

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Penyakit

1. Definisi Stroke

Stroke adalah disfungsi *neorologi* akut yang disebabkan oleh gangguan aliran darah yang timbul secara mendadak sehingga pasokan darah ke otak terganggu mengakibatkan kelainan fungsional dari sistem pusat. (Haryanto, dkk, 2015 dalam Indriyani et al., 2019)

Stroke terjadi akibat pembuluh darah yang membawa darah dan oksigen ke otak mengalami penyumbatan dan *ruptur*, kekurangan oksigen menyebabkan fungsi kontrol gerakan tubuh yang dikendalikan otak tidak berfungsi. (Mihen et al., 2022)

2. Etiologi

Penyebab stroke adalah:

- a. Stroke iskemik yang terdiri dari *trombosis* (bekuan cairan di dalam pembuluh darah otak), *embolisme serebral* (bekuan darah), *iskemia* (penurunan aliran darah ke area otak).
- b. Hemoragik serebral (pecahnya pembuluh darah serebral dengan perdarahan ke dalam jaringan otak atau ruang di sekitar otak).

Menurut (AHA) Stroke di bagi menjadi 2 berdasarkan penyebabnya, yaitu:

a. Stroke Hemoragik

Stroke hemoragik adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di sekitar atau di dalam otak, sehingga suplai darah ke jaringan otak akan tersumbat. Darah yang pecah bisa membanjiri jaringan otak yang ada disekitarnya, sehingga fungsi otak akan terganggu. (Kanggeraldo, Sari, & Zul, 2018 dalam Ningrum, 2022)

b. Stroke Iskemik

Stroke non hemoragik terjadi karena aliran darah ke otak terhambat akibat *aterosklerosis* atau pembekuan darah. Sedangkan stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak sehingga

menyebabkan terhambat aliran darah ke otak, darah merembas ke area otak dan merusaknya. (Batticaca B Fransisca, 2011 dalam Stroke 2023)

3. Patofisiologi

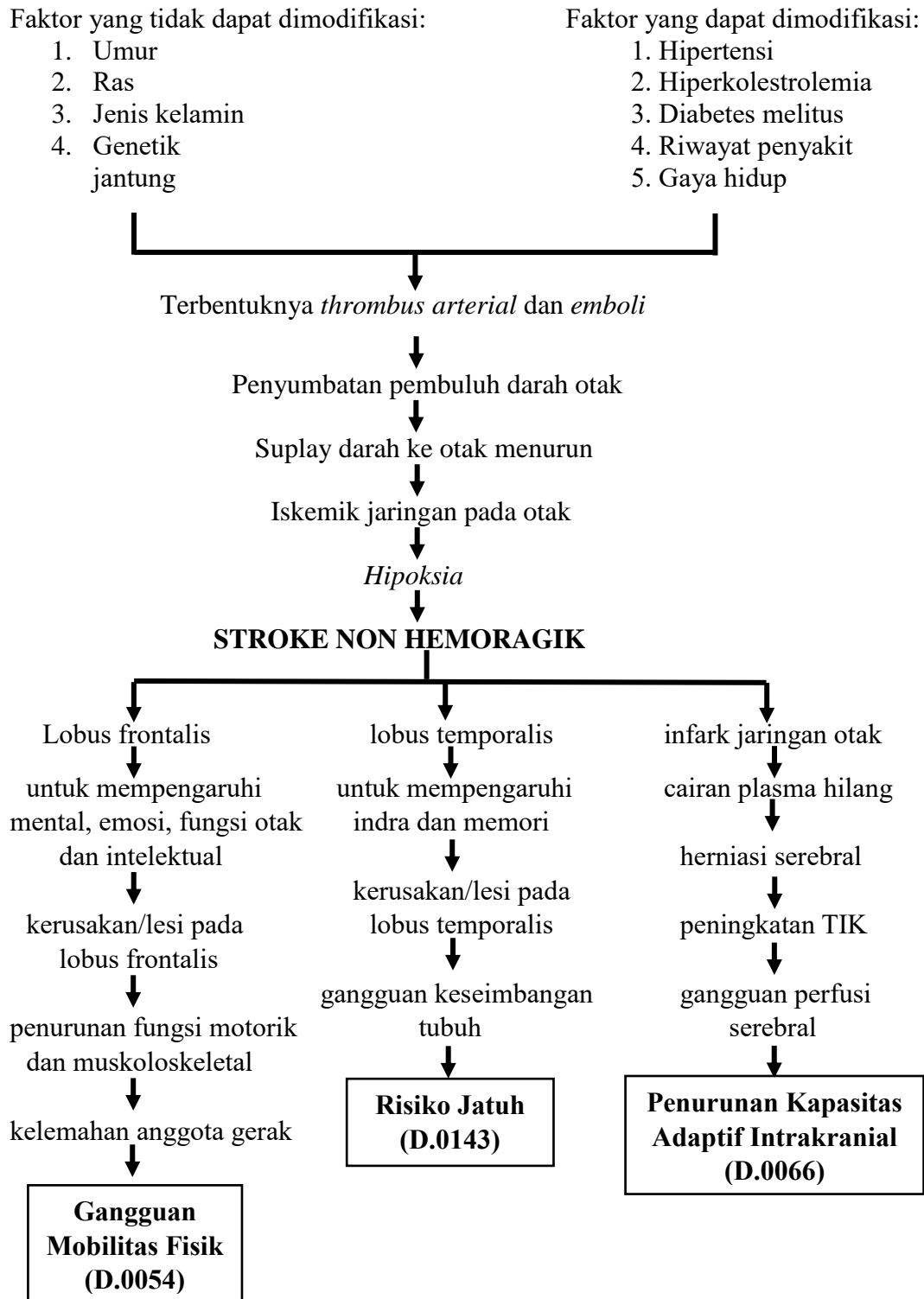
Ningrum, (2022) menjelaskan patofisiologi utama stroke adalah penyakit jantung atau pembuluh darah yang mendasarinya. Patologi utama termasuk hipertensi, *aterosklerosis* yang mengarah ke penyakit *arteri koroner*, *dyslipidemia*, penyakit jantung dan *hyperlipidemia*.

Stroke iskemik disebabkan oleh *oklusi* cepat dan mendadak pada pembuluh darah otak sehingga aliran darah terganggu. Sumbatan ini dapat disebabkan oleh *trombus* ataupun *embolisme*.

Trombotik terjadi karena terbentuknya gumpalan darah pada salah satu arteri yang bertugas memasok darah ke otak dan diakibatkan oleh deposit lemak sehingga membentuk plak yang menumpuk di arteri. *Embolik* sendiri diakibatkan oleh gumpalan darah atau *debris* lainnya yang telah menyebar dari otak dan dibawa melalui aliran darah ke seluruh tubuh.

Trombus dan *emboli* yang terlepas dan terbawa aliran darah hingga terperangkap di dalam pembuluh darah distal menimbulkan penurunan atau penghentian sementara pada aliran darah otak dalam distribusi *neurovaskular* tertentu sebagai akibat dari *oklusisebagian* atau total.

Setelah aliran darah terganggu, jaringan pada otak akan berisiko tinggi mengalami kekurangan oksigen karena terganggunya sirkulasi darah pada otak. Permasalahan ini sering disebut dengan permasalahan risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak. Jaringan otak yang kekurangan oksigen selama lebih dari 60- 90 detik akan menurun fungsinya, baik dari segi defisit *neurologi* fokal maupun defisit *neurologi* global. Selain itu, *glukosa* yang menjadi sumber utama energi untuk menjalankan proses potensi membran juga akan berkurang. Kekurangan energi ini membuat daerah yang kekurangan oksigen dan gula darah tersebut menjalankan *metabolisme anaerob*.



Gambar 2. 1 Pathways Stroke Non Hemoragik

Sumber : (Nurarif, 2016, berdasarkan SDKI PPNI, 2017)

4. Tanda dan gejala

Menurut Agustin et al., (2022) tanda dan gejala bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan jumlah aliran darah *kolateral* (*sekunder* serta *aksesori*). Gejala yang dapat muncul antara lain pada umumnya terjadi mendadak, terdapat nyeri kepala, *parasthesia*, *paresis*, *plegia* sebagian badan, stroke merupakan penyakit motor *neuron* atas dan menyebabkan kehilangan kontrol *volunter* terhadap gerakan motorik.

Berdasarkan gejala dan tanda serta waktu terjadinya serangan, dapat diperkirakan letak kerusakan jaringan otak serta jenis stroke yang menyerang yakni :

- a. Kesemutan atau kelemahan otot pada sisi kanan tubuh menunjukkan terjadinya gangguan pada otak belahan kiri.
- b. Kehilangan keseimbangan menunjukkan gangguan terjadi di pusat keseimbangan, yakni antara lain daerah otak kecil (*cerrebellum*). Serangan stroke yang terjadi saat penderita sedang istirahat atau tidur umumnya adalah stroke iskemik. Gejala munculnya secara bertahap dan kesadaran umum baik, kecuali iskemiknya terjadi karena sumbatan *embolus* yang berasal dari jantung maka gejala muncul mendadak dan sering disertai nyeri kepala. (Sugiarto, 2016)

5. Klasifikasi

Berdasarkan jenisnya, stroke dibagi menjadi dua yaitu stroke perdarahan (Stroke Hemoragik) dan stroke yang disebabkan suplai darah ke otak tersumbat (Stroke Iskemik). Secara garis besar, stroke dibagi menjadi stroke hemoragik (stroke perdarahan) yang ditandai dengan terlalu banyak darah dalam rongga tengkorak tertutup, dan stroke non hemoragik (Stroke Iskemik) yang ditandai dengan terlalu sedikit darah untuk masuk oksigen dan nutrisi supaya ke bagian otak, berikut jenis-jenis stroke:

a. Pendarahan intra serebral (PIS)

Pendarahan intra serebral di sebabkan pecahnya pembuluh darah intraserebral sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak.

PIS disebabkan oleh hipertensi yang berlangsung lama dan terjadinya kerusakan dinding pada pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya *mikroaneurisma*. Faktor pencetus lainnya yaitu stress fidik, peningkatan tekanan darah secara mendadak yang menyebabkan pecahnya pada pembuluh darah. Sekitar 60-70% PIS diakibatkan oleh hipertensi. penyebab lainnya yaitu *deformitas* pembuluh darah bawaan, kelainan *kogulasi*. Bahkan 70% kasus berakibat fatal, terutama saat pendarahannya luas (masif). (Setiawan,2021 dalam Ningrum,2022)

b. Pendarahan ekstra serebral/ perdarahan *subarachnoid*

Penyebab yang paling sering terjadi pada PSA primer ini adalah robeknya *aneurisma*. Gangguan *kogulasi (introgenic/obat anti kogulan)*, kelainan *hematologic* (misalnya *trombositopenia, leukemia, anemia aplastic*), tumor, infeksi (misalnya *vaskulitis, sifilis, ensafalitis, herpes simpleks, mikrosis*, TBC), serta trauma kepala.

Sebagian besar pendarahan *subarachnoid* terjadi tanpa sebab dari luar tetapi kebanyakan kasus tersebut terkait dengan stres mental dan fisik. Kegiatan fisik seperti: mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (*koitus*) kadang bisa menjadi penyebabnya. (Junaidi 2018 dalam Ningrum, 2022)

6. Faktor Resiko

Menurut Ningrum, (2022) banyak faktor yang menyebabkan meningkatnya resiko stroke yaitu:

a. Faktor resiko gaya hidup

- 1) Kelebihan berat badan atau *obesitas*
- 2) Ketidakaktifan fisik
- 3) Minum berat
- 4) Pengguna obat-obatan terlarang (seperti *kokain* dan *metamfenamin*).

b. Faktor medis

- 1) Memiliki tekanan darah tinggi dari 120/80 mmHg
- 2) Merokok atau terpapar asap rokok bekas
- 3) Kolesterol tinggi
- 4) Diabetes
- 5) *Apnea* tidur *obstruktif*
- 6) Penyakit *kardiavaskuler*, termasuk gagal jantung, infeksi jantung atau irama jantung yang tidak normal
- 7) Riwayat pribadi atau keluarga terkait stroke, serangan jantung, atau serangan iskemik *transien*.

7. Komplikasi

Menurut Batticaca (2016) dalam Stroke (2023)

- a. Gangguan otak yang berat.
- b. Kematian apabila tidak dapat mengontrol respons pernapasan atau *kardiavaskuler*.

8. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut *American Heart Association*, (2018) terdiri dari :

- a. Terapi *trombolitik* atau *fibrinolitik* (rtPA atau *Recombinant Tissue Plasminogen Activator*) Golongan obat ini digunakan sebagai terapi *reperfusion* untuk mengembalikan perfusi darah yang terlambat pada serangan stroke akut. Jenis obat golongan ini adalah alteplase, tenecteplase dan reteplase, namun yang tersedia di Indonesia hingga saat ini hanya alteplase.

Obat ini memecah *thrombus* dengan mengaktivasi *plasminogen* yang terikat pada *fibrin*. Efek samping yang sering terjadi adalah risiko pendarahan seperti pada intrakranial atau saluran cerna serta *angiodema*. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan bahwa rentang waktu terbaik untuk dapat memberikan terapi *fibrinolitik* yang dapat memberikan manfaat perbaikan fungsional otak dan juga terdapat angka kematian adalah kurang dari tiga jam dan rentang tiga sampai empat jam, atau setelah lima jam setelah *onset* gejala.

- b. *Antikoagulan* Terapi *antikoagulan* ini untuk mengurangi pembentukan bekuan darah dan mengurangi *emboli*, misalnya *heparin* dan *warfarin*.
- c. *Antilapletelet* Golongan obat ini sering digunakan pada pasien stroke untuk pencegahan stroke ulang dengan mencegah terjadinya *agregasi platelet*. *Aspirin* merupakan salah satu *antiplatelet* yang direkomendasikan penggunaannya untuk pasien stroke.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang terdiri dari pengumpulan data baik *subjektif* maupun *objektif* serta perumusan masalah. Adapun fokus pengkajian pada klien dengan stroke menurut Muttaqin, (2012) dalam Ningrum, (2022) yaitu :

a. Identitas Klien

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal dan jam masuk rumah sakit (MRS), dan tanggal pengkajian) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat).

b. Keluhan Utama

Biasanya terjadinya kelemahan pada anggota gerak bagian setengah dari tubuh, berbicara pelo, sulit dalam berkomunikasi serta penurunan tingkat kesadaran (GCS < 15).

c. Riwayat Kesehatan Sekarang

Serangan stroke seringkali berlangsung secara tiba-tiba saat klien sedang melakukan aktivitas ataupun sedang beristirahat. Biasanya mengalami nyeri kepala, mual, muntah, bahkan kejang sampai terjadinya penurunan tingkat kesadaran, kelumpuhan di bagian setengah badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Terjadinya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran yang disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Sesuai perkembangan penyakit, tidak *responsive* dan koma.

d. Riwayat Kesehatan Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat stoke sebelumnya, riwayat diabetes meilitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, *kotrasepsi oral* yang lama, penggunaan obat-obatan anti *koagulasi*, *aspirin*, obat-obatan *adiktif* kegemukan.

e. Riwayat Penyakit Keluarga

Apakah ada riwayat keluarga yang memiliki hipertensi, diabetes melitus atau adanya riwayat stroke dari generasi sebelumnya.

f. Riwayat Psikososial

Peranan pasien dalam keluarga, status emosi meningkat, interaksi meningkat, interaksi sosial terganggu, adanya rasa cemas yang berlebihan. Dan apakah klien rajin dalam melakukan ibadah sehari-hari.

g. Pemeriksaan Fisik

1) Tingkat kesadaran Morton & Fontaine, (2012) dalam Ningrum, (2022) mengatakan bahwa kualitas kesadaran pasien merupakan *parameter* yang paling mendasar dan parameter yang paling penting yang membutuhkan pengkajian. Tingkat keterjagaan pasien dan respon terhadap lingkungan dan indikator paling sensitive untuk disfungsi sistem persarafan. Pada pasien stroke biasanya didapati penurunan kesadaran koma atau sopor.

2) Gerakan, Kekuatan dan kordinasi kelemahan otot merupakan tanda penting gangguan fungsi pada beberapa gangguan *neurologis*. Perawat melakukan penilaian terhadap kekuatan otot dengan memberikan tahanan pada berbagai otot, dengan menggunakan otot perawat sendiri atau menggunakan gaya gravitasi. Pada pasien stroke biasanya didapati gangguan mobilisasi yang di akibatkan dari penurunan kesadaran.

3) Tanda-tanda Vital

Tanda-tanda klasik dari peningkatan tekanan intrakranial meliputi kenaikan tekanan sistolik dalam hubungan dengan tekanan nadi yang membesar, nadi lemah atau lambat serta pernafasan tidak teratur. Pada

stroke biasanya didapati tingginya tekanan darah dan frekuensi pernafasan serta didapati nadi yang lemah.

- 4) Istirahat dan tidur: Kondisi merupakan keadaan klien berupa pola istirahat klien apakah cukup atau tidak, kalau tidak apakah yang menyebabkan klien terganggu dalam istirahatnya.
- 5) Nutrisi dan cairan: Merupakan frekuensi, dan nafsu makan berkurang atau meningkat, serta tanyakan apakah ada rasa mual atau muntah, kalau iya berapa kali.
- 6) Pernapasan: pernapasan normal atau ada kelainan. Apakah ada masalah lain seperti batuk atau sesak.
- 7) Eliminasi: Berapa frekuensi dalam BAB dan BAK klien, serta tanyakan apakah terdapat keluhan saat BAB dan BAK.
- 8) Integritas ego: Saat sakit keadaan sering terjadi pada klien biasanya *ansietas*, takut, stress, yang berhubungan dengan penyakit.
- 9) Sistem *integument*: Apakah kulit normal atau kering, ataupun adanya ptekie pada kulit, turgor kulit menurun, dan muncul keringat dingin. Mukosa kering atau tidak. Biasanya pada pasien dengan penurunan kesadaran stroke didapati kulit akan lebih terasa kering dan mukosa pecah-pecah serta mengeluarkan keringat dingin.
- 10) Pemeriksaan fisik: Meliputi kepala sampai mata kaki. Pada stroke dengan penurunan kesadaran akan menyebabkan resiko terjadinya kerusakan integritas kulit terutama di bagian panggul dan bahu yang disebabkan minimnya mobilisasi fisik yang dilakuka
- 11) Saraf kranial
 - a) *Nervus I/ Olfactorius*: Saraf cranial I berisi serabut sensorik untuk indra penciuman. Minta pasien untuk pejamkan mata dan letakkan bahan-bahan *aromatic* dekat hidung untuk diidentifikasi.
 - b) *Nervus II/ Optikus*: Akuitas visual kasar dinilai dengan meminta pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasien sakit harus diperhatikan.
 - c) *Nervus III /Okulomotorius*: Menggerakkan sebagian otot mata

- d) *Nervus IV /Troklear*: Menggerakkan beberapa otot mata
- e) *Nervus V /Trigeminal*: Saraf *trigeminal* mempunyai 3 bagian: *optalmikus*, *maksilaris*, dan *madibularis*. Bagian sensorik saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motoric mengontrol mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan refleks kornea; jika tidak terdapat masalah pasien akan secara refleks berkedip saat kornea diusap secara halus dengan kapas. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.
- f) *Nervus VI /Abdusen*: Saraf cranial ini dinilai bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot *ekstraokular*. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerak jari pemeriksa ke segala arah.
- g) *Nervvus VII/ Fasial*: Bagian sensorik saraf ini berkenan dengan pengecapan pada dua pertiga *anterior* lidah. Bagian motorik pada saraf ini mengontrol otot ekspresi wajah.
- h) *Nervus VIII/ Akustikus*: Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang *koklearis* dan *vestibular*, yang secara berurutan mengontrol pendengaran dan keseimbangan. Saraf *vestibular* mungkin tidak dapat diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.
- i) *Nervus IX/ Glosofaringeal*: sensori: menerima rangsangan dari bagian posterior lidah untuk diperoses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: mengendalikan organ-organ dalam.
- j) *Nervus X / Vagus*: Saraf kranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf *glosofaringeus* mempersarafi serabut sensorik pada sepertiga lidah sebagian *posterior* juga *uvula* dan langit-langit lunak. Serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru-paru dan usus halus. Ketidakmampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan dalam menelan dan suara serak dapat merupakan tanda-tanda adanya kerusakan pada saraf ini.

- k) *Nervus XI/ Asesoris spinal*: Saraf ini mengontrol otot-otot *sternokliedomodoid* dan otot *trapezius*. Pemeriksa menilai saraf ini dengan meminta pasien untuk mengangkat bahu atau memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, biasanya dibagian kaki dan tangan.
- l) *Nervus XII/ Hipoglossus*: Saraf ini mengontrol gerakan lidah. saraf ini dinilai dengan meminta pasien untuk menjulurkan lidah. Nilai adanya *devisiasi* garis tengah, *tremor* dan *atropi*. Jika terdapat *devisiasi sekunder* terhadap kerusakan saraf, maka akan mengarah pada sisi yang terjadi *lesi*.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial PPNI, (2017). Berikut diagnosa yang mungkin muncul pada pasien stroke non hemoragik:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
- b. Gangguan mobilitas fisik
- c. Risiko jatuh
- d. Risiko gangguan integritas kulit
- e. Risiko defisit nutrisi

3. Perencanaan

Perencanaan keperawatan atau intervensi keperawatan adalah perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi Nurarif H, (2016) dalam Ningrum, (2022). Adapun intervensi keperawatan pada pasien stroke non hemoragik sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan dan Standar Intervensi Keperawatan sebagai berikut.

Tabel 2. 1 Tabel Perencanaan

No.	Masalah keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) ketidak adekuatan aliran darah serebral klien menurun dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, gelisah menurun, sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik dan diastolik membaik.	Pemantauan tekanan intrakranial (I.06198) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi peningkatan tekanan intrakranial 2. Monitor peningkatan tekanan darah 3. Pemantauan penurunan tingkat kesadaran <i>Tarapeutik:</i> 1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 2. Berikan periode istirahat antara tindakan dan batasi lamanya prosedur <i>Edukasi:</i> Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
2	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129)	Integritas Kulit Dan Jaringan (L.14125) gangguan integritas kulit/jaringan klien menurun, dengan kriteria hasil: kerusakan lapisan kulit menurun, suhu kulit membaik, perfusi jaringan membaik	Perawatan integritas kulit/jaringan (I.11353) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas) <i>Tarapeutik:</i> 1. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring 2. Gunakan bahan berbau <i>ptroleum</i> atau minyak pada kulit kering 3. Gunakan produk berbau ringan/alami dan <i>hipoalergik</i> pada kulit sensitive

1	2	3	4
			Edukasi: 1. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. lotion, serum) 2. Anjurkan minum air yang cukup Anjurkan menggunakan tabir surya SPF minimal 30 saat berada di luar
3	Gangguan mobilitas fisik (D.0054)	Mobilitas Fisik (L.05042) tingkat mobilitas klien meningkat dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat	Dukungan mobilisasi (I.05173) <i>Observasi:</i> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi <i>Traupetik:</i> 1. Fasilitasi aktivitas mobilitas dengan alat bantu 2. Fasilitasi melakukan pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dan meningkatkan pergerakan melakukan mobilisasi dini Edukasi: 1. Jelaskan tujuan dan procedure ROM pasif pada pasien 2. Anjurkan mengubah posisi setiap 2 jam Ajarkan ROM pasif
4	Gangguan persepsi sensori (D.0085)	Persepsi Sensori (L.09083) tingkat keadaran meningkat, dengan kriteria hasil: Reaksi pupil meningkat, orientasi kognitif meningkat, fungsi sensorik kranial meningkat, fungsi sensorik spinal meningkat, fungsi motorik kranial meningkat.	Minimalisi rangsangan (I.08241) <i>Observasi:</i> 1. Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan.

1	2	3	4
			<p><i>Terapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang) 2. Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas) <p><i>Edukasi:</i> Ajarkan cara meminimalisasi stimulus</p>
5	Resiko jatuh (D.0143)	Tingkat Jatuh (L.14138) resiko jatuh klien menurun, dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p><i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, <i>hipotensi ortostatik</i>, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, <i>neuropati</i>) 2. Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi 3. identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang) 4. Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall morse, scale, humpty dumpty scale</i>) <p><i>Trapeutik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 2. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur <p><i>Edukasi:</i> Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>

4. Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan secara spesifik. Tujuan dari implementasi akan membantu klien dalam mencapai tujuan yang akan ditetapkan, mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi koping. Implementasi keperawatan yaitu tindakan yang akan diterapkan oleh seorang perawat sesuai dengan *standar prosedur operasional (SOP)*. (Febiola, 2020)

Posisi elevasi kepala 30° adalah mengangkat kepala seseorang 30 inci di atas tempat tidur, menjaga tubuh mereka sejajar dan kaki mereka lurus. Pada pasien dengan cedera kepala, postur elevasi kepala 30° digunakan untuk menurunkan tekanan intracranial. Prosedur kerja pengaturan posisi elevasi kepala 30° sebagai berikut, pertama letakan posisi pasien dalam keadaan terlentang, kedua atur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar, ketiga kaki dalam keadaan lurus dan fleksi, dan yang terakhir atur bagian atas setinggi 30°.

5. Evaluasi

Tahap evaluasi atau penilaian adalah perbandingan yang terencana dan sistematis mengenai kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersambung dengan melibatkan klien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan yang disesuaikan dengan kriteria hasil pada perencanaan.

Setelah dilakukan pemberian oksigen dan elevasi kepala 30° maka hasil pengkajian pada pasien cedera kepala, responden yang diberikan oksigen dan elevasi kepala 30° dapat dilihat dari respon mata yang rentan terhadap suara, respon verbal dilihat dari cara pasien mengucapkan kata-kata benar, dan kalimat, respon motorik melokalisir nyeri, hal ini dapat dinilai dengan menggunakan instrument Glasgow Coma Scale (GCS).