

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
INTRACEREBRAL HEMORRHAGE (ICH) DI R7
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



Oleh :

**HERMAN BUDIYANTO
NIM. 2121032**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN
INTRACEREBRAL HEMORRHAGE (ICH) DI R7
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan**



Oleh :

**HERMAN BUDIYANTO
NIM. 2121032**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2024**

SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan plagiarasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 08 Mei 2024

Penulis



Herman Budiyanto
NIM. 2121032

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Herman Budiyanto
NIM : 2121032
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, akan kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa karya tulis ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar :

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.Kep)

Surabaya, 09 Mei 2024
Pembimbing



Dr. Setiadi, S. Kep., Ns., M. Kep.
NIP.03.001

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 09 Mei 2024

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah dari :

Nama : Herman Budiyanto
NIM : 2121032
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan
Intracerebral Hemorrhage (ICH) di R7 RSPAL
Dr. Ramelan Surabaya

Telah dipertahankan di hadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah STIKES
Hang Tuah Surabaya, pada :

Hari, tanggal : 16 Mei 2024
Bertempat di : STIKES Hang Tuah Surabaya

dan dinyatakan **Lulus** dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk
memperoleh gelar **AHLI MADYA KEPERAWATAN** pada Prodi D3
Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya

Penguji Ketua : Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep.
NIP. 03.049

Penguji I : Dedi Irawandi S,Kep.,Ns., M.Kep.
NIP. 03.050

Penguji II : Dr. Setiadi, S. Kep., Ns., M. Kep.
NIP. 03.001

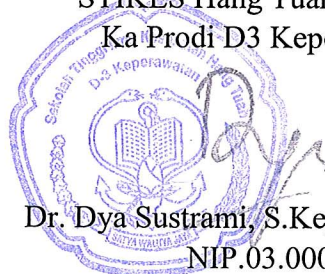
()

()

()

Mengetahui,

STIKES Hang Tuah Surabaya
Ka Prodi D3 Keperawatan



Dr. Dya Sustrami, S.Kep.,Ns., M.Kes.
NIP.03.0007

Ditetapkan di : STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal : 16 Mei 2024

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada penulis, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ini sesuai dengan waktu yang telah ditentukan. Karya tulis ini disusun sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan program Studi D3 Keperawatan.

Penulis menyadari bahwa keberhasilan dan kelancaran karya tulis bukan hanya karena kemampuan penulis, tetapi banyak ditentukan oleh bantuan dari berbagai pihak, yang telah dengan ikhlas membantu penulis demi terselesainya penulisan, oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih dan penghargaan yang sebesar-besarnya kepada :

1. Laksamana Pertama TNI (Purn) Dr. A.V. Sri Suhardiningsih, S.Kp., M.Kes, selaku Ketua STIKES Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan kepada kami untuk berkuliah di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya.
2. Dr. Diyah Arini, S.Kep., Ns., M.Kes., Dr. Setiadi, S.Kep.,Ns.,M.Kep., Dr. Dhian Satya R., S.Kep., Ns.,M.Kep., selaku puket 1,2,dan 3 STIKES Hangtuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan.
3. Laksamana Pertama TNI Dr. Sujoko Purnomo, Sp.B, selaku Kepala RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan ijin dan lahan praktik untuk penyusunan karya tulis dan selama kami berada di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

4. Dr. Dya Sustrami, S.Kep., Ns., M.Kes, selaku Kepala Program Studi D3 keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya yang selalu memberikan dorongan penuh dengan wawasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya manusia.
5. Ibu Ceria Nurhayati, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Penguji ketua yang dengan telah bersedia meluangkan waktu, tenaga dan pikiran serta perhatian dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
6. Bapak Dedi Irawandi S.Kep., Ns., M.Kep, selaku penguji, yang dengan tulus ikhlas telah memberikan arahan dan masukan dalam penyusunan dalam penyelesaian karya tulis ilmiah ini.
7. Bapak dan Ibu Dosen STIKES Hang Tuah Surabaya, yang telah memberikan bekal bagi penulis melalui materi-materi kuliah yang penuh nilai dan makna dalam penyempurnaan penulisan karya tulis ilmiah ini, serta kepada seluruh tenaga administrasi yang tulus ikhlas melayani keperluan penulis selama menjalani studi dan penulisannya.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu, terima kasih atas bantuannya, Penulis hanya bisa berdo'a semoga Allah SWT membalas amal baik semua pihak yang telah membantu dalam proses penyelesaian karya tulis ilmiah ini.

Selanjutnya, penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kesempurnaan. Maka dari itu saran dan kritik yang konstruktif senantiasa penulis harapkan. Akhirnya penulis

berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 08 Mei 2024

Penulis

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. Budiyanto', written in a cursive style.

Herman Budiyanto
NIM. 2121032

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PERSETUJUAN	Error! Bookmark not defined.
HALAMAN PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus.....	5
1.4 Manfaat.....	5
1.5 Metode Penelitian	6
1.5.1 Metode.....	6
1.5.2 Teknik Pengumpulan Data	6
1.5.3 Sumber Data	7
1.5.4 Studi Kepustakaan	7
1.6 Sistematika Penulisan.....	7
BAB 2 TINJUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep Dasar Penyakit	9
2.1.1 Pengertian <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH)	9
2.1.2 Etiologi <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH).....	10
2.1.3 Tanda dan Gejala <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH)	11
2.1.4 Patofisiologi <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH)	13
2.1.5 Pemeriksaan Penunjang <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH)	14
2.1.6 Penatalaksanaan <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH)	16
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH)	18
2.2.1 Pengkajian	18
2.2.2 Diagnosa Keperawatan	28
2.2.3 Intervensi / Perencanaan.....	29
2.2.4 Implementasi / Pelaksanaan	39
2.2.5 Evaluasi	39
2.3 <i>Web Of Causation</i> (WOC) <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH).....	40
BAB 3 TINJAUAN KASUS	42
3.1 Pengkajian	42
3.1.1 Identitas	42
3.1.2 Riwayat Kesehatan	42
3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan	44
3.1.4 Pengkajian Fisik	49

3.1.5	Pemeriksaan Penunjang.....	54
3.1.6	Terapi Medis.....	57
3.2	Diagnosis Keperawatan.....	58
3.2.1	Analisis Data	58
3.2.2	Prioritas Masalah.....	60
3.3	Intervensi Keperawatan.....	61
3.4	Implementasi dan Evaluasi.....	65
BAB 4 PEMBAHASAN		92
4.1	Pengkajian	92
4.1.1	Identitas	93
4.1.2	Riwayat Kesehatan	93
4.1.3	Pola Fungsi Kesehatan	95
4.1.4	Pemeriksaan fisik	95
4.1.5	Pemeriksaan Penunjang.....	100
4.1.6	Pemberian Terapi	101
4.2	Diagnosis Keperawatan.....	102
4.3	Intervensi Keperawatan.....	103
4.4	Implementasi	107
4.5	Evaluasi	109
BAB 5 PENUTUP		112
5.1	Simpulan.....	112
5.2	Saran.....	114
DAFTAR PUSTAKA		115
LAMPIRAN.....		117

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Penyebab <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH).....	11
Gambar 2.2 Mekanisme cedera setelah perdarahan intraserebral	13
Gambar 2.2 WOC <i>Intracerebral Hemorrhage</i> (ICH)	40
Gambar 3.1 Genogram keluarga Tn. S.....	44
Gambar 3.2 Hasil Foto Rontgen tanggal 28 November 2023	55
Gambar 3.3 Hasil CT Scan Kepala non Kontras tgl 24 November 2023.....	56

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Hasil laboratorium tanggal 04 Desember 2023.....	54
Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi pada Tn. S	57
Tabel 3.3 Analisa data asuhan keperawatan pada pasien dengan ICH	58
Tabel 3.4 Prioritas Masalah pada pasien dengan ICH	60
Tabel 3.5 Intervensi keperawatan pasien dengan ICH.....	61
Tabel 3.3 Implementasi dan evaluasi keperawatan pasien dengan ICH	65

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Daftar Riwayat Hidup.....	117
Lampiran 2 Motto dan Persembahan	118
Lampiran 3 SOP Pelatihan ROM (<i>Range Of Motion</i>)	119

DAFTAR SINGKATAN

AHA	: <i>American Heart Association</i>
APTT	: <i>Activated Partial Thrombin Time</i>
BP	: <i>Blood pressure</i>
BBB	: <i>blood-brain barrier</i>
CRT	: <i>Capillary Refill Time</i>
CT-Scan	: <i>Computed tomography scan</i>
EEG	: <i>Elektroencefalography</i>
FFP	: <i>Fresh Freozen Plasma</i>
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
ICH	: <i>Intracerebral Hemorrhage</i>
INR	: <i>International Normalized Ratio</i>
MRI	: <i>Magnetic resonance imaging</i>
NINDS	: <i>National Institute of Neurological Disorder and Stroke</i>
NOACs	: <i>Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants</i>
PCC	: <i>Prothrombin Complex Concentrates</i>
PPNI	: <i>Persatuan Perawat Nasional Indonesia</i>
PT	: <i>Prothrombin Time</i>
TIA	: <i>Transient Ischemic Attack</i>
SPECT	: <i>Single-photon emission computed tomography</i>
SDKI	: <i>Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia</i>
SLKI	: <i>Standar Luaran Keperawatan Indonesia</i>
SIKI	: <i>Standar Intervensi keperawatan Indonesia</i>
TIK	: <i>Tekanan Intrakranial</i>
USG	: <i>Ultrasonografi</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organization (WHO), stroke sebagai gejala klinis dari gangguan fungsi serebral, baik fokal maupun global, yang terjadi dengan cepat dan berlangsung dengan cepat dan lebih dari 24 jam, atau berakhir dengan kematian tanpa adanya penyakit lain selain gangguan vaskular. Stroke memiliki dunia jenis yakni stroke hemoragik dan non-hemoragik. Jenis pertama atau stroke hemoragik terjadi karena pecahnya pembuluh darah otak, sehingga mengakibatkan terhentinya pasokan oksigen dan glukosa ke otak. Masalah keperawatan yang dapat terjadi pada pasien diagnosis medis Intracerebral Hemorrhage (ICH) antara lain Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral, Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler, Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas, Konstipasi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Toileting, Resiko Defisit Nutrisi, Resiko jatuh (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

American Heart Association (AHA) 2023 menjelaskan secara global prevalensi stroke pada tahun 2022 adalah 101,5 juta orang dengan sekitar 77,2 juta menderita stroke non hemoragik, sekitar 20,7 juta perdarahan intraserebral, dan sekitar 8,4 juta untuk perdarahan subarachnoid, dengan jumlah 6,6 juta kematian akibat serebrovaskular di seluruh dunia. menurut Kemenkes RI, (2023) berdasarkan hasil Riskesdas 2018, stroke merupakan

penyebab disabilitas nomor satu dan penyebab kematian nomor dua di dunia setelah penyakit jantung. Di Indonesia, stroke menjadi penyebab kematian utama. Prevalensi stroke di Indonesia meningkat penduduk pada tahun 2018. Dari sisi pembiayaan, stroke menjadi salah satu penyakit katastrofik dengan pembiayaan terbesar ketiga setelah penyakit jantung dan kanker, yaitu 3.23 triliun pada tahun 2022. di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya pada bulan September 2023 ditemukan sebanyak 115 pasien menderita stroke.

Hipertensi adalah penyebab paling umum dari stroke hemoragik (*CVA Bleeding*) menyebabkan pendarahan di otak akibat pecahnya pembuluh darah. Stroke hemoragik dapat dibagi lagi menjadi perdarahan intraserebral (ICH) dan perdarahan subarachnoid (SAH). ICH mengeluarkan darah ke parenkim otak, dan SAH mengeluarkan darah ke ruang subarachnoid. Stroke hemoragik dikaitkan dengan morbiditas yang parah dan mortalitas yang tinggi. Perkembangan stroke hemoragik dikaitkan dengan hasil yang lebih buruk. bagian tubuh yang sering terjadinya perdarahan adalah ganglia basalis (50%), lobus serebral (10% hingga 20%), thalamus (15%), pons dan batang otak (10% hingga 20%), dan otak kecil (10. %) Hematoma mengganggu neuron dan glia. Hal ini menyebabkan oligemia, pelepasan neuro-transmitter, disfungsi mitokondria, dan pembengkakan sel. Trombin mengaktifkan mikroglia dan menyebabkan peradangan dan edema. Biasanya hematoma membesar dalam 3 jam hingga 12 jam. Pembesaran hematoma terjadi dalam 3 jam pada sepertiga kasus. Edema perihematoma meningkat dalam waktu 24 jam, puncaknya sekitar 5 sampai 6 hari, dan berlangsung hingga 14 hari. Ada area hipoperfusi di sekitar hematoma. Faktor penyebab perburukan ICH adalah perluasan hematoma, perdarahan

intraventricular, edema perihematoma, dan inflamasi. Hematoma serebelar menyebabkan hidrosefalus akibat kompresi ventrikel keempat pada tahap awal (Kumar et al., 2023).

Prinsip penanganan awal meliputi survei primer dan survei sekunder. Dalam penatalaksanaan survei primer yang diprioritaskan antara lain airway, breathing, circulation, disability dan exposure yang kemudian dilanjutkan dengan resusitasi (Ibrahim et al., 2021). Berbagai jenis pengobatan bedah untuk stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopi, dan aspirasi kateter (Kumar et al., 2023). Sedangkan Asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* Pertama, dimulai dengan masalah keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial agar mendapatkan kriteria hasil kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan melakukan intervensi keperawatan manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan pemantauan tekanan intrakranial. Kedua, masalah keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik agar mendapatkan kriteria hasil tingkat nyeri menurun maka dilakukan intervensi keperawatan manajemen nyeri. Ketiga, masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot agar mendapatkan kriteria hasil mobilitas fisik meningkat maka dilakukan intervensi keperawatan dukungan ambulasi. Keempat, masalah keperawatan Risiko Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan agar mendapatkan kriteria hasil status nutrisi membaik maka dilakukan manajemen nutrisi. Kelima, masalah keperawatan gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskular agar mendapatkan kriteria hasil komunikasi verbal meningkat

maka dilakukan intervensi keperawatan promosi komunikasi: defisit bicara. Keenam, masalah keperawatan defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskuler agar mendapatkan kriteria hasil perawatan diri meningkat maka dilakukan intervensi keperawatan berupa dukungan perawatan diri. Ketujuh, masalah keperawatan konstipasi berhubungan dengan aktivitas harian kurang dari yang dianjurkan agar mendapatkan kriteria hasil eliminasi fekal membaik maka dilakukan intervensi keperawatan berupa manajemen eliminasi fekal. Kedelapan, masalah keperawatan gangguan menelan berhubungan dengan Gangguan saraf kranialis agar mendapatkan kriteria hasil status menelan membaik maka dilakukan intervensi keperawatan dukungan perawatan diri: makan/minum. Kesembilan, masalah keperawatan risiko jatuh ditandai dengan kekuatan otot menurun agar mendapatkan kriteria hasil tingkat jatuh menurun maka dilakukan intervensi keperawatan pencegahan jatuh. Kesepuluh masalah keperawatan risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif agar mendapatkan kriteria hasil tingkat infeksi menurun maka dilakukan intervensi keperawatan pencegahan Infeksi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

12 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?

13 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan Pengkajian Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Menegakkan diagnosis Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
3. Menyusun Intervensi Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
4. Melakukan Implementasi Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
5. Melakukan Evaluasi Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
6. Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

14 Manfaat

Terkait dengan tujuan, maka tugas karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat memberikan manfaat :

1. Akademis, hasil karya tulis ilmiah ini merupakan ilmu pengetahuan khususnya terkait dengan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.
2. Tugas Karya Tulis Ilmiah ini akan bermanfaat bagi :
 - a. Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit
Hasil karya tulis ilmiah ini, dapat bermanfaat bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan

Intracerebral Hemorrhage (ICH) di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

b. Bagi peneliti

Hasil penelitian ini bermanfaat bagi peneliti berikutnya, yang akan melakukan pembuatan karya tulis ilmiah pada Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

c. Bagi profesi kesehatan

Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.5 Metode Penelitian

1.5.1 Metode

Metode deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengungkapkan peristiwa atau gejala yang terjadi pada waktu sekarang yang meliputi, studi kepustakaan yang mempelajari, mengumpulkan, membahas data dengan studi pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, diagnosis, perencanaan dan evaluasi.

1.5.2 Teknik Pengumpulan Data

1. Wawancara

Data diambil dan diperoleh melalui perbincangan yang baik dengan pasien maupun tim kesehatan lain disertai rekam medis pasien.

2. Observasi

Data yang diambil dari hasil pengamatan secara visual maupun percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun tim kesehatan lain.

3. Pemeriksaan

Meliputi pemeriksaan fisik (B1-B6, tekanan darah, suhu) yang dapat menunjang penegakan diagnosis dan penanganan selanjutnya.

1.5.3 Sumber Data

1. Data Primer

Data primer adalah data yang diperoleh dari pasien.

2. Data Sekunder

Data Sekunder adalah data yang diperoleh dari keluarga ataupun orang terdekat pasien, catatan rekam medik perawat, hasil-hasil pemeriksaan penunjang dan tim kesehatan lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber referensi yang berhubungan dengan judul karya tulis ilmiah dan masalah yang sedang dibahas.

16 Sistematika Penulisan

Agar lebih mudah dalam mempelajari dan memahami karya tulis ilmiah ini, secara keseluruhan di bagi menjadi tiga bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar, daftar lampiran.
2. Bagian inti, terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari Sub Bab berikut ini :

BAB 1 : Pendahuluan, berisi tentang latar belakang, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan karya tulis ilmiah.

BAB 2 : Tinjauan Pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis dan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, serta kerangka masalah.

BAB 3 : Tinjauan Kasus, berisi tentang diskripsi data hasil pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

BAB 4 : Pembahasan berisi tentang perbandingan antara teori dengan kenyataan yang ada di lapangan.

BAB 5 : Penutup, berisi tentang simpulan dan saran.

3. Bagian akhir terdiri dari daftar pustaka dan lampiran.

BAB 2

TINJUAN PUSTAKA

Dalam bab ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan / intervensi, pelaksanaan / implementasi, dan evaluasi.

2.1 Konsep Dasar Penyakit

2.1.1 Pengertian *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

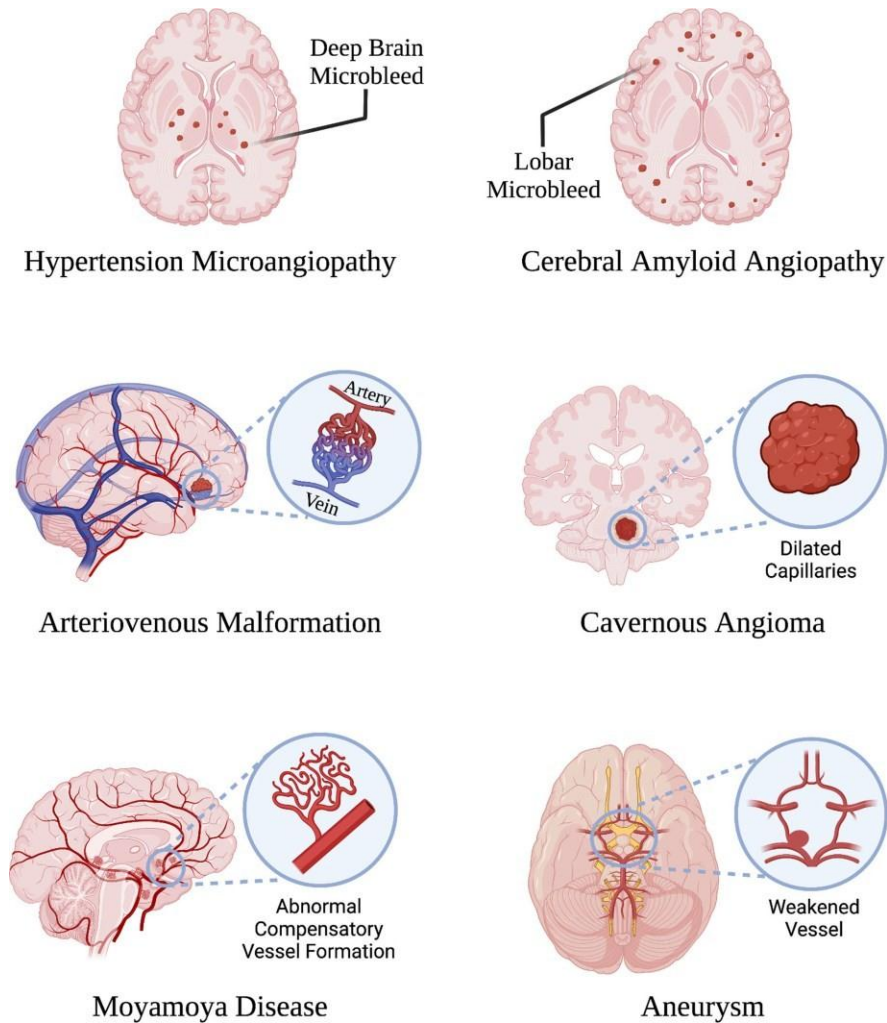
Intracerebral Hemorrhage (ICH) adalah pendarahan yang tiba-tiba mengganggu fungsi otak. Pendarahan ini dapat terjadi baik di dalam otak atau antara otak dan tengkorak. Stroke hemoragik mencakup sekitar 15% dari seluruh stroke, dan dibagi menjadi beberapa kategori tergantung pada lokasi dan penyebab perdarahan (Howard E. LeWine, 2023)

Intracerebral Hemorrhage (ICH) merupakan perdarahan yang terjadi saat pembuluh darah yang mengarah ke otak mengalami kebocoran. Kebocoran ini dipicu oleh kenaikan tekanan secara mendadak di dalam otak, yang menyebabkan pembuluh darah yang sebelumnya tersumbat tidak mampu menahan tekanan tersebut. Akibatnya, pembuluh darah tersebut pecah dan mengakibatkan perdarahan (Prita, 2023).

Intracerebral Hemorrhage (ICH) atau yang biasa dikenal sebagai 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 (Setiawan, 2021).

2.1.2 Etiologi *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Intracerebral Hemorrhage (ICH) biasanya terjadi akibat dari pembuluh darah yang melemah kemudian pecah dan menyebabkan pendarahan di sekitar otak. Faktor yang dapat menimbulkan stroke dibedakan menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah atau tidak dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat diubah atau dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang tidak dapat diubah diantaranya peningkatan usia dan jenis kelamin laki-laki. Faktor risiko yang dapat diubah antara lain hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia. Hipertensi diartikan sebagai suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi batas tekanan darah normal. Hipertensi merupakan faktor risiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh darah otak akan mengganggu aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak (Setiawan, 2021).



Gambar 2.1 Penyebab Intracerebral Hemorrhage (ICH).

Sumber : (Magid-bernstein et al., 2022)

2.1.3 Tanda dan Gejala *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

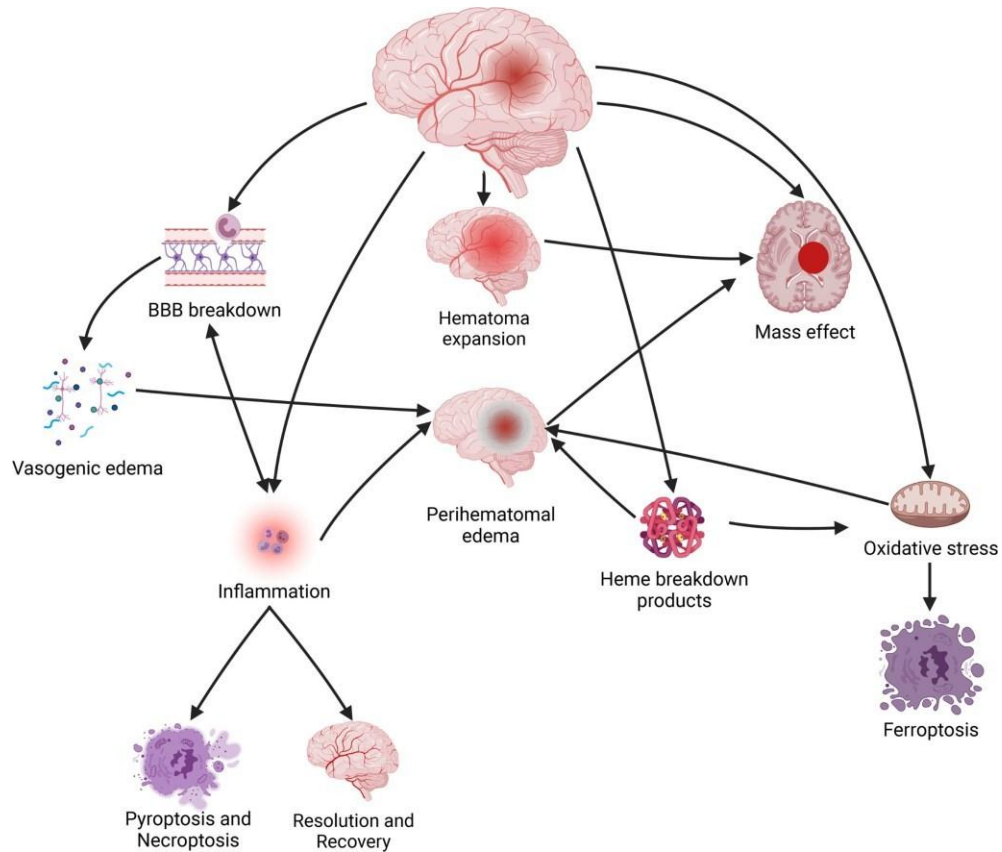
Menurut *National Institute of Neurological Disorder and Stroke (NINDS)*, (2022) Tanda-tanda peringatan stroke adalah petunjuk yang dikirimkan tubuh ketika otak tidak menerima cukup oksigen sebagai berikut :

1. Stroke serangan pertama / *minor stroke or a transient ischemic attack* (TIA)

- a. Tiba-tiba mati rasa atau kelemahan pada wajah, lengan, atau kaki, terutama pada satu sisi tubuh
- b. Kebingungan tiba-tiba, kesulitan berbicara atau memahami
- c. Hilangnya penglihatan secara tiba-tiba atau kesulitan melihat pada salah satu atau kedua mata
- d. Tiba-tiba kesulitan berjalan, pusing, kehilangan keseimbangan atau koordinasi
- e. Tiba-tiba sakit kepala parah yang tidak diketahui penyebabnya
- f. Disorientasi atau kehilangan ingatan, mual, pusing, atau muntah.

Terkadang gejala peringatan hanya berlangsung beberapa saat dan kemudian hilang. Tanda-tanda ini mungkin menunjukkan bahwa seseorang mengalami stroke ringan atau serangan iskemik transien (TIA).

2. Stroke serangan ke dua
 - a. Senyum mencong, miring sisi kiri dan kanan ketika senyum tidak sejajar.
 - b. Gerak tubuh tidak terkoordinasi secara tiba-tiba, sulit berjalan, mengenggam dan tiba-tiba terjatuh.
 - c. Bicara pelo, tiba-tiba cadel, bicara tidak jelas, sulit berbicara serta sulit memahami orang berbicara
 - d. Kebas atau kelemahan mendadak pada separuh wajah, kaki atau lengan
 - e. Rabun tiba-tiba pada satu atau kedua mata
 - f. Sakit kepala atau pusing yang parah namun muncul secara mendadak.



Gambar 2.2 Mekanisme cedera setelah perdarahan intraserebral

Sumber : (Magid-bernstein et al., 2022)

2.1.4 Patofisiologi *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Bagian umum terjadinya perdarahan adalah di ganglia basalis (50%), lobus serebral (10% hingga 20%), thalamus (15%), pons dan batang otak (10% hingga 20%), dan otak kecil (10. %). Hematoma mengganggu neuron dan glia. Hal ini menyebabkan oligemia, pelepasan neuro-transmitter, disfungsi mitokondria, dan pembengkakan sel. Trombin mengaktifkan mikroglia dan menyebabkan peradangan dan edema. Cedera primer disebabkan oleh kompresi jaringan otak oleh hematoma dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Cedera sekunder disebabkan oleh peradangan, gangguan *blood-brain barrier* (BBB), edema, produksi radikal bebas yang berlebihan seperti *reactive oxygen species* (ROS),

eksitotoksisitas yang diinduksi glutamat, dan pelepasan hemoglobin dan zat besi dari bekuan darah. Biasanya hematoma membesar dalam 3 jam hingga 12 jam. Pembesaran hematoma terjadi dalam 3 jam pada sepertiga kasus. Edema perihematoma meningkat dalam waktu 24 jam, mencapai puncaknya sekitar 5 hingga 6 hari, dan berlangsung hingga 14 hari. Ada area hipoperfusi di sekitar hematoma. Faktor penyebab memburuknya ICH adalah perluasan hematoma, perdarahan intraventrikular, edema perihematoma, dan peradangan. Hematoma serebelar menyebabkan hidrosefalus akibat kompresi ventrikel keempat pada tahap awal. Perdarahan subarachnoid spontan non-aneurisma dapat berupa SAH *perimesencephalic* atau *non-perimesencephalic*. Pada SAH *perimesencephalic*, perdarahan terutama terjadi pada sisterna interpeduncular. Aktivitas fisik, seperti manuver Valsava yang menghasilkan peningkatan tekanan intratoraks, dan peningkatan tekanan vena intrakranial, merupakan faktor predisposisi SAH *nonaneurisma perimesencephalic* (PM-SAH). Terdapat distribusi darah difus pada SAH *non-perimesencephalic* (NPM-SAH) (Magid-bernstein et al., 2022)

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Pemeriksaan Penunjang *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) (Shahirah et al., 2020) :

1. *Angiografiserebral*

Identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti pendarahan atau penyumbatan arteri.

2. *Single-photon emission computed tomography* (SPECT)

Mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CTScan).

3. *Computed tomography scan (CT-Scan)*

Pemindaian ini menunjukkan lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaan ini harus segera kurang dari 12 jam dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subarachnoid. Bila hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya *xanthochro xanthochromia*.

4. *Magnetic resonance imaging (MRI)*

Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan. MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahn subarachnoid.

5. *Elektroencefalography (EEG)*

Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan lesi yang spesifik

6. Sinar X tengkorak

Menggambarkan perubahan kelenjar pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat trhombus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisme pada perdarahan subarchnoid.

7. *Ultrasonography doopler*

Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system kronis/aliran darah, muncul plaque/aterosklerosis).

8. Pemeriksaan foto thorax

Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensikronis pada penderita stroke. Menggambarkan kelenjar pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.

9. Pemeriksaan labolatorium

- a. Fungsi lumbal : Tekanan normal biasanya ada trhombosis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarchnoid atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trhombosis sehubungan dengan proses inflamasi.
- b. Pemeriksaan darah rutin
- c. Pemeriksaan kimia darah : Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.

2.1.6 Penatalaksanaan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Perawatan awal untuk pasien yang mengalami peningkatan TIK adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan pemberian agen osmotik seperti manitol, salin hipertonik. Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg. Hiperventilasi setelah intubasi dan sedasi, hingga pCO 28-32 mmHg akan diperlukan jika terjadi peningkatan TIK lebih lanjut. ASA merekomendasikan pemantauan intracranial pressure (ICP) dengan parenkim atau kateter ventrikel untuk semua pasien dengan GCS < 8 atau mereka dengan herniasi transtentorial atau hiDrosefalus. Kateter ventrikel memiliki keuntungan untuk Drainase cairan serebrospinal (CSF) pada kasus

hidrosefalus. Tujuannya adalah untuk menjaga tekanan perfusi serebral (CPP) antara 50 hingga 70mmHg. Pada saat akan melakukan koreksi koagulopati, diperlukan pemeriksaan hemostasis, misalnya *Prothrombin Time* (PT), *Activated Aartial Thrombin Time* (APTT), *International Normalized Ratio* (INR) dan trombosit.

Koreksi koagulopati bertujuan untuk mencegah perdarahan yang lebih lanjut. Penghentian warfarin dan pemberian vitamin K secara intravena (IV) adalah langkah terapi pertama. Vitamin K harus diinfuskan perlahan (lebih dari 10 menit), dengan dosis 10 mg dengan pemantauan ketat tanda-tanda vital. Pada pasien yang mengalami peningkatan INR karena penggunaan antagonis Vitamin K (VKA) padat diberikan penambahan faktor emergentbiasanya menggunakan *Fresh Freozen Plasma* (FFP) dan *Prothrombin Complex Concentrates* (PCC). Pedoman (AHA/ASA kelas IIB, level B) lebih Menganjurkann menggunakan PCC dibandingkan dengan FFP karena tindakan yang lebih cepat dan memiliki efek samping yang lebih sedikit. Pencapaian nilai INR di bawah 1,3 dalam waktu 4 jam sejak masuk dikaitkan dengan penurunan risiko ekspansi hematoma. Alternatif warfarin yang umum digunakan adalah Factor Xa Inhibitors, antarlain apixaban, rivaroxaban, dan edoxaban. Agen ini biasa disebut *Non-Vitamin K Antagonist Oral Anticoagulants* (NOACs). Pemberian NOACs dapat dipertimbangkan sesuai kondisi individual pasien.

Penatalaksanaan bedah untuk stroke hemoragik adalah kraniotomi, kraniektomi dekompresi, aspirasi stereotaktik, aspirasi endoskopi, dan aspirasi kateter. Beberapa percobaan yang dilakukan menunjukkan

bahwa tidak didapatkan manfaat secara keseluruhan dari operasi dini untuk perdarahan intraserebral bila dibandingkan dengan pengobatan konservatif awal. Pasien yang mengalami perdarahan lobaris dalam jarak 1 cm dari permukaan otak dan defisit klinis yang lebih ringan (GCS>9) mendapatkan manfaat dari pembedahan dini. Tindakan pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan mengontrol tekanan darah, menghentikan kebiasaan merokok, alkoholisme, dan penggunaan kokain karena hal tersebut dapat memicu resiko perdarahan intraserebral berulang (Setiawan, 2021).

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan pada pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan dalam pemecahan masalah yang dialami oleh pasien dengan tujuan agar tindakan yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar dan prosedur keperawatan, adapun beberapa metode yang digunakan dengan cara menganalisis, eksplorasi dan kajian bebas pada artikel, jurnal, text book, maupun e-book yang relevan, Artikel yang digunakan minimal menggunakan 14 referensi yang diterbitkan sepuluh tahun terakhir. dan konsep dasar proses keperawatan ini sangat lah dibutuhkan oleh seorang perawat karena dengan proses inilah standar dalam melakukan tindakan kepada pasien misalnya mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Melliany, 2019).

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini

dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya. Tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Hadinata & Abdillah, 2022). Data fokus pengkajian keperawatan pada pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* meliputi mendapatkan riwayat kesehatan, pola fungsi kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, terapi penatalaksanaan.

1. Identitas Pasien

Meliputi identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkajiangambilan) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan pasien, pekerjaan, alamat) .

2. Riwayat Kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien dengan stroke biasanya mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran

b. Riwayat Penyakit Sekarang

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

atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive dan koma.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien stroke biasanya didahului oleh riwayat hipertensi, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

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

3. Pola fungsi kesehatan

a. Pola persepsi hidup sehat

Menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan. Pada pasien stroke akan terjadi gangguan persepsi tentang kesehatannya, terutama dalam hal ketidakmampuannya setelah sembuh.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi berat badan dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah / penyembuhan kulit, makanan kesukaan. Pada pasien stroke

karena adanya gangguan syaraf akan terjadi perubahan pola nutrisi misalnya gangguan menelan.

c. Pola eliminasi

Menjelaskan pola Fungsi eksresi, kandung kemih dan Kulit Kebiasaan defekasi,ada tidaknya masalah defekasi,masalah miksi (oliguri,disuri, dll),penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi, Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih,masalah bau badan, perspirasi berlebih. Pada pasien stroke karena ketidakmampuannya dalam beraktifitas maka akan dipasang kateter, yang akan mempengaruhi pola eliminasinya.

d. Pola istirahat dan tidur

Menggambarkan Pola Tidur,istirahat dan persepsi tentang energi. Jumlah jam tidur pada siang dan malam, masalah selama tidur, insomnia atau mimpi buruk, penggunaan obat, mengeluh letih. Pada pasien stroke karena kelumpuhannya akan menyebabkan gangguan pola tidur dan istirahat.

e. Pola aktivitas dan latihan

Menggambarkan pola latihan,aktivitas,fungsi pernafasan dan sirkulasi. Pentingnya latihan/gerak dalam keadaan sehat dan sakit, gerak tubuh dan kesehatan berhubungan satu sama lain.

Kemampuan pasien dalam menata diri apabila tingkat kemampuan :

0: mandiri, 1: dengan alat bantu, 2: dibantu orang lain, 3 : dibantu orang dan alat 4 : tergantung dalam melakukan ADL, kekuatan otot dan *Range Of Motion*, riwayat penyakit jantung, frekuensi, irama dan

kedalaman nafas, bunyi nafas riwayat, penyakit paru. Pada pasien stroke karena ketidakmampuannya dalam beraktifitas maka akan mengalami ketergantungan total.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Menggambarkan sikap tentang diri sendiri dan persepsi terhadap kemampuan. Kemampuan konsep diri antara lain gambaran diri, harga diri, peran, identitas dan ide diri sendiri. Manusia sebagai system terbuka dimana keseluruhan bagian manusia akan berinteraksi dengan lingkungannya. Disamping sebagai system terbuka, manusia juga sebagai makhluk bio-psiko-sosio-kultural spriritual dan dalam pandangan secara holistic. Adanya kecemasan, ketakutan atau penilaian terhadap diri, dampak sakit terhadap diri, kontak mata, aktif atau pasif, isyarat non verbal, ekspresi wajah, merasa tak berdaya, gugup atau relaks. Pada pasien stroke karena adanya kecemasan akan mempengaruhi proses dari penyembuhan penyakitnya.

g. Pola hubungan dan peran

Menggambarkan dan mengetahui hubungan dan peran pasien terhadap anggota keluarga dan masyarakat tempat tinggal pasien. Pekerjaan, tempat tinggal, tidak punya rumah, tingkah laku yang passive atau agresif terhadap orang lain, masalah keuangan dll

h. Pola sensori kognitif

Menjelaskan Persepsi sensori dan kognitif. Pola persepsi sensori meliputi pengkajian fungsi penglihatan, pendengaran, perasaan, pembau dan kompensasinya terhadap tubuh. Sedangkan pola kognitif

didalamnya mengandung kemampuan daya ingat pasien terhadap peristiwa yang telah lama terjadi dan atau baru terjadi dan kemampuan orientasi pasien terhadap waktu, tempat, dan nama(orang atau benda yang lain).Tingkat pendidikan, persepsi nyeri dan penanganan nyeri, kemampuan untuk mengikuti, menilai nyeri skala 0-10, pemakaian alat bantu dengar, melihat, kehilangan bagian tubuh atau fungsinya, tingkat kesadaran, orientasi pasien, adakah gangguan penglihatan, pendengaran, persepsi sensori (nyeri),penciuman. Pada pasien stroke efek dari serangan beberapa data yang ada di otak bisa hilang sementara dan kadang hilang permanen.

i. Pola reproduksi seksual

Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan sex, pemeriksaan genital.

j. Pola penanggulangan stres

Menggambarkan kemampuan untuk menangani stres dan penggunaan system Pendukung. Penggunaan obat untuk menangani stres, interaksi dengan orang terdekat, menangis, kontak mata, metode koping yang biasa digunakan, efek penyakit terhadap tingkat stress.

k. Pola tata nilai dan keyakinan

Menggambarkan dan Menjelaskan pola nilai, keyakinan termasuk spiritual. Menerangkan sikap dan keyakinan pasien dalam melaksanakan agama yang dipeluk dan konsekuensinya. Agama,

kegiatan keagamaan dan budaya, berbagi dengan orang lain, bukti melaksanakan nilai dan kepercayaan, mencari bantuan spiritual dan pantangan dalam agama selama sakit.

4. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik ada dua macam pemeriksaan fisik secara umum (status general) antara lain adalah kesadaran pasien dan tanda-tanda vital dan pemeriksaan persistem yaitu sistem pernafasan (*Breath*), sistem kardiovaskuler (*Blood*), sistem persarafan (*Brain*), sistem perkemihan (*Bladder*), sistem pencernaan (*Bowel*), sistem muskuloskeletal (*Bone*), integumen dan sistem reproduksi, untuk mendapatkan gambaran umum dan pemeriksaan setempat (*local*).

a. Keadaan umum

Pemeriksaan keadaan umum pasien meliputi tingkat kesadaran, tanda-tanda vital Pasien stroke biasanya ada peningkatan tekanan darah, Suhu, Nadi, RR .

b. Pemeriksaan persistem (B1-B6)

1) Pernafasan (B1 : *Breath*)

Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidaknya penggunaan otot bantu nafas tambahan, irama nafas, pola nafas, suara nafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis.

2) Kardiovaskuler (B2 : *Blood*)

Meliputi pemeriksaan Ictus cordis teraba atau tidak, irama jantung normal (lub-dup) atau tidak (ada suara tambahan (S3 dan S4), ada

tidaknya bunyi jantung tambahan, CRT (normalnya <2detik), akral dingin atau hangat, edema, hepatomegali, ada tidaknya perdarahan.

3) Persyarafan (B3 : *Brain*)

Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleksi Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleksi patologis (kaku kuduk, Brudzinski I, Brudzinski II, Kernig, 12 nervus kranial antara lain :

- a) Nervus Olfaktorius: saraf cranial I berisi serabut sensorik untuk indera penghidu. Mata pasien terpejam dan letakkan bahan-bahan aromatic dekat hidung untuk diidentifikasi.
- b) Nervus Optikus: Akuitas visual kasar dinilai dengan menyuruh pasien membaca tulisan cetak. Kebutuhan akan kacamata sebelum pasien sakit harus diperhatikan.
- c) Nervus Okulomotoris: Menggerakkan sebagian besar otot mata
- d) Nervus Troklear : Menggerakkan beberapa otot mata
- e) Nervus 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

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

- f) Nervus Abducent : 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) Nervus Fasial : 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) Nervus 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) Nervus Glossofaringeal: Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam
- j) Nervus Vagus: Saraf cranial ini biasanya dinilai bersamasama. Saraf Glossofaringeus 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) Nervus Asesoris spinal: Saraf ini mengontrol otot-otot sternokleidomastoid dan otot trapesius. Pemeriksa menilai saraf ini dengan menyuruh pasien mengangkat bahu atau memutar kepala dari satu sisi ke sisi lain terhadap tahanan, bisa juga di bagian kaki dan tangan.
- l) Nervus Hipoglosus: Saraf ini mengontrol gerakan lidah. Saraf ini dinilai dengan menyuruh pasien menjulurkan lidah. Nilai adanya deviasi garis tengah, tremor dan atropi. Jika ada deviasi sekunder terhadap kerusakan saraf, maka akan mengarah pada sisi yang terjadi lesi.

4) Perkemihan (B4 : *Blader*)

Meliputi pemeriksaan kebersihan genitalia, ekskresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi urine SMRS dan setelah MRS, jumlah, warna, dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien.

5) Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Meliputi pemeriksaan mulut pasien bersih atau tidak, membran mukosa kering, gigi tanggal semua, faring tidak ada radang, Diit

SMRS dan setelah MRS, tidak terpasang NGT, porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan, pemeriksaan abdomen (meliputi : bentuk perut, tidak ada kelainan abdomen, hepar, lien, tidak ada nyeri abdomen), pemeriksaan Rectum dan anus (tidak ada hemoroid), Eliminasi BAB SMRS dan setelah MRS, frekuensi, warna dan konsistensi.

6) Muskuluskeletal dan integumen (B6 : *Bone*)

Meliputi pemeriksaan rambut dan kulit kepala, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kebersihan kuku, turgor kulit menurun, ROM, kekuatan otot, Deformitas tidak ada, fraktur tidak ada.

7) Endokrin

Meliputi pemeriksaan tidak ada pembesaran KGB, mengalami hiperglikemia, tidak mengalami hipoglikemia, menderita *Diabetes Melitus* dengan HbA1C : 9,5% (normalnya : <5,7 ; Prediabetes : 5,7 – 6,4 ; Diabetes : >=6,5) GDA : 264 mg/dL (normalnya : <126 mg/dL).

2.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien secara respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien secara respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Diagnosa yang muncul pada pasien dengan diagnosis medis ICH adalah sebagai berikut :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral
2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
3. Konstipasi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Toileting
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
5. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
6. Risiko Defisit Nutrisi
7. Resiko jatuh
8. Defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan aktifitas

2.2.3 Intervensi / Perencanaan

Perencanaan merupakan bagian dari fase proses keperawatan yang dapat menjadi panduan bagi perawat dalam melakukan tindakan keperawatannya untuk menyelesaikan masalah kesehatan pasien. Perawat menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan rumusan diagnosis keperawatan, yang menjadi petunjuk dalam membuta tujuan dan intervensi keperawatan untuk mencegah, menurunkan dan mengeliminasi masalah kesehatan pasien. Rencana asuhan keperawatan adalah petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien sesuai dengan kebutuhannya, berdasarkan diagnosis keperawatan. Adapun intervensi keperawatan pada pasien ICH sesuai dengan Standar Luaran Keperawatan (Tim pokja SLKI DPP PPNI, 2019) dan Standar Intervensi Keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) adalah sebagai berikut:

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme
Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keadekuatan aliran darah serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, gelisah menurun, sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolic membaik, kesadaran membaik

Rencana Keperawatan : Pemantauan Tekanan Intrakranial

- a. Identifikasi peningkatan tekanan intrakranial.

Rasional: Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan.

- b. Monitor peningkatan Tekanan Darah

Rasional: Suatu keadaan normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik atau fluktuasi ditandai dengan tekanan darah sistemik. Dengan peningkatan tekanan darah (diastolik) maka dibarengi dengan peningkatan tekanan darah intrakranial. Adanya peningkatan tensi, bradikardia, disritmia, dispnea merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK.

- c. Monitor penurunan tingkat kesadaran.

Rasional: Perubahan kesadaran menunjukkan peningkatan TIK dan berguna menentukan lokasi dan perkembangan penyakit.

- d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral.

Rasional: Perubahan kepala pada satu sisi dapat menimbulkan penekanan pada vena jugularis dan menghambat aliran darah otak (menghambat Drainase pada vena serebral).

- e. Berikan periode istirahat antara tindakan perawatan dan batasi lamanya prosedur
Rasional: Tindakan terus-menerus dapat meningkatkan TIK oleh efek rangsangan kumulatif
 - f. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
Rasional: Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan pasien dan mengurangi kecemasan.
2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
- Setelah dilakukan asuhan keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan pasien menurun, dengan kriteria hasil kerusakan lapisan kulit menurun, suhu kulit membaik, perfusi jaringan meningkat.
- Rencana Keperawatan : Perawatan Integritas Kulit/Jaringan
- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas)
Rasional: Mengetahui penyebab kondisi luka sebagai deteksi dini.
Terapeutik
 - b. Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring
Rasional: Mencegah adanya luka dekubitus
 - c. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering
Rasional: Melebabbakan kulit pasien
 - d. Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitif

Rasional: Mencegah kulit pasien iritasi Edukasi

- e. Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum)

Rasional: Membantu melembabkan kulit pasien.

- f. Anjurkan minum air yang cukup

Rasional: Asupan air yang cukup dapat membantu kulit menjadi sehat.

3. Konstipasi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Toileting

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan defekasi pasien membaik. Dengan kriteria hasil konsistensi feses dari cukup memburuk target menjadi cukup membaik, frekuensi defekasi dari cukup memburuk target menjadi cukup membaik, peristaltik usus dari cukup memburuk target menjadi cukup membaik

Rencana Keperawatan : Manajemen Konstipasi

- a. Periksa tanda dan gejala konstipasi

Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya.

- b. Periksa pergerakan usus

Rasional: Peristaltik usus yang normal menentukan pergerakan usus yang baik. Normal peristal usus 5-30 x/menit

- c. Identifikasi faktor resiko konstipasi

Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya

- d. Anjurkan diet tinggi serat

Rasional: Membantu dan memperlancar proses defekasi

- e. Lakukan masase abdomen, jika perlu

- b. Lakukan evakuasi feses secara manual
 - a. Berikan enema atau irigasi
 - b. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan Rasional: Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga serta untuk meningkatkan kerjasama antara perawat-pasien dan keluarga.
 - c. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi Rasional: Memperbanyak memperlancar defekasi minum dapat membantu
 - c. Latih buang air besar secara teratur
 - d. Kolaborasi obat pencahar, jika diperlukan. Rasional: Membantu dan memperlancar proses defekasi
4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler
- Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil pergerakan esktremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang Gerak (ROM) meningkat
- Intervensi : Dukungan Mobilisasi
- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Rasional: Deteksi dini apakah ada pencetus nyeri atau keluhan lainnya yang memperhambat mobilisasi
 - b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Rasional: Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji seberapa mampu pasien mobilisasi
 - c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi

Rasional: Mendeteksi dan mengidentifikasi kelainan fisiologis secara dini dan memantau tindakan yang diberikan untuk mendapatkan informasi keseimbangan homeostatik tubuh. Terapeutik

- d. Fasilitasi aktivitas mobiltas dengan alat bantu

Rasional: Membantu pasien dalam mobilisasi dengan mudah

- e. Fasilitasi melakukan pergerakan

Rasional: Membantu pasien dalam melakukan pergerakan yang aman

- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan melakukan mobilisasi dini

Rasional: Keluarga merupakan support system dan motivasi bagi pasien dalam meningkatkan asuhan keperawatan

- g. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM Pasif kepada pasien

Rasional: Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan pasien dan mengurangi kecemasan

- h. Anjurkan mengubah posisi tiap 2 jam

Rasional: Mengidentifikasi adanya luka dekubitus

- i. Ajarkan ROM Pasif

Rasional: Mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan control motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstremitas yang mengalami hemiparase dan meningkatkan sirkulasi.

5. Risiko Defisit Nutrisi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nutrisi pasien membaik. Dengan kriteria hasil Porsi makanan yang dihabiskan

meningkat, Nafsu makan membaik, Frekuensi makan membaik, Berat Badan Indeks Masa Tubuh (IMT) membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi

- a. Identifikasi Status Nutrisi Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan tindakan asuhan keperawatan selanjutnya
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Rasional: Mengetahui adanya alergi pada pasien
- c. Monitor asupan makanan Rasional: mengetahui tingkat asupan makanan pasien untuk mengukur apakah nutrisi terpenuhi atau tidak
- d. Monitor Berat Badan Rasional: Mengukur berat badan agar tetap berada direntang normal sebagai ukuran intervensi dilaksanakan tercapai atau tidak.
- e. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Rasional: Kebersihan mulut diharapkan dapat meningkatkan asupan makanan pasien
- f. Berikan suplemen makanan Rasional: Suplemen sebagai salah satu pendukung nafsu makan diharapkan nafsu makan pasien meningkat
- g. Ajarkan diet yang diprogramkan Rasional: Membantu pasien dalam menentukan gizi yang benar sesuai penyakit yang diderita pasien

6. Risiko Jatuh

Setelah dilakukan asuhan keperawatan resiko jatuh pasien menurun, dengan kriteria hasil jatuh dari tempat tidur menurun

Intervensi : Keperawatan Pencegahan Jatuh

- a. Identifikasi faktor risiko jatuh (misal usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati).

Rasional: Deteksi dini untuk menentukan intervensi asuhan keperawatan selanjutnya

- b. Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi.

Rasional: Memonitor melalui pengkajian resiko jatuh

- c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (misal: lantai licin, penerangan kurang).

- d. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (misal: Fall Morse Scale, Humpty Dumpty Scale), jika perlu.

Rasional: memonitor skor pengkajian resiko jatuh untuk mengetahui intervensi selanjutnya

- e. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci.

Rasional: memfasilitasi keamanan pada pasien

- f. Pasang handrail tempat tidur.

Rasional: memfasilitasi keamanan pada pasien

- g. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

Rasional: Memfasilitasi keamanan pada pasien

7. Gangguan Komunikasi Verbal berhubungan dengan gangguan neuromuscular

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan kemampuan Komunikasi verbal pasien meningkat dengan kriteria hasil kemampuan berbicara meningkat, Kemampuan mendengar meningkat, Kesesuaian ekspresi wajah atau tubuh meningkat

Intervensi Keperawatan : Promosi Komunikasi

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas dan volume

Rasional: Membantu kerusakan area pada otak dan menentukan kesulitan pasien dengan sebagian atau seluruh proses komunikasi.

- b. Monitor proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (misal : memori, pendengaran, dan bahasa)

Rasional: Menentukan kesulitan pasien dengan sebagian atau seluruh proses komunikasi.

- c. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (misal: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari tekanan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)

Rasional: Memberikan komunikasi dasar sesuai dengan situasi individu.

- d. Berikan terapi vokal AIUEO

Rasional: Terapi AIUEO memperbaiki ucapan supaya dapat dipahami oleh orang lain. Orang yang mengalami gangguan bicara atau afasia akan mengalami kegagalan dalam berartikulasi. Artikulasi merupakan proses penyesuaian ruangan supraglottal.

- e. Ajarkan bicara perlahan Membantu pasien dalam melakukan asuhan keperawatan
8. Defisit perawatan diri berhubungan dengan keterbatasan aktifitas

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil Kemampuan mandi meningkat, Kemampuan mengenakan pakaian meningkat, Kemampuan makan meningkat, Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat.

Intervensi Keperawatan : Dukungan Perawatan Diri

- a. Monitor tingkat kemandirian

Rasional: Monitor tingkat kemandirian pasien dalam melakukan mandi, berpakaian, berhias, dan makan.

- b. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan

Rasional: Alat bantu dapat membantu individu melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, seperti mandi, berpakaian, berhias, dan makan.

- c. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum, sikat gigi, dan sabun mandi)

- d. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

Rasional: Secara bertahap kurangi bantuan yang Anda berikan.

Misalnya, jika mereka sudah mahir menyikat gigi, biarkan mereka melakukannya sendiri sambil Anda mengawasi..

Rasional: Keluarga dapat menerapkan secara mandiri di rumah sehingga dapat membantu proses pemulihan yang cepat.

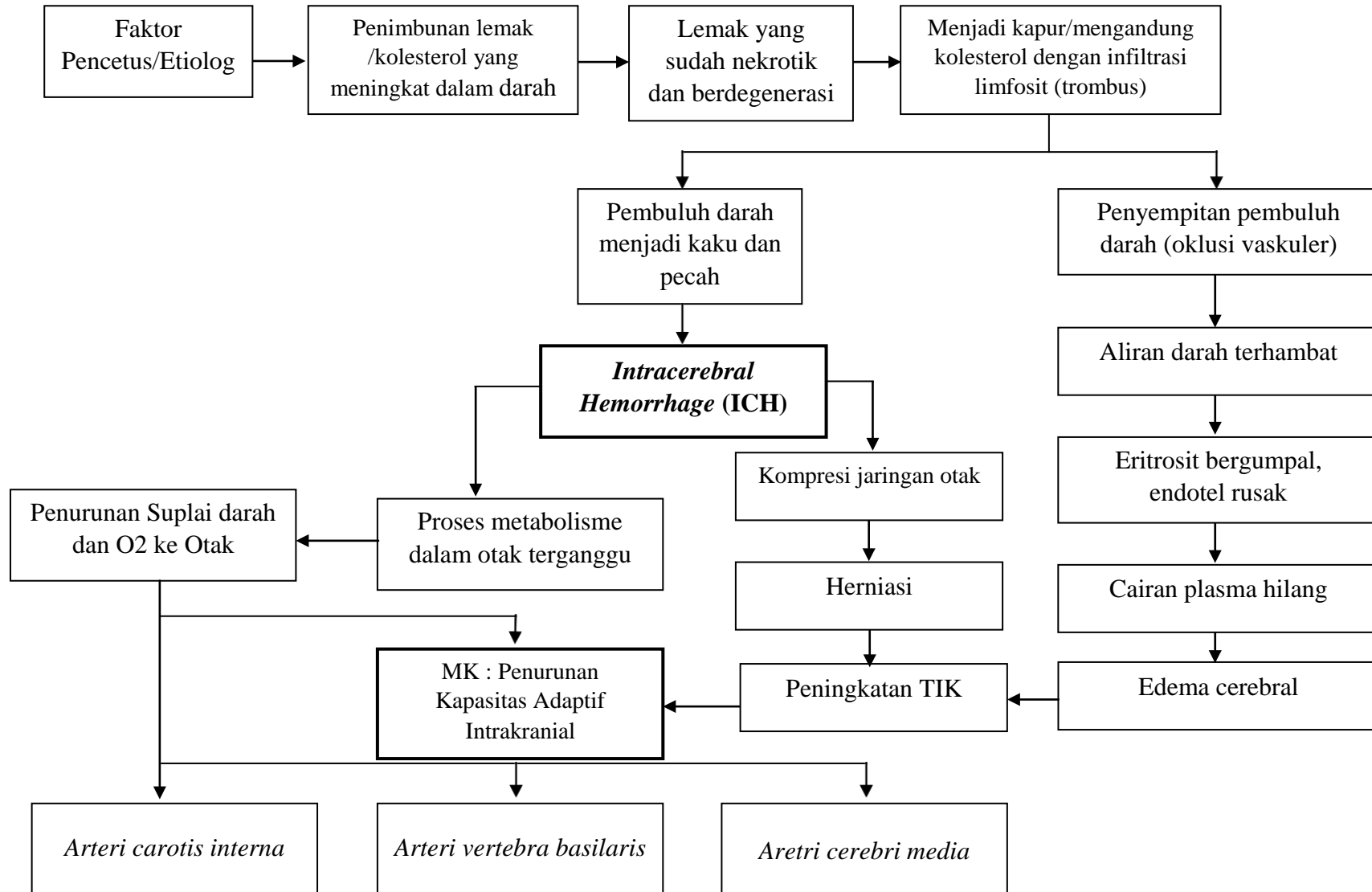
2.2.4 Implementasi / Pelaksanaan

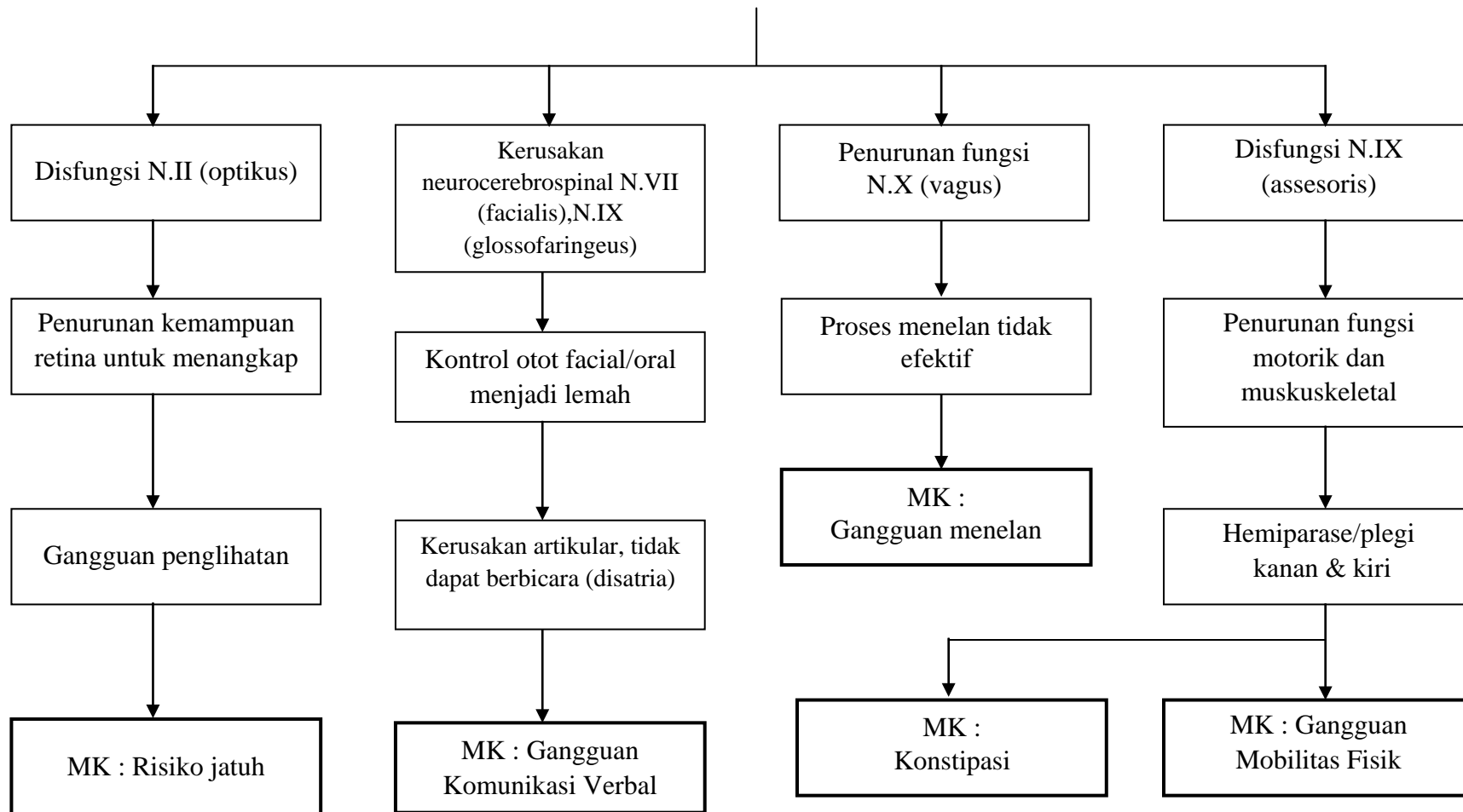
Menurut Prastiwi et al., (2023) Tahap implementasi merupakan pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap intervensi. Tahap implementasi ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan keseharan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi koping. Tahapan implementasi : Mengkaji kembali masalah pasien, Memastikan apakah intervensi keperawatan masih sesuai, Melakukan tindakan keperawatan.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan terus menerus dilakukan untuk menentukan apakah rencana keperawatan efektif dan bagaimana rencana keperawatan dilanjutkan, merevisi rencana keperawatan atau menghentikan rencana keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Tahapan evaluasi: Melihat respon pasien, Membandingkan respon pasien dengan kriteria, Menganalisis hasil asuhan keperawatan, Memodifikasi intervensi keperawatan (Prastiwi et al., 2023).

2.3 Web Of Causation (WOC) Intracerebral Hemorrhage (ICH)





Gambar 2.3 Pathway ICH, Sumber: SDKI (2017), SIKI (2018)

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis menyajikan gambaran nyata mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, penulis mengamati dengan data pengkajian mulai tanggal 06 Desember 2023 sampai dengan 08 Desember 2023. Data pengkajian diperoleh dari wawancara dengan pasien, keluarga pasien, dan rekam medis pasien sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Laki-Laki berinisial Tn. S berumur 54 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa. Pasien tinggal di Surabaya, pendidikan terakhir yaitu SMA, saat ini bekerja sebagai wiraswasta, penanggung jawab terhadap pasien menggunakan BPJS PBI Jamkesmas, pasien memiliki 2 anak, 1 laki-laki dan 1 perempuan, pasien tinggal bersama istri serta anak perempuan, menantu, dan cucunya.

3.1.2 Riwayat Kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengatakan terasa berat menggerakkan kaki dan tangan kanan.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga mengatakan pasien pada tanggal 24 November 2023 kurang lebih pukul 14.00 WIB. Saat itu pasien tiba-tiba tidak bisa diajak

komunikasi dan anggota gerak kanan lemah setelah selesai mandi dan muntah 1x, saat di rumah pasien sempat menggigil kurang lebih setengah jam, keluarga pasien membawa pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya menggunakan kendaraan pribadi, di IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dilakukan pemeriksaan fisik dan observasi TTV Tensi : 170/90 mmHg. Nadi : 116 x/menit. Suhu : 38°C. SpO2 : 96%. GCS : 3/14. RR : 20 x/menit, pasien mendapatkan terapi O2 NRB 8 lpm, memasang infus dengan Iv kateter no. 20 memperoleh NaCl 0,9% 14 tpm, mengambil sampel darah cek DL, KK, FH, BGA, memeriksa GDA stick 144 mg /dL, memberikan infus paracetamol 1 gram/iv, memberikan injeksi omeprazole 40 mg/iv, melakukan perekaman EKG hasil sinus rytme, memasang *folley catheter* no 16 cuff 15 cc, mengantar pasien foto thorax dan CT scan kepala, melakukan pemasangan Drip kcl 25 meq dalam NS 500 cc habis dalam 8 jam, mengambil sampel kultur darah. pasien dipindahkan ke R7 pada 25 November 2023 pukul 09.00 dengan diagnosis medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH).

3. Riwayat penyakit dahulu

Keluarga pasien mengatakan ada riwayat hipertensi sejak tahun 2019 akan tetapi pasien tidak kontrol secara rutin.

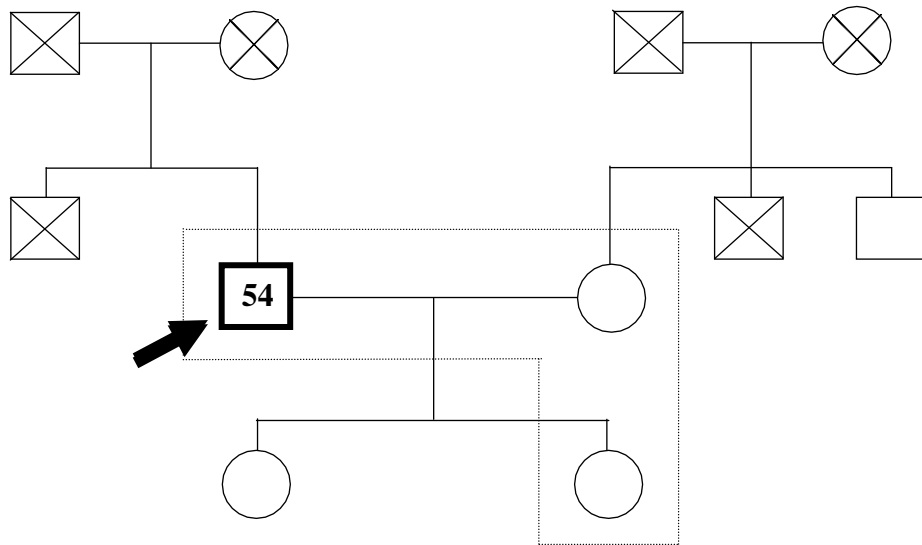
4. Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan orang tua pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan sudah meninggal.

5. Riwayat Alergi

Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat alergi baik alergi makanan maupun alergi obat.

6. Genogram



Gambar 3.1 Genogram keluarga Tn. S

Keterangan

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ➔ : Pasien
- : Tinggal serumah
- ✕ : Meninggal

3.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

1. Persepsi terhadap kesehatan

Persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita ini merupakan cobaan dari Allah SWT dan merupakan teguran bagi dirinya agar bisa menjaga pola makan dan istirahat karena memang pasien sudah memiliki riwayat hipertensi yang dapat mengakibatkan komplikasi penyakit stroke.

2. Pola aktivitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit kondisi pasien sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga pasien, dan setelah masuk rumah sakit aktivitas pasien juga dibantu oleh keluarga, seperti mandi diseka, berpakaian dan eliminasi.

b. Kebersihan diri

Waktu di rumah pasien mandi 2x/hari, gosok gigi 2x/hari, keramas 2x/minggu dan potong kuku 1x/minggu, selama dirawat di rumah sakit aktivitas dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu.

c. Aktivitas sehari-hari

Saat di rumah pasien sudah tidak bekerja hanya membantu bersih-bersih rumah dan mengasuh cucu, selama masuk rumah sakit pasien berbaring di tempat tidur.

d. Rekreasi

Kegiatan rekreasi biasanya dilakukan keluarga pasien sebulan sekali saat keluarganya berkumpul.

e. Olahraga

Sebelum masuk rumah sakit pasien jarang melakukan kegiatan olahraga, hanya olah raga jalan santai keliling komplek perumahan seminggu sekali.

Masalah Keperawatan: Defisit perawatan diri

3. Pola istirahat dan tidur

Sebelum masuk rumah sakit pasien tidur siang pukul 14.00 s/d 16.00 WIB dan tidur malam pukul 21.30 s/d 05.00 WIB. Selama masuk rumah sakit pasien tidur siang pukul 14.00 s/d 16.30 WIB dan tidur malam pukul 22.00 s/d 05.00 WIB.

4. Pola nutrisi dan metabolik

a. Pola makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan pasien 3 kali sehari dengan jenis makanan nasi, lauk dan sayur dengan makan 1 porsi, tidak ada pantangan makanan. Selama masuk rumah sakit pasien menu makanan nasi lunak dan sayur , frekuensi makan 3 kali sehari, makanan hanya dihabiskan $\frac{1}{2}$ porsi karena pasien kesulitan menelan.

Masalah Keperawatan: Risiko Defisit Nutrisi

b. Pola minum

Pasien di rumah minum dengan frekuensi 8 kali sehari dengan jenis air putih dan jumlah 1500cc/hari. Saat di rumah sakit frekuensi minum sering tetapi sedikit demi sedikit jenisnya teh dan air putih dengan jumlah 600-800 ml dalam sehari.

5. Pola eliminasi

a. Buang air besar

Saat di rumah pasien setiap hari BAB 2 kali dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan. Saat di rumah sakit pasien belum bisa BAB.

b. Buang air kecil

Selama di rumah pasien BAK 6 s/d 8 kali sehari dengan jumlah 2000cc/hari dengan warna kuning jernih. Selama di rumah sakit pasien menggunakan pampers.

6. Pola kognitif perseptual

Persepsi pasien terhadap penyakit yang diderita ini sedikit membuat pasien kaget akan tetapi pasien mampu menerima keadaannya dengan baik.

7. Pola konsep diri

a. Gambaran diri

Pasien tetap bersyukur dan menerima keadaan saat ini serta sadar jika sakitnya ini adalah cobaan dari Allah SWT.

b. Identitas diri

Pasien adalah seorang Laki-laki berinisial Tn. S berumur 54 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa. Pasien tinggal di Surabaya, pendidikan terakhir yaitu SMA, saat ini bekerja sebagai wiraswasta.

c. Peran diri

Peran pasien dari seorang kakek dari cucu-cucunya, saat ini belum bisa bermain dengan cucunya karena kondisi pasien yang sulit bergerak.

d. Ideal diri

Pasien berharap agar cepat sembuh dan dapat pulang agar kembali berkumpul dengan keluarganya dan bermain dengan cucunya.

e. Harga diri

Keluarga sangat menyayangi pasien dan tetap menghormatinya sebagai orang yang paling tua dalam keluarga walaupun saat ini sedang pasien sedang sakit.

8. Pola koping

a. Masalah utama selama MRS (penyakit, biaya, perawatan diri):

Pasien mengatakan tidak ada masalah tentang biaya MRS dikarenakan pasien memperoleh fasilitas BPJS Jamkesmas.

b. Kehilangan perubahan yang terjadi sebelumnya:

Karena sakit sekarang jadi tidak bisa melakukan aktivitas harinya dan dibantu oleh perawat dan keluarga pasien.

c. Kemampuan beradaptasi:

Pasien mampu beradaptasi dengan lingkungan rumah sakit dan dengan keluarganya.

9. Pola peran – hubungan

Pasien memiliki 2 anak, 1 laki-laki dan 1 perempuan, pasien tinggal bersama istri serta anak perempuan, menantu, dan cucunya..

10. Pola nilai kepercayaan

Pasien beragama Islam, pada saat di rumah pasien sholat 5 waktu dan beribadah di masjid dekat rumah. Saat di rumah sakit pasien tidak melakukan sholat hanya berdoa agar cepat sembuh.

Masalah Keperawatan: Gangguan menelan berhubungan dengan
paralisis cerebral (SDKI D.0063)

3.1.4 Pengkajian Fisik

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum pada pasien baik, kesadaran Compos Mentis, obesrvasi tanda-tanda vital dengan TD: 160/90 mmHg, Nadi: 92x/menit, RR: 19 x/menit, Suhu: 36,5°C, GCS: 456, BB SMRS 80 kg, BB MRS 75 kg, dan TB 165 cm.

2. Pemeriksaan Persistem

a. B1 Pernafasan (Breath) :

- Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada noromochest, pergerakan dada normal, tidak tampak penggunaan otot bantu napas tambahan, irama napas reguler, tidak terdapat kelainan pada pernapasan, pola napas normal (eupnea), tidak ada taktil, tidak tampak sesak napas, tidak ada batuk dan sputum, tidak ada sianosis.
- Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada area dada.
- Pada pemeriksaan perkusi Sonor dibagian lobus anterior- posterior dextra-sinistra dan lobus media dextra.
- Pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara napas tambahan seperti ronchi, wheezing, suara napas vesikuler, RR: 19x/menit.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

b. B2 Kardiovaskuler (Blood)

- Pada pemeriksaan inspeksi, konjungtiva ananemis, tidak ada sianosis.

- Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis normal, tidak ada nyeri pada area dada, irama jantung normal/reguler, CRT < 2 detik, tidak terdapat oedema, akral terasa hangat.
- Pada pemeriksaan perkusi, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.
- Pada pemeriksaan auskultasi, bunyi jantung normal/reguler, S1S2 tunggal.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

c. B3 Persarafan (Brain)

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien baik, dengan kesadaran compos mentis GCS: 456, hidung tampak simetris, tidak terdapat gangguan pada penciuman pasien, reaksi pupil akomodatif, sklera tidak ikterik, konjungtiva anemik, pasien tidak ada riwayat kejang. Refleks fisiologis bisep: +/- tidak dapat menekuk tangan kanan dengan normal. Trisep: +/- tidak dapat meluruskan tangan kanan dengan normal. Patella: ++ terdapat kontraksi pada lutut. Refleks kaku kuduk -/- badan tidak terangkat saat kepala difleksikan secara pasif. Brudzinko I : -/+ tidak dapat menekuk kaki kanan dengan normal. Brudzinko II: +/- terdapat gangguan pergerakan sebelah kanan dari paha sampai panggul. Kernig +/- tidak ada nyeri akan tetapi ada tahanan pada pergerakan kaki kanan.

Pada pemeriksaan Nervus Kranial

1) Nervus I (Olfaktorius)

Pasien mampu membedakan aroma dengan baik tanpa adanya gangguan maupun hambatan.

2) Nervus II (Optikus)

Penglihatan pasien tidak ada gangguan.

3) Nervus III (Okulomotorius)

Pasien dapat menggerakkan bola mata kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah tanpa adanya hambatan.

4) Nervus IV (Trochlear)

Pasien dapat menggerakkan bola mata secara memutar tanpa adanya hambatan

5) Nervus V (Trigeminus)

Pasien dapat menggerakkan rahang ke semua sisi, dapat memejamkan mata.

6) Nervus VI (Abdusen)

Pasien dapat menggerakkan bola mata serta kelopak mata atas.

7) Nervus VII (Fasial)

Wajah pasien tidak simetris, garis senyum pada tepi mulut tidak simetris, hanya dapat mengangkat satu alis saja, serta tidak dapat bersiul Sensorik: Pasien mampu merasakan rasa buah – buahan.

8) Nervus VIII (Vestibulokokhlearis)

Pendengaran pasien normal tidak terdapat gangguan.

9) Nervus IX (Glosopharyngeal)

Pasien dapat merasakan makanan baik manis, asin, maupun asam. Akan tetapi terdapat gangguan menelan.

10) Nervus X (Vagus)

Faring dan laring normal tidak terdapat gangguan.

11) Nervus XI (Asesoris)

Pasien dapat menggerakkan lehernya kekanan, kekiri, keatas, dan kebawah tanpa adanya gangguan

12) Nervus XII (Hipoglosal)

Tidak ada masalah pada lidah, tidak terdapat deviasi ke salah satu sisi, pasien dapat menelan tanpa adanya hambatan.

Masalah Keperawatan : - Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

- Gangguan Menelan

d. B4 Perkemihan (Bladder)

Pemeriksaan pada pasien, kebersihan pasien baik, ekskresi baik, keadaan kandung kemih normal/baik, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, emiliasi urin SMRS yaitu 4-6x dengan jumlah +/- 1000cc/24 jam serta bewarna kekuningan. Pada saat MRS eliminasi uri yaitu 4-6x dengan jumlah +/- 1500cc/ 24 jam dengan warna kekuningan, pasien menggunakan pampers.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

e. B5 Pencernaan (Bowel)

Pada pemeriksaan inspeksi mulut tampak bersih tidak ada terdapat sariawan maupun lidah kotor dan gigi, membran mukosa pasien tampak lembab, nafsu makan pasien sedikit turun yaitu ½ porsi dalam 3 kali sehari, saat di rumah sakit pasien makan dengan diit garam dan

lunak. Pasien agak keslitan saat menelan, peristaltik usus 4x/menit.

Pasien mengatakan belum BAB selama 3 hari.

Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba hepatomegaly.

Masalah Keperawatan : - Gangguan Menelan
- Konstipasi.

f. B6 Muskuloskeletal (Bone)

Warna kulit pasien sawo matang, kulit pasien tampak lembab, tidak ada lesi maupun oedema, ROM terhambat karena tubuh bagian kanan tidak dapat digerakkan, turgor kulit normal, CRT < 2 detik, tidak terdapat fraktur, mobilitas lemah. Aktivitas harian pasien dibantu dengan keluarga serta perawat karena gangguan pada sistem gerak sebelah kanan pasien.

Kekuatan otot	2222	5555
	2222	5555

Masalah Keperawatan : - Gangguan mobilitas fisik

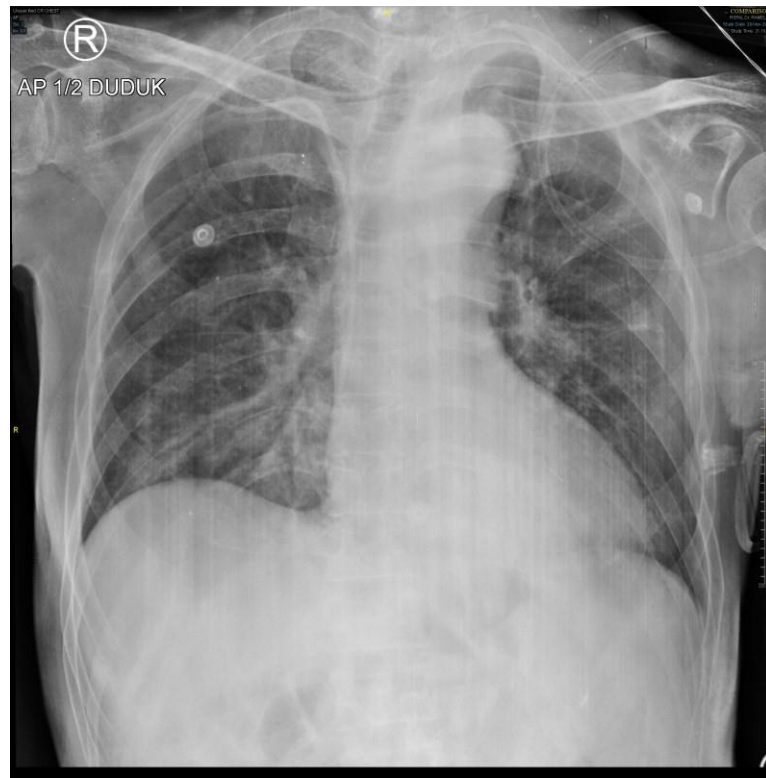
3.1.5 Pemeriksaan Penunjang

1. Laboratorium

Tabel 3.1 Hasil laboratorium tanggal 04 Desember 2023

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Hasil		
Senin, 04/12/2023	Darah lengkap	HB 13.7	g/dl	(N: 13-17)
		Hematokrit 43.32	%	(N: 40-54)
		Leukosit 8.64	$10^3/\mu\text{L}$	(N: 4-10)
		Trombosit 3667.00	$10^3/\mu\text{L}$	(N: 150-450)
		Eritrosit: 4.43	$10^6/\mu\text{L}$	(N: 4-5.5)
	Fungsi Ginjal	Kreatinin 1.03	mg/dL	(N: 0.6 - 1.5)
		BUN 12	mg/dL	(N: 10 - 24)
		Asam Urat H 7.8	mg/dL	(N: 2 – 7)
	Elektrolit	Natrium (Na) 136.7	mEq/L	(N: 135 – 147)
		Kalium (K) 4.47	mmol/L	(N: 3.0 - 5.0)
		Clorida (Cl) 101.1	mEq/L	(N: 95 – 105)
	Fungsi Liver	SGOT 34	U/L	(N: 0-50)
		SGPT 17	U/L	(N: 0-50)
		Albumin 4.23	mg/dL	(N: 3,50-5,20)
	Diabetes	156	mg/dL	(N: < 200)
		HbA1C 4.6	%	Normal : < 5.7
		Prediabetes : 5.7 - 6.4		
		Diabetes : ≥ 6.5		
	HBSAg	Negatif		(negatif)
	BGA	pH 7.367		(N: 7.350 - 7.450)
		PCO2 38.2		
		PO2 97.5	mmHg	(N:35 – 45)
		HCO3 Act 24.0	mmHg	(N: 80.0 - 100.0)
HCO3 Std 23.3		mEq/L		
BE(ecf) -1.4		mEq/L	(N: 22-26)	
BE (B) -10.5		mmol/L	(N: 22 – 26)	
ctCO2 13.8		mmol/L	(N: -2 s/d +2)	
O2 SAT 98		mmol/L	(N: > 95%)	

2. Foto Rontgen



Gambar 3.2 Hasil Foto Rontgen tanggal 28 November 2023

Foto Thorax AP :

Cor:

- Besar dan bentuk normal

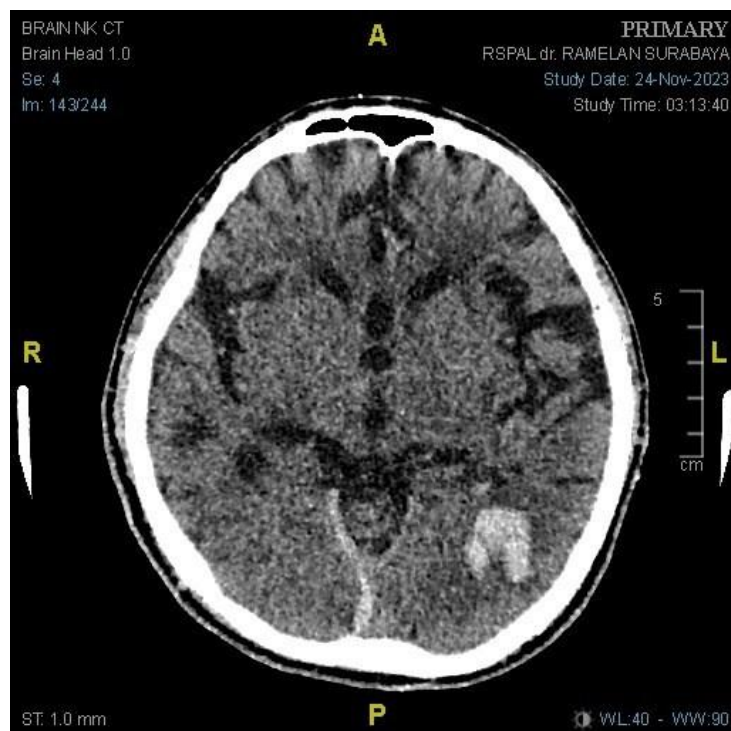
Pulmo:

- infiltrasi/perselubungan (-)
- Sinus phrenacostalis kanan kiri tajam
- Diaphragma kanan kiri baik
- Tulang baik

Kesimpulan:

- Cor & pulmo normal

3. Pemeriksaan CT Scan Kepala non Kontras



Gambar 3.3 Hasil CT Scan Kepala non Kontras tgl 24 November 2023

Hasil CT Scan Kepala Tanpa Kontras :

- Tampak lesi hyperdens berdensitas darah (60 ± 5 HU) { \pm vol 12,64 cc} dgn area slight hypodens di sekitarnya pd subcortex
- parietal kiri posterior, lesi hypodens pd capsula interna & capsula eksterna kiri serta corona radiata kanan kiri
- System ventrikel & cysterna melebar
- Deviasi midline structure (-)
- Cerebellum, pons & cerebellopontine angle baik
- Sulci & gyri tampak dalam & mendatar
- Subarachnoid space & fissura Sylvii melebar
- Kalsifikasi abnormal (-)
- Orbita & nervus optikus kanan kiri normal
- Sinus maksilaris kanan kiri penebalan mukosa

Kesimpulan :

- ICH di parietal kiri posterior (\pm vol 12,64 cc) dgn perifokal edema di sekitarnya
- Chronic thrombotic cerebral infarction di capsula interna & capsula eksterna kiri serta corona radiata kanan kiri
- Brain atrophy
- Sinusitis maksilaris bilateral

3.1.6 Terapi Medis

Tabel 3.2 Lembar Pemberian Terapi pada Tn. S dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

Hari/ Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
Rabu, 06/12/2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. NaCl 0,9% 14 tpm 2. Antrain 3. Ondacentron 4. Neurohax 5. Phenytoin (Vitamin K) 6. Clobazam 10 mg 7. Allopurinol 8. Amlodipin 10mg 9. Candesartan 16mg 	<ol style="list-style-type: none"> 1000 ml/ 24 jam 3x2 ml 2x4 ml 0-1-0 3x100mg 0-0-½ tablet 3x100mg 0-0-1 1-0-0 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menjaga keseimbangan cairan tubuh 2. meringankan rasa sakit 3. mengobati mual dan muntah 4. mengatasi kekurangan vitamin B kompleks 5. untuk mengatasi trigeminal neuralgia 6. untuk mengatasi dan mencegah kejang 7. untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah 8. menurunkan tekanan darah tinggi 9. menurunkan tekanan darah tinggi
Kamis, 07/12/2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. NaCl 0,9% 14 tpm 2. Antrain 3. Ondacentron 4. Neurohax 5. Phenytoin (Vitamin K) 6. Clobazam 10 mg 7. Allopurinol 8. Amlodipin 10mg 9. Candesartan 16mg 	<ol style="list-style-type: none"> 1000 ml/ 24 jam 3x2 ml 2x4 ml 0-1-0 3x100mg 0-0-½ tablet 3x100mg 0-0-1 1-0-0 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menjaga keseimbangan cairan tubuh 2. meringankan rasa sakit 3. mengobati mual dan muntah 4. mengatasi kekurangan vitamin B kompleks 5. untuk mengatasi trigeminal neuralgia 6. untuk mengatasi dan mencegah kejang 7. untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah 8. menurunkan tekanan darah tinggi 9. menurunkan tekanan darah tinggi

Jum'at, 08/12/2023	<ol style="list-style-type: none"> 1. NaCl 0,9% 14 tpm 2. Antrain 3. Ondacentron 4. Neurohax 5. Phenytoin (Vitamin K) 6. Clobazam 10 mg 7. Allopurinol 8. Amlodipin 10mg 9. Candesartan 16mg 	<ol style="list-style-type: none"> 1000 ml/ 24 jam 3x2 ml 2x4 ml 0-1-0 3x100mg 0-0-½ tablet 3x100mg 0-0-1 1-0-0 	<ol style="list-style-type: none"> 1. menjaga keseimbangan cairan tubuh 2. meringankan rasa sakit 3. mengobati mual dan muntah 4. mengatasi kekurangan vitamin B kompleks 5. untuk mengatasi trigeminal neuralgia 6. untuk mengatasi dan mencegah kejang 7. untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah 8. menurunkan tekanan darah tinggi 9. menurunkan tekanan darah tinggi
-----------------------	---	--	---

3.2 Diagnosis Keperawatan

3.2.1 Analisis Data

Tabel 3.3 Analisa data asuhan keperawatan pada pasien dengan ICH pada tanggal 06-08 Desember 2023 di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.







No	Data (Symptom)	Penyebab (Etiologi)	Masalah (Problem)
1.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh kepalanya pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 160/90 mmHg - Nadi : 92/menit - GCS : 456 - MAP : $\frac{2 \times (160 + 90)}{3} = 166$ mmHg - Hasil pemeriksaan CT Scan : Tampak lesi hyperdens berdensitas darah (60+/-5 HU) {+/- vol 12,64 cc} dgn area slight hypodens di sekitarnya pada subcortex - Pasien tampak gelisah 	Lesi menempati ruang otak	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial

2.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak hanya tirah baring di tempat tidur - Kekuatan otot $\begin{array}{c c} 2222 & 5555 \\ \hline \text{---}2222 & \text{---}5555\text{---} \\ & \end{array}$ 	Penurunan kekuatan otot	Gangguan Mobilitas Fisik
3.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum bisa BAB selama 3 hari - Pasien mengatakan hanya dapat berbaring di tempat tidur <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak ada feses - Peristaltik usus menurun (4x/menit) - Teraba masa pada rektal 	Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan	Konstipasi
4.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengeluh kesulitan menelan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sisa makanan di rongga mulut - Makanan habis ½ porsi 	Gangguan saraf kranialis	Gangguan Menelan
5.	<p>Faktor Risiko:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengeluh kesulitan menelan 2. Makanan hanya habis ½ porsi 3. BB SMRS 80 kg, BB MRS 75kg, TB 165 cm. 		Risiko Defisit Nutrisi
6.	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kanan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu 	Gangguan neuromuskuler	Defisit perawatan diri

3.2.2 Prioritas Masalah

Dari analisa data maka diperoleh prioritas masalah sebagai berikut:

Tabel 3.4 Prioritas Masalah pada pasien dengan ICH pada tanggal 06-08 Desember 2023 di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf (Nama Perawat)
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang otak (SDKI D.0066)	06 Desember 2023	Teratasi sebagian	
2.	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054)	06 Desember 2023	Teratasi sebagian	
3.	Kontipasi berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan (SDKI D.0052)	06 Desember 2023	06 Desember 2023	
4.	Gangguan menelan berhubungan dengan Gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)	06 Desember 2023	Teratasi sebagian	
5.	Risiko Defisit Nutrisi (SDKI D.0032)	06 Desember 2023	Teratasi sebagian	
6.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler (SDKI D.0109)	06 Desember 2023	Teratasi sebagian	

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3.5 Intervensi keperawatan pasien dengan ICH pada tanggal 06-08 Desember 2023 di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No Dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi , Terapeutik, Edukasi, Kolaborasi)
1.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang otak (SDKI D.0066)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Bradikaria menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Pola napas membaik 7. Refleks neurologis membaik	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor penurunan tingkat kesadaran 2. Monitor <i>Mean Arterial Pressure</i> (MAP) 3. Monitor peningkatan tekanan intra kranial (TIK) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan posisi kepala dan leher netral <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Pemberian terapi obat Clobazam 10 mg
2.	Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot (SDKI D.0054)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Pergerakan ekstremitas meningkat 2. Kekuatan otot meningkat	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi







		3. Rentang gerak (ROM) meningkat	Edukasi 4. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi)
3.	Kontipasi berhubungan dengan Aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan (SDKI D.0052)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi BAB membaik 2. Keluhan defekasi lama dan sulit menurun 3. Konsistensi feses membaik 4. Peristaltik usus membaik	Observasi 1. Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal Terapeutik 2. Sediakan makanan tinggi serat 3. Berikan air hangat setelah makan Edukasi 4. Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik 5. Anjurkan mengonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat Kolaborasi 6. pemberian obat supositoria anal (gliseril atau Dulcolax supp)
4.	Gangguan Menelan berhubungan dengan Gangguan saraf kranialis (SDKI D.0063)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status menelan membaik, dengan kriteria hasil: 1. Mempertahankan makanan	Observasi 1. Identifikasi diet yang dianjurkan 2. Monitor kemampuan menelan Terapeutik 3. Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum 4. Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian



		<p>di mulut meningkat</p> <p>2. Reflek menelan meningkat</p>	
5.	Risiko Defisit Nutrisi (SDKI D.0032)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan yang dihabiskan meningkat 2. Berat badan membaik 3. Indeks massa tubuh (IMT) membaik 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Timbang berat badan secara rutin 3. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik 4. Lakukan kontrak perilaku (mis: target berat badan, tanggungjawab perilaku) <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan) 6. Ajarkan pengaturan diet yang tepat <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
6.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan Gangguan neuromuskuler (SDKI D.0109)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 	<p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia 2. Monitor tingkat kemandirian 3. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) 5. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun

		3. Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat	mandi) 6. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 7. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 8. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri Edukasi 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
--	--	--	--




3.4 Implementasi dan Evaluasi




Tabel 3.6 Intervensi dan implementasi keperawatan pasien dengan ICH pada tanggal 06-08 Desember 2023 di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Hari/ Tgl	Dx.	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
Rabu 06/12/ 2023	1,2,3,4,5,6	07.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas malam		Diagnosa 1 S : - Pasien mengatakan masih pusing O : - GCS: 456 - TD: 160/90 mmHg - N: 92 x/menit S: 36'3°C - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 113.33 mmHg - Pasien belum bisa berinteraksi dengan baik A : - masalah belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 Diagnosa 2 S : - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan
	1,2,3,4,5,6,	07.30	Menyiapkan obat-obatan untuk pasien		
	2	08.00	Mengganti cairan inf NS 14tpm		
	2	08.30	Melakukan pencegahan resiko jatuh : - Mengunci roda tempat tidur - Memasang pagar pengaman tempat tidur		
	2,6	09.00	Membantu <i>aktifity daily life</i> (ADL) pasien, Menganjurkan pasien agar duduk diatas bed		
	4,5	10.00	Melakukan injeksi Ondacentron 4 ml/iv		
		10.15	Mengobservasi reaksi alergi R/ tidak alergi		
		11.00	Mengobservasi TTV dan GCS TD: 160/90 mmHg N: 92 x/menit S: 36'3°C RR: 20 x/menit SpO2 : 98% MAP: 166 mmHg		
	1	11.50	Melakukan injeksi Antrain 2 ml/iv		
		12.05	Mengobservasi reaksi alergi R/ tidak alergi		
	1,2,3,4,5,6	12.10	Memonitor kemampuan menelan, Memberikan diet makanan		

	<p>1 1,2,3,4,5,6</p>	<p>12.25 13.40 14.00</p>	<p>R/ makanan habis setengah seperempat porsi Memberikan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Neurohax) Menedukasi pasien agar setelah makan untuk minum air hangat. Mengobservasi reaksi alergi R/ tidak alergi Memberikan posisi elevasi kepada pasien Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas siang.</p>	 	<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga - Kekutan otot <table border="1" data-bbox="1518 528 1671 665"> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,3,4 <p>Diagnosa 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum bisa BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik usus 8x/menit - Teraba masa pada rektal - Pasien nampak tiduran saja <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 	2222	5555	2222	5555
2222	5555								
2222	5555								

					<p>Diagnosa 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak sisa makanan tertinggal di rongga mulut pasien- Tampak makanan habis ½ porsi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi dilanjutkan 3,4 <p>Diagnosa 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none">- Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none">- Tampak makanan habis ½ porsi- BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg, TB: 165 cm. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none">- masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
--	--	--	--	--	---

					<p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan tidak dapat menggerakkan anggota tubuh bagian kanan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
Rabu 06/12/ 2023	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 2 2,6 3,5	14.00 14.30 15.00 15.30 16.00 17.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Pagi Menyiapkan obat-obatan untuk pasien Melakukan pencegahan resiko jatuh : - Mengunci roda tempat tidur - Memasang pagar pengaman tempat tidur Membantu ADL pasien, Menganjurkan pasien agar duduk diatas bed Menganjurkann meningkatkan asupan cairan (edukasi pasien agar lebih banyak minum minimal 1 liter/hari) Mengobservasi TTV dan GCS	  	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan masih pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS: 456 - TD: 156/88 mmHg - N: 90 x/menit S: 36^o4^oC - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 110.67 mmHg - Pasien mulai bisa berinteraksi dengan baik <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi

	1,2,3,4,5,6	20.00	<p>TD: 156/88 mmHg N: 90 x/menit S: 36,4°C RR: 20 x/menit SpO2 : 98% MAP: 162 mmHg</p> <p>Melakukan injeksi Antrain 2 ml/iv Memonitor kemampuan menelan, Memberikan diet makanan R/ makanan habis setengah porsi Memberikan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Amlodipin 10mg, clobazam 10 mg)</p>	  	<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 <p>Diagnosa 2</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga - Kekutan otot <table border="1" data-bbox="1518 826 1668 959"> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,3,4 <p>Diagnosa 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum bisa BAB 	2222	5555	2222	5555
2222	5555								
2222	5555								
	4,5,6 1,2,3,4,5,6	20.15 20.30 21.00	<p>Mengobservasi reaksi alergi R/ tidak alergi</p> <p>Melakukan oral hygiene</p> <p>Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Malam.</p>						





				<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik usus 8x/menit - Teraba masa pada rektal <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien nampak tiduran saja - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 <p>Diagnosa 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak sisa makanan tertinggal di rongga mulut pasien - Tampak makanan habis ½ porsi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 3,4 <p>Diagnosa 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi - BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg,
--	--	--	--	--





					<p>TB: 165 cm.</p> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 <p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
--	--	--	--	--	--

Rabu 06/12/ 2023	1,2,3,4,5,6	21.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Pagi		Diagnosa 1 S : - Pasien mengatakan masih pusing O : - GCS: 456 - TD: 140/82 mmHg - N: 87 x/menit S: 36'2°C - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 101.33 mmHg - Pasien mulai bisa berinteraksi dengan baik A : - masalah belum teratasi P : - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 Diagnosa 2 S : - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan O : - Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga
	1,2,3,4,5,6 4,5	21.30 22.00	Menyiapkan obat-obatan untuk pasien Melakukan injeksi Ondancentron 4 ml/iv Mengobservasi reaksi alergi		
	2,6	00.30	Memonitor K/U Pasien R/ Pasien tampak istirahat		
	1	04.00	Melakukan injeksi Antrain 2 ml/iv Mengobservasi reaksi alergi, tidak alergi		
		04.30	Mengobservasi TTV dan GCS TD: 140/82 mmHg N: 87 x/menit S: 36'2°C RR: 20 x/menit SpO2 : 98% MAP: 148 mmHg		
	2,5,6	05.00	Membantu ADL pasien, Melakukan oral hygiene		
	1,2,3,4,5,6	06.00	Memonitor kemampuan menelan, Memberikan diet makanan R/ makanan habis setengah porsi memberikan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Candesartan 16mg)		
		06.15	Mengobservasi reaksi alergi R/ tidak alergi		
1,2,3,4	07.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Malam.			



				<p>- Kekutan otot</p> <table border="1" style="margin-left: 40px;"> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">2222</td> <td style="padding: 2px 10px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 10px;">2222</td> <td style="padding: 2px 10px;">5555</td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,3,4 <p>Diagnosa 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum bisa BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik usus 8x/menit - Teraba masa pada rektal - Pasien nampak tiduran saja <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 <p>Diagnosa 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p>	2222	5555	2222	5555
2222	5555							
2222	5555							





					<ul style="list-style-type: none"> - Tampak sisa makanan tertinggal di rongga mulut pasien - Tampak makanan habis ½ porsi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 3,4 <p>Diagnosa 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi - BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg, TB: 165 cm. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 <p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan
--	--	--	--	--	--

					<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
kamis 07/12/ 2023	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 2 2,5,6 4,5	07.00 07.30 08.00 08.30 09.00 10.00 10.15 11.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas malam Menyiapkan obat-obatan untuk pasien Mengganti cairan inf NS 14tpm Melakukan pencegahan resiko jatuh : - Mengunci roda tempat tidur - Memasang pagar pengaman tempat tidur Membantu ADL pasien, Menganjurkan pasien agar duduk diatas bed Melakukan injeksi Ondancentron 4 ml/iv Mengobservasi reaksi alergi R/tidak alergi Mengobservasi TTV dan GCS TD: 157/94 mmHg N: 93 x/menit S: 36'4°C RR: 20 x/menit	   	<p>Diagnosa 1</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing kepala berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS: 456 - TD: 157/94 mmHg - N: 93 x/menit S: 36'4°C - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 115 mmHg - Pasien mulai bisa berinteraksi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4

	1	11.50	SpO2 : 98% MAP: 167 mmHg Melakukan injeksi Antrain 2 ml/iv		<p>Diagnosa 2</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga - Kekutan otot <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">2222</td> <td style="padding: 2px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">2222</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">5555</td> </tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,3,4 <p>Diagnosa 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa BAB tapi menunggu lama dan Feses keras <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik usus 5x/menit - Pasien nampak tiduran saja 	2222	5555	2222	5555
2222	5555								
2222	5555								
	1,2,3,4,5,6	12.05	Mengobservasi reaksi alergi R/tidak alergi						
	1,2,3,4,5,6	12.10	Memonitor kemampuan menelan, Memberikan diet makanan R/makanan habis seperempat porsi Memberikan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Neurohax)						
		12.25	Mengobservasi reaksi alergi R/tidak alergi						
		13.40	Mengedukasi pasien agar setelah makan untuk minum air hangat.						
	1	13.45	Memberikan posisi elevasi kepada pasien						
	1,2,3,4,5,6	14.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas siang.						












					<p>A : - masalah teratasi sebagian</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan 2,3,4</p> <p>Diagnosa 4</p> <p>S : - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan.</p> <p>O : - Tampak makanan habis ½ porsi</p> <p>A : - masalah teratasi sebagian</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan 3,4</p> <p>Diagnosa 5</p> <p>S : - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan.</p> <p>O : - Tampak makanan habis ½ porsi - BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg, TB: 165 cm.</p> <p>A : - masalah belum teratasi</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
kamis 07/12/ 2023	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 2 2,5,6 3,5	14.00 14.30 15.00 15.30 16.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Pagi Menyiapkan obat-obatan untuk pasien Melakukan pencegahan resiko jatuh : - Mengunci roda tempat tidur - Memasang pagar pengaman tempat tidur Membantu ADL pasien, Menganjurkan pasien agar duduk diatas bed Menganjurkann meningkatkan asupan cairan (edukasi pasien agar lebih banyak minum	 	<p>Diagnosa 1</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing kepala berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS: 456 - TD: 155/88 mmHg - N: 88 x/menit S: 36'4°C - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 110 mmHg

			minimal 1 liter/hari)		- Pasien mulai bisa berinteraksi				
		17.00	Mengobservasi TTV dan GCS		A :				
			TD: 155/88 mmHg N: 88 x/menit		- masalah teratasi sebagian				
			S: 36,4°C RR: 20 x/menit		P :				
			SpO2 : 98% MAP: 162 mmHg		- Intervensi dilanjutkan 2,3,4				
	1,2,3,4,5,6	19.50	Melakukan injeksi Antrain 2 ml/iv						
		20.00	Memonitor kemampuan menelan, Memberikan diet makanan		Diagnosa 2				
			R/makanan habis seperempat porsi		S :				
			Memberikan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Neurohax)		- Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan				
		20.15	Mengobservasi reaksi alergi		O :				
	4,5,6		R/tidak alergi		- Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga				
		20.30	Mengedukasi pasien agar setelah makan untuk minum air hangat.		- Kekutan otot				
					<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">2222</td> <td style="padding: 2px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">2222</td> <td style="border-top: 1px solid black; padding: 2px;">5555</td> </tr> </table>	2222	5555	2222	5555
2222	5555								
2222	5555								
	1,2,3,4,5,6	21.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas siang.		A :				
					- masalah teratasi sebagian				
					P :				
					- Intervensi dilanjutkan 1,3,4				





					<p>Diagnosa 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan bisa BAB tapi menunggu lama dan Feses keras <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik usus 5x/menit - Pasien nampak tiduran saja <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 <p>Diagnosa 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 3,4 <p>Diagnosa 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan.
--	--	--	--	--	---

					<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi - BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg, TB: 165 cm. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 <p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
--	--	--	--	--	---

Kamis 07/12/ 2023	1,2,3,4,5,6	21.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Pagi		Diagnosa 1 S : - Pasien mengatakan pusing kepala berkurang O : - GCS: 456 - TD: 143/87 mmHg - N: 89 x/menit S: 36'2°C - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 106 mmHg - Pasien mulai bisa berinteraksi A : - masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan 2,3,4 Diagnosa 2 S : - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan O : - Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga - Kekutan otot
	1,2,3,4,5,6 4,5	21.30	Menyiapkan obat-obatan untuk pasien		
		22.00	Melakukan injeksi Ondancentron 4 ml/iv		
		20.15	Mengobservasi reaksi alergi R/tidak alergi		
	2,6	00.30	Memonitor K/U Pasien R/ Pasien tampak istirahat		
	1	04.00	Melakukan injeksi Antrain 2 ml/iv		
		04.15	Mengobservasi reaksi alergi R/ tidak alergi		
		04.30	Mengobservasi TTV dan GCS TD: 143/87 mmHg N: 89 x/menit S: 36'2°C RR: 20 x/menit SpO2 : 98% MAP: 153 mmHg		
	2,5,6	05.00	Membantu ADL pasien, Melakukan oral hygiene		
	1,2,3,4,5,6	06.00	Memonitor kemampuan menelan, Memberikan diet makanan R/makanan habis seperempat porsi memberikan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Candesartan 16mg)		
	06.15	Mengobservasi reaksi alergi R/tidak alergi			
1,2,3,4	07.00	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Malam.			

					<table border="1"> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>A : - masalah teratasi sebagian</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan 1,3,4</p> <p>Diagnosa 3</p> <p>S : - Pasien mengatakan bisa BAB tapi menunggu lama dan Feses keras</p> <p>O : - Peristaltik usus 5x/menit - Pasien nampak tiduran saja</p> <p>A : - masalah teratasi sebagian</p> <p>P : - Intervensi dilanjutkan 2,3,4</p> <p>Diagnosa 4</p> <p>S : - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan.</p> <p>O : - Tampak makanan habis ½ porsi</p>	2222	5555	2222	5555
2222	5555								
2222	5555								

				<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 3,4 <p>Diagnosa 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesulitan menelan saat makan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi - BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg, TB: 165 cm. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 <p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat
--	--	--	--	--

					<p>tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
Jum'at 08/12/ 2023	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 2 2,5,6 4,5 1 1,2,3,4,5,6	07.00 07.30 08.00 08.30 09.00 10.00 10.15 11.00 11.50 12.05 12.10	<p>Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas malam</p> <p>Menyiapkan obat-obatan untuk pasien</p> <p>Mengganti cairan inf NS 14tpm</p> <p>Melakukan pencegahan resiko jatuh :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengunci roda tempat tidur - Memasang pagar pengaman tempat tidur <p>Membantu ADL pasien, Menganjurkan pasien agar duduk diatas bed</p> <p>Melakukan injeksi Ondancetron 4 ml/iv</p> <p>Mengobservasi reaksi alergi, tidak alergi</p> <p>Mengobservasi TTV dan GCS</p> <p>TD: 146/83 mmHg N: 86 x/menit S: 36'3°C RR: 20 x/menit SpO2 : 98% MAP: 150 mmHg</p> <p>Melakukan injeksi Antrain 2 ml/iv</p> <p>Mengobservasi reaksi alergi</p> <p>R/ tidak alergi</p> <p>Memonitor kemampuan menelan,</p>	   	<p>Diagnosa 1</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan pusing kepala berkurang <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS: 456 - TD: 146/83 mmHg - N: 86 x/menit S: 36'2°C - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 104 mmHg - Pasien mulai bisa berinteraksi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 2,3,4

	<p>1 1,2,3,4,5,6</p>	<p>12.25 13.40 14.00</p>	<p>Memonitor kemampuan menelan, Memberikan diet makanan R/makanan habis seperempat porsi memberikan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Neurohax) Menedukasi pasien agar setelah makan untuk minum air hangat. Mengobservasi reaksi alergi R/ tidak alergi Memberikan posisi elevasi kepada pasien Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas siang.</p>	<p>Diagnosa 2 S : - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan O : - Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga - Kekutan otot</p> <table border="1" data-bbox="1518 751 1671 884"> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> <tr> <td>2222</td> <td>5555</td> </tr> </table> <p>A : - masalah teratasi sebagian P : - Intervensi dilanjutkan 1,3,4</p> <p>Diagnosa 3 S : - Pasien mengatakan sudah bisa BAB O : - Peristaltik usus 12x/menit</p>	2222	5555	2222	5555
2222	5555							
2222	5555							

					<ul style="list-style-type: none"> - Pasien mulai beraktifitas ringan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dihentikan <p>Diagnosa 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa menelan makan pelan-pelan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 3,4 <p>Diagnosa 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa menelan makan pelan-pelan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi - BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg, TB: 165 cm. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p>
--	--	--	--	--	--

					<ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4 <p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4
Jum'at 08/12/ 2023	1,2,3,4,5,6 1,2,3,4,5,6 2 2,5,6	14.00 14.30 15.00 15.30	Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Pagi Menyiapkan obat-obatan untuk pasien Melakukan pencegahan resiko jatuh : - Mengunci roda tempat tidur - Memasang pagar pengaman tempat tidur Membantu ADL pasien,		<p>Diagnosa 1</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah tidak pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS: 456 - TD: 146/83 mmHg

	<p>3,5</p> <p>1,2,3,4,5,6</p>	<p>16.00</p> <p>17.00</p> <p>17.30</p> <p>18.00</p> <p>18.15</p> <p>20.00</p> <p>21.00</p>	<p>Menganjurkan pasien agar duduk diatas bed</p> <p>Menganjurkann meningkatkan asupan cairan (edukasi pasien agar lebih banyak minum minimal 1 liter/hari)</p> <p>Mengobservasi TTV dan GCS TD: 130/82 mmHg N: 83 x/menit S: 36'4°C RR: 20 x/menit SpO2 : 98% MAP: 141 mmHg</p> <p>Melakukan aff Infus Pasien</p> <p>Memberikan diet makanan dan obat oral (phenytoin 100mg, allopurinol 100mg, Amlodipin 10mg, clobazam 10 mg)</p> <p>Mengobservasi reaksi alergi R/tidak alergi</p> <p>Pasien KRS, kontrol ke poli syaraf tanggal 12 Desember 2023.</p> <p>Melakukan timbang terima keperawatan dengan dinas Malam.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - N: 86 x/menit S: 36'2°C - RR: 20x/menit SPO2: 98% - MAP: 98 mmHg - Pasien mulai bisa berinteraksi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien KRS Intervensi dihentikan <p>Diagnosa 2</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga - Kekutan otot <table border="1" style="margin: 0 auto;"> <tr><td style="text-align: center;">2222</td><td style="text-align: center;">5555</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2222</td><td style="text-align: center;">5555</td></tr> </table> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien KRS Intervensi dihentikan 	2222	5555	2222	5555
2222	5555							
2222	5555							

					<p>Diagnosa 3</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa BAB <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Peristaltik usus 12x/menit - Pasien mulai beraktifitas ringan <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien KRS Intervensi dihentikan <p>Diagnosa 4</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa menelan makan pelan-pelan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien KRS Intervensi dihentikan <p>Diagnosa 5</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sudah bisa menelan makan pelan-pelan
--	--	--	--	--	---

					<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tampak makanan habis ½ porsi - BB SMRS: 80 kg, BB MRS: 75kg, TB: 165 cm. <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien KRS Intervensi dihentikan <p>Diagnosa 6</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien hanya tirah baring di tempat tidur - ADL pasien di rumah sakit dibantu keluarga seperti mandi dengan diseka 2x/hari, belum keramas dan potong kuku 1x/minggu <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien KRS Intervensi dihentikan
--	--	--	--	--	---

BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang kesenjangan yang terjadi antar tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam asuhan keperawatan pada Tn. S dengan diagnosis medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya serta menyertakan literatur untuk memperkuat alasan tersebut. Adapun pembahasan berupa pustaka data yang diperoleh dari pelaksanaan asuhan keperawatan dan opini dengan pendekatan proses keperawatan dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya. Tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Hadinata & Abdillah, 2022). Penulis melakukan pengkajian pada Tn. S dengan diagnosis medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) dengan melakukan anamnesa pada pasien dan keluarga, melakukan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang medis.

4.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang Laki-Laki berinisial Tn. S berumur 54 tahun, beragama Islam, bahasa yang sering digunakan adalah Bahasa Indonesia dan Bahasa Jawa. Pasien tinggal di Surabaya, pendidikan terakhir yaitu SMA, saat ini bekerja sebagai wiraswasta, dengan diagnosis medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH). Faktor usia memiliki hubungan terhadap luaran pasien stroke hemoragik. Tingginya risiko kematian pada usia >80 tahun (Astri et al., 2022) Hipertensi merupakan faktor risiko yang potensial pada kejadian stroke karena hipertensi dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah otak atau menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah otak akan mengakibatkan perdarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh darah otak akan mengganggu aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak (Setiawan, 2021) Jadi ada hubungannya fakta dan teori bahwa usia dan penyakit komorbid hipertensi memiliki resiko tinggi terhadap timbulnya penyakit *Intracerebral Hemorrhage* (ICH).

4.1.2 Riwayat Kesehatan

Keluhan Utama Pasien mengatakan kaki dan tangan kiri masih terasa, kesadaran composmentis dan GCS 456. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Kune & Pakaya, (2023) bagi penderita stroke masalah keperawatan terbanyak yang dirasakan oleh pasien adalah hambatan mobilitas fisik kondisi ini sering terjadi akibat adanya sumbatan pada peredaran darah maka dari itu ketika keadaan neurologis dan hemodinamik telah stabil, pasien stroke harus dimobilisasi secepatnya. hubungan fakta dan teori yaitu keluhan utama pasien

dengan ICH adalah kelemahan otot tubuh disebabkan karena kerusakan syaraf pusat.

Riwayat Penyakit Sekarang keluarga mengatakan pasien pada tanggal 24 November 2023 kurang lebih pukul 14.00 WIB. Saat itu pasien tiba-tiba tidak bisa diajak komunikasi dan anggota gerak kanan lemah setelah selesai mandi dan muntah 1 kali, keluarga pasien membawa pasien ke IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Ibrahim et al., (2021) Bila pembuluh darah pecah maka akan terjadi perdarahan atau hematoma sampai dengan maksimal 6 jam, yang akan berhenti sendiri akibat pembentukan bekuan darah dan ditampon oleh jaringan sekitarnya. Jika perdarahan terus berlanjut dengan volume yang besar maka akan merusak struktur anatomi otak, ditambah lagi terjadinya edema awal disekitar hematoma akibat pelepasan dan akumulasi protein serum aktif osmotik dari bekuan darah. hubungan fakta dan teori yaitu gejala awal ICH berupa kelemahan otot tubuh, gangguan komunikasi juga disertai muntah yang khas yaitu muntah proyektil.

Riwayat penyakit dahulu keluarga pasien mengatakan ada riwayat hipertensi sejak tahun 2019 akan tetapi pasien tidak kontrol rutin. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Erawantini et al., (2015) riwayat Hipertensi merupakan faktor risiko stroke dengan signifikansi 0,000. Nilai signifikansi kurang dari 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa, riwayat Hipertensi pada seseorang akan meningkatkan risiko terserang stroke. hubungan fakta dan teori yaitu Riwayat Hipertensi berpengaruh signifikan terhadap timbulnya stroke terutama stroke hemoragik karena pengaruh tekanan darah yang tinggi mengakibatkan pembuluh darah di otak pecah.

4.1.3 Pola Fungsi Kesehatan

Pola aktivitas dan latihan didapatkan data bahwa kemampuan pasien dalam melakukan perawatan diri dibantu oleh keluarganya seperti : mandi diseka, berpakaian/berdandan, Toileting/eliminasi menggunakan pempers, mobilitas ditempat tidur, berpindah dan jalan belum bisa karena kelesahan bagian tubuh sebelah kanan. Dari hasil pengkajian jika dikaitkan dengan teori Harahap & Siringoringo, (2016) Orang yang menderita stroke, biasanya mengalami banyak gangguan fungsional , seperti gangguan motorik, psikologis atau perilaku,dimana gejala yang paling khas adalah hemiparesis, kehilangan kemampuan sisi, hilang sensasi wajah, kesulitan bicara dan kehilangan penglihatan sisi. hubungan fakta dan teori yaitu pasien dengan kelemahan otot biasanya *Activities of Daily Living* (ADL) dibantu oleh perawat perawat maupun keluarga pasien sembari dilakukan fisioterapi otot akan bisa kembali Melakukan aktivitas secara mandiri.

4.1.4 Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnosa keperawatan yang aktual maupun resiko. Adapun pemeriksaan fisik dilakukan berdasarkan persistem seperti yang diuraikan sebagai berikut:

1. B1 : Breath/Pernafasan

Pada pemeriksaan inspeksi didapatkan bentuk dada simetris, pergerakan dada normal, tidak terdapat otot bantu napas tambahan, irama napas reguler, tidak terdapat kelainan pada pernapasan, pola napas normal (eupnea), tidak ada taktil, tidak tampak sesak napas, tidak ada batuk dan sputum, tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan

pada area dada. Pada pemeriksaan perkusi Sonor dibagian lobus anterior-posterior dextra-sinistra dan lobus media dextra. Pada pemeriksaan auskultasi tidak terdapat suara napas tambahan seperti ronchi, wheezing, suara napas vesikuler, RR: 19x/menit.

Perdarahan intraserebral (ICH) adalah jenis stroke paling mematikan didunia yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah sehingga pasien mengalami penurunan kesadaran. Pasien dengan penurunan kesadaran tidak mempunyai reflek batuk yang efektif sehingga terjadi penumpukan secret di jalan napas (Karlina et al., 2023).

Peneliti berasumsi bahwa pasien ICH dengan penurunan kesadaran berisiko terjadinya sumbatan jalan nafas dikarenakan penumpukan secret oleh karena itu intervensi pemberian oksigen untuk mempertahankan kepatenan jalan nafas.

2. B2 : Blood/Sirkulasi

Pada pemeriksaan inspeksi, konjungtiva ananemis, tidak ada sianosis. Pada pemeriksaan palpasi, ictus cordis normal, tidak ada nyeri pada area dada, irama jantung normal/reguler, CRT<2 detik, tidak terdapat oedema, akral teraba hangat. Pada pemeriksaan perkusi, tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening. Pada pemeriksaan auskultasi, bunyi jantung normal/reguler, S1S2 tunggal.

Gejala yang sering tampak pada perdarahan intraserebral yaitu penurunan kesadaran atau bertahap seiring dengan membesarnya perdarahan, pola pernapasan dapat secara progresif menjadi abnormal, respon pupil tidak ada, muntah-muntah akibat peningkatan tekanan

intrakranial, perubahan perilaku kognitif, dan perubahan fisik pada berbicara dan gerakan motorik dapat timbul segera atau perlahan. Nyeri kepala dapat muncul segera atau bertahap seiring dengan peningkatan tekanan intra-kranial (Ibrahim et al., 2021).

Peneliti berasumsi bahwa gejala yang timbul akibat dari pecahnya pembuluh darah di otak akibat tekanan darah tinggi yaitu nyeri kepala di disertai Muntah proyektil disertai perubahan fisik gangguan komunikasi verbal dan kelemahan otot tubuh satu sisi.

3. B3 : Brain/Persyarafan

Pada pemeriksaan inspeksi keadaan umum pasien baik, dengan kesadaran compos mentis GCS: 456, hidung tampak simetris, tidak terdapat gangguan pada penciuman pasien, reaksi pupil miDrasis, skrela anikterik, konjungtiva ananemis, pasien tidak ada riwayat kejang. Refleksi fisiologis bisep: -/+ tidak dapat menekuk tangan kanan dengan normal. Trisep: -/+ tidak dapat meluruskan tangan kanan dengan normal. Patella: +/- terdapat kontraksi pada lutut. Refleks kaku kuduk -/- badan tidak terangkat saat kepala difleksikan secara pasif. Brudzinki I :-/+ tidak dapat menekuk kaki kanan dengan normal. Brudzinki II: -/+ terdapat gangguan pergerakan sebelah kanan dari paha sampai panggul. Kernig -/+ tidak ada nyeri akan tetapi ada tahanan pada pergerakan kaki kanan. Wajah pasien tidak simetris, garis senyum pada tepi mulut tidak simetris, hanya dapat mengangkat satu alis saja, serta tidak dapat bersiul Sensorik: Pasien mampu merasakan rasa buah – buahan. Pasien dapat merasakan makanan baik manis, asin, maupun asam. Akan tetapi terdapat gangguan menelan.

Masalah fisik yang muncul pada pasien stroke yaitu hilangnya kesadaran selama stroke, inkontinensia, kelumpuhan atau kelemahan otot, spastisitas gerakan sentakan otot yang tidak disadari, kesulitan menelan. Fungsi yang hilang karena gangguan kontrol motorik penderita stroke mengakibatkan hilangnya koordinasi, kemampuan keseimbangan tubuh dan kemampuan untuk mempertahankan posisi tertentu (Saksono et al., 2022).

Peneliti berasumsi bahwa pengkajian persyarafan pada pasien ICH perlu perhatian utama karena akar masalah keperawatan pasien adalah masalah persyarafan yang mengakibatkan komplikasi masalah keperawatan lainnya. Masalah keperawatan utama persyarafan yang muncul antara lain gangguan mobilitas fisik, gangguan menelan dan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranialis.

4. B4 : Bladder/Perkemihan

Pemeriksaan pada pasien, kebersihan pasien baik, ekskresi baik, keadaan kandung kemih normal/baik, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih, emiliasi urin SMRS yaitu 4-6x dengan jumlah +/- 1000cc/24 jam serta bewarna kekuningan. Pada saat MRS eliminasi uri yaitu 4-6x dengan jumlah +/- 1500cc/ 24 jam dengan warna kekuningan.

Pasien stroke yang mengalami inkontinensia urin, hal ini disebabkan saraf yang mengirimkan signal adanya pengisian pada kandung kemih, tetapi otak menginterpretasikan dan merespon hal tersebut sehingga bisa mengosongkan kandung kemih(Hidayati, 2018).

Peneliti berasumsi bahwa gangguan pada saraf kranial juga mempengaruhi pola eliminasi urin yang dapat mengakibatkan pasien inkontinensia, dalam hal ini diperlukan tindakan pemasangan kateter urin atau pemakaian pampers pada pasien.

5. B5 : Bowel/Pencernaan

Pada pemeriksaan inspeksi mulut tampak bersih tidak ada terdapat sariawan maupun lidah kotor dan gigi, membran mukosa pasien tampak lembab, nafsu makan pasien sedikit turun yaitu $\frac{1}{2}$ porsi dalam 3 kali sehari, saat di rumah sakit pasien makan dengan diit garam dan lunak. Pasien agak kesulitan saat menelan, peristaltik usus 4x/menit. Pasien mengatakan belum BAB selama 3 hari. Pada pemeriksaan palpasi tidak ada nyeri tekan pada abdomen, tidak teraba hepatomegaly.

Pada pasien stroke konstipasi terjadi karena gangguan neurologis yang mana saraf otonom mengalami gangguan fungsi. Saraf gastrointestinal dipersarafi oleh saraf simpatis maupun parasimpatis dari sistem saraf otonom, kecuali sfingter ani eksterna yang berada dalam dalam pengendalian volunter, yang mana kolon berfungsi dalam proses absorpsi cairan (Valentina et al., 2019).

Peneliti berasumsi bahwa gangguan saraf kranial akibat ICH juga mempengaruhi pola eliminasi fekal karena kelemahan saraf yang berhubungan dengan pencernaan maka timbullah pasien kesulitan untuk BAB.

6. B6 : Bone/Muskuloskeletal & Integumen

Warna kulit pasien sawo matang, kulit pasien tampak lembab, tidak ada lesi maupun oedema, ROM terhambat karena tubuh bagian kanan tidak dapat digerakkan, turgor kulit normal, CRT<2 detik, tidak terdapat fraktur, mobilitas lemah. Aktivitas harian pasien dibantu dengan keluarga serta perawat karena gangguan pada sistem gerak sebelah kanan pasien

Gangguan gerak merupakan kondisi neurologis yang memengaruhi kecepatan, kelancaran, kualitas, dan kemudahan bergerak. Klinis gangguan gerak di bidang neurologi cukup banyak ditemukan, seperti gangguan gerak pada stroke (Mandani et al., 2023).

Peneliti berasumsi bahwa gangguan mobilitas fisik timbul karena gangguan saraf kranial biasanya terjadi pada bagian tubuh satu sisi, pada pasien dari hasil pengkajian gangguan mobilitas fisik terjadi pada sisi tubuh bagian kanan hal ini terjadi karena gangguan saraf otak bagian kiri.

4.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Hasil CT Scan Kepala Tanpa Kontras yaitu ICH di parietal kiri posterior (+/- vol 12,64 cc) dgn perifokal edema di sekitarnya, Chronic thrombotic cerebral infarction di capsula interna & capsula eksterna kiri serta corona radiata kanan kiri, Brain atrophy, Sinusitis maksilaris bilateral.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sam et al., (2018) Manajemen stroke yang rasional harus berdasarkan jenis patologi stroke, sehingga sangat penting untuk membedakan stroke hemoragik atau non-hemoragik. Pemeriksaan CT-scan (*Computed Tomography Scan*) dan MRI (*Magnetic*

Resonance Imaging) serebral yang mudah dan aman pada penderita stroke dapat membedakan jenis stroke, yaitu stroke hemoragik atau stroke non-hemoragik (iskemik atau infark) pada fase akut secara cepat dan akurat. Namun, jika tidak terdapat fasilitas CTscan dan MRI atau tidak tersedianya biaya/ dana, skor klinis dapat digunakan untuk membedakan jenis stroke.

4.1.6 Pemberian Terapi

Penatalaksanaan stroke secara umum memiliki tujuan untuk menurunkan morbiditas angka kematian serta kecacatan. Kunci dalam penanganan stroke itu terdapat pada jam jam pertama pasien terserang stroke, sehingga perlu dilakukan penanganan yang cepat dan tepat sehingga dapat mengurangi angka kecacatan stroke sebesar 30 % (Annisa et al., 2022).

Pada pasien dengan diagnosa *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) diberikan beberapa kolaborasi terapi :

1. Infus NS untuk mengganti cairan dan elektrolit yang hilang
2. Antrain aturan pakai 3x2 ml untuk meringankan berbagai jenis nyeri, seperti nyeri kolik, nyeri setelah operasi, sakit kepala
3. Ondacentron aturan pakai 2x4 ml untuk mengobati mual dan muntah
4. Neurohax aturan pakai 0-1-0 untuk mengatasi kekurangan vitamin B kompleks
5. Phenytoin aturan pakai 3x100mg untuk mengatasi trigeminal neuralgia
6. Clobazam 10 mg aturan pakai 0-0-½ tablet untuk mengatasi dan mencegah kejang
7. Allopurinol aturan pakai 3x100mg untuk menurunkan kadar asam urat dalam darah

8. Amlodipin 10mg aturan pakai 0-0-1 menurunkan tekanan darah tinggi
9. Candesartan 16mg aturan pakai 1-0-0 menurunkan tekanan darah tinggi

4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan. Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) terdapat 7 diagnosis keperawatan pada pasien dengan ICH yaitu sebagai berikut::

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral
2. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler
4. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
5. Konstipasi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Toileting
6. Resiko Defisit Nutrisi
7. Resiko jatuh

Pada Tn. S dari diagnosis medis *Intracerebral Hemorrhage (ICH)*, ditemukan beberapa masalah sebagai berikut

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
2. Gangguan mobilitas fisik
3. Konstipasi
4. Gangguan menelan
5. Risiko defisit nutri

6. Defisit perawatan diri

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh Perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan digunakan oleh Perawat untuk melaksanakan tindakan keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penyusunan intervensi keperawatan kepada pasien didasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan dan berdasarkan kondisi nyata pasien sesuai kebutuhannya, disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien pada saat pengkajian dan berdasarkan SOP yang ada di RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, bradikardia menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, pola napas membaik, refleks neurologis membaik. Beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: monitor penurunan tingkat kesadaran, memonitor MAP, monitor peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, serta pola napas, pertahankan posisi kepala dan leher netral, jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, pemberian sedasi dan antikonvulsan.

Penelitian Paradisma, (2019), menjelaskan bahwa variabel Independen Asuhan Keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif

Intrakranial : Mekanisme dinamika cairan intrakranial yang mengalami gangguan, dan menyebabkan peningkatan TIK secara tidak merata. Menggunakan parameter Asuhan Keperawatan NANDA 2016 : Berikan posisi head up, Monitor tekanan perfusi sereberal dan Catat respon pasien, Monitor TIK dan respon neurology terhadap aktivitas, Monitor intake dan output cairan, Monitor suhu dan WBC, Minimalkan stimulus dari lingkungan. Menggunakan alat ukur lembar observasi dengan skala ratio. Skor3 = bila 6 tindakan, skor 2 = bila 5 tindakan, skor 1 = bila 4 tindakan, skor 0 = bila 2 tindakan.

2. Gangguan mobilitas fisik

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka mobilitas fisik meningkat, dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang gerak (ROM) meningkat. Beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi, libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi, ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi).

Batasan karakteristik pada diagnosis keperawatan gangguan mobilitas fisik ini dapat berupa mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas, kekuatan otot menurun, rentang gerak (ROM) menurun, nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak,

sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas, fisik lemah (Solekhudin et al., 2023).

3. Kontipasi

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka eliminasi fekal membaik, dengan kriteria hasil: Frekuensi BAB membaik, Keluhan defekasi lama dan sulit menurun, Konsistensi feses membaik, Peristaltik usus membaik. Beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: Beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal, Sediakan makanan tinggi serat, Berikan air hangat setelah makan, Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik, anjurkan mengkonsumsi makanan yang mengandung tinggi serat, pemberian obat supositoria anal.

Makanan berserat sangat dianjurkan pada pasien yang menderita konstipasi. Berdasarkan kemudahan serat yang dikandungnya dihancurkan oleh bakteri di dalam usus, makanan berserat dapat dibedakan menjadi 2 bentuk, yaitu insoluble fibre dan soluble fibre. Serat dapat meningkatkan retensi air sehingga dapat melunakkan tinja, mempercepat waktu singgah di dalam kolon, dan meningkatkan frekuensi BAB (Endyarni & Syarif, 2019).

4. Gangguan menelan

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status menelan membaik, dengan kriteria hasil: Mempertahankan makanan di mulut meningkat, Reflek menelan meningkat. Identifikasi diet yang dianjurkan, Monitor kemampuan menelan, Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum, Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian.

Pasien diobati dengan terapi medikasi yaitu obat-obat oral seperti metoclopramid (antiemetik) dan ranitidine (tukak lambung). Obat-obat oral yang membantu mengendurkan sphincter esophagus bagian bawah termasuk kelompok-kelompok obat yang disebut nitrates, contohnya isosorbide dinitrate (Isordil) dan calcium- channel blockers contohnya nifedipine (Procardia) dan verapamil (Calan).

5. Risiko defisit Nutrisi

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Berat badan membaik, Indeks massa tubuh (IMT) membaik.

Perawat perlu mengevaluasi kebutuhan nutrisi pasien berdasarkan kondisi medis, usia, jenis kelamin, dan aktivitas fisik pasien, memonitor asupan nutrisi pasien: Perawat harus memonitor asupan nutrisi pasien dengan memperhatikan jenis dan jumlah makanan yang dikonsumsi.

6. Defisit perawatan diri

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: Kemampuan mandi meningkat, Kemampuan mengenakan pakaian meningkat, Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat.

Rencana keperawatan pasien dengan masalah keperawatan defisit perawatan diri antara lain Melatih pasien mengenai cara-cara perawatan kebersihan diri, Melatih pasien berdandan atau berhias, Melatih pasien untuk makan dan minum secara mandiri, Mengajarkan pasien untuk bisa melakukan BAB dan BAK secara mandiri.

4.4 Implementasi

Implementasi keperawatan adalah proses penerapan konsep dan prinsip keperawatan secara praktis untuk merawat pasien. Proses ini melibatkan pelaksanaan intervensi keperawatan yang ditujukan untuk memenuhi kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien. Hal ini dilakukan dengan memperhatikan aspek budaya, nilai-nilai, dan keyakinan pasien serta melibatkan kolaborasi dengan tim multidisiplin. Implementasi keperawatan membantu perawat dalam memberikan perawatan yang efektif, efisien, dan berkualitas tinggi kepada pasien (Siregar & Wound, 2023).

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 06

Desember 2023 sampai 08 Desember 2023. Implementasi untuk Penurunan kapasitas adaptif intrakranial yaitu Melakukan injeksi Antrain 2 ml diberikan 3x1, memberikan obat oral Neurohax diberikan 0-1-0, memberikan obat oral phenytoin 100mg diberikan 3x1, clobazam 10 mg, Memberikan posisi elevasi kepada pasien.

2. Gangguan mobilitas fisik

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023. Implementasi untuk gangguan mobilitas fisik yaitu Melakukan pencegahan resiko jatuh : mengunci roda tempat tidur, memasang pagar pengaman tempat tidur, membantu ADL pasien, Menganjurkan pasien agar duduk diatas bed

3. Kontipasi

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023. Implementasi untuk konstipasi yaitu menganjurkan meningkatkan asupan cairan (edukasi pasien agar lebih banyak minum minimal 1 liter/hari).

4. Gangguan menelan

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023. Implementasi untuk konstipasi yaitu memonitor kemampuan menelan, melakukan oral hygiene, melakukan injeksi ondancetron 4 ml.

5. Risiko defisit Nutrisi

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023. Implementasi untuk konstipasi yaitu memonitor kemampuan menelan, melakukan oral hygiene, melakukan injeksi ondancentron 4 ml.

6. Risiko defisit Nutrisi

Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat diimplementasikan pada pasien. Implementasi dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023. Implementasi untuk gangguan mobilitas fisik yaitu Melakukan pencegahan resiko jatuh : membantu ADL pasien seperti makan, membersihkan diri, dan toileting.

4.5 Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir proses keperawatan dengan cara menilai sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dalam mengevaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan untuk memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menggambarkan kesimpulan tentang tujuan yang dicapai serta kemampuan dalam menghubungkan tindakan keperawatan pada kriteria hasil (Rahayu, 2020). Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif yaitu dilakukan selama proses asuhan keperawatan dan formatif yaitu dengan proses dan evaluasi akhir.

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023 kapasitas adaptif intrakranial meningkat, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Tn.S mengatakan pusing kepala berkurang , GCS: 456, TD: 146/83 mmHg, N: 86 x/menit, S: 36'2oC, RR: 20x/menit, SPO2: 98%, MAP: 104 mmHg, Pasien mulai bisa berinteraksi. Intervensi dihentikan Pasien KRS, kontrol ke poli syaraf tanggal 12 Desember 2023.

2. Gangguan mobilitas fisik

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023 mobilitas fisik meningkat, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Tn.S mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan, Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed dan mengobrol dengan keluarga, Intervensi dihentikan Pasien KRS.

3. Kontipasi

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023 eliminasi fekal membaik, masalah teratasi. Dibuktikan dengan Tn.S mengatakan sudah bisa BAB, Peristaltik usus 12x/menit, Pasien mulai beraktifitas ringan, Intervensi dihentikan Pasien KRS.

4. Gangguan menelan

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023 status menelan membaik, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Tn.S mengatakan sudah bisa menelan makanan pelan-pelan, Intervensi dihentikan Pasien KRS.

5. Risiko defisit Nutrisi

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023 status nutrisi membaik, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Tn.S mengatakan sudah bisa menelan makanan pelan-pelan, Intervensi dihentikan Pasien KRS.

6. Defisit perawatan diri

Evaluasi keperawatan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dilakukan sejak tanggal 06 Desember 2023 sampai 08 Desember 2023 perawatan diri meningkat, masalah teratasi sebagian. Dibuktikan dengan Tn.S mengatakan sudah bisa sedikit melakukan aktivitas ringan, Pasien tampak melakukan aktivitas seperti bergerak di atas bed, Intervensi dihentikan Pasien KRS.

BAB 5

PENUTUP

Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan Diagnosis Medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan sekaligus saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pasien dengan Diagnosis Medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH).

5.1 Simpulan

1. Pengkajian

Pengkajian Tn. M didapatkan kaki dan tangan kanan terasa berat untuk digerakkan, kepala pasien terasa pusing, belum bisa BAB selama 3 hari, sulit menelan makan, kesadaran composmentis, GCS 456, TD: 160/90 mmHg, Nadi: 92x/menit, Hasil pemeriksaan CT Scan : Tampak lesi hyperdens berdensitas darah (60+/-5 HU) {+/- vol 12,64 cc} dgn area slight hypodens di sekitarnya pada subcortex, sehingga Penulis mengangkat diagnosis Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial, Gangguan Mobilitas Fisik, Konstipasi, Gangguan Menelan, Risiko defisit Nutrisi, Defisit perawatan diri.

2. Masalah keperawatan

Masalah keperawatan yang muncul Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan lesi menempati ruang otak, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, Konstipasi

berhubungan dengan aktivitas fisik harian kurang dari yang dianjurkan, Gangguan menelan berhubungan dengan Gangguan saraf kranialis.

3. Intervensi keperawatan

Intervensi yang terdapat dalam tinjauan pustaka tidak semua tercantum pada tinjauan kasus, tetapi disesuaikan dengan diagnosis dan etiologi dari masalah keperawatan tersebut. Rencana tindakan keperawatan yang telah dibuat tidak semua dapat dilaksanakan. Pelaksanaan tindakan keperawatan menyesuaikan dengan kondisi pasien dan fasilitas yang menunjang.

4. Implementasi

Tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial, Gangguan Mobilitas Fisik, Konstipasi, Gangguan Menelan, dilakukan dalam 3 shift jaga selama 24 jam selama 3 hari praktik klinik keperawatan di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

5. Evaluasi

Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah keperawatan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial, Gangguan Mobilitas Fisik, Gangguan Menelan teratasi sebagian, Konstipasimasalah keperawatan teratasi, intervensi keperawatan di hentikan karena pasien KRS dan kontrol ke poli syaraf tanggal 12 Desember 2023.

6. Pendokumentasian

Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tercatat dalam SIM RS yang diletakan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada Tn. S.

5.2 Saran

Setelah dilakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan Diagnosis Intracerebral Hemorrhage (ICH), maka diberikan saran sebagai berikut :

1. Bagi pasien

Pasien hendaknya kontrol rutin agar memperoleh pemulihan penyakitnya semaksimal mungkin, disamping itu juga dengan kontrol rutin dapat mengurangi resiko terjadinya serangan terulangan kembali, disamping kontrol rutin hendaknya pasien menjaga pola hidup seperti berolah raga ringan, Melakukan aktifitas ringan dan juga menjaga pola makan dan hindari merokok.

2. Bagi Perawat

Bagi perawat ruangan khususnya di R7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya dalam pelaksanaan kegiatan asuhan keperawatan agar meningkatkan pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan terutama kepada pasien dengan diagnosa medis ICH.

3. Bagi Mahasiswa

Hendaknya terus berupaya mengembangkan dan meningkatkan Pengetahuan dan skil tindakan keperawatan sehingga setelah lulus menjadi perawat sudah siap di dunia kerja.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan ilmu tentang perkembangan penanganan terbaru dalam dunia kesehatan khususnya pada pasien dengan diagnosa medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH).

DAFTAR PUSTAKA

- Annisa, L., Maila Dwi Rohmah, Fatimatus Sholihah¹, Nur Amalina¹, D., W¹, K., Maulida¹, S., Rayhan¹, G. F., Zulfikar¹, Siti Purnama¹, A., Y., Ardeny², R. D., Lorel², A., & Umami², M. (2022). *Tata laksana terapi stroke hemoragik pada pasien dengan hipertensi*. 11(3), 976–979.
- Astri, Y., Utama, B., & Yusastra, P. (2022). Profil Skor Intracerebral Hemorrhage (Skor ICH) pada Pasien Stroke Hemoragik di RS. Muhammadiyah Palembang. *Health & Medical Journal*, 0, 23–27.
- Endyarni, B., & Syarif, B. H. (2019). *Konstipasi Fungsional*. 6(2), 75–80.
- Erawantini, F., Roro, R., & Chairina, L. (2015). *Hipertensi terhadap kejadian stroke*. 102–104.
- Hadinata, D., & Abdillah, awaludin jihad. (2022). *Metodologi Keperawatan*.
- Harahap, S., & Siringoringo, E. (2016). *Aktivitas Sehari-Hari Pasien Stroke Non Hemoragik Di Rsud Dr. Pirngadi Medan Tahun 2016*. 69–73.
- Hidayati, W. (2018). *Terhadap residu urin Pada pasien Stroke yang terpasang kateter Pada pasien Stroke yang terpasang kateter Di ruang b1 rsup dr. Kariadi semarang*.
- Howard E. LeWine, M. (2023). *Stroke hemoragik*. Harvard Health Publishing. https://www.health.harvard.edu/a_to_z/hemorrhagic-stroke-a-to-z
- Ibrahim, R. C., Lalenoh, D. C., & Laihad, M. L. (2021). *Penanganan Pasien Perdarahan Intracerebral di Ruang Rawat Intensif*. 9(28), 8–14.
- Karlina, N., Alfiyah, S. F., Nurcahyana, Y., Budihartiningrum, FitrianiNur, & Prihatinni. (2023). *Studi kasus : tindakan suction terhadap bersihan jalan nafas pada pasien intracerebral hemorrhage (ich)*. 10(2), 60–65. <https://doi.org/10.54867/jkm.v10i2.190>
- Kemendes RI. (2023). *World Stroke Day 2023, Greater Than Stroke, Kenali dan Kendalikan Stroke*. [https://yankes.kemkes.go.id/read/1443/world-stroke-day-2023-greater-than-stroke-kenali-dan-kendalikan-stroke#:~:text=Berdasarkan hasil Risikesdas 2018%2C prevalensi stroke di Indonesia,kanker%2C yaitu 3.23 triliun rupiah pada tahun 2022](https://yankes.kemkes.go.id/read/1443/world-stroke-day-2023-greater-than-stroke-kenali-dan-kendalikan-stroke#:~:text=Berdasarkan%20hasil%20Risikesdas%202018%20prevalensi%20stroke%20di%20Indonesia,kanker%20yaitu%203.23%20triliun%20rupiah%20pada%20tahun%202022).
- Kumar, A., A. Unnithan, Das, J. M., & Mehta, P. (2023). *Stroke Hemoragik*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644599/>
- Kune, N., & Pakaya, N. (2023). *Range Of Motion (ROM) on Muscle Strength in Stroke Patients : Literature Review*. 51–67.
- Magid-bernstein, J., Girard, R., Polster, S., Srinath, A., Romanos, S., Awad, I. A., & Sansing, L. H. (2022). *Cerebral Hemorrhage: Pathophysiology, Treatment, and Future Directions*. 1204–1229. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319949>

- Mandani, R., Marvianto, D., & Dewi, O. (2023). *Gangguan Gerak pada Stroke Infeksi Dengue Sekunder : Implikasi Klinis Yannuar Diagnosis* ., 50(7), 360–364.
- Melliany, O. (2019). *Konsep Dasar Proses Keperawatan Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan (Askep)*. <https://doi.org/DOI:10.31219/osf.io/5kdnf>
- National Institute of Neurological Disorder and Stroke. (2022). *Stroke*. NINDS. [https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/stroke?search-term=cva bleeding](https://www.ninds.nih.gov/health-information/disorders/stroke?search-term=cva%20bleeding)
- Paradisma, G. (2019). *Efektifitas asuhan keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial terhadap tekanan intrakranial pasien stroke hemoragik intrasereberal*. 13(03).
- Prastiwi, D., Sholihat, S., & Astuti, N. M. (2023). *metodologi keperawatan (teori dan panduan komprehensif* (Efitra (ed.)). Sonpedia.com.
- Prita, P. (2023). *Prosedur Pemeriksaan MRI Brain Pada Kasus Stroke Hemoragik*. 2(2).
- Saksono, T., Siwi, A. S., & Putranti, D. P. (2022). *Asuhan Keperawatan Hambatan Mobilitas Fisik Pada Pasien Dengan Stroke Iskemik*. 3(7), 7125–7132.
- Sam, C. I. L., Awatara, B. M. P., & DPG Purwa Samatra, A. N. (2018). *Penentuan Stroke Hemorhagik Skor Stroke*. October. <https://doi.org/10.29342/cnj.v1i3.30>
- Setiawan, P. A. (2021). *Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik*. 03(01), 1660–1665.
- Shahirah, N., Amir, S., Kang, L. Z., Mukari, S. A., Sahathevan, R., & Chellappan, K. (2020). *CT brain image advancement for ICH diagnosis*. 7, 1–6. <https://doi.org/10.1049/htl.2018.5003>
- Siregar, H. K., & Wound, L. (2023). *Praktik Keperawatan : Konsep Dasar dan Implementasi* (Nomor September).
- Solekhudin, A. I., Raudotul, A., & Utami, T. (2023). *Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Post Sectio Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik pada Pasien Post Sectio Caesarea*. November 2022. <https://doi.org/10.53801/jmn.v2i1.79>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1 ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. DPP PPNI.
- Valentina, M., Ulfah, R., & Afriyanti, E. (2019). *Gambaran Karakteristik Pasien Stroke yang Mengalami Konstipasi Pasca Rawatan*. 15(2).

Lampiran 1**DAFTAR RIWAYAT HIDUP
(CURRICULUM VITAE)****1. Identitas diri**

Nama : Herman Budiyo
 Tempat/tgl lahir : Bangkalan, 30 April 1986
 Alamat : Perum Imc Blok Ab n0 45 Kel.Mlajah
 Kec.Bangkalan Kab. Bangkalan
 Nama Ayah : Sugianto
 Nama Ibu : Kurniati (Almarhum)
 No. Telepon : 081232274730
 E-mail : hermanbudiyohera@gmail.com

2. Riwayat pendidikan

- a. Lulus Tahun 1998 : SDN Pejagan 08 Bangkalan
- b. Lulus Tahun 2001 : SLTP N 2 Bangkalan
- c. Lulus Tahun 2004 : SMKN 1 Bangkalan
- d. Lulus Tahun 2017 : SPK/SEKESAL Makasar
- e. 2024– sekarang : Menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
STIKES Hang tua Surabaya.

Lampiran 2

MOTTO & PERSEMBAHAN

MOTTO


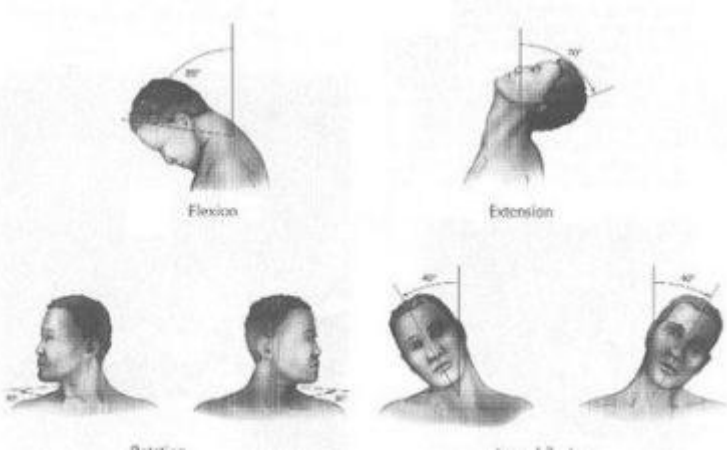
Barang siapa bersungguh-sungguh, maka dia akan meraih (kesuksesan)

PERSEMBAHAN

Kupersembahkan Karya Ilmiah Akhir yang sederhana ini kepada :

1. Allah SWT yang senantiasa melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya pada saat penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. Bapak dan Ibu yang telah membesarkan dan membimbing saya serta kasih sayang baik materi maupun moral hingga tidak pernah lelah memberiku semangat yang luar biasa untuk menjalani kehidupan.
3. Istriku (Elvira Dwindasari Liman) yang selalu memberi dukungan dan motivasi dalam menjalani Pendidikan, serta Anakku (Zahera Syifa uzahra, Yasmina Choirunnisa dan Muhammad Agil Budiyanto) yang menjadi penyemangatku dalam bekerja dan belajar.
4. Teman-teman Kumara 27 D3 Paralel terima kasih atas segala dukungan dan motivasi belajar yang luar biasa, sehingga kami bisa bersama-sama menyelesaikan tugas belajar dengan sukses dan.

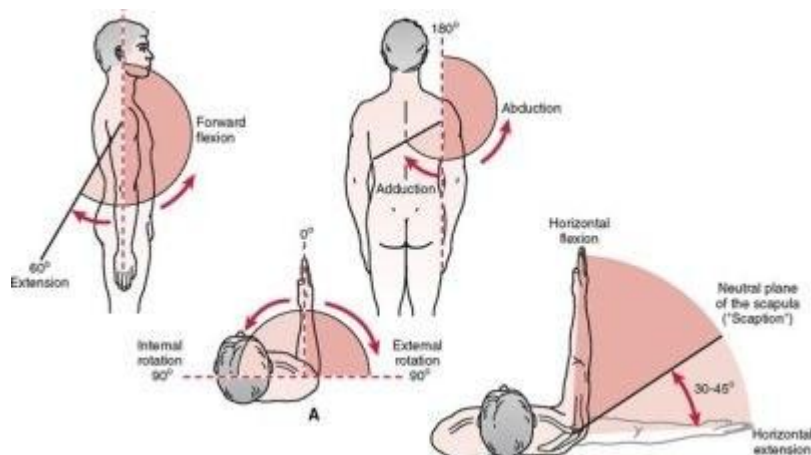
Lampiran 3

 PRODI PENDIDIKAN D3 KEPERAWATAN SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA	
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Pelatihan ROM (<i>Range Of Motion</i>)
Pengertian	Pelatihan ROM (<i>Range of Motion</i>) adalah latihan gerak sendi yang memungkinkan terjadinya kontraksi dan pergerakan otot, dimana klien menggerakkan masing-masing persendiannya sesuai gerakan normal baik secara aktif ataupun pasif.
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan Kekuatan Otot 2. Mempertahankan Fleksibilitas Otot 3. Mencegah Kekakuan Sendi 4. Melancarkan Sirkulasi Darah 5. Mencegah Kelainan bentuk, Kontraktur dan Kelumpuhan.
Indikasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stroke atau penurunan tingkat kesadaran 2. Kelemahan otot 3. Fase rehabilitasi fisik 4. Klien dengan tirah baring lama 5. Penting untuk mempertahankan normal sendi dan jaringan lunak.
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepala Gerakan leher :  <ol style="list-style-type: none"> a. Fleksi : arahkan dagu ke sternum, upayakan untuk menyentuh sternum (ROM 45 derajat). b. Extensi : posisikan kepala pada posisi semula atau netral (ROM 45 derajat).

- c. Hiperextensi : gerakan kepala ke arah belakang atau menengadah sejauh mungkin (ROM 10 derajat).
- d. Fleksi lateral : gerakan kepala ke arah bahu, lakukan sesuai kemampuan (ROM 40-45 derajat).
- e. Rotasi : pertahankan wajah ke arah depan lalu lakukan gerakan kepala memutar membentuk gerakan melingkar (ROM 360 derajat).

2. Tangan

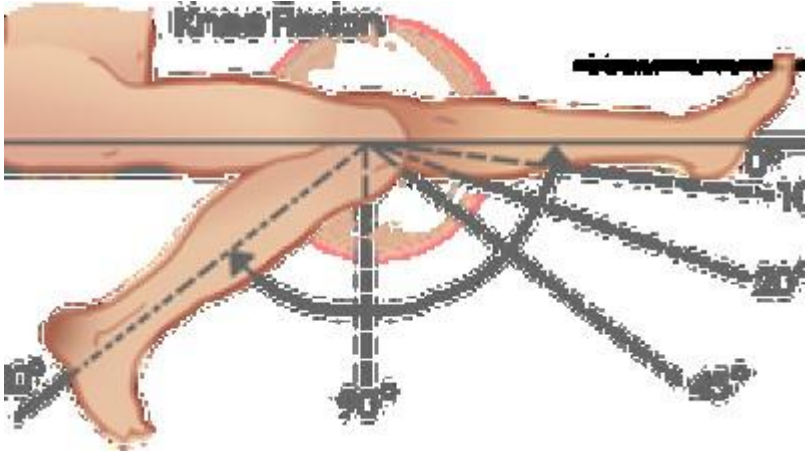
Gerakan Bahu :



- a. Fleksi : letakkan kedua lengan pada sisi tubuh, perlahan angkat lengan ke arah depan mengarah ke atas kepala, lakukan sesuai batas kemampuan (ROM 180 derajat).
- b. Extensi : gerakan lengan kembali mengarah kesisi tubuh (ROM 180 derajat).
- c. Hiperextensi : pertahankan lengan pada sisi tubuh dengan lurus, lalu perlahan gerakan lengan ke arah belakang tubuh (ROM 45-60 derajat).
- d. Abduksi : angkat lengan lurus ke arah sisi tubuh hingga berada di atas kepala dengan mengupayakan punggung tangan mengarah ke kepala dan telapak tangan ke arah luar (ROM 180 derajat).
- e. Adduksi : turunkan kembali lengan mengarah pada tubuh dan upayakan lengan menyilang di depan tubuh semampu klien.
- f. Rotasi internal : lakukan fleksi pada siku 45 derajat, upayakan bahu lurus dan tangan mengarah ke atas, lalu gerakkan lengan ke arah bawah sambil mempertahankan siku tetap fleksi dan bahu tetap lurus.

	<p>g. Rotasi external: dengan siku yang dalam keadaan fleksi, gerakkan kembali lengan ke arah atas hingga jari-jari menghadap ke atas (ROM 90 derajat).</p> <p>h. Sirkumduksi : luruskan lengan pada sisi tubuh, perlahan lakukan gerakan memutar pada sendi bahu (ROM 360 derajat).</p> <p>Gerakan Siku :</p> <p>a. Fleksi : angkat lengan sejajar bahu. Arahkan lengan ke depan tubuh dengan lurus, posisi telapak tangan menghadap ke atas, perlahan gerakkan lengan bawah mendekati bahu dengan membengkokkan pada siku dan upayakan menyentuh pada bahu (ROM 150 derajat).</p> <p>b. Extensi : gerakkan kembali lengan hingga membentuk posisi lurus dan tidak bengkok pada siku (ROM 150 derajat).</p> <p>c. Gerakan lengan :</p> <p>d. Supinasi : rendahkan posisi lengan, posisikan telapak tangan mengarah keatas (ROM 70-90 derajat).</p> <p>e. Pronasi : gerakkan lengan bawah hingga telapak tangan menghadap keatas (ROM 70-90 derajat).</p> <p>Gerakan pergelangan tangan :</p> <p>a. Fleksi : luruskan tangan hingga jari-jari menghadap kedepan, perlahan gerakkan pergelangan tangan hingga jari-jari mengarah ke bawah (ROM 80-90 derajat).</p> <p>b. Extensi : lakukan gerakan yang membentuk kondisi lurus pada jari-jari, tangan dan lengan bawah (ROM 80-90 derajat)</p> <p>c. Hiperektensi : gerakkan pergelangan tangan, hingga jari-jari mengarah kearah atas. Lakukan sesuai kemampuan.</p> <p>d. Abduksi : gerakan pergelangan tangan dengan gerakan kearah ibu jari (ROM 30 derajat).</p> <p>e. Adduksi : gerakkan pergelangan tangan secara lateral dengan gerakan kearah jari kelingking (ROM 30-50 derajat).</p> <p>Gerakan jari tangan :</p> <p>a. Fleksi : lakukan gerakkan mengepal (ROM 90 derajat).</p>
--	--

	<p>b. Extensi : luruskan jari-jari (ROM 90 derajat).</p> <p>c. Hiperextensi : bengkokkan jari- jari kearah belakang sejauh mungkin (ROM 30-60 derajat).</p> <p>d. Abduksi : renggangkan seluruh jari-jari hingga ke 5 jari bergerak saling menjauhi</p> <p>e. Adduksi : gerakkan kembali jari-jari hingga ke 5 jari saling berdekatan</p> <p>Gerakan pinggul :</p> <p>a. Fleksi : arahkan kaki kedepan dan angkat tungkai perlahan pada posisi lurus, (ROM 90-120 derajat).</p> <p>b. Extensi : turunkan kembali tungkai hingga berada pada posisi sejajar dengan kaki yang lainnya (ROM 90-120 derajat).</p> <p>c. Hiperextensi : luruskan tungkai, perlahan gerakan tungkai kearah belakang menjauhi tubuh (ROM 30-50 derajat).</p> <p>d. Abduksi : arahkan tungkai dengan lurus menjauhi sisi tubuh kearah samping (ROM 30-50 derajat).</p> <p>e. Adduksi : arahkan tungkai dengan lurus mendekati sisi tubuh, lakukan hingga kaki dapat menyilang pada kaki yang lain (ROM 30-50 derajat).</p> <p>f. Rotasi internal : posisikan kaki dengan jari-jari menghadap kedepan, perlahan gerakkan tungkai berputar kearah dalam (ROM 90 derajat).</p> <p>g. Rotasi eksternal : arahkan kembali tungkai ke posisi semula yaitu posisi jari kaki menghadap kedepan (ROM 90 derajat).</p> <p>h. Sikumduksi : gerakan tungkai dengan melingkar (ROM 360 derajat).</p> <p>Gerakan lutut :</p> <p>a. Fleksi : bengkokkan lutut, dengan mengarahkan tumit hingga dapat menyentuh paha bagian belakang (ROM 120-130 derajat).</p> <p>b. Extensi : arahkan kembali lutut hingga telapak kaki menyentuh lantai (ROM 120-130 derajat).</p>
--	---

	<p>Gerakan pergelangan kaki :</p> <ol style="list-style-type: none"> Dorsifleksi : gerakan pergelangan kaki hingga jari kaki mengarah keatas, lakukan sesuai kemampuan (ROM 20-30 derajat). Platarfleksi : gerakan pergelangan kaki hingga jari-jari mengarah kebawah (ROM 20-30 derajat). <p>Gerakan kaki :</p>  <ol style="list-style-type: none"> Inversi : lakukan gerakan memutar pada kaki, arahkan telapak kaki kearah medial (ROM 10 derajat). Eversi : lakukan gerakan memutar pada kaki, arahkan telapak kaki kearah lateral (ROM 10 derajat). Fleksi : arahkan jari-jari kaki ke bawah (ROM 30-60 derajat). Extensi : luruskan kembali jari-jari kaki (ROM 30-60 derajat). Abduksi : regangkan jari-jari kaki hingga jari-jari saling menjauhi (ROM 15 derajat). Adduksi : satukan kembali jari-jari kaki hingga jari-jari saling rapat (ROM 15 derajat).
Referensi	PPNI (2021). Pedoman Standar Prosedur Operasional Keperawatan, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI