

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Stroke merupakan keadaan dimana kelainan fungsi otak yang timbul mendadak disebabkan oleh terjadinya gangguan peredaran darah otak dan bisa terjadi pada siapa saja dan tanpa mengenal waktu. Penyakit ini juga menjadi salah satu penyakit penyebab kematian ketiga di dunia setelah penyakit jantung koroner dan kanker baik di negara maju ataupun negara berkembang (Bella et al., 2021). Penyakit stroke adalah gangguan fungsi otak akibat aliran darah ke otak mengalami gangguan sehingga mengakibatkan oksigen yang dibutuhkan oleh otak tidak terpenuhi secara baik (Yustiadi Kasuba et al., 2019).

Setiap tahun terdapat 15 juta manusia di seluruh dunia mengalami stroke. Di kawasan Asia tenggara terdapat 4,4 juta orang mengalami stroke. 7,6 juta orang telah meninggal dunia karena stroke pada tahun 2019 (WHO, 2020). Indonesia merupakan negara dengan jumlah penderita stroke terbesar di Asia, dimana stroke merupakan penyakit mematikan setelah jantung dan kanker. Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) 2018 bahwa prevalensi stroke di Indonesia berdasarkan diagnosis dokter sebesar 10,9 %. Berdasarkan Diagnosis Dokter pada penduduk umur ≥ 15 tahun masih cukup tinggi dengan persentase mencapai 9,5% (Kemenkes RI, 2018).

Penyebab tingginya angka kematian dan kecacatan pada stroke diakibatkan oleh proses patofisiologis yang terjadi dalam jaringan otak. Aliran darah ke otak

yang terganggu dapat berpengaruh terhadap hemodinamik serebral. Hemodinamika serebral ini dipengaruhi oleh pembuluh darah serebral atau CBF *Cerebral Blood Flow* (Kusuma & Anggraeni, 2021). Tindakan pemberian posisi kepala pasien stroke merupakan tindakan sangat penting. Peningkatan posisi kepala dapat menurunkan *Intracranial Pressure* (ICP), namun disisi lain juga dapat meningkatkan ICP dan iskemik serebral yang menyebabkan gangguan autoregulasi serebral (Brunner & Suddarth, 2013).

Peningkatan TIK merupakan kedaruratan yang harus diatasi dengan segera. Ketika tekanan meninggi, substansi otak ditekan. Fenomena sekunder disebabkan gangguan sirkulasi dan edema yang dapat menyebabkan kematian. Tindakan perawat Nursing Diagnosis Handbook with NIC Interventions and NOC Outcomes menjelaskan terapi keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut adalah pengaturan posisi kepala berupa meninggikan bagian kepala tempat tidur tergantung pada kondisi pasien dan program dokter. Penatalaksanaan penurunan TIK, salah satunya adalah mengatur posisi pasien dengan kepala sedikit elevasi 15-300 untuk meningkatkan venous drainage dari kepala dan menyebabkan penurunan tekanan darah sistemik, mungkin dapat dikompromi oleh tekanan perfusi serebral (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

Tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk memfasilitasi peningkatan *cerebral blood flow* (CBF) dan memperbaiki metabolisme serebral diantaranya monitor tanda vital, pemberian posisi, aktivitas dan mempertahankan suhu tubuh normal. Tindakan memberi posisi tidur pasien stroke dan aktivitas merupakan tindakan mandiri perawat. Posisi kepala pasien stroke berpengaruh pada

hemodinamik serebral yang nantinya akan meningkatkan hasil perawatan pasien stroke (Sands et al., 2020).

Berdasarkan latar belakang diatas, penulis ingin menulis tentang “Analisis Asuhan keperawatan pada kasus Stroke Hemoragik dengan Masalah keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial di Ruang Anggrek RSUD Bangil”.

1.2. Tinjauan pustaka terkait kasus

1.2.1. Konsep CVA

1.2.1.1. Definisi CVA

Cerebrovaskular Accident (CVA) merupakan salah satu jenis gangguan neurologi yang mempunyai serangan secara mendadak, yang berlangsung lebih dari 24 jam dan disebabkan oleh gangguan serebrovaskuler (Mustikarani & Mustofa, 2020). Stroke merupakan kondisi kegawatdaruratan yang harus segera ditangani dalam kurun waktu 8 jam, karena apabila melebihi waktu tersebut akan menyebabkan kematian sel otak yang hanya berlangsung hitungan menit sehingga pasien stroke akan menderita kecacatan bahkan kematian (Hady et al., 2023).

Stroke hemoragik merupakan perdarahan serebral dan mungkin perdarahan *subarachnoid* yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah otak pada daerah otak tertentu. Biasanya kejadiannya saat melakukan aktivitas namun tidak menutup kemungkinan bisa terjadi saat istirahat. Pasien dengan stroke hemoragik umumnya mengalami penurunan kesadaran (Kanggeraldo et al., 2018)

Berdasarkan pengertian diatas, dapat disimpulkan Stroke hemoragik merupakan stroke yang terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak pada lapisan

serebral atau subarachoid pada saat aktivitas ataupun keadaan lain yang umumnya ditandai dengan adanya penurunan kesadaran

1.2.1.2. Etiologi

Terjadinya stroke hemoragik dapat melalui beberapa mekanisme. Stroke hemoragik yang berkaitan dengan penyakit hipertensi terjadi pada stroke bagian otak dalam yang diperdarahi oleh *penetrating artery* seperti pada area ganglia basalis (50%), lobus serebral (10% hingga 20%), talamus (15%), pons serta batang otak (10% hingga 20%), dan serebelum (10%), stroke lobaris yang terjadi pada pasien usia lanjut dikaitkan dengan *cerebral amyloid angiopathy*. Selain diakibatkan oleh hipertensi, stroke hemoragik juga bisa diakibatkan oleh tumor intrakranial, penyakit moyamoya, gangguan pembekuan darah, leukimia, serta dipengaruhi juga oleh usia, jenis kelamin, ras/suku, dan faktor genetik (Kanggeraldo et al., 2018).

1.2.1.3. Klasifikasi

Menurut (WHO, 2015) Stroke hemoragik diklasifikasikan sebagai berikut :

1. Perdarahan Intraserebral (PIS)

Perdarahan intraserebral diakibatkan karena pecahnya pembuluh darah intraserebral yang dapat menyebabkan darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Apabila perdarahan luas dan secara mendadak sehingga daerah otak yang rusak cukup luas, maka keadaan ini biasa disebut *Ensephaloragia*. Perdarahan Intraserebral diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral jadi, darah keluar dari pembuluh darah dan kemudian masuk ke dalam jaringan otak. Penyebab Perdarahan Intracerebral

biasanya akibat hipertensi yang berlangsung dalam jangka waktu lama lalu, terjadi kerusakan dinding pembuluh darah dan salah satunya adalah terjadinya mikroaneurisma. Faktor pencetus lain adalah stres fisik, emosi, peningkatan tekanan darah mendadak yang mengakibatkan pecahnya pembuluh darah. Sekitar 60-70% Perdarahan Intracerebral disebabkan oleh hipertensi. Penyebab lainnya adalah deformitas pembuluh darah bawaan, kelainan koagulasi. Bahkan, 70% kasus berakibat fatal, terutama apabila perdarahannya luas (masif) (Ainy & Nurlaily, 2021).

2. Perdarahan Subarachnoid (PSA)

Perdarahan subarachnoid 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). Sebagian kasus Perdarahan subarachnoid terjadi tanpa sebab dari luar tetapi sepertiga kasus terkait dengan stres mental dan fisik. Kegiatan fisik yang menonjol seperti :mengangkat beban, menekuk, batuk atau bersin yang terlalu keras, mengejan dan hubungan intim (koitus) kadang bisa jadi penyebab.

1.2.1.4. Manifestasi klinis

Tanda dan gejala dari stroke yaitu:

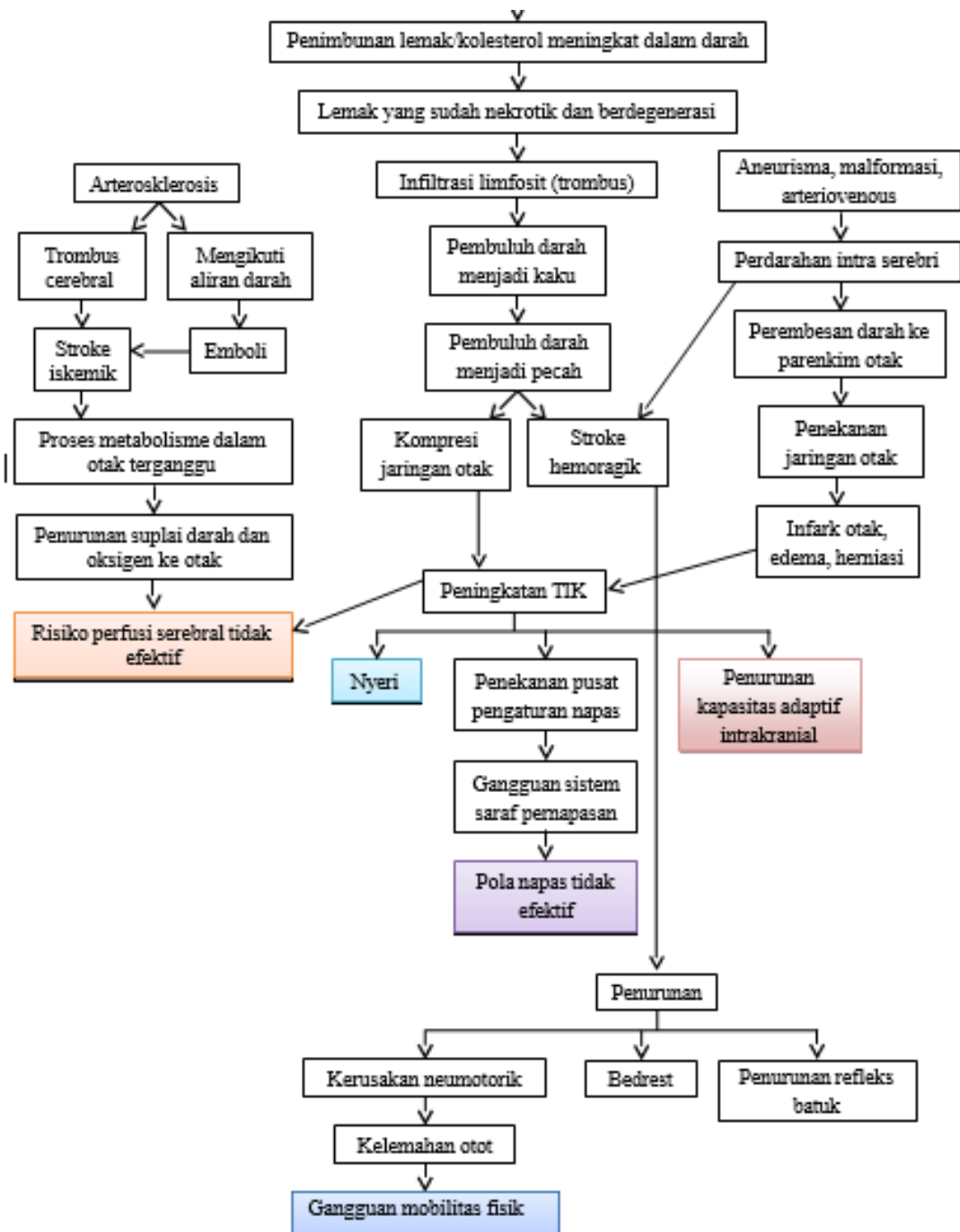
1. Hilangnya kekuatan disalah satu tubuh, terutama di satu sisi, termasuk wajah, lengan atau tungkai.
2. Rasa hilangnya sensasi atau timbul sensasi tak lazim di suatu bagian tubuh terutama jika hanya disalah satu sisi.

3. Hilangnya penglihatan total atau parsial di salah satu sisi.
4. Tidak mampu berbicara dengan benar atau memahami Bahasa
5. Hilangnya keseimbangan, berdiri tak mantap, atau jatuh tanpa sebab.
6. Serangan sementara jenis lain, vertigo, pusing bergoyang, kesulitan menelan (disfagia), kebingungan akut, dan gangguan daya ingat.
7. Nyeri kepala yang terlalu, muncul mendadak, atau memiliki karakter yang tidak lazim, termasuk perubahan pola nyeri kepala yang tidak dapat diterangkan.
8. Perubahan kesadaran yang tidak dapat dijelaskan atau kejang (Ojaghihaghghi et al., 2017).

1.2.1.5. Patofisiologi

Stroke hemoragik disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah yang disertai ekstrasvasi darah ke parenkim otak akibat penyebab nontraumatis. Stroke perdarahan sering terjadi pada pembuluh darah yang melemah. Penyebab kelemahan pembuluh darah tersering pada stroke adalah aneurisma dan malformasi arteriovenous (AVM). Ekstrasvasi darah ke parenkim otak ini berpotensi merusak jaringan sekitar melalui kompresi jaringan akibat dari perluasan hematoma. Faktor predisposisi dari stroke hemoragik yang sering terjadi adalah peningkatan tekanan darah. Peningkatan tekanan darah adalah salah satu faktor hemodinamika kronis yang menyebabkan pembuluh darah mengalami perubahan struktur atau kerusakan vaskular. Perubahan struktur yang terjadi meliputi lapisan elastik eksternal dan lapisan adventisia yang membuat pembuluh darah mendadak dapat membuat pembuluh darah pecah (Pinzon & Asanti, 2019).

1.2.1.6. Pathway



Gambar 1.1 Pathway CVA Hemoragik (Pinzon & Asanti, 2019)

1.2.1.7. Komplikasi

Komplikasi pada CVA Hemoragik menurut (Murphy & Werring, 2020) yaitu:

1. Fase akut

1) Menurunnya aliran darah dan hipoksia

Kerusakan di otak disebabkan perdarahan yang menyebabkan terjadinya gangguan perfusi jaringan akibat dari terhambatnya aliran darah ke otak. Hipoksia terjadi karena tidak adekuatnya aliran darah dan O₂ ke otak.

2) Edema serebri

Edema serebri adalah respon tubuh akibat adanya trauma jaringan. Edema terjadi bila ada area yang mengalami iskemik atau hipoksia maka tubuh segera meningkatkan aliran darah ke area tersebut dengan vasodilatasi pembuluh darah dan meningkatkan tekanan maka cairan interstisial akan berpindah ke ekstraseluler yang mengakibatkan edema jaringan otak.

3) Peningkatan tekanan intracranial (TIK)

Meningkatnya massa pada otak karena adanya edema otak atau perdarahan dapat meningkatkan tekanan intracranial ditandai dengan nyeri kepala, gangguan kesadaran dan gangguan motorik, sensorik.

4) Aspirasi

Pada pasien stroke dengan penurunan kesadaran atau koma berpotensi tinggi terjadinya aspirasi karena tidak adanya reflek menelan dan batuk

2. Fase pemulihan

- 1) Komplikasi yang dapat terjadi pada masa pemulihan seperti kontraktur, dekubitus, atrofi dan inkontinensia urin dan bowel.
- 2) Malnutrisi, karena intake yang adekuat
- 3) Nyeri kepala kronis seperti migraine

1.2.1.8. Penatalaksanaan

Menurut (Crisp et al., 2016) pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada penderita stroke adalah sebagai berikut :

1. CT scan bagian kepala.

Pada stroke non-hemoragik terlihat adanya infark, sedangkan pada strokehemoragik terlihat perdarahan.

2. Pemeriksaan lumbal pungsi.

Pada pemeriksaan lumbal pungsi untuk pemeriksaan diagnostik diperiksa kima citologi, mikrobiologi, dan virologi. Disamping itu, dilihat pula tetesan cairan serebrospinal saat keluar baik kecepatannya, kejernihannya, warna, dan tekanan yang menggambarkan proses terjadi di intraspinal. Pada stroke non-hemoragik akan ditemukan tekanan normal dari cairan serebrospinal jernih. Pemeriksaan fungsi sisternal dilakukan bila tidak mungkin dilakukan pungsi lumbal. Prosedur ini dilakukan dengansuperfisi neurolog yang telah berpengalaman.

3. Elektro kardiografi (EKG).

Untuk mengetahui keadaan jantung dimana jantung berperan dalam suplai darah ke otak.

4. Elektro Encephalografi.

Elektro encephalografi mengidentifikasi masalah berdasarkan gelombang otak, menunjukkan area lokasi secara spesifik

5. Pemeriksaan darah.

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui keadaan darah, kekentalan darah, jumlah sel darah, penggumpalan trombosit yang abnormal, dan mekanisme pembekuan darah.

6. Angiografi serebral.

Pada serebral angiografi membantu secara spesifik penyebab stroke seperti perdarahan atau obstruksi arteri, memperlihatkan secara tepat letak oklusi atau ruptur.

7. Magnetik resonansi imajine (MRI)

Menunjukkan darah yang mengalami infark, hemoragi, malformasi arterioirvena (MAV). Pemeriksaan ini lebih canggih dari CT scan.

1.2.2. Konsep elevasi 30 derajat

1.2.2.1. Definisi

Posisi elevasi kepala adalah posisi berbaring dengan bagian kepala pada tempat tidur di tinggikan 30 derajat dengan indikasi tidak melakukan manuver pada daerah leher dan ekstremitas bawah dalam posisi lurus tanpa adanya fleksi. Posisi elevasi dengan cara meninggikan bagian kepala 15 derajat – 30 derajat atau lebih

dapat memakai bantal atau menggunakan tempat tidur fungsional yang dapat diatur secara otomatis (Sands et al., 2020).

1.2.2.2. Tujuan

Elevasi kepala mampu mengontrol Tekanan Intrakranial (TIK), yaitu dengan cara menaikkan kepala dari tempat tidur sekitar 30 derajat. Hal ini bertujuan untuk menurunkan TIK, jika elevasi lebih tinggi dari 30 derajat, maka tekanan perfusi otak akan turun (Riberholt et al., 2020). Elevasi kepala/ *head up* berdasarkan pada respon fisiologis merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral, dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Peningkatan TIK yaitu komplikasi serius karena penekanan di pusat-pusat vital di dalam otak (herniasi) dan dapat mengakibatkan kematian sel otak (Kiswanto & Chayati, 2021)

1.2.2.3. Prosedur elevasi kepala 30 derajat

Prosedur pengaturan posisi elevasi kepala pada pasien dengan penurunan adaptif intrakranial khususnya pasien stroke menurut (Wahidin, Ngabdi Supraptini, 2020). Adalah sebagai berikut:

1. Posisikan pasien dalam keadaan terlentang
2. Atur posisi kepala lebih tinggi dalam keadaan datar tanpa fleksi, ekstensi atau rotasi.
3. Selanjutnya atur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 15 derajat dan kemudian setinggi 30 derajat.

4. Luruskan ekstremitas bawah. Hindari dari fleksi dimana posisi fleksi akan meningkatkan tekanan intra abdomen.
5. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaturan posisi head up 30 derajat adalah fleksi, ekstensi dan rotasi kepala akan menghambat venous return sehingga akan meningkatkan tekanan perfusi serebral yang akan berpengaruh pada peningkatan TIK

1.2.3. Konsep penurunan kapasitas adaptif intrakranial

1.2.3.1 Definisi

Penurunan kapasitas adaptif intracranial adalah gangguan mekanisme dinamika intracranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang mampu menurunkan kapasitas intrakranial (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1.2.3.2 Etiologi

- a. Lesi menempati ruang (mis: *space-occupying lesion* – akibat tumor, abses)
- b. Gangguan metabolisme (mis: akibat hiponatremia, ensefalofati uremik, ensefalopati hepatikum, ketoasidosis diabetic, septikemia)
- c. Edema serebral (mis: akibat cedera kepala [hematoma epidural, hematoma subdural, hematoma subarachnoid, hematoma intraserebral], stroke iskemik, stroke hemoragik, hipoksia, ensefalopati iskemik, pasca operasi)
- d. Peningkatan tekanan vena (mis: akibat thrombosis sinus vena serebral, gagal jantung, thrombosis/obstruksi vena jugularis atau vena kava superior)
- e. Obstruksi aliran cairan serebrospinalis
- f. Hipertensi intrakranial idiopatik (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1.2.3.3 Manifestasi klinis

a. Gejala dan Tanda Mayor

DS: Sakit kepala

DO:

- 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

g. Gejala dan Tanda Minor

DS: (Tidak tersedia)

DO:

1. Gelisah
2. Agitasi
3. Muntah (Tanpa disertai mual)
4. Tampak lesu
5. Fungsi kognitif terganggu
6. Tekanan Intrakranial TIK >20 mmHg
7. Papiledema
8. Postur ekstensi.

1.2.3.1. Kondisi klinis terkait

1. Cedera kepala
2. Iskemik serebral
3. Tumor serebral
4. Hidrosefalus
5. Hematoma kranial
6. Pembentukan arteriovenous
7. Edema vasogenik
8. Hiperemia
9. Obstruksi aliran vena (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

1.2.4. Konsep asuhan keperawatan Stroke

Proses keperawatan merupakan sarana atau alat yang digunakan oleh perawat dalam bekerja dan tata cara pelaksanaannya tidak boleh terpisah antar tahapan. Tahap pertama pengkajian, tahap kedua menegakkan diagnosis keperawatan, tahap ketiga menyusun rencana keperawatan yang mengarah kepada penanganan diagnosis keperawatan, tahap keempat diimplementasikan dan tahap kelima atau tahap terakhir adalah dievaluasi (Budiono, 2021). Adapun proses keperawatan pada pasien CVA Hemoragik dapat dijelaskan sebagai berikut :

1.2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan (Nilam et al., 2017). Pengkajian

keperawatan yang dilaksanakan perawat secara umum dengan anamnesis pada pasien meliputi :

1. Identitas pasien

Meliputi identitas klien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajian, diambil).

2. Identitas penanggung jawab pasien Identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan klien, pekerjaan, alamat)

3. Keluhan utama

Biasanya mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran.

4. Riwayat kesehatan sekarang

Serangan stroke sering kali berlangsung sangat mendadak saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntahbahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain.

5. Riwayat kesehatan dahulu

Adanya riwayat hipertensi, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

6. Riwayat penyakit keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, DM, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.

7. Riwayat psikososial

Stroke memang suatu penyakit yang sangat mahal. Biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan pikiran pasien serta keluarga.

8. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian fisik pada pasien stroke hemoragik menggunakan teknik pengkajian B1-B6 (Breathing, Blood, Brain, Bladder, Bowel, Bone) dan difokuskan pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah serta dihubungkan pada keluhan-keluhan dari pasien.

- 1) Breathing (B1): Pengkajian berfokus pada sistem pernapasan pasien meliputi jalan napas hingga gangguan pada pernapasan yang berakibat pada penurunan kesadaran pasien dengan tekn)
- 2) Blood (B2)Pengkajian berfokus pada sistem kardiovaskularpasien stroke umumnya didapatkan renjatan (syok hipovolemik) serta tekanan darah yang umumnya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200mmHg)
- 3) Brain (B3): Pengkajian berfokus pada otak pasien stroke non hemoragik yang menyebabkan berbagai defisit neurologis tergantung

pada lokasi lesi, ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya. Monitor tingkat kesadaran pasien dengan menggunakan kategori dibawah ini :

- a) Composmentis : kondisi seseorang yang sadar sepenuhnya, baik terhadap dirinya maupun terhadap lingkungannya dan dapat menjawab pertanyaan yang dinyatakan pemeriksa dengan baik. Nilai GCS Composmentis: 15 – 14
- b) Apatis : yaitu kondisi seseorang yang tampak segan dan acuh tak acuh terhadap lingkungannya. Nilai GCS Apatis: 13 – 12
- c) Derilium : yaitu kondisi seseorang yang mengalami kekacauan gerakan, siklus tidur bangun yang terganggu dan tampak gaduh gelisah, kacau, disorientasi serta meronta-ronta. Nilai GCS Derilium: 11 – 10
- d) Somnolen : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk namun masih dapat sadar bila dirangsang, tetapi bila rangsang berhenti akan tertidur kembali. Nilai GCS Somnolen: 9 – 7
- e) Sopor : yaitu kondisi seseorang yang mengantuk yang dalam, namun masih dapat dibangunkan dengan rangsang yang kuat, misalnya rangsang nyeri, tetapi tidak terbangun sempurna dan tidak dapat menjawab pertanyaan dengan baik.

- f) Semi-Coma : yaitu penurunan kesadaran yang tidak memberikan respons terhadap pertanyaan, tidak dapat dibangunkan sama sekali, respons terhadap rangsang nyeri hanya sedikit, tetapi refleks kornea dan pupil masih baik. Nilai GCS Semi Coma:4
- g) Coma : yaitu penurunan kesadaran yang salangat dalam, memberikan respons terhadap pernyataan, tidak ada gerakan, dan tidak ada respons terhadap rangsang nyeri. Nilai GCS Coma: 3

Pada pemeriksaan B3(Brain) terdapat pemeriksaan 12 Nervus intracranial yaitu :

- a) N1 Olfaktorius : saraf cranial I berisi serabut sensorik untuk indera penghidu. Mata pasien terpejam dan letakkan bahan-bahan aromatic dekat hidung untuk diidentifikasi.
- b) NII Optikus : Akuitas visual kasar dinilai dengan menyuruh pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasien sakit harus diperhatikan.
- c) NIII Okulomotoris : Menggerakkan sebagian besar otot mata
- d) NIV Troklear : Menggerakkan beberapa otot mata
- e) NV Trigeminal : Saraf trigeminal mempunyai 3 bagian: optalmikus, maksilaris, dan madibularis. Bagian sensori dari saraf ini mengontrol sensori pada wajah dan kornea. Bagian motorik mengontrol otot mengunyah. Saraf ini secara parsial dinilai dengan menilai reflak kornea; jika itu baik pasien akan berkedip ketika kornea diusap kapas

secara halus. Kemampuan untuk mengunyah dan mengatup rahang harus diamati.

- f) NVI Abdusen : Saraf cranial ini dinilai secara bersamaan karena ketiganya mempersarafi otot ekstraokular. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien untuk mengikuti gerakan jari pemeriksa ke segala arah.
- g) NVII Fasialis : Bagian sensori saraf ini berkenaan dengan pengecapan pada dua pertiga anterior lidah. Bagian motorik dari saraf ini mengontrol otot ekspresi wajah. Tipe yang paling umum dari paralisis fasial perifer adalah bell's palsy.
- h) NVIII Akustikus : Saraf ini dibagi menjadi cabang-cabang koklearis dan vestibular, yang secara berurutan mengontrol pendengaran dan keseimbangan. Saraf koklearis diperiksa dengan konduksi tulang dan udara. Saraf vestibular mungkin tidak diperiksa secara rutin namun perawat harus waspada, terhadap keluhan pusing atau vertigo dari pasien.
- i) NIX Glosfaringeal : Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam
- j) NX Vagus : Saraf cranial ini biasanya dinilai bersama-sama. Saraf Glosfaringeus mempersarafi serabut sensori pada sepertiga lidah bagian posterior juga uvula dan langit-langit lunak. Saraf vagus

mempersarafi laring, faring dan langit-langit lunak serta memperlihatkan respon otonom pada jantung, lambung, paru- paru dan usus halus. Ketidak mampuan untuk batuk yang kuat, kesulitan menelan dan suara serak dapat merupakan pertanda adanya kerusakan saraf ini.

k) NXI Asesoris spinal : Saraf ini mengontrol otot-otot sternokliedomostoid dan otot trapesius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan menyuruh pasien mengangkat bahu.

l) NXII Hipoglosus: Berperan sebagai motorik dan sensorik pada lidah, saraf ini berhubungan dengan saraf bicara

4) Bladder (B4):

Pasca stroke pasien kemungkinan mengalami inkontensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural maka dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontensia urine yang berlanjut menunjukkan kondisi kesehatan tertentu.

5) Bowel (B6)

Terdapat keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun mual muntah pada fase akut. Pada defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis yang meluas.

6) Bone (B6)

Stroke merupakan penyakit yang menyebabkan penurunan gerakan motorik. Dengan adanya neuron motor volunter pada satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh adalah tanda yang lain.

1.2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan yaitu penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga atau komunitas pada masalah kesehatan, pada risiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan. Diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada pasien CVA menurut (Tim pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yaitu:

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d peningkatan tekanan vena
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d penurunan kinerja ventrikel kiri, tumor otak, cedera kepala, infark miokard akut, hipertensi dan hiperkolesteronemia.
- c. Pola napas tidak efektif b/d depresi pusat pernapasan, hambatan upaya napas, gangguan neuromuskular dan gangguan neurologis.
- d. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d spasme jalan napas, disfungsi neuromuskuler dan sekresi yang tertahan.
- e. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak
- f. Gangguan komunikasi verbal b/d penurunan sirkulasi serebral, dan gangguan

neuromuskuler

- g. Gangguan persepsi sensori b/d gangguan penglihatan, pendengaran, penghiduan, dan hipoksia serebral

1.2.4.3 Intervensi keperawatan

Menurut (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017) Intervensi yang diberikan pada pasien dengan CVA Non hemoragik yaitu:



Tabel 1.1 Intervensi dan Luaran keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	<p>Setelah dilakukan tindakan Keperawatan diharapkan perfusi jaringan serebral pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran kognitif meningkat 2. Gelisah menurun 3. Tekanan intrakranial menurun 4. Kesadaran membaik (L.06049) 	<p>Manajemen Peningkatan TIK</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK b. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK c. Monitor MAP <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan posisi semi fowler 2. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 3. Cegah terjadinya kejang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi dalam pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu 2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
2	Pola Nafas tidak Efektif b/d hambatan upaya	<p>Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan pola nafas pasien menjadi efektif dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Frekuensi napas membaik b. Kedalaman napas membaik 	<p>Manajemen jalan nafas</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor bunyi napa stambahan (mis: wheezing) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Posisikan semi fowler atau fowler 2. Pertahankan kepatenan jalan nafas dengan head-tilt dan chin-lift

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			<p>3. Berikan minum hangat 4. Lakukan fisioterapi dada 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Berikan oksigen</p> <p>Edukasi</p> <p>1. Ajarkan teknik batuk efektif</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik.</p> <p>Dukungan Ventilasi</p> <p>Observasi</p> <p>1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (frekuensi, dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)</p> <p>Terapeutik</p> <p>1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan posisi semi fowler atau fowler 3. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin 4. Berikan</p>

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			<p>oksigenasi sesuai kebutuhan</p> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam 2. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri 3. Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian bronkodilator,jika perlu</p>
3	Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler dan kelemahan anggota gerak	<p>Setelah dilakukan Tindakan asuhan keperawatan diharapkan mobilitas fisik tidak terganggu dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat 3. Rentang gerak(ROM) meningkat 4. Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu(mis; duduk diatas tempat tidur 2. Fasilitasi melakukan

No	Diagnosa Keperawatan	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
			pergerakan 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi 1. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi 2. Anjurkan melakukan mobilisasi dini 3. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk diatas tempat tidur)

1.2.4.1. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat guna membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap ini dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan (Zebua, 2020).

1.2.4.2. Evaluasi

Evaluasi merupakan salah satu tahapan dari proses asuhan keperawatan dan merupakan Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang

menandakan seberapa jauh dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi keperawatan dan implementasi sudah berhasil dicapai. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kesalahan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi. Pada tahap ini dilakukan kegiatan untuk menentukan apakah rencana keperawatan dan apakah bisa dilanjutkan atau tidak, merevisi, atau bisa juga dihentikan (Risnawati et al., 2021)

1.3. Tujuan penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Tujuan dari Karya Ilmiah Ners ini adalah melakukan analisis serta memberikan asuhan keperawatan kasus Stroke Hemoragik dengan Masalah keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial di ruang anggrek RSUD Bangil.

1.3.2. Tujuan khusus

1. Mampu melakukan pengkajian Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial di RSUD Bangil Pasuruan.
2. Mampu merumuskan Diagnosis keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik Dengan Masalah Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial di RSUD Bangil Pasuruan.
3. Mampu menyusun Intervensi keperawatan pada Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Hemoragik dengan Masalah Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial di RSUD Bangil Pasuruan.

4. Mampu melaksanakan Implementasi keperawatan Asuhan Keperawatan Pasien Stroke hemoragik Dengan Masalah Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial di RSUD Bangil Pasurua
5. Mampu melakukan Evaluasi keperawatan Asuhan Keperawatan Pasien stroke hemoragik Dengan Masalah Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial di RSUD Bangil Pasuruan

1.4. Manfaat

1.4.1. Teoritis

Asuhan keperawatan ini diharapkan dapat membantu pemecahan masalah dan menambah wawasan keilmuan dalam bidang keperawatan medikal bedah khususnya dengan masalah yang berhubungan dengan Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial pada klien stroke hemoragik.

1.4.2. Praktis

1. Bagi perawat

Hasil penelitian ini dapat diharapkan memberikan sumbangan dalam penatalaksanaan dan informasi dalam bidang keperawatan medikal bedah dengan masalah Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial pada klien stroke hemoragik .

2. Bagi Rumah Sakit

Asuhan keperawatan pada klien stroke hemoragik ini dapat dijadikan bahan perbandingan studi untuk mengevaluasi keefektifan implementasi yang

diberikan pada klien dengan masalah keperawatan Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil dari penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk meningkatkan kualitas pengetahuan dan pendidikan dalam bidang keperawatan medikal bedah pada penatalaksanaan klien yang mengalami stroke hemoragik dengan masalah Penurunan kapasitas Adaptif Intrakranial.

4. Bagi pasien Dan keluarga

Memberikan pengetahuan, penyuluhan, pencegahan serta dan penatalaksanaan kepada klien dan keluarga tentang penyakit stroke hemoragik agar bisa dihindari dan menerapkan kehidupan yang sehat dalam aktivitas sehari-hari, agar terhindar dari masalah gangguan perfusi jaringan serebral pada klien stroke hemoragik

