

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN

**PADA PASIEN DENGAN
GANGGUAN SISTEM SARAF :
STROKE, MENINGITIS DAN
ENCEPHALITIS**

Oleh : Linda Widyarani, S.Kep.,Ns.,M.Kep



Learning Objective :

- Pemeriksaan Glassgow Coma Scale (GCS)
 - Pemeriksaan 12 Nervus Cranialis
 - Pemeriksaan Kekuatan Otot
 - Pemeriksaan Refleks Fisiologis dan Patologis
-
- Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Stroke
 - Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Meningitis
 - Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Encephalitis



PEMERIKSAAN GLASSGOW COMA SCALE (GCS)

Menilai respon membuka mata (E)



- (4) : Spontan
- (3) : dengan rangsang suara (suruh pasien membuka mata)
- (2) : dengan rangsang nyeri (berikan rangsang nyeri)
- (1) : Tidak ada respon

Menilai respon verbal (V)



- (5) : Orientasi baik
- (4) : Bingung, berbicara kacau (sering bertanya berulang - ulang), disorientasi waktu, orang dan tempat
- (3) : Kata - kata saja (berbicara tdk jelas, namun kata - kata msh jelas, tetapi tdk dalam satu kalimat, misalkan : bapak aduh.....)
- (2) : Suara tanpa arti (mengerang)
- (1) : Tidak ada respon



PEMERIKSAAN GLASSGOW COMA SCALE (GCS)

Menilai respon motorik (M)

(6) : Mengikuti perintah

(5) : Melokalisir nyeri (menjangkau & menjauhkan stimulus saatdiberi rangsang nyeri)

(4) : withdraws (menghindar/menarik ekstremitas atau tubuh menjauhi stimulus saatdiberi rangsang nyeri)

(3) : fleksi abnormal (tangan satu/keduanya posisi kaku diatas dada & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri)

(2) : ekstensi abnormal (tangan satu/keduanya ekstensi disisi tubuh dg jari mengepal & kaki ekstensi saat diberi rangsang nyeri)

(1) : Tidak ada respon



TINGKAT KESADARAN PASIEN

COMPOS MENTIS
(SKOR GCS 15-14)

Sadar penuh, responsif, dan tidak memiliki masalah dengan kemampuan berpikir atau ingatan

APATIS
(SKOR GCS 13-12)

Tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungan

DELIRIUM
(SKOR GCS 11-10)

Mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu, dan tampak gaduh gelisah

SOMNOLEN
(SKOR GCS 10-11)

Mengantuk yang berat, sulit dibangunkan namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang suara

STUPOR
(SKOR GCS 7-9)

Kesadaran hilang, hanya berbaring dengan mata tertutup, sulit dibangunkan dengan rangsang suara, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang nyeri

SEMI KOMA
(SKOR GCS 4)

Tidak merespons rangsangan verbal dan tidak dapat dibangunkan, namun refleks kornea dan pupil masih ada

KOMA
(SKOR GCS 3)

Tidak sadar, tidak ada reaksi/respon mata, verbal dan motorik, baik dengan rangsang suara dan juga nyeri



PEMERIKSAAN 12 NERVUS KRANIALIS



Nervus I (Olfactorius / Penciuman)

Untuk menentukan ada tidaknya gangguan penciuman.

Caranya :

- a) Tutup mata pasien
- b) Tutup salah satu lubang hidung pasien
- c) Berikan bau-bauan yang baunya tajam seperti kopi, tembakau, vanilla, dll
- d) Minta pasien untuk menyebutkan
- e) Cek satu per satu lubang hidung



Nervus II (Opticus / Penglihatan)

Untuk mengetahui ketajaman penglihatan dan lapang pandang.

Caranya :

- a) Tutup salah satu mata klien
- b) Minta klien untuk membaca buku, majalah, atau koran
- c) Tes tajam penglihatan dengan snellen chart
- d) Tes lapang pandang dengan gerakan jari e) Cek satu per satu mata kanan dan kiri



PEMERIKSAAN 12 NERVUS KRANIALIS



Nervus III (Oculomotorius)

Untuk mengetahui respon pupil terhadap cahaya.

Caranya : sorotkan cahaya senter / penlight ke mata, lihat reaksi pupil.



Nervus IV (Trochlearis)

Untuk mengetahui pergerakan bola mata

Caranya :

- a) Kepala lurus ke depan, pandangan lurus ke depan
- b) Minta klien untuk menggerakkan bola mata ke atas dan kebawah



PEMERIKSAAN 12 NERVUS KRANIALIS



Nervus V (Trigeminus)

Untuk mengetahui sensasi kornea, mukosa mulut, dan hidung. Tes ini biasanya dilakukan bersama-sama dengan Nervus V dan Nervus VII.

Sensasi refleks kornea :

- (1) Tutup salah satu mata pasien
- (2) Minta pasien melirik ke arah mata yang tertutup
- (3) Sentuhkan ujung kapas pada kornea dan lihat apakah pasien berkedip

Tes Sensori :

- (1) Sentuh pipi, dahi, dan dagu pasien dengan air panas / air dingin
- (2) Minta pasien menebak apakah air panas atau air dingin yang disentuh ke pipi/dahi/dagu.

Tes Motorik

- (1) Kaji kemampuan pasien untuk melakukan gerakan mengunyah atau mengatupkan gigi saat melakukan palpasi otot-otot masseter dan temporal.



PEMERIKSAAN 12 NERVUS KRANIALIS



Nervus VI (Abdusen)

Untuk mengetahui gerakan bola mata menyamping.

Caranya :

- a) Penlight dinyalakan dari samping digerakkan ke depan
- b) Minta pasien melihat mengikuti sinar dari samping ke depan tanpa kepala menengok



Nervus VII (Facialis)

Untuk mengetahui seluruh otot wajah mempunyai fungsi sensorik dan motorik. Biasanya dilakukan bersama-sama dengan Nervus V.

Caranya :

- a) Minta pasien tersenyum, mengencangkan wajah, menggembungkan pipi, menaikkan dan menurunkan alis mata, perhatikan kesimetrisannya.
- b) Minta pasien mengidentifikasi rasa asin atau manis di lidah bagian depan



PEMERIKSAAN 12 NERVUS KRANIALIS



Nervus VIII (Acusticus / Pendengaran)

Untuk mengetahui kemampuan pendengaran pasien.

Caranya :

Minta pasien menutup salah satu telinga, periksa kemampuan pasien mendengarkan kata-kata yang diucapkan pemeriksa ataulakukan tes dengan garputala, lakukan bergantian telinga kanan dan kiri.



Nervus IX (Glosofaringeus)

Untuk mengetahui kemampuan pengecapan, kemampuan menelan, dan gerak lidah.

Caranya :

- a) Minta klien untuk mengidentifikasi rasa asam, asin, atau manis pada bagian belakang lidah
- b) Masukkan tongue spatel untuk menimbulkan refleks "gag"
- c) Minta klien untuk menggerakkan lidah



PEMERIKSAAN 12 NERVUS KRANIALIS



Nervus X (Vagus)

Untuk mengetahui pergerakan palatum, sensasi faring, tonsil, dan pergerakan pita suara. Caranya :

- a) Minta pasien bersuara "Ah" observasi gerakan palatum dan faringeal
- b) Lihat palatum : simetris atau deviasi
- c) Gunakan tongue spatel untuk menimbulkan reflek "gag"
- d) Periksa keras bicara pasien



Nervus XI (Accessories)

Untuk mengetahui gerakan kepala dan bahu.

Caranya :

- a) Minta pasien menoleh ke samping melawan tahanan, apakah musculus sternocleidomastoideus terlihat
- b) Minta pasien mengangkat bahu dan pemeriksa menahan bahu pasien



PEMERIKSAAN 12 NERVUS KRANIALIS



Nervus XII (Hypoglossus)

Mengetahui gerakan lidah saat berbicara dan menelan, inspeksi posisi lidah.

Caranya :

- a) Minta pasien untuk mengeluarkan lidah ke arah garis tengah dan minta untuk menggerakkannya ke kanan dan ke kiri
- b) Bagaimana gerakan lidah saat menelan
- c) Minta pasien mengeluarkan dan memasukkan lidah dengancepat beberapa kali



PENGKAJIAN KEKUATAN OTOT



PENGKAJIAN KEKUATAN OTOT EKSTREMITAS :

0 : Bila tidak ada kontraksi otot

1 : Bila terlihat kontraksi namun tidak ada gerakan sendi

2 : Bila ada gerakan sendi namun tidak melewati gravitasi

3 : Bila dapat melewati gravitasi namun tidak dapat menahan tekanan pemeriksaan

4 : Bila dapat melawan tahanan pemeriksaan tetapi kekuatannya berkurang

5 : Bila dapat melawan kekuatan tahanan dengan kekuatan penuh



PEMERIKSAAN REFLEKS FISILOGIS

Refleks Kornea

Kapas digulung ujungnya sampai runcing, minta klien melirik, kemudian sentuh kornea berlawanan dengan lirikan.

Respon positif : mata berkedip

Refleks Abdominal

Gores dinding perut dari arah lateral ke arah umbilikus.

Respon positif : ada kontraksi dinding perut.

Refleks Faring

Faring digores dengan menggunakan tongue spatel.

Refleks positif : muntah.

Refleks negatif : tidak muntah

Refleks Kremaster

Gores paha bagian dalam dari atas ke bawah.

Respon positif : skrotum pada sisi yang sama naik

Refleks Cahaya

Sinari pupil dengan senterpenlight.

Respon positif : pupil mengecil

Refleks Anal

Gores kulit sekitar anus.

Respon positif : terjadi kontraksi otot spincter ani



PEMERIKSAAN REFLEKS FISILOGIS

Refleks Bulbocavernosa

Menekan gland penis dengan satu tangan, jari tangan yang lain masuk ke dalam anus.

Respon positif : saat gland penis ditekan spincter akan berkontraksi.

Refleks Bicep

Fleksikan sedikit siku pasien, dan letakkan lengan bawah pasien di atas paha dengan posisi telapak tangan menghadap ke bawah letakkan ibu jari non-dominan perawat horizontal di atas tendon bicep pasien kemudian berikan ketukan (hentakan ke bawah) dengan palu refleksi di atas ibu jari perawat. Amati adanya fleksi ringan yang normal pada siku klien, dan rasakan kontraksi otot bicep pada ibu jari perawat.

Respon positif : kontraksi otot bicep dan fleksi lengan bawah

Refleks Tricep

Fleksikan siku pasien, dan sangga lengan pasien dengan telapak tangan non-dominan. Palpasi tendon trisep sekitar 2-5 cm di atas siku, kemudian ketukkan palu refleksi langsung pada tendon. Amati adanya ekstensi ringan yang normal pada siku. Ekstensi yaitu gerak meluruskan anggota tubuh.

Respon positif : kontraksi otot tricep dengan gerakan ekstensi lengan bawah.

PEMERIKSAAN REFLEKS FISILOGIS

Refleks Patella / Lutut

Minta pasien duduk di tepi meja periksa agar kaki pasien dapat menjuntai dengan bebas dan tidak menjejak tanah. Tentukan lokasi tendon patela yang berada tepat di bawah patela (tempurung lutut), kemudian ketukkan palu perkusi langsung pada tendon. Amati adanya ekstensi kaki atau tendangan kaki yang normal saat otot kuadrisep berkontraksi.

Respon positif : ada gerakan ekstensi tungkai bawah

Refleks Achilles

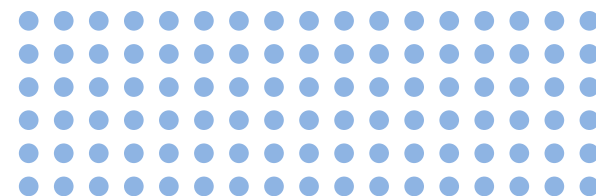
Posisi pasien sama seperti pemeriksaan refleks patela. Dorsifleksikan sedikit pergelangan kaki pasien dengan menopangkan kaki pasien pada tangan perawat. Kemudian ketukkan palu perkusi langsung pada tendon achilles tepat di atas tumit. Amati dan rasakan respon pasien.

Respon positif : ada gerakan fleksi plantar (hentakan ke bawah).



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEEN DENGAN GANGGUAN
SISTEM SARAF :**

STROKE



PENGKAJIAN KEPERAWATAN

AKTIVITAS

Kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi/paralisis (hemiparese/hemiplegia), mudah lelah, susah beristirahat (nyeri/kejang otot).

SIRKULASI

Adanya penyakit jantung, riwayat hipotensi postural, polisitemia, hipertensi arterial, adanya embolisme, disritmia, perubahan EKG, aritmia.



INTEGRITAS EGO

Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa, emosi labil dan ketidaksiapan seperti marah, sedih, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

PENGKAJIAN KEPERAWATAN

AKTIVITAS

Kesulitan melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi/paralisis (hemiparese/hemiplegia), mudah lelah, susah beristirahat (nyeri/kejang otot).

SIRKULASI

Adanya penyakit jantung, riwayat hipotensi postural, polisitemia, hipertensi arterial, adanya embolisme, disritmia, perubahan EKG, aritmia.



INTEGRITAS EGO

Perasaan tidak berdaya dan perasaan putus asa, emosi labil dan ketidaksiapan seperti marah, sedih, kesulitan untuk mengekspresikan diri.

PEMERIKSAAN FISIK PADA PASIEN DENGAN STROKE



Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dengan melakukan inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi. Pemeriksaan fisik dapat dilakukan secara head to toe.



Penampilan / Keadaan Umum

Pada pasien stroke, akan tampak lemah, lesu, merasakannyeri hebat pada kepala.



Glassgow Coma Scale

Pasien stroke mengalami penurunan kesadaran, yaitu somnolen, apatis, stupor, koma pada awal terserang stroke, sedangkan pada masa pemulihan tingkat kesadaran yaitu letargi dan juga compos mentis.



Vital Sign

Suhu, tekanan darah, frekuensi napas dan nadi. Umumnya, tekanan darah cenderung tinggi ($>140/90$ mmHg), nadi dan suhu norma. Umumnya, pernapasan mengalami gangguan bersihan jalan napas.



PEMERIKSAAN FISIK PADA PASIEN DENGAN STROKE



Kepala

- »»»»» Kaji kebersihan kepala, kaji apakah ada hematoma, bekas operasi atau luka di kepala. Pada pasien stroke biasanya wajah tidak simetris antara kanan dan kiri karena kerusakan nervus VII (nervus facialis).

Mata

- »»»»» Kaji apakah penglihatan kabur karena kerusakan nervus II (nervus optikus), kaji adanya gangguan dalam menggerakkan bola mata menyamping pada nervus VI (nervus abduksen), gangguan dalam menggerakkan bola mata ke atas dan bawah pada nervus IV (nervus trochlearis).

Hidung

- »»»»» Kaji apakah ada gangguan penciuman akibat kerusakan nervus I (nervus olfactorius).

Telinga

- »»»»» Kaji apakah ada gangguan pendengaran karena kerusakan nervus VIII (nervus acusticus/auditori). Umumnya, pasien hanya bisa mendengar suara keras dengan artikulasi yang jelas.

Kulit

- »»»»» Kaji kebersihan kulit, kaji warna kulit, kaji turgor kulit (capillary refill time), kaji adanya edema, kaji adanya lesi atau tidak.



PEMERIKSAAN FISIK PADA PASIEN DENGAN STROKE



Mulut dan Tenggorokan

Kaji apakah mulut simetris atau tidak pada nervus VII (nervusfacialis), kaji kemampuan pengecapan, kemampuan menelan, dangerak lidah pada nervus IX dan nervus X (nervus glosofaringeus dan nervus vagus).



Umumnya, mulutnya moncong, tidak simetris, tenggorokan mengalami gangguan menelan. Pada pasien dengan kesadaran apatis, sopor, stupor atau koma, akan mengalami bau mulut, mukosa bibir kering, gigi kotor. Pada nervus XII (nervus hipoglosus) : pasien mampumenjulurkan lidah dan dapat digerakkan ke kiri dan ke kanan namun saat berbicara kurang jelas.

Dada, Abdomen dan Genitalia

Umumnya, pasien stroke tidak ada gangguan pada pemeriksaan dada, abdomen dan genetalia, kecuali dengan penyakit penyerta.

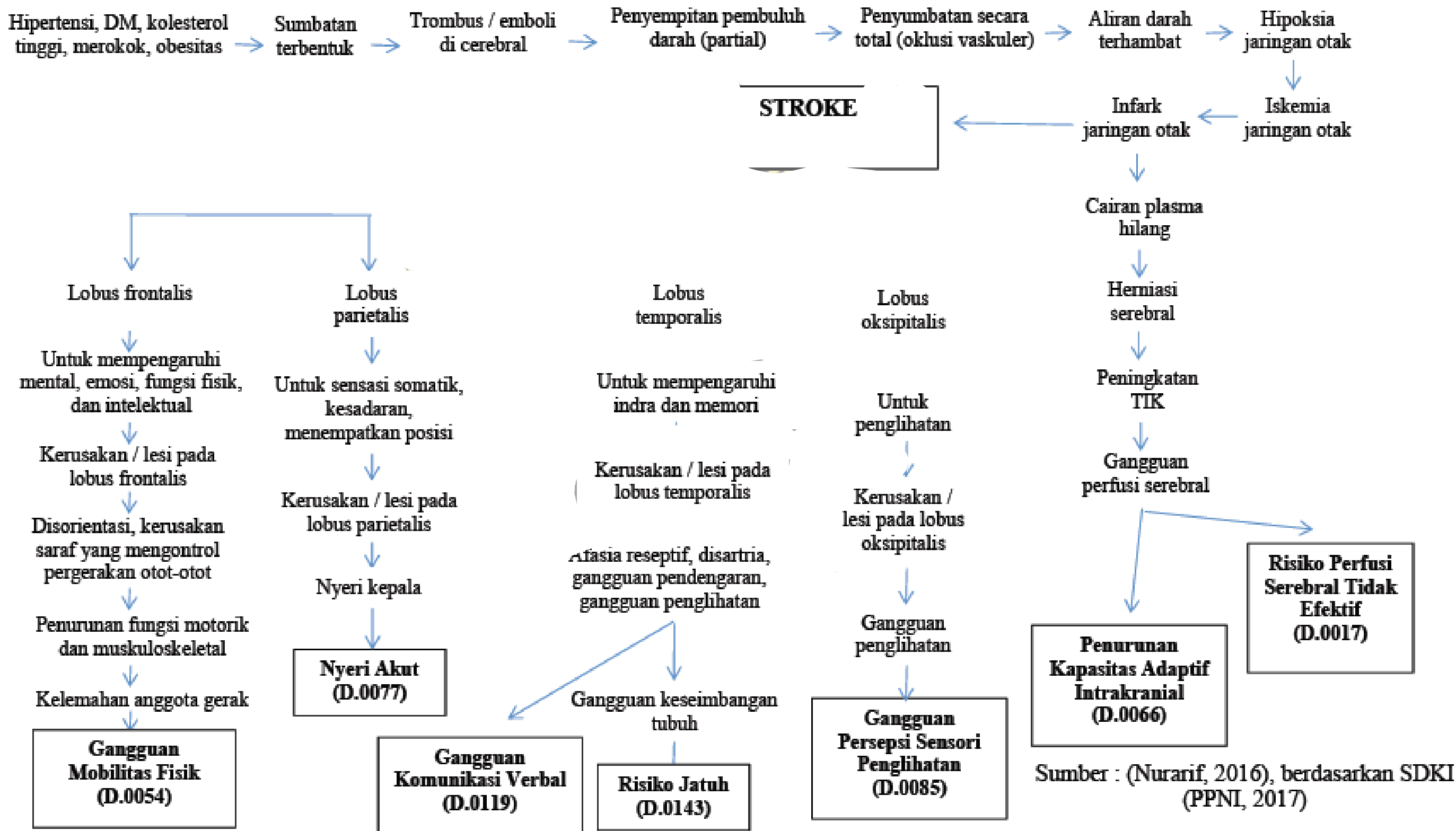


Ekstremitas Atas dan Bawah

Kaji adanya kelemahan anggota gerak atau kelumpuhan, kaji kekuatan otot ekstremitas, rentang gerak biasanya terbatas, edema, nyeri tekan atau nyeri gerak, penggunaan alat bantu gerak.



DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE



DIAGNOSA dan INTERVENSI KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE



DIAGNOSA KEPERAWATAN : PENURUNAN KAPASITAS ADAPTIF INTRAKRANIAL

Mayor :

Subyektif : Sakit kepala

Obyektif : Tekanan darah meningkat, bradikardia, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun

Minor :

Subyektif : (tidak tersedia)

Obyektif : Gelisah, agitasi, muntah (tanpa disertai mual), tampak lesu/lemah, TIK > 20 mmHg, papilledema

INTERVENSI KEPERAWATAN : PEMANTAUAN TEKANAN INTRAKRANIAL

Observasi :

- Identifikasi penurunan atau peningkatan TIK
- Monitor peningkatan tekanan darah
- Monitor penurunan frekuensi jantung, penurunan tingkat kesadaran
- Monitor ireguleritas irama napas

Terapetik :

- Pertahankan posisi kepala dan leher netral

Edukasi :

- Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
- informasikan hasil pemantauan, jika perlu



DIAGNOSA dan INTERVENSI KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE



DIAGNOSA KEPERAWATAN : DEFISIT PERAWATAN DIRI

Mayor :

Subyektif : Menolak melakukan perawatan

Obyektif : Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri , minat melakukan perawatan diri kurang

Minor :

Subyektif : (tidak tersedia)

Obyektif : (tidak tersedia)

INTERVENSI KEPERAWATAN : DUKUNGAN PERAWATAN DIRI

Observasi :

- Monitor kebersihan tubuh (misalkan : rambut, mulut, kulit, kuku)
- Monitor integritas kulit

Terapetik :

- Sediakan peralatan mandi (misalkan : sabun, sikat gigi, shampo, pelembab kulit)
- Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman
- Fasilitasi menggosok gigi dan mandi, sesuai kebutuhan
- Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian

Edukasi :

- Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan
- ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien, jika perlu



DIAGNOSA dan INTERVENSI KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE



DIAGNOSA KEPERAWATAN : GANGGUAN MOBILITAS FISIK

Mayor :

Subyektif : mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas.

Obyektif : kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun.

Minor :

Subyektif : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak.

Obyektif : sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, dan fisik lemah

INTERVENSI KEPERAWATAN : DUKUNGAN AMBULASI/DUKUNGAN MOBILISASI

Observasi :

- identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi/ambulasi

Terapeutik :

- Fasilitasi aktivitas mobilisasi/ambulasi dengan alat bantu (misal : pagar tempat tidur)
- Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

Edukasi

- Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- Anjurkan melakukan mobilisasi/ambulasi dini dan ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal : duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)



DIAGNOSA KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STROKE



DIAGNOSA KEPERAWATAN : NYERI AKUT

Mayor :

Subyektif : mengeluh nyeri

Obyektif : tampak meringis, bersikap protektif (misal : waspada, posisi menghindari nyeri) , gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur

Minor :

Subyektif : (tidak tersedia)

Obyektif : tekanan darah meningkat, pola napas berubah, nafsu makan berubah, diaforesis

INTERVENSI KEPERAWATAN : MANAJEMEN NYERI

Observasi :

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri, respon nyeri non verbal, faktor yang memperberat dan memperingat nyeri

Terapeutik :

- Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (misal : terapi musik, aromaterapi, dsbnya)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misal : suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi

- Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri

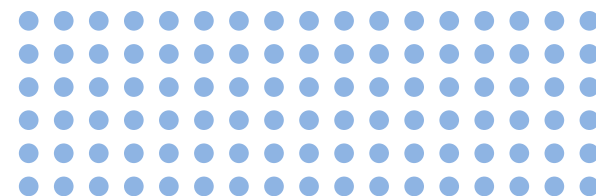
Kolaborasi

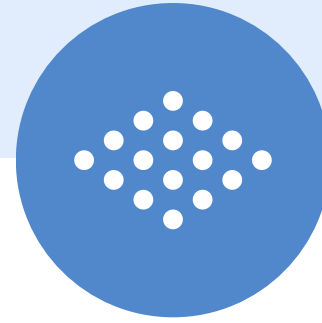
- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA
PASIEEN DENGAN GANGGUAN
SISTEM SARAF :**

**MENINGITIS DAN
ENCHEPALITIS**





**THANK
YOU!**

