



**PEMBERIAN TERAPI MUSIK TERHADAP STATUS  
HEMODINAMIKA PASIEN KOMA PADA ASUHAN  
KEPERAWATAN Tn. S DENGAN *STROKE*  
*HEMORAGIK* DI RUANG *HIGH CARE*  
*UNIT (HCU) ANGGREK II RSUD***

**Dr. MOEWARDI  
SURAKARTA**

Disusun Oleh :

**WIJI LESTARI**

**P.12 058**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KUSUMA HUSADA  
SURAKARTA  
2015**



**PEMBERIAN TERAPI MUSIK TERHADAP STATUS  
HEMODYNAMIKA PASIEN KOMA PADA ASUHAN  
KEPERAWATAN Tn. S DENGAN *STROKE***

***HEMORAGIK DI RUANG HIGH CARE***

***UNIT (HCU) ANGGREK II RSUD***

**Dr. MOEWARDI**

**SURAKARTA**

Karya Tulis Ilmiah

Untuk Memenuhi Salah Satu Persyaratan  
Dalam Menyelesaikan Program DIII Keperawatan

Disusun Oleh :

**WIJI LESTARI**

**P.12 058**

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KUSUMA HUSADA  
SURAKARTA**

**2015**

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : WJI LESTARI  
NIM : P.12 058  
Program Studi : DIII KEPERAWATAN  
Judul : PEMBERIAN TERAPI MUSIK TERHADAP STATUS  
HEMODINAMIKA PASIEN KOMA PADA ASUHAN  
KEPERAWATAN Tn. S DENGAN *STROKE*  
*HEMORAGIK* DI RUANG *HIGH CARE UNIT (HCU)*  
ANGGREK II RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA.

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Tugas Akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa tugas akhir ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut sesuai dengan ketentuan akademik yang berlaku.

Surakarta, 22 Mei 2015

Yang Membuat Pernyataan



WJI LESTARI

NIM P.12 058

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : WIJI LESTARI

NIM : P.12 058

Program Studi : DIII KEPERAWATAN

Judul : PEMBERIAN TERAPI MUSIK TERHADAP STATUS  
HEMODYNAMIKA PASIEN KOMA PADA ASUHAN  
KEPERAWATAN Tn. S DENGAN *STROKE*  
*HEMORAGIK* DI RUANG *HIGH CARE UNIT (HCU)*  
ANGGREK II RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA.

Telah disetujui untuk diujikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi  
DIII Keperawatan STIKes Kusuma Husada

Ditetapkan di : Surakarta

Hari/ Tanggal : Jum'at, 22 Mei 2015

Pembimbing : Alfyana Nadya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIK. 201086057



## HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh :

Nama : Wiji Lestari

NIM : P.12058

Judul : **PEMBERIAN TERAPI MUSIK TERHADAP STATUS HEMODINAMIKA PASIEN KOMA PADA ASUHAN KEPERAWATAN Tn. S DENGAN *STROKE HEMORAGIK* DI RUANG *HIGH CARE UNIT (HCU) ANGGREK II RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA.***

Telah diujikan dan dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah

Prodi DIII Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

Ditetapkan : Surakarta

Hari / Tanggal : Kamis, 18 Juni 2015

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Alfyana Nadya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep ( )  
NIK. 201086057

Penguji I : Wahyu Rima Agustin, S.Kep., Ns., M.Kep ( )  
NIK. 201279102

Penguji II : Anissa Cindy Nurul Afni, S.Kep., Ns., M.Kep ( )  
NIK. 201188087

Mengetahui,

Ketua Program Studi DIII Keperawatan  
STIKes Kusuma Husada Surakarta



Atiok Murharyati, S.Kep., Ns., M.Kep  
NIK. 200680021

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena berkat, rahmat dan karunia-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “PEMBERIAN TERAPI MUSIK TERHADAP STATUS HEMODINAMIKA PASIEN KOMA PADA ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN *STROKE HEMORAGIK* DI RUANG *HIGH CARE UNIT* (HCU) ANGGREK II RSUD Dr. MOEWARDI SURAKARTA.”

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada yang terhormat:

1. Allah SWT yang selalu memberikan kemudahan, kelancaran dan petunjuk dalam mengerjakan Karya Tulis Ilmiah.
2. Ibu Atiek Murharyati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Ketua Program studi DIII Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Stikes Kusuma Husada Surakarta.
3. Ibu Meri Oktariani, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku Sekretaris Ketua Program studi DIII Keperawatan yang telah memberikan kesempatan untuk dapat menimba ilmu di Stikes Kusuma Husada Surakarta.
4. Ibu Alfiana Nadya Rachmawati, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku dosen pembimbing yang telah membimbing dengan cermat, memberikan masukan-masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Ibu Wahyu Rima Agustin, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji I yang telah membimbing dengan cermat, memberikan saran, kritik serta masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurnanya Karya Tulis Ilmiah ini.

6. Ibu Anissa Cindy Nurul Afni, S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji II yang telah membimbing dengan cermat, memberikan saran, kritik serta masukan, inspirasi, perasaan nyaman dalam bimbingan serta memfasilitasi demi sempurna Karya Tulis Ilmiah ini.
7. Semua dosen Program studi DIII Keperawatan Stikes Kusuma Husada Surakarta yang telah memberikan bimbingan dengan sabar dan wawasannya serta ilmu yang bermanfaat.
8. Kedua orang tuaku yang selalu ikhlas memberikan kasih sayang, memberikan inspirasi, materi, do'a dengan penuh kesabaran, dan memberikan semangat demi kelancaran, kesuksesan, dan kemudahan untuk menyelesaikan pendidikan.
9. Teman-teman Mahasiswa Program Studi DIII Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta dan berbagai pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah memberikan dukungan moril dan spiritual.

Semoga laporan studi kasus ini bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan dan kesehatan. Amin.

Surakarta, Mei 2015



Wiji Lestari

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>PERNYATAAN TIDAK PLAGIATISME</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> .....	iii
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	v
<b>DAFTAR ISI</b> .....	vii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	ix
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan .....	5
C. Manfaat Penulisan .....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Tinjauan Teori	
1. Stroke .....	8
2. Tingkat Kesadaran .....	24
3. Koma .....	27
4. Hemodinamika .....	30
5. Terapi Musik .....	31
6. Mekanisme Pemberian Terapi Musik .....	33
B. Kerangka Teori .....	35
C. Kerangka Konsep .....	36
<b>BAB III METODE PENYUSUNAN KTI APLIKASI RISET</b>	
A. Subyek Aplikasi Riset .....	38
B. Tempat dan Waktu .....	38
C. Media dan Alat Aplikasi Riset .....	38
D. Prosedur Tindakan.....	38
E. Alat Ukur .....	39



<b>BAB IV LAPORAN KASUS</b>	
A. Identitas Pasien .....	40
B. Pengkajian .....	40
C. Perumusan Masalah Keperawatan.....	48
D. Perencanaan Keperawatan.....	49
E. Implementasi Keperawatan .....	52
F. Evaluasi Keperawatan .....	61
<b>BAB V PEMBAHASAN</b>	
A. Pengkajian .....	68
B. Perumusan Masalah .....	73
C. Rencana Keperawatan .....	79
D. Tindakan Keperawatan .....	85
E. Evaluasi Keperawatan .....	92
<b>BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Kesimpulan.....	97
B. Saran .....	101
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b>	

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori .....	36
Gambar 2.2 Kerangka Konsep.....	37
Gambar 4.1 Genogram.....	42

## **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 Usulan Judul
- Lampiran 2 Lembar Konsultasi
- Lampiran 3 Surat Pernyataan
- Lampiran 4 Jurnal Utama
- Lampiran 5 Asuhan Keperawatan
- Lampiran 6 Log Book
- Lampiran 7 Format Pendelegasian
- Lampiran 8 Lembar Observasi
- Lampiran 9 Daftar Riwayat Hidup

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Stroke adalah gangguan fungsi syaraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah dalam otak dan timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa jam dengan gejala sesuai daerah yang terganggu (Irfan, 2010).

Menurut *World Health Organisation* (WHO) dalam Maliya (2008) Stroke merupakan penyakit serebro vaskuler. Tercatat dari 4,6 juta meninggal diseluruh dunia, dua dari tiga kematian terjadi di negara sedang berkembang. Di Amerika Serikat, stroke merupakan penyebab kematian terbesar ketiga dan menyebabkan kematian 90.000 wanita dan 60.000 laki-laki setiap tahun. Selain menyebabkan kematian, stroke juga merupakan penyebab utama kecacatan (Irfan, 2010).

Menurut *World Health Organisation* (WHO) dalam jurnal Aini (2013) jumlah penderita stroke di Indonesia berdasarkan sensus ke pendudukan dan demografi Indonesia (SKDI) tahun 2010 sebanyak 3.600.000 setiap tahundengan prevelensi 8,3 per 1.000 penduduk. Kasus tertinggi stroke di Jawa tengah yaitu sebesar 3.986 kasus (17,91%). Di Kota Semarang terdapat proporsi sebesar 3,18%. Sedangkan kasus tertinggi kedua adalah kabupaten Sukoharjo yaitu 3.360 kasus (14,22%). Rata-rata kasus stroke di Jawa Tengah adalah 635,60 kasus. Dari hasil survei yang didapatkan penderita stroke di

RSUD Dr. Moewardi Surakarta didapatkan penderita stroke pada tahun 2013 mencapai 352 orang, kemudian pada tahun 2014 sampai 2015 terdapat 293 orang.

Stroke merupakan penyakit atau gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (*deficit neurologic*) akibat terhambatnya aliran darah ke otak. Secara sederhana stroke akut didefinisikan sebagai penyakit otak akibat terhentinya suplai darah ke otak karena adanya sumbatan (*stroke iskemik*) atau perdarahan (*hemoragik*) (Junaidi, 2011).

Dengan kata lain stroke merupakan manifestasi keadaan pembuluh darah yang tidak sehat sehingga disebut juga “*cerebrovascular disease*”. Cedera dapat disebabkan oleh sumbatan bekuan darah, penyempitan pembuluh darah, sumbatan dan penyempitan atau pecahnya pembuluh darah, semua ini menyebabkan kurangnya pasokan darah. Stroke merupakan kumpulan gangguan berupa sensorik dan motorik akibat adanya kerusakan sirkulasi darah di otak (Irfan, 2010).

Tanda dan gejala umum yang terjadi keluhan pada stroke yaitu sering terjadi kesemutan, lumpuh separo badan kanan atau kiri, sulit menelan, sering terdesak, mulutnya menjadi mencong atau sulit untuk berbicara, nyeri kepala, mual dan muntah, gangguan penglihatan dan akhirnya menjadi koma (Pudiastuti, 2011).

Pada pasien stroke yang mengalami koma dan peningkatan tekanan intra kranial perlu dilakukan pemantauan status hemodinamika. Hemodinamika adalah pemeriksaan aspek fisik sirkulasi darah, fungsi jantung

dan karakteristik fisiologis vaskuler perifer. Pengukuran hemodinamika ini terutama dapat membantu untuk mengenali syok sedini mungkin, sehingga dapat dilakukan tindakan yang tepat terhadap bantuan sirkulasi (Hardian, 2007).

Menurut Anonim (2005) dalam Rihiantoto, dkk (2008) ketidakstabilan status hemodinamika pada pasien stroke akan berpengaruh terhadap tekanan intra kranial, sehingga akan mempengaruhi perubahan perfusi jaringan serebral. Pengukuran status hemodinamika ini meliputi pernafasan, frekuensi jantung dan tekanan darah, untuk tekanan darah menggunakan rumus *Mean Arterial Pressure* (MAP). Perubahan tekanan darah baik pasien sadar maupun tidak sadar akan dipengaruhi oleh stimulus. Stimulus tersebut dapat berasal dari dalam diri sendiri maupun dari luar individu, stimulus sensori merupakan tindakan untuk meningkatkan kesadaran dan rehabilitasi pada pasien koma. Kegiatan stimulus dapat berupa rangsangan pada sensori penglihatan, pendengaran, perasa dan perabaan. Diantara beberapa stimulus sensori tersebut dilakukan terapi non farmakologi salah satunya berupa stimulus terhadap pendengaran dengan memperdengarkan musik.

Menurut Sari (2005) dalam Sihaloho (2008) musik adalah segala sesuatu yang menyenangkan, mendatangkan keceriaan, mempunyai irama (ritme), melody, timbre tertentu untuk membantu tubuh dan pikiran saling bekerja sama. Terapi musik adalah sebuah terapi kesehatan yang menggunakan musik di mana tujuannya adalah untuk meningkatkan atau memperbaiki kondisi fisik, emosi, kognitif dan sosial dari berbagai kalangan

usia (Suhartini, 2008).

Terapi musik yang diberikan kepada pasien stroke dengan penurunan kesadaran akan memberikan stimulasi pada sistem syaraf untuk menciptakan kestabilan status hemodinamika yang berdampak terhadap perbaikan perfusi jaringan serebral salah satunya yang digunakan untuk intervensi yaitu dengan mendengarkan musik instrumental.

Musik instrumental adalah musik yang melantun tanpa vokal dan hanya alat musik saja yang melantun (Adita, 2012). Terapi musik dapat memberikan efek bagi peningkatan kesehatan, mengurangi stress, dan mengurangi nyeri. Musik merupakan kekuatan yang luar biasa dalam memberikan efek emosional dan mampu menyentuh lebih jauh dapat meningkatkan status kesadaran fisik, psikologi, spiritual dan sosial berbagi jenis penyakit khususnya dalam rehabilitasi neurologis (Asrin, 2007).

Musik efektif untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan perasaan positif pada pasien medikal dan bedah. Musik berpengaruh terhadap mekanisme kerja sistem syaraf otonom dan hormonal, sehingga secara tidak langsung dapat berpengaruh terhadap kecemasan dan nyeri. Pasien yang diterapi dengan menggunakan musik akan merasa lebih rileks dan tenang. Efek relaksasi yang didapat melalui terapi musik akan berpengaruh terhadap stabilitas dan penurunan tekanan darah, nadi, dan pernafasan (Rihinantoro dkk, 2008).

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 15 Maret 2015 penulis mendapatkan data pasien

stroke hemoragik yang mengalami penurunan kesadaran koma diruang *High Care Unit* (HCU) Anggrek II. Hasil penelitian Rihinantoro, dkk (2008) menunjukkan adanya pengaruh terapi musik yang dilakukan antara pukul 12.00-16.00 WIB terhadap status hemodinamika berupa tekanan darah, nadi, dan pernafasan pada pasien dipantau sebelum dan setelah terapi musik selama 90 menit. Waktu 90 menit merupakan waktu yang dapat memberikan efek yang bermakna.

Berdasarkan dari latar belakang tersebut, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Pemberian Terapi Musik Terhadap Status Hemodinamika Pasien Koma Pada Asuhan Keperawatan Tn. S Dengan Stroke Hemoragik di Ruang *High Care Unit* (HCU) Anggrek II RSUD Dr. Moewardi Surakarta”.

## **B. Tujuan Penulisan**

### 1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh pemberian terapi musik terhadap status hemodinamika pasien koma pada asuhan keperawatan Tn. S dengan Stroke Hemoragik di Ruang HCU Anggrek II RSUD Dr. Moewardi Surakarta.

### 2. Tujuan khusus

- a. Penulis mampu melakukan pengkajian pada Tn. S dengan Stroke Hemoragik.
- b. Penulis mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Tn. S



dengan Stroke Hemoragik.

- c. Penulis mampu menyusun rencana Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Stroke Hemoragik.
- d. Penulis mampu melakukan implementasi pada Tn. S dengan Stroke Hemoragik.
- e. Penulis mampu melakukan evaluasi pada Tn. S dengan Stroke Hemoragik.
- f. Penulis mampu menganalisa hasil pemberian terapi musik terhadap status hemodinamika pada Tn. S dengan Stroke Hemoragik.

### **C. Manfaat Penulisan**

#### 1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan masukan khususnya untuk perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif pada klien yang mengalami status hemodinamika pada Stroke Hemoragik dan sebagai pertimbangan perawat dalam mendiagnosa kasus sehingga perawat mampu memberikan tindakan yang tepat kepada pasien.

#### 2. Bagi instansi pendidikan

Memberikan kontribusi laporan kasus bagi pengembangan praktik keperawatan dan pemecahan masalah khususnya dalam bidang atau profesi keperawatan.

#### 3. Bagi pembaca

Menambah pengetahuan dan wawasan bagi para pembaca dalam

penanganan status hemodinamika pada pasien Stroke Hemoragik.

4. Bagi Penulis

Karya tulis ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan dalam menambah pengetahuan dan memperoleh pengalaman khususnya dibidang keperawatan Kritis.

## **BAB II**

### **TINJUAN PUSTAKA**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Stroke**

###### **a. Definisi**

Stroke adalah penyakit serebro vaskuler (pembuluh otak) karena kematian jaringan otak (infrak serebral) penyebabnya adalah berkurangnya aliran darah dan oksigen ke otak dikarenakan adanya sumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh darah (Pudiastuti, 2011).

Stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun menyeluruh, yang berlangsung dengan cepat, dengan gejala yang berlangsung lebih dari 24 jam. (Tammase, 2013).

###### **b. Faktor resiko stroke**

Faktor resiko stroke adalah suatu faktor atau kondisi tertentu yang membuat seseorang rentan terhadap serangan stroke (Junaidi, 2011).

###### **1) Faktor risiko internal, yang tidak dapat dikontrol atau diubah:**

a) Umur : makin tua kejadian stroke makin tinggi.

b) Ras atau suku bangsa : bangsa Afrika, Negro, Jepang, dan Cina lebih sering terkena stroke. Orang berwatak keras

terbiasa cepat atau buru-buru, seperti orang Sumatera, Sulawesi, dan Madura rentan terserang stroke.

- c) Jenis kelamin : laki-laki lebih berisiko dibanding wanita.
- d) Riwayat keluarga (orang tua, saudara) yang pernah mengalami stroke pada usia muda maka yang bersangkutan berisiko tinggi terkena stroke.

2) Faktor risiko eksternal, yang dapat dikontrol atau diubah :

- a) Hipertensi
- b) Diabetes mellitus
- c) Serangan lumpuh sementara
- d) Pasca stroke : mereka yang pernah mengalami terserang stroke
- e) Perokok (utamanya rokok sigaret)
- f) Peminum alkohol
- g) Obesitas
- h) Kurang aktifitas fisik
- i) Stress fisik dan mental
- j) Hiperkolesterolemia

### 3) Klasifikasi stroke

Menurut Junaidi (2011) Stroke dibagi menjadi dua kategori yaitu :

#### a) Stroke perdarahan (Hemoragik)

Adalah stroke karena pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah otak merusaknya.

Stroke hemoragik di bagi menjadi dua yaitu :

(1) Hemoragik intraserebral adalah perdarahan yang terjadi didalam jaringan otak.

(2) Hemoragik subaraknoid adalah perdarahan yang terjadi pada didalam selaput otak.

#### b) Stroke iskemik (Non hemoragik)

Adalah stroke yang terjadi karena tersumbatnya pembuluh darah yang menyebabkan aliran darah ke otak sebagian atau keseluruhan terhenti.

Stroke non hemoragik dibagi menjadi 3 yaitu :

(1) Stroke trombotik : proses terbentuknya trombus hingga menjadi gumpalan.

(2) Stroke embolik : tertutupnya pembuluh arteri oleh bekuan darah.

(3) Hipoperfusi sistemik : aliran darah ke seluruh bagian tubuh berkurang karena adanya gangguan denyut jantung.

c. Etiologi

Menurut Pudiastuti (2011) penyebab stroke yaitu :

1) Trombosis serebral

Terjadi pada pembuluh darah dimana oklusi terjadi trombosis yang dapat menyebabkan peradangan jaringan otak dan edema area disekitarnya.

2) Emboli serebral

Penyumbatan pada pembuluh darah otak karena bekuan darah.

3) Perdarahan intra serebral

Pembuluh darah otak bisa pecah karena penyumbatan dan hipertensi.

d. Manifestasi klinik

Menurut Rendy dan Margareth (2012) tanda dan gejala stroke dibagi menjadi tiga yaitu:

1) Pada stroke non hemoragik, gejala utamanya adalah defisit neurologis secara mendadak, terjadi pada waktu istirahat atau bangun pagi dan kesadaran biasanya tidak menurun.

2) Pada stroke hemoragik dibagi menjadi dua yaitu :

a) Perdarahan subaraknoid (PSI) : gejala berupa nyeri kepala

hebat dan akut kesadaran sering terganggu dan sangat bervariasi.

b) Perdarahan intraserebral (PIS) : gejala yang tidak jelas, kecuali nyeri kepala karena hipertema. Serangan terjadi pada siang hari , saat aktivitas, atau emosi sifat nyeri kepalanya hebat sekali , mual, muntah. Hemiparasis biasa terjadi sejak permulaan serangan, kesadaran ini biasanya menurun dan koma.

### 3) Pada stroke akut

a) Kelumpuhan wajah atau anggota badan (biasanya hemiparasis yang timbul mendadak)

b) Perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma)

c) Afasia (bicara tidak lancar, kurang ucapan, atau kesulitan memahami ucapan)

d) Vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala

e) Gangguan penglihatan

f) Mulut tidak simetris, lidah mencong bila diluruskan

### e. Patofisiologi

Stroke perdarahan disebabkan oleh peningkatan tekanan darah sistemik (sistol/diastole) mengakibatkan ruptur pembuluh darah serebral yaitu terjadi pengembangan pembuluh darah ke otak sehingga pecah. Pembuluh darah yang pecah mengakibatkan

perdarahan pada subaraknoid atau ventrikel, sehingga terjadi hematoma. Hematoma ini menyebabkan timbulnya tekanan tinggi intra kranial. Peningkatan tekanan kranial ini menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran kemudian akan menimbulkan vasospasme arteri sereberal, sehingga akan terjadi infark jaringan otak yang menyebabkan nyeri sehingga jaringan tidak bisa di aliri oleh darah, kemudian mengakibatkan gangguan pada jaringan perfusi sereberal yang mengakibatkan defisit neurologi (Margareth dan Rendy, 2012).

f. Komplikasi stroke

Menurut Pudiastuti (2013) dan Padila (2012) komplikasi stroke yaitu:

- 1) Dekubitus
- 2) Bagian yang biasa mengalami memar adalah bagian pantat, punggung, sendi kaki dan tumit bila memar ini tidak dapat dirawat dapat menjadi infeksi.
- 3) Atrofi dan kekakuan sendi
- 4) Karena hal ini disebabkan kurang gerak dan mobilisasi
- 5) Peningkatan tekanan intra kranial
- 6) Pneumonia
- 7) Pasien stroke tidak bisa menelan dengan sempurna, hal ini menyebabkan cairan berkempul di paru-paru dan selanjutnya menimbulkan pneumonia
- 8) Gagal nafas



9) Kematian

10) Penurunan parsial atau gerakan lengan dan tungkai.

g. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang menurut Pudiastuti (2013) yaitu :

1) Ultrasonografi doppler

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah sistem arteri karotis).

2) Angiografi

Serebral membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti peredaran darah atau obstruksi arteri adalah titik obstruksi atau rupture.

3) CT Scan

Untuk memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infrak.

4) Fungsi lumbal menunjukkan adanya tekanan normal, hemoragik, Malformasi Arterial Arterivena (MAV).

5) Sinar X tengkorak menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari masa yang meluas.

6) EEG

Untuk mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.

7) Elektrokardiografi (EKG)

Mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam

suplai darah ke otak.

8) Pemeriksaan darah lengkap

h. Pengobatan

Menurut Padila (2012) pengobatan pada penderita stroke adalah :

1) Konservatif

- a) Pemenuhan cairan dan elektrolit dengan pemasangan infus
- b) Pencegahan peningkatan TIK meliputi : Antihipertensi, diuretik, vasodilator perifer, diazepam bila kejang, dan anti tukak.

2) Operatif

Apabila upaya menurunkan TIK tidak berhasil maka diperlukan pertimbangan evakuasi hematoma karena hipertensi peningkatan intra kranial yang menetap akan membahayakan kehidupan klien.

- 3) Pada fase sub akut atau pemulihan (>10 hari) perlu terapi wicara dan terapi fisik.

i. Pencegahan

Menurut Padila (2012) pencegahan stroke bisa dilakukan dengan cara :

- 1) Kontrol tekanan darah secara teratur
- 2) Menghentikan merokok
- 3) Menurunkan konsumsi kolesterol dan kontrol kolesterol secara rutin

- 4) Mempertahankan kadar gula normal
  - 5) Mencegah minum alkohol
  - 6) Latihan fisik secara teratur
  - 7) Cegah obesitas
  - 8) Mencegah penyakit jantung untuk mengurangi stroke.
- j. Asuhan keperawatan
- Menurut Rendy dan Margareth (2012) Asuhan keperawatan pada pasien stroke dilakukan dengan tahap yaitu :
- 1) Pengkajian
    - a) Biodata

Nama, umur, jenis kelamin, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, no. Cm dan suku bangsa.
    - b) Keluhan utama

Biasanya klien datang kerumah sakit dengan keadaan tidak sadar disertai kelumpuhan dan keluhan sakit kepala hebat bila masih sadar.
    - c) Riwayat kesehatan sekarang

Setelah melakukan aktivitas tiba-tiba terjadi keluhan neurologis misalnya : sakit kepala dan penurunan kesadaran.
    - d) Riwayat kesehatan dahulu

Perlu dilakukan adanya pengkajian DM, Hipertensi, dan

Kelainan jantung, karena hal ini berhubungan dengan penurunan kualitas pembuluh darah otak menjadi menurun.

e) Riwayat penyakit keluarga

Adakah riwayat penyakit yang sama diderita oleh anggota keluarga yang lain atau riwayat penyakit lain baik bersifat genetik maupun tidak.

2) Pemeriksaan fisik

a) Keadaan Umum

b) Pemeriksaan Persistem

(1) pemeriksaan lima indera penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, perasa.

(2) Sistem pernafasan

(3) Tingkat kesadaran, GCS, reflek bicara, pupil, orientasi waktu dan tempat.

(4) Sistem pernafasan

(5) Frekuensi nafas, kualitas, suara, dan jalan nafas

(6) Sistem kardiovaskuler

(7) Nilai tekanan darah, nadi dari irama, kualitas dan frekuensi.

(8) Sistem gastrointestinal

(9) Nilai kemampuan menelan, nafsu makan atau minum, peristaltik, eliminasi.

(10) Sistem integumen

(11) Nilai warna kulit, turgor, tekstur dari kulit pasien.

(12) Sistem reproduksi

(13) Sistem perkemihan

(14) Nilai frekuensi BAK, volume BAK

(15) Sistem muskolekeletal

c) Pola fungsi kesehatan

(1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

Pada klien hipertensi terdapat juga kebiasaan untuk merokok, minum alkohol, dan penggunaan obat-obatan.

(2) Pola aktivitas dan latihan

Pada klien hipertensi terkadang mengalami atau merasa lemas, pusing, kelelahan, kelemahan otot dan kesadaran menurun.

(3) Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien hipertensi terkadang mengalami mual dan muntah.

(4) Pola eliminasi

Pada pasien hipertensi terkadang mengalami oliguri

(5) Pola tidur dan istirahat.

(6) Pola kognitif dan perceptual

Persepsi diri atau konsep diri

(7) Pola toleransi dan coping stress

Pada pasien hipertensi biasanya mengalami stress psikologi.

(8) Pola seksual dan reproduksi

(9) Pola hubungan dan peran

(10) Pola nilai dan keyakinan.

d) pemeriksaan saraf 12 kranial.

3) Diagnosa keperawatan :

a) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih.

b) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral (spesifik : renal, serebral, kardiovaskuler, pulmonal, gastroinstenal, perifer) berhubungan dengan aliran arteri terhambat, peningkatan tekanan intra cranial.

c) Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan kerusakan muskuloskeletal dan neurovaskuler.

d) Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik.

e) Defisit perawatan diri berhubungan dengan hemiparase.

4) Intervensi keperawatan :

a) Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x

24 jam bersihan jalan nafas tidak efektif dapat teratasi dengan Kriteria Hasil:

- (1) Tidak ada suara ronkhi
- (2) Sekret berkurang
- (3) Pernafasan 16-24x/menit

Intervensi :

- (1) Observasi status pernafasan

Rasional : untuk mengetahui keefektifan pola nafas

- (2) Berikan penghisapan lendir (Suction)

Rasional : untuk mengeluarkan sekret

- (3) Jelaskan kepada keluarga tentang tindakan suction

Rasional : untuk memberikan informasi tentang tindakan penghisapan lender

- (4) Kolaborasi dengan dokter pemberian terapi oksigen

Rasional : untuk memenuhi kebutuhan oksigen

- b) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan aliran darah

yang terhambat, peningkatan tekanan intra kranial.

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24 jam masalah perfusi jaringan dapat teratasi dengan

Kriteria Hasil :

- (1) Tekanan darah dalam batas normal

- (2) Kesadaran composmentis
- (3) Tidak ada keluhan sakit kepala, pusing
- (4) Fungsi sensorik dan motorik meningkat

Intervensi keperawatan :

- (1) Pantau status neurologis

Rasional : untuk mengetahui tingkat kesadaran

- (2) Pantau tanda-tanda vital

Rasional : untuk mengetahui tekanan darah

- (3) Letakkan posisi kepala dengan ditinggikan dan dalam posisi anatomis

Rasional : untuk menurunkan tekanan darah arteri, meningkatkan sirkulasi serebral

- (4) Ciptakan lingkungan yang tenang dan batasi pengunjung

Rasional : untuk memberikan kenyamanan pada klien

- (5) Kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian obat anti hipertensi

Rasional : untuk menurunkan tekanan darah melalui efek kombinasi penurunan tahanan perifer, menurunkan curah jantung dan menghambat syaraf simpatis (Padila, 2012).

- c) Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan hemiparase

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x



24 jam masalah hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :

- (1) Bertambahnya kekuatan otot
- (2) Tidak terjadi kontraktur sendi

Intervensi :

- (1) Pantau kekuatan otot

Rasional : untuk mencegah kontraktur, meredakan tekanan, dan membantu kesajajaran tubuh yang baik

- (2) Berikan latihan ROM (range of motion)

Rasional : untuk mempertahankan mobilitas sendi

- (3) Ajarkan kepada keluarga untuk ubah posisi pasien setiap 2 jam

Rasional : untuk mengurangi tekanan dan mengubah posisi untuk mencegah pembentukan dekubitus

- (4) Kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk latihan fisik

Rasional : untuk meningkatkan kekuatan otot

- d) Risiko kerusakan intergitas kulit berhubungan dengan hambatan mobilitas fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x 24 jam risiko kerusakan intergitas kulit dapat teratasi dengan Kriteria Hasil :

- (1) Tidak ada luka tekan
- (2) Tidak ada tanda kemerahan
- (3) Tidak ada jaringan nekrosis

Intervensi :

- (1) Observasi keadaan kulit
  - Rasional : untuk mengetahui keadaan kulit
- (2) Berikan posisi alih baring
  - Rasional : untuk mencegah terjadinya dekubitus
- (3) Ajarkan kepada keluarga untuk memberikan *lotion*
  - Rasional : untuk mencegah iritasi
- (4) kolaborasi dengan dokter pemberian obat
  - Rasional : untuk mencegah infeksi

f) Defisit perawatan diri berhubungan dengan hemiparase

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama x  
24 klien mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri secara  
mandiri kulit dengan Kriteria Hasil :

- (1) klien dapat melakukan aktivitas perawatan diri sesuai dengan kemampuan klien.
- (2) klien dapat mengidentifikasi sumber pribadi atau komunitas untuk memberikan bantuan sesuai kebutuhan.

Intervensi :

- (1) Observasi kemampuan dan tingkat kekurangan dalam

melakukan peratan diri

Rasional : untuk membantu dalam mengantisipasi atau merencanakan pemenuhan kebutuhan sesuai individual

- (2) Berikan motivasi kepada klien untuk tetap melakukan aktivitas

Rasional : meningkatkan harga diri dan usaha untuk semangat

- (3) Anjurkan kepada klien untuk menghindari sesuatu yang dapat dilakukan klien sendiri, tetapi berikan bantuan sesuai kebutuhan

Rasional : untuk mempertahankan harga diri dan meningkatkan pemulihan klien

- (4) Libatkan keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri klien

Rasional : untuk membantu klien dalam pemenuhan perawatan diri.

## **2. Tingkat Kesadaran : Koma**

Kesadaran mempunyai arti luas. Kesadaran dapat didefinisikan sebagai keadaan yang mencerminkan pengintegrasian implus eferen dan aferen. Keseluruhan implus aferen dapat disebut input susunan pada saraf

pusat dan keseluruhan dari implus aferen dapat disebut output susunan saraf (Muttaqin, 2008).

Kesadaran mempunyai dua komponen yaitu penilaian kualitatif dan kuantitatif. Penilaian kesadaran secara kualitatif antara lain *Compos Mentis* pasien mengalami kesadaran penuh dan memberikan respon yang cukup terhadap stimulasi terhadap rangsangan, *Apatis* pasien mengalami acuh tak acuh terhadap keadaan disekitarnya, *Somenolen* pasien mengalami penurunan kesadaran ringan sampai sedang, terbatasnya terhadap respons lingkungan, mudah jatuh tertidur dan respons minimal terhadap pertanyaan, tetapi masih memberikan rangsangan yang kuat, *Sopor* pasien tidak memberikan respons ringan maupun sedang, tetapi masih memberikan respon sedikit terhadap rangsangan dengan adanya refleks pupil terhadap cahaya yang masih positif, dan respon terhadap stimulus berupa gerakan, *Koma* pasien tidak bisa memberikan respons motorik atau verbal terhadap rangsangan eksternal sehingga reflek pupil terhadap cahaya tidak ada.

Penilaian kesadaran kuantitatif dapat diukur dengan menggunakan skala *Gaslow Coma Scale* (GCS), skala tersebut dapat memungkinkan pemeriksa membuat tiga respon terhadap lingkungan seperti respon mata, verbal, motorik. *Gaslow Coma Scale* (GCS) adalah pengukuran obyektif terhadap sistem neurologis (perubahan status mental) dengan menggunakan angka untuk mencatat urutan data pengkajian yang dikumpulkan (Muttaqin, 2008).

Menurut Weinstock (2010) *pemeriksaan Gaslow Coma Scale* (GCS) meliputi respon mata (E), respon verbal (V), respon motorik (M)

a. *Eye* :

- (4) Mata terbuka secara spontan
- (3) Mata terbuka terhadap rangsangan suara
- (2) Mata terbuka terhadap rangsangan nyeri
- (1) Tidak membuka mata terhadap rangsangan

b. Verbal (respon verbal) :

- (5) Orientasi baik dan mampu berbicara
- (4) Bingung atau kacau
- (3) Mengulang kata-kata yang tidak berhubungan
- (2) Suara tak dapat dimengerti
- (1) Tidak berespon

c. Motorik (respon motorik)

- (6) Bereaksi terhadap perintah verbal
- (5) Mengidentifikasi nyeri yang terlokalisasi
- (4) Fleksi dan menarik dari rangsangan nyeri
- (3) Fleksi abnormal
- (2) Ekstensi abnormal
- (1) Tidak berespon

Menurut Junaidi (2011) Nilai *Gaslow Coma Scale* (GCS) :

- a. Compos mentis : 15
- b. Somnolen (agak menurun atau apatis) : 12-14

- c. Sopor (mengantuk) : 9-11
- d. Koma (tidak sadar) : 3-8

### 3. Koma

#### a. Etiologi

Menurut Harsono (2005) penyebab koma yaitu :

##### 1) Sirkulasi

Baik suatu perdarahan maupun suatu trombosis atau emboli dapat menyebabkan koma.

##### 2) Ensefalomeningitis

Akibat infeksi baik bakteri, virus, dan jamur.

##### 3) Metabolik

Akibat gangguan metabolik yang menekan atau mengganggu kinerja otak.

##### 4) Trauma kapitis

Baik komosio serebri, maupun kontosio serebri dan juga perdarahan epidural maupun subdural dapat menyebabkan gangguan kesadaran.

##### 5) Elektrolit dan endokrin

Gangguan keseimbangan elektrolit seperti kalium dan natrium.

##### 6) Neoplasma

Semua tumor intrakranial, baik yang primer maupun yang sekunder dapat menyebabkan koma.

7) Epilepsi

Selama dan sehabis kejang-kejang penderita sering tidak sadar. Bila terjadi suatu status epiletikuus, maka gangguan kesadaran dapat berlangsung lama.

8) Obat

Koma karena intosikasi obat atau oleh karena penderita dengan sengaja melakukan suatu percobaan bunuh diri, kadang-kadang dijumpai, yang sering dijumpai adalah koma karena lajak dosis dengan fenobarbital.

b. Klasifikasi

Menurut Harsono(2005) koma dibagi menjadi dua yaitu :

1) Koma kortikal bihemisferik

Neuron merupakan satuan fungsional saraf. Berbeda secara struktur metabolisme dan fungsinya dengan sel tubuh lain. Koma yang bangkit akibat hal ini dikenal juga sebagai koma metabolik yang dapat membangkitkan koma metabolik antara lain adalah hipoventilasi, hipoksia, dan gangguan metabolisme karbohidrat.

2) Koma diensefalik

Koma akibat gangguan fungsi atau lesi struktural.

Secara anatomi koma diensefalik dibagi menjadi dua bagian yaitu :

- a) Lesi supratentorial, termasuk didalamnya lesi rhinensefalik dan kerusakan subkortikal luas serta massa supratentorial menyebabkan kurang lebih 20,2% dari kasus koma dan penurunan kesadaran.
- b) Lesi intratentorial diantaranya lesi penekanan terhadap serebelum dan perdarahan atau kerusakan batang otak. Namun penyebab dari koma dan penurunan kesadaran bukanlah lesi struktural, melainkan korteks difus atau metabolisme sistemik mencakup faktor etiologik diantaranya perdarahan, urimia, iskemia, dan anoksia.

c. Manifestasi klinis

Menurut Harsono (2005) tanda gejala dari koma bervariasi tergantung pada kedalaman koma dan penyebab yaitu :

- 1) Pernafasan tidak normal
- 2) Dilihat dari ukuran pupil
- 3) Kelemahan satu sisi
- 4) Evaluasi saraf-saraf otak
- 5) Respons terhadap stimulus

d. Komplikasi

Menurut Harsono (2005) komplikasi koma yaitu :

- 1) Hipoksia
- 2) Edema otak
- 3) Erosi dan ulkus stress



#### 4) Renjatan septik (*septic shock*)

### 4. Hemodinamika

#### a. Definisi

Hemodinamika adalah pemeriksaan aspek fisik sirkulasi darah, fungsi jantung, dan karakteristik fisiologis vaskuler feriver (Hardian, 2007)

- b. Menurut Erniody (2012) Pengukuran hemodinamika penting untuk menegakkan diagnosis yang tepat, menentukan terapi yang sesuai, dan pemantauan respons terhadap terapi yang diberikan. Pengukuran hemodinamika ini terutama untuk membantu untuk mengenali syok sedini mungkin, sehingga dapat dilakukan tindakan yang tepat untuk terhadap bantuan sirkulasi. Pengukuran hemodinamika ini meliputi tekanan darah, frekuensi jantung dan pernafasan. Untuk pengukuran tekanan darah menggunakan rumus :

$$\frac{\text{Mean Arterial Pressure (MAP)} = \text{Sistolik} + 2 \text{ Diastolik}}{3}$$

Nilai normal MAP antara 70-105 mmHg (Weinstock, 2010).

- c. Menurut Erniody (2012) tujuan hemodinamika yaitu :

Tujuan pemantauan hemodinamik adalah untuk mendeteksi, mengidentifikasi kelainan fisiologis secara dini dan memantau pengobatan yang diberikan guna mendapatkan informasi keseimbangan homeostatik tubuh. Pemantauan hemodinamik bukan

tindakan terapeutik tetapi hanya memberikan informasi kepada klinisi dan informasi tersebut perlu disesuaikan dengan penilaian klinis pasien agar dapat memberikan penanganan yang optimal.

Dasar dari pemantauan hemodinamik adalah perfusi jaringan yang adekuat, seperti keseimbangan antara pasokan oksigen dengan yang dibutuhkan, mempertahankan nutrisi, suhu tubuh dan keseimbangan elektrokimiawi sehingga manifestasi klinis dari gangguan hemodinamik berupa gangguan fungsi organ tubuh yang bila tidak ditangani secara cepat dan tepat akan jatuh ke dalam gagal fungsi organ multipel.

## **5. Terapi Musik**

### **a. Definisi**

Terapi musik terdiri dari dua kata, yaitu “terapi” dan “musik”. Kata “terapi” berkaitan dengan serangkaian upaya yang dirancang untuk membantu atau menolong orang, biasanya kata tersebut digunakan dalam konteks masalah fisik maupun mental. Kata “musik” dalam terapi musik digunakan untuk menjelaskan media yang digunakan secara khusus dalam rangkaian terapi (Djohan, 2006).

Terapi musik adalah terapi kesehatan yang menggunakan musik yang tujuannya adalah untuk meningkatkan kondisi fisik, emosi, kognitif, dan sosial bagi individu dari kalangan semua usia

(Suhartini, 2008).

Menurut Satiadarma (2004) dalam Maharani (2013) terapi musik adalah materi yang mampu mempengaruhi kondisi mental dan memberikan rangsangan pertumbuhan fungsi otak, penglihatan, pendengaran, belajar dan fungsi kesadaran.

b. Jenis-jenis musik :

1) Musik barok

Adalah musik yang dianggap sebagai musik yang membelai dan memberikan rasa nyaman dan rasa tenang. Musik barok ini dapat membangkitkan suasana dalam bermain, musik ini cenderung mendorong anak untuk berani bereksplorasi dalam suasana yang menggembirakan (Suhartini, 2008).

2) Musik klasik mozart

Menurut Maharani (2013) dalam Musbikin (2009) musik klasik mozart adalah musik yang memberi ketenangan, memperbaiki persepsi spasial dan memungkinkan untuk berkomunikasi baik hati maupun pikiran. Musik klasik mozart ini juga memiliki melodi, irama, dan frekuensi tinggi yang dapat merangsang otak, musik ini dapat memberikan kekuatan yang membebaskan, mengibati dan menyembuhkan.

3) Musik instrumental

Adalah musik yang melantun tanpa vokal dan hanya alat musik saja yang melantun (Adita, 2012). Efek terapi musik musik

instrumental dan terapi relaksasi telah banyak digunakan secara bersamaan untuk menurunkan detak jantung dan menormalkan tekanan darah terhadap seseorang yang menderita serangan jantung (Djohan, 2006).

c. Manfaat terapi musik

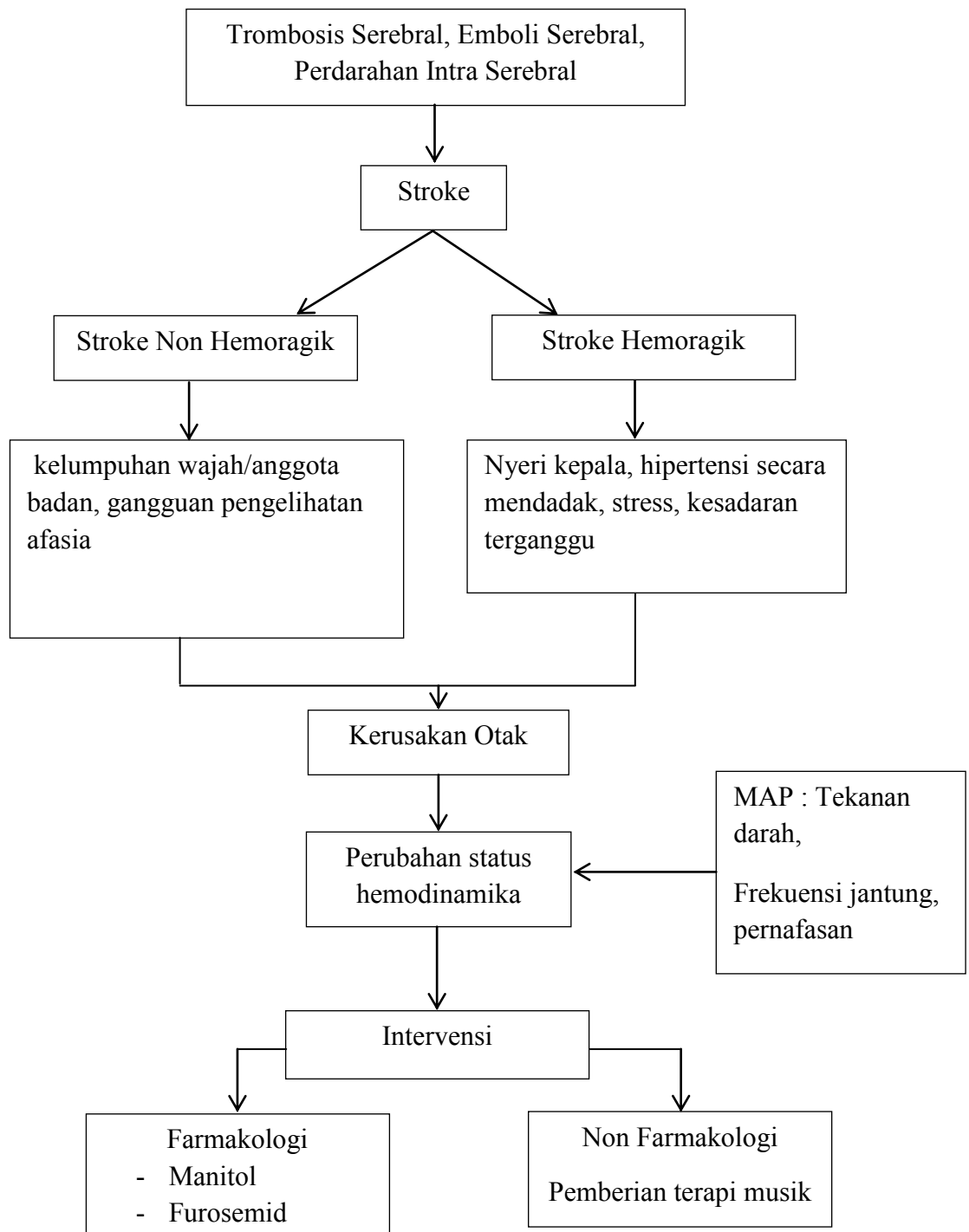
- 1) Mempengaruhi denyut jantung, pernafasan dan tekanan darah
- 2) Mampu memperlambat dan menyeimbangkan otak
- 3) Meningkatkan sistem kekebalan tubuh
- 4) Mengurangi kecemasan dan depresi
- 5) Bisa mengurangi ketegangan otot
- 6) Menghilangkan nyeri (Guzzetta, 1989 dalam Potter dan Perry, 2006).

**6. Mekanisme pemberian terapi musik untuk status hemodinamika**

Musik dihasilkan dari stimulus yang gelombangnya ditransformasikan melalui *ossicles* ditelinga tengah dan melalui cairan *cochlear* berjalan menuju nervus auditori serta pada area sistem saraf otonom kemudian nervus auditori menghantarkan sinyal ini ke korteks auditori dilobus temporal. Kemudian musik merangsang mengeluarkan hormon endofrin. Endofrin memiliki efek relaksasi pada tubuh. Efek yang ditimbulkan musik adalah dapat memberikan rangsangan pada syaraf simpatis untuk menghasilkan respon relaksasi. Efek yang muncul dari dari relaksasi tersebut adalah menurunkan ketegangan otot,

meningkatkan ambang kesadaran. indikator yang dapat bisa diukur dengan penurunan adalah menurunkan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah (Novita, 2012).

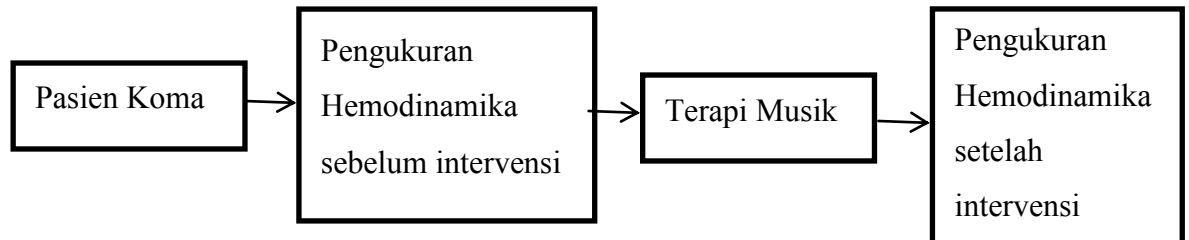
## B. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Junaidi (2011), Pudiastuti (2011), Rihiantoro, Dkk (2008)

### C. Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

## **BAB III**

### **METODE PENYUSUNAN KTI APLIKASI RISET**

#### **A. Subjek Aplikasi Riset**

Subjek dari aplikasi riset ini adalah pada Tn. S dengan GCS E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>.  
Pasien koma dengan diagnosa stroke hemoragik.

#### **B. Tempat dan Waktu**

Aplikasi riset ini dilakukan di ruang *High Care Unit* (HCU) Anggrek II  
RSUD Dr. Moewardi Surakarta pada tanggal 15-17 Maret 2015.

#### **C. Media dan Alat yang digunakan**

Dalam aplikasi riset ini media dan alat yang digunakan :

1. Menggunakan musik MP3 player yang dihubungkan dengan *earphone* atau *headset*.
2. Musik yang digunakan adalah musik instrumental. Musik ini hanya melantunkan nada tanpa adanya vokal sehingga terdengar merdu ketika mendengarkannya.

#### **D. Prosedur Tindakan**

Prosedur tindakan yang dilakukan pada aplikasi riset tentang pengaruh terapi musik adalah :

1. Menjelaskan tujuan tindakan pada pasien dan keluarga.



2. Menyiapkan musik yang digunakan salah satunya musik instrumental.
3. Terapi musik dilakukan diruang HCU Anggrek II.
4. Memberikan posisi yang nyaman bagi klien.
5. Mengukur status hemodinamika sebelum dilakukan terapi musik.
6. Klien mendengarkan musik dengan memasang earphone atau headset melalui MP3 serta mengatur volume supaya tidak mengganggu klien atau staf lainnya.
7. Tinggalkan klien sendiri ketika mendengarkan musik, musik didengarkan selama 90 menit.
8. Membereskan alat dan melepas earphone.
9. Mengukur status hemodinamika setelah dilakukan terapi musik.
10. Lakukan dokumentasi.

#### **E. Alat Ukur**

1. Alat Monitor.
2. Menggunakan alat untuk mengukur tekanan darah (Tensi).
3. Instrumen pengumpulan data menggunakan lembar observasi.
4. Menggunakan rumus *Mean Arterial Pressure* (MAP) untuk tekanan darah.

## **BAB IV**

### **LAPORAN KASUS**

Bab IV ini merupakan laporan kasus Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan stroke hemoragik di ruang anggrek II HCU stroke RSUD Dr. Moewardi Surakarta Asuhan keperawatan ini dimulai dari pengkajian, analisa data, perumusan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

#### **A. Identitas**

Identitas Klien bernama Tn. S tinggal di Kusuma Diragan, Pasar Kliwon , umur 72 tahun, Jenis kelamin laki-laki, pendidikan SD, pekerjaan tukang kayu, No.RM 0129339xxx, sumber informasi ini diperoleh dengan cara *alloanamnese*, tanggal masuk rumah sakit 11 Maret 2015, dirawat diruang Anggrek II HCU dengan Stroke Hemoragik. Identitas yang bertanggung jawab Ny. D , umur 47 tahun, pendidikan SD, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Kusuma Diragan, Pasar Kliwon, hubungan dengan klien anak kandung.

#### **B. Pengkajian**

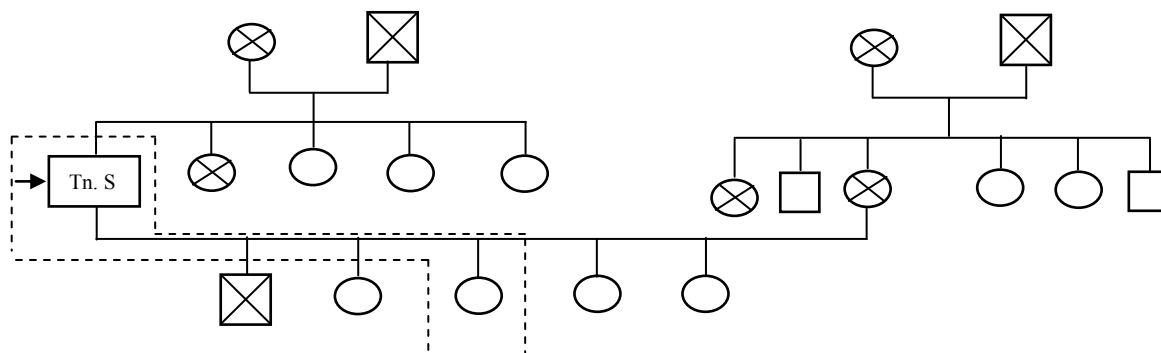
Hasil pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Maret 2015. Keluhan utama tidak terkaji karena pasien tidak sadar dengan GCS: M<sub>3</sub>,V<sub>1</sub>, E<sub>2</sub>, kesadaran koma. Riwayat penyakit sekarang keluarga mengatakan sebelum

tidak ada keluhan, kemudian pada tanggal 1 Maret 2015 pasien tiba-tiba lemas, tidak bisa berbicara, badan bagian kanan tidak bisa digerakkan. Kemudian keluarga membawa klien ke rumah sakit kostati surakarta pada siang hari, selama 10 hari menjalani perawatan di rumah sakit klien tidak ada perubahan dan kondisinya semakin menurun. Kemudian tanggal 11 Maret 2015 pasien di rujuk di RSUD Dr. Moewardi pukul 15.45 WIB. Kemudian pasien di rawat di ruang Anggrek II selama 3 hari, kemudian klien mengalami penurunan kesadaran kemudian klien di pindah di HCU stroke anggrek II dan mendapatkan infus NaCl 0,9% 20 tetes per menit dan terapi lanjut.

Riwayat penyakit dahulu keluarga mengatakan sebelumnya tidak pernah mengalami kecelakaan, operasi, dan pernah dirawat di rumah sakit kasih ibu karena hipertensi kurang lebih setengah tahun yang lalu, alergi tidak ada, imunisasi tidak terkaji, dan klien memiliki kebiasaan merokok.







Pada riwayat kesehatan keluarga, keluarga mengatakan tidak mempunyai penyakit Diabetes Militus, Hipertensi, dan Asma.

Pada riwayat kesehatan lingkungan, keluarga mengatakan tinggal di lingkungan yang bersih, tidak dekat dengan pembuangan sampah dan jauh dari jalan raya.



Gambar 4.1 Genogram

Keterangan :

-  =Laki-laki
-  = Perempuan
-   = Meninggal
-  = Menandakan Klien
-  = Garis Keturunan
-  = Garis Pernikahan
-  = Tinggal Serumah

Pola pengkajian primer *airway* didapatkan ada sumbatan sekret pada jalan nafas, terdengar suara gargling, *Breathing*, RR: 32 kali per menit, tampak adanya retraksi dinding dada, menggunakan otot bantu pernafasan, pada auskultasi terdengar suara tambahan ronkhi, *Circulation* tekanan darah 230/110 mmHg, nadi 115 kali per menit, *capillary reffile* kurang dari 3 detik, akral hangat. *Disability*, *Glascow Coma Skale* (GCS) adalah E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>,

kesadaran koma, *Exposure* suhu 37,4°C, kulit lembab, ada bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan dibawah paha, *braden score* 10.

Pengkajian pola fungsional menurut Gordon, Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, keluarga mengatakan setiap ada musibah pasti ada hikmahnya dan semua penyakit pasti ada obatnya. Keluarga mengatakan kesehatan itu penting dan klien belum pernah menderita sakit yang seperti ini. Jika klien ada masalah tentang kesehatan seperti flu, batuk, dan pusing. Upaya yang dilakukan klien mengobati sakitnya itu hanya membeli obat di warung dekat rumahnya.

Pengkajian pola nutrisi dan metabolisme, sebelum sakit klien mengatakan makan 3 kali sehari dengan nasi putih lauk dan sayur-sayuran dan minum kurang lebih 6-7 gelas air putih atau teh dengan porsi habis dan tidak ada keluhan, pengkajian Pengkajian A (*antropometri*): BB: 55 kg, TB: 160 kg, IMT: 21,48 (Normal), B (*biochemical*): -, C (*clinical*): mukosa bibir lembab, D (*diet*): nasi, sayuran, buah, lauk, makan 1 porsi habis, minum air teh dan air putih. Selama sakit keluarga mengatakan, klien makan 2 kali sehari dengan porsi dari rumah sakit makan bubur dibantu lewat sonde NGT dan minum susu, air putih tiap 2 jam 50 cc, keluhan tidak terkaji, pengkajian A (*antropometri*): BB: 53 kg, TB: 160 kg, IMT: 20,31 (Normal), B (*biochemical*): HB 13.0 g/dl, C (*clinical*): mukosa bibir kering, D (*diet*): bubur, air putih dan susu 120 cc/2jam.

Pengkajian pola eliminasi, sebelum sakit keluarga mengatakan buang air besar 2 kali sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan,

dan tidak ada keluhan. Sebelum sakit buang air kecil 4-5 kali sehari dengan warna kuning jernih dan bau amoniak dan jumlah urin 1500 cc dalam 24 jam. Selama sakit keluarga mengatakan buang air besar 1 kali sehari dengan konsistensi lunak warna kuning kecoklatan dan keluhan tidak terkaji karena penurunan kesadaran. Selama sakit buang air kecil menggunakan DC atau terpasang kateter dengan warna kuning jernih dan bau amoniak, jumlah urin 1000 cc dalam 24 jam.

Pengkajian pola aktivitas latihan, sebelum sakit keluarga mengatakan dapat melakukan aktifitas secara mandiri. Selama sakit keluarga klien mengatakan aktivitas dibantu dengan keluarga, untuk makan dan minum dibantu dengan orang lain dan alat (3), berpakaian dibantu orang lain (2), mobilitas di tempat tidur tergantung total (4), toileting dengan dibantu alat dan orang lain (3), berpindah dan ambulasi ROM dibantu dengan orang lain (2).

Pengkajian pola istirahat tidur, sebelum sakit keluarga mengatakan tidur jumlah jam tidur siang kurang lebih 2 jam dan tidur malam 7-8 jam dengan kualitas tidur lumayan nyenyak. Selama sakit tidak terkaji karena klien tidak sadar.

Pengkajian pola kognitif perseptual, sebelum sakit keluarga mengatakan pengecap, pendengaran, penciuman, bicara jelas tetapi penglihatannya sedikit kabur. Selama sakit tidak terkaji karena klien tidak sadar.

Pengkajian pola persepsi konsep diri yaitu identitas diri, gambaran diri, peran diri, harga diri tidak terkaji karena pasien tidak sadar.

Pengkajian pola hubungan peran, sebelum sakit keluarga mengatakan selama ini hubungan dengan keluarga dan masyarakat baik-baik saja dan tidak ada masalah, melaksanakan perannya sebagai suami dan ayah dengan baik, hubungan dengan keluarga, saudara, dan lingkungan juga baik. Selama sakit keluarga mengatakan tetangga dan keluarga banyak yang menjenguk dan mendo'akannya.

Pengkajian pola seksualitas reproduksi, keluarga mengatakan klien sudah menikah dan mempunyai lima orang anak dan satu istri yang sudah meninggal.

Pengkajian pola mekanisme koping, sebelum sakit keluarga mengatakan jika klien memiliki masalah klien selalu mendiskusikan pada keluarganya dan keluarganya selalu memberikan solusi. Selama sakit tidak terkaji karena pasien tidak sadar.

Pengkajian pola nilai dan keyakinan, selama sakit keluarga klien mengatakan ibadah dengan rajin yaitu sholat lima waktu. Selama sakit keluarga mengatakan klien tidak bisa menjalankan sholat lima waktu.

Pengkajian pemeriksaan fisik didapatkan data bahwa keadaan umum klien tampak lemah, kesadaran *coma* GCS: E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>. Hasil pemeriksaan tanda vital didapatkan hasil pengukuran tekanan darah 230/110 mmHg, nadi 110 kali per menit, pernafasan 32 kali per menit, suhu 37,4°C. Bentuk kepala *mesocephal*, rambut beruban, kulit kepala lembab, mata simetris kanan kiri tidak ada oedem, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil un isokor, diameter kanan 4, kiri 2, reflek cahaya positif tidak menggunakan alat

bantu penglihatan, hidung simetris, tidak ada polip, terpasang oksigen dengan masker non rebreiting, mulut simetris, tidak ada stomatitis, telinga simetris kanan kiri, tidak ada serumen, leher tidak ada pembesarkanelenjar tiroid.

Pengkajian pemeriksaan paru-paru, *inspeksi* tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan, dan tidak ada jejas, palpasi tidak tekaji karena klien tidak sadar, *perkusi* suara sonor pada seluruh lapang paru, *asukultasi* terdengar suara tambahan ronkhi. Pada pemeriksaan jantung, *inspeksi* ictus cordis tidak tampak di ICS V, *palpasi* ictus cordis teraba di ICS V, *perkusi* didapatkan hasil pekak, *auskultasi* terdengar BJ I dan BJ II reguler. Pada pemeriksaan *abdomen*, *inspeksi* tidak ada jejas, tidak ada bekas pembedahan, tidak ada distensi abdomen, *auskultasi* bising usus 21 kali per menit, *perkusi* suara kuadran I pekak, kuadran II,III,IV timpani, *palpasi* I-IV tidak ada nyeri tekan.

Pada genetalia tidak ada kelainan, bersih terpasang kateter dan rektum terlihat bersih. Ekstremitas kanan atas dan bawah tidak bisa digerakan kekuatan nilai 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah nilai 1, *capillary reffile* ekstermitas atas dan bawah < 3 detik, tidak ada perubahan bentuk tulang, perabaan akral hangat, intergumen kulit teraba hangat, tampak kemerahan dan ada bintik-bintik dibagian punggung dan bawah paha, kulit tampak lembab.

Terapi cairan intravena *Natrium clorida* 0,9% dengan dosis 20 tetes permenit untuk indikasi mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi, cefriaxone dengan dosis 1 gram/12jam untuk indikasi infeksi yang disebabkan bakteri pathogen pada saluran nafas,THT, tulang sendi dan



jaringan lunak, manitol 500 ml 100 cc/6jam untuk indikasi memperlancar diuresis, ekskresi, material toksik dalam urin dan mengurangi TIK, ambroxol dengan dosis 30 mg 3x1/12 jam sebagai sekretolitik yang dapat mempermudah pengeluaran sekret yang kental dan lengket didalam saluran pernafasan, furosemide 40 mg/24 jam untuk gangguan hipertensi, edema gangguan jantung, penyakit ginjal dan sirosis hati.

Hasil pemeriksaan penunjang pada pemeriksaan laboratorium pada tanggal 14 Maret 2015 yaitu hemoglobin 13,0 g/dl dengan nilai normal 11,6-116,3, hematokrit 39 % dengan nilai normal 33-45, eritrosit 4,61 Juta/ul 4.50-5.90, leukosit 9,8 ribu/ul dengan nilai normal 4.5-11.0, trombosit 399 ribu/ul dengan nilai normal 150-450 ribu/ul, MCV 89,7 /um, MCH 28,9 pg, MCHC 31,9 g/dl, RDW 12,2%, HDW 2,9 g/dl, MPV 8,6 fl, PDW 42%. Pada tanggal 16 Maret 2015 yaitu Glukosa darah puasa 97 mg/dl, asam urat 5,1g/dl, kolesterol total 149 mg/dl, kolesterol LDL 111 mg/dl, kolesterol HDL 33 mg/dl, gliserida 108 mg/dl, albumin 3,4 g/dl, natrium darah 136 mmo/l, kalium darah 4,7 mmol, kalsium ion 1,18 mmo/l.

Hasil pemeriksaan CT Scan didapatkan kepala tak nampak soft tissue swelling, pada window tulang tak tampak discoutinuitas gyri sulci tak prominent, batas white matter dan gray mater menegas, tampak multiple lesi hiperdens divermis cerebellum sinistra, bentuk amrof, batas tegas Hu : + 49,0 dan Hu : 40,0 dengan lesi hiperdens disekitarnya (Slice 5), tampak lesi hipodens dilobus sinistra, bentuk amrof, batas tegas Hu : 20,2 (Salice 9-13), sistema ventrikel dan sinistra ambien tak melebar. Kesimpulan hasil *CT Scan*

adalah intra cerebellum hemorrhagic di vermis cerebellum infrak cerebri dan di pons.

### **C. Daftar Perumusan Masalah**

Analisa data tanggal 15 Maret 2015 jam 08.20 WIB pada Tn. S di peroleh data sehingga ditegakkan diagnosa keperawatan utama adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih, ditandai dengan data subyektif keluarga mengatakan ada lendir didalam mulut, data obyektif terdapat lendir didalam mulut klien, RR: 32 kali per menit, pada auskultasi terdapat suara ronkhi dan pada sumbatan jalan nafas ada suara gargling.

Diagnosa keperawatan kedua ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot (penurunan kesadaran), ditandai dengan data subyektif keluarga mengatakan klien sesak nafas, data obyektif nampak adanya retraksi dinding dada, adanya penggunaan otot bantu pernafasan, pernafasan 32 kali per menit.

Diagnosa keperawatan ketiga adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan tekanan intra kranial, ditandai dengan data subyektif keluarga mengatakan klien tidak sadar, data obyektif tekanan darah 230/110 mmHg, nadi: 115 kali per menit, RR: 32 kali per menit, suhu 37,4 °C, SpO2: 90%, keadaan klien lemah, kesadaran koma, GCS: E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, hasil *CT-Scan*: Intra cerebellum hemorrhagic di vermis cerebellum infrak cerebri dan dipons.

Diagnosa keperawatan keempat adalah hambatan fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, ditandai dengan data subyektif keluarga mengatakan klien tidak bisa melakukan aktivitasnya, data obyektif klien tampak tidak dapat memiringkan badanya, tampak tidak bisa menggerakkan badannya bagian kanan, aktivitas dibantu keluarga, kekuatan otot ekstermitas kanan atas dan bawah nilai 0 dan ekstermitas kiri atas dan bawah nilai 1.

Diagnosa keperawatan kelima adalah kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik, ditandai dengan data subyektif keluarga mengatakan bagian punggung ada kemerahan dan bagian bawah paha, data subyektif klien tampak adanya bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, kulit tampak lembab, klien nampak berbaring, braden *score* 10.

#### **D. Perencanaan Keperawatan**

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. S untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil: RR dalam rentang normal 16-24 kali per menit, tidak ada suara gargling dan sekret berkurang. Intervensi atau rencana yang akan dilakukan yaitu observasi pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum), dengan rasional untuk mengetahui bunyi nafas, frekuensi dan produksi sputum, lakukan penghisapan lendir atau *suction*, dengan

rasional untuk mengurangi sekret dan membuka jalan nafas, jelaskan kepada keluarga klien tentang tindakan *suction*, dengan rasional untuk memberikan pengetahuan dalam melakukan tindakan, kolaborasi dengan dokter pemberian obat ambroxsol 30 mg 3x1/8 jam, dengan rasional untuk memperlancar dahak yang lengket.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. S untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil: RR dalam rentang normal 16-24 kali per menit, pengembangan dada simetris, tidak nampak retraksi dinding dada, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan. Intervensi atau rencana yang akan dilakukan yaitu observasi kecepatan, irama dan usaha pernafasan, dengan rasional untuk mengetahui keefektifan pola nafas, berikan posisi yang nyaman *semi fowler*, dengan rasional untuk memberikan kenyamanan pada klien, jelaskan kepada keluarga klien pemberian O<sub>2</sub>, dengan rasional untuk memberikan informasi dan pengetahuan tentang tindakan pemberian O<sub>2</sub>, kolaborasi dengan dokter pemberian terapi O<sub>2</sub>, dengan rasional untuk menambah kebutuhan suplai O<sub>2</sub>.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. S untuk diagnosa keperawatan ketidakefektifan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ketidakefektifan gangguan perfusi jaringan serebral teratasi dengan kriteria

hasil: GCS: meningkat E<sub>3</sub>, V<sub>2</sub>, M<sub>4</sub>, tanda-tanda vital dalam batas normal TD: 140/90 mmHg, MAP: 107, N: 90 x/menit, RR: 24x/menit, S: 36,5°C, tidak ada peningkatan intra kranial (Tekanan darah tidak naik, tidak terjadi penurunan kesadaran). Intervensi atau rencana yang akan dilakukan yaitu observasi status neurologis, dengan rasional untuk mengetahui tingkat kesadaran, observasi tanda-tanda vital, dengan rasional untuk mengetahui keadaan umum klien, pemberian terapi musik instrumental, dengan rasional untuk menurunkan detak jantung, menormalakan tekanan darah dan membantu rehabilitasi fisik dan meningkatkan tekanan memori, posisikan kepala ditinggikan 30°, dengan rasional untuk menurunkan tekanan arteri dan mencegah peningkatan tekanan intra kranial, ciptakan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung, dengan rasional untuk memberikan kenyamanan kepada klien, kolaborasi dengan dokter pemberian obat furosemide 40 mg/24 jam, manitol 100 cc/6 jam, dengan rasional untuk meningkatkan keefektifan sirkulasi sirkulasi ke serebral dan mengurangi tekanan intra kranial.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. S untuk diagnosa keperawatan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil: kekuatan otot bertambah 3, mampu bergerak aktif. Intervensi atau rencana yang akan dilakukan yaitu observasi keadaan klien dalam mobilitas, dengan rasional untuk mengetahui kelemahan dan perkembangan dalam

mobilitas, berikan latihan ROM pasif, dengan rasional untuk meminimalkan kekuatan otot, ajarkan keluarga untuk memberikan posisi alih baring setiap dua jam, dengan rasional untuk mencegah luka tekan atau dekubitus, kolaborasi dengan ahli fisioterapi, dengan rasional untuk memberikan program khusus dalam melatih kekuatan otot.

Rencana keperawatan yang dilakukan pada Tn. S untuk diagnosa risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan risiko kerusakan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil: kulit tidak lembab, tidak ada warna kemerahan pada kulit, tidak terjadi luka atau lesi, resiko dekubitus >18, tidak terjadi odema. Intervensi atau rencana yang akan dilakukan yaitu observasi keadaan kulit, dengan rasional untuk mengetahui keadaan kulit klien, berikan posisi miring setiap dua jam sekali, dengan rasional untuk mencegah terjadinya dekubitus, pertahankan tempat tidur bersih, kering dan bebas kerutan, dengan rasional untuk mencegah luka tekan dan iritasi, ajarkan kepada keluarga untuk memberikan *lotion* atau *baby oil* pada daerah yang tertekan, dengan rasional untuk menjaga kelembaban dan luka tekan, kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik, dengan rasional untuk mencegah infeksi.

#### **E. Implementasi Keperawatan**

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d mukus dalam jumlah berlebih tanggal 15 Maret 2015 pada jam

09.10 WIB mengobservasi pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum) dengan respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif terdengar suara gargling, pernafasan 31 kali permenit, klien tampak mengeluarkan sputum kurang lebih 7 cc berwarna kuning. Jam 10.00 WIB menjelaskan kepada keluarga tentang tindakan penghisapan lendir atau *suction* dengan respon subyektif keluarga mengatakan bersedia, respon obyektif keluarga tampak mengerti tentang tindakan *suction*. Jam 10.05 WIB melakukan penghisapan lendir atau *suction* dengan respon subyektif klien tidak terjadi karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak mengeluarkan sputum kurang lebih 8cc berwarna kuning. Jam 10.10 WIB memberikan oksigin 6 liter per menit dengan respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak terpasang masker rebriting 6 liter per menit.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 16 Maret 2015 pada jam 08.10 WIB mengkolaborasikan pemberian obat sesuai advis dokter ambroxol 3x1, dengan respon obat masuk lewat selang NGT. Jam 08.15 WIB mengobservasi pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum) dengan respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif terdengar suara gargling, pernafasan 30 kali per menit, klien tampak mengeluarkan sputum kurang lebih 8 cc berwarna kuning. Jam 08.55 WIB melakukan penghisapan lendir atau *suction* dengan respon subyektif klien tidak terjadi karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak mengeluarkan sputum kurang lebih 9cc berwarna kuning, *suction* dilakukan selama 7 detik.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2015 pada jam 08.05 WIB mengobservasi pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum) dengan respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif terdengar suara gargling, pernafasan 33 kali per menit, klien tampak mengeluarkan sputum kurang lebih 8 cc berwarna kuning. Jam 08.10 WIB mengkolaborasikan pemberian obat sesuai advis dokter ambroxol 3x1, dengan respon obat masuk lewat selang NGT Jam 09.55 WIB melakukan penghisapan lendir atau *suction* dengan respon subyektif klien tidak terjadi karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak mengeluarkan sputum kurang lebih 9 cc berwarna kuning, *suction* dilakukan selama 7 detik. Jam 13.50 WIB melakukan penghisapan lendir atau *suction* dengan respon subyektif klien tidak terjadi karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak mengeluarkan sputum kurang lebih 9 cc berwarna kuning, *suction* dilakukan selama 6 detik.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas b.d keletihan otot tanggal 15 Maret 2015 pada jam 09.10 WIB mengobservasi kecepatan irama, kedalaman dan usaha pernafasan, respon subyektif tidak terkaji karena tidak sadar, respon subyektif pernafasan 31 kali per menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan. Jam 10.10 WIB memberikan O<sub>2</sub> 6 liter per menit data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, respon obyektif klen tampak terpasang masker rebriting 6 liter per menit.



Tindakan yang dilakukan pada tanggal 16 Maret 2015 pada jam 08.20 WIB mengobservasi kecepatan irama, kedalaman dan usaha pernafasan, respon subyektif tidak terkaji karena tidak sadar, respon subyektif pernafasan 30 kali per menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan. Jam 09.10 WIB menjelaskan kepada keluarga tentang pemberian O<sub>2</sub> dengan respon subyektif keluarga mengatakan bersedia, respon obyektif keluarga tampak mengerti pemberian O<sub>2</sub>. Jam 09.15 WIB memberikan O<sub>2</sub> 6 liter per menit data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, respon obyektif klen tampak terpasang masker non rebriting 6 liter per menit.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2015 pada jam 08.05 WIB mengobservasi kecepatan irama, kedalaman dan usaha pernafasan, respon subyektif tidak terkaji karena tidak sadar, respon subyektif pernafasan 33 kali per menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan. Jam 11.45 WIB memberikan O<sub>2</sub> 6 liter per menit data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, respon obyektif klen tampak terpasang masker rebriting 6 liter per menit.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa keridakefektifan perfusi jaringan serebral b.d peningkatan tekanan intra kranial tanggal 15 Maret 2015 pada jam 09.15 WIB mengobservasi status neurologis data subyektif klien tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak lemah, kesadaran koma, GCS: E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, pupil: un isokor, diameter kanan 4, kiri 2. Jam 09.20 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena

klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah 220/145 mmHg, MAP: 170, nadi: 116 kali per menit, pernafasan: kali per menit, suhu: 36,7°C. Jam 09.25 WIB memposisikan kepala ditinggikan 30° respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, data obyektif klien tampak diposisikan kepala 30°. Jam 09.30 WIB menciptakan lingkungan yang tenang respon obyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon subyektif klien tampak tenang berada diruang *High Care Unit* (HCU). Jam 12.00 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah: 230/131 mmHg, MAP: 164, nadi: 115 kali per menit, pernafasan 30 kali per menit, suhu: 36,7°C, SpO<sub>2</sub>: 95%. Jam 12.05 WIB memberikan musik instrumental respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak mendengarkan musik menggunakan *earphone*. Jam 13.35 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah: 216/126 mmHg MAP: 156, nadi: 109 kali per menit, pernafasan 27 kali, suhu: 36,5°C, SpO<sub>2</sub>: 97%.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 16 Maret 2015 pada 08.05 WIB mengkolaborasikan pemberian obat sesuai advis dokter yaitu manitol 100 cc/6 jam, furosemid 40 mg/24 jam, ceftriaxone 1 gram/12 jam respon klien tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif obat masuk lewat selang infus IV. Jam 08.25 mengobservasi status neurologis data subyektif klien tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak lemah, kesadaran koma, GCS: E<sub>1</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, pupil: un isokor, diameter kanan 4, kiri 2. Jam 08.35 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji

karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah: 210/121 mmHg, MAP: 151, nadi: 119 kali per menit, pernafasan 32 kali per menit, suhu: 36,7°C, SpO<sub>2</sub>: 97%. Jam 08.40 WIB memposisikan kepala ditinggikan 30° respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, data obyektif klien tampak diposisikan kepala 30°, klien tampak nyaman. Jam 12.05 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah: 217/129 mmHg, MAP: 159, nadi: 115 kali per menit, pernafasan 32 kali per menit, suhu: 37,3°C, SpO<sub>2</sub>: 98%. Jam 12.05 WIB memberikan musik instrumental respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak mendengarkan musik menggunakan *earphone*. Jam 13.35 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah: 212/120 mmHg, MAP: 151, nadi: 100 kali per menit, pernafasan 28 kali, suhu: 36,7°C, SpO<sub>2</sub>: 99%.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2015 pada jam 08.05 WIB mengkolaborasikan pemberian obat sesuai advis dokter manitol 100 cc/6 jam, furosemide 40 mg/24 jam, respon klien tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif obat masuk lewat selang infus IV. Jam 08.25 WIB mengobservasi status neurologis data subyektif klien tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak lemah, kesadaran koma, GCS: E<sub>1</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, pupil: un isokor, diameter kanan 4, kiri 2. Jam 08.30 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah: 206/136 mmHg, MAP: 160, nadi: 107 kali per

menit, pernafasan 30 kali per menit, suhu: 37,3°C, SpO<sub>2</sub>: 96%. Jam 08.35 WIB memposisikan kepala ditinggikan 30° respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, data obyektif klien tampak diposisikan kepala 30°, klien tampak nyaman. Jam 10.10 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah tekanan darah: 210/129 mmHg, MAP: 155, nadi: 109 kali per menit, pernafasan 30 kali per menit, suhu: 36,9°C, SpO<sub>2</sub>: 96%. Jam 12.00 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah tekanan darah 198/125 mmHg MAP: 150, nadi: 103 kali per menit, pernafasan 29 kali per menit, suhu 36,9°C, SpO<sub>2</sub>: 90%. Jam 12.05 WIB memberikan musik instrumental respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak mendengarkan musik menggunakan *earphone*. Jam 13.35 WIB mengobservasi TTV respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tekanan darah 180/116 mmHg MAP: 138, nadi: 97 kali per menit, pernafasan 26 kali, suhu: 36,4°C, SpO<sub>2</sub>: 98%.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot tanggal 15 Maret 2015 pada jam 09.35 WIB mengobservasi keadaan umum klien dalam mobilitas respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak tidak bisa menggerakkan badanya sebelah kanan, aktivitas dibantu oleh keluarga, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah 1. Jam 09.40 WIB memberikan latihan ROM pasif respon subyektif tidak terkaji

karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tidak bisa menggerakkan ekstermitasnya dan klien tampak tidak ada perlawanan otot. Jam 09.55 WIB mengajarkan kepada keluarga untuk alih baring respon subyektif keluarga mengatakan bersedia, respon obyektif keluarga tampak mengerti tentang posisi alih baring.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 16 Maret 2015 pada jam 08.45 WIB mengobservasi keadaan umum klien dalam mobilitas respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak tidak bisa menggerakkan badanya sebelah kanan, aktivitas dibantu oleh keluarga, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah 1. Jam 08.50 WIB memberikan latihan ROM pasif respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tidak bisa menggerakkan ekstermitasnya dan klien tampak tidak ada perlawanan otot. Jam 09.55 WIB. Jam 09.30 WIB mengkolaborasi dengan ahli fisioterapi respon subyektif ahli terapi mengatakan bersedia, respon obyektif ahli fisioterapi tampak melatih kekuatan otot klien.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2015 pada jam 08.40 WIB mengobservasi keadaan umum klien dalam mobilitas respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak tidak bisa menggerakkan badanya sebelah kanan, aktivitas dibantu oleh keluarga, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah 1. Jam 08.50 WIB memberikan latihan ROM pasif respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tidak bisa menggerakkan

ekstermitasnya dan klien tampak tidak ada perlawanan otot, klien tampak lemah. Jam 09.05 WIB mengkolaborasi dengan ahli fisioterapi respon subyektif ahli terapi mengatakan bersedia, respon obyektif ahli fisioterapi tampak melatih kekuatan otot klien.

Tindakan yang dilakukan untuk diagnosa risiko kerusakan intergitas kulit b.d imobilitas fisik tanggal 15 Maret 2015 pada jam 10.15 WIB mengobservasi keadaan kulit respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tampak adanya bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, resiko dekubitus 10, kulit tampak lembab. Jam 10.20 WIB memberikan posisi alih baring respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak dimiringkan kekanan dan dibantu oleh keluarga, tampak bantal diletakan disebelah kiri klien. Jam 10.30 WIB mengajarkan kepada keluarga untuk memberikan *lotion* respon subyektif keluarga mengatakan bersedia, respon obyektif keluarga tampak mengoleskan *lotion* pada daerah yang tertekan. Jam 11.00 WIB mempertahankan tempat tidur yang bersih dan bebas kerutan respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tempat tidur klien tampak bersih, terpasang perlak, sprengi bersih dan kering.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 16 Maret 2015 pada jam 10.15 WIB mengobservasi keadaan kulit respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tampak adanya bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, resiko dekubitus 10, kulit tampak lembab. Jam 10.05 WIB memberikan posisi alih baring respon subyektif tidak terkaji

karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak dimiringkan kekanan dan dibantu oleh keluarga, tampak bantal diletakan disebelah kiri klien. Jam 11.00 WIB mengajarkan kepada keluarga untuk memberikan *lotion* pada area yang tertekan respon subyektif keluarga mengatakan bersedia, respon obyektif keluarga tampak mengoleskan *lotion* pada daerah yang tertekan. Jam 10.35 WIB mempertahankan tempat tidur yang bersih dan bebas kerutan respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tempat tidur klien tampak bersih, terpasang perlak, sprei bersih dan kering.

Tindakan yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2015 pada jam 09.30 WIB mengobservasi keadaan kulit respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tampak adanya bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, resiko dekubitus 10, kulit tampak lembab sedikit berkeringat, kulit teraba hangat. Jam 09.35 WIB memberikan posisi alih baring respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif klien tampak di miringkan ke kiri dan dibantu oleh keluarga, tampak bantal diletakan disebelah kanan klien. Jam 10.35 WIB mempertahankan tempat tidur yang bersih dan bebas kerutan respon subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, respon obyektif tempat tidur klien tampak bersih, terpasang perlak, sprei bersih dan kering.

## **F. Evaluasi Keperawatan**

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi dilakukan pada hari minggu, 15 Maret 2015, jam 14.00 WIB dengan menggunakan metode

SOAP (*Subyektif, Obyektif, Analisis, Planning*), untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih data obyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien masih tampak ada sekret dimulut, terdengar suara gargling , pernafasan 26 kali permenit, klien tampak mengeluarkan sputum berwarna kuning kurang lebih 6 cc, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi status pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum), lakukan penghisapan lendir atau *suction*, kolaborasi dengan dokter pemberian O<sub>2</sub>.

Evaluasi yang dilakukan pada hari minggu, 15 Maret 2015 untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pada jam 14.05 WIB data subyektif klien tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif pernafasan 26 kali per menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi kecepatan irama, kedalaman dan usaha pernafasan, berikan posisi yang nyaman, kolaborasi dengan dokter pemberian O<sub>2</sub>.

Evaluasi yang dilakukan pada hari senin, 15 Maret 2015 untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial pada jam 14.10 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak lemah, kesadaran koma, GCS: E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, TD: 213/ 123 mmHg, MAP: 153, nadi: 100x/menit, pernafasan 26x/menit, suhu: 36.4°C, SpO<sub>2</sub>: 97% *analisis* masalah belum teratasi,



*planning* intervensi dilanjutkan, observasi status neurologis, observasi TTV, berikan terapi musik instrumental, posisikan kepala kepala 30°, kolaborasi dengan dokter pemberian obat manitol 100 cc/6 jam, ceftriaxone 1 gram/12 jam, furosemid 40 mg/12 jam.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 15 Maret 2015 untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pada jam 14.20 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak belum bisa menggerakkan ekstermitasnya bagian kanan, klien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga dan alat, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah 1, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi keadaan umum klien dalam mobilitas, berikan latihan ROM pasif, ajarkan keluarga untuk alih baring, kolaborasi dengan ahli fisioterapi.

Evaluasi yang dilakukan pada hari minggu, 15 Maret 2015 untuk diagnosa risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik pada jam 14.25 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak adanya bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, braden skore 10, kulit tampak lembab, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi keadaan kulit, berikan posisi alih baring setiap 2 jam, pertahankan tempat tidur yang bersih, kering dan bebas kerutan, ajarkan kepada keluarga untuk mengolesakan *lotion* pada area yang tertekan.

Evaluasi yang dilakukan pada hari minggu, 16 Maret 2015, jam 14.00 WIB dengan menggunakan metode SOAP (*Subyektif, Obyektif, Analisis, Planning*), untuk diagnosa bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus yang berlebih data obyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif terdengar suara gargling, pernafasan 28 kali permenit, klien tampak mengeluarkan sputum berwarna kuning kurang lebih 8 cc, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi status pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum), lakukan penghisapan lendir atau *suction*, kolaborasi dengan dokter pemberian O<sub>2</sub>.

Evaluasi yang dilakukan pada hari minggu, 16 Maret 2015 untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pada jam 14.05 WIB data subyektif klien tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif pernafasan 28 kali per menit, tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi kecepatan irama, kedalaman dan usaha pernafasan, berikan posisi yang nyaman, kolaborasi dengan dokter pemberian O<sub>2</sub>.

Evaluasi yang dilakukan pada hari senin, 16 Maret 2015 untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial pada jam 14.15 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak lemah, kesadaran koma, GCS E<sub>1</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, TD: 200/ 118 mmHg, MAP: 146, nadi: 98x/menit, pernafasan 28x/menit, suhu: 36.5°C, SpO<sub>2</sub>: 99%, *analisis* masalah belum teratasi,

*planning* intervensi dilanjutkan, observasi status neurologis, observasi TTV, berikan terapi musik instrumental, posisikan kepala ditinggikan 30°, kolaborasi dengan dokter pemberian obat manitol 100cc/6 jam, ceftriaxone 1 gram/12 jam, furosemid 40 mg/12 jam.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 16 Maret 2015 untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pada jam 14.20 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak belum bisa menggerakkan ekstermitasnya bagian kanan, klien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga dan alat, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah 1, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi keadaan umum klien dalam mobilitas, berikan latihan ROM pasif, ajarkan keluarga untuk alih baring, kolaborasi dengan ahli fisioterapi.

Evaluasi yang dilakukan pada hari minggu, 16 Maret 2015 untuk diagnosa risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik pada jam 14.25 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak adanya bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, braden skore 10, kulit tampak lembab, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi keadaan kulit, berikan posisi alih baring setiap 2 jam, pertahankan tempat tidur yang bersih, kering dan bebas kerutan, ajarkan kepada keluarga untuk mengolesakan *lotion* pada area yang tertekan.

Setelah dilakukan tindakan keperawatan, hasil evaluasi dilakukan pada hari minggu, 17 Maret 2015, jam 14.00 WIB dengan menggunakan metode SOAP (*Subyektif, Obyektif, Analisis, Planning*), untuk diagnosa bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif terdengar suara gargling, pernafasan 26 kali per menit, klien tampak masih mengeluarkan sedikit sputum berwarna kuning kurang lebih 5 cc, sputum sedikit berkurang, *analisis* masalah teratasi sebagian, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi status pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum), lakukan penghisapan lendir atau *suction*.

Evaluasi yang dilakukan pada hari minggu, 17 Maret 2015 untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pada jam 14.05 WIB data subyektif klien tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif pernafasan 26 kali per menit, SpO<sub>2</sub>: 97% tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi kecepatan irama, kedalaman dan usaha pernafasan, berikan posisi yang nyaman *semi fowler*, kolaborasi dengan dokter pemberian O<sub>2</sub>.

Evaluasi yang dilakukan pada hari senin, 17 Maret 2015 untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial pada jam 14.15 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak lemah, kesadaran koma, GCS: E<sub>1</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, TD: 178/ 122 mmHg, MAP: 134, nadi: 98x/menit, pernafasan

26x/menit, suhu: 36.5°C, SpO<sub>2</sub>: 97%, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi status neurologis, observasi TTV, berikan terapi musik instrumental, posisikan kepala ditinggikan 30°, kolaborasi dengan dokter pemberian obat manitol 100 cc/6 jam, ceftriaxone 1 gram/12 jam, furosemid 40 mg/12 jam.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 17 Maret 2015 untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot pada jam 14.20 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak belum bisa menggerakkan ekstermitasnya bagian kanan, klien tampak lemah, aktivitas dibantu keluarga dan alat, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah 1, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi keadaan umum klien dalam mobilitas, berikan latihan ROM pasif, ajarkan keluarga untuk alih baring, kolaborasi dengan ahli fisioterapi.

Evaluasi yang dilakukan pada hari minggu, 17 Maret 2015 untuk diagnosa risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik pada jam 14.25 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak masih sedikit ada bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, braden skore 11, kulit tidak lembab, *analisis* masalah teratasi sebagian, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi keadaan kulit, berikan posisi alih baring setiap 2 jam, pertahankan tempat tidur yang bersih, kering dan bebas kerutan, ajarkan kepada keluarga untuk mengolesakan *lotion* pada area yang tertekan.

## **BAB V**

### **PEMBAHASAN**

Dalam bab ini penulis akan membahas tentang pengaruh pemberian terapi musik terhadap status hemodinamika pasien koma pada asuhan keperawatan Tn. S dengan stroke hemoragik di ruang HCU Anggrek II RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Disamping itu penulis akan membahas tentang adanya kesesuaian dan kesenjangan yang terjadi antara teori dengan kenyataan. Asuhan Keperawatan meliputi tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi.

#### **A. Pengkajian**

Tahap pengkajian adalah tahap proses pengumpulan data yang relevan dan kontinyu tentang respon manusia, status kesehatan, kekuatan, dan masalah klien. Tujuan pengkajian adalah untuk memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan klien.

Hasil pengkajian dilakukan pada tanggal 15 Maret 2015 pada Tn. S dengan keluhan utama penurunan kesadaran GCS E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>. Penurunan kesadaran adalah tidak ada respon motorik atau verbal terhadap stimulus eksternal. GCS E<sub>2</sub>: mata terbuka dengan respon nyeri, V<sub>1</sub>: tidak berespon, M<sub>3</sub>: fleksi abnormal (Weinstock, 2013).

Hasil pengkajian pada Tn. S didapatkan data dari keluarga mengatakan pada tanggal 1 Maret 2015 pasien tiba-tiba lemas, tidak bisa bicara, badan bagian kanan sulit untuk digerakkan. Kemudian keluarga membawa pasien ke

Rumah Sakit Kostati Surakarta pada siang hari, selama 10 hari menjalani perawatan dirumah sakit pasien tidak ada perubahan, kemudian klien pada tanggal 11 Maret 2015 pasien dirujuk di RSUD Dr. Moewardi. Klien diagnosa dokter stroke hemoragik. Stroke hemoragik adalah stroke yang diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan merembes ke daerah otak dan merusaknya (Junaidi, 2011). Setelah mendapat penanganan dibangsal HCU Anggrek II selama tiga hari kemudian klien mengalami penurunan kesadaran kemudian klien dipindah dibangsal HCU Anggrek II untuk mendapatkan terapi lanjut.

Pola pengkajian primer *airway* didapatkan ada sumbatan sekret pada jalan nafas, terdengar suara gargling, *Breathing*, RR: 32 kali per menit, tampak adanya retraksi dinding dada, menggunakan otot bantu pernafasan, pada auskultasi terdengar suara tambahan ronkhi, *Circulation* tekanan darah 230/110 mmHg, nadi 115 kali per menit, *capillary reffile* kurang dari 3 detik, akral hangat. *Disability*, *Glascow Coma Scale* (GCS) adalah E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, kesadaran koma, *Exposure* suhu 37,4°C, kulit lembab dan ada bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan dibawah paha, kulit tampak lembab. Berdasarkan teori akibat hipersekresi saluran pernafasan dan obstruksi saluran pernafasan menjadi tersumbat. Obstruksi jalan nafas merupakan kondisi pernafasan yang tidak normal akibat imobilisasi. Hipersekresi mukosa pada saluran pernafasan yang menghasilkan lendir sehingga partikel kecil yang masuk bersama udara akan mudah menempel disaluran pernafasan. Hal ini akan mengakibatkan sumbatan sehingga ada udara yang

menjebak dibagian distal pada saluran nafas dimana pada fase ekspirasi panjang akan muncul bunyi yang abnormal (Muttaqin, 2008).

Hasil pengkajian pemeriksaan fisik mendapatkan data tekanan darah 230/110 mmHg. Hipertensi adalah suatu keadaan dimana seseorang mengalami peningkatan tekanan darah diatas normal yang mengakibatkan peningkatan angka kesakitan (morbiditas) dan angka kematian. Klasifikasi tekanan darah pada orang dewasa yaitu tahap pertama (ringan) sistolik 140-159 mmHg dan diastolik 85-89 mmHg, tahap kedua (sedang) sistolik 160-179 mmHg dan diastolik 100-109 mmHg, tahap ketiga (berat) sistolik 180-209 mmHg dan diastolik 110-119 mmHg, tahap keempat (maligna) sistolik 210 mmHg atau lebih dan diastolik 120 mmHg atau lebih (Triyanto, 2014). Berdasarkan teori tersebut pemeriksaan fisik pada Tn.S termasuk hipertensi tahap keempat. Menurut Pudiastuti (2013), hipertensi akan menyebabkan stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitkan pembuluh darah ke otak.

Hasil pengkajian pola aktivitas didapatkan hasil sebelum sakit keluarga klien mengatakan dari makan dan minum, *toileting*, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah, ambulasi mandiri semua. Selama sakit klien makan, *toileting*, berpakaian, mobilitas ditempat tidur, berpindah, dan ambulasi rom masih dibantu orang lain dan alat. Sesuai dengan teori adanya gangguan mobilitas fisik bisa terjadi karena adanya keterbatasan gerak, paralisis, dan adanya kehilangan kekuatan otot (Perry & Potter, 2006).



Hasil pengkajian fisik bagian ekstremitas, ekstremitas kanan atas kekuatan otot kanan atas dengan nilai 0, kekuatan otot kiri atas dengan nilai 1, kekuatan ekstremitas kiri bawah nilai 1, kekuatan ekstremitas kanan bawah nilainya 0. Kekuatan otot ekstremitas kanan bawah Tn. S menunjukkan nilai 0 dalam teori, pengukuran kekuatan otot dilakukan ROM merupakan istilah untuk menyatakan gerakan sendi yang normal dan untuk menetapkan adanya kelainan ataupun untuk menyatakan batas gerakan sendi yang abnormal. Adapun penilaiannya yaitu derajat 0: tidak ada kontraksi otot, 1: kontraksi otot dapat dipalpasi tetapi tanpa gerakan persendian, 2: otot hanya mampu melawan gaya gravitasi (gerakan pasif), 3: otot hanya mampu melawan gaya gravitasi, 4: kekuatan otot mampu menggerakkan persendian dengan melawan gaya gravitasi, mampu melawan dengan tahanan sedang, 5: kekuatan otot normal (Weinstock, 2010).

Hasil pemeriksaan paru-paru pada Tn. S *inspeksi* tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan, dan tidak ada jejas, palpasi tidak terkaji karena klien tidak sadar, *perkusi* suara sonor pada seluruh lapang paru, *auskultasi* terdengar suara tambahan ronkhi. Pemeriksaan fisik paru-paru pada pasien stroke adalah teknik *inspeksi*: pasien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu napas dan peningkatan frekuensi pernafasan, *ekspansi* dada kanan dan kiri sama. Teknik *palpasi*: tektil *fremitus* seimbang kanan dan kiri. Teknik *perkusi*: sonor. Teknik *askultasi*: bunyi nafas tambahan seperti ronki pada

pasien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun (Muttaqin, 2008).

Hasil pemeriksaan fisik intergumen dengan inspeksi didapatkan hasil kulit teraba hangat, tampak kemerahan dan ada bintik-bintik dibagian punggung dan bawah paha, kulit tampak lembab. Faktor resiko luka tekan pada Tn. S didapatkan pada persepsi sensori dengan nilai 2 (sangat terbatas), faktor kelembaban nilai 2 (umumnya lembab), faktor aktivitas nilai 1 (total di tempat tidur), faktor mobilitas nilai 1 (tidak dapat bergerak sama sekali), faktor nutrisi nilai 3 (mencukupi), faktor pergesekan dan pergerakan nilai 1 (memerlukan bantuan maksimal), jumlah *score* branden : 10 berarti beresiko tinggi terjadi luka tekan. Penghitungan skala branden berdasarkan faktor resiko, terdiri dari 6 yaitu persepsi sensori, kelembaban, aktivitas, mobilitas, nutrisi, friksi dan gerakan. Nilai total berada pada rentan dari 6 sampai 23. Kriteria atau nilai skala branden, >18 ( tidak berisiko ), 15-18 (risiko ringan ), 13-14 ( risiko sedang), 10-12 ( risiko tinggi ), <9 ( risiko sangat tinggi )(Potter & Perry, 2005 ).

Terapi cairan intravena *Natrium clorida* 0,9% dengan dosis 20 tetes per menit untuk indikasi mengembalikan keseimbangan elektrolit pada dehidrasi, cefriaxone dengan dosis 1 gram/12 jam untuk indikasi infeksi yang disebabkan bakteri pathogen pada saluran nafas, THT, tulang sendi dan jaringan lunak, manitol 500 ml 100cc/6 jam untuk indikasi memperlancar diuresis, ekskresi, material toksik dalam urin dan mengurangi TIK, ambroxol dengan dosis 30 mg 3x1/12 jam sebagai sekretolitik yang dapat mempermudah

pengeluaran sekret yang kental dan lengket didalam saluran pernafasan, furosemide 40 mg/24 jam untuk gangguan hipertensi, edema gangguan jantung, penyakit ginjal dan sirosis hati (ISO, 2010).

## **B. Perumusan Masalah**

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis tentang respon individu, atau komunitas terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengarahkan rencana asuhan keperawatan untuk membantu klien dan keluarga terhadap penyakit dan menghilangkan masalah keperawatan (Dermawan, 2012).

Menentukan prioritas masalah keperawatan adalah kegiatan untuk menentukan masalah yang menjadi prioritas untuk diatasi terlebih dahulu, adapun cara membuat skala prioritas pada Tn. S menggunakan hierarki maslow yang meliputi kebutuhan (fisiologis, rasa aman nyaman, cinta dan kasih sayang, harga diri, aktualisasi diri) karena dengan memahami konsep dasar manusia Maslow, maka akan diperoleh persepsi yang sama bahwa untuk beralih ke tingkat kebutuhan manusia yang lebih tinggi, kebutuhan dasar harus terpenuhi dahulu. Artinya terdapat kebutuhan yang lebih tinggi yang harus dipenuhi sebelum kebutuhan lain terpenuhi (Mubarak, 2008).

Berdasarkan data yang diambil penulis, ditegakkan diagnosa yang utama adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran

pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas (Herdman, 2012). Batasan karakteristik untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas yaitu adanya suara tambahan (ronkhi atau gargling), sputum berlebih, batuk tidak efektif, penurunan suara nafas, dispnea, perubahan irama dan frekuensi pernafasan, sianosis dan gelisah (Wilkinson, 2012).

Pada Tn. S ditegakkan diagnosa ini ditandai dengan adanya data subyektif keluarga mengatakan ada lendir didalam mulut, sedangkan data obyektif tampak adanya lendir didalam mulut klien, terdapat suara tambahan pada auskultasi yaitu ada suara ronkhi dan suara gargling pada jalan nafas, pernafasan 32 kali per menit. Bersihan jalan nafas ini diambil karena klien mengalami penurunan kesadaran sehingga suplai darah ke otak akan menurun akibat pecahnya pembuluh darah sehingga mengakibatkan penurunan kemampuan untuk mengeluarkan sekret dan batuk. Akibat dari hipersekresi saluran pernafasan dan obstruksi saluran pernafasan menjadi tersumbat. Obstruksi jalan nafas merupakan kondisi pernafasan yang tidak normal akibat imobilisasi. Hipersekresi mukosa pada saluran pernafasan yang menghasilkan lendir sehingga partikel kecil yang masuk bersama udara akan mudah menempel disaluran pernafasan. Akibat sumbatan pada saluran pernafasan maka akan muncul bunyi yang abnormal (Muttaqqin, 2008).

Pada diagnosa keperawatan yang kedua yang diambil penulis adalah ketidakefektifan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan keletihan otot pernafasan. Ketidakefektifan pola nafas adalah suatu inspirasi atau ekspirasi yang tidak memberi ventilasi adekuat (Herdman, 2012). Batasan karakteristik

untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas yaitu subyektif antara lain sesak nafas dan nafas pendek, sedangkan obyektif meliputi perubahan pergerakan dada, mengambil posisi tiga titik, penurunan tekanan aspirasi atau ekspirasi, penurunan ventilasi semenit, penurunan kapasitas vital, nafas dalam, peningkatan diameter anterior-posterior, nafas cuping hidung, pernafasan bibir mencucu, kecepatan respirasi (usia dewasa 14 tahun atau lebih kurang dari 11 sampai dengan 24 kali per menit, usia 1 sampai 4 tahun antara kurang dari 20 sampai dengan 30 kali per menit, dan usia 5 sampai 14 tahun antara kurang dari 15 sampai dengan 25 kali per menit), takipnea, dan penggunaan otot bantu untuk bernafas (Wilkinson, 2012).

Pada kasus Tn.S ditegakkan diagnosa ini ditandai dengan data subyektif keluarga mengatakan klien sesak nafas, sedangkan data obyektif klien tampak penggunaan otot bantu pernafasan, tampak ada retraksi dinding dada, pernafasan 32 kali per menit. Pernafasan adalah upaya yang dibutuhkan untuk mengembangkan dan membuat paru berkontraksi. Kerja pernafasan ditentukan oleh tingkat kompliansi paru, tahanan jalan nafas, keberadaan ekspirasi yang aktif, dan penggunaan otot bantu pernafasan (Potter & Perry, 2006). Ketika suplai oksigen ke otak kurang maka akan terjadi penurunan kesadaran yang bisa menyebabkan kematian jaringan di otak dan dapat mengancam kehidupan klien.

Pada diagnosa keperawatan yang ketiga yang diambil penulis adalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral adalah

penurunan sirkulasi jaringan ke otak (Wilkinson, 2012). Batasan karakteristik untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yaitu perubahan status mental, perubahan perilaku, perubahan respon motorik, ketidaknormalan dalam bicara, perubahan tekanan darah, perubahan reaksi pupil, kesulitan menelan, dan kelemahan pada ekstermitas (Wilkinson, 2012). Pada Tn. S ditegakkan diagnosa ini ditandai dengan adanya data subyektif keluarga mengatakan klien tidak sadar, sedangkan data obyektif tekanan darah 230/100 mmHg, nadi: 115 kali per menit, pernafasan 32 kali per menit, suhu: 37,4°C, saturasi oksigen 90%, klien tampak lemah, kesadaran koma GCS: E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, tampak hasil foto *CT scan* : ICH di vermis cerebellum infrakerebri dan di pons.

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral ini bisa terjadi karena arteri yang mensuplai darah ke otak pecah, sehingga mengakibatkan perdarahan yang menyebabkan infrakerebri (kematian jaringan) yang menghambat masuknya darah ke jaringan serebral. Perdarahan pada otak akan menghambat suplai oksigen ke otak yang akan mengakibatkan terjadi penurunan kesadaran. Peningkatan tekanan intra kranial dapat mengakibatkan kematian sel otak yang ireversibel karena kurangnya suplai oksigen dan akan berpengaruh pada sistem aliran darah di otak sehingga aliran darah di otak akan menurun (Nurhidayat, 2014).

Hasil *CT scan* pada Tn. S menunjukkan intra cerebellum hemorrhagic di vermis cerebellum infrakerebri dan di pons. Menurut (Muttaqin, 2008) *intra cerebellum hemorrhagic* adalah pecahnya pembuluh darah dalam otak.

*Cerebellum* terdiri atas bagian tengah, vermis, dan dua hemisfer lateral. Serebellum ini dihubungkan dengan batang otak oleh tiga berkas serabut yang dinamakan pendikuli. Semua aktivitas serebellum berada dibawah kesadaran. Fungsi serebellum yaitu mengatur otot-otot postural, mengkoordinasi penyesuaian secara cepat dan otomatis dengan memelihara keseimbangan tubuh serta melakukan program akan gerakan pada keadaan sadar dan bawah sadar. Serebellum sebagai pusat reflek yang mengkoordinasi dan mempermudah gerakan otot serta mengubah tonus dan kontraksi dalam keseimbangan tubuh. *Infrak cerebri* adalah kematian jaringan otak akibat kurangnya oksigen. *Pons* merupakan serabut-serabut yang menghubungkan kedua hemisfer serebellum serta menghubungkan mesensefalon disebelah atas dan medula oblongata dibawah. Perdarahan terjadi dipons maka akan ditemukan tanda-tanda seperti hipertensi, depresi pernafasan, pupil kecil dan reaksi cahaya minimal, terjadi penurunan kesadaran dengan cepat.

Pada diagnosa keperawatan yang keempat yang diambil penulis adalah hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot. Hambatan mobilitas fisik adalah keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh baik satu atau lebih pada ekstremitas secara mandiri dan terarah (Herdman, 2012). Batasan karakteristik untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik yaitu pergerakan lambat, kesulitan membolak balik posisi, keterbatasan untuk melakukan keterampilan motorik halus dan kasar, pergerakan tidak terkoordinasi, keterbatasan rentang pergerakan sendi (Wilkinson, 2012). Pada Tn. S ditegakkan diagnosa ini ditandai dengan adanya data subyektif keluarga

mengatakan klien tidak bisa melakukan aktivitasnya sedangkan data obyektif klien tampak tidak bisa memiringkan badanya, tampak tidak bisa menggerakkan badannya sebelah kanan atau hemiparase, aktivitas dibantu oleh keluarga dan alat, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0 dan ekstermitas kiri atas dan bawah nilai 1. Hambatan mobilitas fisik ini diambil karena terjadi adanya keterbatasan gerak, paralisis, adanya kehilangan kekuatan otot, penyakit sistematik, adanya alat pengimobilisasi atau yang mengalami keterbatasan mobilisasi karena penyakit, dan ketidakmampuan dalam aktivitas (Potter & Perry, 2006).

Pada diagnosa keperawatan yang kelima adalah risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik. Risiko kerusakan integritas kulit adalah beresiko mengalami perubahan kulit yang memburuk (Nanda, 2012). Batasan karakteristik untuk diagnosa risiko kerusakan integritas kulit yaitu lembab, imobilisasi fisik, gangguan sirkulasi, usia yang ekstrem, penonjolan tulang (Wilkinson, 2012). Pada Tn. S ditegaskan diagnosa ini ditandai dengan adanya data subyektif keluarga mengatakan bagian punggung ada bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, kulit tampak lembab, klien tampak berbaring, *score* braden 10. Risiko kerusakan integritas kulit ini diambil karena klien mengalami hemiparalisis sehingga dalam imobilitas terganggu dan klien mengalami tirah baring di tempat tidur, sehingga klien tersebut bagian tubuhnya bertumpu pada tempat tidur dan akibat dari penekan tersebut aliran darah pada bagian tubuh akan menjadi terhambat akhirnya akan muncul kemerahan dan jika tekanan tidak



dihilangkan akan menimbulkan beresiko terkena dekubitus (Aini, 2013). Ada faktor-faktor tambahan yang dapat meningkatkan resiko terjadi kerusakan kulit lebih lanjut pada klien diantaranya adalah gaya gesek dan fiksi, kelembaban, nutrisi buruk, anemia, infeksi, demam, gangguan sirkulasi perifer, obesitas, dan usia (Potter & Perry, 2006).

Penulis tidak merumuskan semua diagnosa yang muncul dikarenakan penulis menegakkan diagnosa keperawatan sesuai dengan hasil pengkajian dan observasi yang telah dilakukan selama tiga hari pengelolaan kasus. Selain itu dengan keterbatasan waktu pengelolaan kasus tersebut sehingga penulis hanya bisa merumuskan diagnosa keperawatan yang mungkin bisa dikelola saat pengelolaan kasus tersebut.

### **C. Rencana Keperawatan**

Perencanaan adalah suatu proses di dalam pemecahan masalah yang merupakan keputusan awal tentang sesuatu yang akan dilakukan, bagaimana dilakukan, kapan akan dilakukan, dan siapa yang akan melakukan semua tindakan keperawatan. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada kelompok atau klien, untuk membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lain, untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan, untuk menyediakan kriteria dan klasifikasi klien (Dermawan, 2012).

Dalam kasus ini penulis melakukan intervensi sesuai dengan rumusan masalah diatas selama 3 kali 24 jam dengan tujuan untuk mengetahui

keefektifan tindakan secara maksimal. Tujuan dari intervensi adalah suatu sasaran yang menggambarkan perubahan yang diinginkan pada setiap kondisi atau perilaku klien dengan kriteria hasil yang diharapkan perawat. Pedoman penulisan kriteria hasil berdasarkan SMART (*Spesifik, Measurable, Achievable, Reasonable, dan Time*). *Spesifik* adalah berfokus pada klien. *Measurable* dapat diukur, dilihat, diraba, dirasakan, dan dibau. *Achievable* adalah tujuan yang harus dicapai. *Reasonable* merupakan tujuan yang harus dipertanggung jawabkan secara ilmiah. *Time* adalah batasan pencapaian dalam rentang waktu tertentu, harus jelas batasan waktunya (Dermawan, 2012).

Berdasarkan tujuan dari diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam ketidakefektifan bersihan jalan nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil RR dalam rentang normal 16-24 kali per menit, tidak ada suara gargling dan sekret berkurang. Intervensi dilakukan untuk Tn S yang pertama yaitu observasi pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum), pernafasan adalah upaya yang dibutuhkan untuk mengembangkan dan membuat paru berkontraksi. Kerja pernafasan ditentukan oleh tingkat compliansi paru, tahanan jalan nafas, keberadaan ekspirasi yang aktif, dan penggunaan otot bantu pernafasan (Potter & Perry, 2005). Intervensi yang kedua yaitu lakukan penghisapan lendir atau *suction*, karena kerja pernafasan ditentukan oleh tingkat tahanan jalan nafas. Tahanan jalan nafas dapat mengalami peningkatan akibat obstruksi jalan nafas, jika tahanan meningkat, jumlah udara yang melalui

jalan nafas anatomis menurun. Maka bila jalan nafas mengalami penyumbatan yang salah satunya disebabkan oleh produksi sputum, maka jalan nafas harus dibebaskan dengan cara penghisapan atau *suction*, sehingga dapat meningkatkan kebersihan jalan nafas (Potter & Perry, 2005). Intervensi yang ketiga yaitu jelaskan kepada keluarga klien tentang tindakan *suction* untuk memberikan pengetahuan dalam melakukan tindakan. Intervensi yang keempat yaitu kolaborasi dengan dokter pemberian obat ambroxol 30 mg 3x1/8 jam untuk mengencerkan dahak yang lengket (ISO, 2010).

Berdasarkan tujuan dari diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam ketidakefektifan pola nafas dapat teratasi dengan kriteria hasil pola nafas normal atau efektif dengan rentang normal 16 sampai 24 kali per menit, pengembangan dada simetris, tidak tampak retraksi dinding dada, dan tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan. Intervensi dilakukan untuk Tn S yang pertama yaitu observasi kecepatan, irama, dan usaha pernafasan untuk mengetahui keefektifan pola nafas. Intervensi yang kedua yaitu berikan posisi yang nyaman *semi fowler*, pada pemberian posisi ini akan memberikan kenyamanan pada pasien sehingga pasien dapat beristirahat (Potter & Perry, 2006). Intervensi yang ketiga jelaskan kepada keluarga klien pemberian O<sub>2</sub> untuk memberikan informasi dan pengetahuan tentang tindakan pemberian O<sub>2</sub>. Intervensi yang keempat kolaborasi dengan dokter pemberian terapi O<sub>2</sub>, oksigen merupakan kebutuhan dasar paling vital

dalam kehidupan manusia. Dalam tubuh, oksigen berperan penting di dalam proses metabolisme sel (Mubarak, 2008).

Berdasarkan tujuan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan peningkatan tekanan intra kranial adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dapat tertasi dengan kriteria hasil GCS meningkat E<sub>3</sub>, V<sub>2</sub>, M<sub>4</sub>, tanda-tanda vital dalam batas normal tekanan darah 140/90 mmHg MAP: 107, nadi 90 kali per menit, pernafasan 24 kali per menit, suhu 36,5°C, tidak ada peningkatan tekanan intra kranial (Tekanan darah tidak naik, tidak terjadi penurunan kesadaran). Intervensi dilakukan untuk Tn. S yang pertama yaitu observasi status neurologis, karena perubahan tingkat kesadaran meliputi penurunan orientasi dan respon terhadap stimulus, perubahan ukuran pupil : bilateral atau unilateral dilatasi merupakan tanda dan gejala peningkatan TIK yang dapat menyebabkan kematian mendadak (Padila, 2012). Intervensi yang kedua observasi tanda-tanda vital, karena hipertensi biasanya tidak mengalami gejala dan tanda, dengan hal tersebut mengapa sangat penting untuk melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin. Tekanan darah tinggi akan merusak pembuluh-pembuluh darah karena tekanan yang tinggi pada pembuluh darah, dan akan menaikkan resiko serangan stroke (Darmawan, 2012). Intervensi yang ketiga yaitu pemberian terapi musik instrumental untuk menurunkan detak jantung, menormalakan tekanan darah dan membantu rehabilitasi fisik dan meningkatkan tekanan memori (Aditia, 2012). Intervensi yang keempat yaitu posisikan kepala

ditinggikan 30° untuk menurunkan tekanan arteri dan mencegah peningkatan tekanan intra kranial (Padila, 2012). Intervensi yang kelima yaitu ciptakan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung untuk memberikan kenyamanan kepada klien. Intervensi yang keenam yaitu kolaborasi dengan dokter pemberian obat furosemide 40 mg/24 jam untuk untuk gangguan hipertensi, edema gangguan jantung, penyakit ginjal dan sirosis hati, manitol 100 cc/6 jam, untuk meningkatkan keefektifan sirkulasi sirkulasi ke serebral dan mengurangi tekanan intra kranial (ISO, 2010).

Berdasarkan tujuan hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan hambatan mobilitas fisik dapat teratasi dengan kriteria hasil kekuatan otot bertambah tiga, mampu bergerak secara bertahap, tidak terjadi kontraktur sendi. Intervensi dilakukan untuk Tn. S yang pertama yaitu observasi keadaan umum klien dalam mobilitas, karena dalam mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan immobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas (Potter & Perry, 2006). Intervensi yang kedua berikan latihan ROM pasif, karena keterbatasan mobilisasi sendi karena penyakit, keidakmampuan, atau trauma membutuhkan latihan sendi untuk mengurangi bahaya imobilisasi, dimana penggunaan pergerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau memperbaiki fleksibilitas sendi (Potter & Perry, 2006). Intervensi yang ketiga ajarkan kepada keluarga untuk alih baring setiap 2 jam, untuk mencegah terjadinya resiko dekubitus. Intervensi

yang keempat kolaborasi dengan ahli fisioterapi untuk memberikan program khusus melatih kekuatan otot, pada pasien stroke otot volunter akan kehilangan tonus dan kekuatannya bila tidak dilatih untuk digerakkan (Padila, 2012).

Berdasarkan tujuan risiko kerusakan intergitas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik adalah setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 kali 24 jam diharapkan risiko kerusakan intergitas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil kulit tidak lembab, tidak ada warna kemerahan pada kulit, resiko dekubitus  $> 18$ , tidak terjadi luka atau lesi. Intervensi dilakukan untuk Tn. S yang pertama yaitu observasi keadaan kulit untuk mengetahui keadaan kulit klien. Dalam teori ini harus dilakukannya intervensi aktif, preventif dan pengkajian berkelanjutan adalah penting. Adapun rencana untuk pembelajaran klien mencakup instruksi tentang strategi untuk mengurangi risiko terjadinya ulkus dekubitus dan metode untuk mendeteksi, menginspeksi dan meminimalkan area yang bertekanan. Pengenalan dini dan intervensi adalah kunci penatalaksanaan jangka panjang potensial kerusakan integritas kulit (Potter & Perry, 2006). Intervensi yang kedua yaitu berikan posisi alih baring setiap dua jam, alih baring dapat mencegah dekubitus pada tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya klien pada satu posisi tidur yang dapat menyebabkan luka tekan (Perry & Potter, 2005). Intervensi yang ketiga yaitu pertahankan tempat tidur yang bersih, kering dan bebas kerutan, karena kelembaban yang ada disekitar kulit yang rusak dapat menyebabkan ulserasi dan infeksi yang lebih parah

(Perry & Potter, 2006). Intervensi yang keempat yaitu ajarkan kepada keluarga untuk memberikan *lotion* atau *baby oil* pada daerah yang tertekan, sebagai pelumas atau pelembab kulit, dan bersifat melembutkan kulit, meningkatkan hidrasi kulit, mempercepat penyembuhan luka pada kulit (Amin, 2009). Intervensi kelima yaitu kolaborasi dengan dokter pemberian anti biotik untuk mencegah infeksi.

#### **D. Tindakan Keperawatan**

Tindakan keperawatan atau implementasi adalah serangkaian pelaksanaan rencana tindakan keperawatan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil dalam rentang yang diharapkan (Dermawan, 2012).

Penulis melakukan implementasi untuk diagnosa ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih selama 3 kali 24 jam tindakan yang pertama yaitu mengobservasi pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum) melakukan tindakan pernafasan adalah upaya yang dibutuhkan untuk mengembangkan dan membuat paru berkontraksi. Kerja pernafasan ditentukan oleh tingkat compliansi paru, tahanan jalan nafas, keberadaan ekspirasi yang aktif, dan penggunaan otot bantu pernafasan (Potter & Perry, 2005). Tindakan yang kedua melakukan penghisapan lendir atau *suction* melakukan tindakan tersebut karena kerja pernafasan ditentukan oleh tingkat yaitu tahanan jalan nafas. Tahanan jalan

nafas dapat mengalami peningkatan akibat obstruksi jalan nafas, jika tahanan meningkat, jumlah udara yang melalui jalan nafas anatomis menurun. Maka bila jalan nafas mengalami penyumbatan yang salah satunya disebabkan oleh produksi sputum, maka jalan nafas harus dibebaskan dengan cara penghisapan atau *suction*, sehingga dapat meningkatkan kebersihan jalan nafas (Potter & Perry, 2005). Tindakan yang ketiga yaitu menjelaskan kepada keluarga klien tentang tindakan suction dengan tujuan untuk memberikan pengetahuan dalam melakukan tindakan. Tindakan yang keempat yaitu mengkolaborasi dengan dokter pemberian obat ambroxol 30 mg 3x1/8 jam yang bertujuan untuk memperlancar dahak yang lengket (ISO, 2010).

Implementasi selanjutnya untuk Tn. S diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan otot pernafasan selama 3 kali 24 jam tindakan yang pertama yaitu mengobservasi kecepatan, irama dan usaha pernafasan dengan tujuan untuk mengetahui keefektifan pola nafas. Tindakan yang kedua yaitu memberikan posisi yang nyaman *semi fowler*, pada pemberian posisi ini akan memberikan kenyamanan pada pasien sehingga pasien dapat beristirahat (Potter & Perry, 2006). Tindakan yang ketiga menjelaskan kepada keluarga klien pemberian O<sub>2</sub> dengan tujuan untuk memberikan informasi dan pengetahuan tentang tindakan pemberian O<sub>2</sub>. Tindakan yang keempat yaitu mengkolaborasi dengan dokter pemberian terapi O<sub>2</sub>, oksigen merupakan kebutuhan dasar paling vital dalam kehidupan manusia. Dalam tubuh, oksigen berperan penting di dalam proses metabolisme sel (Mubarak, 2008).



Implementasi selanjutnya untuk Tn. S diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial selama 3 kali 24 jam tindakan yang pertama yaitu mengobservasi status neurologis, dilakukan tindakan tersebut karena perubahan tingkat kesadaran meliputi penurunan orientasi dan respon terhadap stimulus, perubahan ukuran pupil : bilateral atau unilateral dilatasi merupakan tanda dan gejala peningkatan TIK yang dapat menyebabkan kematian mendadak (Padila, 2012). Tindakan yang kedua yaitu mengobservasi tanda tanda vital, karena hipertensi biasanya tidak mengalami gejala dan tanda, dengan hal tersebut mengapa sangat penting melakukan pemeriksaan tekanan darah secara rutin. Tekanan darah tinggi akan merusak pembuluh-pembuluh darah karena tekanan yang tinggi pada pembuluh darah, dan akan menaikkan resiko serangan stroke (Darmawan, 2012). Tindakan yang ketiga yaitu memberikan terapi musik instrumental dengan tujuan untuk menurunkan detak jantung menormalakan tekanan darah dan membantu rehabilitasi fisik dan meningkatkan tekanan memori (Asrin, 2007). Tindakan yang keempat yaitu memposisikan kepala ditinggikan  $30^{\circ}$  dengan tujuan untuk menurunkan tekanan arteri dan mencegah peningkatan tekanan intra kranial (Padila, 2012). Tindakan yang kelima yaitu menciptakan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung dengan tujuan untuk memberikan kenyamanan kepada klien (Padila, 2012). Mengkolaborasi dengan dokter pemberian obat furosemide 40 mg/24 jam untuk gangguan hipertensi, edema gangguan jantung, penyakit ginjal dan sirosis hati untuk , manitol 100 cc/6 jam dengan tujuan untuk

meningkatkan keefektifan sirkulasi sirkulasi ke serebral dan mengurangi tekanan intra kranial (ISO, 2010).

Implementasi selanjutnya yang dilakukan pada Tn. S hari pertama penulis melakukan observasi tanda-tanda vital sebelum memberikan terapi musik didapatkan respon subyektif tidak terkaji, respon obyektif tekanan darah 230/131 mmHg, MAP: 164, pernafasan 30 kali per menit, nadi 115 kali per menit. Pada hari kedua penulis mengobservasi kembali tanda-tanda vital didapatkan hasil data tekanan darah 217/129 mmHg, MAP: 159, pernafasan 32 kali per menit. Pada hari ketiga mengobservasi tanda-tanda vital didapatkan hasil tekanan darah 198/125 mmHg, MAP: 150, nadi:103 kali per menit, pernafasan 29 kali per menit. Selanjutnya penulis memberikan tindakan terapi musik instrumental yang sesuai intervensi untuk memperbaiki status hemodinamika selanjutnya didapatkan data respon subyektif tidak terkaji, respon obyektif klien tampak mendengarkan musik dengan menggunakan *earphone*. Musik instrumental adalah musik yang melantun tanpa vocal dan hanya alat musik saja yang melantun. Musik instrumental yang diberikan adalah kitaro koi, musik ini arasemen instrumental karangan dari jepang, harmoninya mengalun indah seakan menyentuh hati pendengarnya. Dibawakan penuh dengan penghayatan dan nadanya menginspirasi kehidupan (Aditia, 2012). Efek terapi musik yaitu mempengaruhi sistem pernafasan, denyut jantung, dan tekanan darah, meningkatkan sistem kekebalan tubuh, mampu memperlambat dan

menyeimbangkan otak, dan mengurangi kecemasan, nyeri serta depresi (Potter & Perry, 2006).

Musik dihasilkan dari stimulus yang gelombangnya ditransformasikan melalui *ossicles* ditelinga tengah dan melalui cairan *cochlear* berjalan menuju nervus auditori serta pada area sistem saraf otonom kemudian nervus auditori menghantarkan sinyal ini ke korteks auditori dilobus temporal. Kemudian musik merangsang mengeluarkan hormon endofrin. Endofrin memiliki efek relaksasi pada tubuh. Efek yang ditimbulkan musik adalah dapat memberikan rangsangan pada syaraf simpatis untuk menghasilkan respon relaksasi. Efek yang muncul dari relaksasi tersebut adalah menurunkan ketegangan otot, meningkatkan ambang kesadaran. indikator yang dapat bisa diukur dengan penurunan adalah menurunkan denyut jantung, pernafasan, dan tekanan darah (Novita, 2012).

Terapi musik yang diberikan selama 90 menit dan dilakukan antara pukul 12.00-14.00 WIB. Status hemodinamika berupa tekanan darah, frekuensi jantung, dan pernafasan dipantau sebelum dan setelah terapi musik selama 90 menit. Menurut Ucup (2006) dalam Rihiantoro (2008) waktu 90 menit merupakan waktu yang pernah diperkirakan dapat memberikan efek bermakna. Waktu 90 menit juga merupakan waktu yang pernah digunakan untuk studi yang dilakukan oleh Raymond Bahr, dimana dalam waktu setengah jam mendengarkan musik yang lembut memiliki efek terapi yang sama seperti menggunakan penenang valium 10 mg. Selain itu prinsip dasar yang dipegang dalam pemberian terapi musik adalah bahwa terapi musik

yang tepat untuk klien tidak akan memberikan dampak yang membahayakan, walaupun diberikan dalam jangka panjang (Mucici, 2002). Pemberian terapi musik pada Tn.S diberikan dengan menggunakan *earphone*, musik dengan format mp3 player yang dihubungkan dengan *earphone*, diberikan selama 90 menit, dengan volume yang cukup, musik yang diberikan adalah musik instrumental. Pada pemberian terapi musik hari pertama ketika musik diperdengarkan tangan kiri klien tampak bergerak satu kali. Hari kedua dan ketiga tampak rileks.

Setelah pemberian terapi musik selama 90 menit pada hari pertama dilakukan observasi tekanan darah, frekuensi jantung dan pernafasan, hasil ini menunjukkan data subyektif tidak terkaji, data obyektif tekanan darah 216/126 mmHg, MAP: 156, nadi: 109 kali per menit, pernafasan: 27 kali per menit. Pada hari kedua terjadi penurunan tekanan darah 212/120 mmHg, MAP: 156, nadi: 100 kali per menit, pernafasan: 28 kali permenit. Pada hari ketiga kembali terjadi penurunan tekanan darah 180/116 mmHg, MAP: 138, nadi: 97 kali per menit, pernafasan: 26 kali per menit.

Implementasi selanjutnya untuk Tn. S diagnosa hambatan mobilitas berhubungan dengan penurunan kekuatan otot selama 3 kali 24 jam tindakan yang pertama yaitu mengobservasi keadaan klien dalam mobilitas, karena mobilisasi mengacu pada kemampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas dan immobilisasi mengacu pada ketidakmampuan seseorang untuk bergerak dengan bebas (Potter & Perry, 2006). Tindakan yang kedua memberikan latihan ROM pasif, pada klien yang memiliki keterbatasan

mobilisasi sendi karena penyakit, ketidakmampuan, atau trauma membutuhkan latihan sendi untuk mengurangi bahaya imobilisasi, dimana penggunaan pergerakan tubuh aktif atau pasif untuk mempertahankan atau memperbaiki fleksibilitas sendi (Potter & Perry, 2006). Tindakan yang ketiga yaitu mengajarkan keluarga untuk memberikan posisi alih baring setiap 2 jam, alih baring dapat mencegah dekubitus pada tulang yang menonjol yang bertujuan untuk mengurangi penekanan akibat tertahannya klien pada satu posisi tidur yang dapat menyebabkan lesi (Potter & Perry, 2005). Tindakan keempat yaitu mengkolaborasikan dengan ahli fisioterapi dengan tujuan untuk memberikan program khusus dalam melatih kekuatan otot.

Implementasi selanjutnya untuk Tn. S diagnosa risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik selama 3 kali 24 jam tindakan yang pertama yaitu mengobservasi keadaan kulit, untuk mencegah terjadinya dekubitus dilakukannya intervensi aktif, preventif dan pengkajian berkelanjutan adalah penting. Adapun rencana pembelajaran klien mencakup instruksi tentang strategi untuk mengurangi risiko terjadinya ulkus dekubitus dan metode ini untuk mendeteksi, menginspeksi dan meminimalkan area yang bertekanan. Pengenalan dini dan intervensi adalah kunci penatalaksanaan jangka panjang potensial kerusakan integritas kulit (Potter & Perry, 2006). Tindakan yang kedua yaitu memberikan posisi alih baring setiap 2 jam, karena pengaturan posisi diberikan untuk mengurangi tekanan dan gaya gesek pada kulit. Pasien yang mengalami imobilitas harus di ubah posisi setiap 2 jam sekali sesuai tingkat aktivitas, kemampuan dan rutinitas,

melakukan ubah posisi harus menggunakan alat bantu untuk menghindari daerah tonjolan (Potter & Perry, 2005). Tindakan yang ketiga yaitu mempertahankan tempat tidur bersih, kering dan bebas kerutan, karena kelembaban yang ada disekitar kulit yang rusak dapat menyebabkan ulserasi dan infeksi yang lebih parah (Potter & Perry, 2006). Tindakan yang keempat yaitu mengajarkan kepada keluarga untuk memberikan *lotion* pada daerah yang tertekan, sebagai pelumas atau pelembab kulit, dan yang bersifat melembutkan kulit, meningkatkan hidrasi kulit, memepercepat penyembuhan luka pada kulit (Amin, 2009). Tindakan kelima yaitu mengkolaborasikan dengan dokter pemberian antibiotik, untuk mencegah terjadinya infeksi.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi adalah keputusan dari efektifitas asuhan keperawatan antara dasar dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil. Tujuan dari evaluasi antara lain untuk menentukan perkembangan kesehatan klien, menilai efektifitas dan efisiensi tindakan keperawatan, mendapatkan umpan balik ari klien, dan sebagai tanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan (Dermawan, 2012).

Evaluasi dilakukan pada hari tanggal 15-17 Maret 2015 dengan menggunakan metode SOAP (*Subyektif, Obyektif, Analisis, Planning*). untuk diagnos ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih didapatkan data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif terdengar suara gargling, pernafasan 26 kali per

menit, klien tampak masih mengeluarkan sedikit sputum berwarna kuning kurang lebih 5 cc, sputum sedikit berkurang, *analisis* masalah teratasi sebagian karena sputum berkurang, pernafasan 24 kali per menit, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi status pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum), lakukan penghisapan lendir atau *suction*. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis belum sepenuhnya mengatasi masalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas pada Tn. S, hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis dalam mengelola selama 3 hari, dimana pasien mengalami penurunan kesadaran membuat kondisi pernafasan tidak normal akibat klien tidak mampu batuk secara efektif sehingga klien masih ada sputum.

Hasil evaluasi pada Tn. S untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan kelelahan otot didapatkan data subyektif klien tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif pernafasan 26 kali per menit, SpO<sub>2</sub>: 97% tampak adanya retraksi dinding dada, tampak penggunaan otot bantu pernafasan *analisis* masalah belum teratasi karena pasien tampak adanya retraksi dinding dada dan penggunaan otot bantu pernafasan, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi kecepatan irama, kedalaman dan usaha pernafasan, berikan posisi yang nyaman semi fowler, kolaborasi dengan dokter pemberian O<sub>2</sub>. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis belum sepenuhnya mengatasi masalah ketidakefektifan pola nafas pada Tn. S, hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis dalam mengelola selama 3

hari, dimana pasien mengalami penurunan kesadaran membuat kondisi pernafasan tidak normal.

Hasil evaluasi pada Tn. S untuk diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial didapatkan data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak lemah, kesadaran koma, GCS E<sub>1</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, TD: 178/ 122 mmHg, MAP: 134, nadi: 98x/menit, pernafasan 26x/menit, suhu: 36.5°C, SpO<sub>2</sub>: 97%, *analisis* masalah belum teratasi, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi status neurologis, observasi TTV, berikan terapi musik instrumental, posisikan kepala ditinggikan 30°, kolaborasi dengan dokter pemberian obat manitol 100 cc/6 jam, ceftriaxone 1 gram/12 jam, furosemid 40 mg/12 jam. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis belum sepenuhnya mengatasi masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral pada Tn. S, hal ini disebabkan keterbatasan penulis dimana pemberian terapi musik instrumental hanya dilakukan selama 3 hari, namun dalam pemberian terapi musik selama 3 hari pada Tn. S ada perubahan tetapi hasilnya belum sesuai dengan kriteria hasil dalam intervensi. Didalam jurnal pemberian terapi musik instrumental akan memberikan efek yang bermakna pada pasien dilakukan selama 1 bulan.

Hasil evaluasi pada Tn. S untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot didapatkan data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak belum bisa menggerakkan ekstermitasnya bagian kanan, klien tampak lemah, aktivitas



dibantu keluarga dan alat, kekuatan otot kanan atas dan bawah 0, kekuatan otot kiri atas dan bawah 1, *analisis* masalah belum terataasi karena semua aktivitas masih bergantung total, *planning* intervensi dilanjutkan, observasi keadaan umum klien dalam mobilitas, berikan latihan ROM pasif, ajarkan keluarga untuk alih baring, kolaborasi dengan ahli fisioterapi. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis belum sepenuhnya mengatasi masalah hambatan mobilitas fisik Tn.S, hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis dimana pemberian intervensi hanya berlangsung selama 3 hari dan klien kurang kooperatif.

Hasil evaluasi pada Tn. S untuk diagnosa risiko kerusakan intergitas kulit berhubungan dengan imobilisasi fisik pada jam 14.25 WIB data subyektif tidak terkaji karena pasien tidak sadar, data obyektif klien tampak masih sedikit ada bintik-bintik kemerahan dibagian punggung dan bawah paha, braden skore 11, kulit tidak lembab, *analisis* masalah teratasi sebagian, *planning* intervensi dilanjutkan observasi keadaan kulit, berikan posisi alih baring setiap 2 jam, pertahankan tempat tidur yang bersih, kering dan bebas kerutan, ajarkan kepada keluarga untuk mengolesakan *lotion* pada area yang tertekan. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis belum sepenuhnya mengatasi masalah risiko kerusakan integritas kulit Tn.S, hal ini disebabkan karena keterbatasan penulis dimana pemberian intervensi hanya berlangsung selama 3 hari dan klien kurang kooperatif.

## **BAB VI**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Setelah penulis melakukan pengkajian, analisa data, penentuan prioritas diagnose, implementasi dan evaluasi tentang pemberian terapi musik terhadap status hemodinamika pada asuhan keperawatan Tn. S dengan stroke hemoragik di ruang angrek II RSUD Dr. Moewardi Surakarta, maka penulis dapat menarik kesimpulan :

#### **A. KESIMPULAN**

Dari uraian bab pembahasan, maka penulis dapat menarik kesimpulan sebagai berikut :

##### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian pada Tn. S dengan stroke hemoragik diperoleh data subyektif klien tidak sadar, data obyektif tekanan darah 230/110 mmHg, nadi: 115 kali per menit, RR: 32 kali per menit, suhu 37,4 °C, Spo2: 90%, keadaan klien lemah, kesadaran koma GCS: E<sub>2</sub>, V<sub>1</sub>, M<sub>3</sub>, hasil *CT-Scan*: Intra cerebellum hemorrhagic di vermis cerebellum infrak cerebri dan dipons.

##### **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang ditemukan pada kasus Tn.S adalah ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan mukus dalam jumlah berlebih, ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan keletihan, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan

peningkatan tekanan intra kranial, hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, risiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas fisik.

### 3. Intervensi

- a. Intervensi untuk diagnosa bersihan jalan nafas Tn. S yaitu observasi pernafasan (bunyi nafas, frekuensi, produksi sputum), lakukan penghisapan lendir atau *suction*, jelaskan kepada keluarga klien tentang tindakan *suction*, kolaborasi dengan dokter pemberian obat ambroxol 30 mg 3x1/8 jam.
- b. Intervensi untuk diagnosa ketidakefektifan pola nafas pada Tn. S yaitu observasi kecepatan, irama dan usaha pernafasan, berikan posisi yang nyaman semi fowler, jelaskan kepada keluarga klien pemberian O<sub>2</sub>, kolaborasi dengan dokter pemberian terapi O<sub>2</sub>.
- c. Intervensi untuk diagnosa keperawatan ketidakefektifan gangguan perfusi jaringan serebral pada Tn. S yaitu observasi status neurologis, observasi TTV, pemberian terapi musik instrumental, posisikan kepala ditinggikan 30<sup>0</sup>, ciptakan lingkungan yang nyaman dan batasi pengunjung, kolaborasi dengan dokter pemberian obat furosemide 40 mg/24 jam, manitol 100 cc/6 jam.
- d. Intervensi untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik pada Tn. S yaitu observasi keadaan klien dalam mobilitas, berikan latihan ROM pasif, ajarkan keluarga untuk memberikan posisi alih baring setiap dua jam, kolaborasi dengan ahli fisioterapi.

- e. Intervensi dilakukan pada Tn. S untuk diagnosa risiko kerusakan intergitas kulit yaitu observasi keadaan kulit, berikan posisi alih baring setiap dua jam sekali, pertahankan tempat tidur bersih, kering dan bebas kerutan, ajarkan kepada keluarga untuk memberikan *lotion* atau *baby oil* pada daerah yang tertekan, kolaborasi dengan dokter pemberian antibiotik.

#### 4. Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. S penulis melakukan sesuai dengan di intervensi yang telah disusun sebelumnya.

#### 5. Evaluasi

- a. Evaluasi untuk diagnosa pertama ketidakefektifan bersihan jalan nafas adalah teratasi sebagian.
- b. Evaluasi untuk kedua ketidakefektifan pola nafas adalah masalah belum teratasi.
- c. Evaluasi untuk diagnosa ketiga ketidakefektifan perfusi jaringan serebral adalah masalah belum teratasi.
- d. Evaluasi untuk diagnosa keempat hambatan mobilitas fisik adalah masalah belum teratasi.
- e. Evaluasi untuk diagnosa kelima risiko kerusakan intergitas kulit adalah masalah teratasi sebagian.

#### 6. Analisa

Hasil analisa pada kasus Tn. S dengan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial

yang diberikan tindakan pemberian terapi musik instrumental selama 3 hari untuk memperbaiki status hemodinamika dengan mengukur tanda-tanda vital yaitu data subyektif tidak terkaji karena klien tidak sadar, dengan data obyektif tekanan darah 180/116 mmHg, MAP: 138, nadi: 97 kali per menit, pernafasan: 26 kali per menit. Pada asuhan keperawatan Tn. S dengan stroke hemoragik setelah diberikan terapi musik instrumental selama 90 menit menunjukkan penurunan tekanan darah dari 230/131 mmHg MAP: 164, pernafasan 30 kali per menit, nadi 115 kali permenit sampai tekanan darah 180/116 mmHg MAP: 138, pernafasan 26 kali per menit dan nadi 97 kali per menit. Namun hasil ini belum maksimal karena klien tekanan darah klien masih belum sesuai dengan kriteria hasil dalam intervensi. Tindakan keperawatan yang telah dilakukan penulis belum teratasi sepenuhnya mengatasi masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral pada Tn. S, hal ini disebabkan keterbatasan penulis dalam mengelola selama 3 hari, namun selama 3 hari diberikan terapi musik instumental ada perubahan tetapi hasilnya belum sesuai dengan kriteria hasil dalam intervensi. Didalam jurnal rihiantoro, dkk bahwa pengaruh pemberian terapi musik terhadap status hemodinamika pada pasien koma akan memberikan efek yang bermakna pada pasien dilakukan selama 1 bulan.

## **B. SARAN**

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan stroke hemoragik penulis akan memberikan usulan dan masukan yang positif khususnya dibidang kesehatan antara lain :

### **1. Bagi rumah sakit**

Diharapkan rumah sakit dapat memberikan pelayanan kesehatan dan mempertahankan hubungan kerjasama baik antara tim kesehatan maupun klien. Sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan keperawatan yang optimal pada pasien stroke hemoragik khususnya yang mengalami status hemodinamika dan diharapkan rumah sakit menyediakan sarana dan prasarana yang dapat mendukung kesembuhan klien.

### **2. Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional sehingga dapat tercipta perawat yang profesional, terampil, inovatif dan bermutu yang mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif.

### **3. Bagi Penulis selanjutnya**

Diharapkan penulis dapat menggunakan atau memanfaatkan waktu lebih efektif, sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan pada klien secara optimal.

### **4. Bagi Tenaga Kesehatan Khususnya Perawat**

Diharapkan selalu berkoordinasi dengan tim kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien agar lebih maksimal,

khususnya pada klien stroke hemoragik. Serta mampu memberikan pelayanan profesional dan komprehensif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adita, rahargian 2012. *Manfaat Musik Instrumental*. Dibuat 16 April 2013. Diakses 26 Maret 2015, <http://aditirahargian.com/?p:52>
- Aini, Faridah. 2013. Pengaruh Alih Baring Terhadap Kejadian Dekubitus Pada Pasien Stroke Yang Mengalami Hemiparasis di Ruang Yudistira di RSUD Kota Semarang.
- Alimul, Aziz 2008. *Keterampilan Dasar Praktik Klinik Kebidanan*. Edisi 2. Salemba Medika. Jakarta.
- Asrin, Mardiyono dkk. 2007. *Pemanfaatan Terapi Musik Untuk Meningkatkan Status Kesadaran Pasien Trauma Kepala Berat*. Jurnal Keperawatan Soedirman, Volume 2, No 2, hal 102-106.
- Dermawan, Deden. 2012. *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Gosyen Publising. Yogyakarta.
- Djohan, 2006. *Terapi Musik : Teori dan Aplikasi*. Penerbit Galang Press. Yogyakarta.
- Erniody. 2012. *Pemantauan Hemodinamik Invasif & Non Invasif*. Intensif Care Unit Rumah Sakit Husada. Volume 2. Nomor 2 April 2012.
- Harsono, 2005. *Buku Ajar Neurologis Klinis*. Cetakan Ketiga. Penerbit Gajah Mada.
- Herdman, T.H. 2012. *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification*. John, Wiley, Inc. USA. Terjemahan Sumarwati, M. Dan Subekti, N.B. 2012-2014. EGC. Jakarta.
- Hardian. 2007. *Keperawatan Kritis Edisi 8*. Jakarta : EGC.
- Irfan, Muhammad. 2010. *Fisioterapi Bagi Insan Stroke*. Graha Ilmu. Yogyakarta.
- ISO, 2010. *Iso Informasi Spesialis Obat Indonesia*. Penerbit Ikatan Apoteker Indonesia. Jakarta.
- Junaidi, Iskandar. 2011. *Stroke Waspadai Ancamannya*. Penerbit Andi. Yogyakarta.
- Maharani, Anjar. 2013. *Durasi Pemberian Terapi Musik Klasik Mozart Terhadap Tingkat Kecemasan Pada Anak*. Skripsi, Universitas Jendral Soedirman. Purwokerto.



- Mubarak, I.W. 2008. *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia: Teori & Aplikasi dalam Praktek*. EGC. Jakarta.
- Maliya, Purwanti. 2008. *Rehabilitasi Klien Pasca Stroke*. Berita Ilmu Keperawatan. ISSN 1979-2697, Vol. 1. No.1, Maret 2008:43-46.
- Muttaqin, Arif. 2008. *Pengantar Asuhan Keperawatan dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba. Jakarta.
- Novita, Dian. 2012. “*Pengaruh Terapi Musik Terhadap Nyeri Post Operasi Open Reduction Internal Fixation (ORIF) di RSUD DR. H Abdul Moelek Provinsi Lampung*”, Tesis, Universitas Indonesia, Jakarta diakses 26 Maret 2015 <http://lontar.ui.ac.id/opac/ui/>.
- Nurhidayat, Saiful. 2014. *Buku Ajar Penigkatan Tekanan Intra Kranial dan Gangguan Perdarahan Darah Otak*. Gosyen Publisng. Yogyakarta.
- Padila. 2012. *Buku Ajar Keperawatan MedikaBedah*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Potter dan Perry. 2005. *BukuAjar Fundamental Keperawatan Konsep Proses, dan praktik*. EGC. Jakarta.
- Potter, Perry. 2006. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses danPraktik*. EGC. Jakarta.
- Pudiasuti, Ratna Dewi. 2013. *Penyakit-Penyakit Mematikan*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Rendy, M.C. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Penyakit Dalam*. Nuha Medika. Yogyakarta.
- Sihalolo, F. 2008. Pengalaman Ibu Melakukan Terapi Musik pada Kehamilan di Medan. Karya Tulis Ilmiah. Progam D.IV Bidan Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Sumatra Utara, Medan. <http://respository.usu.ac.id.handle/123456789/23892>. Diakses tanggal 30 Maret 2015.
- Suhartini, A. 2008. *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek Edisi Revisi V*. Rieka Cipta. Jakarta
- Rihinantoro, Tori, dkk. 2008. Pengaruh Pemberian Terapi Musik Terhadap Status Hemodinamika Pada Pasien Koma Di Ruang ICU Rumah Sakit Lampung.
- Tammase, Jumraini. 2013. *Stroke dan Pencegahannya*. Universitas. Makasar.

.Triyanto, Endang. 2014. *Pelayanan Keperawatan bagi Penderita Hipertensi Secara Terpadu*. Graha Ilmu. Yogyakarta.

Weinstock, Doris. 2010. *Rujukan Cepat di Ruang ICU/CCU*. Edisi pertama. EGC. Jakarta.

Wilkinson, M. Judith. 2012. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan dengan Intervensi NIC dan Kriteria Hasil NOC*. Edisi 9. EGC. Jakarta.