

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Medis

2.1.1 Pengertian

Cerebro vascular accident (CVA) atau biasa dikenal sebagai stroke, suatu penyakit neurologis yang disebabkan oleh gangguan peredaran darah otak secara mendadak yang mengakibatkan kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, dan bentuk kecacatan yang lain akibat gangguan fungsi otak (Fahira Basyir et al., 2021). CVA (Cerebro Vascular Accident) merupakan kelainan fungsi otak yang timbul mendadak yang disebabkan karena terjadinya gangguan peredaran darah otak yang dan bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja dengan gejala-gejala berlangsung selama 24 jam atau lebih yang menyebabkan cacat berupa kelumpuhan anggota gerak, gangguan bicara, proses berpikir, daya ingat. Sementara Intracerebral Hemorrhage (ICH) adalah suatu keadaan perdarahan yang terjadi dalam substansi otak, seringkali terjadi pada pasien hipertensi dan atherosclerosis serebral karena perubahan degeneratif kedua penyakit tersebut menyebabkan ruptur pada pembuluh darah (Nobleza, 2021).

Cerebro Vascular Accident Intracerebral Hemorrhage atau disingkat CVA ICH atau stroke hemoragik pada bagian intraserebral adalah suatu keadaan pecahnya pembuluh darah secara tiba-tiba yang mengakibatkan aliran darah menjadi tidak lancar. CVA ICH adalah kondisi yang diakibatkan oleh pecahnya satu atau lebih pembuluh darah pada bagian intraserebral otak. Darah yang mengalir dari pecahnya pembuluh darah

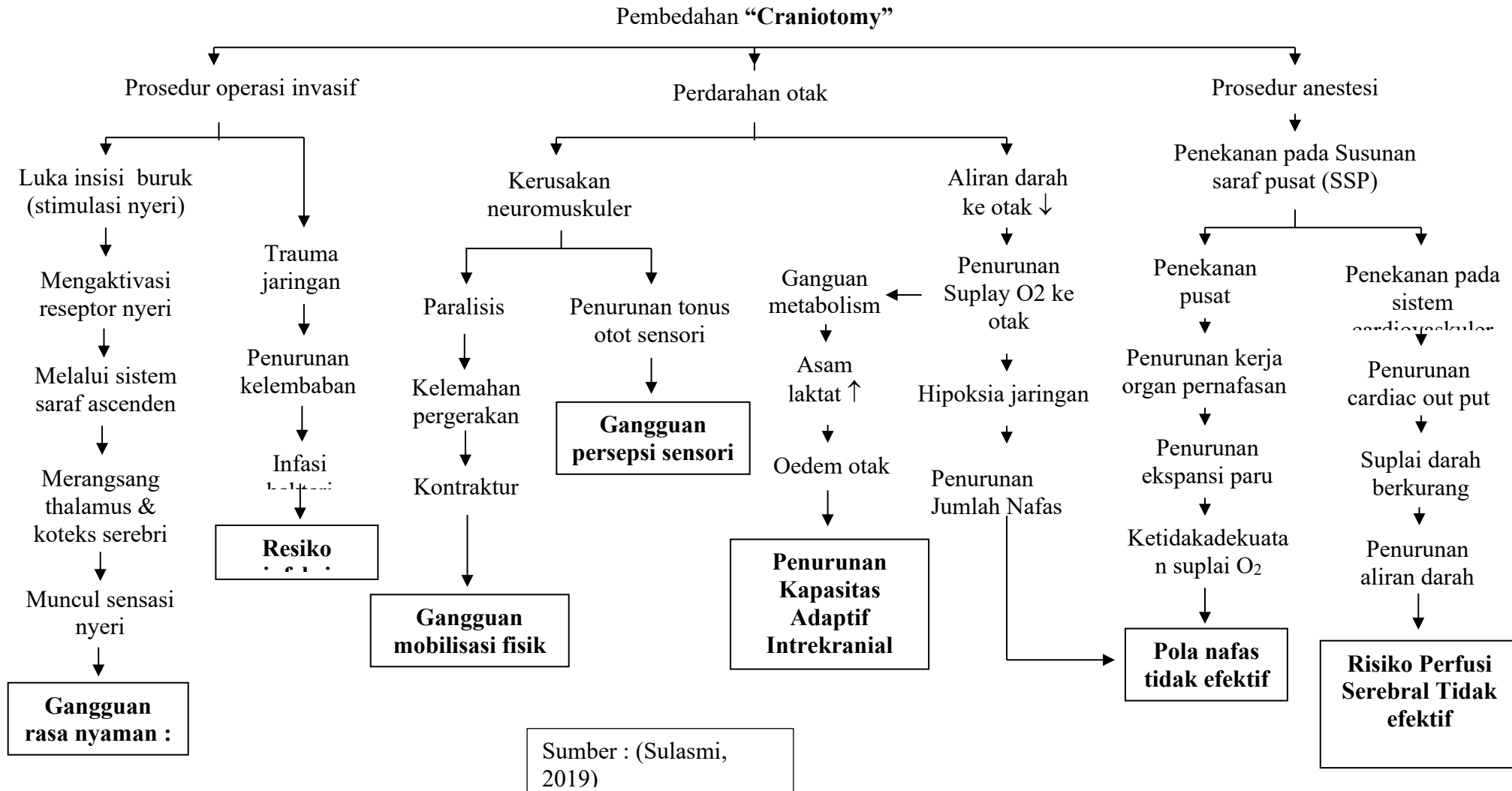
dapat terkumpul dan memberikan tekanan pada jaringan otak di sekitarnya. Terbentuknya bekuan darah juga dapat memutus aliran darah ke otak (Broderick et al., 2021)

2.1.2 Gejala dan Tanda

Menurut Menurut Hostettler et al (2019) manifestasi klinis dari CVA ICH sebagai berikut :

1. Nyeri kepala akut dan terasa berat,
2. Leher bagian belakang kaku,
3. Muntah
4. Penurunan kesadaran yang berkembang cepat sampai keadaan koma
5. Pasien dengan perdarahan pada lobus temporal atau lobus frontal dapat mengalami seizure/kejang tiba-tiba yang dapat diikuti kelumpuhan kontralateral
6. 90% menunjukkan adanya darah dalam cairan serebrospinal (bila perdarahan besar dan atau letak dekat ventrikel), dari semua pasien ini 70-75% akan meninggal dalam waktu 1-30 hari, biasanya diakibatkan karena meluasnya perdarahan sampai ke system ventrikel,
7. Herniasi lobus temporalis, dan penekanan mesensefalon, atau mungkin disebabkan karena perembasan darah ke pusat-pusat yang vital

2.1.3 Pohon Masalah



Gambar 2. 1 Pathway Post *Craniotomi*

2.1.4 Penatalaksanaan Medis

Menurut Hostettler et al. (2019) adapun tatalaksana stroke atau CVA:

1. Manajemen medis akut

a. Perawatan Unit Stroke

Sebuah meta-analisis menunjukkan bahwa penurunan kematian dan tingkat ketergantungan pada pasien dengan ICH dirawat di unit stroke sebanding dengan efek pada pasien dengan stroke iskemik. Dengan demikian, pasien dengan ICH harus dirawat di stroke satuan. Data observasi menunjukkan bahwa pengobatan pasien dengan ICH di unit perawatan intensif neurologis juga bermanfaat. Ini efek positif dari unit stroke atau neurologis unit perawatan intensif mungkin terutama karena lebih sering pemantauan, deteksi dini komplikasi dan tepat sasaran perawatan. Dengan demikian, semua pasien ICH harus dirawat sebagai sesegera mungkin ke unit stroke akut atau hiperakut; itu berisiko tinggi mengalami kerusakan neurologis atau membutuhkan lainnya dukungan sistem tubuh harus dipindahkan ke perawatan kritis pengaturan, meskipun bukti yang akan menguntungkan pasien adalah kekurangan. Selain itu, perintah do-not-resuscitate (DNR) awal (misalnya dalam 24 jam pertama) harus dihindari di sebagian besar pasien ICH karena mereka dapat menyebabkan paliatif dini, menghalangi masuknya unit stroke dan secara independen meningkatkan kematian bahkan setelah disesuaikan dengan keparahan stroke klinis

b. Penurunan tekanan darah akut

Tekanan darah meningkat secara substansial dibandingkan dengan tingkat pramorbid biasa pada pasien pada hari-hari menjelang ICH, menyarankan variabilitas jangka pendek mungkin menjadi faktor kunci dalam ICH. Peningkatan tekanan darah sistolik saat masuk rumah sakit dikaitkan dengan perburukan klinis, dan kematian pada pasien dengan ICH.

c. Agen hemostatik (asam traneksamat dan diaktifkan faktor VIIa)

Mencegah ekspansi hematoma menggunakan agen hemostatik pada pasien dengan ICH tidak terkait dengan penggunaan antikoagulan telah menjadi masalah utama sasaran pengobatan. Asam traneksamat (TXA) adalah agen anti-fibrinolitik digunakan untuk menghentikan trauma dan post-partum komplikasi perdarahan. Uji coba TICH-2 multi-pusat internasional besar yang baru-baru ini diterbitkan (Asam traneksamat untuk Perdarahan IntraSerebral primer hiperakut), diselidiki TXA intravena diberikan dalam waktu 8 jam setelah onset gejala mengurangi kematian dan kecacatan

d. ICH terkait dengan antikoagulan oral atau agen antiplatelet

Terapi antitrombotik – yaitu antikoagulan (yaitu heparin, Antagonis vitamin K [VKA], antikoagulan oral langsung [DOAC]) atau agen antiplatelet (yaitu aspirin, clopidogrel) – adalah sering digunakan pada pasien usia lanjut dengan faktor risiko vaskular (yaitu fibrilasi atrium,

hipertensi, diabetes mellitus) dan riwayat stroke iskemik atau infark miokard. Tumpang tindih faktor risiko stroke iskemik dan perdarahan intraserebral dan keseimbangan resultan antara iskemik dan hemoragik risiko adalah dilema klinis utama dalam pengobatan stroke. Memang, hampir 50% pasien dengan ICH menggunakan beberapa jenis obat antitrombotik. Agen antiplatelet secara independen terkait dengan peningkatan mortalitas saat oral antikoagulan dikaitkan dengan peningkatan risiko perluasan hematoma dan hasil fungsional yang lebih buruk

2. Pengobatan Pembedahan

Tujuan utama adalah memperbaiki aliran darah serebral: Endosterektomi karotis membentuk kembali arteri karotis, yaitu dengan membuka arteri karotis di leher. Revaskularisasi terutama merupakan tindakan pembedahan dan manfaatnya paling dirasakan oleh pasien TIA. Evaluasi bekuan darah dilakukan pada stroke akut. Usgasi arteri karotis komunis di leher khususnya pada aneurisma

3. Pengobatan Konservatif

Vasodilator meningkatkan aliran darah serebral (ADS) secara percobaan, tetapi maknanya :pada tubuh manusia belum dapat dibuktikan. Dapat diberikan histamin, aminophilin, asetazolamid, papaverin intra arterial. Anti agregasi thrombosis seperti aspirin digunakan untuk menghambat reaksi pelepasan agregasi thrombosis yang terjadi sesudah ulserasi alteroma.

2.2 Konsep Dasar Masalah Keperawatan

1. Definisi

Gangguan mekanisme dinamis intracranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intracranial

2. Data Mayor & Minor

a. Mayor

1) Subjektif

a) Nyeri pada kepala

2) Objektif

a) Tekanan darah serta nada mengalami peningkatan

b) Bradikardia

c) Pola nafas tidak teratur

d) Penurunan kesadaran

e) Melambatnya respon pupil atau tidak sama

f) Refleks neurologis mengalami gangguan

b. Minor

1) Subjektif

a) Tidak tersedia

2) Objektif

a) Gelisah

b) Agitasi

c) Muntah (tanpa disertai mual)

d) Nampak lemah atau lesu

e) Fungsi kognitif terganggu

f) Tekanan intracranial (TIK) ≥ 20 mmHg

g) Papilledema

h) Postur deserebrasi (ektensi)

3. Penyebab

a. Lesi menempati ruang (mis. Space-occupying lesion- akibat tumor, abses)

b. Mobilitas terganggu

- c. Edema serebral (mis. Akibat cedera kepala)
 - d. Meningkatnya tekanan pada vena (mis. Akibat thrombosis sinus vena serebral, gagal jantung)
 - e. Sumbatan pada aliran CSS (mis. Hidrosefalus)
 - f. Hipertensi intracranial idiopatik
4. Kondisi klinis terkait cedera kepala
- a. Iskemik serebral
 - b. Tumor serebral
 - c. Hidrosefalus
 - d. Hematoma kranial
 - e. Pembentukan arteriovenous
 - f. Edema vasogenik atau sistotoksik serebral
 - g. Hyperemia
 - h. Obstruksi aliran vena

5. Penatalaksanaan

Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)

a. **Observasi**

- 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) (LIHAT: Kalkulator MAP)
- 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 status pernapasan
- 10) Monitor intake dan output cairan
- 11) Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)

b. Terapeutik

- 1) Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- 2) Berikan posisi semi fowler
- 3) Hindari manuver valsava
- 4) Cegah terjadinya kejang
- 5) Hindari penggunaan PEEP
- 6) Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- 7) Atur ventilator agar PaCO₂ optimal
- 8) Pertahankan suhu tubuh normal

c. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- 2) Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- 3) Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

2.3 Asuhan Keperawatan**2.2.1. Fokus Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan proses keperawatan untuk mengenal masalah klien, agar dapat memberi arah kepada tindakan keperawatan. Tahap pengkajian terdiri dari tiga kegiatan yaitu pengumpulan data, pengelompokan data dan merumuskan tindakan keperawatan (Sihaloho, 2020). Pengkajian dimulai dengan mengumpulkan data dan menempatkan data ke dalam format yang terorganisir (Rosdahl, 2014). Dalam melakukan pengumpulan data diperlukan adanya analisis data yang dilakukan perawat pada saat mengumpulkan data dan setelah mengumpulkan data. Namun tidak seluruh mahasiswa keperawatan mengetahui pentingnya analisis informasi dari data yang telah dikumpulkan perawat pada saat pengkajian

keperawatan

1. Identitas Klien

Menurut usia diatas 55 tahun merupakan resiko tinggi terjadinya stroke, jenis kelamin laki – laki lebih tinggi 30 % di bandingkan wanita, eberapa kelompok etnis, seperti Afrika-Amerika, Hispanik, dan Asia, memiliki risiko stroke yang lebih tinggi dibandingkan dengan etnis Kaukasia (Rachmatun, 2019).

2. Keluhan Utama

Keluhan yang di dapatkan adalah gangguan motoric kelemahan anggota gerak setelah badan, bicara pelo, dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, gangguan kesadaran (Rachmatun, 2019)

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan stroke hemoragik sering sekali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpukan atau gangguan fungsi otak yang lain (Boehme et al., 2017)

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipetensi, riwayat stroke sebelumnya, diabetes militus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama. Penggunaan obat-obatan anti koagulan, aspirin, vasodilator obat-obat adiktif dan kegemukan (Boehme et al., 2017)

5. Pemeriksaan Dasar

a. Kesadaran

Biasanya pada pasien stroke mengalami tingkat kesadaran samnolen, *apatis*, *sopo*, hingga coma dengan GCS < 12 pada awal terserang stroke. Sedangkan pada saat pemulihan biasanya memiliki tingkat kesadaran letargi dan compos metis dengan GCS 13-15 (A. P. Kinasih et al., 2024)

b. Keadaan Umum

Umumnya klien mengalami penurunan kesadaran, tanda- tanda vital Tekanan Darah Meningkat, denyut nadi lemah.

c. Tanda-Tanda Vital

1) Tekanan darah

Biasanya pasien dengan stroke hemoragik memiliki riwayat tekanan darah tinggidengan tekanan systole > 140 dan diastole > 80

2) Nadi Biasanya nadi normal

3) Pernafasan

Biasanya pasien stroke hemoragik mengalami gangguan pada bersihan jalan napas

4) Suhu

Biasanya tidak ada masalah suhu pada pasien dengan stroke hemoragik

6. Pemeriksaan Fisik

a. B1 (*Breathing*)

Perubahan pada sistem pernapasan bergantung pada gradasi blok saraf parasimpatis klien mengalami kelumpuhan otot-otot pernapasan dan perubahan karena adanya kerusakan jalur simpatetik descending akibat trauma pada tulang belakang sehingga mengalami terputus jaringan saraf di medula spinalis, pemeriksaan fisik dari sistem ini akan didapatkan hasil sebagai berikut inspeksi umum didapatkan klien batuk peningkatan produksi sputum, sesak napas.

Umumnya pada pasien dengan post *craniotomi* didapatkan hasil pemeriksaan seperti Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi didapatkan bunyi napas tambahan seperti ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sputum dan kemampuan batuk menurun yang sering didapatkan pada klien post *craniotomi* dengan penurunan tingkat kesadaran koma. (Hernigou, 2020)

b. B2 (*Blood*)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien ICH post *craniotomi*. Tekanan darah biasanya mengalami peningkatan (González-Darder & Capilla-Guasch, 2023)

c. B3 (*Brain*)

Menurut González (2016) Post *Craniotomi* biasanya terdapat luka bekas jahitan pada kepala pasien selain itu prosedur operasi juga memberikan pengaruh seperti

1) Tingkat Kesadaran :

Pada keadaan lanjut, tingkat kesadaran klien post *craniotomi* ICH biasanya berkisar pada tingkat, stupor, dan koma.

2) Fungsi Serebri :

a) Status mental, biasanya status mental mengalami perubahan.

b) Fungsi intelektual, didapatkan penurunan ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang. Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi.

3) Pemeriksaan Saraf Kranial

a) Saraf I : biasanya tidak terdapat kelainan pada fungsi penciuman

b) Saraf II : disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensorik primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan *hemiplegia* kiri. Klien mungkin tidak dapat memakai pakaian tanpa bantuan karena ketidakmampuan untuk mencocokkan pakaian kebagian tubuh.

c) Saraf III, IV, dan VI : apabila akibat ICH mengakibatkan paresis sisi otot-otot *okularis* didapatkan penurunan kemampuan gerakan konjungat

unilateral disisi yang sakit.

- d) Saraf V : Pada beberapa keadaan ICH menyebabkan *paralisis* saraf trigeminus, didapatkan penurunan fungsi kordinasi gerakan mengunyah, penyimpangan rahang bawah ke sisi lateral dan kelumpuhan sisi otot-otot *pteroigoideus internus* dan *eksternus*.
- e) Saraf VII : persepsi pengecap normal, wajah asimetris, otot wajah tertarik kebagian sisi yang sehat.
- f) Saraf IX dan X, kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.
- g) Saraf XI : tidak ada *atrofi* otot *sternokleidomastoideus* dan *trapezius*.
- h) Saraf XII : lidah simetris, terdapat deviasi pada satu sisi dan fasikulasi. Indra pengecap normal.

d. B4 (*Bladder*)

Klien mungkin mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi. Kadang-kadang kontrol sfingter eksternal hilang atau berkurang (González, 2016)

e. B5 (*Bowel*)

Pada keadaan posr operasi, neuropraksia sering didapatkan adanya ileus paralitik, dimana klinis didapatkan hilangnya bising usus, kembung, dan defekasi, tidak ada. Hal ini merupakan gejala awal dari tahap syok spinal yang akan berlangsung beberapa hari sampai

beberapa minggu. (González, 2016)

f. B6 (*Bone*)

Kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Gangguan neuron motor pada salah satu sisi tubuh. *Hemiparesis* atau kelemahan salah satu sisi tubuh. Kulit tampak pucat karena kekurangan O₂, turgor kulit menurun karena kekurangan cairan. Kemungkinan ditemukannya dekubitus karena adanya gangguan mobilitas fisik pada klien ICH post *craniotomi* (González, 2016)

2.2.2. Diagnosis Keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman/respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan/ risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diganosa keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan yang sesuai untuk membantu klien mencapai kesehatan yang optimal. Menurut Bismar (2020) diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan yang menggambarkan penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat terhadap permasalahan kesehatan baik aktual maupun potensial. Dimana perawat mempunyai lisensi dan kompetensi untuk mengatasinya. Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas, singkat dan pasti tentang masalah pasien yang nyata serta penyebabnya dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan. Menurut Sulasmi (2019) diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada pasien ICH post *craniotomi* meliputi :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial
2. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
3. Pola Nafas Tidak Efektif
4. Gangguan Mobilitas Fisik
5. Gangguan Persepsi Sensori
6. Risiko Infeksi

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) Intervensi keperawatan adalah segala pengobatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan 25 penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Menurut Hutagalung (2019) intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan. Karenanya, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan untuk pasien, keluarga dan orang terdekat perlu dilibatkan secara maksimal. Menurut Nursalam (2015) proses ini dimulai dengan perencanaan prioritas, yang melibatkan identifikasi masalah kesehatan yang paling mendesak dan membutuhkan perhatian segera. Perawat harus mampu mengevaluasi kondisi pasien secara menyeluruh, mempertimbangkan faktor-faktor seperti tingkat keparahan, potensi komplikasi, dan kebutuhan pasien, untuk menentukan prioritas yang tepat. Setelah itu, penentuan tujuan dilakukan dengan menetapkan hasil yang spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan berbatas waktu (SMART) yang ingin dicapai melalui intervensi keperawatan. Tujuan ini harus realistis dan sesuai dengan kondisi pasien serta berfokus pada peningkatan kualitas

hidup dan pemulihan kesehatan. Menurut Hidayat et al (2015) Langkah terakhir adalah penentuan tindakan keperawatan yang terdiri dari serangkaian kegiatan atau prosedur yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Tindakan ini harus berdasarkan bukti ilmiah dan praktik terbaik serta disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien. Dengan melalui tahapan ini secara sistematis, perawat dapat memberikan perawatan yang terkoordinasi, efektif, dan berpusat pada pasien. Berikut meruakan intervensi yang disusun berdasarkan pathway pada pasien post op craniotomi

Tabel 2. 1 Intervensi Keperawatan

NO	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Bradikaria menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Pola napas membaik 7. Respon pupil membaik 8. Refleks neurologis membaik 	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) • Monitor MAP (mean arterial pressure) • Monitor CVP (central venous pressure) • Monitor PAWP, jika perlu • Monitor PAP, jika perlu • Monitor ICP (intra cranial pressure) • Monitor gelombang ICP • Monitor status pernapasan

			<ul style="list-style-type: none"> • Monitor intake dan output cairan • Monitor cairan serebrospinalis (mis. Warna, konsistensi) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang • Berikan posisi semi fowler • Hindari manuver valsava • Cegah terjadinya kejang • Hindari penggunaan PEEP • Hindari pemberian cairan IV hipotonik • Atur ventilator agar PaCO₂ optimal • Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu • Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu • Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu
2.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perfusi serebral meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Tekanan arteri rata-rata (<u>mean arterial pressure/MAP</u>) membaik 5. Tekanan intrakranial membaik 	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial (I.06198)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik) • Monitor peningkatan TS • Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) • Monitor penurunan frekuensi jantung • Monitor iregularitas irama napas • Monitor penurunan tingkat kesadaran • Monitor perlambatan atau

			<p>ketidaksimetrisan respon pupil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan • Monitor tekanan perfusi serebral • Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal • Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambil sampel drainase cairan serebrospinal • Kalibrasi transduser • Pertahankan sterilitas sistem pemantauan • Pertahankan posisi kepala dan leher netral • Bilas sistem pemantauan, jika perlu • Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien • Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan • Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
3.	Pola Nafas Tidak Efektif	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pola napas membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Pemanjangan fase ekspirasi menurun 4. Frekuensi napas membaik 5. Kedalaman napas membaik 	<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 (misalnya: gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering) 3. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal)

			<ol style="list-style-type: none"> 2. Posisikan semi-fowler atau fowler 3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada, jika perlu 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal 7. Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill 8. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak ada kontraindikasi 2. Ajarkan Teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
4.	Gangguan Mobilitas Fisik	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak (ROM) meningkat 	<p>Dukungan Ambulasi (I.06171)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya • Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi • Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi • Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk) • Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu • Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi

			<ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan ambulasi dini • Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
5.	Gangguan Persepsi Sensori	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka persepsi sensori membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Distorsi sensori menurun 2. Respons sesuai stimulus membaik 	<p>Minimalisasi Rangsangan (I.08241)</p> <p>Observasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis: nyeri, kelelahan) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis: bising, terlalu terang) • Batasi stimulus lingkungan (mis: cahaya, suara, aktivitas) • Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat • Kombinasikan prosedur/Tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis: mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan) <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan • Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus • yang berhubungan dengan kemampuan bicara
6.	Risiko Infeksi	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka tingkat infeksi menurun,</p>	<p>Pencegahan Infeksi (I.14539)</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik

		<p>dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun 2. Kemerahan menurun 3. Nyeri menurun 4. Bengkak menurun 5. Kadar sel darah putih membaik 	<p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk • Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
--	--	--	--

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Menurut Sarani (2021) implementasi keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada pasien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi pasien saat itu. Sebelum melakukan rencana tindakan keperawatan, perawat hendaklah menjelaskan tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien. Dalam pelaksanaan, perawatan melakukan fungsinya sebagai independent, interdependent and dependent. Pada fungsi independent perawat melakukan tindakan atas dasar inisiatif sendiri. Menurut Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) intervensi yang diberikan meliputi observasi (identifikasi penyebab

peningkatan tik, monitor peningkatan tekanan darah, monitor ireguleritas irama nafas, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor perlambatan atau ketidakstimetrisan respon pupil,), terapeutik (memberikan teknik nonfarmakologis pemberian posisi head up 30°, minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, cegah terjadinya kejang, pertahankan suhu tubuh normal), dan kolaborasi (berkolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan).

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Nugroho (2019) dilaksanakan suatu penilaian terhadap asuhan keperawatan yang telah diberikan atau dilaksanakan dengan berpegang teguh pada tujuan yang ingin dicapai. Pada bagian ini ditentukan apakah perencanaan sudah tercapai atau belum, dapat juga timbul masalah baru. Menurut Nursalam (2015) evaluasi keperawatan terdiri dari dua tipe utama yaitu evaluasi formatif dan sumatif. Evaluasi formatif dilakukan secara berkelanjutan selama proses perawatan. Tujuannya adalah untuk memantau kemajuan pasien secara real-time dan mengidentifikasi kebutuhan akan perubahan atau penyesuaian dalam rencana perawatan. Menurut Mardiana et al. (2019) melalui evaluasi formatif, perawat dapat segera melihat apakah intervensi yang diberikan efektif atau tidak dan dapat segera mengubah strategi jika diperlukan untuk memastikan bahwa tujuan kesehatan pasien tercapai. Menurut Sitanggang (2019) evaluasi sumatif dilakukan pada akhir periode perawatan atau setelah tujuan utama telah dicapai. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai hasil keseluruhan dari perawatan yang telah diberikan. Evaluasi sumatif memungkinkan perawat untuk mengevaluasi apakah tujuan jangka

panjang pasien telah terpenuhi dan menilai keseluruhan efektivitas dari rencana perawatan. Dengan demikian, evaluasi sumatif memberikan gambaran umum tentang kualitas dan keberhasilan intervensi keperawatan, serta memberikan informasi yang berharga untuk perbaikan di masa depan. Kedua tipe evaluasi ini sama-sama penting karena memastikan bahwa perawatan yang diberikan selalu sesuai dengan kebutuhan pasien dan dapat disesuaikan dengan cepat serta dinilai efektivitasnya secara menyeluruh. Menurut Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2019) hasil yang diharapkan setelah pasien dengan intracerebral hemoragic mendapatkan perencanaan adalah sebagai berikut:

1. Tingkat kesadaran meningkat
2. Sakit kepala menurun
3. Bradikaria menurun
4. Tekanan darah membaik
5. Tekanan nadi membaik
6. Pola napas membaik
7. Respon pupil membaik
8. Refleks neurologis membaik