

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Penyakit

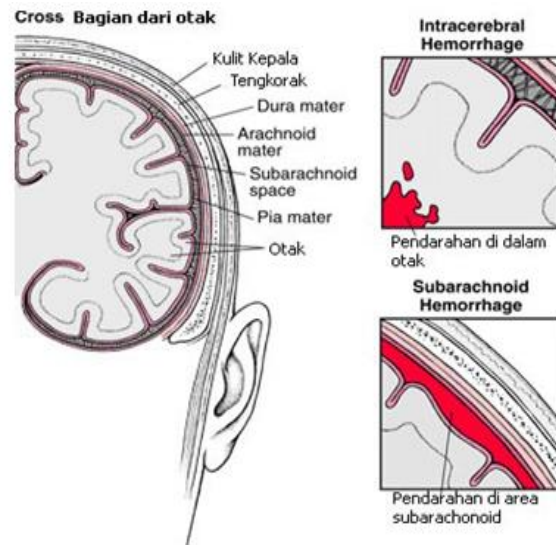
1. Definisi Stroke Hemoragik

Stroke Hemoragik merupakan kerusakan pada otak yang terjadi ketika aliran darah atau suplai darah ke otak terhambat karena adanya perdarahan atau pecahnya pembuluh darah. Perdarahan atau pecahnya pembuluh darah pada otak dapat menimbulkan terhambatnya penyediaan oksigen dan nutrisi ke otak. Pada keadaan tersebut otak mengalami penurunan suplai oksigen dan mengakibatkan penurunan perfusi darah. Hipoksia yang berlangsung lama akan menyebabkan iskemik otak, iskemia yang terjadi dalam waktu singkat 10-15 menit dapat menyebabkan defisit sementara dan bukan defisit permanen (Sari *et al.*, 2017).

2. Klasifikasi Stroke Hemoragik

Menurut Muis (2017) klasifikasi stroke hemoragik dibagi menjadi dua yaitu sebagai berikut:

- a. Perdarahan intra serebral (PIS) diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak, penyebab PIS biasanya karena hipertensi yang berlangsung lama lalu terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stress fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah.
- b. Perdarahan ekstra serebral / perdarahan *sub arachnoid* (PSA) adalah masuknya darah ke ruang subarachnoid baik dari tempat lain (perdarahan subarachnoid sekunder) dan sumber perdarahan berasal dari rongga subarachnoid itu sendiri (perdarahan subarachnoid primer).



Gambar 2.1
Perdarahan intracerebral dan ekstra serebral

Sumber: (Muis, 2017).

3. Etiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh arteri yang mensuplai darah ke otak pecah. Pembuluh darah pecah umumnya karena arteri tersebut ber dinding tipis berbentuk balon yang disebut aneurisma atau arteri yang lecet bekas plakaterosklerotik. Penyebabnya terjadi peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi dan atau oleh strespsikis berat. Peningkatan tekanan darah yang mendadak tinggi juga disebabkan oleh trauma kepala atau peningkatan lainnya seperti mengedan, batuk keras, mengangkat beban dan sebagainya (Carin *et al.*, 2018).

4. Patofisiologi

Faktor resiko utama yang dapat menimbulkan terjadinya resiko stroke salah satunya adalah hipertensi. Hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya maupun menyempitnya pembuluh darah otak. Otak merupakan bagian tubuh yang sangat sensisitif terhadap oksigen dan glukosa karena jaringan otak tidak dapat menyimpan kelebihan oksigen dan glukosa seperti halnya pada otot. Meskipun berat otak sekitar 2% dari seluruh badan, namun menggunakan sekitar 25% suplay oksigen dan 70% glukosa. Jika aliran darah ke otak terhambat maka akan terjadi iskemia dan terjadi gangguan

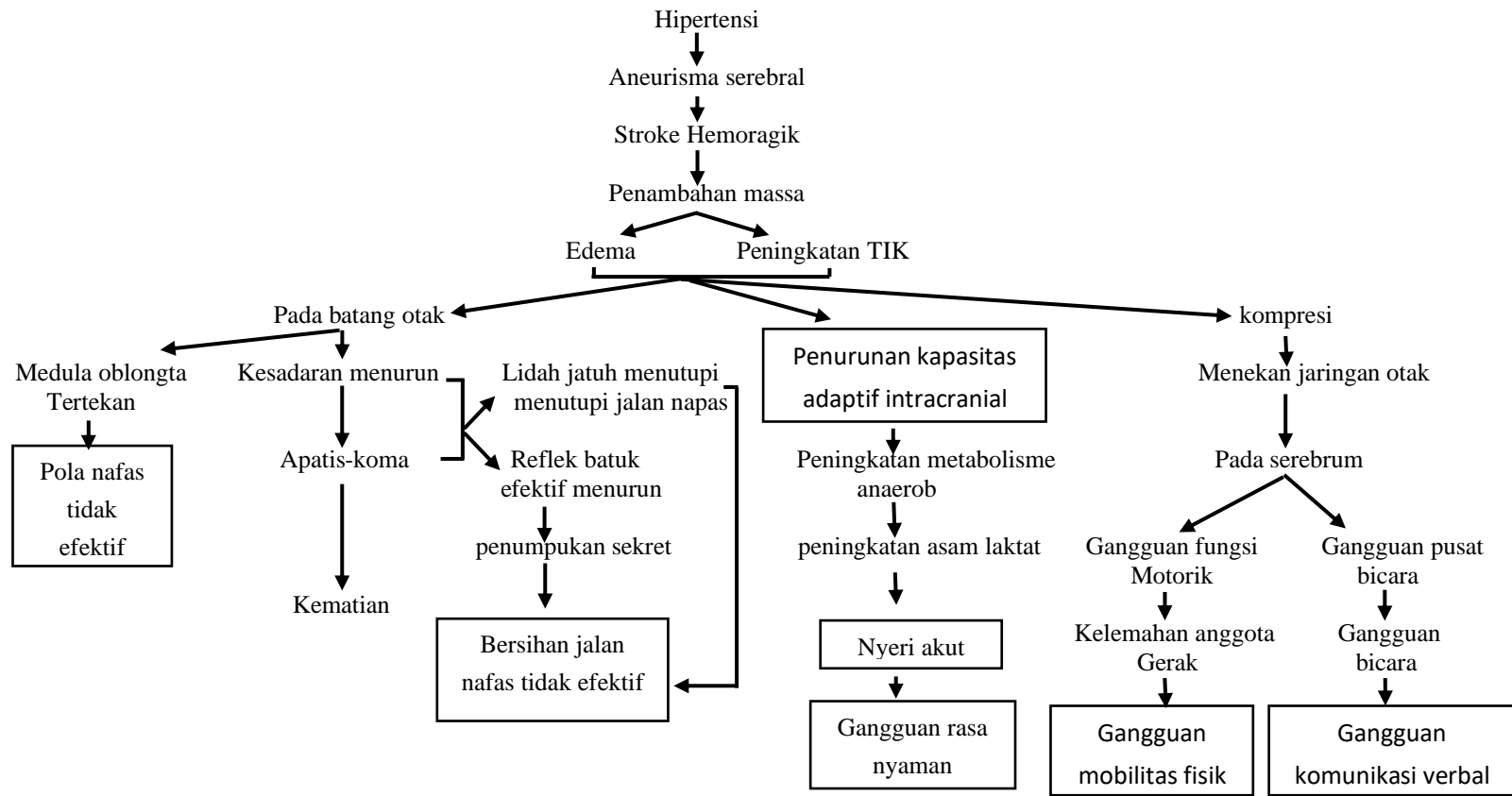
metabolisme otak yang kemudian terjadi gangguan perfusi serebral. Jika aliran darah ke otak terganggu, lebih dari 30 detik pasien dapat mengalami penurunan kesadaran dari apatis sampai koma, Penurunan kesadaran tersebut menyebabkan penderita tidak mampu mempertahankan posisi lidah, sehingga lidah jatuh menutupi jalan nafas dan menimbulkan suara snoring. Penurunan kesadaran juga dapat menyebabkan keadaan abnormal penumpukan sekret, dikarenakan tidak mempunyai reflek batuk yang efektif untuk mengeluarkan sekret dan timbul suara nafas tambahan ronkhi. Sehingga muncul masalah bersihan jalan napas tidak efektif (Ekayanti, 2021).

Pecahnya pembuluh darah di otak atau stroke hemoragik menyebabkan Peningkatan Tekanan Intrakranial (TIK), peningkatan TIK merupakan kondisi bertambahnya massa pada otak seperti adanya perdarahan atau edema otak akan meningkatkan tekanan intrakranial yang ditandai adanya defisit neurologi seperti adanya gangguan motorik, sensorik, nyeri kepala, gangguan kesadaran. Peningkatan TIK yang tinggi dapat mengakibatkan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan sehingga muncul masalah Penurunan kapasitas adaptif intracranial (Geofani, 2017 dalam Ekayanti, 2021).

Edema serebri merupakan respon fisiologis terhadap adanya trauma jaringan. Edema terjadi jika pada area yang mengalami hipoksia atau iskemik maka tubuh akan meningkatkan aliran darah pada lokasi tersebut dengan cara vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan sehingga cairan interstresial akan berpindah ke ekstraseluler sehingga terjadi edema jaringan otak (Geofani, 2017 dalam Ekayanti, 2021).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi merupakan Faktor resiko terjadinya stroke. Hal ini sesuai dengan tekanan darah, respirasi, dan nadi pada pasien stroke mengalami peningkatan akibat terjadinya peningkatan TIK, hal tersebut menyebabkan pendesakan otak pada saraf okulomotorius dan medulla oblongata, saraf okulomotorius berperan sebagai fungsi motorik mata, yaitu mengatur respons pupil ketika menangkap cahaya, dan

membuka kelopak mata. Medulla oblongta berperan dalam mengendalikan beberapa sistem tubuh, Diantaranya sistem pernapasan, pencernaan, detak jantung dan menelan. Sedangkan penurunan nilai saturasi oksigen dapat diartikan adanya gangguan pada sistem pernapasan (Sari & Oktariani, 2020).



Gambar 2.2
Pathway Stroke Hemoragik

Sumber: (Ekayanti, 2021).

5. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis menurut Setiawan (2020):

a. Tanda Stroke Hemoragik

- 1) Sakit kepala hebat tiba – tiba
- 2) Kelemahan di lengan atau di kaki
- 3) Penurunan kesadaran.
- 4) Kehilangan keterampilan motorik (gerak) halus.
- 5) Kehilangan keseimbangan tubuh.

b. Gejala stroke hemoragik meliputi:

- 1) Kejang tanpa riwayat kejang sebelumnya
- 2) Mual atau muntah.
- 3) Gangguan penglihatan
- 4) Kesemutan atau mati rasa.
- 5) Kesulitan bicara atau memahami pembicaraan.
- 6) Kesulitan menelan.
- 7) Kesulitan menulis atau membaca.
- 8) Kelainan pada rasa pengecap.
- 9) Kehilangan kesadaran.

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada kasus stroke hemoragik menurut Maharani (2020) sebagai berikut:

a. Angiografi cerebral

Membantu menentukan penyebab dari stroke secara spesifik seperti perdarahan arteriovena atau adanya ruptur dan untuk mencari sumber perdarahan seperti aneurism atau malformasi vaskular.

b. Lumbal pungsi

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

c. CT scan

Pemindaian ini memperlihatkan secara spesifik letak edema, posisi hematoma, adanya jaringan otak yang infrak atau iskemia dan posisinya secara pasti.

d. MRI (Magnetic Imaging Resonance)

Menggunakan gelombang megnetik untuk menentukan posisi dan besar terjadinya perdarahan otak. Hasil yang didapatkan area yang mengalami lesi dan infrak akibat dari hemoragik.

e. EEG (Elektroensefalogram)

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat masalah yang timbul dan dampak dari jaringan yang infrak sehingga menurunnya impuls listrik dalam jaringan otak

7. Penatalaksanaan

Adapun penatalaksanaan stroke hemoragik menurut Sherina (2022) yaitu :

a. Penatalaksanaan Medis (terapi farmakologi)

- 1) Mitigasi cedera iskemik serebral
- 2) Intervensi pertama berfokus pada mempertahankan sebanyak mungkin area iskemik dengan menyediakan oksigen, glukosa, dan aliran darah yang cukup dengan mengontrol atau memodifikasi aritmia dan tekanan darah.
- 3) Dengan menaikkan kepala, yang mengontrol hipertensi dan menurunkan tekanan intrakranial, sebesar 15-30 derajat untuk mencegah kepala menekuk atau berputar berlebihan.
- 4) Pemberian vitamin B12, dapat membantu meningkatkan fungsi otak pasca stroke dan meningkatkan neurotransmitter
- 5) Pemberian vasodilator perifer & aktivator serebral, dapat mencegah jaringan otak dari infark cerebral akibat stroke
- 6) Pemberian analgesik, sebagai pereda nyeri akibat dari peningkatan tekanan intracranial
- 7) Pemberian histamin H2, selain untuk mengurangi mual mutah akibat

peningkatan tekanan intrakranial, histamin H₂ diberikan untuk mengurangi efek samping pemberian analgesik seperti reaksi hipersensitivitas pada lambung

- 8) Pemberian antibiotik profilaksis, mengurangi inflamasi pasca serangan stroke
- 9) Antikoagulan: untuk mengurangi kecenderungan perdarahan pada fase akut
- 10) Diuretik: Untuk mengurangi edema serebral
- 11) Pemasangan kateter, dilakukan untuk mengosongkan kandung kemih, kandung kemih yang tidak dikosongkan dapat menyebabkan tekanan pada ginjal. Kondisi ini dapat memicu berbagai gangguan kesehatan yang lebih berbahaya.
- 12) Pembedahan: Endarterektomi arteri karotis dilakukan untuk meningkatkan aliran darah di otak.

Pemberian posisi *head up* 30⁰ pada pasien stroke mempunyai manfaat yang sangat besar yaitu dapat memperbaiki kondisi hemodinamik dengan memfasilitasi peningkatan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral (Tyas, 2017 dalam (Ulfa, 2019)

Tekanan parsial CO₂ sangat berpengaruh terhadap aliran darah otak (ADO) dan tekanan intrakranial. Dalam teori tekanan gas campuran John Dalton dinyatakan bahwa jika salah satu tekanan gas dalam campuran gas bertambah maka tekanan parsial gas lain akan menurun. Terapi oksigen menggunakan *Non-Rebreathing Mask (NRM)* dapat menurunkan tekanan parsial CO₂ darah sehingga dapat digunakan untuk menurunkan tekanan intrakranial (Hendrizal *et al.*, 2014)

b. Penatalaksanaan Keperawatan

- 1) Posisi tubuh dan kepala pada 15-30 derajat. Gerakan bertahap dapat dimulai setelah pasien berada di sisinya dengan muntah dan hemodinamik stabil.

- 2) Jaga agar jalan napas tetap bersih dan ventilasi memadai.
- 3) Mempertahankan tanda vital stabil
- 4) Istirahat di tempat tidur
- 5) Mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit
- 6) Hindari demam, batuk, sembelit, dan minum berlebihan.

8. Komplikasi

Komplikasi stroke hemoragik menurut Sherina (2022) yaitu:

- a. Hipoksi serebral, pemberian oksigenasi darah adekuat di otak diminimalkan.
- b. Penurunan aliran darah serebral, tergantung pada tekanan darah, curah jantung, dan integritas vaskular.
- c. Emboli serebral, dapat terjadi setelah infark miokard atau fibrilasi atrium, atau dapat terjadi akibat katup jantung buatan
- d. Disritmia, dapat menyebabkan fluktuasi curah jantung dan henti trombotik lokal.

Sedangkan komplikasi pada masa pemulihan atau lanjut yaitu :

- a. Komplikasi yang sering terjadi pada masa lanjut atau pemulihan biasanya terjadi akibat immobilisasi seperti pneumonia, dekubitus, kontraktur, thrombosis vena dalam, atropi, inkontinensia urine dan bowl.
- b. Kejang, terjadi akibat kerusakan atau gangguan pada aktifitas listrik otak
- c. Nyeri kepala kronis seperti migraine, nyeri kepala tension, nyeri kepala clauster
- d. Malnutrisi, karena intake yang tidak adekuat.

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Setiap manusia memiliki karakteristik yang unik, tetapi tetap memiliki kebutuhan dasar yang sama. Kebutuhan dasar manusia, pada dasarnya meliputi dua kebutuhan dasar, yaitu kebutuhan materi dan non materi. Menurut

Abraham Maslow, kebutuhan dasar manusia dapat digolongkan menjadi lima tingkat kebutuhan (*five hierarchy of needs*), yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan keselamatan dan keamanan, kebutuhan cinta dan dicintai, kebutuhan harga diri dan kebutuhan aktualisasi diri (Budiono & Pertamina, 2015).

Menurut Abraham Maslow bahwa kebutuhan ini akan senantiasa muncul meskipun tidak secara berurutan. Artinya, ada sebagian orang karena sesuatu keyakinan tertentu memiliki hirarki kebutuhan yang berbeda dibandingkan dengan yang lain. Semakin tinggi hirarki yang terpuaskan, semakin mudah seseorang mencapai derajat kemandirian yang optimal. Berdasarkan lima tingkat kebutuhan dasar manusia menurut Maslow, dapat dilihat ke dalam bentuk piramida seperti gambar dibawah ini (Af'ida, 2017)



Gambar 2.3

Piramida Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow

Sumber : <https://store.sirclo.com/blog/teori-hierarki-kebutuhan-maslow/>

1. Kebutuhan fisiologis adalah kebutuhan utama yang merupakan kebutuhan dasar bagi kelangsungan hidup manusia untuk mempertahankan homeostasis tubuh. Kebutuhan fisiologis ini harus dipenuhi. Jika tidak terpenuhi, dapat mengganggu kebutuhan lainnya. Kebutuhan fisiologis ini meliputi oksigen, air, makanan, ekskresi, istirahat dan tidur, manajemen nyeri, dan termoregulasi.
2. Kebutuhan keselamatan dan rasa aman yang dimaksud adalah aman dari

berbagai aspek, baik fisiologis, maupun psikologis. Kebutuhan ini menurut Ambarawati (2014) meliputi:

- a. Kebutuhan perlindungan dari udara dingin, panas, kecelakaan, infeksi,
 - b. Bebas rasa takut dan kecemasan,
 - c. Bebas dari perasaan terancam karena pengalaman yang baru atau asing.
3. Kebutuhan akan kasih sayang merupakan data dasar yang menggambarkan emosi seseorang. Kebutuhan ini merupakan dorongan untuk membangun hubungan yang efektif atau emosional dengan orang lain. Dorongan ini akan terus menekan orang untuk melakukan yang terbaik untuk mendapatkan cinta dan memiliki rasacinta.
4. Kebutuhan harga diri adalah kebutuhan yang merujuk pada penghormatan. Untuk memenuhi kebutuhan ini, seseorang harus dapat menghargai apa yang telah dilakukan dan apa yang akan dilakukan serta meyakini bahwa dirinya benar dibutuhkan dan berguna.
5. Kebutuhan aktualisasi diri adalah tingkatan yang paling tinggi pada hierarki yang dikatakan oleh Maslow, dimana saat seluruh kebutuhan sudah mulai dipenuhi seseorang akan mulai memenuhi kebutuhan aktualisasi yang akan terus bertambah dan tidak akan habis. Kebutuhan ini meliputi (Ambarawati, 2014):
- a. Dapat mengenal diri sendiri dengan baik (menegal dan memahami potensi diri)
 - b. Belajar memahami kebutuhan diri sendiri,
 - c. Tidak emosional,
 - d. Mempunyai dedikasi yang tinggi,
 - e. Kreatif,
 - f. Mempunyai kepercayaan diri yang tinggi dan sebagainya.

Kebutuhan dasar yang terganggu pada kasus stroke hemoragik adalah kebutuhan fisiologis berupa kebutuhan oksigenasi. Dimana adanya sumbatan total atau parsial pada salah satu atau lebih pada pembuluh darah sehingga menghambat aliran darah ke otak yang pada akhirnya berkurangnya pasokan oksigen. Apabila tubuh mengalami kekurangan oksigen, dapat memicu

terjadinya hipoksia akut dan akumulasi zat toksis dalam tubuh yang akhirnya dapat menyebabkan pusat-pusat di batang otak akan dipengaruhi sehingga timbul gagal napas, aritmia jantung, koma, bahkan *Multiple Organ Dysfunction* (MOD) yang masih menjadi penyebab utama kematian.

Berkurangnya pasokan oksigen pada otak sangat berpengaruh terhadap sel-sel otak, sel-sel otak sangat rentan terhadap perubahan pasokan oksigen, jika terjadi gangguan pasokan oksigen ke otak untuk jangka waktu lama, dapat menyebabkan koma atau kematian (Sari *et al.*, 2017).

Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas pada Pasien dengan kasus stroke non hemoragik mengalami Gangguan kebutuhan dasar yaitu Oksigenasi pada tingkat yang paling pertama yaitu kebutuhan fisiologis menurut Ambarawati (2014):

- a. Gejala kekurangan oksigen dalam otak yang ringan meliputi
 - 1) Kehilangan ingatan sementara
 - 2) Berkurangnya kemampuan menggerakkan bagian tubuh
 - 3) Kesulitan fokus atau sulit memberikan perhatian pada kondisi sekitar
 - 4) Kesulitan membedakan mana yang baik dan buruk, termasuk berbicara
- b. Gejala kekurangan oksigen pada otak yang berat meliputi :
 - 1) Tampak bingung dalam pengucapan kata
 - 2) Bernafas dengan cepat atau napas pendek
 - 3) Kulit dan bibir berwarna kebiruan atau keabu-abuan
 - 4) Pupil mata melebar
 - 5) Tidak menanggapi ketika di panggil atau diminta melakukan sesuatu
- c. Penyebab otak kekurangan oksigen
 - 1) Menghirup asap pekat misalnya kebakaran
 - 2) Keracunan karbon monoksida
 - 3) Tersedak
 - 4) Penyakit yang menyebabkan kelumpuhan
 - 5) Penyakit paru
 - 6) Berada di ketinggian
 - 7) Tekanan pada batang tenggorokan

- 8) Trauma atau benturan
- 9) Cedera otak
- 10) Overdosis obat
- 11) Stroke
- 12) Aritmia jantung atau masalah irama jantung.

Berikut faktor-faktor yang dapat mempengaruhi fungsi pernapasan menurut (Ambarawati, 2014) sebagai berikut:

1. Penurunan kapasitas angkut O₂. Secara fisiologis, daya angkut hemoglobin adalah 97%. Akan tetapi, nilai tersebut dapat berubah sewaktu-waktu apabila terdapat gangguan pada tubuh. Misalnya, pada penderita anemia atau pada saat terpapar zat beracun. Kondisi tersebut dapat mengakibatkan penurunan kapasitas peningkatan O₂.
2. Penurunan konsentrasi O₂ inspirasi. Kondisi ini dapat terjadi karena penggunaan alat terapi pernapasan dan penurunan kadar O₂ di lingkungan.
3. Hipovolemia. Kondisi ini disebabkan oleh penurunan volume sirkulasi darah akibat kehilangan cairan ekstraseluler yang berlebih misalnya pada penderita syok atau dehidrasiberat.
4. Peningkatan laju metabolis. Kondisi ini dapat terjadi pada kasus infeksi dan demam yang terus menerus sehingga menyebabkan adanya peningkatan laju metabolik. Akibatnya, tubuh mulai memecah persediaan protein dan menyebabkan penurunan massa otot.
5. Kondisi lainnya. Kondisi yang dapat mempengaruhi pergerakan kehamilan, obesitas, abnormalitas muskuloskeletal (misalnya kifosis), trauma, penyakit otot, penyakit susunan saraf, gangguan saraf pusat dan penyakit kronis.
6. Nutrisi, kondisi berat badan berlebih (obesitas) dapat menghambat ekspansi paru sedangkan malnutrisi dapat mengakibatkan pelisutan otot pernapasan yang akan mengurangi kekuatan kerja pernapasan
7. Olahraga, latihan fisik meningkatkan aktivitas metabolik, denyut jantung dan kedalaman frekuensi pernapasan yang akan meningkatkan kebutuhan oksigen.

Adapun gangguan yang mungkin terjadi apabila kebutuhan oksigen tidak terpenuhi menurut Ambarawati (2014) adalah sebagai berikut:

1. Perubahan pola napas

Pola napas mengacu pada frekuensi, volume, irama dan usaha pernapasan. Pola napas yang normal (*eupnea*) ditandai dengan pernapasan tenang, berirama dan tanpa usaha. Perubahan pola napas yang umum terjadi adalah takipnea, bradipnea, hiperventilasi napas *kussmaul*, hipoventilasi, dispnea dan ortopnea.

2. Hipoksia

Hipoksia adalah kondisi ketika kadar oksigen dalam tubuh (sel) tidak adekuat akibat kurangnya penggunaan atau peningkatan O_2 pada tingkat sel. Kondisi ini ditandai dengan kelelahan, kecemasan, pusing, penurunan tingkat kesadaran, penurunan konsentrasi, kelemahan, peningkatan tanda-tanda vital, disritmia, pucat, sianosis, clubbing, dan dispnea. Penyebabnya antara lain penurunan Hb dan kapasitas angkut O_2 dalam darah, penurunan konsentrasi O_2 inspirasi, ketidak mampuan sel mengikatkan O_2 , penurunan difusi O_2 dari alveoli ke dalam darah dan penurunan perfusi jaringan.

3. Obstruksi

Obstruksi jalan napas, baik total ataupun sebagian, dapat terjadi di seluruh tempat di sepanjang jalan napas atas atau bawah. Obstruksi pada jalan napas atas (hidung, faring, laring) dapat disebabkan oleh benda asing seperti makanan, akumulasi sekret, atau oleh lidah yang menyumbat orofaring pada orang yang tidak sadar. Sedangkan obstruksi jalan napas bawah meliputi sumbatan total atau sebagian jalan napas bronkus dan paru.

C. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah pendekatan sistematis dan terorganisir melalui 6 langkah dalam mengenali masalah-masalah klien, namun merupakan suatu metode pemecahan masalah baik secara episodik maupun linier. Kemudian dapat dirumuskan diagnosa keperawatannya, dan cara pemecahan masalah. Proses keperawatan merupakan lima tahapan penyelesaian masalah yang dilaksanakan secara berurutan dan berkesinambungan: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Af'ida, 2017)

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi status kesehatan klien. Pengkajian terdiri dari (wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan diagnostik). Serta berfokus pada pemenuhan kebutuhan dasar (Af'ida, 2017)

Dalam buku ajar keperawatan gawat darurat, menurut Maria (2021) pengkajian keperawatan Gawat darurat meliputi:

1) Pengkajian primer

Penilaian awal untuk pasien yang masuk ke unit gawat darurat adalah primary survei, pendekatan ini bertujuan agar perawat secara tepat memberikan bantuan kepada pasien. Masalah yang bisa mengancam jiwa adalah jalan napas, pernapasan, sirkulasi dan kesadaran. Komponen primary survei meliputi:

a) Airway

Penilaian airway merupakan langkah pertama untuk pasien yang mengalami trauma. Tindakan ini dilakukan merupakan prioritas. Penilaian ini dilakukan bersamaan dengan tindakan untuk membebaskan jalan napas, penyebabnya adalah benda asing, pangkal lidah jatuh ke belakang dan menutupi aliran udara kedalam paru.

b) Breathing

Pemeriksaan pernapasan penting dilakukan untuk menilai kedekatan pemenuhan kebutuhan oksigen bagi tubuh. Gangguan pernapasan dapat terjadi karena gangguan pertukaran gas, perfusi atau karena kondisi serius pada pusat napas. Penilaian pernapasan yakni perhatikan pernapasan spontan, catat irama dan frekuensi, kedalaman pernapasan lakukan akulturasi bunyi napas, periksa gerakan dinding dada, apakah ada penggunaan otot tambahan. cek adanya trauma dada, luka terbuka. Periksa juga adanya apnea. Keadaan dada pasien yang menggebang apalagi tidak simetris mungkin disebabkan pneumotoraks atau pleura hemoage untuk membedakan dilakukan perkusi di daerah paru. Suara paru yang hipersonor disebabkan oleh pneumotorak dan pleura hemoage suara paru menjadi redup saat dilakukan perkusi

c) Circulation

Pengkajian primer tentang sirkulasi pasien adalah perdarahan, denyut nadi, dan perfusi.

- Perdarahan

cek perdarahan eksternal dan internal, tanda-tanda adanya kehilangan cairan darah dapat diketahui dari pemeriksaan sederhana seperti nadi, tekanan darah dan respirasi

- Denyut nadi

Raba denyut nadi untuk mengecek laju kualitas ritme dan frekuensi, raba nadi radialis, bronkialis femoralis, dan karotis, cek denyut nadi jantung

- Perfusi

tanda-tanda penurunan perfusi adalah keadaan pucat, akral dingin, nadi lemah atau tidak teraba, kapilari refill time, reproduksi urine, sianosis, perubahan tingkat kesadaran, takikardi dan disritmia

d) Disability

Penilaian tingkat kesadaran, cek pupil, ukuran, dan reaksi terhadap cahaya. Jika terdapat lateralisasi maka kemungkinan terdapat

cedera kepala yang ipsilateral. Jika respon pupil lambat maka kemungkinan terdapat cedera kepala.

2) Pengkajian Sekunder

Pengkajian sekunder (*Secondary Survey*) adalah penilaian yang dilakukan oleh tim medis kepada pasien kritis setelah dilakukan *primary survey* untuk mengetahui penyebab kondisi gawat darurat yang dialami oleh pasien. Pengkajian ini meliputi pengkajian *head to toe*, riwayat keperawatan terdahulu, riwayat masuk rumah sakit, riwayat penyakit keluarga, serta pemeriksaan penunjang. Komponen pengkajian sekunder :

a) Observasi umum

Kaji penampilan umum, postur dan posisi tubuh pasien, tanyakan keluhan umum yang dirasakan oleh pasien, kaji perilaku, apakah pasien tampak tegang ketakutan cemas, serta kaji tingkat kesadaran pasien.

b) Kepala dan wajah

Inspeksi dan palpasi tulang wajah, kaji ukuran pupil dan reaksi terhadap cahaya, kaji adanya darah atau drainage dari telinga, mata, hidung, atau mulut, observasi sianosis pada bibir, telinga, dan ujung kuku. Inspeksi lidah dan mukosa oral terhadap trauma.

c) Leher

Periksa adanya pembengkakan leher, periksa adanya deviasi trakea, observasi distensi vena jugularis

d) Dada

Periksa kedalaman, dan kualitas pernapasan. Catat adanya, cek adanya fraktur iga dengan melakukan penekanan pada tulang iga posisi lateral, anterior, dan posterior: Jika ada fraktur pasien akan merasa nyeri saat dilakukan penekanan. Askultasi bunyi paru

e) Abdomen

Catat adanya memar, abrasi, luka, dan distensi pada abdomen. Askultasi bising usus

f) Genitalia dan pelvis

Observasi, abrasi, perdarahan, hematoma, edema, atau discharge

g) Tulang belakang

Palpasi bagian vertebrata, rasakan adanya deformitas dan cacat lokasinya jika terdapat respon nyeri saat membalikan pasien gunakan teknik long-roll, catat adanya keluhan nyeri dari pasien ketika memalpasi sudut costomer melewati ginjal

h) Ekstremitas

Cek adanya perdarahan, edema, pallor, nyeri, atau asimetris tulang atau sendi. Cek kekuatan otot ROM dan sensasi pada semua nyeri. Palpasi nadi distal dan check kapilari refil pada ujung kuku. Kaji warna kulit pada ekstremitas cek refleks pada plantar bisep dan patela

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis yang menggambarkan tentang respons yang diberikan oleh individu, keluarga, atau kelompok terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan aktual ataupun potensial sebagai dasar pemilihan intervensi keperawatan secara tepat untuk menjaga status kesehatan klien. Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah, penyebab, dan tanda atau gejala yang muncul dalam pengkajian. Data hasil pengkajian ditelaah melalui proses analisis sebagai dasar untuk mengidentifikasi diagnosis keperawatan (Siregar, 2020).

Beberapa diagnosa keperawatan yang akan muncul berdasarkan (PPNI.SDKI, 2017) sebagai berikut:

1) Pola nafas tidak efektif b.d. defresi pusat pernafasan tambah

- Gejala dan tanda mayor

Subjektif:

- a) Dispnea

Objektif:

- a) Penggunaan otot bantu pernapasan.

- b) Fase ekspirasi memanjang.
 - c) Pola napas abnormal (mis. takipnea, bradipnea, hiperventilasi *kussmaul*, *cheyne-stokes*).
- 2) Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d. edema serebral
- Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif:
 - a) Sakit kepala
 - Objektif:
 - a) Tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar
 - b) Bradikardia
 - c) Pola napas ireguler
 - d) Tingkat kesadaran menurun
 - e) Respon pupil melambat atau tidak sama
 - f) Refleks neurologis terganggu
- 3) Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d. benda asing dalam jalan nafas
- Gejala dan tanda mayor
 - Subjektif: tidak tersedia.
 - Objektif:
 - a) batuk tidak efektif
 - b) tidak mampu batuk.
 - c) sputum berlebih.
 - d) Mengi, *wheezing* dan / atau ronkhi kering.
 - e) Mekonium di jalan nafas pada Neonatus.
- c. Perencanaan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Rencana asuhan keperawatan merupakan tahap antara penetapan kebutuhan klien dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan. Rencana tindakan keperawatan adalah suatu proses penyusunan strategi atau intervensi keperawatan berdasarkan kebutuhan dasar yang dibutuhkan untuk mencegah, mengurangi atau mengatasi masalah

kesehatan pasien yang telah diidentifikasi dan validasi pada tahap pengkajian dan pemberian diagnosa keperawatan. Perencanaan meliputi pengembangan strategi untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Siregar, 2020). Perencanaan pada kasus stroke hemoragik terdapat pada tabel dibawah ini

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan
Menurut Buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)

Diagnosa Keperawatan	Rencana Keperawatan	
	SLKI	SIKI
1	2	3
Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan Defresi pusat pernafasan	<p>Pola napas membaik (L.01004) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Penggunaan otot bantu napas menurun 2. Frekuensi napas membaik 3. Sesak menurun 4. Ortopnea menurun 5. Kedalaman nafas membaik 6. Pernapasan <i>purshed-lip</i> 7. Pernapasan cuping hidung 8. Ekskursi dada 9. Ventilasi semenit 10. Kapasitas vital 11. Diameter thoraks anterior- posterior 12. Tekanan ekspirasi 13. Tekanan inspirasi 	<p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (sepertibradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, ataksisk) 3. Monitor adanya sumbatan jalan nafas 4. Monitor saturasi oksigen 5. Auskultasi bunyi nafas 6. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru 7. Monitor nilai AGD 8. Monitor hasil x-ray thoraks <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 2. Dokumentasikan hasil pemantauan

1	2	3
		<p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
<p>Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d. edema serebral</p>	<p>Kapasitas adaptif intrakranial meningkat (L.0604) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Tekanan nadi membaik 5. Pola napas membaik 6. Respon pupil membaik 7. Refleks neurologis membaik 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (mean arterial pressure) 4. Monitor CVP (central venous pressure) 5. Monitor PAWP, jika perlu 6. Monitor PAP, jika perlu 7. Monitor ICP (intra cranial pressure) 8. Monitor gelombang ICP 9. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi elevasi kepala 30° <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

1	2	3
<p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d. Benda asing dalam jalan nafas</p>	<p>Bersihkan jalan napas meningkat (L.01002) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Suara napas tambahan menurun 3. Frekuensi napas membaik 4. Pola napas membaik 5. SPO₂ meningkat 	<p>Manajemen Jalan Napas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, <i>wheezing</i>, ronkhi kering, snoring) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi-fowler atau fowler 2. Berikan minum hangat 3. Keluarkan sumbatan benda 4. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi 2. Ajarkan tehnik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu

1	2	3
		<p>Pemantauan Respirasi (I.01014)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya nafas 2. Monitor pola nafas (sepertibradipnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, cheyne-stokes, ataksisk) 3. Monitor adanya sumbatan jalan nafas 4. Monitor saturasi oksigen <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 2. Informasikan hasil pemantauan, jika perlu

Sumber: (PPNI.SDKI, 2017),(PPNI.SLKI, 2018), dan (PPNI.SIKI, 2017).

4. Implementasi merupakan langkah keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan. Implementasi merupakan serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan tindakan yang telah di rencanakan di tahap intervensi sebelumnya, implementasi terdiri dari melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang diberikan merupakan suatu tindakan keperawatan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi keperawatan. Perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk melakukan intervensi yang disusun dalam tahap perencanaan dan kemudian mengakhiri tahap implementasi dengan mencatat tindakan keperawatan dan respons klien terhadap tindakan yang telah diberikan (Siregar, 2020).
5. Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses pelaksanaan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mengevaluasi atau melihat tingkat keberhasilan dari tindakan keperawatan yang diberikan. Penyusunan rencana keperawatan yang baru apabila tindakan yang dilakukan sebelumnya tidak atau belum berhasil. Yang dinilai dalam evaluasi tersebut berupa kognitif, afektif, dan psikomotor. Sedangkan tindakan yang dapat dievaluasi secara langsung setelah tindakan diberikan ialah pendidikan kesehatan. Apabila hasil dari evaluasi perawat perlu melakukan tindak lanjut dengan melakukan kunjungan rumah, maka perawat harus membuat perencanaan kunjungan (Siregar, 2020)