

KARYA TULIS ILMIAH

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN MB DENGAN
STROKE HEMORAGIC (SH) DI RUANGAN INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD)
RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk
Menyelesaikan studi pada program Studi Diploma III Keperawatan
Dan mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan**



NAMA : MARIA IVONIA LIU

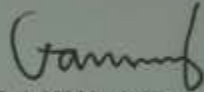
NIM : PO.530320115079

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA BADAN PENGEMBANGAN
DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN POLITEKNIK
KESEHATAN KEMENKES KUPANG JURUSAN KEPERAWATAN PRODI D III
KEPERAWATAN
2018**

LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh MARIA IVONIA LIU NIM: PG.530320115079 dengan judul "STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN.MB DENGAN STROKE HEMORAGIC (SH)" telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Pembimbing



GADUR BLASIUS, S.Kep., Ns., M.Si


NIP. 196212311989031039

LEMBAR PENGESAHAN

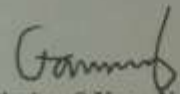
Laporan Studi Kasus oleh MARIA IVONIA LIU dengan judul "ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURATAN PADA TN.MB DENGAN STROKE HEMORAGIC (SH)" telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 06 Juli 2018.

Dewan Penguji

Penguji I


Fransiskus S. Onggang, S.Kep., Ns., MSc
NIP. 196902261991011001

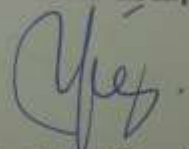
Penguji II


Gadur Blasius, S.Kep., Ns., M.Si
NIP. 196212311989031039

Mengesahkan


Ketua Jurusan Keperawatan
M. Margaretha U.W, SKp., MHSc
NIP.195602171986032001

Mengetahui


Ketua Prodi D-III Keperawatan
Margaretha Telli, S.Kep., Ns., MSc-PH
NIP.197707272000032002

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : MARIA IVONIA LIU
NIM : PO.530320115079
Program Studi : DIII KEPERAWATAN
Institusi : POLTEKKES KEMENKES KUPANG

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 05 Juli 2018

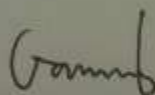
Pembuat Pernyataan

Maria Ivonia Liu

NIM PO.530320115079

Mengetahui

Pembimbing



Gadur Blasius, S.Kep, Ns, M.Si

NIP. 196212311989031039

BIODATA PENULIS

Nama : Maria Ivonia Liu
Tempat, Tanggal Lahir : Koli, 15 Juni 1996
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Liliba
Riwayat Pendidikan :

1. Tamat SDK Olabolo tahun 2009
2. Tamat SMP Soegijapranata Mataloko tahun 2012
3. Tamat SMA Negeri 1 Bajawa tahun 2015
4. Sejak tahun 2015 melanjutkan pendidikan di Poltekkes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan

MOTTO

“Batas waktu dibuat bukan untuk dicapai, tetapi tanda untuk memulai”

ABSTRAK
Asuhan Keperawatan KegawatDaruratan Pada TN.MB Dengan
Stroke Hemoragic (SH) Di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD)
RSUD. PROF.DR.W.Z.Johannes Kupang

Politeknik kesehatan Kemenkes Kupang
Program Studi D III Keperawatan
Karya Tulis Ilmiah, Juni 2018

Stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena, perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke infark) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian. Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya. Criteria pengkajian harus mencakup tersedianya format pengkajian, data yang dikaji harus data yang ada dan dialami pasien saat sakit, data harus valid dan akurat. Diagnosa Keperawatan berdasarkan teori Nanda, NIC NOC 2015.

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan dan membatasi serta mencegah dan merubah. Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus dapat berpikir kritis dalam merumuskan rencana keperawatan. Intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya. Implementasi disesuaikan dengan intervensi yang sudah ditetapkan.

Evaluasi.;Evaluasi disesuaikan dengan kasus Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Dari kasus stroke hemoragic terdapat lima proses keperawatan yang diterapkan oleh perawat yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

Kata kunci: Asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan stroke hemoragic

KATA PENGANTAR

Puji syukur patut dipanjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan penyertaannya penulis dapat menyelesaikan Studi Kasus dengan judul Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Tn MB Dengan STROKE HEMORAGIC yang Dirawat Di Ruang IGD RSUD Prof.Dr.W.Z.Johannes Kupang .

Studi Kasus ini merupakan salah satu persyaratan akademik dalam menyelesaikan Studi Kasus di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan.Penulis menyadari bahwa dalam proses penulisan ini ,penulis dapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak.Oleh karena itu penulis mengucapkan limpah terima kasih yang sebesar-besarnya atas bantuan dan dukungan yang telah diberikan dalam menyelesaikan penulisan Studi Kasus ini kepada;

1. Ibu Ragu Harming Kristina, SKM., M.Kes ,Selaku direktur Poltekkes Kemenkes Kupang.
2. Bapak Gadur Blasius ,S.Kep,Ns,M.Si, Selaku pembimbing yang telah memberikan masukan serta kritik yang konstruktif bagi kemajuan penulis
3. Bapak Fransiskus S. Onggang ,S.Kep,Ns,MSc,selaku penguji yang telah memberikan masukan yang baik bagi kemajuan penulis.
4. Ibu M. Margaretha U.W, S.Kp.,MHSc selaku Ketua Jurusan Keperawatan Kupang.
5. Ibu Margaretha Telly, S.Kep., Ns., MSc-PH selaku Ketua Jurusan Program Studi D-III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kupang.
6. Ibu Yosefina S. Beluan, S.Kep.,Ns selaku pembimbing klinik di ruangan Instalasi gawat darurat (IGD).
7. Bapak dan mama tersayang dalam mendidik ,membimbing dan mendukung serta menguatkan penulis juga saudara-saudaraku Loni, Eflin, Imaculata, Dina, Asno tercinta untuk doa, semangat dan dukungannya.
8. Untuk teman-teman yang sudah membantu saya dalam penulisan Studi Kasus : Gertin,Devy,Inka.
9. Untuk teman –teman Jurusan Keperawatan Kupang angkatan 2015 ,terima kasih atas dukungannya Tuhan memberkati selalu.

10. Semua pihak yang telah membantu penulis dalam bentuk apapun dan sekecil apapun selama perkuliahan dan dalam penulisan studi kasus ini.

Semoga segala bantuan dan bakti kita semua diberkati oleh Tuhan Yang Maha Kuasa ,kiranya proposal ini dapat berguna bagi semua yang membaca.

Kupang, Juni 2018

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	iv
BIODATA PENULIS	v
ABSTRAK.....	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR LAMPIRAN	xi
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan Studi Kasus	3
1.3 Manfaat Studi Kasus.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Penyakit	5
2.2.1 Konsep Asuhan Keperawatan Stroke Hemoragic.....	10
BAB 3 HASIL STUDI KASUS dan PEMBAHASAN	
3.1 Hasil Studi Kasus.....	16
3.2 Pembahasan.....	20
BAB 4 PENUTUP	
4.1 Kesimpulan	24
4.2 Saran	25
DAFTAR PUSTAKA	26
LAMPIRAN	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Lembar jadwal kegiatan

Lampiran Lembar Format Pengkajian

Lampiran Lembar Bukti Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Stroke menurut *World Health Organization* (WHO) (2001) seperti yang dikutip Junaidi (2011) adalah suatu sindrom klinis dengan gejala berupa gangguan, fungsi otak secara fokal maupun global, yang dapat menimbulkan kematian atau kecacatan yang menetap lebih dari 24 jam, tanpa penyebab lain kecuali gangguan vaskular. Menurut Junaidi (2011) stroke merupakan penyakit gangguan fungsional otak akut fokal maupun global akibat terhambatnya aliran darah ke otak karena, perdarahan (stroke hemoragik) ataupun sumbatan (stroke infark) dengan gejala dan tanda sesuai bagian otak yang terkena, yang dapat sembuh sempurna, sembuh dengan cacat, atau kematian.

Menurut *World Health Organization* (WHO) (2004) seperti yang dikutip pada laporan *The Global Burden Disease*, di dunia untuk semua kelompok umur stroke infark dan penyakit jantung, merupakan penyebab kematian utama. Dengan penderita stroke infark yang meninggal di dunia adalah 7,2 juta jiwa (12,2 %), dan penyakit jantung 5,7 juta jiwa (9,7%). Insidens rate penyakit stroke infark untuk serangan pertama adalah 9 juta jiwa. Menurut 2 peneliti dari *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), stroke banyak ditemukan di kalangan remaja dan orang muda dewasa. Laporan ini diterbitkan dalam *Annals of Neurology*, edisi 1 September 2011. Kecenderungan peningkatan penyakit stroke usia muda tampak sejalan dengan peningkatan gizi berbagai makanan cepat saji, pola makanan yang sangat berlemak dan berkolesterol tinggi, hal ini menyebabkan pergerseran usia penderita penyakit stroke yang dulunya sering di temui pada lanjut usia sekarang ditemui pada usia muda.

Stroke merupakan masalah bagi Negara-negara berkembang. Di dunia penyakit stroke meningkat seiring dengan modernisasi. Di Amerika Serikat Mengacu pada laporan (*American Heart Association*), stroke menjadi penyebab kematian yang ketiga setelah penyakit jantung dan kanker. Diperkirakan ada 700.000 kasus stroke di Amerika Serikat setiap tahunnya, dan 200.000 diantaranya dengan serangan berulang Serangan otak ini merupakan kegawatdaruratan medis yang harus ditangani secara cepat, tepat, dan cermat.

Di Indonesia penelitian berskala cukup besar dilakukan oleh survey *Asean Neurologic Association (ASNA)* di 28 rumah sakit di seluruh Indonesia, pada penderita stroke akut yang dirawat di rumah sakit dan dilakukan survey mengenai faktor-faktor resiko, lama perawatan, mortalitas dan morbiditasnya. Hasil penelitian dari profil usia dibawah 45 tahun cukup banyak yaitu 11,8%, usia 45-64 tahun berjumlah 54,7% dan diatas usia 65 tahun sebanyak 33,5% (Misbach, 2008). Setiap tahun terjadi 500.000 penduduk terkena serangan stroke, sekitar 2,5 % atau 125.000 orang meninggal (Menurut Junaidi 2011) dan sisanya cacat ringan maupun berat. Jumlah penderita stroke cenderung terus meningkat setiap tahun, bukan hanya menyerang penduduk usia tua, tetapi juga dialami oleh mereka yang berusia muda dan produktif. Stroke dapat menyerang setiap usia, namun yang sering terjadi pada usia di atas 40 tahun. Angka kejadian stroke meningkat dengan bertambahnya usia, makin tinggi usia seseorang, makin tinggi kemungkinan terkena serangan stroke (Yayasan Stroke Indonesia, 2006).

Data penderita Stroke di RSUD Prof.Dr.W.Z.Johanes Kupang tahun 2017 berjumlah 112 orang. Di Nusa Tenggara Timur, RSUD Prof.Dr.W.Z.Johanes merupakan satu-satunya RS yang memiliki fasilitas CT scan saat penelitian dilakukan. Kerusakan neurologis terbanyak yang dialami responden tidak mengalami gangguan penglihatan 53,3%, Pusing 87,6% mengalami gangguan keseimbangan 76,7%, kaku 70%, hilang rasa 60%, gangguan lapang pandang 60%, Sulit membentuk kata 56,7%. Pasien tidak dapat berbicara 83,3%, nyeri kepala 70%, tetapi tidak mengalami gangguan persepsi 70%, dan tidak mengalami gangguan orientasi 73,3%. Kelumpuhan sebelah kiri adalah terbanyak 33,3%.

Dari uraian diatas, maka penulis tertarik untuk melakukan studi kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan pada TN.MB Dengan Stroke Hemoragic (SH) Di Ruang Instalansi Gawat Darurat”.

1.2 TUJUAN UMUM

Mahasiswa mampu menerapkan asuhan keperawatan yang komprehensif kepada klien dengan Stroke Hemoragik.

1.3 TUJUAN KHUSUS

- a. Mahasiswa dapat melakukan pengkajian pada klien dengan Stroke Hemoragik.

- b. Mahasiswa dapat membuat diagnosa keperawatan berdasarkan analisa data.
- c. Mahasiswa dapat membuat perencanaan pada klien dengan Stroke Hemoragik.
- d. Mahasiswa dapat memberikan implementasi berdasarkan rencana yang sudah disusun.
- e. Mahasiswa dapat mengevaluasi tindakan yang sudah dilakukan pada klien dengan Stroke Hemoragic.

1.4. Manfaat Studi Kasus

1. Bagi Penulis

Untuk menambah pengetahuan penulis khususnya dalam pelaksanaan pada pasien dengan kasus Stroke Hemoragic.

2. Bagi pasien dan Keluarga Pasien

Agar pasien dan keluarga dapat mengetahui tentang penyakit dan perawatan Stroke Hemoragic.

3. Bagi perawat

Untuk meningkatkan professional kerja perawat dalam penatalaksanaan Stroke Hemoragic.

4. Bagi Institusi Pelayanan

Sebagai bahan masukan bagi RSUD untuk menambah pengetahuan perawat dalam penatalaksanaan pada pasien Stroke Hemoragic.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Stroke Hemoragik

1. Pengertian Stroke Hemoragik

Stroke merupakan penyakit yang terjadi karena terganggunya peredaran darah otak yang dapat menyebabkan kematian jaringan otak sehingga mengakibatkan kelumpuhan bahkan kematian pada penderita stroke, stroke dibagi menjadi dua jenis yaitu stroke hemoragik dan stroke non hemoragik (Batticaca, 2008).

Menurut *World Health Organization* (WHO) dalam Muttaqin (2011) stroke didefinisikan sebagai penyakit yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah di otak yang terjadi secara mendadak dengan tanda dan gejala klinik baik lokal maupun global yang berlangsung selama 24 jam atau lebih yang dapat menyebabkan kematian. Stroke Hemoragik merupakan perdarahan yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah pada daerah otak tertentu dan Stroke Non Hemoragik merupakan terhentinya sebagian atau keseluruhan aliran ke otak terhambat. (Wiwit, 2010)

Stroke disebabkan oleh plak arteriosklerotik yang terjadi pada satu atau lebih arteri yang memberi makanan ke otak yang mengaktifkan mekanis pembekuan darah dan menghambat aliran darah di arteri, sehingga menyebabkan hilangnya fungsi otak secara akut pada area yang terlokasi (Guitton & Hall, 2007). Stroke Non Hemoragik terjadi pada pembuluh darah yang mengalami sumbatan sehingga menyebabkan berkurangnya aliran darah pada jaringan otak, trombosis otak.

2. Penyebab Stroke

Stroke biasanya diakibatkan dari salah satu dari empat kejadian. Trombosit (bekuan darah didalam pembuluh darah otak atau leher). Arteriosklerosis serebral dan pelambatan sirkulasi serebral adalah penyebab utama trombosit serebral, yang adalah penyebab paling utama dari stroke. Tanda- tanda thrombosis serebral bervariasi. Sakit kepala adalah awitan yang tidak umum. Beberapa pasien dapat mengalami pusing, perubahan kognitif, atau kejang, dan beberapa mengalami awitan yang tidak dapat dibedakan dari hemoragi intraserebral atau embolisme serebral tidak terjadi dengan tiba-

tiba dan kehilangan bicara sementara, hemiplegia, atau parestesia pada setengah tubuh dapat mendahului awitan paralisis berat pada beberapa jam atau hari.

Embolisme serebral (bekuan darah atau material lain yang dibawa ke otak dari bagian tubuh yang lain). Abnormalitas patologik pada jantung kiri, seperti endokarditis infeksi, penyakit jantung reumatik, dan infark miokard serta infeksi pulmonal, adalah tempat-tempat diasal emboli. Embolis biasanya menyumbat arteri serebral tengah atau cabang-cabangnya yang merusak sirkulasi serebral.

Penurunan aliran darah area otak (Iskemia serebral) terutama karena konstiksi ateroma pada arteri yang menyuplai darah ke otak, (infusienasi suplai darah ke otak)

Hemoragic serebral (pecahnya sel pembuluh darah) serebral dengan perdarahan kedalam jaringan otak atau ruang sekitar otak.

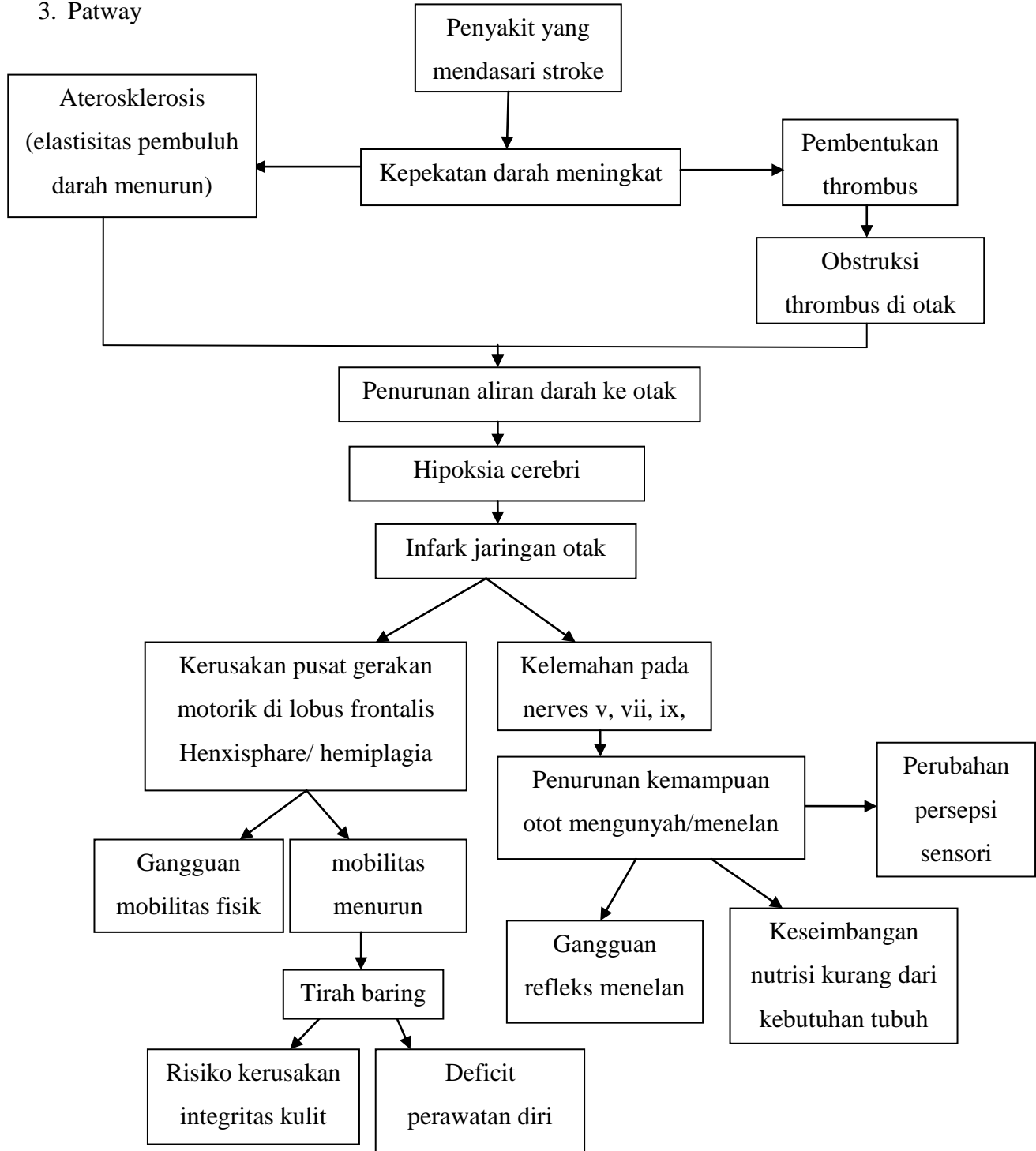
Akibat adalah penghentian suplay darah ke otak, yang menyebabkan kehilangan sementara atau permanen gerakan, berpikir, memori, bicara atau sensasi.

Hemoragic Ektradural Hemoragic ektradural (hemoragic epidural) adalah kedaruratan bedah neuron yang memerlukan perawatan segera. Biasanya mengikuti fraktur tengkorak dengan robekan arteri tengah atau arteri meninges lain. Pasien harus diatasi dalam beberapa jam cedera untuk memepertahankan hidup.

Hemoragic subdural, Hemoragic subdural (termasuk hemorgic subdural akut) pada dasarnya sama dengan hemoragic epidural, kecuali bahwa hematoma subdural biasanya jembatan vena robek. Karenanya periode pembentuk hematoma lebih lama dan menyebabkan tekanan pada otak.

Hemoragic Subarakhnoid, Hemoragic subarachnoid (hemoragic yang terjadi diruang subarachnoid) dapat terjadi sebagai akibat trauma atau hipertensi, tetapi penyebabnya kebocoran aneurisme pada area sirkulus wilisi dan malformasi arteri vena congenital pada otak. Hemoragic Intraserebral Hemoragic atau perdarahan di substansi dalam otak paling umum pada pasien dengan hipertensi dan arterosklerosis serebral .

3. Patway



(Sumber: Smeltzer & Bare.,2010)

4. Tanda dan Gejala

Gangguan Motorik; Tonus abnormal (hipotonus/ hipertonus), Penurunan kekuatan otot, Gangguan gerak volunteer, Gangguan keseimbangan, Gangguan koordinasi gangguan ketahanan. Gangguan Sensorik: gangguan propioseptik, gangguan kinestetik, gangguan diskriminatif, gangguan kognitif, memori dan atensi, gangguan inisiatif, gangguan daya perencanaan, gangguan cara menyelesaikan suatu masalah. Gangguan Kemampuan Fungsional; Gangguan dalam beraktivitas sehari-hari seperti mandi, makan, ke toilet dan berpakaian. (Menurut (Smeltzer & Bare, 2010).

5. Pelaksanaan Pasien Stroke Fase Akut.

Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semitelungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang. Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu untuk pasien dengan stroke passif karena henti pernafasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini. (Smeltzer & Bare,2010).

Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi aktelektas, pneumonia) yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, imobilitas dan hipoventilasi. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagaljantung kongestif.

6.Komplikai

Hipoksia serebral diminimalkan dengan memberikan oksigenasi darah adekuat ke otak. Fungsi otak bergantung pada ketersediaan oksigen yang dikirimkan ke jaringan. Pemberian oksigen dan suplemen dan mempertahankan hemoglobin serta hematokrit pada tingkat dapat diterima akan membantu dalam mempertahankan oksigenasi pernapasan.

Aliran darah serebraj, 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 dan potensi meluasnya area cedera.

Embolisme serebral dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya menurunkan aliran darah serebral. Distrimia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian thrombus local. Selain itu distrimia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki. Menurut (Smeltzer & Bare,2010).

2.2. Konsep Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Dengan Stroke Hemoragic

1.Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap pertama dan utama yang sangat menentukan keberhasilan tahapan proses keperawatan selanjutnya. Criteria pengkajian harus mencakup tersedianya format pengkajian, data yang dikaji harus data yang ada dan dialami pasien saat sakit, data harus valid dan akurat. (. (Smeltzer & Bare,2010)

Pengkajian Primer; Airway Adanya sumbatan/obstruksi jalan napas oleh adanya penumpukan sekret akibat kelemahan reflek batuk. Breathing Kelemahan menelan,batuk,melindungi jalan napas, timbulnya pernapasan yang sulit dan / atau tak teratur, suara nafas terdengar ronchi /aspirasi. Circulation TD dapat normal atau meningkat,hipotensi terjadi pada tahap lanjut, takikardi, bunyi jantung normal pada tahap dini, disritmia, kulit dan membran mukosa pucat, dingin, sianosis pada tahap lanjut

Pengkajian Sekunder Aktivitas dan istirahat,Data Subyektif:Kesulitan dalam beraktivitas ; kelemahan, kehilangan sensasi atau paralysis. mudah lelah, kesulitan istirahat (nyeri atau kejang otot).

Data obyektif: Perubahan tingkat kesadaran Perubahan tonus otot (flaksid atau spastic), paraliysis (hemiplegia), kelemahan umum, gangguan penglihatan Sirkulasi, Data

Subyektif: Riwayat penyakit jantung (penyakit katup jantung, disritmia, gagal jantung , endokarditis bacterial), polisitemia. Data obyektif:

Hipertensi arterial, EKG (Elektrokardiogram),pulsasi kemungkinan bervariasi.

Denyut karotis, femoral dan arteri iliaka atau aorta abdominial. Integritas ego Data Subyektif: Perasaan tidak berdaya, hilang harapan

Data obyektif: Emosi yang labil dan marah yang tidak tepat, kesediahan, kegembiraan, kesulitan berekspresi diri.

Eliminasi Data Subyektif: Inkontinensia, anuria, distensi abdomen (kandung kemih sangat penuh), tidak adanya suara usus (ileus paralitik) Makan/ minum;

Data Subyektif: Nafsu makan hilang, Nausea / vomitus menandakan adanya PTIK (Peningkatan tekanan intra kranial), Kehilangan sensasi lidah, pipi, tenggorokan, disfagia, Riwayat DM, Peningkatan lemak dalam darah.

Data obyektif: Problem dalam mengunyah (menurunnya reflek palatum dan faring), Obesitas (factor resiko) Sensori neural Data Subyektif:Pusing / syncope (sebelum CVA / sementara selama TIA(Transiet Ischaemic Attack/stroke ringan).

Nyeri kepala: pada perdarahan intra serebral atau perdarahan sub arachnoid,Kelemahan, kesemutan/kebas, sisi yang terkena terlihat seperti lumpuh/mati, Penglihatan berkurang,

Sentuhan: kehilangan sensor pada sisi kolateral pada ekstremitas dan pada muka ipsilateral (sisi yang sama), Gangguan rasa pengecap dan penciuman . Data obyektif: Status mental; koma biasanya menandai stadium perdarahan, gangguan tingkah laku (seperti: letergi, apatis, menyerang) dan gangguan fungsi kognitif, Ekstremitas: kelemahan / paraliysis (kontralateral pada semua jenis stroke, genggaman tangan tidak imbang, berkurangnya reflek tendon dalam (kontralateral),Wajah: paralisis / parese (ipsilateral), Afasia (kerusakan atau kehilangan fungsi bahasa, kemungkinan ekspresif/ kesulitan berkata kata, reseptif / kesulitan berkata kata komprehensif, global / kombinasi dari keduanya,Kehilangan kemampuan mengenal atau melihat, pendengaran, stimuli taktil, Apraksia: kehilangan kemampuan menggunakan motoric, Reaksi dan ukuran pupil: tidak sama dilatasi dan tak bereaksi pada sisi ipsi lateral Nyeri / kenyamanan Data Subyektif: Sakit kepala yang bervariasi intensitasnya Data obyektif:Tingkah laku yang tidak stabil, gelisah, ketegangan otot atau fasial.

Respirasi Data Subyektif: Perokok (factor resiko) Keamanan

Data obyektif: Motorik/sensorik: masalah dengan penglihatan, Perubahan persepsi terhadap tubuh, kesulitan untuk melihat objek, hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit,Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenali, Gangguan berespon terhadap panas, dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh, Gangguan dalam memutuskan, perhatian sedikit terhadap keamanan, berkurang kesadaran diri. Interaksi social Data obyektif: Problem berbicara, ketidakmampuan berkomunikasi.

2.Diagnosa Keperawatan berdasarkan teori;

Nanda, NIC NOC 2015

Gangguan perfusi jaringan serebral berbungan dengan aliran darah ke otak terhambat, Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik, Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi otak, Defisit perawatan diri; makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neuromuscular, Ketidaefektifan pola napas berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan, Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler ,kelemahan, Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kesulitan menelan.

3. Intervensi

Intervensi atau perencanaan merupakan tahap dimana perawat harus dapat berpikir kritis dalam merumuskan rencana keperawatan.

Diagnosa pertama Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penyumbatan aliran darah ke otak. Tujuan; Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan dapat efektif dapat ditandai dengan kriteria hasil;

Nursing Outcomes Classification (NOC) ; Perfusi jaringan serebral : Tekanan sistol dan diastol dalam batas normal 120/80 mmHg, Tidak terjadi peningkatan TIK(Mual,muntah,pusing),Tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran dan keadaan umum.

Nursing Interventions Classification (NIC) ; Manajemen edema serebral; Observasi keadaan umum dan tingkat kesadaran pasien, Monitor tanda-tanda vital, Berikan edukasi jika adanya peningkatan TIK(mual, muntah, pusing), Kolaborasi pemberian obat.

Diagnosa kedua; Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik Nursing Outcomes Classification (NOC) ; Integritas jaringan kulit dan membrane mukosa; Suhu kulit, Perfusi jaringan, Pertumbuhan rambut pada kulit, Intgritas kulit. Nursing Interventions Classification (NIC) ; Manajemen tekanan, Berikan pakaian yang ketat, Berikan bantalan busa polyurethane dengan cara yang tepat, Monitor mobilitas dan aktivitas pasien, Gunakan pengkajian resiko yang ada untuk memonitor faktor risiko pasien

Diagnosa ketiga Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi otak. Nursing Outcomes Classification (NOC) : Fungsi sensori, Persepsi stimulus kulit, Ketajaman pendengaran, Persepsi posisi kepala, Persepsi posisi tubuh, Perbedaan bau, Perbedaan rasa, Ketajaman penglihatan.

Nursing Interventions Classification (NIC) : Peningkatan komunikasi: kurang bicara, monitor kecepatan bicara, tekanan, kecepatan, kuantitas, volume dan diksi. Monitor proses kognitif dan fisiologi terkait dengan kemampuan bicara, intruksikan pada pasien untuk bicara pelan, kolaborasi bersama keluargadan ahli terapis bahasa patologis untuk mengembangkan rencana agar berkomunikasi secara efektif, izinkan pasien untuk sering mendengar suara pembicaraan dengan cara tepat.

Diagnosa keempat ; Defisit perawatan diri ; hygiene, mandi atau toileting yang berhubungan dengan kelemahan fisik. Nursing Outcomes Classification (NOC): Status perawatan diri; Mandi sendiri, Berpakaian sendiri, Menyiapkan makanan dan minuman untuk makan, Makan sendiri. Nursing Interventions Classification (NIC) ; Bantuan memodifikasi diri; Puji alasan klien untuk berubah, Bantu pasien untuk mengidentifikasi tujuan spesifik untuk berubah, Bantu pasien dalam mengidentifikasi perilaku sasaran yang perlu dirubah serta untuk

mencapai tujuan yang diinginkan, Dorong pasien untuk memasang perilaku yang diinginkan dengan stimulus/penanda yang ada.

Diagnosa kelima ; Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan faktor fisiologis (disfungsi neuromuskular). Nursing Outcomes Classification (NOC) : Status pernafasan : Frekwensi pernafasan, Irama pernafasan, Kedalaman inspirasi, Suara auskultasi nafas, Kapasitas vital, Saturasi oksigen.

Nursing Interventions Classification (NIC) : Monitor Pernafasan : Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas; Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot, Monitor suara nafas tambahan, Monitor pola nafas, Monitor saturasi oksigen, Monitor keluhan pasien tentang sesak nafas, termasuk kegiatan yang meningkatkan keluhan.

Diagnosa keenam Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Nursing Outcomes Classification (NOC): Ambulasi : Menopang berat badan, Berjalan dengan langkah efektif. Berjalan dengan pelan, Berjalan dengan kecepatan sedang, berjalan menaiki tangga, berjalan menuruni tangga, berjalan menanjak, berjalan menurun, berjalan mengelilingi kamar. Nursing Interventions Classification (NIC) : Pengaturan Posisi Neurologis : Berikan posisi yang terapeutik, Jangan berikan tekanan pada bagian tubuh yang terganggu, Topang leher dengan tepat, Pertahankan posisi yang tepat saat mengatur posisi pasien, Berikan tempat tidur yang tepat (tidak terlalu keras dan empuk), Monitor pasien saat terpasang penopang, Monitor keutuhan kulit dibawah korset, Lakukan latihan ROM pasif pada ekstremitas yang terganggu, Ajarkan anggota keluarga untuk mengatur posisi pasien dan melakukan ROM dengan tepat.

Diagnosa ketujuh Ketidak seimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan makan. Nursing Outcomes Classification (NOC) : Status nutrisi, asupan gizi, asupan makanan, asupan cairan, resiko berat badan atau tinggi badan, hidrasi. Nursing Interventions Classification (NIC) : Manajemen nutrisi : Tentukan status gizi pasien dan kemampuan (pasien) untuk memenuhi kebutuhan gizi, Identifikasi (adanya) alergi atau intoleransi makan yang dimiliki pasien, Tentukan apa yang menjadi preferensi makanan bagi pasien.

4.Implementasi

Implementasi disesuaikan dengan intervensi yang sudah ditetapkan.

5.Evaluasi: Evaluasi disesuaikan dengan kasus.

BAB 3

HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil Studi Kasus

A. Pengkajian sesuai dengan respon pasien yang dikaji;

Identitas klien ; Nama ; Tn. MB, Umur ; 55 tahun , Agama ; Katolik, Pekerjaan ; PNS, Alamat; Kefa, Nomor registrasi ; 493598, Diagnosa medik; Penurunan kesadaran susp SH DO SNH,.

Keluhan utama ; Pasien rujukan RS. Leona Kefa dengan keluhan penurunan tingkat kesadaran ,kesadaran kualitatif (Soporcoma), dan sesak, Riwayat penyakit sekarang; pasien tampak sesak dan tidak bisa mengerakan tangan kanan.

Riwayat penyakit dahulu; Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami riwayat hipertensi., Riwayat penyakit keluarga; Keluarga mengatakan dalam keluarga belum pernah ada yang mengalami penyakit yang sama.

Tanda tanda vital ; tangan kiri 149/90, tangan kanan 160/100, Suhu; 37, 6C, Nadi; 101x/m Pernapasan ; 41 x/m, Pengkajian primer Airway (jalan nafas), Sumbatan; tidak ada sumbatan (bebas), ada sputum , Breathing (pernafasan) Sesak dengan: Keluarga mengatakan pasien tampak sesak sejak pasien mengalami penurunan kesadaran, menggunakan otot n, Frekuensi 41x/mnt, Irama tidak teratur, Kedalaman nafas dalam, Reflek batuk : ada Batuk, produktif, ada Sputum, Warna; putih, Konsistensi; kental, Bunyi napas; Ronchi, Sirkulasi perifer, Nadi : 101 x/mnt Irama: teratur Denyut kuat, TD tangan kanan 160/100, tangan kiri 140/90 mmHg Ekstremitas: Hangat, Warna Kulit: Pucat Nyeri Dada: tidak ada nyeri dada.

Fluid (cairan dan elektolit), Cairan Turgor Kulit < 3 detik, Baik, Mukosa Mulut Lembab, Mata Kebutuhan nutrisi: Oral: Terpasang NGT, Parenteral: IVFD D5 20 tpm, Eliminasi: BAK: Pasien tampak terpasang kateter, jumlah sedikit , warna kuning pekat . BAB: Keluarga mengatakan pasien belum pernah BAB selama masuk Rumah Sakit , Diare : keluarga mengatakan pasien tidak diare, Bising usus 18 x/m. Disability, Tingkat kesadaran kualitatif , Pupil ; Isokor, Reaksi terhadap cahaya : Kanan Negatif, Kiri Negatif GCS: Jumlah: 8, Pengkajian Sekunder, Kekuatan Otot : tangan kanan kekuatan otot(1). kaki kanan kekuatan otot(1), tangan kiri kekuatan otot (3), kaki kiri kekuatan otot (3), Integumen meningkat,

Pemeriksaan penunjang 24-06-2018, jenis pemeriksaan jumlah eritrosit nilai normal 4,50-6,20 hasilnya 6,63 H(meningkat), Hematokrit nilai normal 40,0-54,0 hasilnya 57,9H

(meningkat), MCH 27,0-36,0 Hasilnya 25,6L (menurun), AMCHC nilai normalnya 31,0-37,0 hasilnya 29,4 L (menurun), Jumlah leukosit nilai normalnya 4,0-10,0 hasilnya 32,06H (meningkat), Eosinofil nilai normal 1,0-5,0 ,hasilnya 0,0L (menurun), Neutrofi Limfosit nilai normalnya 20-40 hasilnya 3,5L, Glukosa sewaktu nilai normalnya 70-150 hasilnya 225 (meningkat), BUN nilai normal <18 hasilnya 125,0 H (meningkat), Kreatinin darah nilai normal 0,7-1,3 hasilnya 6,90H (meningkat), Natrium darah nilai normal 132-147, hasilnya 177 (meningkat), kalium darah dengan nilai normal 3,5-4,5 hasil 6,0 (meningkat), klorida darah nilai normal 96-111, hasilnya 158 (meningkat), terapi yang diberikan furosemda dengan dosis 2 x 1 ampul denga rute pemberian intravena (IV), ranitidin dengan dosis 2 x 1 ampul dan rute pemberian intravena (IV).

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa yang diambil berdasarkan respon pasien yang dikaji.

Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplay darah dan O₂ ke otak menurun . DS; Keluarga mengatakan pasien tidak sadar sejak hari minggukemarin. DO; Pasien tampak tidak sadar, keadaan umum kesadaran spoor, GCS E2V2M4, hasil TTV; TD; tangan kanan 160/100 mmHg, tangan kiri 140/100mmHg,S37,2°C N; 101X/m

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan.DS;Keluarga mengatakan pasien sesak sejak mulai stroke DO; Pasien tampak sesak, terpasanngO₂ simpel mask 9 liter/menit, RR=41X/m.

C. Intervensi Keperawatan

Gangguan perfusi jaringan sebral berhubungan dengan suplay darah dan O₂ ke otak menurun. Tujuan; Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan dapat efektif dapat ditandai dengan kriteria hasil: NOC: Perfusi jaringan serebral, tekanan sistol dan diastol dalam batas normal: 120/80 mmHg, tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial (TIK, mual, muntah, pusing), tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran dan keadaan umum.

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan. NOC:Status pernafasan: Frekuensi pernafasan,Irama pernafasan, Kedalaman inspirasi, Suara auskultasi nafas, Kapasitas vital, Saturasi oksigen.NIC : Monitor Pernafasan : Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas, Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot. Monitor suara nafas tambahan,

Monitor pola nafas, Monitor saturasi oksigen, Monitor keluhan pasien tentang sesak nafas, termasuk kegiatan yang meningkatkan keluhan.

D. Implementasi

Implementasi dilakukan untuk diagnosa pertama pada hari senin 25 Juni 2018 yaitu: Implementasi dilakukan untuk mengatasi masalah diagnose pertama yaitu Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah ke otak terhambat, penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut, mengkaji tingkat kesadaran pasien yang didapatkan adalah data subjektif keluarga mengatakan pasien masih belum sadar, data objektif pasien kesadaran Soporcoma GCS = 8, Mengukur TTV pasien, TD 160/90, S 37°C, N 100x/m, kolaborasi pemberian infuse NACL 10 tpm.

Implementasi dilakukan untuk mengatasi diagnosa ke dua yaitu ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan, penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut: menghitung respirasi, mengatur posisi tidur pasien, memasang O2 masker 10 l/m, yang didapatkan data subjektif keluarga mengatakan pasien masih sesak, dengan didukung oleh data objektif: pasien terpasang O2 masker 10 l/m, RR:40x/m, SPO2 92%.

E. Evaluasi

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, evaluasi yang dilakukan penulis adalah : Evaluasi untuk masalah Ketidakefektifan perfusi jaringan sebral berhubungan dengan suplay darah dan O2 ke otak menurun adalah; Evaluasi tanggal 25 juni 2018 adalah S : Keluarga mengatakan pasien belum sadar, O : Pasien tampak tidak sadar, KU Soporcoma, GCS = 8. TD :160/100mmHG, S : 37,2°C, N : 101 X/m, A; Masalah belum teratasi, P : intervensi dihentikan, pasien dirujuk ke RS Siloam Kupang.

Evaluasi untuk masalah Ketidakefektifan pola jalan napas berhubungan hiperventilasi adalah; S : Keluarga mengatakan pasien masih sesak, O : Pasien tampak terpasang O2 masker 10 liter/menit, RR : 40 x/m, SPO2 : 92 %, A : Masalah belum teratasi, P : intervensi dihentikan, pasien dirujuk ke RS Siloam Kupang.

3.2 Pembahasan

Penulis akan membahas persamaan dan kesenjangan antara teori dan kasus yang ada pada “Asuhan Keperawatan Daruratan pada TN.MB dengan diagnosa Stroke Hemoragic (SH) di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD W.Z Yohanes Kupang”

A. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting dalam merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan respon individu sebagaimana yang telah ditentukan didalam standar keperawatan dari *Amerika Nurses Assosiation* (ANA).

Pengkajian kasus SH Pada TN.MB, pada saat penulis melakukan pengkajian penulis menggunakan pedoman pada format asuhan keperawatan dalam yang telah ada dan penulis tidak menemukan masalah dan hambatan atau masalah, pasien tidak kooperatif, keluarga pasien kooperatif memberikan keterangan yang diperlukan penulis. Penulis menggunakan metode yang dapat mencakup pada seluruh aspek yang harus dikaji tentang gawat darurat; Pengkajian primer: Airway, Breathing: Circulation, Pengkajian Sekunder meliputi Data subjektif dan data objektif dapat membantu penulis dalam memperoleh data fokus yang menunjang pada kasus Stroke Hemoragic (SH). Dari pengkajian pada tanggal 25 juni 2018 jam 09.00 WIB didapatkan data dari pengkajian aspek Pengkajian Skunder, DS: Keluarga mengatakan pasien tidak sadar, DO: Pasien tampak tidak sadar, keadaan umum sopocoma, GCS; E2 V2 M4, jumlah 8, masalah berikutnya dengan DS: Keluarga mengatakan pasien sesak, DO: Pasien tampak sesak, terpasang masker O2 10 tpm, RR 40x/m. Pembahasan hasil pengkajian tanggal 25 juni 2018 sudah selesai dengan apa yang ada di teori, sehingga tidak terjadi kesenjangan antara teori dan kasus nyata.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan dan membatasi serta mencegah dan merubah. Diagnosa secara teori untuk kasus Stroke Hemoragic ada tujuh, sedangkan yang ditemukan pada pasien TN. MB hanya dua diagnosa. Dalam hal ini ada kesenjangan antara teori dan fakta.

Gangguan perfusi jaringan serebral berbungan dengan aliran darah ke otak terhambat, Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik, Hambatan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi otak, Defisit perawatan diri: makan, mandi, berpakaian, toileting berhubungan kerusakan neuromuscular.

Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan, Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan neuromuskuler, kelemahan, Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan kesulitan menelan Diagnosa yang diambil berdasarkan kasus Stroke Hemoragic (SH) pada TN.MB. Gangguan perfusi jaringan serebral berbungan dengan aliran darah ke otak terhambat, Ketidaefektifan pola napas berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan.

C. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan suatu petunjuk atau bukti tertulis yang menggambarkan secara tepat rencana tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap klien sesuai dengan kebutuhannya.

Gangguan perfusi jaringan serebral berbungan dengan aliran darah ke otak terhambat. Rencana keperawatan berdasarkan teori . Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan dapat efektif dapat ditandai dengan kriteria hasil: NOC: Perfusi jaringan serebral; Tekanan sistol dan diastol dalam batas normal 120/80 mmHg, Tidak terjadi peningkatan TIK (Mual, muntah, pusing), Tidak terjadi penurunan tingkat kesadaran dan keadaan umum. NIC: Manajemen edema serebral, Observasi keadaan umum dan tingkat kesadaran pasien, Monitor tanda-tanda vital, Berikan edukasi jika adanya peningkatan TIK(mual, muntah, pusing), Kolaborasi pemberian obat.

Rencana keperawatan berdasarkan kasus SH Tn.MB

NOC: Tekanan sistol dan diastol dalam batas normal 120/80 mmHg, Tidak terjadi penurunan kesadaran dan keadaan umum NIC: Observasi keadaan umum dan tingkat kesadaran pasien, Monitor tanda-tanda vital, Kolaborasi pemberian obat. Dalam kasus yang ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan fakta.

Ketidaefektifan pola napas berhubungan dengan adanya depresan pusat pernapasan. Intervensi berdasarkan teori. NOC : Status pernafasan : Frekwensi pernafasan, Irama pernafasan, Kedalaman inspirasi, Suara auskultasi nafas, Kapasitas vital, Saturasi oksigen. NIC: Monitor Pernafasan: Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas, Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot.

Monitor suara nafas tambahan, Monitor pola nafas, Monitor saturasi oksigen, Monitor keluhan pasien tentang sesak nafas, termasuk kegiatan yang meningkatkan keluhan.

Intervensi berdasarkan kasus Stroke Hemoragic (SH) pada Tn. MB. NOC: Status pernafasan, Frekwensi pernafasan, Irama pernafasan, Kedalaman inspirasi, Suara auskultasi nafas, Kapasitas vital, Saturasi oksigen. NIC: Monitor Pernafasan: Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernafas, Catat pergerakan dada, ketidaksimetrisan, penggunaan otot. Monitor suara nafas tambahan, Monitor pola nafas, Monitor saturasi oksigen, Monitor keluhan pasien tentang sesak nafas, termasuk kegiatan yang meningkatkan keluhan. Dalam kasus nyata tidak ada kesenjangan antara teori dan fakta.

D. Implementasi

Implementasi adalah tahap dimana perawat melakukan asuhan keperawatan dalam bentuk intervensi keperawatan untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan Implementasi dilakukan pada hari senin 25 juni 2018 yaitu; Implementasi dilakukan untuk mengatasi masalah diagnose yang pertama penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut, mengkaji tingkat kesadaran pasien yang didapatkan adalah data subjektif keluarga mengatakan pasien pasien masih belum sadar, data objektif pasien kesadaran Sopor GCS 8, Mengukur TTV pasien, TD 160/90 mmHg, S: 37°C, N 100x/m., kolaborasi pemberian infuse NACL 10 tpm. Implementasi dilakukan untuk mengatasi dianosa kedua penulis melakukan tindakan keperawatan sebagai berikut, menghitung respirasi pernapasan, mengatur posisi tidur pasien, memasang O2 mask 10 tpm, yang didapatkan data subjektif keluarga mengatakan pasien masih sesak, data objektif yang didapatkan dari pasien; pasien tampak terpasang O2 mask 10 tpm RR 40 x/m SPO2 92%.

E. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari proses keperawatan yang dilakukan secara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi untuk masalah Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan suplai darah dan O₂ ke otak menurun adalah: Evaluasi tanggal 25 Juni 2018 adalah S: Keluarga mengatakan pasien belum sadar, KU: Sopocoma, GCS;8.TD;160/100 mmHG, S ; 37,2°C, N ;101 X/m, A; Masalah belum teratasi, P; intervensi dihentikan, pasien dirujuk ke RS Siloam Kupang.

Evaluasi untuk masalah Ketidakefektifan pola jalan napas berhubungan depresan pusat pernapasan adalah; S; Keluarga mengatakan pasien masih sesak, O; Pasien tampak terpasang O₂ masker 10 liter/menit, RR; 40x/m, SPO₂;92 %, A: Masalah belum teratasi. P: intervensi dihentikan, pasien dirujuk ke RS Siloam Kupang.

BAB 4

PENUTUP

4.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan asuhan keperawatan Stroke Non Hemoragic (SH) pada Tn.MB di ruang Instalansi Gawat Darurat (IGD) di RSUD .Prof,Dr.W.Z.Yohanes Kupang pada tanggal 25 Juni 2018 kemudian membandingkan antara teori dengan tujuan kasus,dapat disimpulkan.

Berdasarkan pengkajian tanggal 25 Juni jam 09.00 WIB didapatkan hasil keluhan utama, Pasien rujukan dari RS. Leona Kefa dengan keluhan tidak sadar dan sesak Riwayat penyakit sekarang; pasien tampak sesak dan tidak bisa menggerakkan tangan kanan. Riwayat penyakit dahulu: Keluarga mengatakan pasien pernah mengalami riwayat hipertensi. Riwayat penyakit keluarga: Keluarga mengatakan dalam keluarga belum pernah ada yang mengalami penyakit yang sama.

Diagnosa keperawatan yang biasanya ditemukan pada klien penderita Stoke tidak semua penulis melakukan pengkajian pada Tn.MB hanya menemukan dua diagnosa diantaranya Ketidakefektifan perfusi jaringan sebral berhubungan dengan aliran darah, Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan anggota gerak, Ketidakefektifan bersihan jalan napas berhubungan dengan adanya depresi pusat pernapasan.

Perencanaan keperawatan dirumuskan berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien pada saat penulis melakukan pengkajian serta kemampuan keluarga dalam kerja sama dengan penulis. Dalam melakukan asuhan keperawatan pada Tn.MB penulis telah berusaha melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditujukan untuk mengatasi masalah yang dialami klien.

Implementasi yang tidak dilakukan penulis untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien sudah sesuai dengan intervensi yang direncanakan. Evaluasi yang didapatkan setelah penulis melakukan implementasi tanggal 25 juni 2018 yaitu dari dua diagnose semuanya belum teratasi.

1.1 Saran

Dengan dilaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan SH (Stroke Hemoragic) yang dapat diberikan yaitu:

1. Bagi Profesi Keperawatan

Sebaiknya diupayakan untuk meningkatkan pengetahuan tentang Stroke Hemoragic dan prosedur penanganan yang efektif melalui pelatihan dan seminar keperawatan pada klien dengan Stroke Hemoragic. Dan juga diharapkan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada klien Stroke Hemoragic melakukan asuhan keperawatan dengan pemantau lebih intensif.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat memberikan kemudahan dalam penggunaan perpustakaan yang menjadi fasilitas bagi mahasiswa untuk mengembangkan ilmu pengetahuan dan keterampilannya dalam menjalani praktek dan pembuatan asuhan keperawatan.

3. Bagi Rumah Sakit

Pada saat memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan Stroke Hemoragic hendaknya perawat ruangan memeberikan pembekalan penanganan di rumah supaya keluarga dapat merawat pasien sat pasien sudah pulang seperti mengajarkan ROOM.

DAFTAR PUSTAKA

- Brunner & Suddarth,2010.*Keperawatan Medikal Bedah*.edisi 8.Jakarta;EGC
- Dinkes Jakarta;2012.*Data prevalensi Penyakit Stroke*.
- Guyton & Hall,2007.*Keperawatan Gadar*Jakarta;EGC
- Kemenkes RI.2013.*Riset Kesehatan Dasar*.Jakarta;Kemenkes RI.
- Nursing Interventions Classification(NIC)*.2016
- Nursing Outcome Classification(NOC)*.2016
- NANDA Internasional,2015.*Diagnosis Keperawatan Defini dan Klasifikasi*. 2015-2017,edisi 10.Jakarta;EGC
- Rendy dan Margareth.2012.*Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*.Yogyakarta;Nuha Medikal.Jakarta;EGC
- Sylvia,Doengoes,dkk,2001.*Keperawatan Medikal Bedah*.Jakarta;EGC
- Smeltzer & Bare, 2010.*Keperawatan Medikal Bedah*.edisi 8.Jakarta;EGC
- Tarwoto,2010.*Keperawatan Medikal Bedah Sistem Persyarafan* .Jakarta;CV,Sanggung Setto.

Lampiran 1: Jadwal Kegiatan

No	kegiatan	Bulan																						
		Juni									Juli													
		22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	16
	Pembekalan	√																						
	Lapor diri di Rumah Sakit		√																					
	Pengambilan kasus				√																			
	Ujian praktek				√																			
	Perawatan kasus				√																			
	Penyusunan Laporan Studi Kasus konsultasi dengan pembimbing				√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√									
	Ujian sidang																	√						

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT
JURUSAN KEPERAWATAN POLTEKES KEMENKES KUPANG

1. Identitas klien ;
Nama ;Tn.MB
Umur ;55 Thn
Agama ;Katolik
Pekerjaan ;PNS
Alamat ;Kefa

Nomor registrasi ;493598

Diagnosa medik ;Penurunanankesadaransusp SH DO SNH

Tanggal MRS ;Minggu,24-06-2018

Tanggal pengkajian ;Senin,25-06-2018

2. Identitas penanggung jawab
Nama ;Ny,Y
Umur ;29 thn
Alamat ;Kefa

Hubungan dengan keluarga ;anakkandung

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

;Keluargamengatakanpasienmengalamipenurunanankesadaran,pasienjugatidakbisamenggerakan kaki kanandantanganan

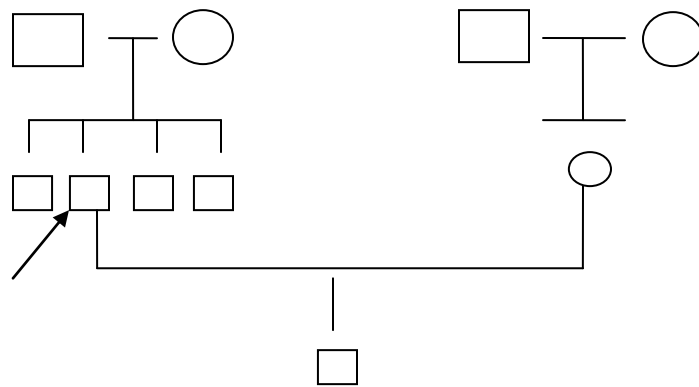
b. Riwayat penyakit sekarang; pasientampaksesak,tidaksadar.

c. Riwayat penyakit

dahulu;Keluargamengatakanpasienpernahmengalamiriwayathipertensi.

d. Riwayat penyakit keluarga;Keluargamengatakandalamkeluargabelumpernahada yang mengalamipenyakit yang sama

Genogram



Keterangan;



=Laki-laki



= Perempuan



=Pasien

Tanda tanda vital :

Tensi ;tangan kiri;140/90,tangan kanan;160/100

Suhu;37,6C

Nadi ;101x/m

Pernapasan ;41 x/m

4. Pengkajian primer

A. Airway (jalan nafas)

Sumbatan ;tidak adasumbatan (bebas)

benda asing bronspasme

darah sputum lendir

lain-lain sebutkan ,.....

B. Breathing (pernafasan)

Sesak

dengan:Keluarga mengatakan pasien tampak sesak sejak pasien mengalami penurunan kesadaran

aktifitas tanpa aktifitas

menggunakan otot tambahan

Frekuensi ...41....x/mnt

Irama

teratur tidak teratur

Kedalaman

(ya) dalam dangkal

Reflek batuk : (ya) ada tidak ada

Batuk

(ya) produktif non produktif

Sputum : (ya) ada tidak

Warna;putih

Konsistensi ;kental

Bunyi napas ;Ronchi

(ya) ronchi creakles

BGA.....

C. Circulation

a. Sirkulasi perifer

Nadi :101 x/mnt

Irama: (ya) teratur tidak

Denyut lemah (ya) kuat tidak kuat

TD tangankanan 160/100,tangan kiri 140/90 mmHg

Ekstremitas :

(ya) Hangat Dingin

Warna Kulit :

cyanosis Pucat Kemerahan

Nyeri Dada : tidakadanyeri dada

Ada (-) Tidak

Karakteristik nyeri dada :

Menetap (-) Menyebar

Seperti ditusuk-tusuk

Seperti ditimpah benda berat

Capillary refill :

< 3 detik > 3 detik

Edema :

Ya (-) Tidak

Lokasi edema : tidakada edema

Mukosa (=) Tangan (=) Tungkai (-) Anasarka

b. Fluid (cairan dan elektolit)

1. Cairan

Turgor Kulit

< 3 detik > 3 detik

Baik Sedang Jelek

2. Mukosa Mulut

(ya) Lembab Kering

3. Mata

4. Kebutuhan nutrisi :

Oral :Terpasang NGT

Parenteral : IVFD D5 20 tpm

5. Eliminasi :

BAK : Pasientampakterpasangkateter

Jumlah :

Banyak Sedikit Sedang

Warna :kuningpekat

Kuning jernih Kuning kental Merah Putih

Rasa sakit saat BAB

Ya Tidak

Keluhan sakit pinggang :

Ya Tidak

BAB : ,keluargamengatakanpasienbelum pernah BAB selamatmasuk RS

Diare :Keluargamengatakanpaientidakdiare

Ya Tidak Berdarah Berlendir Cair

Bising Usus : 18 x/menit

6. Intoksikasi

Makanan

Gigitan Binatang

Alkohol

Zat kimia

Obat-obatan

Lain – lain

c. Disability

Tingkat kesadaran :

CM Apatis Somnolent Sopor Soporocoma Coma

Pupil : Isokor Miosis Anisokor Midriasis Pin poin

Reaksi terhadap cahaya :

Kanan Positif Negatif

Kiri Positif Negatif

GCS : E2 M 4 V 2

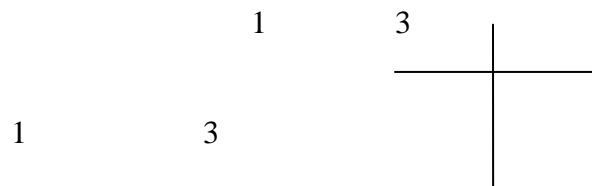
Jumlah : 8

7. Pengkajian Sekunder

a. Musculoskeletal / Neurosensoril

- () Spasme otot
- () Vulnus, kerusakan jarring
- () Krepitasi
- () Fraktur ;Tidakada
- () Dislokasi ;tidakada
- () aKekuatan

() Kekuatan Otot :



b. Integumen

- (-) Vulnus :
- (-) Luka Bakar

Psikologis

- Ketegangan meningkat
- Fokus pada diri sendiri
- Kurang pengetahuan

Pemeriksaan penunjang

tanggal pemeriksaan	jenis pemeriksaan	nilai normal	Hasil	interpretasi
24-06-2018	1.jumlah eritrosit	4,50-6,20	6,63 H	Meningkat
	2. Hematokrit	40,0-54,0	57,9 H	Meningkat
	3.MCH	27,0-36,0	25,6 L	Menurun
	4.AMCHC	31,0-37;0	29,4 L	Menurun
	5. Jumlahleukosit	4,0-10,0	32,06 H	Meningkat
	6.Eosinofil	1,0-5,0	0,0 L	Menurun
	7.Neutrofil	50-70	92,3H	Meningkat
	8.Limfosit	20-40	3,5L	Menurun
	9.Glukosa sewaktu	70-150	225	Meningkat
	10.BUN	<48	125,0 H	Meningkat
	11.Kreatinin darah	0,7-1,3	6,90 H	meningkat
25-062018	1.Natrium darah	132-147	177	Meningkat
	2. kaliumdarah	3,5-4,5	6,0	Menurun
	3. Kloridadarah	96-111	158	meningkat

Terapi /tindakan kolaborasi

nama terapi	dosis	rute pemberian	waktu pemberian	indikasi	kontra indikasi	efek samping
1.furosemide	2x1 amp	IV	10.00			
2.Ranitidin novorobid	2x1 amp	IV	10.00			

1.Analisa Data

Data-Data	Masalah	Penyebab
<p>DS;Keluarga mengatakan pasien tidak sadar.</p> <p>DO;Pasientampaktidak sadar ,keadaan umum spoor,GCS;E2V2M4</p>	Gangguan perfusi jaringan serebral	Hambatan aliran darah
<p>DS;Keluarga mengatakan pasien sesak</p> <p>DO;Pasientampaksesak,terpasang masker O2 10 tpm ,RR 40x/m</p>	Ketidakefektifan pola jalan napas	Depresan pusat pernapasan

1. INTERVENSI KEPERAWATAN

Diagnosa	NOC	NIC
1.Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral b/d hambatan aliran darah	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam,klien mampu;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sirculation status • Tissu prefusion (serebral) <p>Dan kriteria hasil;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan tekanan darah sistol dan diastol dalam batas normal 2) Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan ,berkomunikasi dengan jelas sesuai kemampuan, 3) Menunjukkan fungsi sensori motori 	<p>Manajemen sensori perifer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tekanan jaringan perfusi serebral • Monitor respon pasien terhadap stimulus • Mengkaji tingkat GCS pasien • Kolaborasi pemberian obat

	cranial yang utuh;tingkat kesaran membaik,	
2.Ketidakefektifan pola napas b/d Depresan pusat pernapasan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan ,selama 1x24 jam ,pasien mampu mempertahankan pola napas yang normal, ditandai 1) Status pernapasan 2) Frekuensi pernapasan 3) Kedalaman inspirasi 4) Suara produksi napas	<p>Monitor pernapasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kecepatan, irama, kedalaman, dan kesulitan bernapas • Catat pergerakan dada ,catat ketidaksimetrisan, penggunaan otot-otot, bantu napas, dan retrasi pada otot supra • Monitor pada jalannya napas • Auskultasi suara napas, catat area dimana terjadi penurunan atau tidak adanya ventilasi dan keberadaan suara tambahan • Monitor kemampuan batuk efektif

2. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.DX Kep	Hari/tg	Jam	Implementasi	Evaluasi
	1			

1	Senin, 25-06- 2018	09.0 0 09.1 0 09.1 0 10.0 0 09.2 0 09.2 0	<ul style="list-style-type: none"> • Mengkajitingkatkesadaranpasien • Mengkajitinkatorentasipasien • Mengkajitingkat GCS pasien • MengukurTTV;TD,suhu,denyutnadi • Menyuntiknovorapid • Menyuntikobatfurosemided 	<p>S;-</p> <p>O;</p> <p>Pasientampaktidaksadar,KU Sopocoma,GCS;8. TD;160/100mmHG S ;37,2°C N ;101 X/m</p> <p>A;Masalahbelumteratasi</p> <p>P;intervensidihentikan ,pasiendirujukke RS Siloam</p>
2	Senin,2 5-06- 2018	10.0 0 10.2 0	<ul style="list-style-type: none"> • Menghitungfrekuensi Pernapasan • Mengaturposisi tidurpasien • Memasang O2 mask 10 lpm 	<p>S;</p> <p>O;</p> <p>Pasientampak terpasang O2 masker 10</p>

		10.1 5		liter/menit, RR;40 x/m SPO2;92 % A; Masalahbelumteratasi P;intervensidihentikan ,pasiendirujukke RS Siloam
--	--	-----------	--	---



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG
Direktorat: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



LEMBAR KONSULTASI
BIMBINGAN STUDI KASUS

NAMA MAHASISWA : Maria Ivonia Liu
NIM : PO.530320115079
NAMA PEMBIMBING : Gadur Blasius, S.Kep., Ns., M.Si

NO	TANGGAL	REKOMENDASI PEMBIMBING	PARAF PEMBIMBING
	26-06-2018	Konsultasi judul kasus di ruang IGD	h
	28-06-2018	Menjelaskan cara penulis KTI sesuai	h
	29-06-2018	Menjelaskan penulisan latar belakang ^{dasar} _{teori}	h
	30-06-2018	Menjelaskan konsep triaxial ^{politika}	h
	01-07-2018	Menjelaskan mengenai konsep penulisan hasil studi kasus	h
	02-07-2018	Menjelaskan pembahasan hasil studi kasus	h
	02-07-2018	Menjelaskan metode pengetahuan yang baik dan benar	h
	04-07-2018	Menjelaskan konsep ABSTRAK	h
	04-07-2018	Konsultasi penulisan Bab I - IV	h
	05-07-2018	Konsultasi konsep pembahasan yang akan ditampilkan di poster penelitian	h
	06-07-2018	ujian singkat	h
	09-07-2018	Konsultasi revisi hasil ujian	h