

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
SUB ARAKNOID HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI
TERAPI MUSIK TERHADAP PENINGKATAN KESADARAN
DI RUANG ICU RSUD TAMAN HUSADA BONTANG
TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



DISUSUN OLEH:

AGUS TRIYONO , S.Kep

NIM : 1411308250122

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH
SAMARINDA**

2016

LEMBAR PERSETUJUAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
SUB ARAKHNOID HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI
TERAPI MUSIK TERHADAP PENINGKATAN KESADARAN
DI RUANG ICU RSUD TAMAN HUSADA BONTANG
TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH:

**Agus Triyono, S.Kep
NIM : 1411308250122**

**Disetujui Untuk Diujikan
Pada tanggal, 20 Februari 2016**

Pembimbing

**Ns. Moch. Dadang Suharno, S.Kep
NIP: 198111262009031003**

**Mengetahui,
Koordinator Mata Kuliah Elektif**

**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Pd, M.Kep
NIDN: 1115017703**

LEMBAR PENGESAHAN

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
SUB ARAKHNOID HEMORAGIK DENGAN INTERVENSI INOVASI
TERAPI MUSIK TERHADAP PENINGKATAN KESADARAN
DI RUANG ICU RSUD TAMAN HUSADA BONTANG
TAHUN 2016**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

DISUSUN OLEH:

**Agus Triyono, S.Kep
NIM : 1411308250122**

**Diseminarkan dan Diujikan
Pada tanggal, 20 Februari 2016**

Penguji I

Penguji II

**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Pd, M.Kep
NIDN: 1115017703**

**Ns. Moch. Dadang Suharno, S.Kep
NIP: 198111262009031003**

**Mengetahui,
Ketua
Program Studi S1 Keperawatan**

**Ns. Siti Khoiroh Muflihatin, S.Pd, M.Kep
NIDN: 1115017703**

**Analisis Praktik Klinik Keperawatan pada Klien dengan
Sub Arakhnoid Hemoragik dengan Intervensi Inovasi
Terapi Musik terhadap Peningkatan Kesadaran
di Ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang
Tahun 2016**

Agus Triyono¹ , Siti Khoiroh Muflihatin², Mochammad Dadang Suharno³

ABSTRAK

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Defisit neorologis terjadi karena robeknya substansia alba, iskemia dan pengaruh massa karena hemoragic, serta edema cerebral disekitar jaringan otak. Karya Ilmiah Akhir Ners ini bertujuan untuk menganalisis intervensi terapi music / murrotal Al Qur'an untuk meningkatkan kesadaran pada pasien di Ruang Intensive Care Unit RSUD Taman Husada Bontang . Hasil analisa menunjukkan bahwa pemberian tindakan terapi musik / murrotal Al Qur'an berpengaruh terhadap peningkatan kesadaran pada pasien stroke.

Kata kunci : stroke hemoragik, Taerapi musik / murrotal, peningkatan kesadaran

¹Mahasiswa Keperawatan, STIKES Muhammadiyah Samarinda

²STIKES Muhammadiyah Samarinda

³RSUD Taman Husada Bontang

**Analysis of Clinical Nursing Practice on with Client Sub Arachnoid
Haemorrhagic with Innovation Interventions Music Therapy
Against Increased Awareness in ICU of Taman Husada
Bontang Hospital 2016**

Agus Triyono¹, Siti Khoiroh Muflihatin², Mochammad Dadang Suharno³

ABSTRACT

Stroke is a syndrome consisting of signs and / or symptoms of loss of function of the central nervous system of focal (or global) that develops quickly (within seconds). These symptoms lasted more than 24 hours or leading to death. Neorologis deficits occur due to rupture of the white matter, ischemia and influence the masses because hemoragic, as well as cerebral edema surrounding brain tissue. Scientific Paper End Nurses aims to analyze the music therapy intervention / murrotal Qur'an to raise awareness on the patient in the Intensive Care Unit of Taman Husada Hospital Bontang. The analysis shows that administration of therapeutic action music / murrotal Qur'an affect the increased awareness in stroke patients.

Keywords: hemorrhagic stroke, Taerapi music / murrotal, increased awareness

¹Student Of Nursing, STIKES Muhammadiyah Samarinda

²STIKES Muhammadiyah Samarinda

³RSUD Of Taman Husada Bontang

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Stroke merupakan salah satu masalah kesehatan paling serius dalam kehidupan modern saat ini. Badan Kesehatan Dunia memprediksi bahwa kematian stroke akan meningkat seiring dengan kematian akibat penyakit jantung dan kanker kurang lebih 6 juta pada tahun 2010 menjadi 8 juta di tahun 2030. Amerika Serikat mencatat hampir setiap 45 detik terjadi kasus stroke, dan setiap 4 detik terjadi kematian akibat stroke. Tahun 2010, Amerika Serikat telah menghabiskan \$ 73,7 juta untuk membiayai tanggungan medis dan rehabilitasi akibat stroke (Anonim, 2010). Yayasan Stroke Indonesia (Yastroki) menyebutkan, angka kejadian stroke menurut data dasar rumah sakit 63,52 per 100.000 penduduk usia di atas 65 tahun, sedangkan jumlah penderita yang meninggal dunia lebih dari 125.000 jiwa (Ratna, 2011).

Stroke adalah sindrom yang terdiri dari tanda dan/atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal (atau global) yang berkembang cepat (dalam detik). Gejala-gejala ini berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian (Ginsberg L,2008).

Hampir semua orang lanjut usia memiliki sumbatan pada beberapa arteri kecil di otak, dan sebanyak 10 % pada akhirnya memiliki cukup banyak sumbatan untuk menyebabkan gangguan fungsi otak yang serius. Kebanyakan kasus stroke disebabkan oleh plak *arteriosklerosis* yang terjadi pada satu atau

lebih arteri yang mengirim makan ke otak. Plak dapat mengaktifkan mekanisme pembekuan darah, yang menghasilkan bekuan darah dan menghambat aliran darah di arteri, sehingga akan menyebabkan hilangnya fungsi otak secara akut pada area yang terlokalisasi (Guyton, 2007).

Secara umum stroke dapat dibagi menjadi 2 .Pertama stroke iskemik yaitu stroke yang disebabkan oleh penyumbatan pada pembuluh darah di otak.Kedua stroke hemoragik yaitu stroke yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di otak. Faktor-faktor resiko stroke antara lain umur, hipertensi, diabetes mellitus, *arteriosklerosis*, penyakit jantung, merokok dan obat anti kehamilan.. Salah satu tindakan yang dilakukan pada pasien stroke hemoragik adalah kraniotomi (Risono, 2004).

Manifestasi klinis stroke antara lain, kelumpuhan pada salah satu sisi wajah / *bels palsy*, kelumpuhan pada salah satu sisi tubuh (*hemiparese / hemiplegi*), corus otot lemah atau kaku, penurunan kesadaran, hilangnya rasa, gangguan lapang pandang / *homanius herniaopsia*, gangguan bahasa (disatria : kesulitan dalam membentuk kata, *aphasia atau disfasia* : bicara defeksi / kehilangan bicara), gangguan persepsi, dan gangguan status mental.

Seiring berkembangnya ilmu pengetahuan dan teknologi serta berkembangnya riset-riset kesehatan menghasilkan banyak penemuan baru terkait intervensi yang dapat dilakukan oleh tim kesehatan terutama perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien stroke yang termasuk dalam terapi komplementer atau alternatif. Diantaranya adalah yang telah dikembangkan oleh pakar saraf dari Universitas Helsinki Tappo Sarkemo,

dalam penelitiannya menyebutkan bahwa terapi musik dapat meningkatkan status kesehatan pasien dalam masa rehabilitasi akibat penyakit stroke dengan cara memperdengarkan musik terhadap berkisar 1 jam setiap harinya (Sarkemo,2008).

Demikian juga menurut Upoyo (2012) dalam tesisnya dengan judul pengaruh stimulasi murrotal Al Qur'an terhadap nilai Glasgow Coma Scale pada pasien dengan stroke iskemik, terapi stimulasi murrotal Al Qur'an diperdengarkan selama 30 menit setiap harinya berpengaruh positif dan signifikan terhadap nilai GCS ($p : 0,013$). Intervensi dalam penelitian ini dilakukan selama tiga hari perawatan dengan surat Al Baqoroh, Ali Imron dan surat Yasin sebagai pilihan. Penelitian ini membandingkan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan kriteria GCS 9 – 13.

Batang otak menggunakan masukan auditorik untuk keadaan terjaga dan bangun dan *nucleus genicuatum medialis thalamus* untuk menyortir serta menyalurkan sinyal ke korteks terutama temporalis kiri dan kanan karena serat-serat saraf auditorik bersilangan secara parsial di batang otak, karena itu gangguan di jalur pendengaran di satu sisi setelah batang otak sama sekali tidak mempengaruhi pendengaran di kedua telinga. Korteks pendengaran primer (lobus temporalis) akan mempersepsikan suara-suara deskret, sementara korteks pendengaran yang lebih tinggi mengintegrasikan berbagai suara menjadi pola yang koheren dan berarti (Sherwood, 2011). Mekanisme ini memungkinkan stimulasi sensori mencapai batang otak dan korteks untuk

diaktivasi meskipun batang otak dan korteks mengalami cedera dan kerusakan atau dengan klinis terjadi penurunan kesadaran. Dengan kata lain pasien yang mengalami defisit neurologi khususnya stroke hemoragik sangat memungkinkan untuk diberikan stimulasi sensori khususnya stimulasi auditori (pendengaran).

Berdasarkan fenomena di atas, maka penulis tertarik untuk mengambil judul dan melakukan analisis praktik klinik pada klien dengan sub arakhnoid hemoragik dengan terapi inovasi terapi musik terhadap peningkatan kesadaran di ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang.

B. Perumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran Analisis Praktik Klinik Keperawatan Pada Klien Dengan *Sub Arakhnoid Hemoragik* Dengan Terapi Inovasi Terapi Musik Terhadap Peningkatan Kesadaran Di Ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk menganalisa asuhan keperawatan pada pasien dengan *Sub Arakhnoid Hemoragik* dengan terapi inovasi terapi musik terhadap peningkatan kesadaran di ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang.

2. Tujuan Khusus

a. Menganalisa kasus kelolaan dengan diagnosa medis *sub arakhnoid hemoragik* di ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang.

- b. Menganalisa intervensi inovasi terapi musik yang diberikan pada pasien stroke di ruang RSUD Taman Husada Bontang

D. Manfaat Penelitian

Penulisan KIAN ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek yaitu manfaat aplikatif (bagi pasien dan keluarga, perawat, tenaga kesehatan) dan manfaat keilmuan (bagi penulis, peneliti, rumah sakit dan pendidikan).

a. Manfaat aplikatif

1) Bagi pasien

Penulisan KIAN ini bertujuan untuk agar pasien mendapatkan asuhan keperawatan secara komprehensif.

2) Bagi Perawat

Agar mampu melakukan tindakan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap diagnosa medis *sub arakhnoid hemoragik* di ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang.

3) Bagi tenaga kesehatan

Penulisan KIAN ini bisa menjadi acuan pemberian asuhan keperawatan diagnosa medis *sub arakhnoid hemoragik* di ruang ICU RSUD Taman Husada Bontang dengan menggunakan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan/masalah keperawatan, perencanaan/penyusunan intervensi, implementasi dan evaluasi berdasarkan standar Nanda, NIC, dan NOC.

b. Manfaat Keilmuan

1) Bagi penulis

Sebagai penulis, dengan adanya KIAN menambah wawasan penulis dalam menganalisa kasus kelolaan *Sub Arakhnoid Hemoragik* dengan terapi inovasi terapi musik terhadap peningkatan kesadaran .

2) Bagi peneliti

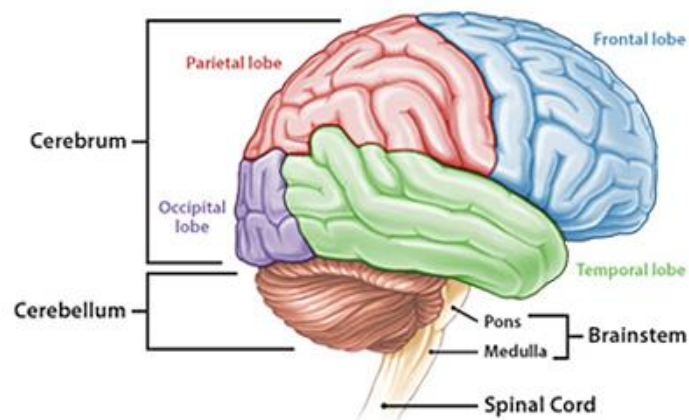
Di harapkan KIAN ini mampu menjadi salah satu sumber terkait untuk melakukan penelitian mengenai pasien dengan *Sub Arakhnoid Hemoragik* dengan terapi inovasi terapi musik terhadap peningkatan kesadaran.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi dan Fisiologi Sistem Neurologik

Sistem persarafan terdiri dari otak, medulla spinalis, dan saraf perifer. Struktur-struktur ini bertanggung jawab untuk kontrol dan koordinasi aktivitas sel tubuh melalui impuls-impuls elektrik. Perjalanan impuls-impuls tersebut berlangsung melalui serat-serat saraf dan jaras-jaras, secara langsung dan terus-menerus. Responnya seketika sebagai hasil dari perubahan potensial elektrik, yang mentransmisikan sinyal-sinyal (Smeltzer and Bare, 2002).



Gambar 2.1 (Sumber : Al Husna, 2014)

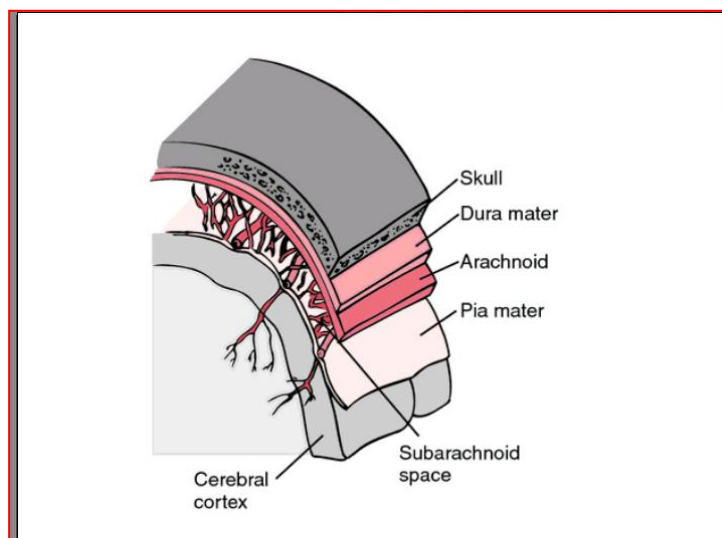
1. Otak

Otak dibagi menjadi tiga bagian besar : serebrum, batang otak, dan serebelum. Semua berada dalam satu bagian struktur tulang yang disebut tengkorak, yang juga melindungi otak dari cedera. Empat

tulang yang berhubungan membentuk tulang tengkorak : tulang frontal, parietal, temporal dan oksipital. Pada dasar tengkorak terdiri dari tiga bagian fossa-fossa. Bagian fossa anterior berisi lobus frontal serebral bagian hemisfer, bagian tengah fossa berisi lobus parietal, temporal dan oksipital dan bagian fossa posterior berisi batang otak dan medulla.

2. Meningen

Di bawah tengkorak, otak dan medulla spinalis ditutup tiga membran atau meningen. Komposisi meningen berupa jaringan serabut penghubung yang melindungi, mendukung, dan memelihara otak. Meningen terdiri dari duramater, arakhnoid, dan pia mater.



Gambar 2.2 (Sumber : Al Husna, 2014)

a. Dura mater

Lapisan paling luar; menutup otak dan medulla spinalis. Sifat dura mater liat, tebal, tidak elastik, berupa serabut dan berwarna abu-abu. Bagian pemisah dura : falx serebri yang memisahkan

kedua hemisfer di bagian longitudinal dan tentorium, yang merupakan lipatan dari dura yang membentuk jaring-jaring membran yang kuat. Jaring ini mendukung hemisfer dan memisahkan hemisfer dengan bagian bawah otak (fossa posterior). Jika tekanan di dalam rongga otak meningkat, jaringan otak tertekan ke arah tentorium atau berpindah ke bawah, keadaan ini disebut herniasi.

b. Arakhnoid

Merupakan membran bagian tengah; membran yang bersifat tipis dan lembut ini menyerupai sarang laba-laba, oleh karena itu disebut arakhnoid. Membran ini berwarna putih karena tidak dialiri darah. Pada dinding arakhnoid terdapat pleksus khoroid, yang bertanggung jawab memproduksi cairan serebrospinal (CSS). Membran yang mempunyai bentuk seperti jari tangan ini disebut arakhnoid villi, yang mengabsorpsi cairan serebrospinal (CSS). Pada usia dewasa normal, CSS diproduksi 500 ml per hari, tetapi 150 ml diabsorpsi oleh villi. Villi mengabsorpsi CSS juga pada saat darah masuk ke dalam sistem (akibat trauma, pecahnya aneurisma, stroke dan lain-lain), dan yang mengakibatkan sumbatan. Bila villi arakhnoid tersumbat (peningkatan ukuran ventrikel) dapat menyebabkan hidrosefalus.

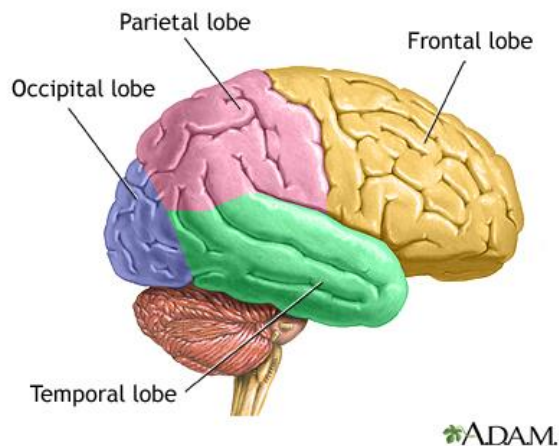
c. Pia mater

Membran yang paling dalam, berupa dinding yang tipis,

transparan, yang menutupi otak dan meluas ke setiap lapisan daerah otak.

3. Serebrum

Serebrum terdiri dari dua hemisfer dan empat lobus. Substansia grisea terdapat pada bagian luar dinding serebrum dan substansia alba menutupi dinding serebrum bagian dalam. Pada prinsipnya komposisi substansia grisea yang terbentuk dari badan-badan sel saraf memenuhi korteks serebri, nukleus dan basal ganglia. Substansi alba terdiri dari sel-sel saraf yang menghubungkan bagian-bagian otak dengan bagian yang lain. Sebagian besar hemisfer serebri (telensefalon) berisi jaringan sistem saraf usat (SSP). Area inilah yang mengontrol fungsi motorik tertinggi, yaitu terhadap fungsi individu dan intelegensi. Keempat lobus serebrum adalah sebagai berikut :



Gambar 2.3 (Sumber : Adam)

a. Frontal

Lobus terbesar; terletak pada fossa anterior. Area ini mengontrol perilaku individu, membuat keputusan, kepribadian dan menahan diri.

b. Parietal

Lobus sensori. Area ini menginterpretasikan sensasi. Sensasi rasa yang tidak berpengaruh adalah bau. Lobus parietal mengatur individu mampu mengetahui posisi dan letak bagian tubuhnya. Kerusakan pada daerah ini menyebabkan sindrom hemineglect.

c. Temporal

Berfungsi mengintegrasikan sensasi kecap, bau dan pendengaran. Ingatan jangka pendek sangat berhubungan dengan daerah ini.

d. Oksipital

Terletak pada lobus posterior hemisfer serebri. Bagian ini bertanggung jawab menginterpretasikan penglihatan.

4. Diensefalon

Fossa bagian tengah atau diensefalon berisi talamus, hipotalamus dan kelenjar hipofisis.

Talamus berada pada salah satu sisi pada sepertiga ventrikel dan aktivitas primernya sebagai pusat penyambung sensasi bau yang diterima. Semua impuls memori, sensasi dan nyeri melalui bagian ini.

Hipotalamus terletak pada anterior dan inferior thalamus. Berfungsi mengontrol dan mengatur sistem saraf autonom.

Hipotalamus juga bekerjasama dengan hipofisis untuk mempertahankan keseimbangan cairan, mempertahankan pengaturan suhu tubuh melalui peningkatan vasokonstriksi atau vasodilatasi dan mempengaruhi sekresi hormonal dengan kelenjar hipofisis. Hipotalamus juga sebagai pusat lapar dan mengontrol berat badan. Sebagai pengatur tidur, tekanan darah, perilaku agresif dan seksual dan pusat respons emosional (mis. Rasa malu, marah, depresi, panik dan takut).

Kelenjar hipofisis dianggap sebagai master kelenjar karena sejumlah hormon-hormon dan fungsinya diatur oleh kelenjar ini. Dengan hormone-hormonnya hipofisis dapat mengontrol fungsi ginjal, pankreas, organ-organ reproduksi, tiroid, korteks adrenal dan organ-organ lain.

5. Batang Otak

Batang otak terletak pada fossa anterior. Bagian-bagian batang otak terdiri dari otak tengah, pons dan medulla oblongata. Otak tengah (midbrain atau mesensefalon menghubungkan pons dan serebelum dengan hemisfer serebrum. Bagian ini berisi jalur sensorik dan motorik dan sebagai pusat refleks pendengaran dan penglihatan. Pons terletak di depan serebelum antara otak tengah dan medulla dan merupakan jembatan antara dua bagian serebelum, dan juga antara medulla dan serebrum. Pons berisi jaras sensorik dan motorik.

Medulla oblongata meneruskan serabut-serabut motorik dari otak

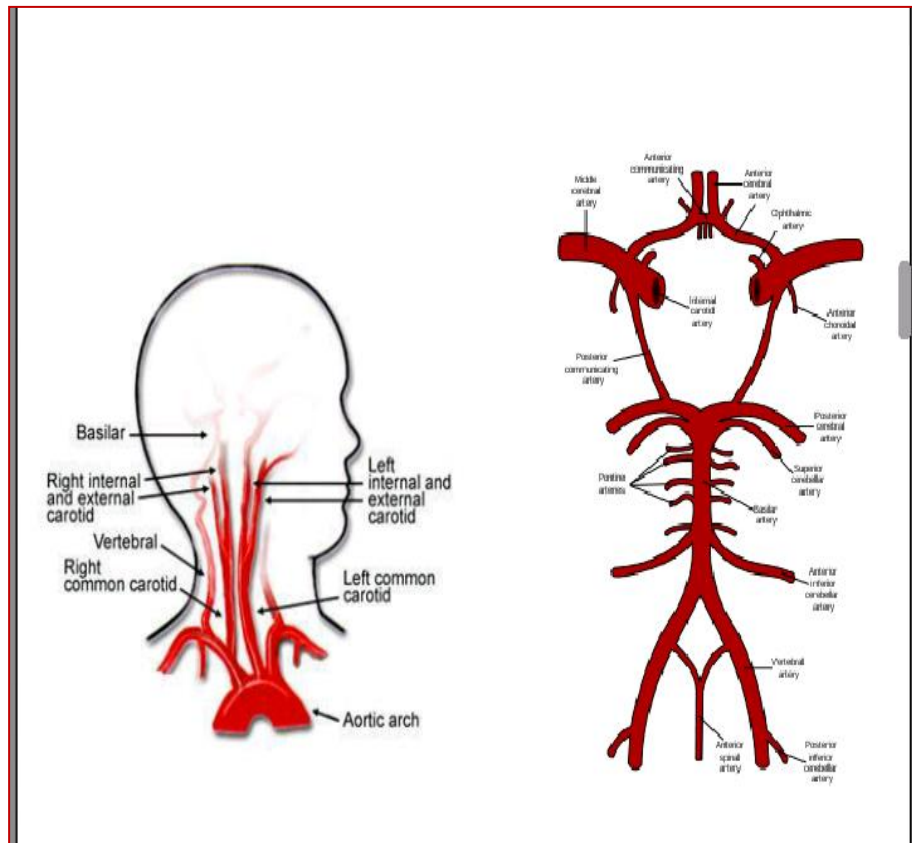
ke medulla spinalis dan serabut-serabut sensorik dari medulla spinalis ke otak. Dan serabut-serabut tersebut menyilang pada daerah ini. Pons juga berisi pusat-pusat terpenting dalam mengontrol jantung, pernapasan dan tekanan darah dan sebagai asal-usul saraf otak kelima sampai kedelapan.

6. Serebelum

Serebelum terletak pada fossa posterior dan terpisah dari hemisfer serebral, lipatan dura mater, tentorium serebelum. Serebelum mempunyai dua aksi yaitu merangsang dan menghambat dan tanggung jawab yang luas terhadap koordinasi dan gerakan halus. Ditambah mengontrol gerakan yang benar, keseimbangan, posisi dan mengintegrasikan input sensorik.

7. Sirkulasi Serebral

Sirkulasi serebral menerima kira-kira 20% dari curah jantung atau 750 ml per menit. Sirkulasi ini sangat dibutuhkan, karena otak tidak menyimpan makanan, sementara mempunyai kebutuhan metabolisme yang tinggi. Aliran darah otak melawan arah gravitasi. Di mana darah arteri mengalir mengisi dari bawah dan vena mengalir dari atas. Kurangnya penambahan aliran darah kolateral dapat menyebabkan jaringan rusak ireversibel; ini berbeda dengan organ tubuh lainnya yang cepat mentoleransi bila aliran darah menurun karena aliran kolateralnya adekuat.



Gambar 2.4 (Sumber : Al Husna, 2014)

a. Arteri

Darah arteri yang disuplai ke otak berasal dari dua arteri karotid internal dan dua arteri vertebral dan meluas ke sistem percabangan. Karotid internal dibentuk dari percabangan dua karotid dan memberikan sirkulasi darah otak bagian anterior. Arteri-arteri vertebral adalah cabang dari arteri subklavia, mengalir ke belakang dan naik pada satu sisi tulang belakang bagian vertikal dan masuk tengkorak melalui foramen magnum. Kemudian saling berhubungan menjadi arteri basilaris pada batang otak. Arteri vertebrobasilaris paling banyak menyuplai darah ke otak bagian posterior. Arteri basilaris menjadi dua

cabang pada arteri serebralis bagian posterior.

b. Vena

Aliran vena untuk otak tidak menyertai sirkulasi arteri sebagaimana pada struktur organ lain. Vena-vena pada otak menjangkau daerah otak dan bergabung menjadi vena-vena yang besar. Penyilangan pada subarakhnoid dan pengosongan sinus dural yang luas, mempengaruhi vaskular yang terbentang dalam dura mater yang kuat. Jaringan kerja pada sinus-sinus membawa vena ke luar dari otak dan pengosongan vena jugularis interna menuju sistem sirkulasi pusat. Vena-vena serebri tidak mempunyai katup untuk mencegah aliran balik darah.

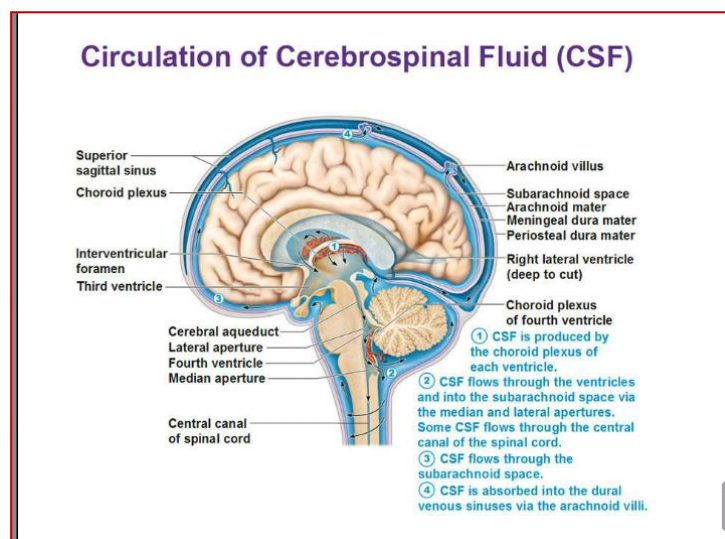
8. Cairan Serebrospinal

Cairan serebrospinal merupakan cairan yang bersih dan tidak berwarna dengan berat jenis 1,007, diproduksi di dalam ventrikel dan bersirkulasi di sekitar otak dan medulla spinalis melalui sistem ventrikular. Ventrikel terdiri dari 4 ventrikel yaitu ventrikel lateral kanan, kiri, ventrikel ketiga dan keempat. Kedua ventrikel lateral keluar ke ventrikel ketiga pada foramen antara ventrikular dan foramen Monro. Ventrikel ketiga dan keempat berhubungan melalui saluran Sylvius. Ventrikel keempat menyuplai CSS ke ruang subarakhnoid dan turun ke medulla spinalis pada permukaan daerah dorsal.

CSS diproduksi di dalam pleksus koroid pada ventrikel lateral

ketiga dan keempat. Sistem ventrikular dan subaraknoid mengandung kira-kira 150 ml air, 15-25 ml dari CSS terdapat di masing-masing ventrikel lateral.

Secara organik dan nonorganik kandungan CSS sama dengan plasma, tetapi mempunyai perbedaan konsentrasi. CSS mengandung protein, glukosa dan klorida, juga mengandung immunoglobulin. Secara normal CSS mempunyai sedikit sel-sel darah putih dan tidak mengandung sel darah merah.

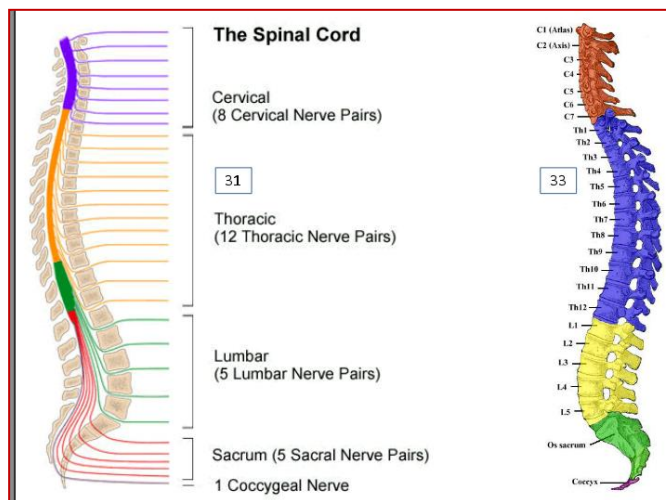


Gambar 2.5 (Sumber : Al Husna, 2014)

9. Medulla Spinalis

Medulla spinalis dan batang otak membentuk struktur kontinu yang keluar dari hemisfer serebral dan memberikan tugas sebagai penghubung otak dan saraf perifer, seperti kulit dan otot. Panjangnya rata-rata 45 cm dan menipis pada jari-jari. Medulla spinalis ini

memanjang dari foramen magnum di dasar tengkorak sampai bagian atas lumbar kedua tulang belakang, yang berakhir di dalam berkas serabut yang disebut konus medullaris. Seterusnya di bawah ruang lumbar kedua adalah akar saraf, yang memanjang melebihi konus, dan disebut kauda equine, akar saraf ini menyerupai ekor kuda.



Gambar 2.6 (Sumber : Al Husna, 2014)

a. Saraf-saraf spinal

Medulla spinalis tersusun dari 33 segmen yaitu 7 segmen servikal, 12 torakal, 5 lumbal, 5 sakral dan 5 segmen koksigi. Medulla spinalis mempunyai 31 pasang saraf spinal; masing-masing segmen mempunyai satu untuk setiap sisi tubuh. Seperti juga otak, medulla spinalis terdiri dari substansi grisea dan alba. Substansi grisea di dalam otak ada di daerah eksternal dan substansi alba pada bagian internal; di medulla spinalis, substansi grisea ada di bagian tengah dan semua sisi saraf dikelilingi oleh substansi alba.

b. Kolumna vertebra

Kolumna vertebral melindungi medulla spinalis, memungkinkan gerakan kepala dan tungkai, dan menstabilkan struktur tulang untuk ambulasi. Vertebra terpisah oleh potongan-potongan kecuali servikal pertama dan kedua, sakral dan tulang belakang koksigi. Masing-masing tulang belakang mempunyai hubungan dengan ventral tubuh dan dorsal atau lengkungan saraf, di mana semua berada di bagian posterior tubuh. Seterusnya lengkung saraf terbagi dua yaitu pedikel dan lamina. Badan vertebra, arkus saraf, pedikel dan lamina semuanya berada di kanalis vertebralis.

B. Konsep Dasar Teori Stroke

1. Definisi Stroke

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

Stroke *hemoragik* adalah stroke yang terjadi karena pembuluh darah di otak pecah sehingga timbul iskhemik dan hipoksia di hilir. Penyebab stroke hemoragi antara lain: hipertensi, pecahnya aneurisma, malformasi arteri venosa. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas atau saat aktif, namun bisa juga terjadi saat istirahat. Kesadaran pasien umumnya menurun

(Ria Artiani, 2009).

Stroke *hemoragik* adalah pembuluh darah otak yang pecah sehingga menghambat aliran darah yang normal dan darah merembes ke dalam suatu daerah di otak dan kemudian merusaknya (M. Adib, 2009).

Maka dapat ditarik kesimpulan bahwa stroke *hemoragik* adalah salah satu jenis stroke yang disebabkan karena pecahnya pembuluh darah di otak sehingga darah tidak dapat mengalir secara semestinya yang menyebabkan otak mengalami hipoksia dan berakhir dengan kelumpuhan.

2. Etiologi Stroke Hemoragik

Menurut Brunner&Smeltzer (2002) penyebab perdarahan otak yang paling lazim terjadi :

- a. Aneurisma *Berry*, biasanya defek kongenital.
- b. Aneurisma *fusiformis* dari atherosklerosis. Atherosklerosis adalah mengerasnya pembuluh darah serta berkurangnya kelenturan atau elastisitas dinding pembuluh darah. Dinding arteri menjadi lemah dan terjadi aneurisma kemudian robek dan terjadi perdarahan
- c. Aneurisma *myocotik* dari vaskulitis nekrose dan emboli septis.
- d. *Malformasi arteriovenous*, adalah pembuluh darah yang mempunyai bentuk abnormal, terjadi hubungan persambungan pembuluh darah arteri, sehingga darah arteri langsung masuk vena, menyebabkan mudah pecah dan menimbulkan perdarahan otak.
- e. *Ruptur arteriol serebral*, akibat hipertensi yang menimbulkan penebalan dan degenerasi pembuluh darah.

3. Faktor resiko pada stroke(Brunner&Smeltzer, 2002) adalah

- a. Hipertensi
- b. Penyakit kardiovaskuler: arteria koronaria, gagal jantung kongestif, fibrilasi atrium, penyakit jantung kongestif)
- c. Kolesterol tinggi, obesitas
- d. Peningkatan hematokrit (resiko infark serebral)
- e. Diabetes Melitus (berkaitan dengan aterogenesis terakselerasi)
- f. Kontrasepsi oral (khususnya dengan disertai hipertensi, merokok,dan kadar estrogen tinggi)
- g. Penyalahgunaan obat (kokain), rokok dan alkohol.

4. Patofisiologi

Otak sangat tergantung kepada oksigen, bila terjadi anoksia seperti yang terjadi pada stroke di otak mengalami perubahan metabolik, kematian sel dan kerusakan permanen yang terjadi dalam 3 sampai dengan 10 menit (non aktif total). Pembuluh darah yang paling sering terkena ialah arteri serebral dan arteri karotis Interna.

Adanya gangguan peredaran darah otak dapat menimbulkan jejas atau cedera pada otak melalui empat mekanisme, yaitu :

- a. Penebalan dinding arteri serebral yang menimbulkan penyempitan sehingga aliran darah dan suplainya ke sebagian otak tidak adekuat, selanjutnya akan mengakibatkan perubahan-perubahan iskemik otak.
- b. Pecahnya dinding arteri serebral akan menyebabkan bocornya

darah ke ke jaringan (hemorrhage).

- c. Pembesaran sebuah atau sekelompok pembuluh darah yang menekan jaringan otak.
- d. Edema serebri yang merupakan pengumpulan cairan di ruang interstitial jaringan otak.

Konstriksi lokal sebuah arteri mula-mula menyebabkan sedikit perubahan pada aliran darah dan baru setelah stenosis cukup hebat dan melampaui batas kritis terjadi pengurangan darah secara drastis dan cepat. Oklusi suatu arteri otak akan menimbulkan reduksi suatu area dimana jaringan otak normal sekitarnya yang masih mempunyai pendarahan yang baik berusaha membantu suplai darah melalui jalur-jalur anastomosis yang ada. Perubahan awal yang terjadi pada korteks akibat oklusi pembuluh darah adalah gelapnya warna darah vena, penurunan kecepatan aliran darah dan sedikit dilatasi arteri serta arteriole. Selanjutnya akan terjadi edema pada daerah ini. Selama berlangsungnya peristiwa ini, autoregulasi sudah tidak berfungsi sehingga aliran darah mengikuti secara pasif segala perubahan tekanan darah arteri.. Berkurangnya aliran darah serebral sampai ambang tertentu akan memulai serangkaian gangguan fungsi neural dan terjadi kerusakan jaringan secara permanen.

5. Tanda dan Gejala

Menurut Smeltzer & Bare (2002) dan Price & Wilson (2006) tanda dan

gejala penyakit stroke adalah

- a. kelemahan atau kelumpuhan lengan atau tungkai atau salah satu sisi tubuh.
- b. hilangnya sebagian penglihatan atau pendengaran.
- c. penglihatan ganda atau kesulitan melihat pada satu atau kedua mata.
- d. pusing dan pingsan.
- e. nyeri kepala mendadak tanpa kausa yang jelas.
- f. bicara tidak jelas (pelo).
- g. sulit memikirkan atau mengucapkan kata-kata yang tepat.
- h. tidak mampu mengenali bagian dari tubuh.
- i. ketidakseimbangan dan terjatuh.
- j. hilangnya pengendalian terhadap kandung kemih.

6. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis menurut menurut Smeltzer & Bare (2002) meliputi:

- a. Diuretik untuk menurunkan edema serebral yang mencapai tingkat maksimum 3 sampai 5 hari setelah infark serebral.
- b. Antikoagulan untuk mencegah terjadinya thrombosis atau embolisasi dari tempat lain dalam sistem kardiovaskuler.
- c. Antitrombosit karena trombosit memainkan peran sangat penting dalam pembentukan thrombus dan embolisasi.

7. Pemeriksaan Diagnostik

a. Pemeriksaan neurologik dan fisik awal

1) Fungsi serebral

Serebral yang tidak normal dapat menyebabkan gangguan dalam komunikasi, fungsi intelektual dan dalam pola tingkah laku emosional.

- a) Status mental : observasi penampilan pasien dan tingkah lakunya, dengan melihat cara berpakaian pasien, kerapihan dan kebersihan diri. Observasi postur, sikap, gerakan-gerakan tubuh, ekspresi wajah dan aktivitas motorik. Gaya bicara pasien dan tingkat kesadaran juga diobservasi.
- b) Fungsi intelektual : kaji orientasi pasien terhadap waktu, tempat dan orang.
- c) Daya pikir : kaji apakah pikiran pasien bersifat spontan, alamiah, jernih, relevan dan masuk akal. Apakah ada kesulitan berpikir, khayalan dan keasyikan sendiri.
- d) Status emosional : apakah tingkah laku pasien alamiah, dan datar atau peka dan pemarah, cemas, apatis, atau euforia. Apakah alam perasaan berubah-ubah secara normal atau iramanya tidak diduga dari gembira menjadi sedih. Apakah tingkah lakunya sesuai dengan kata-kata atau isi dari pikirannya. Apakah komunikasi verbal sesuai dengan tampilan komunikasi non-verbal.

- e) Persepsi : agnosia adalah ketidakmampuan menginterpretasikan atau mengenal benda yang dilihat dengan menggunakan perasaan spesial. Pasien mampu untuk menggambarkan benda tersebut tetapi tidak untuk menginterpretasikan fungsinya. Pasien ada yang mengalami agnosia auditori dan agnosia taktil, demikian pula agnosia visual. Masing-masing kelainan fungsi melibatkan bagian dari korteks.
- f) Kemampuan motorik : pengkajian terhadap integrasi motor kortikal dapat terlihat dengan memerintahkan pasien untuk melakukan aktivitas yang berhubungan dengan keterampilan (melempar sebuah bola, menggerakkan kursi). Keberhasilan dalam melakukannya bergantung pada kemampuan orang tersebut untuk mengerti aktivitas yang diinginkan dan kekuatan normal dari motorik. Kegagalan yang ada merupakan tanda gangguan fungsi serebral.
- g) Kemampuan bahasa : defisiensi fungsi bahasa disebut afasia. Tipe-tipe yang berbeda dari afasia merupakan akibat dari cedera bagian-bagian yang berbeda pada otak.

2) Penilaian Tingkat Kesadaran

Dapat dilakukan dengan dua cara, yaitu secara kualitatif dan kuantitatif (GCS).

a. Secara kualitatif

- i. Compos Mentis (conscious), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya.
- ii. Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh.
- iii. Delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal.
- iv. Somnolen (Obtundasi, letargi) yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal.
- v. Stupor (spoor coma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri.
- vi. Coma, yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsang apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya)

b. Secara kuantitatif

Gaslow Coma Scale adalah skala pengukuran objektif terhadap sistem neurologis (perubahan status mental) dengan menggunakan angka dari respon mata (E), respon verbal (V) dan respon motorik (M).

Tabel 2.1 Gaslow Coma Scale

Eye/Mata (E)	Verbal (V)	Motorik (M)
4 Membuka mata spontan	5 Orientasi baik	6 Mengikuti perintah
3 Membuka mata dengan perintah	4 Disorientasi tempat & waktu	5 Melokalisir nyeri
2 Membuka mata dg rangsang nyeri	3 Bicara kacau	4 Menghindari nyeri
1 Tidak ada reaksi	2 Mengerang	3 Fleksi abnormal
	1 Tidak ada suara	2 Ekstensi abnormal
		1 Tidak ada gerakan

Penilaian tingkat kesadaran dengan *Gaslow Coma Scale*

(GCS) :

- a. GCS 15 : compos mentis
- b. GCS 12-14 : somnolent
- c. GCS 9-11 : sopor
- d. GCS 3-8 : koma.

3) Saraf kranial

Duabelas pasang saraf kranial muncul dari bagian bawah

otak. Nervus I : olfaktorius, nervus II : optikus, nervus III : okulomotorius, nervus IV : troklearis, nervus V : trigeminus, nervus VI : abduksen, nervus VII : fasialis, nervus VIII : vestibulokoklearis, nervus IX : glosofaringeus, nervus X : vagus, nervus XI : aksesorius dan nervus XII : hipoglossus.

4) Sistem motorik

Pemeriksaan yang teliti pada sistem motorik mencakup pengkajian pada ukuran otot, tonus otot, kekuatan otot, koordinasi dan keseimbangan.

5) Refleks

Refleks motorik merupakan kontraksi yang tidak disadari dari respons otot atau kelompok otot yang meregang tiba-tiba dekat daerah otot yang dirangsang. Biasanya refleks yang dapat diuji mencakup refleks biseps, brakhioradialis, triseps, patella dan pergelangan kaki (Achilles).

Tabel 2.2 Derajat Refleks

Nilai	Respon
4+	Hiperaktif dengan klonus terus menerus
3+	Hiperaktif
2+	Normal

1+	Hipoaktif
0	Tidak ada refleks

6) Sensorik

Sistem sensorik lebih kompleks dari sistem motorik karena modal dari sensori mempunyai perbedaan traktus, lokasi pada bagian yang berbeda pada medulla spinalis. Penurunan sensori yang ada merupakan hasil dari neuropati perifer dan sesuai dengan keadaan anatomi yang terganggu. Kerusakan otak akibat lesi yang luas mencakup hilangnya sensasi, yang mempengaruhi seluruh sisi tubuh.

Adapun sensasi yang dikaji adalah sensasi taktil, sensasi nyeri dan suhu, vibrasi dan proprioepsi, merasakan posisi dan integrasi sensasi.

Menurut (Doenges dkk, 1999) pemeriksaan diagnostik yang dapat dilakukan pada penyakit stroke adalah:

- a. Angiografi serebral: membantu menentukan penyebab stroke secara spesifik seperti perdarahan, obstruksi arteri atau adanya titik oklusi/ ruptur.
- c. CT-scan: memperhatikan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark.
- d. Pungsi lumbal: menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada thrombosis, emboli serebral, dan TIA (Transient Ischaemia

Attack) atau serangan iskemia otak sepiintas. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subaraknoid atau perdarahan intra kranial. Kadar protein total meningkat pada kasus thrombosis sehubungan dengan adanya proses inflamasi.

- e. MRI (Magnetic Resonance Imaging): menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, dan malformasi arteriovena.
- f. Ultrasonografi Doppler: mengidentifikasi penyakit arteriovena.
- g. EEG (Electroencephalography): mengidentifikasi penyakit didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik.
- h. Sinar X: menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas, kalsifikasi karotis interna terdapat pada thrombosis serebral.

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada penyakit stroke menurut Smeltzer & Bare (2002) adalah:

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

- b. Penurunan aliran darah serebral, bergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas pembuluh darah serebral. Hidrasi adekuat (cairan intrvena) harus menjamin penurunan viskositas darah dan memperbaiki aliran darah serebral. Hipertensi dan hipotensi ekstrim perlu dihindari untuk mencegah perubahan pada aliran darah serebral dan potensi meluasnya area cedera.
- c. Embolisme serebral, dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium atau dapat berasal dari katup jantung prostetik. Embolisme akan menurunkan aliran darah ke otak dan selanjutnya akan menurunkan aliran darah serebral. Disritmia dapat mengakibatkan curah jantung tidak konsisten dan penghentian trombus lokal. Selain itu, disritmia dapat menyebabkan embolus serebral dan harus diperbaiki.

C. Konsep Dasar Terapi Musik

1. Defenisi musik

Musik didefenisikan sebagai ilmu atau seni yang menggunakan rangkaian nada atau suara. Suatu kesatuan atau kesinambungan komposisi diproduksi oleh kombinasi nada, dan suara, dan hubungan sementara. Musik dibentuk oleh beberapa hal yang dinamakan elemen. Ketenangan yang diciptakan melalui musik dapat diperoleh dengan menggunakan elemen ini (Estrella,2010, Snyder & Lindquist, 2002; Stouffer, Shirk & Pollomano, 2007; Trinity School Nottingham, 2007) dalam penelitian (Hariati 2010).

Sedangkan Murottal adalah rekaman suara Al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori'. Suara Al-Qur'an ibarat gelombang suara yang memiliki ketukan dan gelombang tertentu, menyebar dalam tubuh kemudian menjadi getaran yang bisa mempengaruhi fungsi gerak sel otak dan membuat keseimbangan didalamnya . Sesuatu yang terpengaruh dengan tilawah Al-Qur'an, getaran neuronnya akan stabil kembali. Al-Qur'an mempunyai beberapa manfaat karena terkandung beberapa aspek yang dapat berpengaruh terhadap kesehatan antara lain: Mengandung unsur meditasi, autosugesti dan relaksasi . Ada banyak ayat-ayat dalam Al-Qur'an yang menjelaskan tentang bagaimana cara serta pengaruh yang ditimbulkan saat seseorang mendengarkan bacaan Al-Qur'an baik pada seseorang yang mengerti makna dari bacaan tersebut ataupun tidak mengerti sama sekali (As syuyuti, 2006).

Surah Yasin merupakan surat yang diturunkan di Makkah atau disebut surat makiyah, merupakan surat ke 36 dari Al Qur'an dengan 83 ayat. Surat ini dinamakan Yasin karena diawali dengan huruf Ya dan sin. Surah Yasin merupakan jantung Al Qur'an, sebagaimana termaktub dalam hadist riwayat Ad Darimiy, Turmudzi dan Anas ra,

“Segala sesuatu mempunyai jantung (hati), sedang jantung Al Qur'an adalah surah Yasin, dan siapa saja yang membaca surah Yasin Alloh swt mencatat bacaannya seperti bacaan Al Qur'an sepuluh kali.”

Sebagai jantung Al Qur'an surah Yasin mempunyai berbagai kandungan dan fadhilah (keutamaan). Adapun isi atau kandungan dari Surah Yasin adalah,

a. Kandungan keimanan

Keimanan akan adanya Allah dengan mensucikan dengan sifat-sifatnya, tentang Al Qur'an yang merupakan ilmu, kekuasaan dan rahmat Allah serta keimanan akan surga dan sifat-sifatnya dan keimanan akan hari akhir.

b. Kisah-kisah

Kisah yang terkandung dalam surah Yasin adalah kisah utusan-utusan nabi Isa a.s dengan penduduk Anthakiyah.

c. Ilmu pengetahuan

Yaitu ilmu astronomi, tentang semua bintang di cakrawala yang berjalan pada garis edarnya.

Sedangkan keutamaan surah Yasin diantaranya,

a) Siapa yang membaca surah Yasin setiap malam maka ia akan diampuni.

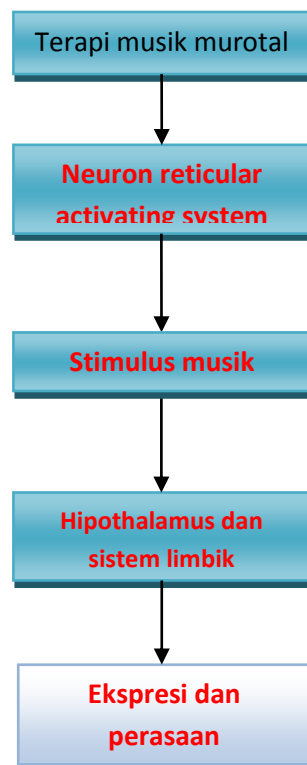
b) Siapa yang membaca sura Yasin satu kali sama dengan membaca Al Qur'an sampai khatam sepuluh kali.

c) Bila dibacakan untuk suatu kaum yang sedang sakit atau terkena malapetaka maka akan terlepas dari malapetaka dan wabah penyakit.

2. Mekanisme Dasar Musik

Musik dihasilkan dari stimulus yang dikirim dari saraf-saraf

serabut saraf asenden ke neuron-neuron *reticular activating System*. Stimulus ini kemudian akan ditransmisikan oleh nuklei spesifik dari thalamus melalui area korteks serebral, sistem limbik, dan korpus kolosum serta melalui area-area sistem saraf otonom dan neuroendokrin. Sistem limbik dibentuk oleh cincin yang dihubungkan dengan *cigulate gyrus*, *hyppocampus*, forniks, badan-badan mamilari, hipotalamus, traktus mamilotalmik, thalamus anterior, dan bulbus olfaktorius. Ketika musik dimainkan maka semua area yang berhubungan dengan sistem limbik akan terstimulasi, sehingga menghasilkan perasaan dan ekspresi (Chiu & Kumar, 2003 dalam Darliana, 2008 dalam penelitian Hariati, 2010).



Gambar 2.7 Mekanisme dasar musik

D. Proses Keperawatan

1. Pengertian.

Proses keperawatan adalah suatu metoda di mana suatu konsep diterapkan dalam praktek keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan problem solving yang memerlukan ilmu, tehnik dan ketrampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien / keluarga. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang sequensial dan berhubungan : pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Iyer et al, 1996).

Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama klien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling terjadi ketergantungan dan saling berhubungan. (Hidayat, 2004).

2. Karakteristik / Ciri Khas Proses Keperawatan.

Adapun karakteristik proses keperawatan menurut Hidayat (2004) sebagai berikut:

- a. Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat terbuka dan fleksibel dalam memenuhi kebutuhan klien, juga selalu berkembang terhadap masalah yang ada dan mengikuti perkembangan zaman.

- b. Proses keperawatan dapat dilakukan melalui pendekatan secara individual dari pemenuhan kebutuhan pasien.
- c. Melalui proses keperawatan terdapat beberapa permasalahan yang sangat perlu direncanakan.
- d. Melalui proses keperawatan akan diarahkan tujuan pelayanan keperawatan dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia.
- e. Proses keperawatan itu sendiri merupakan suatu siklus yang saling berhubungan antara tahap satu dengan yang lain dan tidak berdiri sendiri.
- f. Adanya proses keperawatan penentuan masalah akan lebih cepat diatasi mengingat didalam proses keperawatan terdapat penekanan validasi data serta adanya pembuktian masalah dan menekankan pada umpan balik atau pengkajian ulang dalam mengetahui kebutuhan dasar secara komperhensif.

3. Manfaat Proses Keperawatan.

Manfaat proses keperawatan menurut Gaffar (1999) meliputi beberapa aspek yaitu :

a. Aspek Administratif.

Kegiatan dokumentasi keperawatan yang berupa pencatatan danpelaporan akan menjamin kualitas asuhan keperawatan karena dari kegiatan ini dapat dikomunikasikan dan dievaluasi perkembangan klien.

b. Aspek Hukum.

Asuhan keperawatan didasarkan pada investigasi, observasi dan analisa, yang bertujuan untuk memberikan jaminan agar masalah kesehatan klien

teridentifikasi sehingga intervensi yang dilakukan lebih efektif dan dapat dipertanggung jawabkan, sehingga akan memberikan perlindungan dan kepastian hukum bagi klien.

c. Aspek Ekonomi.

Proses keperawatan akan menjamin asuhan yang diberikan sesuai dengan kebutuhan kesehatan klien, sehingga lebih efisien dari segi biaya karena lebih proposional dalam arti sesuai kebutuhan klien.

d. Aspek Pendidikan dan Pelatihan.

Keperawatan tidak dapat diterapkan tanpa pendidikan dan pelatihan, sebaliknya pendidikan keperawatan tidak akan berkembang dengan baik tanpa asuhan dari proses keperawatan sebagai metoda ilmiah pemberian asuhan keperawatan.

BAB III LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus	38
B. Masalah Keperawatan	47
C. Intervensi Keperawatan.....	47
D. Intervensi Inovasi	51
E. Implementasi	52
F. Evaluasi.....	...
...56	

BAB IV ANALISA SITUASI

A. Profil Lahan Praktik	60
B. Analisa Masalah Keperawatan dengan Konsep Terkait dan Kasus Konsep Terkait	62
C. Analisis Intervensi Inovatif dengan Konsep dan Penelitian Terkait	65
D. Alternatif Pemecahan yang dapat dilakukan.....	68

**SILAHKAN KUNJUNGI PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS
MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

BAB V

PENUTUP

Berdasarkan analisa asuhan keperawatan kasus kelolaan pada Tn. J dengan sub arakhnoid hemoragik dapat diambil beberapa kesimpulan dan saran sebagai berikut :

A. Kesimpulan

1. Kasus kelolaan pada klien Tn. J dengan diagnosa medis sub arakhnoid hemoragik, didapatkan hasil sebagai berikut :
 - a. Pada pengkajian didapatkan ,terpasang IVFD, NGT dan kateter, kesadaran klien saat ini somnolen dengan GCS 6 (E₃, M₃, V_x). Klien bedres total, terdapat piting edema, hemiparese ekstremitas kiri dan didukung data laboratorium dan penunjang.
 - b. Masalah keperawatan yang ditemukan pada Tn. J adalah perubahan perfusi jaringan serebral, PK infeksi, kerusakan integritas kulit, Hambatan mobilitas fisik.
 - c. Intervensi yang diberikan sesuai standard menggunakan Nursing Outcomes classification (NOC) dan Nursing interventions Classification (NIC).
2. Intervensi Inovasi yang dilakukan adalah terapi murrotal Al Qur'an surah Yasin yang diberikan secara kontinyu dengan evaluasi hasil yaitu adanya perubahan (peningkatan) tingkat kesadaran dari somnolen menuju apatis.

B. Saran

Adapun saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit

Dalam meningkatkan layanan rumah sakit, maka rumah sakit perlu membentuk satu unit perawatan khusus pasien stroke / unit stroke agar asuhan keperawatan yang diberikan lebih terarah, terpadu dan paripurna..

2. Bagi perawat

Perawat dapat memasukkan terapi musik ke dalam rencana tindakan keperawatan khususnya pada pasien dengan stroke pada masa pemulihan.

3. Bagi Klien

Klien dapat menerima asuhan keperawatan yang lebih berkualitas terutama pemulihan tingkat kesadaran pasca stroke serta rasa aman dan nyaman.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menambahkan tindakan fisioterapi yang lain seperti : terapi wicara dalam target kompetensi intervensi keperawatan dan materi tambahan.

5. Peneliti

Untuk peneliti selanjutnya dapat di jadikan acuan data guna melakukan penelitian terkait diagnosa medis sub arakhnoid hemoragik dengan fokus pada peningkatan tingkat kesadaran klien.

DAFTAR PUSTAKA

Adams, J. H. And Graham, D. I. (1984). *Diffuse brain damage in non-missile head injury, in Recent Advances in Histopathology 12*, (eds P. P. Anthony and R N. M. Macsween), Churchill livingstone, Edinburgh.

American Heart Association (2010). *Heart disease & stroke statistics. 2010*.

Batticaca, F. B. (2008). *Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Parsarafan*. Jakarta : Salemba Medika.

Bourdeka.M.A. (2009). *Medical Surgical Nursing Clinical Management for positive Outcomes. Elsever Saunders*.

Dewanto, G. et al. (2009). *Panduan Praktis Diagnosis & Tata Laksana Penyakit Saraf*. Jakarta : EGC.

Dewi, S. (2014). *Pengaruh Terapi Musik terhadap Peningkatan Gaslow Coma Scale (GCS) pada Pasien Stroke di RSUD Dr Moewardi*. Program Studi S1 Keperawatan : STIKES Kusuma Husada Surakarta.

Ginsberg, Lionel. (2008). *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta :Erlangga

Gumelar, (2009). *Mendengarkan Al Qur'an Mempercepat Penyembuhan Stroke*. Diperoleh Dari <http://pengobatangalihgumelar.blogspot.com> tanggal 3 Maret 2012

Guyton, A.C and J.E Hall.(2007). *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*.Edisi 9.Jakarta : EGC

Perdossi, (2004). *Guideline Stroke. Edisi ke 3 diperoleh dari* <http://id.scrib.com/doc/127004515/guideline-Stroke-Perdossi-2004-Full> tanggal 2 Mei 2013

Rilantono, Lily I. (2012). *5 Rahasia Penyakit Kardiovaskuler (DVK)*. Badan penerbit FKUI; Jakarta

Safri (2013). *Murrotal Al Qur'an Dapat Meningkatkan Kesadaran Pasien Stroke Hemoragik Di RSUD Arifin Ahmad Provinsi Riau*. Program Studi S1 Keperawatan: Universitas Riau.

Sarkemo, T et all. (2008). *Music Listening Enhances Cognitive Recovery and Mood After Middle Cerebral Artery Stroke*. Finland. University of Helsinki. Cognitive Brain Research Unit, Brain (2008), 131, 866-876

Sherwood. (2011). *Fisiologi Manusia*. Jakarta : EGC

Smeltzer C. suzzane, Bruner & Suddarth. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC : Jakarta

Upoyo, Arif (2012). *Tesis : Pengaruh Stimulasi Murrotal Al Qur'an Terhadap Nilai Glasgow Coma Scale Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik*. UNPAD; Bandung

WHO (2006). http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/ tanggal 13 Mei 2013