingga keluarga merasa percaya pada penulis dan mudah dalam pemberian serta pelaksanaan tindakan keperawatan.
3. Adanya kerja sama yang baik dengan petugas ruangan ,sehingga penulis mendapat bantuan dalam melaksanakan tindakan keperawatan.

4. Pada saat pemeriksaan fisik (pemeriksaan Nervus), tidak dapat dilakukan semuanya, karena klien mengalami penurunan kesadaran.
5. Pada hari ketiga atau hari terakhir pengamatan kasus, keadaan klien semakin kritis, akhirnya klien meninggal dan tidak terselamatkan dan intervensi dihentikan.

Diagnosa yang pertama, dalam melakukan implementasi penulis hanya melakukan 6 implementasi dari 7 intervensi yang penulis ambil diantaranya :

1. Memberikan penjelasan kepada keluarga klien tentang sebab-sebab gangguan perfusi jaringan otak dan akibatnya.
2. Menganjurkan untuk menghindari batuk dan mengejan yang berlebihan.
3. Memantau TTV seperti catat adanya hipertensi atau hipotensi, dengan hasil TTV pada hari Kamis: TD: 160/110 mmHg, R: 29x/I, N: 99x/I, S: 36°C, hasil TTV pada hari Jumat TD: 140/90 mmHg, R: 21x/I, N: 86x/I, S: 37°C, hasil TTV hari Sabtu TD: 90/80 mmHg, R: 21x/I, N: 87x/i, S: 36°C. Memberikan posisi kepala 30 - 45⁰ dalam posisi anatomis (netral), dengan cara mengatur ketinggian tempat tidur klien seperti yang direncanakan.
4. Menciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung, 6. Berkolaborasi dengan tim dokter dalam pemberian obat neuroprotektor.

Diagnosa kedua, dalam melakukan implementasi penulis hanya melakukan 6 implementasi dari 6 intervensi yang penulis ambil diantaranya :

1. Mengkaji kemampuan klien dalam melakukan aktifitas..
2. Mengubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang, miring) dengan cara miring kanan kiri setiap satu kali 2 jam.
3. Mengajarkan klien untuk melakukan latihan gerak aktif pada ekstremitas yang tidak sakit.
4. Melakukan gerak pasif pada ekstremitas yang sakit.
5. Ukur TTV klien sebelum dan sesudah tindakan mobilisasi.
6. Melibatkan keluarga dalam melakukan latihan gerak, seperti melakukan gerakan ROM pasif.

Diagnosa ketiga, dalam melakukan implementasi penulis hanya melakukan 5 implementasi dari 5 intervensi yang penulis ambil diantaranya :

1. Berikan bantuan terhadap kebutuhan yang benar-benar diperlukan.
2. Lakukan oral hygiene pada klien dengan membersihkan gigi, bibir dan lidah.
3. Libatkan keluarga dalam melakukan personal hygiene, seperti memandikan klien setiap pagi.
4. Rapiakan pakaian klien jika klien tampak berantakan dan di ganti dilakukan setelah mandi.
5. Konsultasi dengan ahli fisioterapi, seperti memberikan latihan gerak.

4.5 Evaluasi

Dari 3 diagnosa yang penulis tegakkan dan 3 diagnosa yang dilakukan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan studi kasus

dan melakukan asuhan keperawatan hampir semua tindakan mencapai perkembangan,meski pencapaian belum optimal perlu adanya kerjasama antara penulis dan klien,keluarga dan tim kesehatan yang lainnya.

Hasil evaluasi dari diagnose pertama: Pada hari pertama: S : - Keluarga Klien mengatakan masih lemah ,gelisah, O : - Klien tampak masih lemah, -TTV klien: TD: 160/110 mmHg N:99xi, R: 29x/I, S: 36,5⁰C. A : - Masalah belum teratasi,P : - Intervensi ,3,4,5,6, di lanjutkan.Pada hari kedua: S : - Keluarga Klien mengatakan lemah,dan masing tetep gelisah,O : - Klien tampak lemah, - Keluarga klien tampak mengurut urut kepala pasien karna klien terjatuh di kamar mandi, -TTV klien: TD: 140/90 mmHg N: 86x/I, R: 24x/I, S: 37,3 ⁰C, A: Sebegian masalah teratasi, p: intervensi dilanjutkan.Pada hari ketiga: S : - Keluarga mengatakan klien masih lemah, O : - Klien tampak masih lemah, -TTV klien: TD: 90/80 mmHg N: 87x/i, R: 21x/i S: 36,8 ⁰C A : - Masalah teratasi, P :Intervensi di lanjutkan.

Diagnosa ke dua: hasil hari pertama di dapatkan hasil evaluasi : S : - Keluarga mengatakan klien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kiri nya,O : - Klien tampak kesulitan menggerakkan ekstermitas atas dan bawah, -TTV klien: , TD: 160/110 mmHg N:99x/I, R: 29x/i S: 36,5⁰C, A : - Masalah belum teratasi, P : - Intervensi 1,2,5,6di lanjutkan.Hasil hari kedua dari evaluasi : S : - Keluarga mengatakan klien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kiri nya, O:- Klien tampak kesulitan menggerakkan ekstermitas sebelah kiri, -TTV klien: TD: 140/90 mmHg N: 86x/i , R: 24x/I,S: 37,3 ⁰C, A : - Masalah belum teratasi, P : - Intervensi di

lanjutkan. Hasil hari ketiga dari evaluasi : S : - Keluarga mengatakan klien masih belum bisa menggerakkan tangan dan kaki kirinya, - Keluarga mengatakan keadaan klien semakin melemah, O : - Klien tampak tak bisa menggerakkan ekstermitas atas dan bawah. Terjadi penurunan kesadaran--
TTV klien: TD: 55/50 mmHg N: 45x/i, R: 13x/I, S: 36,0⁰C, GCS : (E1, M2, V1), A : - Masalah teratasi, klien meninggal dunia, P : - Intervensi tidak lanjutkan.

Diagnosa ke tiga: hasil hari pertama di dapatkan hasil evaluasi: S: Keluarga klien mengatakan untuk kebersihan dirinya di bantu keluarga dan perawat, O : - Klien tampak kurang bersih,,mulut klien juga kurang bersih,A: Masalah belum teratasi,P : - Intervensi 1-5 tetap dilanjutkan. Hasil hari kedua di dapatkan hasil evaluasi: S: - Keluarga klien mengatakan untuk kebersihan dirinya di bantu keluarga dan perawat, O : - Klien masih tampak kurang bersih,,mulut klien juga kurang bersih, A : Masalah belum teratasi, P : - Intervensi 1-5 tetap dilanjutkan. Hasil hari ketiga di dapatkan hasil evaluasi : S: - Keluarga klien mengatakan untuk kebersihan dirinya di bantu keluarga dan perawat, O : - Klien masih tampak kurang bersih,,mulut klien juga kurang bersih, A : - Masalah teratasi, P: Intervensi tidak dilanjutkan.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

5.1.1 Pengkajian

Serangan stroke infark biasanya didahului dengan serangan awal yang tidak disadari oleh pasien, biasanya ditemukan gejala awal sering kesemutan, rasa lemah pada salah satu anggota gerak. Pada serangan stroke hemoragik seringkali berlangsung sangat mendadak, pada saat pasien melakukan aktifitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, disamping gejala kelumpuhan separoh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Sedangkan pada pengkajian pada hari kamis tanggal 07-06-2018 jam 09:00 wib pada klien Ny.R, di Ruang Rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi di dapatkan data, keluarga klien mengatakan klien tidak sadarkan diri, klien mengalami penurunan kesadaran, klien tampak meringis, klien terpasang oksigen 2 liter, klien terpasang infus Assering tangan sebelah kanan, dan klien terpasang kateter. Klien terpasang monitor. Keluarga klien mengatakan klien tidak bisa berbicara saat terjatuh dari kamar mandi. GCS: Delirium 10 (E:3 V:2 M:5). BB/TB: 55 kg/160 cm. Tanda Vital Suhu: 36°C Pernafasan : 29 x/I Nadi : 99 x/I TD : 160/110 mmHg .

5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Sedangkan pada kasus di angkat 3 diagnosa : yaitu diagnose 1, 2, 3. Dan diagnose 4, 5, 6, tidak diangkat pada saat penggajian belum ada factor –factor untuk menegakan diagnose tersebut.

5.1.3 Intervensi

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan infark jaringan otak, vasospasme serebral, edema serebral, yaitu intervensi : Observasi dan catat tanda-tanda vital dan kelainan tekanan intrakranial tiap dua jam

Diagnosa yang kedua adalah Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, kelemahan anggota Ubah posisi minimal setiap 2 jam (telentang,miring).

Diagnosa ketiga Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan Lakukan oralhygiene pada klien dengan membersihkan gigi, bibir dan ildah,

Implementasi

Diagnosa yang pertama,dalam melakuakn implementasi yaitu. Sesuang dengan intervensi yang di rencanakan, tindakan yang dilakukan asdalah mengukut TTV dengan cara pemeriksaat tekanan darah, Nadi, Pernapasan dan Suhu . Mencegah klien supaya tidak batuk dan mendedan.

Diagnosa kedua, dalam melakuakn implementasi dengan cara memirikan klien dengan cara miring kana kiri 1 kali dalam 2 jam.

Diagnosa ketiga, dalam melakuakn implementasi penulis hanya melakukan dengan cara menyiapkan alat-alat mandi seperti pakaian ganti, handuk , sabun, air hangat, bedak dll. Kemudian barulah melakukan personal hygiene kepada klien

Evaluasi

Dari 3 diagnosa tersebut masalah sudah teratasi, karna klien pada hari sabtu tanggal 09-06-2018 jam 11:20 wib meninggal dunia.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil penerapan proses keperawatan yang telah di lakukan maka penulis dapat memberikan saran yang mungkin berguna bagi para pembaca. Saran-saran tersebut antara lain : Walaupun sudah di lakukan pengkajian sebaik mungkin, namun masih perlu di tingkatkan di masa yang akan datang, di samping itu di harapkan keluarga bersikap lebih terbuka dalam memberikan informasi yang sangat berguna untuk melakukan rencana tindakan, di harapkan dalam melakukan tindakan keperawatan mahasiswa dan perawat ruangan dapat mengembangkan teori-teori atau menggunakan sumber yang terbaru yang dapat di terapkan dengan baik, sebagai perawat yang profesional di tuntutan untuk lebih cermat dalam mengevaluasi suatu keadaan yang didapat didalam ruangan rawat inap neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Kemudian karya tulis ini dapat di manfaatkan secara maksimal , sehingga dapat

membantu pembelajaran , dan dapat mengefektifkan kemandirian dan kreatifitas mahasiswa. Selain itu juga dibutuhkan lebih banyak referensi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adib, M.,2009. *Cara Mudah Memahami dan Menghindari Hipertensi Jantung, danStroke*. Yogyakarta: Dianloka Printika.
- Arum.(2015). *STROKE, Kenali, Cegah dan Obati*. Yogyakarta :Notebook
- Aru W, Sudoyo. 2009. *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam, jilid II, edisi V*.Jakarta: Interna Publishing.
- Badan pusat statistic, (2013, juli) bps. go. Id. [online], [http:// sp 2010. Bps. go. Id /index. Php / siti/ table? Tid = 321](http://sp2010.bps.go.id/index.php/siti/table?Tid=321)
- Brunner & suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal – Bedah Edisi 12* . Jakarta: EGC
- Junaidi, Iskandar.,2011.*Stroke Waspadai Ancamannya*.Yogyakarta : ANDI
- Kelompok Studi Serebrovaskuler Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia.,2004. *Guidelines Stroke 2004*. Perhimpunan Dokter Spesialis Saraf Indonesia (PERDOSSI).
- Muttaqin, Arif. 2008. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nanda (2015). *Diagnosa Keperawatan Defenisi & Klasifikasi 2015-2017 Edisi 10 T Heather Heather Herdaman, Shigemi Kamitsuru*, Jakarta: EGC.

- Rico JS, Suharyo H, dan Endang K. 2008. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kejadian Stroke pada Usia Muda Kurang dari 40 Tahun*. Jurnal Epidemiologi.2008:1-13.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas). (2013). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2013*.Diakses: 19 Oktober2014, <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%20>
- Susilo, Hendro. 2007. *Simposium Stroke, Patofisiologi Dan Penanganan Stroke, Suatu Pendekatan Baru*. Bangkalan.
- Tarwoto, Wartonah, Eros SS. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- Yayasan Stroke Indonesia.2007. *Penderita Stroke Meningkat*. Jakarta: Yayasan Stroke Indonesia .

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. Identitas Penulis

Nama : Nova Novianti
Tempat / Tanggal Lahir : Manggopoh / 01-November-1994
Agama : Islam
Alamat : Jorong sikabu, kp tengah, Kecamatan Lubuk basung , Kab Agam.
Jumlah Bersaudara : 4(Empat) Orang
Anak Ke : 1 (Satu)

II. Nama Orang Tua

Ayah : Zulkifli
Ibu : Erma Wati


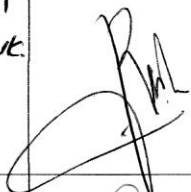

III. Pendidikan

1. Taman Kanak-kanak Al-Hikmah : Tahun 2001
2. SD N 56 SIKABU : Tahun 2006-2007
3. SMP N 3 Lubuk Basung : Tahun 2009-2010
4. SMA N 2 Lubuk Basung : Tahun 2012-2013
5. Program Studi DIII Keperawatan Stikes Perintis Padang Tahun 2015
Sampai Sekarang

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : NOVA NOVIANTI
 Nim : 1514401021
 Pembimbing : Ns.Reni Mulyanti,S.Kep
 Juduk KTI Studi Kasus : Stroke Hemoragik Pada NY.R Diruangan Neurologi Rumah Sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Kamis 07-06-2018	- Pengkajian - Menentukan diagnosa - cara melakukan pementasan fistik.	
2	Sabtu/ 9-06-2018	- cara membuat keulakan setoran dan Alasan masuk. - cara membuat soap.	
3	29-07-2018	- Pahami dan kuasai mesin - Siapkan dan uji - Ace of distyionka	
4			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG






LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : NOVA NOVIANTI

Nim : 1514401021

Pembimbing : NS .KALPANA KARTIKA, M.Si

Juduk KTI Studi Kasus : Stroke Hemoragik Pada NY.R Diruangan Neurologi Rumah Sakit Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi.

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Sabtu 09.06.2018	-perbaikan pengetahuan - pemeriksaan fisik dan dx	
2	Kamis 28.06.2018	-perbaikan Bab I dan II -perbaikan intervensi dan imple mentasi.	
3	Senin 02.07.2018	-perbaiki Bab IV dan V Lengkapi semuanya.	
4	Kamis 05.07.2018.	-perbaikan daftar ISI - harus lengkap semuanya dengan detail	
5	Kamis 12.07.2018	Acc di ujikan	
7			
8			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI



Nama Mahasiswa : Nova novianti

Nim : 1514401021

Penguji II : Ns. Kalpana Kartika M.Si

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Stroke Hemoragik

diruang rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi 2018

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	Selesai / 31-07 2018	Konsul perbaikan	
2	Selesai / 31-07 2018	Acc di Jilid	
3			
4			

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

SEKOLAH ILMU TINGGI KESEHATAAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN REVISI



Nama Mahasiswa : Nova novianti

Nim : 1514401021

Penguji I : Ns. Vera sesrianty M.Kep

Juduk KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny.R dengan Stroke Hemoragik

diruang rawat Inap Neurologi RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi 2018

NO	Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Tanda Tangan
1	26/07-2018	Konsul perbaikan	
2	30/07-2018	Doc lengkap	
3			
4			