

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Pengertian stroke

Stroke merupakan sindrom klinis yang berkembang cepat akibat gangguan otak fokal maupun global yang disebabkan adanya gangguan aliran darah dalam otak yang dapat timbul secara mendadak (dalam beberapa detik) atau secara cepat (dalam beberapa jam) sehingga terjadi sumbatan atau pecahnya pembuluh darah otak (W. P. S.Eka et al., 2019)

Stroke perdarahan intraserebral (*Intracerebral Hemorrhage*, ICH) atau stroke hemoragik, yang diakibatkan pecahnya pembuluh intraserebral. Kondisi tersebut menimbulkan gejala neurologis yang berlaku secara mendadak dan seringkali diikuti gejala nyeri kepala yang berat pada saat melakukan aktivitas akibat efek desak ruang atau peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Efek ini menyebabkan angka kematian pada stroke hemoragik menjadi lebih tinggi dibandingkan stroke iskemik. (Wiratman, 2017)

2. Etiologi

Stroke hemoragik terjadi apabila pembuluh darah di sekitar otak pecah. Kondisi ini menyebabkan darah mengalir ke dalam rongga di dalam tengkorak, bukan ke jaringan otak. Akibatnya, tekanan di dalam kepala meningkat dan jaringan otak mengalami kerusakan.

Penyebab Stroke hemoragik diantaranya hipertensi atau tekanan darah tinggi yang mengakibatkan lemahnya arteri kecil kemudian pecah. Stroke hemoragik juga dapat diakibatkan oleh penyakit mayoma, tumor intrakranial, leukimia, gangguan pembekuan darah, dan juga dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, ras/suku, dan faktor genetik. (Wiratman, 2017)

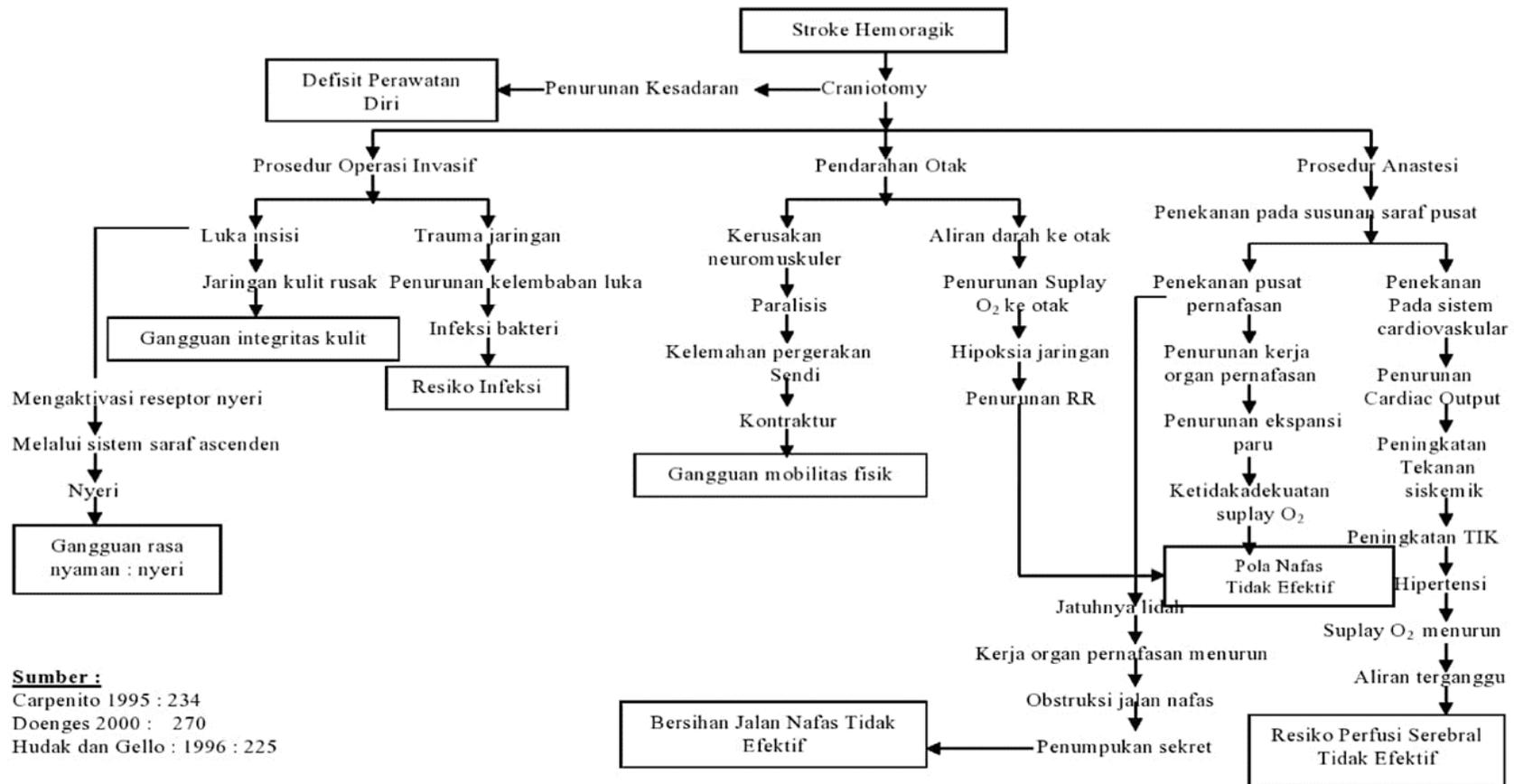
Nainggolan (2022) menambahkan faktor resiko yang mempengaruhi kejadian stroke meliputi : jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, riwayat hipertensi, kadar kolesterol darah obesitas, penyakit jantung koroner, kebiasaan merokok, mengkonsumsi makanan yang mengandung garam tinggi, dan kurang aktivitas fisik.

3. Patofisiologi

Stroke dijelaskan sebagai ledakan neurologis yang mendadak karena gangguan perfusi melalui pembuluh darah ke otak. Peredaran darah menuju otak diatur oleh dua arteri karotis interna anterior dan dua arteri vertebralis posterior (*the circle of Wills*). Stroke iskemik terjadi karena suplai darah dan oksigen yang dialirkan ke otak berkurang, sedangkan stroke hemoragik disebabkan karena perdarahan atau kebocoran pembuluh darah di otak (Kuriakose, 2020).

Pada kondisi stroke hemoragik, stress pada jaringan otak dan cedera internal menyebabkan rupturnya pembuluh darah. Pecahnya pembuluh darah tersebut akan menghasilkan efek toksik dalam sistem vaskular, yang mengakibatkan infark. Stroke hemoragik terbagi menjadi perdarahan intraserebral dan subarachnoid. Pada ICH,

pembuluh darah pecah dan menyebabkan akumulasi darah yang abnormal di dalam otak. Penyebab utama kejadian ICH adalah hipertensi, gangguan pembuluh darah, penggunaan berlebihan antikoagulan dan agen trombolitik. Pada perdarahan subarachnoid, darah berakumulasi diruang subarachnoid otak karena trauma kepala atau aneurisma serebral (Kuriakose, 2020)



Gambar 2.1
 Pathway Stroke Hemoragik

4. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang muncul akibat stroke hemoragik tidak semua sama, tergantung pada seberapa besar jaringan yang terganggu, lokasi, dan tingkat keparahan perdarahan. Gejala klinis atau keluhan yang biasanya muncul terdiri dari defisit neurologis fokal dengan onset mendadak dan sering kali diikuti gejala nyeri kepala yang berat pada saat melakukan aktivitas akibat efek desakan ruang atau peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Efek ini menyebabkan angka kematian pada stroke hemoragik menjadi lebih tinggi dibandingkan stroke iskemik (Setiawan, 2021).

Tanda dan gejala stroke hemoragik lainnya adalah penurunan tingkat kesadaran, muntah, sakit kepala, kejang dan tekanan darah yang sangat tinggi mungkin menunjukkan adanya stroke hemoragik, dan gejala yang mungkin muncul lainnya seperti kaku kuduk yang terjadi akibat perdarahan di talamus, kaudatus, dan serebelum (Setiawan, 2021). Mutiarasari (2019) menambahkan serangan untuk tipe stroke apa pun akan menimbulkan defisit neurologis yang bersifat akut seperti hemidefisit motorik, hemidefisit sensorik, penurunan kesadaran, kelumpuhan nervus VII (*fasialis*) dan nervus XII (*hipoglossus*) yang bersifat sentral, afasia dan demensia, hemianopsia, dan defisit batang otak.

Menurut Paradisma (2019) pada pasien dengan stroke hemoragik dapat terjadi massa darah pada parenkim otak. Kondisi tersebut dapat menyebabkan kompresi, spasme bahkan menyempitnya arteri disekitar

tempat perdarahan. Dampak lanjut dapat terjadi penurunan aliran darah dan gangguan perfusi jaringan otak. Keadaan tersebut menjadi cascade hipoksia jaringan edema cerebral sehingga terjadinya peningkatan tekanan intrakranial. Tahap akhir kompensasi akan terjadi herniasi transtentorium, gagal multi organ, penurunan kesadaran, dan kematian.

5. Manifestasi Klinis

Stroke merupakan penyakit yang mempunyai risiko tinggi terjadinya komplikasi medis, adanya kerusakan jaringan saraf pusat yang terjadi secara dini pada stroke, sering diperlihatkan adanya gangguan kognitif, fungsional, dan defisit sensorik. Pada umumnya pasien pasca stroke memiliki komorbiditas yang dapat meningkatkan risiko komplikasi medis sistemik selama pemulihan stroke. Komplikasi medis sering terjadi dalam beberapa minggu pertama serangan stroke. Pencegahan, pengenalan diri, dan pengobatan terhadap komplikasi pasca stroke merupakan aspek penting. Beberapa komplikasi stroke dapat terjadi akibat langsung stroke itu sendiri, imobilisasi atau perawatan stroke. Hal ini memiliki pengaruh besar pada luaran pasien stroke sehingga dapat menghambat proses pemulihan neurologis dan meningkatkan lama hari rawat inap di rumah sakit. Komplikasi jantung, pneumonia, tromboemboli vena, demam, nyeri pasca stroke, disfagia, inkontinensia, dan depresi adalah komplikasi yang sangat umum pada pasien stroke (Mutiarasari, 2019).

6. Penatalaksanaan

Menurut Setiawan (2021) stroke memiliki tingkatan terapi tiga sampai enam jam. Beberapa hal yang harus dilakukan pada kegawatdaruratan stroke adalah sebagai berikut :

- a. Lakukan tindakan intubasi bila pasien tidak sadar (*Glasgow Coma Scale* <8). Pastikan jalan napas pasien aman jika intubasi tidak dapat dilakukan.
- b. Jika pasien mengalami hipoksia (saturasi oksigen dibawah 94%), berikan oksigen. Mulai dari pemberian 2 liter per menit menggunakan nasal kanul dan tingkatkan hingga 4 liter per menit sesuai kondisi pasien.

Kunci penanganan stroke hemoragik antara lain menghentikan perdarahan, penanganan tekanan intrakranial yang tinggi, serta identifikasi dan penanganan komplikasi seperti kejang (Setiawan, 2021).

- a. Penghentian perdarahan dengan mengidentifikasi apakah pasien memiliki diasthesis perdarahan. Jika pasien menggunakan antikoagulan, lakukan anticoagulan reversal.
- b. Kontrol tekanan darah dengan cara menurunkan tekanan darah 15-20% bila tekanan darah >180/>120 mmHg, MAP >130 mmHg, dan bertambahnya volume darah di intrakranial. Kontrol tekanan darah ini pada kondisi akut (24 jam pertama) sebaiknya dilakukan secara bertahap. Penurunan tekanan sistolik <140 mmHg ditemukan tidak memiliki manfaat dan bahkan menunjukkan tanda-tanda kerugian.

- c. Penanganan dengan memberikan obat untuk mengurangi pembengkakan otak (seperti *mannitol*) dan obat untuk menghilangkan sakit kepala.
- d. Penanganan tekanan intrakranial yang tinggi dapat menggunakan mannitol bolus IV 0,25-1 gram/kg berat badan per 30 menit, dan dilanjutkan dengan 0.25 gram/kg berat badan per 30 menit selama 3-5 hari.
- e. Penanganan juga dapat dilakukan dengan pembedahan. Tindakan bedah dilakukan dengan mempertimbangkan usia pasien dan letak perdarahan. Sebuah meta analisis mengenai penatalaksanaan bedah pada perdarahan intraserebral supratentorial spontan menunjukkan hasil yang baik apabila operasi dilakukan 8 jam saat iktus, hematoma 20 sampai dengan 50 ml, *Glasgow Coma Scale* 9 sampai 12, dan usia pasien 50 sampai 69 tahun, pasien dengan hematoma tanpa perdarahan *intraventikular* dapat dilakukan tindakan pembedahan.
- f. *Head Position in Stroke Trial (HeadpoST)* merupakan studi untuk melihat apakah terdapat perbedaan antara posisi kepala $\geq 30^\circ$ dengan posisi kepala terbaring pada pasien dengan stroke. Penelitian ini dilakukan pada 11000 pasien di 114 rumah sakit di 9 negara. pada penelitian didapatkan hasil bahwa tidak ada perbedaan keluaran pada kedua posisi kepala, akan tetapi pasien lebih nyaman apabila pada posisi $\geq 30^\circ$

g. Penanganan kejang dapat menggunakan diazepam 5-20 mg IV (*Intravena*). Tata laksana untuk keluhan umum lainnya sama dengan stroke iskemik.

h. Rehabilitasi

Pada pasien dengan stroke, dibutuhkan unit khusus yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu untuk tujuan pasien yang lebih baik. Terapi rehabilitasi ini dapat terdiri dari terapi bicara, fisioterapi, konseling psikologi, dan terapi okupasi. Anggota tim tersebut harus meliputi, dokter, perawat, pekerja sosial, psikolog, terapis okupasi, fisioterapis, dan terapis bicara dan bahasa. Selain itu, pasien dapat diberikan edukasi mengenai pencegahan sekunder, yaitu untuk mencegah stroke berulang. Hal ini meliputi memperbaiki faktor risiko seperti dislipidemia, tekanan darah tinggi, metabolisme glukosa terganggu, merokok, sindroma metabolik, konsumsi alkohol, dan nutrisi (Setiawan, 2021).

Kraniotomi adalah operasi membuka kepala untuk mengekspos otak. Kata *craniotomy* berarti membuat lubang (-otomi) di tengkorak (cranium). Istilah kraniotomi secara luas merupakan pengangkatan pada bagian tengkorak secara bedah untuk mengakses kompartemen intrakranial. Tindakan kraniotomi dilakukan dengan membuka tengkorak melalui operasi yang bertujuan untuk meningkatkan akses pada struktur intrakranial. Pembedahan tulang dibuat kedalam tulang tengkorak dan akan dilakukan pemasangan kembali setelah tindakan pembedahan, dan ditempatkan dengan jahitan periosteal atau kawat (Pratama et al., 2020)

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Menurut Abraham Maslow, manusia termotivasi untuk memenuhi kebutuhan-kebutuhan hidupnya. Kebutuhan-kebutuhan tersebut memiliki tingkatan atau hirarki, mulai dari yang paling rendah (bersifat dasar/fisiologis) sampai yang paling tinggi (aktualisasi diri). *Hierarchy of needs* (kebutuhan hirarki) dari Maslow menyatakan bahwa manusia memiliki 5 (lima) macam kebutuhan yaitu *physiological needs* (kebutuhan fisiologis), *safety and security needs* (kebutuhan akan rasa aman), *love and belonging needs* (kebutuhan akan rasa kasih sayang dan rasa memiliki), *esteem needs* (kebutuhan akan harga diri), dan *self-actualization* (kebutuhan akan aktualisasi diri) (Haswita, 2017).

Pada pasien stroke hemoragik dengan penurunan kesadaran dapat mengakibatkan tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia berupa kebutuhan fisiologis seperti kebutuhan oksigen. Oksigen merupakan kebutuhan dasar paling vital dalam kehidupan manusia. Dalam tubuh, oksigen berperan penting terutama dalam proses metabolisme sel tubuh. Kekurangan oksigen bisa menyebabkan hal yang sangat berarti bagi tubuh, salah satunya adalah kematian. Karenanya, berbagai upaya perlu dilakukan untuk menjamin pemenuhan kebutuhan oksigen tersebut, agar terpenuhi dengan baik (Haswita, 2017).

Oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar yang digunakan untuk keberlangsungan metabolisme sel tubuh, mempertahankan hidup dan aktivitas sebagai organ dan sel tubuh (Andarmoyo, 2016). Tanpa oksigen dalam waktu yang lama sel tubuh akan

mengalami kerusakan yang dapat menimbulkan kematian, dan otak merupakan organ yang sangat sensitif terhadap kekurangan oksigen. Kebutuhan tubuh terhadap oksigen tidak tetap, dalam waktu tertentu membutuhkan oksigen dalam jumlah banyak karena suatu sebab. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan oksigen dalam tubuh manusia antara lain lingkungan, usia, latihan, emosi, gaya hidup, dan status kesehatan (Susanto dan Fitriana, 2017).

Respirasi atau pernapasan adalah peristiwa menghirup udara yang mengandung O_2 dari atmosfer ke dalam tubuh dan membuang CO_2 sebagai sisa dari oksidasi ke luar tubuh atau atmosfer yang terjadi ketika proses inspirasi dan ekspirasi. Kegiatan ini dikendalikan oleh susunan saluran pernapasan dimulai dari hidung, faring, laring, trakea, bronkus, bronkeulus, dan berakhir di alveolus (Andarmoyo, 2016).

Pada orang dewasa, laju pernapasan normal adalah 12-20 x/menit sedangkan napas abnormal pada orang dewasa kurang dari 10x/menit dan lebih dari 26x/menit (Sarotama, 2019). Andarmoyo (2016) dalam sistem pernapasan pemasukan O_2 dan pembuangan CO_2 keluar tubuh melibatkan sistem pernapasan dan sistem kardiovaskuler, jantung memompa darah yang banyak mengandung O_2 melalui pembuluh arteri keseluruhan tubuh untuk keperluan sel dan memompa darah dari seluruh tubuh yang banyak mengandung CO_2 ke paru-paru untuk dikeluarkan ke atmosfer.

Otak selalu membutuhkan oksigen untuk menjalankan fungsinya, oleh karena itu kurangnya oksigen dapat menimbulkan dampak negatif pada fungsi 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 (R. Eka et al., 2021).

C. Konsep proses keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Secara umum, pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data mengenai biodata pasien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat pekerjaan dan kebiasaan, riwayat psikososial, dan pemeriksaan fisik.

a. Biodata pasien (umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan)

Umur pasien bisa menunjukkan tahap perkembangan pasien baik secara fisik maupun psikologis, jenis kelamin, dan pekerjaan perlu dikaji untuk mengetahui hubungan dan pengaruhnya terhadap terjadinya masalah atau penyakit, dan tingkat pendidikan dapat berpengaruh terhadap pengetahuan pasien tentang masalah atau penyakitnya (Andarmoyo, 2016)

b. Keluhan Utama

Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan mengganggu oleh pasien. Keluhan utama akan menunjukkan prioritas intervensi dan mengkaji pengetahuan pasien tentang kondisinya saat ini. Keluhan utama yang biasa muncul pada pasien gangguan kebutuhan oksigen dan karbondioksida adalah batuk, peningkatan produksi sputum, Dyspnea, Hemoptysis (batuk darah), mengi, dan lain-lain (Andarmoyo, 2016)

c. Riwayat Kesehatan

Riwayat kesehatan umumnya digunakan untuk pasien rawat jalan. Sementara itu, pasien gawat darurat tidak bisa cepat memperoleh riwayat kesehatan karena hal tersebut hanya dapat diperoleh dengan pendataan Mnemonic SAMPLE. Mnemonic SAMPLE berarti Signs and Symptoms (S), Allergies (A), Medications (M), Pertinent Medical History (P), Last Meal (L), dan Events Surrounding This Incident (E) (Jainurakhma et al., 2021)

Perawat melakukan pencatatan riwayat kesehatan pasien sehingga memungkinkan perawat untuk membuat patokan dasar pengkajian tentang status pasien. Pengkajian riwayat secara menyeluruh merupakan komponen paling penting selama proses pengkajian fisik secara keseluruhan. Riwayat kesehatan yang tidak mampu di dapatkan dari pasien, maka perawat dapat menggali informasi dan keterangan terkait riwayat kesehatannya kepada keluarga pasien (Jainurakhma et al., 2021)

Menurut penjelasan Andarmoyo (2016)

1) Riwayat Kesehatan Saat Ini

Pengkajian riwayat kesehatan sekarang sistem pernafasan dimulai dengan perawat menanyakan tentang perjalanan penyakit sejak timbul keluhan hingga pasien meminta pertolongan dan dilakukannya pengajian saat itu

2) Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Riwayat kesehatan masa lalu memberikan informasi tentang riwayat kesehatan pasien dan anggota keluarganya. Kaji pasien terhadap kondisi kronis manifestasi pernafasan, karena kondisi ini memberikan petunjuk tentang penyebab masalah baru

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pengkajian riwayat penyakit keluarga dalam gangguan pernafasan sangat penting untuk mendukung keluhan dari penderita, perlu dicari riwayat keluarga yang memberikan predisposisi keluhan seperti adanya riwayat sesak nafas, batuk lama, dari generasi terdahulu. Adanya penyakit tekanan darah tinggi dan diabetes dapat memperberat keluhan penderita

4) Riwayat Pekerjaan dan Kebiasaan

Perawat menanyakan situasi tempat kerja dan lingkungannya, kebiasaan sosial misalnya menanyakan kebiasaan pola hidup (minum alkohol, atau obat tertentu), kebiasaan merokok, dan situasi kerja

5) Riwayat Psikososial

a) Psikologis

Dalam hal ini perawat perlu mengetahui tentang persepsi atau tanggapan pasien terhadap masalah atau penyakit, pengaruh sakit terhadap cara hidup, perasaan pasien terhadap sakit dan terapi, persepsi atau tanggapan keluarga terhadap masalah yang

dihadapi pasien atau penyakit dan terapi, dan harapan pasien dan keluarga terhadap masalah yang dihadapi sekarang

b) Riwayat Sosial

Perlu dikaji kebiasaan-kebiasaan pasien dan keluarganya misalnya : merokok, pekerjaan, rekreasi, keadaan lingkungan, faktor-faktor alergen, dan lain-lain

d. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik sistem pernafasan merupakan pengumpulan data yang reliable dan berpedoman pada informasi secara menyeluruh. Teknik dasar pemeriksaan fisik meliputi empat hal, yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi (Jainurakhma et al., 2021)

1) Inspeksi

Inspeksi adalah istilah pemeriksaan yang digunakan secara menyeluruh. Pemeriksaan ini meliputi pengkajian kondisi pasien. Dan penampilan pasien, misalnya apakah pasien bisa berbicara atau tidak, mengalami pendarahan atau yang lainnya (Jainurakhma et al., 2021)

2) Auskultasi

Auskultasi teknik pemeriksaan paru-paru, suara peristaltik dan jantung. Pemeriksaan ini dilakukan sebelum melakukan proses palpasi. Pemeriksaan auskultasi ini dilakukan untuk mendengarkan intensitas volume bunyi nafas, apakah nafas pasien normal atau sebaliknya (Jainurakhma et al., 2021)

3) Palpasi

Palpasi merupakan pemeriksaan karakteristik permukaan kulit. Pemeriksaan palpasi pada dasarnya memeriksa sensitifitas pasien, baik sekedar untuk mengetahui suhu tubuh atau turgor. Pemeriksaan palpasi untuk mengetahui apakah ada kekakuan, nyeri, dan ukuran organ (Jainurakhma et al., 2021)

4) Perkusi

Perkusi adalah pemeriksaan yang sifatnya evaluasi. Perawat melakukan evaluasi kepadatan tulang atau mengevaluasi organ untuk membedakan struktur padat cair atau berongga. Cara pemeriksaan perkusi dapat dilakukan dengan mengetuk permukaan tangan dengan jari telunjuk tangan satunya (Jainurakhma et al., 2021)

e. Pemeriksaan penunjang (Diagnostik)

Pemeriksaan penunjang ini dilakukan untuk mengkaji status pernafasan, fungsi, dan oksigenasi. Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan gangguan kebutuhan oksigenasi adalah sebagai berikut (Jainurakhma et al., 2021)

- 1) Radiografi dada merupakan salah satu alat diagnosis untuk mengkaji dan mengetahui anatomi serta fisiologi dada.
- 2) Pemindaian ventilasi-perfusi digunakan untuk mendeteksi paru yang masih normal dan untuk mendiagnosis dan menentukan lokasi emboli paru dan suplai vaskular paru.

- 3) Angiografi Pulmonal sebagai indikator potensial terjadinya emboli paru.
- 4) Bronkoskopi digunakan untuk mendiagnosis jaringan dan mengumpulkan sekresi.
- 5) Kultur sputum dilakukan untuk mengetahui sensitivitas dan kultur.
- 6) Pemeriksaan fungsi paru dilakukan untuk mengukur atau mengetahui volume paru (Jainurakhma et al., 2021)

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status masalah kesehatan aktual dan potensial. Tujuannya adalah mengidentifikasi masalah aktual berdasarkan respon pasien terhadap masalah (PPNI, 2016).

Diagnosa keperawatan pada pasien dengan post kraniotomi, bila merujuk pada SDKI yang mungkin muncul adalah sebagai berikut :

a. Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)

- 1) Definisi : ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan napas tetap paten.
- 2) Penyebab : spasme jalan napas, hipersekresi jalan napas, disfungsi neuromuskuler, benda asing dalam jalan napas, adanya jalan napas buatan, sekresi yang tertahan, proses infeksi, respon alergi, efek agen farmakologis.

- 3) Gejala dan tanda mayor : batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, *mengi, wheezing, ronchi kering*, mekonium di jalan napas
 - 4) Gejala dan tanda minor : dispnea, sulit berbicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi napas menurun, frekuensi napas menurun, frekuensi napas berubah, pola napas berubah.
 - 5) Kondisi klinis terkait : stroke, infeksi saluran napas, sedera kepala, depresi sistem saraf pusat.
- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)
- 1) Definisi : gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.
 - 2) Penyebab : lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik.
 - 3) Gejala dan tanda mayor : sakit kepala, tekanan darah meningkat, bradikardia, pola napas ireguler, tingkat kesadaran menurun.
 - 4) Gejala dan tanda minor : gelisah, agitasi, muntah, tampak lesu, fungsi kognitif terganggu, papiledema
- c. Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)
- 1) Definisi : kerusakan kulit (dermis dan epidermis) atau jaringan (membran mukosa, kornea, fascia, otot, tendon, ligamen)
 - 2) Penyebab : perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan mobilitas, suhu lingkungan yang ekstrem, kelembaban, neuropati perifer, perubahan pigmentasi.

- 3) Gejala dan tanda mayor : kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
- 4) Gejala dan tanda minor : nyeri, perdarahan, kemerahan, hematoma
- 5) Kondisi klinis terkait : imobilisasi, gagal ginjal, diabetes militus.

d. Risiko jatuh (D.0143)

- 1) Definisi : berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.
- 2) Faktor risiko : usia ≥ 65 tahun, riwayat jatuh, penggunaan alat bantu berjalan, penurunan tingkat kesadaran, kondisi pasca operasi
- 3) Kondisi klinis terkait : osteoporosis, kejang, hipotensi

e. Risiko infeksi (D.0142)

- 1) Definisi : berisiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik.
- 2) Faktor risiko : penyakit kronis, efek prosedur invasif, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan
- 3) Kondisi klinis terkait : tindakan invasif, gagal ginjal

f. Pola napas tidak efektif (D.0005)

- 1) Definisi : inspirasi dan/atau ekspirasi yang tidak memberikan ventilasi adekuat
- 2) Penyebab : depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, efek agen farmakologis
- 3) Gejala dan tanda mayor : dispnea, penggunaan otot bantu pernapasan, fase ekspirasi memanjang, pola napas abnormal

- 4) Gejala dan tanda minor : ortopnea, pernapasan cuping hidung, kapasitas vital menurun, tekanan ekspirasi menurun, tekanan inspirasi menurun
 - 5) Kondisi klinis terkait : depresi sistem saraf pusat, stroke
- g. Hipertermia (D.0130)
- 1) Definisi : suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh
 - 2) Penyebab : proses penyakit, respon trauma
 - 3) Gejala dan tanda mayor : suhu tubuh diatas nilai normal
 - 4) Gejala dan tanda minor : kulit merah, kejang, takikardi, takipnea, kulit terasa hangat
 - 5) Kondisi klinis terkait : proses infeksi, stroke
- h. Defisit perawatan diri : tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ketolilet secara mandiri. (D.0109)
- 1) Definisi : tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktifitas perawatan diri
 - 2) Penyebab : gangguan muskuloskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan
 - 3) Gejala dan tanda mayor : tidak mampu mandi/menggunakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
 - 4) Kondisi klinis terkait : stroke, cedera medula spinalis
3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan adalah perencanaan yang disusun untuk menyelesaikan masalah yang di alami klien, (Suarni & Apriyani, 2017). Rencana keperawatan pada pasien stroke hemoragik terdapat pada tabel berikut :

Tabel 2.1

Rencana Keperawatan Pasien dengan Post Kraniotomi e.c Stroke Hemoragik

| No. | Diagnosa Keperawatan | Standar Luaran Keperawatan Indonesia | Standar Intervensi Keperawatan Indonesia |
|-----|--|--|---|
| 1. | D.0001 Bersihkan jalan napas tidak efektif | L.01001 Bersihkan jalan napas 1. Produksi sputum menurun 2. Mengi menurun 3. <i>Wheezing</i> menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Pola napas membaik | I.01011 Manajemen jalan napas 1. Monitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna) 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Posisikan semi fowler 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik |
| 2. | D.0066 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial | L.06049 Kapasitas adaptif intrakranial 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Muntah menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Pola napas membaik 7. Tekanan intrakranial membaik | I.06194 Manajemen peningkatan tekanan intrakranial 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) 4. Berikan posisi semi fowler 5. Pertahankan suhu tubuh normal |
| 3. | D.0192 Gangguan integritas kulit/jarinagn | L.14125 Integritas kulit dan jaringan 1. kerusakan jaringan menurun 2. kerusakan lapisan kulit menurun 3. nyeri menurun 4. perdarahan menurun 5. kemerahan menurun 6. suhu kulit membaik | I.11353 Perawatan integritas kulit 1. identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Penurunan mobilitas, perubahan sirkulasi, penurunan kelembaban) 2. ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring 3. bersihkan parineal dengan air hangat |

| | | | |
|----|------------------------------------|--|---|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> 4. gunakan produk yang berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering 5. hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering 6. anjurkan meningkatkan asupan nutrisi |
| 4. | D.0143 Risiko jatuh | L.14138 tingkat jatuh <ul style="list-style-type: none"> 1. jatuh dari tempat tidur menurun 2. jatuh saat berdiri menurun 3. jatuh saat duduk menurun 4. jatuh saat berjalan menurun 5. jatuh saat dipindahkan menurun | I.14540 Pencegahan jatuh <ul style="list-style-type: none"> 1. identifikasi faktor risiko jatuh (mis. Usia ≥ 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran) 2. identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift 3. hitung risiko jatuh dengan skala 4. pasang handrail tempat tidur 5. atur tempat tidur mekanisme pada posisi terendah 6. tempatkan pasien berisiko jatuh tinggi dengan pantauan perawat dari nurse station |
| 5. | D.0142 Risiko infeksi | L.14137 Tingkat infeksi <ul style="list-style-type: none"> 1. demam menurun 2. kemerahan menurun 3. nyeri menurun 4. bengkak menurun 5. leukosit membaik | I.14539 Pencegahan infeksi <ul style="list-style-type: none"> 1. monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik 2. batasi jumlah pengunjung 3. cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 4. jelaskan tanda dan gejala infeksi |
| 6. | D.0005 Pola napas tidak efektif | L.01004 Pola napas <ul style="list-style-type: none"> 1. dispnea menurun 2. penggunaan otot bantu napas menurun 3. frekuensi napas membaik 4. kedalaman napas membaik | I. .01011 Manajemen jalan napas <ul style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum (jumlah, warna) |

| | | | |
|----|----------------------------------|--|---|
| | | | <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Posisikan semi fowler 6. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik |
| 7. | D.0130 Hipertermia | L.14134 Termoregulasi <ol style="list-style-type: none"> 1. Takikardi menurun 2. Takipnea menurun 3. Bradikardi menurun 4. Hipoksia menurun 5. Suhu tubuh membaik 6. Suhu kulit membaik 7. Kadar glukosa darah membaik | I.15506 Manajemen hipertermia <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor komplikasi akibat hipertermia 4. Sediakan lingkungan yang dingin 5. Longgarkan atau lepaskan pakaian 6. Berikan cairan oral 7. Hindari pemberian antipiretik atau aspirin 8. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena |
| 8. | D.0109 Defisit perawatan diri | L.11103 Perawatan diri <ol style="list-style-type: none"> 1. kemampuan mandi meningkat 2. kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. kemampuan makan meningkat 4. kemampuan ke toilet (BAB/BAK) | I.11348 Dukungan perawatan diri <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian,berhias, dan makan 2. Sediakan lingkungan yang terapeutik 3. Bantu dalam melakukan perawatan diri 4. Monitor integritas kulit klien 5. Jaga privasi klien 6. Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman 7. Monitor kebersihan tubuh |

6. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi keperawatan yang diberikan kepada terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien dan keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul dikemudian hari (Noor, 2019)

7. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi mengacu kepada penilaian, tahapan dan perbaikan (Noor, 2019)