

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SUBDURAL HAEMORRAGHE (SDH) DENGAN ANESTESI POST OP EDH
DI RUANG SYARAF 7
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**



OLEH:

**DAWUT
NIM. 1921006**

**PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA An. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS
SUBDURAL HAEMORRAGHE (SDH) DENGAN ANESTESI POST OP EDH
DI RUANG SYARAF 7
RSPAL Dr. RAMELAN SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat
untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan (AMd.,Kep)**



OLEH:

**DAWUT
NIM. 1921006**

**PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH SURABAYA
TAHUN AJARAN 2021/2022**

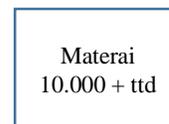
SURAT PERNYATAAN

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir 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. Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan adanya plagiat, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, Februari 2022

Penulis



Dawut
NIM. 1921006

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa :

Nama : Dawut
NIM. : 1921006
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. S dengan Diagnosis Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang Syaraf 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.

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

AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.,Kep)

Surabaya, Februari 2022

Pembimbing I



Nuh Huda, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.KMB
NIP. 03.020

Pembimbing II



Pudji Agung Wibowo.,S.Kep.,Ns
Letkol Laut (K) Nrp.11314/P

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : Februari 2022

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir dari :
Nama : DAWUT
NIM. : 1921006
Program Studi : D3 Keperawatan
Judul : Asuhan Keperawatan Pada An. S dengan Diagnosis
Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi
Post Op EDH di Ruang Syaraf 7 RSPAL dr. Ramelan
Surabaya.

Telah dipertahankan dihadapan dewan Sidang Karya Tulis Ilmiah di Stikes Hang Tuah
Surabaya, pada :

Hari, tanggal :
Bertempat di :

Dan dinyatakan (.....) dan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh
gelar AHLI MADYA KEPERAWATAN (AMd.,Kep) pada Prodi D-III Keperawatan
Stikes Hang Tuah Surabaya.

Penguji I : Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns, M.Kep _____
NIP.03008

Penguji II : Pudji Agung Wibowo, S.Kep., Ns _____
Letkol Laut (K) Nrp.11314/P

Penguji III : Nuh Huda, M.Kep., Sp.Kep.KMB _____
NIP.0302

Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI D3 KEPERAWATAN

Dya Sustrami, S.Kep., Ns, M.Kes
NIP. 03.007

Ditetapkan di : Surabaya
Tanggal : Februari 2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas berkat dan Rahmat-Nya, serta limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun karya ilmiah akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada An. S dengan Diagnosis Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang Syaraf 7 RSPAL dr. Ramelan Surabaya.” dapat selesai sesuai waktu yang telah ditentukan.

Karya ilmiah akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Progam D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Karya ilmiah akhir ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga karya ilmiah akhir ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Peneliti berterimakasih kepada beberapa pihak yang turut berpartisipasi dan mendukung, sehingga peneliti mampu menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir dengan baik, diantaranya:

1. Laksamana Pertama TNI Dr. Radito Soesanto, Sp.THT-KL, Sp.KL Selaku kepala Rumkital Dr. Ramelan Surabaya, yang telah memberikan izin dan lahan praktik untuk menyusun karya tulis dan selama kami berada di sekolah tinggi ilmu kesehatan Hang Tuah

2. Dr. AV. Sri Suhardiningsih, S.Kp.,M.Kes selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa D3 Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2 dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada penulis untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi D3 Keperawatan.
4. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns, M.Kes selaku Kepala Program Studi D3 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Studi D3 Keperawatan
5. Bu Dhian Satya Rachmawati, S.Kep., Ns, M.Kep sebagai Penguji penulis yang memberikan masukan pada penulis serta memberikan motivasi dan dukungan pada penulis, terima kasih atas arahan, kritikan dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan dan penyelesaian karya ilmiah akhir ini.
6. Bapak Pudji Agung Wibowo, S.Kep.,Ns selaku Pembimbing Pendamping penulis yang telah menyediakan segenap waktu, tenaga, motivasi, dan kesabaran dalam penulisan
7. Bapak Nuh Huda, M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.MB selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan karya ilmiah ini.
8. Ibu Nadia Okhtiary, A.md selaku Kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

9. Keluarga pasien An. S yang telah menerima menjadi responden peneliti serta membantu dalam proses pengambilan data maupun tindakan asuhan keperawatan serta meluangkan waktu dalam mengikuti kegiatan dalam penelitian.
10. Istri tercinta beserta keluarga yang telah memberikan doa, semangat serta kasih sayang yang tiada terhingga, yang tiada mungkin bisa saya balas, segala dukungan motivasi dalam bentuk moril. Hanya dengan selembar kertas yang bertuliskan kata persembahan semoga ini menjadi langkah awal saya agar lebih maju dan bermanfaat bagi sesama.
11. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang selalu memberikan semangat dan telah membantu kelancaran dalam penyusunan karya ilmiah akhir ini.

Demikian peneliti mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang terlibat dalam penulisan karya tulis ilmiah ini. Peneliti menyadari bahwa penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Peneliti mengharapkan saran dan kritik yang konstruktif senantiasa demi kesempurnaan. Akhirnya penulis berharap, semoga karya tulis ilmiah ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membaca terutama bagi Civitas Stikes Hang Tuah Surabaya serta bagi bidang pendidikan maupun penerapan di lapangan yang bisa dikembangkan lagi lebih lanjut.

Surabaya, Februari 2022

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
SURAT PERNYATAAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	viii
DAFTAR GAMBAR	x
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penulisan	3
1.4 Manfaat Penulisan	4
1.5 Metode Penulisan	5
1.6 Sistematika Penulisan	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Konsep Anatomi dan Fisiologis Otak.....	8
2.1.1 Definisi dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	12
2.1.2 Etiologi dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	13
2.1.3 Klasifikasi dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	14
2.1.4 Patofisiologi dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	16
2.1.5 Manifestasi Klinis dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	17
2.1.6 Komplikasi dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	19
2.1.7 Pemeriksaan Penunjang dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	20
2.1.8 Penatalaksanaan dari <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	22
2.2 Konsep Tindakan Anestesi Post OP EDH	24
2.2.1 Pengertian	24

2.2.2 Etiologi EDH.....	25
2.2.3 Manifestasi Klinis EDH.....	25
2.2.4 Penanganan EDH	26
2.2.5 Manfaat Tindakan Pembedahan EDH	28
2.2.6 Indikasi Pembedahan EDH	28
2.3 Asuhan Keperawatan Teori.....	29
2.3.1 Pengkajian.....	29
2.3.2 Analisa Data Teori.....	37
2.3.3 Rumusan Diagnosa Keperawatan Teori	42
2.3.4 Perencanaan	45
2.3.5 Pelaksanaan.....	56
2.3.6 Evaluasi.....	56
2.4 Kerangka Masalah.....	58
BAB 3 ASUHAN KEPERAWATAN KASUS.....	62
3.1 Pengkajian.....	62
3.2 Analisa Data Kasus.....	78
3.3 Rumusan Diagnosa Keperawatan.....	81
3.4 Rencana Keperawatan	82
3.5 Tindakan Keperawatan	89
BAB 4 PEMBAHASAN	109
4.1 Pengkajian.....	109
4.2 Diagnosa Keperawatan	112
4.3 Perencanaan	116
4.4 Pelaksanaan.....	119
4.5 Evaluasi.....	123
BAB 5 PENUTUP	126
5.1 Kesimpulan	126
5.2 Saran	128
DAFTAR PUSTAKA	129
LAMPIRAN	132

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Fisiologi Otak	9
Gambar 2.2 Anatomi Otak	12
Gambar 2.3 <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i>	15

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Data Penunjang	73
Tabel 3.2 Terapi Medis	76

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Standar Operasional Prosedur Rawat Luka	132
Lampiran 2. Standar Operasional Prosedur Injeksi Intravena.....	135
Lampiran 3. Standar Operasional Prosedur ROM.....	141
Lampiran 4. Standar Operasional Prosedur Membantu Pasien Berjalan	150
Lampiran 5. Dokumentasi Setelah Rawat Luka	152
Lampiran 6. Leaflet.....	153

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Berdasarkan data dari negara-negara maju, trauma kepala merupakan 26% dari jumlah jenis kecelakaan yang mengakibatkan seseorang tidak bisa bekerja selama lebih dari satu hari hingga jangka yang panjang. Sekitar 33% kecelakaan yang berakhir pada kematian disebabkan oleh trauma kapitis (Darotin et al., 2017).

Di Indonesia, menurut Depkes RI tahun 2007, cedera kepala menempati urutan ke-7 dari 10 penyakit utama penyebab kematian terbanyak pada pasien rawat inap di rumah sakit dengan CFR 2,94% dan pada tahun 2008 menempati urutan ke-6 dengan CFR 2,99% (Fitriani, 2017). Sedangkan di Amerika, setiap tahun tercatat sekitar 52.000 penduduk meninggal karena trauma kepala (20 orang per 100.000 populasi). Insidensi pasien dengan cedera kepala berat (GCS kurang dari 8) mencapai 100 per 100.000 populasi (Batticaca, 2012). Berdasarkan hasil laporan riset kesehatan dasar Kemenkes RI, (2018) di Indonesia Perdarahan subdural terjadi kurang lebih 5% dari semua trauma kepala. Angka kejadian SDH kronik pada populasi secara general sebanyak 1–3/10.000 pertahun. Berdasarkan hasil Riskesdas, (2019), Angka ini dapat meningkat sejalan dengan meningkatnya usia di negara barat. Angka kejadian meningkat menjadi 7–13/100.000 pertahun pada usia lebih dari 65 tahun. Dan angka kejadian ini diperkirakan akan meningkat dua kali lipat pada 50 tahun yang akan mendatang.

Subdural Haemorrhage (SDH) adalah penimbunan darah di dalam rongga subdural (di antara duramater dan arakhnoid). Perdarahan ini sering terjadi akibat robeknya vena-vena jembatan (*bridging veins*) yang terletak antara kortek cerebri dan sinus venous tempat vena tadi bermuara, namun dapat terjadi juga akibat laserasi pembuluh arteri pada permukaan otak. Perdarahan subdural paling sering terjadi pada permukaan lateral hemisfer dan sebagian di daerah temporal, sesuai dengan distribusi *bridging veins*. Perdarahan subdural juga menutupi seluruh permukaan hemisfer otak dan kerusakan otak dibawahnya biasanya berat Qurbany & Wibowo, (2016), perdarahan bisa berjalan dengan cepat atau lambat. Bertambah besarnya volume perdarahan mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial yang ditandai dengan nyeri kepala, papil edema, dan muntah yang seringkali bersifat proyektil. Pada tahap lebih lanjut, jika hematoma yang terbentuk lebih besar akan memicu terjadinya sindrom herniasi yang ditandai dengan penurunan kesadaran, adanya pupil yang anisokor dan terjadinya hemiparesis kontralateral (Widyaswara Suwaryo et al., 2019).

Subdural Haemorrhage (SDH) merupakan kondisi kegawatan sehingga penatalaksanaan yang dilakukan secara tepat dan cepat merupakan kunci keberhasilan dalam mengurangi risiko kematian dan menyelamatkan miokard serta mencegah meluasnya infark. Tujuan penatalaksanaan *Subdural Haemorrhage (SDH)* adalah untuk memperbaiki prognosis dengan cara mencegah komplikasi dan mencegah kematian (Anurogo, 2014).

Perawat berperan penting dalam manajemen *Subdural Haemorrhage (SDH)* sangat penting. Kondisi *Subdural Haemorrhage (SDH)* dapat terjadi di berbagai setting perawatan pasien meliputi UGD, rawat inap dan bahkan di rawat jalan. (Junaidi, 2011).

kompetensi manajemen *Subdural Haemorrhage (SDH)* harus dikuasai oleh seluruh perawat rumah sakit. Pendekatan yang digunakan tentunya menggunakan pendekatan proses keperawatan yaitu pengkajian, penegakkan diagnosis keperawatan, penentuan tujuan dan outcomes, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi (Misbach, 2011). Maka dari itu, peneliti bermaksud untuk menuliskan karya tulis ilmiah mengenai asuhan keperawatan pada pasien An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah dan untuk mengetahui lebih lanjut perawatan pada pasien dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)* maka penulis akan melakukan kajian lebih lanjut terkait asuhan keperawatan *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan membuat rumusan masalah sebagai berikut “Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada An. S dengan diagnosa medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya?”

1.3 Tujuan Penulisan

1.3.1 Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan serta mengidentifikasi asuhan keperawatan pada An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengkaji pasien An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)*

dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2.2 Merumuskan Diagnosa Keperawatan pada An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2.3 Merencanakan Tindakan Keperawatan pada An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2.4 Melaksanakan Tindakan Keperawatan pada An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2.5 Mengevaluasi An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.3.2.6 Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan pada An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya.

1.4 Manfaat Penulisan

1.4.1 Akademisi

Dari segi akademisi, merupakan sumbangan bagi ilmu pengetahuan khususnya dalam hal asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis gastritis akut dengan baik.

1.4.2 Dari segi praktisi , tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi :

1.4.2.1 Bagi pelayanan keperawatan di rumah sakit

Hasil karya tulis ilmiah atau studi kasus ini dapat menjadi masukan bagi pelayanan di rumah sakit agar dapat melakukan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)* secara baik.

1.4.2.2 Bagi peneliti

Hasil penelitian ini dapat menjadi salah satu rujukan bagi peneliti berikutnya yang akan melakukan karya tulis ilmiah atau studi kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Subdural Haemorrhage (SDH)*.

1.4.2.3 Bagi profesi kesehatan

Sebagai tambahan ilmu bagi profesi keperawatan dan memberikan pemahaman yang lebih baik tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosis medis *Subdural Haemorrhage (SDH)*.

1.5 Metode Penulisan

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 menggunakan pendekatan proses keperawatan dengan langkah-langkah pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi

1.5.2 Teknik pengumpulan data

1. Wawancara

Data diambil/diperoleh melalui percakapan baik dengan pasien, keluarga maupun dengan tim kesehatan lain.

2. Observasi

Data yang diambil dari mengamati perilaku dan melalui penelitian secara baik dengan pasien, reaksi, respon pasien dan keluarga pasien sangat menerima kehadiran saya dengan baik maupun tim kesehatan lainnya.

3. Pemeriksaan

Dengan pemeriksaan yang meliputi pemeriksaan fisik dan laboratorium dapat menunjang menegakkan diagnosa 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 atau orang terdekat dengan pasien, catatan medis perawat, hasil-hasil pemeriksaan dan catatan dari tim kesehatan yang lain.

1.5.4 Studi Kepustakaan

Studi kepustakaan yaitu mempelajari buku sumber dan jurnal yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang di bahas

1.6 Sistematika Penulisan

Supaya lebih jelas dan lebih mudah dalam memahami dan mempelajari studi kasus ini, secara keseluruhan dibagi menjadi tiga bagian, yaitu:

1.6.1 Bagian awal, memuat halaman judul, persetujuan komisi pembimbing, pengesahan, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi.

1.6.2 Bagian inti terdiri dari lima bab, yang masing-masing bab terdiri dari sub bab berikut ini:

BAB 1: Pendahuluan, berisi tentang latar belakang masalah, tujuan, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan studi kasus.

BAB 2: Tinjauan pustaka, berisi tentang konsep penyakit dari sudut medis, dan asuhan keperawatan pasien dengan diagnosa medis *Subdural Haemorrhage (SDH)*.

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

BAB 4: Pembahasan kasus yang ditemukan yang berisi data, teori dan opini serta analisis.

BAB 5: Penutup: Simpulan dan saran.

1.6.3 Bagian akhir, terdiridari daftar pustaka dan lampiran.

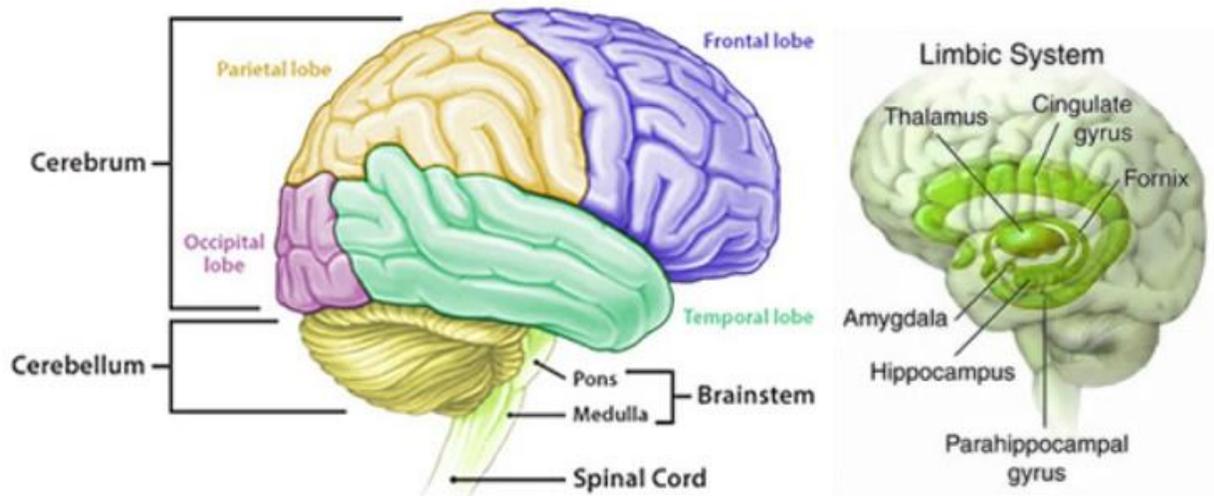
BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab 2 ini akan diuraikan secara teoritis mengenai konsep penyakit dan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose *Subdural Haemorrhage (SDH)*. Konsep penyakit akan diuraikan definisi, etiologi dan cara penanganan secara medis. Asuhan keperawatan akan diuraikan masalah-masalah yang muncul pada penyakit *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan melakukan asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.1 Konsep Anatomi dan Fisiologis Otak

Otak manusia kira-kira mencapai 2% dari berat badan dewasa. Otak menerima 15% dari curah jantung memerlukan sekitar 20% pemakaian oksigen tubuh, dan sekitar 400 kilokalori energi setiap harinya. Otak bertanggung jawab terhadap bermacam-macam sensasi atau rangsangan terhadap kemampuan manusia untuk melakukan gerakan-gerakan yang disadari, dan kemampuan untuk melaksanakan berbagai macam proses mental, seperti ingatan atau memori, perasaan emosional, intelegensi, berkomunikasi, sifat atau kepribadian, dan pertimbangan. Berdasarkan gambar dibawah, otak dibagi menjadi lima bagian, yaitu otak besar (serebrum), otak kecil (serebelum), otak tengah (mesensefalon), otak depan (diensefalon), dan jembatan varol (pons varoli) (Tarwoto, 2013).



Gambar 2.1 Fisiologi Otak

2.1.1 Otak Besar (Serebrum) Merupakan bagian terbesar dan terdepan dari otak manusia. Otak besar mempunyai fungsi dalam mengatur semua aktivitas mental, yang berkaitan dengan kepandaian (intelegensi), ingatan (memori), kesadaran, dan pertimbangan. Otak besar terdiri atas Lobus Oksipitalis sebagai pusat pendengaran, dan Lobus frontalis yang berfungsi sebagai pusat kepribadian dan pusat komunikasi. (Tarwoto, 2013)

- a. Lobus Frontalis, lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur

gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Daulay, 2017).

- b. Lobus Temporalis, mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari fisura parieto-oksipitalis. Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi (Daulay, 2017).
- c. Lobus parietalis, lobus parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (Daulay, 2017).
- d. Lobus oksipitalis, lobus Oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (Daulay, 2017).
- e. Lobus Limbik, lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (Daulay, 2017).

2.1.2 Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal (Tarwoto, 2013). Otak Kecil (Serebelum) Mempunyai fungsi utama dalam koordinasi terhadap

otot dan tonus otot, keseimbangan dan posisi tubuh. Bila ada rangsangan yang merugikan atau berbahaya maka gerakan sadar yang normal tidak mungkin dilaksanakan. Otak kecil juga berfungsi mengkoordinasikan gerakan yang halus dan cepat.

2.1.3 Otak Tengah (Mesensefalon), terletak di depan otak kecil dan jembatan varol.

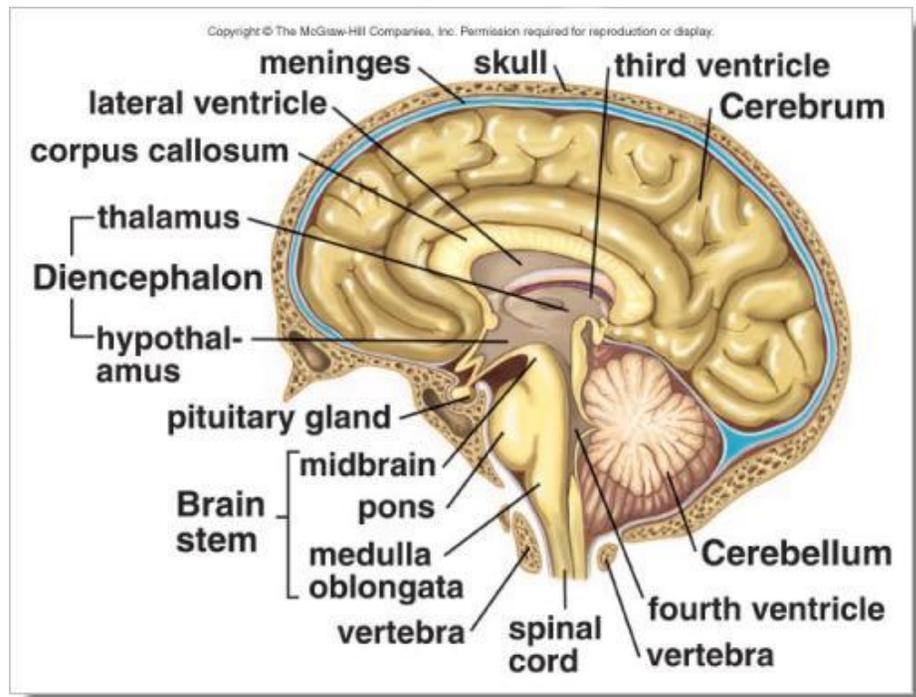
Otak tengah berfungsi penting pada refleks mata, tonus otot serta fungsi posisi atau kedudukan tubuh (Tarwoto, 2013).

2.1.4 Otak Depan (Diensefalon), terdiri atas dua bagian, yaitu thalamus yang

berfungsi menerima semua rangsang dari reseptor kecuali bau, dan hipotalamus yang berfungsi dalam pengaturan suhu, pengaturan nutrisi, penjagaan agar tetap bangun, dan penumbuhan sikap agresif. Berfungsi mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis di bawahnya. Struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf kranial 2 (Tarwoto, 2013).

2.1.5 Jembatan Varol (Pons Varoli), merupakan serabut saraf yang menghubungkan

otak kecil bagian kiri dan kanan. Selain itu, menghubungkan otak besar dan sumsum tulang belakang (Tarwoto, 2013).



Gambar 2.2 Anatomi Otak

2.1.1 Definisi dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

Subdural Haemorrhage (SDH) adalah penimbunan darah di dalam rongga subdural (di antara duramater dan arakhnoid). Perdarahan ini sering terjadi akibat robeknya vena-vena jembatan (bridging veins) yang terletak antara kortek cerebri dan sinus venous tempat vena tadi bermuara, namun dapat terjadi juga akibat laserasi pembuluh arteri pada permukaan otak (Wardhani & Martini, 2014). Perdarahan subdural paling sering terjadi pada permukaan lateral hemisfer dan sebagian di daerah temporal, sesuai dengan distribusi bridging veins. Perdarahan subdural juga menutupi seluruh permukaan hemisfer otak dan kerusakan otak dibawahnya biasanya berat (Mutiarasari, 2019).

Perdarahan subdural yang disebabkan karena perdarahan vena, biasanya darah yang terkumpul hanya 100-200 cc dan berhenti karena tamponade hematoma sendiri. Setelah 5-7 hari hematoma mulai mengadakan reorganisasi yang akan terselesaikan dalam 10-20 hari (Pribadhi H, 2019).

Darah yang diserap meninggalkan jaringan yang kaya dengan pembuluh darah sehingga dapat memicu lagi timbulnya perdarahan-perdarahan kecil dan membentuk suatu kantong subdural yang penuh dengan cairan dan sisa darah. Subdural dibagi menjadi 3 fase, yaitu akut, subakut dan kronik. Dikatakan akut apabila kurang dari 72 jam, subakut 3-7 hari setelah trauma, dan kronik bila 21 hari atau 3 minggu lebih setelah trauma (Mutiarasari, 2019). Jadi kesimpulan dari beberapa penelitian tersebut, *Subdural Haemorrhage (SDH)* adalah akumulasi darah yang terjadi antara bagian dalam duramater dengan arachnoid. (Junaidi, 2011).

2.1.2 Etiologi dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

Subdural Haemorrhage (SDH) timbul setelah cedera/trauma kepala hebat, seperti perdarahan kontusional yang mengakibatkan ruptur vena yang terjadi dalam ruangan subdural. Perdarahan subdural dapat terjadi pada : (Tarwoto, 2013)

- a. Trauma
 1. Trauma kapitis.
 2. Trauma di tempat lain pada badan yang berakibat terjadinya geseran atau putaran otak terhadap duramater, misalnya pada orang yang jatuh terduduk.

3. Trauma pada leher karena guncangan pada badan. Hal ini lebih mudah terjadi bila ruangan subdura lebar akibat dari atrofi otak, misalnya pada orangtua dan juga pada anak-anak.
- b. Non trauma
 1. Pecahnya aneurisma atau malformasi pembuluh darah di dalam ruangan subdural.
 2. Gangguan pembekuan darah biasanya berhubungan dengan perdarahan subdural yang spontan, dan keganasan ataupun perdarahan dari tumor intrakranial.
 3. Pada orang tua, alkoholik, gangguan hati, penggunaan antikoagulan

2.1.3 Klasifikasi dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

a. Perdarahan Akut

Dikatakan sebagai perdarahan akut apabila gejala yang timbul segera kurang dari 72 jam setelah trauma. Biasanya terjadi pada cedera kepala yang cukup berat yang dapat mengakibatkan perburukan lebih lanjut pada pasien yang biasanya sudah terganggu kesadaran dan tanda vitalnya. Perdarahan dapat kurang dari 5 mm tebalnya tetapi melebar luas. Pada gambaran CT-scan, didapatkan lesi hiperdens.

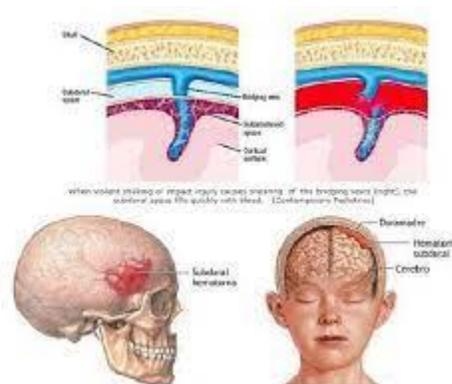
b. Perdarahan Sub Akut

Perdarahan sub akut biasanya berkembang dalam beberapa hari sekitar 4-21 hari sesudah trauma. Awalnya pasien mengalami periode tidak sadar lalu mengalami perbaikan status neurologi yang bertahap. Namun, setelah jangka

waktu tertentu penderita memperlihatkan tanda-tanda status neurologis yang memburuk. Sejalan dengan meningkatnya tekanan intrakranial, pasien menjadi sulit dibangunkan dan tidak merespon terhadap rangsang nyeri atau verbal. Pada tahap selanjutnya dapat terjadi sindrom herniasi dan menekan batang otak. Pada gambaran CT-scan didapatkan lesi isodens atau hipodens. Lesi isodens didapatkan karena terjadinya lisis dari sel darah merah dan resorpsi dari hemoglobin.

c. Perdarahan Kronik

Biasanya terjadi setelah 21 hari setelah trauma bahkan bisa lebih. Gejala perdarahan subdural kronik dapat muncul dalam waktu berminggu-minggu ataupun bulan setelah trauma yang ringan atau trauma yang tidak jelas, bahkan hanya terbentur ringan saja bisa mengakibatkan perdarahan subdural apabila pasien juga mengalami gangguan vaskular atau gangguan pembekuan darah. Pada perdarahan subdural kronik, kita harus berhati-hati karena hematoma ini lama kelamaan bisa menjadi membesar secara perlahan-lahan sehingga mengakibatkan penekanan dan herniasi.



Gambar 2.3 Subdural Hematoma

2.1.4 Patofisiologi dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

Perdarahan terjadi antara duramater dan araknoid. Perdarahan dapat terjadi akibat robeknya vena jembatan (*bridging veins*) yang menghubungkan vena di permukaan otak dan sinus venosus di dalam duramater atau karena robeknya araknoid (Misbach, 2011). Karena otak dikelilingi cairan serebrospinal yang dapat bergerak, sedangkan sinus venosus dalam keadaan terfiksir, berpindahnya posisi otak yang terjadi pada trauma, dapat merobek beberapa vena halus pada tempat dimana mereka menembus duramater. Perdarahan yang besar akan menimbulkan gejala-gejala akut menyerupai hematoma epidural (Darotin et al., 2017).

Kebanyakan perdarahan subdural terjadi pada konveksitas otak daerah parietal. Sebagian kecil terdapat di fossa posterior dan pada fisura interhemisferik serta tentorium atau diantara lobus temporal dan dasar tengkorak. Perdarahan subdural akut pada fisura interhemisferik pernah dilaporkan, disebabkan oleh ruptur vena-vena yang berjalan diantara hemisfer bagian medial dan falks, juga pernah dilaporkan disebabkan oleh lesi traumatik dari arteri perikalosal karena cedera kepala. Perdarahan subdural interhemisferik akan memberikan gejala klasik monoparesis pada tungkai bawah. Pada anak-anak kecil perdarahan subdural di fisura interhemisferik posterior dan tentorium sering ditemukan karena guncangan yang hebat pada tubuh anak (*shaken baby syndrome*) (Misbach, 2011).

Akibat dari perdarahan subdural, dapat meningkatkan tekanan intrakranial dan perubahan dari bentuk otak. Naiknya tekanan intra kranial dikompensasi oleh efluks dari cairan likuor ke aksis spinal dan dikompresi oleh sistem vena. Pada fase ini peningkatan tekanan intra kranial terjadi relatif perlahan karena COMPLAINS tekanan

intra kranial yang cukup tinggi. Meskipun demikian pembesaran hematoma sampai pada suatu titik tertentu akan melampaui mekanisme kompensasi tersebut. Komplains intrakranial mulai berkurang yang menyebabkan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial yang cukup besar. Akibatnya perfusi serebral berkurang dan terjadi iskemi serebral. Lebih lanjut dapat terjadi herniasi transtentorial atau subfalksin. Herniasi tonsilar melalui foramen magnum dapat terjadi jika seluruh batang otak terdorong ke bawah melalui insisura tentorial oleh meningkatnya tekanan supratentorial. Juga pada hematoma subdural kronik, didapatkan bahwa aliran darah ke thalamus dan ganglia basaalis lebih terganggu dibandingkan dengan daerah otak yang lainnya (Darotin et al., 2017).

2.1.5 Manifestasi Klinis dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

Menurut Tarwoto (2013), Gambaran klinis ditentukan oleh dua faktor yaitu: beratnya cedera otak yang terjadi pada saat benturan trauma dan kecepatan pertambahan volume SDH. Penderita dengan SDH yang lebih ringan akan sadar kembali pada derajat kesadaran tertentu sesuai dengan beratnya benturan trauma pada saat terjadi kecelakaan (*initial impact*).

1. Hematoma Subdural Akut

Hematoma subdural akut menimbulkan gejala neurologik dalam 24 sampai 48 jam setelah cedera. Dan berkaitan erat dengan trauma otak berat. Gangguan neurologik progresif disebabkan oleh tekanan pada jaringan otak dan herniasi batang otak dalam foramen magnum, yang selanjutnya menimbulkan tekanan pada batang otak. Keadaan ini dengan cepat menimbulkan berhentinya pernapasan dan hilangnya kontrol atas denyut nadi dan tekanan darah.

2. Hematoma Subdural Subakut

Hematoma ini menyebabkan defisit neurologik dalam waktu lebih dari 48 jam tetapi kurang dari 2 minggu setelah cedera. Seperti pada hematoma subdural akut, hematoma ini juga disebabkan oleh perdarahan vena dalam ruangan subdural. Anamnesis klinis dari penderita hematoma ini adalah adanya trauma kepala yang menyebabkan ketidaksadaran, selanjutnya diikuti perbaikan status neurologik yang perlahan-lahan. Namun jangka waktu tertentu penderita memperlihatkan tandatanda status neurologik yang memburuk. Tingkat kesadaran mulai menurun perlahan-lahan dalam beberapa jam. Dengan meningkatnya tekanan intrakranial seiring pembesaran hematoma, penderita mengalami kesulitan untuk tetap sadar dan tidak memberikan respon terhadap rangsangan bicara maupun nyeri. Pergeseran isi intracranial dan peningkatan intracranial yang disebabkan oleh akumulasi darah akan menimbulkan herniasi unkus atau sentral dan melengkapi tanda-tanda neurologik dari kompresi batang otak.

3. Hemotoma Subdural Kronik

Timbulnya gejala pada umumnya tertunda beberapa minggu, bulan dan bahkan beberapa tahun setelah cedera pertama. Trauma pertama merobek salah satu vena yang melewati ruangan subdural. Terjadi perdarahan secara lambat dalam ruangan subdural. Dalam 7 sampai 10 hari setelah perdarahan terjadi, darah dikelilingi oleh membrane fibrosa. Dengan adanya selisih tekanan osmotik yang mampu menarik cairan ke dalam hematoma, terjadi kerusakan sel-sel darah dalam hematoma.

Hematoma subdural pada bayi bisa menyebabkan kepala bertambah besar karena tulang tengkoraknya masih lembut dan lunak. Hematoma subdural yang kecil pada dewasa seringkali diserap secara spontan. Hematoma subdural yang besar, yang menyebabkan gejala-gejala neurologis biasanya dikeluarkan melalui pembedahan. Petunjuk dilakukannya pengaliran perdarahan ini adalah:

1. Sakit kepala yang menetap
2. Rasa mengantuk yang hilang-timbul
3. Linglung
4. Perubahan ingatan
5. Kelumpuhan ringan pada sisi tubuh yang berlawanan

2.1.6 Komplikasi dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

Setiap tindakan medis pasti akan mempunyai resiko. Cedera parenkim otak biasanya berhubungan dengan subdural hematom akut dan dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Pasca operasi dapat terjadi rekurensi atau masih terdapat sisa hematom yang mungkin memerlukan tindakan pembedahan lagi. Sebanyak sepertiga pasien mengalami kejang pasca trauma setelah cedera kepala berat. Infeksi luka dan kebocoran CSF bisa terjadi setelah kraniotomi. Meningitis atau abses serebri dapat terjadi setelah dilakukan tindakan intracranial (Muttaqin, 2018)

Pada pasien dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)* kronik yang menjalani operasi drainase, sebanyak 5,4-19% mengalami komplikasi medis atau operasi. Komplikasi medis, seperti kejang, pneumonia, empiema, dan infeksi lain, terjadi pada

16,9% kasus. Komplikasi operasi, seperti massa subdural, hematoma intraparenkim, atau tension pneumocephalus terjadi pada 2,3% kasus.

2.1.7 Pemeriksaan Penunjang dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

2.1.7.1 Pemeriksaan Laboratorium menurut (Qurbany & Wibowo, 2016) :

1. Pemeriksaan Darah Lengkap Darah yang diperiksa antara lain jumlah sel darah merah, sel darah putih, leukosit, trombosit, dan lain-lain.
2. Tes darah Koagulasi Tes ini terdiri dari empat pemeriksaan, yaitu prothombin time, partial thromboplastin time (PTT), international normalized ratio (INR), dan agregasi trombosit. Keempat tes ini gunanya untuk mengukur seberapa cepat darah si pasien menggumpal. Gangguan penggumpalan bisa menyebabkan perdarahan atau pembekuan darah.
3. Tes Kimia Darah untuk melihat kandungan gula darah, kolesterol, asam urat, dan lain-lain. Andai kata kadar gula darah atau kolesterol berlebih, bisa menjadi pertanda pasien sudah menderita diabetes atau jantung. Kedua penyakit ini termasuk kedalam salah satu pemicu.

2.1.7.2 Pemeriksaan penunjang menurut Tarwoto edisi II :

1. Angiografi serebri adalah proses dengan menggunakan sinar –X terhadap sirkulasi serebri setelah zat kontras disuntikan kedalam arteri yang di pilih. Juga di gunakan untuk menyelidiki penyakit vascular, aneurisma, dan malformasi arteriovena dilakukan sebelum klien menjalani kraniotomi sehingga arteri dan vena serebriterlihat dan untuk menentukan letak, ukuran, dan proses patologis serta membantu menentukan penyebab secara spesifik, seperti perdarahan, atau

obstruksi arteri, adanya titik oklusi atau ruptur. Angiografi serebri merupakan pilihan terakhir bila dengan pemeriksaan CT scan dan MRI diagnosis masih belum bisa ditegakkan (W.Hacke dan H. Kramer,1991).

2. Magnetic Imaging Resnance (MRI), mampu mendeteksi berbagai kelainan otak dan pembuluh darah otak yang sangat kecil yang tak mungkin dijangkau CT-Scan. Juga dapat menentukan daerah-daerah mana saja yang rusak serta menunjukkan daerah yang mengalami infark, hemoragik, malformasi arteriovena (MAV).
3. USG Doppler untuk mengidentifikasi adanya penyakit arteriovena (masalah sistem karotis arteriosklerotik)
4. Computerized Tomography Scanning (CT-Scan), memanfaatkan sinar-X untuk mengambil gambar otak dan kepala. Sinar-X diserap secara berbeda-beda oleh beberapa bagian tubuh. Dari situ nanti akan tergambar jaringan lunak, tulang, pembuluh darah, dan jaringan otak, dapat pula memperlihatkan adanya edema, hematoma, iskemia, dan adanya infark. [catatan: mungkin tidak dengan segera menunjukkan semua perubahan tersebut].
5. Cerebral Angiography, peralatan ini dimanfaatkan untuk memindai aliran darah yang melewati pembuluh darah otak. Angiography dilakukan dengan cara memasukkan kateter ke dalam tubuh. Didalam kateter itu disuntikan cairan kontras ke dalam pembuluh darah arteri dileher maupun lipat paha, bertujuan memberikan jalan sekaligus memberikan “lampu penerangan” bagi kateter. Kemudian sinar-X akan mengikuti gambar yang diarahkan oleh cairan kontras itu melalui pembuluh darah.

6. Pungsi lumbal, menunjukkan adanya tekanan normal dan biasanya ada trombosis, emboli serebral, dan TIA. Tekanan meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya hemoragik subaraknoid atau perdarahan intra kranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trombosis sehubungan dengan adanya proses inflamasi.
7. EEG : Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak dan mungkin memperlihatkan daerah lesi yang spesifik
8. X-Ray tengkorak : Menggambarkan perubahan kelenjar lempeng pineal daerah yang berlawanan dari massa yang meluas kalsifikasi kartis interna terdapat pada trombsis serebral; kalsifikasi parsial dinding aneurisma pada perdarahan subarachnoid.

2.1.8 Penatalaksanaan dari *Subdural Haemorrhage (SDH)*

2.1.8.1 Keperawatan

Fase akut pasien yang koma dalam pada saat masuk ruamah sakit dipertimbangkan mempunyai prognosis buruk. Sebaliknya, pasien sadar penuh menghadapi hasil yang lebih dapat diharapkan. Fase akut biasanya berakhir 48 sampai 72 jam. Dengan mempertahankan jalan napas dan ventilasi adekuat adalah prioritas dalam fase akut ini. (Amir, 2016)

- a. Pasien ditempatkan pada posisi lateral atau semi telungkup dengan kepala tempat tidur agak ditinggikan sampai tekanan vena serebral berkurang.
- b. Intubasi endotrakea dan ventilasi mekanik perlu, kerana henti pernafasan biasanya faktor yang mengancam kehidupan pada situasi ini.

- c. Pasien dipantau untuk adanya komplikasi pulmonal (aspirasi, atelektasis, pneumonia), yang mungkin berkaitan dengan kehilangan refleks jalan napas, immobilitas, atau hipoventilasi.
- d. Jantung diperiksa untuk abnormalitas dalam ukuran dan irama serta tanda gagal jantung kongestif.

2.1.8.2 Medis

1. Tindakan Tanpa Operasi

Pada kasus perdarahan yang kecil (volume 30 cc ataupun kurang) dilakukan tindakan konservatif. Tetapi pada keadaan ini masih ada kemungkinan terjadi penyerapan darah yang rusak diikuti oleh terjadinya fibrosis yang kemudian dapat mengalami pengapuran. Penderita SDH akut yang berada dalam keadaan koma tetapi tidak menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial (PTIK) yang bermakna kemungkinan menderita suatu diffuse axonal injury. Pada penderita ini, operasi tidak akan memperbaiki defisit neurologik dan karenanya tidak diindikasikan untuk tindakan operasi.

2. Tindakan Operasi

Baik pada kasus akut maupun kronik, apabila ditemukan adanya gejala-gejala yang progresif, maka jelas diperlukan tindakan operasi untuk melakukan pengeluaran hematoma. Tetapi sebelum diambil keputusan untuk dilakukan tindakan operasi, yang tetap harus kita perhatikan adalah *airway, breathing* dan *circulation (ABCs)*.

2.2 Konsep Tindakan Anestesi Post OP EDH

2.2.1 Pengertian

Anestesi merupakan suatu tindakan untuk menghilangkan rasa sakit ketika dilakukan pembedahan dan berbagai prosedur lain yang menimbulkan rasa sakit, dalam hal ini rasa takut perlu ikut dihilangkan untuk menciptakan kondisi optimal bagi pelaksanaan pembedahan (Savitri, 2012).

Epidural hematoma (EDH)/ perdarahan pada ruang epidural adalah pengumpulan atau akumulasi darah di dalam ruang potensial antara lapisan luar duramater (selaput pembungkus otak) dan sisi bagian dalam tulang tengkorak. Perdarahan ini biasanya terbatas pada suture (sambungan tulang tengkorak). EDH terjadi akibat cedera kepala traumatis, biasanya disertai fraktur tengkorak dan laserasi arteri. EDH adalah kondisi yang mengancam jiwa, yang mungkin memerlukan intervensi segera dan dapat dikaitkan dengan morbiditas (kecacatan) dan mortalitas (kematian) yang signifikan jika tidak ditangani dengan baik. Diagnosis dan evakuasi yang cepat penting untuk hasil yang lebih baik (Aulyan Syah et al., 2017).

EDH adalah keadaan darurat dalam bidang bedah saraf. Oleh karena itu, dibutuhkan evakuasi bedah segera untuk mencegah cedera neurologis ireversibel (permanen) dan kematian akibat ekspansi hematoma dan herniasi. Konsultasi bedah saraf harus segera dilakukan karena penting untuk melakukan intervensi dalam 1 hingga 2 jam setelah pasien datang ke rumah sakit (Ansar et al., 2021).

2.2.2 Etiologi EDH

Epidural hematoma biasanya disebabkan oleh cedera kepala yang menyebabkan patah atau keretakan pada tulang tengkorak, kerusakan atau sobek pada lapisan dura, serta kerusakan pembuluh darah di otak. Epidural hematoma juga dapat disebabkan oleh beberapa kondisi berikut:

- a) Adanya benturan kepala yang diam terhadap benda yang sedang bergerak. Misalnya pukulan benda- benda tumpul, karena lemparan benda tumpul.
- b) Penyakit Paget pada tulang tengkorak
- c) Pungsi lumbal dan anestesi epidural
- d) Malformasi vascular, dan malformasi arteriovenosa tulang belakang atau kelainan vascular lainnya.
- e) Infeksi atau abses
- f) Kepala membentur benda atau objek yang secara relative tidak bergerak. Misalnya membentur tanah atau mobil (Astaty.Y, 2014).
- g) Tumor hemoragik (tumor yang menyebabkan perdarahan), tumor tulang belakang.
- h) Koagulopati (darah tidak menggumpal seperti biasanya) atau bisa disebut kelainan pembuluh darah, sehingga mudah pecah.
- i) Kehamilan
(Istiadjid ES et al., 2016)

2.2.3 Manifestasi Klinis EDH

3. Riwayat kehilangan kesadaran
4. Kehilangan kesadaran Sakit kepala parah (Nyeri kepala yang berat)

5. Lucid interval terjadi pada 25-50% kasus
6. Sesak napas atau perubahan lain dari pola pernapasan
7. Kejang
8. Bicara tidak jelas Kebingungan
9. Mual atau muntah
10. Perubahan kewaspadaan/mengantuk
11. Tanda herniasi : dilatasi pupil ipsilateral, hemiparesis kontralateral, pupil yang membesar atau pupil yang ukurannya tidak sama
12. Pusing
13. Kehilangan daya lihat pada salah satu mata (Penglihatan ganda)
14. Kelemahan atau mati rasa di bagian tubuh mana pun
15. Kejang
16. Hipertensi dan bradikardia dapat muncul sebagai bentuk dari Cushing respon (Macgraw, 2016)

2.2.4 Penanganan EDH

1. Operasi

Operasi merupakan metode penanganan pertama yang dilakukan untuk mengatasi epidural hematoma. Operasi bertujuan untuk mengurangi tekanan pada otak, serta mengalirkan darah yang menumpuk di ruang antara tulang tengkorak dan dura.

Pada sebagian besar kasus, dokter dapat menyarankan pembedahan untuk mengevakuasi epidural hematoma. Jenis operasi yang umum dilakukan adalah kraniotomi, di mana dokter bedah dapat membuka sebagian dari tulang kepala untuk mengevakuasi hematoma dan menurunkan tekanan pada otak. Pada sebagian kasus

lainnya, dokter bedah dapat merekomendasikan aspirasi, di mana dilakukan pembuatan lubang kecil di kepala untuk menyedot hematoma. Prosedur ini umumnya hanya efektif pada hematoma yang berukuran sangat kecil dan tidak menyebabkan penekanan pada otak.

2. Terapi Rehabilitasi

Dokter juga dapat menyarankan untuk berkonsultasi dengan dokter rehabilitasi medis dan menjalani fisioterapi (terapis fisik), terapis okupasi, atau terapis lainnya. Hal ini dapat bermanfaat untuk melatih fungsi anggota tubuh dan untuk menangani gejala dan disabilitas akibat dari cedera, seperti kelemahan, inkontinensia, kesulitan berjalan, kelumpuhan, dan hilangnya sensasi, sulit berjalan, lumpuh, mati rasa, dan tidak dapat menahan buang air kecil atau buang air besar.

3. Obat

Sebelum dilakukan kraniotomi atau aspirasi, Dokter dapat meresepkan pengobatan untuk mengurangi peradangan dan tekanan di dalam tulang kepala. Setelah dilakukan evakuasi hematoma, Dokter dapat memberikan infus manitol guna mengurangi tekanan di dalam kepala akibat penumpukan darah. Selain itu, Dokter juga dapat memberikan obat antikejang untuk meredakan atau membantu mencegah terjadinya kejang. Kejang merupakan salah satu komplikasi dari cedera kepala.

4. Perawatan Mandiri di Rumah

Selain metode pengobatan di atas, pasien juga dapat melakukan upaya mandiri di rumah untuk membantu proses pemulihan, seperti:

- a. Mengikuti anjuran dokter untuk latihan fisik di rumah

- b. Meningkatkan aktivitas fisik secara bertahap
- c. Menghindari konsumsi minuman beralkohol
- d. Menghindari olahraga dengan intensitas berat
- e. Beristirahat yang cukup

(Aulyan Syah et al., 2017)

2.2.5 Manfaat Tindakan Pembedahan EDH

1. Operasi ini juga dilakukan untuk menghilangkan bekuan darah (hematoma).
2. Untuk mengendalikan perdarahan dari pembuluh darah lemah bocor (aneurisma serebral).
3. Untuk memperbaiki malformasi arteriovenosa (koneksi abnormal dari pembuluh darah).
4. Untuk menguras abses otak.
5. Untuk mengurangi tekanan di dalam tengkorak, untuk melakukan biopsy atau untuk memeriksa otak .
6. Mengambil tindakan untuk menyelamatkan nyawa seseorang.
7. Mengontrol gejala.
8. Meminimalkan atau mencegah kerusakan permanen pada otak.

(Arnold, 2013)

2.2.6 Indikasi Pembedahan EDH

2.2.4.1 Indikasi operasi pada cedera kepala harus mempertimbangkan hal dibawah ini:

- a) Status neurologis
- b) Status radiologis

c) Pengukuran tekanan intracranial

Secara umum indikasi operasi pada epidural hematoma :

- a. Gejala klinis terdapat penurunan kesadaran, defisit neurologis lokal, tanda herniasi dan gangguan kardiopulmonal.
- b. Penurunan kesadaran tiba-tiba di depan mata
- c. Adanya tanda herniasi/ lateralisasi
- d. Adanya cedera sistemik yang memerlukan operasi emergensi, dimana CT Scan Kepala tidak bisa dilakukan.
- e. Massa hematoma kira-kira 40 cc
- f. Dari CT Scan: epidural hematoma dengan volume >30 cc, tebal > 1 cm dan massa dengan pergeseran struktur midline ≥ 5 mm
- g. EDH dan SDH ketebalan ≥ 5 mm dan pergeseran garis tengah dengan GCS 8 atau kurang.
- h. Kontusio cerebri dengan diameter 2 cm dengan efek massa yang jelas atau pergeseran garis tengah lebih dari 5 mm

2.2.4.2 Kontra indikasi operasi

Pada umumnya keadaan pasien yang jelek

(Unsyiah, 2021)

2.3 Asuhan Keperawatan Teori

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas (Marylynn E Doenges, 2012)

Meliputi nama, umur (Dikarenakan penyakit ini dapat disebabkan oleh pola hidup yang buruk, disebutkan bahwa terdapat peningkatan pada rentang usia 20 hingga

45 tahun.), jenis kelamin pada hasil penelitian terhadap 220 sampel, didapatkan bahwa lebih banyak pada jenis kelamin laki-laki, yaitu sebanyak 40 pasien (52%) dibandingkan dengan jenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 37 pasien (48%)., pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnose medis. *Subdural Haemorrhage (SDH)* dapat terjadi pada usia apapun makin tinggi usia makin tinggi pula resiko. Namun, pria lebih sering ditemukan menderita dibanding wanita.

2. Keluhan Utama

Keluhan yang didapatkan biasanya gangguan motorik kelemahan anggota gerak sebelah badan (hemiparase) , Penderita umumnya mengeluh tiba-tiba mengalami kelemahan atau kelumpuhan, bicara cedel atau pelo, disartria dan tidak dapat berkomunikasi, nyeri kepala, gangguan sensorik, kejang, penurunan kesadaran.

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Serangan sering kali berlangsung sangat mendadak, pada saat klien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. Keluhari perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsif, dan konia Pasien mengatakan adanya kelemahan atau kelumpuhan separuh badan, bicara cedal atau pelo (disartria) ,gangguan penglihatan, hilang rasa peka. Keluarga tidak terlalu mengerti mengenai *Subdural Haemorrhage (SDH)*. Pasien mengatakan berbicara gagap

Berbicara tidak lancar seperti dahulu sebelum sakit , adanya perubahan pada raut wajah dalam mengekpresikan sesuatu.

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Adanya riwayat hipertensi, riwayat sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan kegemukan. Pengkajian pemakaian obat-obat yang sering digunakan klien, seperti pemakaian obat antihipertensi, antilipidemia, penghambat beta, dan lainnya. Adanya riwayat merokok, penggunaan alkohol dan penggunaan obat kontrasepsi oral. Pengkajian riwayat ini dapat mendukung pengkajian dari riwayat penyakit sekarang dan merupakan data dasar untuk mengkaji lebih jauh dan untuk memberikan tindakan selanjutnya.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus.

6. Riwayat Psikososial

Pada pasien mengalami perubahan psikososial, adanya tanda masalah bicara, ketidakmampuan untuk berkomunikasi fungsi struktur tubuh dan adanya tindakan dialisis akan menyebabkan penderita mengalami gangguan pada gambaran diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan, menyebabkan pasien mengalami kecemasan, gangguan konsep diri (gambaran diri) dan gangguan peran pada keluarga (*self esteem*) (Muttaqin, 2011)

7. Pola-Pola Fungsi Kesehatan Tarwoto (2013):

- a. Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan

Pada pasien terjadi perubahan persepsi dan tatalaksana hidup sehat karena kurangnya pengetahuan tentang dampak sehingga menimbulkan persepsi yang negatif terhadap dirinya dan kecenderungan untuk tidak mematuhi prosedur pengobatan dan perawatan yang lama, oleh karena itu perlu adanya penjelasan yang benar dan mudah dimengerti pasien.

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Pada pasien terjadi adanya gejala Nafsu makan hilang, Mual muntah selama fase akut, Kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, pipi, dan tenggorok, disfagia, Adanya riwayat diabetes, peningkatan lemak dalam darah dengan tanda Kesulitan menelan (gangguan pada refleks palatum dan faringeal), obesitas (faktor risiko).

c. Pola tidur dan aktivitas

Pada pasien mengalami kecemasan dan gelisah yang akan mempengaruhi pola tidur terganggu, merasa mudah lelah, susah untuk beristirahat (nyeri/kejang otot), aktivitas pasien juga terganggu.

d. Pola aktifitas dan latihan

Pada pasien akan mudah merasa kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, kehilangan sensasi atau paralisis (hemiplegia), terdapat gangguan tonus otot (flaksid, spastis); paralitik (hemiplagia), dan terjadi kelemahan umum, adanya gangguan penglihatan, dan adanya gangguan tingkat kesadaran.

e. Pola eliminasi

Pasien pada pola eliminasi Adanya Perubahan pola berkemih, seperti inkontinensia urin, anuria, distensi abdomen (distensi kandung kemih berlebihan), bising usus (-).

f. Pola sensori dan pengetahuan

Perubahan persepsi terhadap orientasi tempat tubuh. Kesulitan untuk melihat objek dari sisi kiri. Hilang kewaspadaan terhadap bagian tubuh yang sakit, tidak mampu mengenali objek, warna, kata, dan wajah yang pernah dikenalnya dengan baik, adanya gangguan berespons terhadap panas dan dingin/gangguan regulasi suhu tubuh, motorik/sensorik: masalah dengan penglihatan. Pasien cenderung mengalami sinkops/pusing, sakit kepala akan sangat berat dengan adanya perdarahan intraserebral atau subarachnoid, mengalami kelemahan/kesemutan/kebas; sisi yang terkena terlihat seperti “mati/lumpuh”, penglihatan menurun, seperti buta total, kehilangan daya lihat sebagian (kebutaan monokuler), penglihatan ganda (diplopia), pada sentuhan mengalami hilangnya rangsang sensorik kontralateral (pada sisi tubuh yang berlawanan) pada ekstremitas dan kadang-kadang pada ipsilateral (satu sisi) pada wajah dan adanya gangguan rasa pengecapan dan penciuman.

g. Pola hubungan interpersonal dan peran

Pada pasien mengalami adanya gangguan (tidak mampu bekerja, mempertahankan fungsi peran). Serta mengalami tambahan dalam menjalankan perannya selama sakit, adanya gangguan dalam memutuskan keputusan, perhatian sedikit terhadap keamanan, tidak sabar/kurang kesadaran diri.

h. Pola persepsi dan konsep diri

Adanya perubahan fungsi dan struktur tubuh yang menyebabkan mengalami gangguan pada gambaran diri. Lamanya perawatan, banyaknya biaya perawatan dan pengobatan menyebabkan pasien mengalami kecemasan dan gangguan peran pada keluarga (*self esteem*). Terdapat gejala perasaan tidak berdaya, perasaan putus asa

dengan tanda emosi yang labil dan ketidak siapan untuk marah, sedih, dan gembira, dan Kesulitan untuk mengekspresikan diri.

i. Pola reproduksi dan seksual

Adanya pola reproduksi dan seksual yang terganggu pada pasien *Subdural Haemorrhage (SDH)*, angiopati dapat terjadi pada sistem pembuluh darah di organ reproduksi sehingga menyebabkan gangguan potensi seksual (impotensi), gangguan kualitas maupun ereksi, serta memberi dampak pada proses ejakulasi serta orgasme.

8. Pemeriksaan Fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan – keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per sistem (B1-B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

8.1 B1 (Breathing)

Pada inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Auskultasi bunyi napas tambahan seperti ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun yang sering didapatkan pada klien *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan penurunan tingkat kesadaran koma. Pada klien dengan tingkat kesadaran compos mends, pengkajian inspeksi pernapasannya tidak ada kelainan. Palpasi toraks didapatkan taktil premitus seimbang kanan dan kiri. Auskultasi tidak didapatkan bunyi napas tambahan.

8.2 B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskular didapatkan renjatan (syok hipovolemik). Tekanan darah biasanya terjadi peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah >200 mmHg).

8.3 B3 (Brain)

Adanya defisit neurologis, bergantung pada lokasi lesi (pembuluh darah mana yang tersumbat), ukuran area yang perfusinya tidak adekuat, dan aliran darah kolateral (sekunder atau aksesori). Lesi otak yang rusak tidak dapat membaik sepenuhnya. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

8.4 B4 (Bladder)

Mengalami inkontinensia urine sementara karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk mengendalikan kandung kemih karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang kontrol sfingter urine eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

8.5 B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual sampai muntah disebabkan oleh peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi

biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

8.6 B6 (Bone)

Mengalami kehilangan kontrol volunter terhadap gerakan motorik. Oleh karena neuron motor atas menyilang, gangguan kontrol motor volunter pada salah satu sisi tubuh dapat menunjukkan kerusakan pada neuron motor atas pada sisi yang berlawanan dari otak. Disfungsi motorik paling umum adalah hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain. Pada kulit, jika klien kekurangan O₂ kulit akan tampak pucat dan jika kekurangan cairan maka turgor kulit akan buruk. Selain itu, perlu juga dikaji tanda – tanda dekubitus terutama pada daerah yang menonjol karena klien *Subdural Haemorrhage (SDH)* mengalami masalah mobilitas fisik. Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, serta mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet secara mandiri. Pasien merasa ingin selalu dibantu dalam berpakaian dan ke kamar mandi. Kekuatan otot menurun.

2.3.2 Analisa Data Teori

NO	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>Ds :</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas - Timbulnya pernapasan sulit dan/atau tak teratur - Suara napas terdengar/ronki (aspirasi sekresi). 	<p>Peningkatan tekanan sistemik</p> <p>↓</p> <p>Aneurisma</p> <p>↓</p> <p>Pendarahan arakhnoid/ventrikel</p> <p>↓</p> <p>Hematoma cerebral</p> <p>↓</p> <p>Peningkatan TIK/ herniasi cerebral</p> <p>↓</p> <p>Proses metabolisme otak terganggu</p> <p>↓</p> <p>Penurunan suplai darah dan O₂ dalam otak</p> <p>↓</p> <p>Resiko Aspirasi D.0006. hal.28</p>	<p>Resiko Aspirasi (D.0006 Hal 28)</p>
2.	<p>Ds:</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intrakranial. - Nyeri kepala (pusing) - Terjadi letargi - Tidak responsif, 	<p>Penyempitan pembuluh darah sirkulasi vaskuler</p> <p>↓</p> <p>Aliran darah lambat</p> <p>↓</p> <p>Turbulensi</p> <p>↓</p> <p>Eritrosit menggumpal</p> <p>↓</p> <p>Endotel rusak</p> <p>↓</p> <p>Cairan plasma hilang</p>	<p>Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Edema serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Peningkatan TIK</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko Perfusi Serebral tidak efektif. D.0027. hal 51</p>	
3.	<p>Ds :</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan tingkat kesadaran koma - Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh - Refleks tendon melemah secara kontralateral - Kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi - Kelemahan/kesemutan/kebas 	<p style="text-align: center;">Peningkatan TIK</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Arteri vertebra basilaris</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kerusakan fungsi nervus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">N II</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Daya penglihatan menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Perubahan fungsi psikomotor menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kekuatan otot menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko Jatuh D.0243. hal306</p>	<p style="text-align: center;">Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306)</p>
4.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan kesal, perasaan putus asa dengan tanda Emosi yang labil dan ketidak siapan untuk marah, sedih, dan gembira <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata. - Gangguan penglihatan - Penurunan dalam ingatan dan memori 	<p style="text-align: center;">Peningkatan TIK</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Arteri vertebra basilaris</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kerusakan fungsi nervus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kerusakan neurologis defisit. N. I, N II, N IV, N.VI, X, XII</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Lapang pandang menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan penglihatan</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">Gangguan Persepsi Sensori (D.0085 Hal 190)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Hilang rasa peka - Kesulitan untuk mengekspresikan diri. - Terdapat gejala perasaan tidak berdaya - Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi 	<p>Tidak mampu mengenali objek, warna, kata, wajah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan persepsi sensori. D.0085. hal.190</p>	
5.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit berbicara <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bicara cedel atau pelo - Afasia - Disartria (kesulitan berbicara) - Tidak dapat berkomunikasi - Adanya gangguan pengecap (lidah) akibat kerusakan nervus vagus - Sulit menggunakan ekspresi tubuh atau wajah 	<p>Peningkatan TIK</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Arteri vertebra basilaris</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan fungsi nervus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan neuro cerebrosipinal. N.VII, N.IX, N.XII</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kehilangan fungsi tonus otot fasial</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tidak mampu bicara, afasia, disartia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Tidak mampu menggunakan ekspresi wajah atau tubuh</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan komunikasi D.0119. hal 264</p>	<p style="text-align: center;">Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119 Hal 264)</p>
6.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit menelan <p>Do :</p> <p>A: Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal</p> <p>B: -</p> <p>C: Lemas</p> <p>D: Tidak nafsu makan, mukosa bibir kering, mual dan muntah, Bising usus hiperaktif, Otot pengunyahan</p>	<p>Penurunan fungsi N X dan N IX</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Proses menelan tidak efektif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Refluks</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Disfagia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Nafsu makan menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>BB menurun 10% dibawah rentan ideal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisit Nutrisi</p>	<p style="text-align: center;">Defisit Nutrisi (D.0019 Hal 56)</p>

	lemah, Membrane mukosa pucat, mual muntah	D.0019. Hal.56	
7.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit untuk menelan <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas, - Adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan nervus vagus, adanya kesulitan dalam menelan. - Gangguan pada refleks palatum dan faringeal - Kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah - Gangguan rasa pengecapan 	<p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Arteri vertebra basilaris</p> <p>↓</p> <p>Penurunan fungsi N X dan N IX</p> <p>↓</p> <p>Kesulitan menelan</p> <p>↓</p> <p>Refluks Nasal</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Menelan D.0063. hal.142</p>	<p>Gangguan Menelan (D.0063 Hal 142)</p>
8.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan sulit menggerakkan ekstremitas tangan kiri dan kaki kiri <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun 0 4 0 4 - Rentang gerak menurun - Sendi kaku - Gerakan terbatas - Fisik lemas - Kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan 	<p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Arteri vertebra basilaris</p> <p>↓</p> <p>Disfungsi N XI (asisoris)</p> <p>↓</p> <p>Hemiplegia, hemiparase</p> <p>↓</p> <p>Penurunan kekuatan otot</p> <p>↓</p> <p>Kelemahan anggota gerak</p> <p>↓</p> <p>Kesulitan menggerakkan anggota tubuh</p> <p>↓</p> <p>Gangguan mobilitas fisik D.0054. Hal 124</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124)</p>

	- Hemiplegi paralisa atau hemiparase		
9.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan harus dibantu dalam menggunakan pakaian ataupun ke kamar mandi <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ketoilet secara mandiri - Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan 	<p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Arteri cerebri media</p> <p>↓</p> <p>Disfungsi N XI</p> <p>↓</p> <p>Tidak mampu mandi/berpakaian/ketoilet secara mandiri</p> <p>↓</p> <p>Kegagalan menggerakkan anggota tubuh</p> <p>↓</p> <p>Minat tindakan perawatan diri kurang</p> <p>↓</p> <p>Defisit perawatan diri D.0109. Hal. 240</p>	<p>Defisit Perawatan Diri (D.0109 Hal 240)</p>
10	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan berbicara gagap 2. Berbicara tidak lancar seperti dahulu sebelum sakit <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berbicara pelo 2. Disartia 3. Adanya perubahan pada raut wajah dalam mengekspresikan sesuatu 	<p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Disfungsi nervus</p> <p>↓</p> <p>Penyempitan pembuluh darah sirkulasi</p> <p>↓</p> <p>Perubahan struktur/bentuk tubuh</p> <p>↓</p> <p>Perubahan fungsi tubuh</p> <p>↓</p> <p>Perubahan/ ketidakmampuan mengekspresikan wajah</p> <p>↓</p> <p>Pelo</p> <p>↓</p> <p>Gangguan Citra Tubuh (D.0083 Hal 186)</p>	<p>Gangguan Citra Tubuh (D.0083 Hal 186)</p>
11	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga mengatakan tidak terlalu mengerti 	<p>Peningkatan TIK</p> <p>↓</p> <p>Gangguan fungsi kognitif</p>	<p>Defisit Pengetahuan</p>

	<p>mengenai <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i></p> <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluarga tidak Keluarga pasien menjalani pemeriksaan tidak tepat 2. Keluarga menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran. 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ketidakmampuan menemukan sumber informasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisit Pengetahuan (D.0111 Hal 246)</p>	<p style="text-align: center;">(D.0111 Hal 246)</p>
--	---	---	--

2.3.3 Rumusan Diagnosa Keperawatan Teori

1. **Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI, D.0017 Hal 51)** berhubungan dengan keabnormalan masa protombin dan/ atau masa tromboplastin parsial ditandai dengan Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas, Timbulnya pernapasan sulit, dan/atau tak teratur Suara napas terdengar/ronki (aspirasi sekresi).
2. **Gangguan Menelan (SDKI, D.0063 Hal 142)** berhubungan dengan gangguan saraf kranialis ditandai dengan Pasien mengatakan sulit untuk menelan, Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas, Adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan nervus vagus, adanya kesulitan dalam menelan, gangguan pada refleks palatum dan faringeal, Kehilangan sensasi (rasa kecap) pada lidah, Gangguan rasa pengecapan dan penciuman.
3. **Gangguan Mobilitas Fisik (SDKI, D.0054 Hal 124)** berhubungan dengan penurunan kekuatan otot ditandai dengan Pasien mengatakan lemah, sulit menggerakkan ekstremitas tangan kiri dan kaki kiri, Rentang gerak menurun,

Sendi kaku, Gerakan terbatas, Fisik lemas, Kesulitan untuk melakukan aktivitas karena kelemahan, Hemiplegi paralisa atau hemiparase, Kekuatan otot menurun

4. **Gangguan Komunikasi Verbal (SDKI, D.0119 Hal 264)** berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral ditandai dengan Pasien mengatakan sulit berbicara, Bicara cedel atau pelo, Afasia, Disartria (kesulitan berbicara), Tidak dapat berkomunikasi, Adanya gangguan pengecapan (lidah) akibat kerusakan nervus vagus, Sulit menggunakan ekspresi tubuh atau wajah
5. **Defisit Nutrisi (SDKI, D.0019 Hal 56)** berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan ditandai dengan Pasien mengatakan sulit menelan, A: Berat badan menurun minimal 10% di bawah rentang ideal, B: -, C: Lemas, D: Tidak nafsu makan, mukosa bibir kering, mual dan muntah, Bising usus hiperaktif, Otot pengunyahan lemah, Membrane mukosa pucat, mual muntah.
6. **Resiko Aspirasi (SDKI, D.0006 Hal 28)** berhubungan dengan disfagia ditandai dengan Ketidakmampuan menelan/batuk/hambatan jalan napas, Timbulnya pernapasan sulit dan/atau takteratur, Suara napas terdengar/ronki (aspirasi sekresi).
7. **Gangguan Persepsi Sensori (SDKI, D.0085 Hal 190)** berhubungan dengan hipoksia serebral ditandai Pasien mengatakan kesal, perasaan putus asa dengan tanda Emosi yang labil dan ketidak siapan untuk marah, sedih, dan gembira, Kesulitan untuk mengenal persamaan dan perbedaan yang tidak begitu nyata, Gangguan penglihatan, Penurunan dalam ingatan dan memori, Hilang rasa

peka, Kesulitan untuk mengekspresikan diri, Terdapat gejala perasaan tidak berdaya, Penurunan kemampuan berhitung dan kalkulasi.

8. **Resiko Jatuh (SDKI, D.0143 Hal 306)** berhubungan dengan kekutan otot menurun ditandai Penurunan tingkat kesadaran koma, Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, Refleks tendon melemah secara kontralateral, Kehilangan sensori atau paralise/ hemiplegi, Kelemahan/kesemutan/kebas
9. **Defisit Perawatan Diri (SDKI, D.0109 Hal 240)** berhubungan dengan kelemahan ditandai Pasien mengatakan harus dibantu dalam menggunakan pakaian ataupun ke kamar mandi, Tidak, mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ket toilet secara mandiri, Adanya kesulitan untuk beraktivitas karena kelemahan.
10. **Gangguan Citra Tubuh (SDKI, D.0083 Hal 186)** berhubungan dengan perubahan struktur tubuh/ bentuk tubuh ditandai dengan Pasien mengatakan berbicara gagap, Berbicara tidak lancar seperti dahulu sebelum sakit, Berbicara pelo, Disartia, Adanya perubahan pada raut wajah dalam mengekspresikan sesuatu
11. **Defisit Pengetahuan (SDKI, D.0111 Hal 246)** berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi ditandai dengan Keluarga mengatakan tidak terlalu mengerti mengenai *Subdural Haemorrhage (SDH)*, Keluarga tidak Keluarga pasien menjalani pemeriksaan tidak tepat, Keluarga menunjukkan perilaku tidak sesuai anjuran.

2.3.4 Perencanaan

2.3.4.1 Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (**SDKI, D.0017 Hal 51**) berhubungan dengan keabnormalan masa protombin dan/ atau masa tromboplastin parsial.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :

Perfusi Serebral (SLKI, L.02014 Hal 86)

- Tingkat kesadaran meningkat (composmentis)
- Tekanan intracranial menuurn
- Sakit kepala menurun
- Reflex syaraf membaik

Intervensi Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (SIKI, 1.06194 Hal 205)

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, ggn metabolisme, edema serebral).

R/ Dengan mengetahui penyebab peningkatan TIK, maka intervensi yang akan dilakukan akan lebih tepat sasaran dan penyembuhan dapat dicapai dengan kurun waktu yang singkat

- b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi melebar, bradikardia)

R/ Gejala peningkatan TIK harus diwaspadai dan ditangani agar tidak memperparah kondisi pasien

- c. Monitor MAP, CVP, PAWP, ICP, CPP

R/ Pemantauan MAP, CVP, PAWP, ICP, dan CPP untuk mengetahui apakah ada keparahan atau komplikasi pada pasien

d. Monitor intake dan output cairan

R/ Pemantauan intake dan output cairan agar kebutuhan dan keseimbangan cairan pasien dapat terjaga

e. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

R/ Lingkungan yang tidak tenang dapat memicu *stress* pada pasien yang dapat meningkatkan TD pasien.

f. Berikan posisi semi fowler

R/ Pemberian posisi semi fowler untuk membantu merelekskan pasien, terutama ketika merasa sesak/hambatan bernapas.

g. Cegah terjadinya kejang

R/ Mencegah kejang yang dapat terpicu dari serangan CVA dan adanya pengawasan penuh pada pasien yang berpotensi kejang.

h. Pertahankan suhu tubuh normal

R/ Suhu tubuh yang tidak normal (hiper/hipotermia) dapat memicu ketidaknyamanan dan bahkan stress pada pasien.

i. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, diuretic osmosis, pelunak tinja

R/ Pemberian obat sedatif dengan anjuran dokter untuk menenangkan pasien dengan tingkat stress tinggi, agar kondisi cairan dalam tubuh pasien dapat terjaga, dan untuk membantu melunakkan tinja klien

2.3.4.2 Resiko Jatuh (**SDKI, D.0143 Hal 306**) berhubungan dengan kondisi pasca operasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :

Tingkat Jatuh (SLKI, L.14138 Hal 140)

- Jatuh saat berdiri menurun
- Jatuh saat duduk menurun
- Jatuh saat berjalan menurun.

Intervensi *Pencegahan Jatuh* (SIKI, 1.14540 Hal 279) :

- a. Identifikasi faktor resiko jatuh (penurunan kesadaran, dan ggn penglihatan)
R/ Akibat imobilisasi yang terlalu lama maka akan ada risiko jatuh karena pasien butuh membiasakan ambulasi. Adanya faktor risiko tersebut dapat dicegah agar pasien tidak terjatuh
- b. Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi dan Identifikasi risiko jatuh untuk selalu memperbaharui data
R/ Agar perawat dapat membantu mencegah terjadinya jatuh
- c. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin, penrangan kurang)
R/ Untuk mengurangi risiko jatuh
- d. Hitung resiko jatuh dengan skala
R/ Untuk mengetahui seberapa besar risiko terjatuh pasien sehingga pengawasan dan tindakan pencegahan dan perlindungannya tepat
- e. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya
R/ Untuk memantau risiko jatuh pasien

- f. Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga
R/ Untuk memberikan suasana nyaman pada pasien
- g. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda terkunci
R/ Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien
- h. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
R/ Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien
- i. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan perawat dari *nurse station*
R/ Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien
- j. Gunakan alat bantu berjalan
R/ Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien ketika berjalan
- k. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien
R/ Agar apabila pasien membutuhkan pertolongan terutama ketika kesulitan berpindah tempat, akan ada perawat yang membantu
- l. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
R/ Agar pasien dapat dibantu sehingga dapat bermobilisasi
- m. Anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin
R/ Untuk mencegah pasien terjatuh
- n. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh
R/ Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien
- o. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
R/ Agar tekanan tubuh pasien terjaga dan dapat risiko terjatuh dapat ditekan
- p. Ajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat

R/ Agar pasien dapat memanggil perawat apabila membutuhkan pertolongan

2.3.4.3 Gangguan Mobilitas Fisik (**SDKI, D.0054 Hal 124**) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :

Mobilitas Fisik (SLKI, L.05042 Hal 65):

- Pergerakan ekstremitas meningkat
- Kekuatan otot meningkat

5	5
5	5

- Gerakan terbatas menurun
- Kelemahan karena hemiparase menurun

Intervensi ***Dukungan Ambulasi (SLKI, 1.06171 Hal 22) :***

q. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya

R/ Apabila ada nyeri, maka pergerakan pasien harus diawasi.

r. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi

R/ Toleransi fisik pasien untuk mengetahui batasan pergerakan pasien.

s. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi.

R/ Apabila TD dan frekuensi jantung sedang tinggi, maka pasien diistirahatkan terlebih dahulu untuk mencegah pemicu *CVA Bleeding*.

t. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi

R/ Pemantauan kondisi pasien secara umum untuk mencegah komplikasi yang lebih parah.

- u. Fasilitasi aktivisasi ambulasi dengan alat bantu (tongkat, kruk)
R/ Pemberian fasilitas untuk pasien yang memiliki hambatan pergerakan.
- v. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu
R/ Bantu klien melakukan mobilisasi fisik untuk mempermudah pergerakan.
- w. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi.
R/ Keluarga dapat membantu pasien mobilisasi apabila sedang tidak ada perawat juga untuk melatih keluarga membantu pasien ketika sudah pulang dari rumah sakit.
- x. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
R/ Penjelasan tujuan dan prosedur ambulasi untuk membantu pasien memahami dan tidak terjadi kesalahpahaman.
- y. Anjurkan melakukan ambulasi dini
R/ Melakukan ambulasi sedini mungkin untuk mencegah kondisi yang lebih parah akibat imobilisasi yang terlalu lama.
- z. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan, tempat tidur ke kursi roda, berjalan dr tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
R/ Ambulasi sederhana dapat membantu pasien untuk terbiasa mobilisasi.

2.3.4.4 Gangguan Komunikasi Verbal (**SDKI, D.0119 Hal 264**) berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan komunikasi verbal meningkat dengan kriteria hasil :

Komunikasi Verbal (SLKI, L.13118 Hal 49) :

- Kemampuan berbicara meningkat

- Kemampuan mendengar meningkat
- Kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat
- Afasia menurun
- Disatria menurun
- Pelo menurun
- Gagap menurun
- Respons perilaku membaik
- Pemahaman komunikasi membaik

Intervensi *Promosi Komunikasi : Defisit Bicara* (SIKI, 1.13492 Hal 373) :

- a. Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, diksi bicara

R/ Gangguan komunikasi sebagai salah satu gejala CVA harus dipantau untuk mengetahui keparahan dan tindakan yang harus diambil untuk diimplementasikan

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

R/ Untuk mengetahui tindakan apa yang harus diambil

- c. Monitor frustrasi, marah, depresi atau hal yang mengganggu bicara

R/ Untuk mengetahui kondisi pasien saat itu sehingga stress pasien dapat diturunkan sehingga pasien dapat berkomunikasi dengan lebih jelas.

- d. Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi

R/ Untuk mengetahui apa yang diinginkan oleh pasien

- e. Gunakan metode komunikasi alternative (menulis, mata berkedip, papan komunikasi menggunakan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan computer.
R/ Untuk membantu pasien menyampaikan hal yang diinginkan atau dibutuhkan
- f. Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan
R/ Untuk menyesuaikan pasien agar dapat berkomunikasi
- g. Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
R/ Memberikan lingkungan yang tenang agar pasien tidak mengeluarkan energi lebih untuk berbicara.
- h. Ulangi apa yang disampaikan pasien
R/ Pengulangan untuk membantu perawat memastikan hal yang disampaikan oleh pasien agar informasi yang didapat tidak salah.
- i. Berikan dukungan psikologis
R/ Dukungan dapat meningkatkan motivasi pasien untuk dapat menyampaikan hal yang menjadi kebutuhannya dan menurunkan stress.
- j. Gunakan juru bicara, jika perlu
R/ Untuk membantu pasien menyampaikan pesannya
- k. Anjurkan berbicara perlahan
R/ Untuk mencegah ketidakpahaman
- l. Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan berbicara
R/ Agar pasien dan keluarga dapat memahami kondisi pasien
- m. Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

R/ Untuk membantu pemulihan kemampuan bicara pasien

2.3.4.5 Defisit Nutrisi (**SDKI, D.0019 Hal 56**) berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil :

Status Nutrisi (SLKI, L.03030 Hal 121)

- Porsi makan dihabiskan meningkat
- Kekuatan otot pengunyah meningkat
- Kekuatan otot menelan meningkat
- Berat badan membaik
- Frekuensi makan membaik
- Nafsu makan membaik
- Bising usus membaik
- Membrane mukosa membaik

Intervensi **Manajemen Nutrisi (SIKI, 1.03119 Hal 200) :**

a. Identifikasi status nutrisi dan Monitor asupan makanan

R/ Mempertahankan kebutuhan nutrisi tanpa ada komplikasi lain akibat alergi.

b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

R/ Kandungan makanan dapat dapat mengakibatkan ketidaktoleransian GI, memerlukan perubahan pada kecepatan atau tipe formula.

c. Identifikasi makanan disukai

R/ Mengangkat pemahaman kebutuhan individu dan pentingnya nutrisi pada penyembuhan dan proses penyembuhan.

d. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

R/ Mempertahankan hidrasi pasien pada kehilangan cairan tak tampak dan drainase dari area bedah. Memenuhi kebutuhan air bebas sehubungan dengan makan melalui enteral.

e. Monitor berat badan

R/ Pemeriksaan laboratorium seperti BUN< gula, fungsi hati, protein dan elektrolit merupakan indicator penggunaan nutrisi sesuai fungsi organ.

f. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium

R/ Menurunkan perkembangan atau pertumbuhan bakteri dan potensial terhadap infeksi. Flos gigi dapat melukai gusi dan menimbulkan pendarahan.

g. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu

R/ Macam –macam jenis diet dapat dibuat untuk tamabhan atau batasan factor tertentu, seperti lemak dan gula atau memberikan makanan yang disediakan pasien.

h. Fasilitas menentukan pedoman diet (mis. Piramidan makanan)

R/ Mengangkat sosialisasi dan memaksimalkan kenyamanan pasien sehingga bertambah keinginan nafsu makan.

i. Sajikan makanan yang menarik

R/ Mengejan terhadap feses bentuk keras meningkatkan pendarahan mukosa/rektal sehingga diajurkan untuk mengkonsumsi serat.

j. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi

R/ Konsumsi makanan berprotein tinggi juga membantu Anda menjaga berat badan ideal. Hal ini dikarenakan meningkatnya metabolisme tubuh dapat memicu pembakaran lemak lebih banyak dan pembentukan massa otot. Selain itu, makanan berprotein tinggi juga dapat dijadikan sebagai menu diet untuk menurunkan berat badan.

- k. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein

R/ Nutrisi dalam suplemen makanan umumnya terbagi dalam vitamin, mineral serta asam amino, yang berperan sebagai pembangun protein untuk keseimbangan metabolisme serta pembentuk dan pergantian pada tubuh. Suplemen makanan tidak hanya berasal dari beberapa bahan nabati, tetapi juga bahan hewani yang bermanfaat bagi tubuh.

- l. Berikan suplemen makanan, jika perlu

R/ Menurunkan tekanan edema, jaringan perfusi buruk untuk menurunkan iskemia. Peninggian meningkatkan aliran balik statis vena terbatas atau pembentukan edema.

- m. Anjurkan posisi duduk, jika mampu

R/ Memberikan bebrpa jenis untuk batasan factor tertentu yang dapat dilakukan klien sesuai kebutuhan.

- n. Ajarkan diet yang diprogramkan

R/ Bekerja dengan menghambat enzim yang memproduksi prostaglandin. Ini merupakan senyawa yang dilepas tubuh dan memicu munculnya rasa nyeri serta peradangan

- o. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis. Pereda nyeri, antiemetic) jika perlu

R/ Berguna dalam identifikasi kebutuhan nutrisi individu untuk meningkatkan penyembuhan dan regenerasi jaringan. Pendidikan untuk pulang dan dievaluasi oleh ahli gizi dibutuhkan untuk mengevaluasi kebutuhan pasien terhadap diet atau perubahan alat dan rencana makan di rumah.

- p. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrient yang dibutuhkan jika perlu.

R/ Berguna dalam identifikasi kebutuhan nutrisi individu untuk meningkatkan penyembuhan dan regenerasi jaringan. Pendidikan untuk pulang dan dievaluasi oleh ahli gizi dibutuhkan untuk mengevaluasi kebutuhan pasien terhadap diet atau perubahan alat dan rencana makan di rumah.

2.3.5 Pelaksanaan

Pelaksanaan rencana keperawatan adalah kegiatan atau tindakan yang diberikan kepada klien sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan tergantung pada situasi dan kondisi klien saat itu (Amir, 2016).

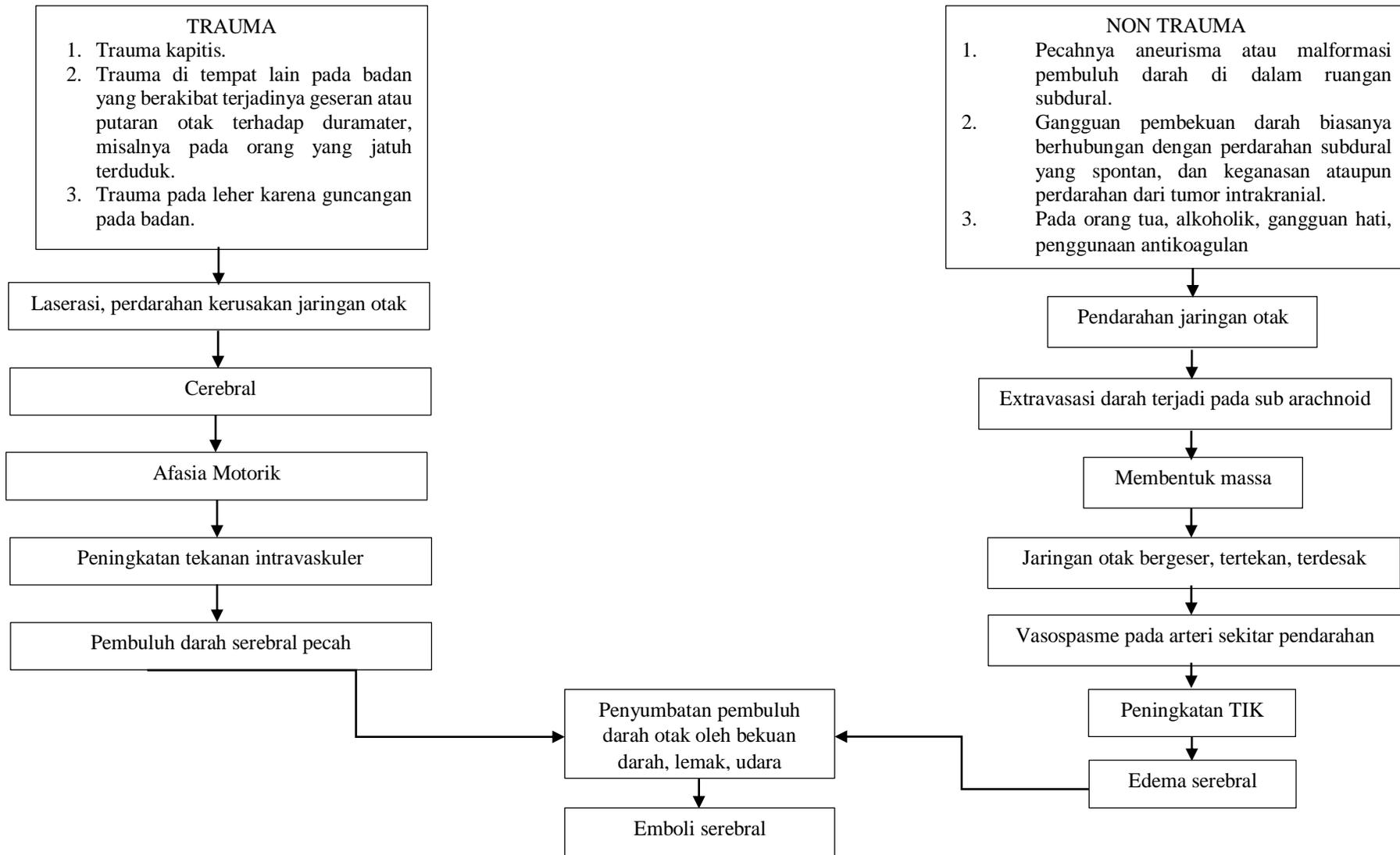
Pada tahap pelaksanaan asuhan keperawatan tim perawat melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan proses perencanaan keperawatan yang disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien.

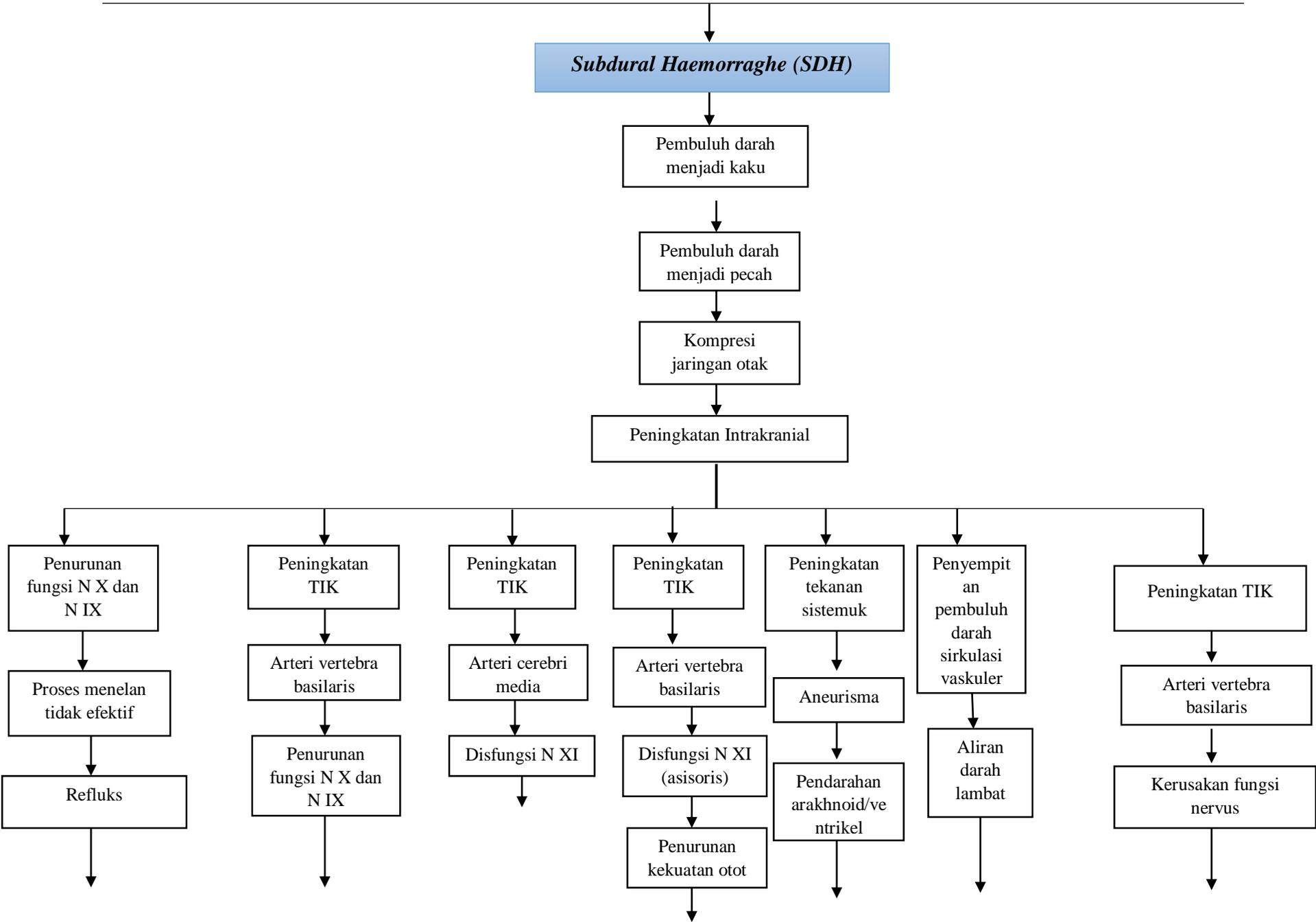
2.3.6 Evaluasi

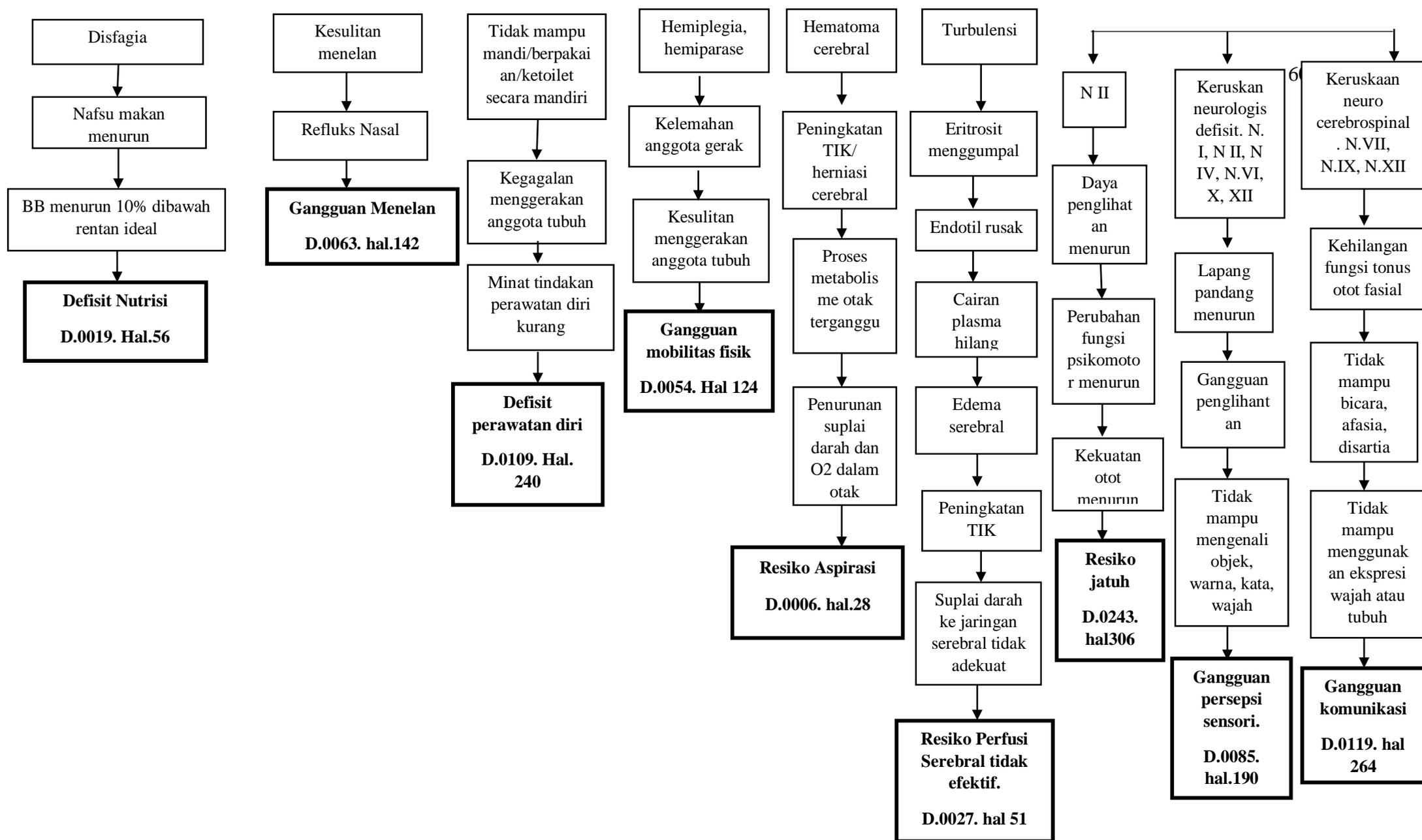
Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus menerus dengan melibatkan klien, perawat dan

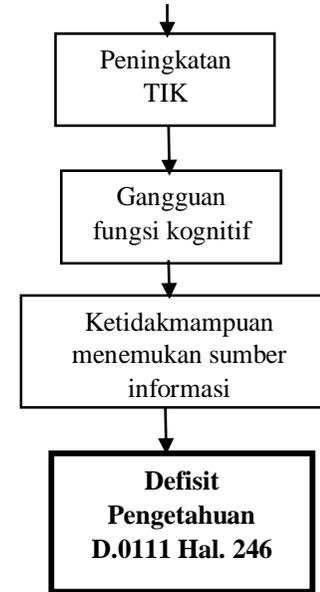
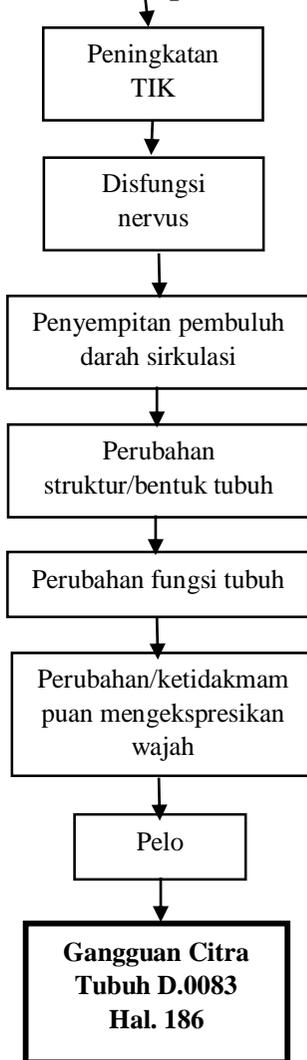
anggota tim kesehatan lain. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang (Widyaswara Suwaryo et al., 2019).

2.4 Kerangka Masalah







Lanjutan Masalah Keperawatan

BAB 3

ASUHAN KEPERAWATAN KASUS

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada pasien A. S dengan Diagnosis Medis *CVA Bleeding*, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17 – 01 – 2022 jam 08.00 WIB. Anamnesa diperoleh dari pasien, keluarga pasien, observasi, dan file No. Register 6853XX sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas

Pasien adalah seorang anak perempuan bernama An. S umur 13 tahun, pasien beragama islam dan sedang dibangku SMP, pasien beralamatkan di Gemblongan II/4, pasien anak pertama dari dua bersaudara. Pasien MRS pada tanggal 11 Januari 2022 dengan nomer registrasi 6853XXX.

3.1.2 Keluhan Utama

Klien mengatakan badannya lemas dan nyeri area luka post operasi.

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Pada saat pengkajian Ibu Pasien mengatakan pada hari kamis 16 Desember 2021 sore hari sepulang dari bermain An. S tiba – tiba jatuh kemudian dapat berdiri lagi. Pada pukul 03.00 An. S terbangun dari istirahatnya dan merasakan nyeri hebat pada belakang kepala area kanan serta mual muntah lebih dari 3kali sekitar pukul 05.30 keluarga membawa An. S ke IGD Dr. Soewandi didapatkan hasil Hb kurang dari 8, pihak RS menyarankan agar An. S opname namun keluarga menolak. Pada tanggal 19 Desember 2021 An. S mengalami keluhan yang sama sehingga keluarga membawa kembali ke RS Dr Soewandi. Pesan dari Dokter apabila mengalami

keluhan yang tidak kunjung sembuh maka pada tanggal 24 Desember 2021 harus kembali kontrol ke Poli Anak, namun Ibu pasien mengatakan tidak tahan melihat anaknya kesakitan sehingga keluarga membawa An. S berobat ke Klinik Alternatif, setelah beberapa hari An. S mengeluh sulit berbicara dan mata sebelah kiri An. S seperti terlihat juling tidak seperti biasanya, kemudian Ibu pasien membawa An. S ke Klinik Jack Java untuk diperiksa matanya, dari Klinik Jack Java diberikan rujukan ke Poli Saraf RSPAL. Pada tanggal 11 Januari 2022 An. S ditangani oleh Dr. Komang di Poli Saraf RSPAL. Dr. Komang menyarankan kepada keluarga agar An. S rawat inap di RSPAL, dan keluarga menyetujui sehingga An. S dipindahkan ke Ruang 7 kamar 3A. Pada tanggal 12 Januari 2022 dilakukan MRI didapatkan hasil *Suspect Subdural Haemorrhage (SDH) di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm dan 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26cm*. Pada tanggal 14 Januari 2022 jam 08.00 dilakukan tindakan operasi yang telah disetujui oleh keluarga sebelumnya, operasi selesai pada jam 10.00 kemudian An. S dipindahkan di ICU IGD selama 2hari setelah mendapatkan perawatan disana kemudian tanggal 16 Januari 2022 jam 20.30 An. S kembali ke Ruang Saraf 7 kamar 3A. Pada saat pengkajian tanggal 17 Januari 2022 jam 08.00 penulis melakukan observasi mendapat hasil pasien mengeluh nyeri pada area kepala bekas operasi, Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, Porsi Makan : ½ porsi, RR : 20x/menit. Terpasang kateter ukuran 10, mendapat cairan infus NS 21tpm, dan mendapat diit bursum serta injeksi cinam 1,5g dan injeksi ranitidin 1/2 amp.

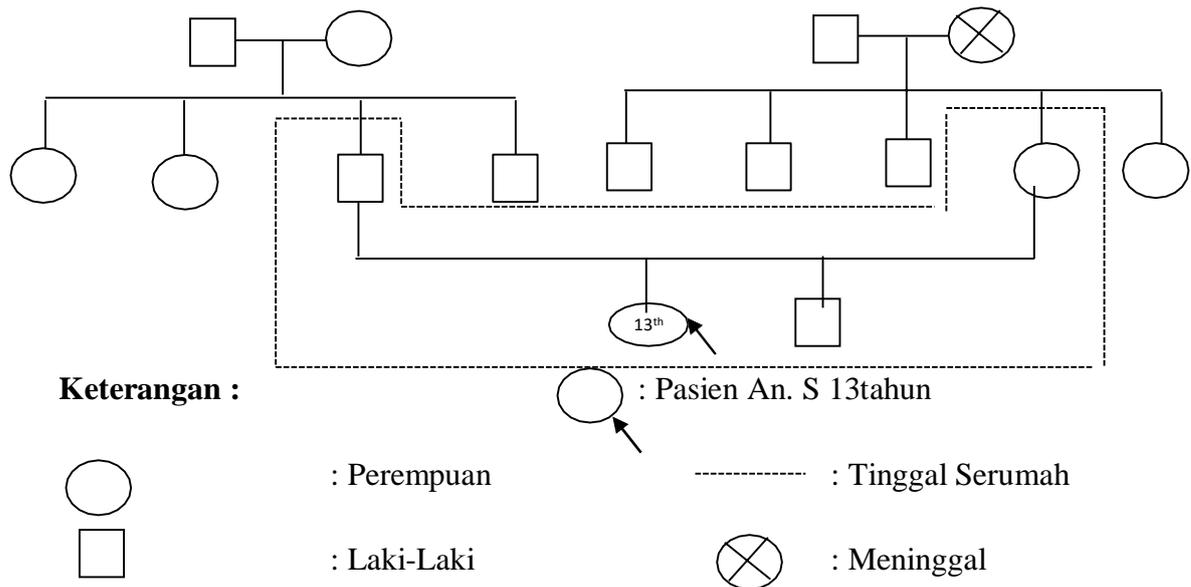
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Ibu pasien mengatakan An. S masuk Dr Soewandi tanggal 16 Desember 2021.

3.1.5 Riwayat Kesehatan Keluarga

Ibu pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang menderita penyakit seperti pasien sekarang ini kecuali ibunya memiliki penyakit DM.

3.1.6 Genogram



3.1.7 Riwayat Alergi

Ibu pasien mengatakan bahwa anaknya An. S tidak ada riwayat alergi obat – obatan maupun makanan

3.1.8 Keadaan Umum

Keadaan umum pasien lemah, pucat, tirah baring, kesadaran compos mentis dengan GCS 456.

3.1.9 Tanda-tanda Vital

Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, Porsi Makan : ½ porsi, RR : 20x/menit.

3.1.10 Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1. B1. Breathing (Pernafasan)

Bentuk dada Normochest, pergerakan dinding dada simetris, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas cuping hidung, irama nafas vesikuler, pola nafas regular.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

2. B2. Blood (Sirkulasi)

Irama jantung pasien regular, Bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, CRT <2 detik, akral hangat kering merah, nadi teraba kuat 116x/menit, tidak ada oedema, tidak ada hepatomegali.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

3. B3. Brain (Pensyarafan)

Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi, Pasien mengatakan nyeri kepala (pusing), **P** : Bekas luka post op sekitar 10cm, **Q** : Ditusuk benda tajam, **R** : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), **S** : 6, **T** : Hilang terkadang timbul selama 3 menit. Didapatkan hasil saat rawat luka dilakukan terdapat sedikit nanah yang keluar serta adanya kemerahan, pasien kesadaran compos mentis, GCS 456, reflek fisiologis Bicep : +/+, Triceps : +/+, Patella : +/+, reflek patologis kaku kuduk : -/-, Bruzinski I : -/-, Bruzinski II : -/-, Kernig : -/-.
 Didapatkan kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu *Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)* di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm.

- a. Nervus Olfactorius, pada pasien didapatkan dapat membedakan bau makanan.
- b. Nervus Optik, pada pasien didapatkan pengelihatannya tidak jelas, lapang

pandang tidak kesegala arah.

- c. Nervus Okulomotorius, pada pasien didapatkan pasien dapat membuka mata secara spontan, berkedip spontan.
- d. Nervus Traklear, pada pasien didapatkan pasien tidak dapat menggerakkan bola mata kekanan dan kekiri.
- e. Nervus Trigeminal, pada pasien didapatkan pasien dapat membuka rahang saat berbicara, bentuk bibir simetris.
- f. Nervus Abdusen, pada pasien didapatkan pasien tidak mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah, kesamping kiri dan kesamping kanan.
- g. Nervus Fasialis, pada pasien didapatkan dapat membuka rahang saat berbicara, pengucapan kalimat jelas, tidak terdapat hipersalivasi.
- h. Nervus Vestibulokolearis, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami masalah dalam pendengaran, tidak didapatkan penggunaan alat bantu dengar.
- i. Nervus Glosfaringeus, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami gangguan menelan, nafsu makan menurun, porsi makan $\frac{1}{2}$ porsi.
- j. Nervus Vagus, pada pasien didapatkan pasien tidak mengalami gangguan menelan, tidak ada reflek muntah pada saat makan.
- k. Nervus Assesorius, pada pasien didapatkan pasien dapat mengangkat kedua tangan dan bahu, jari – jari tangan .

Pada penciuman bentuk hidung simetris, tidak ada polip, wajah dan penglihatan bentuk mata simetris, pupil isokor, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik. Pendengaran bentuk telinga simetris, tidak

menggunakan alat bantu dengar, lidah pasien bersih, palatum bersih, uvula pasien tidak bengkak, tidak ada kesulitan menelan.

Masalah Keperawatan : Nyeri akut (D.0077 Hal 172), Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51), Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304).

4. **B4. Bladder (Perkemihan)**

Pada pemeriksaan didapatkan pasien terpasang kateter ukuran 10, tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih. *Intake* (Infus 1500cc, Injeksi 3x sehari 100cc, Minum dan makan 1000cc, Air metabolisme : $6 \times 43\text{kg} = 253\text{cc}$. Total = 2853 cc). *Output* (Urin 1500cc, IWL = $25 \times 43\text{kg} / 24\text{jam} = 1075\text{cc}$. Total = 2575 cc). *Balance Cairan* = 278 cc

Masalah Keperawatan : Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304)

5. **B5. Bowel (Pencernaan)**

Pada pengkajian didapatkan mulut pasien bersih, membran mukosa tidak pucat, pasien tidak menggunakan gigi palsu. Diit saat di RS. Pasien mendapatkan diit bursum dengan frekuensi 3x/sehari, nafsu makan membaik, mengalami mual tetapi tidak muntah, tidak terpasang NGT, bentuk perut simetris, tidak ada pembesaran hepar, bising usus 25x/menit, BB SMRS 45kg dan BB MRS 43kg, TB 150cm dan didapatkan IMT 19. Rectum dan anus tidak terdapat riwayat hemoroid, Eliminasi Fekal SMRS frekuensi 1x/sehari dengan konsistensi padat lunak, warna merah kecoklatan. Eliminasi Fekal MRS frekuensi 1x/sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning kecoklatan. Pasien tidak terpasang coloctomi.

Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan

6. **B6. Bone (Sistem Muskulos Skeletal dan Sistem Integumen)**

Pada pengkajian didapatkan hasil pasien rambut dan kulit kepala bersih, tidak ada scabies, warna kulit sawo matang, tugorkulit elastic, kuku bersih, ROM terbatas, tidak ada deformitas, tidak ada fraktur, didapatkan kekuatan otot 5555. Pasien mengatakan cemas saat bergerak serta terlihat gelisah. Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk masih pusing. Gerakan terbatas seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak. Fisik lemah seperti pasien tidak bisa duduk terlalu lama. Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali. Pasien mengatakan malu karena kehilangan rambutnya. Pasien mengatakan malu karena saat pengkajian pasien menyembunyikan dan menutupi kepalanya dengan selimut seperti malu dan khawatir.

Masalah Keperawatan : Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306), Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124), Gangguan Citra Tubuh (D.0083 Hal 186)

7. Sistem Endokrin

Pada pasien didapatkan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak ada hipoglikemia dan hiperglikemia

3.1.11 Pengkajian Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi Kesehatan

Pasien mengatakan sering jajan sembarangan, tidak merokok dan tidak meminum-minuman beralkohol. Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

2. Pola Nutrisi Metabolik

a. Pola Makan

Sebelum masuk rumah sakit pola makan 3x sehari dengan jenis nasi bebas tidak ada pantangan dan porsi makan 1 porsi. Diit saat di RS Pasien mendapatkan diit bubur sum dengan frekuensi 3x/sehari, nafsu makanan menurun, pasien tidak berminat makan dikarenakan ada mual, tetapi tidak mengalami muntah, jenis makanan yang didapat di Rs. adalah bubur lunak, tidak terpasang NGT, porsi makan ½ porsi.

b. Pola Minum

Frekuensi minum 10-12 gelas/hari dengan jumlah \pm 3000 cc/ hari berjenis air putih.

3. Pola Eliminasi

a. Buang air besar

Saat dirumah pasien setiap hari 1x BAB dengan konsistensi padat dan lunak dengan warna kuning kecoklatan, selama dirumah sakit pasien setiap hari 1x BAB dengan konsistensi lunak dengan warna kuning kecoklatan.

b. Buang air kecil

Saat di RSPAL menggunakan kateter ukuran 10 selama di rumah sakit menggunakan kateter, *Intake* (Infus 1500cc, Injeksi 3x sehari 100cc, Minum dan makan 1000cc, Air metabolisme : $6 \times 43\text{kg} = 253\text{cc}$. Total = 2853 cc). *Output* (Urin 1500cc, IWL = $25 \times 43\text{kg} / 24\text{jam} = 1075\text{cc}$. Total = 2575 cc). *Balance Cairan* = 278 cc. Selama dirumah pasien BAK 15-17x/hari dengan warna kuning pekat.

4. Pola Aktivitas dan Latihan

a. Kemampuan perawatan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien dapat melakukan aktivitas secara mandiri dan dapat bermain dengan teman – temannya, setelah masuk rumah sakit aktivitas klien dibantu oleh keluarga, contoh mandi dengan diseka, berpakaian dan eliminasi hanya mampu duduk sebentar serta miring kiri saja.

b. Kebersihan diri

Sebelum masuk rumah sakit pasien; mandi sebanyak 2x/hari, mampu berhias mandiri, keramas 1x/ 2 hari, ganti pakaian 2 x/hari, sikat gigi 2x/hari, memotong kuku 1x seminggu biasanya hari jumat. Selama masuk rumah sakit pasien dibantu sebagian oleh keluarga: mandi dibantu dengan diseka oleh keluarga, selama masuk rumah sakit belum keramas dan potong kuku, ganti pakaian dibantu oleh keluarga, sudah sikat gigi pagi ini.

c. Aktivitas sehari – hari

Pasien masih sekolah di bangku Sekolah Menengah Pertama (SMP).

d. Rekreasi

Pasien selama memiliki waktu luang untuk mengatasi rasa bosan biasanya bermain dengan teman – teman, nonton film/ tv, dan pergi ke mall.

e. Olahraga

Pasien hanya berolahraga ketika terdapat pelajaran penjaskes.

5. Pola Istirahat dan Tidur

Pasien mengatakan saat di rumah tidur siang antara sekitar jam 12.00-15.00, sedangkan tidur malam sekitar jam 22.00-05.00, pasien mengatakan kadang terbangun karna ingin ke kamar mandi.

6. Pola Kognitif Perseptual

Pasien mengatakan belum pernah sakit seperti ini sebelumnya. Pasien tidak mengalami gangguan berbicara. Bahasa yang digunakan sehari – hari oleh pasien yaitu bahasa Jawa dan Indonesia. Fungsi penglihatan pasien terganggu, pasien tidak menggunakan kacamata, pasien mampu melihat jam yang ada di dinding, fungsi pendengara pasien normal serta pasien mampu merespon dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan perawat dengan baik, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

7. Pola Persepsi Diri

a. Gambaran diri

Pasien mengatakan menerima keadaan saat ini dan sadar bahwa semua ini adalah cobaan dan takdir dari Tuhan jadi tetap harus semangat karena yang memberi penyakit Tuhan dan yang menyembuhkan juga Tuhan.

b. Identitas diri

Pasien mengatakan bahwa dia seorang perempuan 13 tahun, berasal dari suku Jawa/ Indonesia, bahasa yang digunakan sehari – hari adalah Bahasa Indonesia dan Jawa.

c. Peran diri

Pasien mengatakan bahwa dia adalah anakke 1 dari 2 bersaudara, pasien mengatakan masih sekolah di bangku Sekolah Menengah Pertama (SMP).

d. Ideal diri

Pasien berharap dan tak lupa berdoa agar lekas sembuh dan cepat pulang sehat seperti sedia kala

e. Harga diri

Keluarga selalu memberikan dukungan moril maupun finansial dan motivasi kepada pasien serta kasih sayang yang tak pernah lepas.

8. Pola Peran Hubungan

Keluarga selalu memberikan kasih sayang dan dukungan kepada pasien berupa moril maupun finansial, selama dirawat di rumah sakit pasien selalu ditemani dan ditunggu oleh keluarganya. Tidak ada masalah keluarga mengenai biaya perawatan di rumah sakit karena biaya perawatan di rumah sakit ditanggung oleh jaminan sosial (BPJS) ketenagakerjaan.

9. Pola Seksualitas – Reproduksi

Pasien tidak melakukan pemeriksaan vagina setiap bulan, dan pasien tidak ada masalah seksual yang berhubungan dengan penyakit.

10. Pola Koping – Toleransi Stress

Pasien mengatakan ketika tidur selalu sering terbangun karena memikirkan penyakitnya dan Pasien belum pernah sakit seperti ini sebelumnya dan pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat DM, TB, Jantung dan Hipertensi, Pasien berharap agar lekas sembuh dan cepat pulang.

11. Pola Nilai Kepercayaan

Pasien beragama islam, mengatakan yang memberi penyakit Tuhan dan yang menyembuhkan juga Tuhan dan sakit ini adalah ujian dari Allah SWT dan semua penyakit pasti ada obatnya jika mau bersabar.

3.1.12 Data Penunjang

Tabel 3.1 Data Penunjang
Laboratorium

HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM			
Pemeriksaan tanggal 14 Januari 202 Jam 12:52			
Jenis Pemeriksaan	Hasil	Santuan	Nilai Rujukan
Hematologi Darah Lengkap			
Leukosit	H 14.59	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 – 12.0
Hitung Jenis Leukosit :			
Eosinofil#	0.09	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 – 0.80
Eosinofil%	0.60	%	0.5 – 5.0
Basofil#	0.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.10
Basofil%	0.3	%	0.0 – 1.0
Neutrofil#	H 12.03	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 – 8.00
Neutrofil%	H 82.50	%	50.0 – 70.0
Limfosit#	1.61	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 – 7.00
Limfosit%	11.00	%	20.0 – 60.0
Monosit#	0.82	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 – 1.20
Monosit%	5.60	%	3.0 – 12.0
Hemoglobin	L 10.10	g/dL	12 – 15
Hematokrit	L 29.70	%	35 – 49
Eritrosit	4.95	$10^6/\mu\text{L}$	3.5 – 5.2
Indeks Eritrosit :			
MCV	L 60.0	fmol/cell	69 – 93
MCH	L 20.4	pg	22 – 34
MCHC	34.0	g/dL	32 – 36
RDW_CV	H 31.2	%	11 – 16
RDW_SD	H 70.6	fL	35 – 56
Trombosit	352.00	$10^3/\mu\text{L}$	150– 450
Indeks Trombosit :			
MPV	8.0	fL	6,5 – 12
PDW	15.3	%	15 – 17
PCT	L 0.282	$10^3/\mu\text{L}$	1.08 – 2.82
P-LCC	60.0	$10^3/\mu\text{L}$	30 – 90
P-LCR	17.2	$10^3/\mu\text{L}$	11 – 45

Pemeriksaan tanggal 11 Januari 202 Jam 17.55			
Jenis Pemeriksaan	Hasil	Santuan	Nilai Rujukan
Hematologi Darah Lengkap			
Leukosit	6.73	$10^3/\mu\text{L}$	4.0 – 12.0
Hitung Jenis Leukosit :			
Eosinofil#	0.22	$10^3/\mu\text{L}$	0.02 – 0.80
Eosinofil%	3.30	%	0.5 – 5.0
Basofil#	0.04	$10^3/\mu\text{L}$	0.00 – 0.10
Basofil%	0.7	%	0.0 – 1.0
Neutrofil#	3.70	$10^3/\mu\text{L}$	2.00 – 8.00
Neutrofil%	54.90	%	50.0 – 70.0
Limfosit#	2.29	$10^3/\mu\text{L}$	0.80 – 7.00
Limfosit%	34.00	%	20.0 – 60.0
Monosit#	0.48	$10^3/\mu\text{L}$	0.12 – 1.20
Monosit%	7.10	%	3.0 – 12.0
IMG#	0.01	$10^3/\mu\text{L}$	
IMG%	0.10	%	
Hemoglobin	L 9.80	g/dL	12 – 15
Hematokrit	L 31.50	%	35 – 49
Eritrosit	H 5.38	$10^6/\mu\text{L}$	3.5 – 5.2
Indeks Eritrosit :			
MCV	L 58.6	fml/cell	69 – 93
MCH	L 18.2	pg	22 – 34
MCHC	L 31.1	g/dL	32 – 36
RDW_CV	H 24.0	%	11 – 16
RDW_SD	48.8	fL	35 – 56
Trombosit	442.00	$10^3/\mu\text{L}$	150– 450
Indeks Trombosit :			
MPV	8.2	fL	6,5 – 12
PDW	15.3	%	15 – 17
PCT	L 0.364	$10^3/\mu\text{L}$	1.08 – 2.82
P-LCC	83	$10^3/\mu\text{L}$	30 – 90
P-LCR	18.7	$10^3/\mu\text{L}$	11 – 45
KIMIA KLINIK DIABETES			
Glukosa Darah Sewaktu	87	mg/dL	60 – 100
FUNGSI GINJAL			
Kreatinin	L 0.43	mg/dL	0.6 – 1.5
BUN	12	mg/dL	10 – 24
ELEKTROLIT & GAS DARAH			
Natrium (Na)	141.0	mEq/L	135 – 147

Kalium (K)	4.34	mmol/L	3.0 – 5.0
Clorida (Cl)	H 106.8	mEq/L	95 – 105
HASIL PEMERIKSAAN RADIOLOGI			
Pemeriksaan tanggal 12 Januari 202 Jam 17.55			
<p>MRI kepala irisan axial T1W, T2W, FLAIR, DWI . Coronal dan Sagital T2W tanpa dan dengan kontras :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesan tampak lesi berbentuk konkaf di perifer posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm. lesi Hyperintens di T1/T2/Flair . Pada pemberian kontras sulit dievaluasi (prekontras sdh hyperintens) - Pada DWI tak tampak restricted lesion area. - Sistem Ventrikel tampak normal. - Sulci-gyri & subarachnoid space tampak normal. - Tak tampak deviasi midline structure. - N. Acusticus & daerah cerebellopontine angle kanan-kiri normal. - Orbita kanan-kiri normal - Sinus paranasalis normal. <p>KESIMPULAN : Suspect Subdural Haemorrhage (SDH) di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm.</p> <p>MRA kepala :</p> <ul style="list-style-type: none"> - R&L ICA, ACA, AcoA, R/L MCA, BA, R/L PCA : Normal. - Tak tampak gambaran stenosis . - Tidak tampak gambaran Aneurisma atau AVM (Artherio Venous Malformation) <p>Kesimpulan : MRA kepala saat ini tidak tampak kelainan</p>			

3.1.13 Terapi Medis

Tabel 3.2 Terapi Medis

No.	Terapi	Frekuensi	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi	Kontra Indikasi	Efek Samping
1	NS	21tpm	500	IVFD	Cairan tubuh	Hipersensitivitas	
2	Transamin	3 x 1	1 gr	IV	Obat ini digunakan untuk membantu menghentikan perdarahan abnormal, perdarahan pada genitalia, peradangan, gatal-gatal pada kulit, serta nyeri pada rongga atau mukosa mulut.	Gangguan ginjal yang berat; penyakit tromboembolik.	Mual, muntah, diare (kurangi dosis); pusing pada injeksi intravena cepat.
3	Cinam	3 x 1	1 gr	IV	Untuk mengobati Infeksi kulit dan struktur kulit, infeksi dalam perut, infeksi ginekologi dan infeksi sistemik	Hindari penggunaan Cinam pada pasien yang memiliki indikasi alergi penicillin dan sulbaktam.	Nyeri pada tempat injeksi, lidah hitam "berbulu", mual, muntah, diare, reaksi hipersensitivitas, efek hati, kelainan darah, efek ginjal.
4	Antrain	3 x 1	1 gr	IV	Obat analgetik (peredam nyeri), antispasmodik (meredakan kram), dan antipiretik (penurun demam) untuk meringankan rasa sakit, seperti: sakit gigi, sakit kepala, nyeri sendi, nyeri otot, dismenore (nyeri haid), nyeri kolik dan lain-lain. Terkadang digunakan juga untuk menurunkan demam.	Gangguan hati dan ginjal berat, Wanita hamil dan menyusui, Supresi sumsum tulang atau gangguan hematopoietik	Hiperhidrosis (keringat berlebih) Retensi cairan dan garam dalam tubuh, Mual, muntah Diare, sembelit

5	Ranitidin	3 x 1	150mg	IV	Obat yang di gunakan untuk mengobati penyakit-penyakit yang di sebabkan oleh kelebihan produksi asam lambung, seperti sakit maag dan tukak lambung.	Kontraindikasi ranitidin adalah bila terdapat riwayat porfiria akut dan hipersensitivitas terhadap ranitidin atau komponen obat tersebut.	Sembelit, Diare, Mual, Muntah, Sakit perut, Sakit kepala
6	Ondancetron	3 x 1	8mg	IV	Untuk mengatasi mual dan muntah yang mungkin terjadi akibat kemoterapi, setelah tindakan operasi, ataupun radioterapi. Dosis ondansetron yang digunakan untuk mengatasi mual dan muntah akibat obat kemoterapi disesuaikan berdasarkan tingkat emetogenik obat.	Pada pasien yang pernah mengalami hipersensitivitas terhadap obat ini dan kombinasi dengan apomorphin karena dapat menimbulkan hipotensi dan penurunan kesadaran.	Sakit kepala Sembelit Lelah dan lemah Meriang Mengantuk Pusing

Surabaya, Februari 2022

DAWUT

3.2 Analisa Data Kasus

Nama Pasien : An. S

Ruang/Kamar : Pav 7

Umur : 13 tahun

RM : 6853XX

NO	Analisa Data	Etiologi	Masalah
1.	<p>DS : Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi P : Bekas luka post op Q : Ditusuk benda tajam R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra) S : 6 T : Hilang timbul</p> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Bersikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka. 4. Tensi : 90/60mmHg 5. Nadi : 116x/menit 6. Suhu : 36.5°C 7. SpO2 : 98% 8. Porsi Makan : 1 porsi habis. 9. GCS : 456. 10. RR : 20x/menit 	<p>Peningkatan TIK ↓ Edema Serebral ↓ Pembedahan ↓ Efek prosedur invasif ↓ Pelepasan mediator nyeri bradikinin ↓ Merangsang nosiseptor ↓ Dihantarkan serabut type A dan type B ↓ Medula spinalis ↓ Thalamus ↓ Korteks serebri (korteks somato sensorik) ↓ Persepsi sensori ↓ Nyeri Akut (D.0077 Hal 172)</p>	<p>Nyeri Akut (D.0077 Hal 172)</p>
2.	<p>Ds:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk An. S masih pusing. - Ibu pasien mengatakan An. S cemas dan gelisah seperti tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak karena terdapat bekas luka operasi. 	<p>Penyempitan pembuluh darah sirkulasi vaskuler ↓ Aliran darah lambat ↓ Turbulensi ↓ Eritrosit menggumpal ↓ Endotel rusak</p>	<p>Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51)</p>

	<p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak gelisah - Pasien tampak cemas - Nyeri kepala (pusing) - Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu <i>Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)</i> di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm 	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Cairan plasma hilang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Edema serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Peningkatan TIK</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Suplai darah ke jaringan serebral tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko Perfusi Serebral tidak efektif.</p> <p style="text-align: center;">D.0027. hal 51</p>	
3.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengungkapkan nyeri pada luka post op <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Terdapat luka basah bekas post op pada kepala bagian kanan (temporalis dextra) sekitar 10cm 3. Saat rawat luka dilakukan terdapat sedikit nanah yang keluar serta adanya kemerahan. 	<p style="text-align: center;">Pembedahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Fiksasi eksternal</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Sirkulasi perifer menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Iskemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Luka basah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Terputusnya Kontinuitas jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Port the entry kuman</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Resiko Infeksi</p> <p style="text-align: center;">D.0142 Hal 304</p>	<p style="text-align: center;">Resiko Infeksi</p> <p style="text-align: center;">(D.0142 Hal 304)</p>
4.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali. <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Riwayat jatuh tanggal 16 Desember 2021 sepulang bermain. 3. Fisik lemah. 	<p style="text-align: center;">Peningkatan TIK</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Arteri vertebra basilaris</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kerusakan fungsi nervus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">N II</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Daya penglihatan menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p style="text-align: center;">Resiko Jatuh</p> <p style="text-align: center;">(D.0143 Hal 306)</p>

	<p>4. Pasien tidak bisa duduk terlalu lama.</p>	<p>Perubahan fungsi psikomotor menurun ↓ Kekuatan otot menurun ↓ Resiko Jatuh D.0243. hal306</p>	
5.	<p>Ds :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan cemas saat bergerak. 2. Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk masih pusing <p>Do :</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Gerakan terbatas seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak. 4. Fisik lemah seperti pasien tidak bisa duduk terlalu lama. 	<p>Peningkatan TIK ↓ Arteri vertebra basilaris ↓ Disfungsi N XI (asisoris) ↓ Hemiplegia, hemiparase ↓ Penurunan kekuatan otot ↓ Kelemahan anggota gerak ↓ Kesulitan menggerakkan anggota tubuh ↓ Gangguan mobilitas fisik D.0054. Hal 124</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124)</p>

3.3 Rumusan Diagnosa Keperawatan

No	Masalah Keperawatan	Tanggal		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1.	Nyeri Akut (D.0077 Hal 172) berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi, P : Bekas luka post op, Q : Ditusuk benda tajam, R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), S : 6, T : Hilang timbul, Tampak meringis, Gelisah, Bersikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka, Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, Porsi Makan : 1 porsi habis, GCS : 456, RR : 20x/menit	17 Januari 2022	19 Januari 2022	
2.	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51) berhubungan dengan <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i> dibuktikan dengan Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk An. S masih pusing, Ibu pasien mengatakan An. S cemas dan gelisah seperti tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak karena terdapat bekas luka operasi, Pasien tampak gelisah, Pasien tampak cemas, Nyeri kepala (pusing). Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu <i>Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)</i> di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm	17 Januari 2022	19 Januari 2022	
3.	Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304) berhubungan dengan efek prosedur invasif.	17 Januari 2022	19 Januari 2022	
4.	Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306) berhubungan dengan kondisi pasca operasi.	17 Januari 2022	19 Januari 2022	
5.	Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124) berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali, Riwayat jatuh tanggal 16 Desember 2021 sepulang bermain, Fisik lemah, Pasien tidak bisa duduk terlalu lama.	17 Januari 2022	19 Januari 2022	

3.4 Rencana Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
<p>Nyeri Akut (D.0077 Hal 172) berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi, P : Bekas luka post op, Q : Ditusuk benda tajam, R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), S : 6, T : Hilang timbul, Tampak meringis, Gelisah, Bersikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka, Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, Porsi Makan : 1 porsi habis, GCS : 456, RR : 20x/menit</p>	<p>Tingkat Nyeri (L.08066 Hal 145) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik (60 – 100x/menit) 6. Tekanan darah membaik (95/55–110/70mmHg) 	<p>Intervensi Utama Manajemen Nyeri (1.08238 Hal 201) <u>Observasi</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. <p><u>Terapeutik</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 5. Fasilitasi istirahat dan tidur <p><u>Edukasi</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Jelaskan strategi meredakan nyeri <p><u>Kolaborasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu. 	<p>Manajemen Nyeri <u>Observasi</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membantu dalam menentuksn kebutuhan manajemen nyeri dan keefektifan program serta untuk mengetahui nyeri yang dirasakan 2. Penting kiranya mengetahui skala nyeri, khususnya bagi para praktisi kesehatan untuk menilai tingkatan rasa nyeri yang dialami pasien. Skala nyeri ini akan membantu kita dalam membedakan tingkat beratnya suatu penyakit sehingga dapat membantu menegakkan diagnosis yang akurat, merencanakan pengobatan yang tepat, dan mengevaluasi efektivitas pengobatan yang telah diberikan. 3. Faktor pencetus nyeri yang terjadi pada pasien dapat membantu tenaga medis untuk menentukan intervensi selanjutnya dalam meredakan nyeri yang dirasakan pasien. <p><u>Terapeutik</u> :</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Meningkatkan relaksasi, memberikan rasa kontrol dan mungkin meningkatkan koping dan untuk mengurangi nyeri yang dirasa

			<p>5. Penyakit yang berat/eksaserbasi, tirah baring mungkin diperlukan (sampai perbaikan objektif dan subjektif didapat) untuk membatasi yeri pada sendi serta fasilitas istirahat dan tidur untuk meredakan nyeri</p> <p><u>Edukasi :</u></p> <p>6. Memberikan dukungan panas untuk sendi yang sakit. <i>Catatan:</i> Panas merupakan kontraindikasi pada adanya sendi – sendi yang panas dan bengkak. Memfokuskan kembali perhatian, memberikan stimulasi, dan meningkatkan rasa percaya diri dan perasaan sehat.</p> <p><u>Kolaborasi</u></p> <p>7. Obat analgesik atau pereda nyeri berfungsi untuk meredakan nyeri sendi pada penderita osteoarthritis. Namun, obat ini tidak bekerja untuk mengobati peradangan yang terjadi pada sendi. Sebagai antiinflamasi dan efek analgesic untuk mengurangi kekakuan dan meningkatkan mobilitas.</p>
<p>Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51) berhubungan dengan <i>Subdural Haemorrhage (SDH)</i> dibuktikan dengan Nyeri</p>	<p><i>Perfusi Serebral (L.02014 Hal 86)</i> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral</p>	<p>Intervensi Utama <i>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194 Hal 205)</i> <u>Observasi</u></p>	<p><i>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</i> <u>Observasi</u></p> <p>1. Dengan mengetahui penyebab peningkatan TIK, maka intervensi yang akan dilakukan akan lebih tepat sasaran</p>

<p>kepala (pusing), Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu <i>Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)</i> di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm</p>	<p>meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan intracranial menurun 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Kecemasan menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, ggn metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi melebar, bradikardia) 4. Monitor intake dan output cairan <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 6. Berikan posisi semi fowler 7. Cegah terjadinya kejang 8. Pertahankan suhu tubuh normal <p><u>Kolaborasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan 10. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis 11. Kolaborasi pemberian pelunak tinja 	<p>dan penyembuhan dapat dicapai dengan kurun waktu yang singkat</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Gejala peningkatan TIK harus diwaspadai dan ditangani agar tidak memperparah kondisi pasien 3. Pemantauan intake dan output cairan agar kebutuhan dan keseimbangan cairan pasien dapat terjaga. <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Lingkungan yang tidak tenang dapat memicu <i>stress</i> pada pasien yang dapat meningkatkan TD pasien 5. Pemberian posisi semi fowler untuk membantu merelekskan pasien, terutama ketika merasa sesak/hambatan bernapas 6. Mencegah kejang yang dapat terpicu dari serangan CVA dan adanya pengawasan penuh pada pasien yang berpotensi kejang 7. Suhu tubuh yang tidak normal (hiper/hipotermia) dapat memicu ketidaknyamanan dan bahkan <i>stress</i> pada pasien. <p><u>Kolaborasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Pemberian obat sedatif dengan anjuran dokter untuk menenangkan pasien dengan tingkat <i>stress</i> tinggi 9. Agar kondisi cairan dalam tubuh pasien dapat terjaga 10. Untuk membantu melunakkan tinja klien
---	---	---	--

<p>Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304) berhubungan dengan efek prosedur invasif.</p>	<p><i>Tingkat Infeksi (L.14137 Hal 139)</i> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Luka bekas operasi membaik (mengering) 3. Kemerahan menurun 4. Pus menurun 	<p>Intervensi Utama <i>Pencegahan Infeksi (1.14539 hal 278)</i></p> <p><u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala infeksi <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan area perawatan pada bagian edema 4. Pertahankan teknik antiseptik <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Jelaskan tanda gejala infeksi 6. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 7. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka/ luka oprasi 8. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 9. Anjurkan meningkatkan asupan cairan 	<p><i>Pencegahan Infeksi (1.14539 hal 278)</i></p> <p><u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui sejauh mana kondisi luka klien <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk menghindari bakteri yang dibawa oleh pengunjung 3. Perawatan luka operasi penting dilakukan untuk mencegah infeksi dan komplikasi pascaoperasi lainnya, serta untuk meminimalisir infeksi pada luka tersebut 4. Untuk mencegah masuknya mikroorganisme dalam aktifitas medis yang bisa menyebabkan terjadinya infeksi serta agar area luka tetap steril. <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk menambahn pengetahuan keluarga pasien lebih berhati – hati lagi dan tetap melaporkan apabila terjadi keluhan – keluhan lainnya. 6. Melindungi diri dari berbagai macam infeksi dan penyakit berbahaya. Mencegah penyebaran bakteri dan virus ke orang lain melalui tangan, memutus rantai penyebaran penyakit. 7. Apabila terjadi perembesan pada area luka maka pasien wajib melaporkan pada perawat agar tidak terjadi infeksi pada luka tersebut.
---	--	--	--

			<p>8. Meningkatkan energi, kinerja, mood, Selain kecukupan protein, karbohidrat dan lemak dalam jumlah seimbang, mikronutrien juga dibutuhkan untuk pembentukan sistem imun yang kuat.</p> <p>9. Mencegah dehidrasi, Menjaga kesehatan sendi dan otot, menjaga konsentrasi, menjaga kesehatan pencernaan, menjaga tekanan darah, dan meningkatkan Stamina.</p>
<p>Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306) berhubungan dengan kondisi pasca operasi.</p>	<p>Tingkat Jatuh (L.14138 Hal 140) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh saat berdiri menurun 2. Jatuh saat duduk menurun 3. Jatuh saat berjalan menurun. 	<p>Intervensi Utama Pencegahan Jatuh (1.14540 Hal 279) <u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (penurunan kesadaran, dan ggn penglihatan) 2. Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi 3. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin, penrangan kurang) 4. Hitung resiko jatuh dengan skala 5. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya <p><u>Terapeutik</u></p>	<p>Pencegahan Jatuh (1.14540 Hal 279) <u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Akibat imobilisasi yang terlalu lama maka akan ada resiko jatuh karena pasien butuh membiasakan ambulasi. Adanya faktor resiko tersebut dapat dicegah agar pasien tidak terjatuh 2. Identifikasi resiko jatuh untuk selalu memperbaharui data agar perawat dapat membantu mencegah terjadinya jatuh 3. Untuk mengurangi resiko jatuh 4. Untuk mengetahui seberapa besar resiko terjatuh pasien sehingga pengawasan dan tindakan pencegahan dan perlindungannya tepat 5. Untuk memantau resiko jatuh pasien <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Untuk memberikan suasana nyaman pada pasien

		<ol style="list-style-type: none"> 6. Orientasi ruangan pada pasien dan keluarga 7. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda terkunci 8. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 9. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan perawat dari <i>nurse station</i> 10. Gunakan alat bantu berjalan 11. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 13. Anjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin 14. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 15. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 16. Ajarkan cara menggunakan bel untuk memanggil perawat 	<ol style="list-style-type: none"> 7. Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien 8. Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien 9. Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien 10. Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien ketika berjalan 11. Agar apabila pasien membutuhkan pertolongan terutama ketika kesulitan berpindah tempat, akan ada perawat yang membantu <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 12. Agar pasien dapat dibantu sehingga dapat bermobilisasi 13. Untuk mencegah pasien terjatuh 14. Untuk mengurangi risiko terjatuh pasien 15. Agar tekanan tubuh pasien terjaga dan dapat risiko terjatuh dapat ditekan 16. Agar pasien dapat memanggil perawat apabila membutuhkan pertolongan
<p>Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124) berhubungan dengan nyeri dibuktikan dengan Ibu</p>	<p><i>Mobilitas Fisik (L.05042 Hal 65)</i> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam</p>	<p>Intervensi Utama Dukungan Ambulasi (1.06171 Hal 22) <u>Observasi</u></p>	<p>Dukungan Ambulasi (1.06171 Hal 22) <u>Observasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Apabila ada nyeri, maka pergerakan pasien harus diawasi

<p>pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali, Riwayat jatuh tanggal 16 Desember 2021 sepulang bermain, Fisik lemah, Pasien tidak bisa duduk terlalu lama.</p>	<p>diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun 2. Kecemasan menurun 3. Gerakan terbatas menurun 4. Kelemahan fisik menurun. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi 3. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi 4. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (tongkat, kruk) 6. Fasilitasi melakukan mobilisasi fisik, jika perlu 7. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 9. Anjurkan melakukan ambulasi dini 10. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan, tempat tidur ke kursi roda, berjalan dr tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) 	<ol style="list-style-type: none"> 2. Toleransi fisik pasien untuk mengetahui batasan pergerakan pasien 3. Apabila TD dan frekuensi jantung sedang tinggi, maka pasien diistirahatkan terlebih dahulu untuk mencegah pemicu CVA 4. Pemantauan kondisi pasien secara umum untuk mencegah komplikasi yang lebih parah. <p><u>Terapeutik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Pemberian fasilitas untuk pasien yang memiliki hambatan pergerakan 6. Bantu klien melakukan mobilisasi fisik untuk mempermudah pergerakan 7. Keluarga dapat membantu pasien mobilisasi apabila sedang tidak ada perawat juga untuk melatih keluarga membantu pasien ketika sudah pulang dari rumah sakit. <p><u>Edukasi</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Penjelasan tujuan dan prosedur ambulasi untuk membantu pasien memahami dan tidak terjadi kesalahpahaman 9. Melakukan ambulasi sedini mungkin untuk mencegah kondisi yang lebih parah akibat imobilisasi yang terlalu lama 10. Ambulasi sederhana dapat membantu pasien untuk terbiasa mobilisasi.
---	--	---	--

3.5 Tindakan Keperawatan

Hari, Tgl/Jam	No. Dx	Implementasi	Paraf	Hari, Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
Senin 17 Januari 2022 07.00	1, 2, 3, 4, 5	- Melakukan timbang terima perawat Respon : B1 Napas spontan O2 bebas, RR 20 x/menit, SpO2 99% B2 Tensi 90/60 mmHg, Nadi 116 x/menit, terpasang IV line perifer (D) no.22, hari ke-3, infus NS 500 cc : RL 500 cc/24 jam B3 GCS 456, pupil isokor, kesadaran composmentis B4 Terpasang foley cateter hari ke-3, UP tercatat/3 jam B5 Diet Bubur sumsum, habis 1/2 porsi B6 Akral hangat (Suhu 36.5°C), fracture (-), Oedem (-), Mobilisasi dibantu sebagian		Senin 17 Januari 2022 14.00	Dx 1 : Nyeri Akut (D.0077 Hal 172) berhubungan dengan agen pencedera fisik S : Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi - P : Bekas luka post op - Q : Ditusuk benda tajam - R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra) - S : 5 - T : Hilang timbul O : 1. Tampak meringis 2. Gelisah 3. Bersikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka. 4. Tensi : 90/60mmHg 5. Nadi : 116x/menit 6. Suhu : 36.5°C 7. SpO2 : 98% 8. Porsi Makan : 1/2 porsi habis. 9. GCS : 456. 10. RR : 20x/menit A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
08.30	1	- Memberikan injeksi obat Antraiin 1gr melalui intravena dan memberikan cairan infus NS 500cc/8jam 21tpm Respon : Tidak ada respon alergi terhadap obat yang diberikan oleh perawat.				
09.15	1	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi,				

10.00	1	<p>kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri. Respon : P : Bekas luka post op, Q : Ditusuk benda tajam, R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), S : 5, T : Hilang timbul</p> <p>- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</p> <p>Respon : Pasien mengatakan takut miring kanan kiri karena nyeri terbesar dirasakan pada area bekas operasi</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1,2 - Edukasi 1 - Kolaborasi 1 	
11.15	1	<p>- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti menggunakan aromaterapi, akupresur maupun terapi musik</p> <p>Respon : Ibu pasien mengatakan biasanya An. S kalau bosan hanya menonton youtube saja dan bercanda dengan ibu.</p>				
12.30	1	<p>- Memfasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>Respon : Ibu pasien mengatakan tidak tidur full karena An. S gelisah ingin ibunya tidur di satu tempat tidur karena takut sedangkan sang Ibu tidak berani tidur di tempat tidur pasien</p>				

13.45	1	<p>karena takut ditegur oleh perawat.</p> <p>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>Respon : Ibu pasien mengatakan apabila An. S merasakan nyeri biasanya kakinya dipijet ibunya atau diusap usap bagian tubuh yang lain agar merasa tidak terlalu nyeri</p>				
<p>Selasa 18 Januari 2022</p> <p>07.00</p> <p>08.45</p> <p>09.15</p>	<p>1, 2, 3, 4, 5</p> <p>1</p> <p>1</p>	<p>- Melakukan timbang terima perawat</p> <p>Respon : KU lemah O2 air room Terpasang inf NS 21tpm Tensi : 100/60mmHg. Nadi : 100x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 98%. Porsi Makan : 3/4 porsi. GCS : 456. RR : 20x/menit.</p> <p>- Memberikan memberikan cairan infus NS 500cc/8jam 21tpm dan injeksi obat Antraiin 1gr melalui intravena dan</p> <p>- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri.</p> <p>Respon : P : Bekas luka post op, Q : Ditusuk benda tajam, R :</p>		<p>Selasa 18 Januari 2022</p> <p>14.00</p>	<p>Dx 1 : Nyeri Akut (D.0077 Hal 172) berhubungan dengan agen pencedera fisik</p> <p>S :</p> <p>Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Bekas luka post op - Q : Ditusuk benda tajam - R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra) - S : 4 - T : Hilang timbul <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Gelisah berkurang 3. Pasien tetap bersikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka. 4. Tensi : 100/60mmHg 5. Nadi : 100x/menit 	

		<p>Kepala bagian kanan (temporalis dextra), S : 4, T : Hilang timbul</p> <p>- Memfasilitasi istirahat dan tidur Respon : Ibu pasien mengatakan An. S semalam ini tidur dari jam 01.30 hingga jam 04.30.</p> <p>- Menjelaskan strategi meredakan nyeri Respon : Ibu pasien mengatakan apabila An. S merasakan nyeri menonton film dan diberikan minyak telon di kakinya kemudian dipijet ibunya.</p>			<p>6. Suhu : 36.5°C 7. SpO2 : 98% 8. Porsi Makan : 3/4 porsi habis. 9. GCS : 456. 10. RR : 20x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Terapeutik 1,2 - Kolaborasi 1 	
<p>Rabu 19 Januari 2022</p> <p>07.00</p> <p>08.30</p>	<p>1, 2, 3, 4, 5</p> <p>1</p>	<p>- Melakukan timbang terima perawat Respon : KU lemah O2 air room Terpasang inf NS 21tpm. Tensi : 107/65mmHg. Nadi : 90x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 99%. Porsi Makan : 1 porsi. GCS : 456. RR : 20.</p> <p>- Memberikan memberikan cairan infus NS 500cc/8jam 21tpm dan injeksi obat Antraiin 1gr melalui intravena Respon : Tidak ada respon alergi terhadap obat yang diberikan oleh perawat.</p>		<p>Rabu 19 Januari 2022</p> <p>14.00</p>	<p>Dx 1 : Nyeri Akut (D.0077 Hal 172) berhubungan dengan agen pencedera fisik S : Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - P : Bekas luka post op - Q : Ditusuk benda tajam - R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra) - S : 3 - T : Hilang timbul <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masih tampak meringis jika nyeri 2. Tidak Gelisah 	

09.30	1	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri dan skala nyeri. <p>Respon : P : Bekas luka post op, Q : Ditusuk benda tajam, R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), S : 3, T : Hilang timbul</p>			<ul style="list-style-type: none"> 3. Bersikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka. 4. Tensi : 107/65mmHg 5. Nadi : 90x/menit 6. Suhu : 36,5°C 7. SpO2 : 99% 8. Porsi Makan : 1 porsi habis. 9. GCS : 456. 10. RR : 20x/menit 	
11.00	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti menggunakan aromaterapi, akupresur maupun terapi music <p>Respon : Ibu pasien mengatakan hari ini hanya ingin diusap – usap daerah punggungnya saja.</p>			<p>A :Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1,2 - Kolaborasi 1 	
13.45	1	<ul style="list-style-type: none"> - Memfasilitasi istirahat dan tidur <p>Respon : Ibu pasien mengatakan An. S bangun jam 06.00 kemudian tidur siang jam 12.00 – 13.00</p>				

Hari, Tgl/Jam	No. Dx	Implementasi	Paraf	Hari, Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
<p>Senin 17 Januari 2022 08.15</p> <p>08.30</p>	<p>2</p> <p>2, 3</p>	<p>- Memberikan edukasi mengenai tanda gejala dan cara mencegah terjadinya kejang. Kejang biasanya terjadi saat demam. Gejala kejang adalah hentakan pada tungkai dan lengan yang berulang (kelojotan), mata mendelik ke atas, dan anak kehilangan kesadaran. Kejang biasanya terjadi kurang dari 2 menit hingga 15 menit. Respon : Ibu pasien dapat mengulangi informasi yang diberikan perawat.</p> <p>- Menjelaskan pengertian serta tanda gejala infeksi. Penyakit infeksi adalah penyakit atau kondisi kesehatan yang disebabkan oleh serangan mikroorganisme, termasuk bakteri, virus, fungi (jamur), atau parasit, sedangkan tanda gejala infeksi pada kulit adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Muncul nanah atau cairan dari luka 2. Kulit di sekitar luka kemerahan 		<p>Senin 17 Januari 2022 14.00</p>	<p>Dx 2 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51) berhubungan dengan CVA <i>Bleeding</i> S : O: - Tekanan intracranial - Sakit kepala - Gelisah - Kecemasan Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu <i>Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)</i> di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensi : 90/60mmHg - Nadi : 116x/menit - Suhu : 36.5°C - SpO2 : 98% - GCS : 456. - RR : 20x/menit - Dengan intake 2853cc/24jam,, output 2575cc/24jam didapatkan <i>balance</i> cairan 278cc <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>	

09.00	2, 3	<p>3. Ada benjolan kecil dengan kerak kekuningan di bagian atasnya</p> <p>4. Luka terasa nyeri setelah beberapa hari</p> <p>5. Badan tidak enak</p> <p>6. Bagian yang terluka membengkak setelah beberapa hari</p> <p>7. Demam atau suhu tubuh di atas 38 derajat Celsius</p> <p>8. Kelenjar di dagu, leher, ketiak, atau selangkangan bengkak</p> <p>9. Luka belum sembuh setelah 10 hari</p> <p>Respon : Ibu pasien dapat mengulangi penjelasan yang diberikan perawat.</p> <p>- Memberikan obat injeksi Transamin 1gr, memberikan injeksi Ranitidin 150mg, memberikan injeksi Ondansetron 8mg, memberikan injeksi Cinam 1gram semua obat melalui intravena</p> <p>Respon : Tidak ada tanda – tanda maupun gejala alergi dan gatal</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Observasi 2,3 - Terapeutik 4,5,7 - Kolaborasi 8,9 <p>Dx 3 : Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304) berhubungan dengan efek prosedur invasif.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengungkapkan nyeri skala 5 pada luka post op <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka basah bekas post op pada kepala bagian kanan (temporalis dextra) sekitar 10cm <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1 - Terapeutik 1,2,3 - Edukasi 2,3,4,5 	
-------	------	--	--	--	--	--

09.15	3	<p>terhadap reaksi obat yang dimasukkan oleh perawat.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melakukan tindakan rawat luka pada area luka bekas operasi dan Mempertahankan teknik antiseptik saat rawat luka <p>Respon : Tidak terdapat pus, darah maupun tanda infeksi lainnya namun yang jahitan terlihat masih basah dan Perawat menggunakan alat – alat steril untuk menghindari adanya resiko infeksi</p>				
10.00	2	<ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, ggn metabolisme, edema serebral) <p>Respon : Ditemukan kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu <i>Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)</i> di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm</p>				
10.15	2	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi melebar, bradikardia) dan Mempertahankan suhu tubuh normal dengan menggunakan thermometer pada bagian tubuh 				

13.00	2	<p>axila dan melakukan observasi TTV serta GCS Respon : Suhu tubuh An. S 36.5°C, Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, SpO2 : 98%, GCS : 456, RR : 20x/menit.</p> <p>- Memonitor intake dan output cairan Respon : <i>Intake :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Infus 1500cc - Injeksi 3x sehari 100cc - Minum dan makan 1000cc - Air metabolisme : 6 x 43kg = 253cc <p>Total = 2853 cc</p> <p><i>Output :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Urin 1500cc - IWL = 25 x 43kg / 24jam = 1075cc <p>Total = 2575 cc</p> <p><i>Balance Cairan = 278 cc</i></p>				
13.15	2	<p>- Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang Respon : Ibu pasien mengatakan apapun yang diinginkan An. S mencoba untuk dipenuhi seperti ingin boneka maka dibelikan boneka agar lebih nyaman di</p>				

13.30	3	<p>ruangan serta menyediakan <i>youtube</i> agar An. S tidak bosan.</p> <p>- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan</p> <p>Respon : Pasien hanya menghabiskan bubur sum – sum ½ porsi saja dan Ibu pasien mengatakan An. S minum sesuai anjuran yang diarahkan perawat.</p>				
13.45	2	<p>- Memberikan posisi semi fowler</p>				
<p>Selasa 18 Januari 2022 08.00</p> <p>08.30</p>	<p>2, 3</p> <p>2, 3</p>	<p>- Memberikan obat injeksi Transamin 1gr, memberikan injeksi Ranitidin 150mg, memberikan injeksi Ondansetron 8mg, memberikan injeksi Cinam 1gram semua obat melalui intravena</p> <p>- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi melebar, bradikardia) dan Mempertahankan suhu tubuh normal dengan menggunakan thermometer pada bagian tubuh axila dan melakukan observasi TTV serta GCS</p> <p>Respon : Tensi : 100/60mmHg. Nadi : 100x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 98%. Porsi Makan : 3/4 porsi. GCS : 456. RR : 20.</p>		<p>Selasa 18 Januari 2022</p> <p>14.00</p>	<p>Dx 2 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51) berhubungan dengan CVA <i>Bleeding</i></p> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan intracranial sedang - Sakit kepala sedang - Gelisah sedang - Kecemasan sedang - Dengan intake 2853cc/24jam,, output 2605cc/24jam didapatkan <i>balance</i> cairan 248cc <p>Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu <i>Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)</i> di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm</p>	

09.00	2	<p>- Memonitor intake dan output cairan Respon : Intake : - Infus 1500cc - Injeksi 3x sehari 100cc - Minum dan makan 1000cc - Air metabolisme : 6 x 43kg = 253cc Total = 2853 cc Output : - Urin 1530cc - IWL = 25 x 43kg / 24jam = 1075cc Total = 2605cc Balance Cairan = 248cc</p>			<p>dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 2,3 - Terapeutik 5,7 - Kolaborasi 8,9</p>	
09.30	2, 3	<p>- Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar menurut WHO yaitu dengan cara langkah pertama adalah</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Basahi kedua telapak tangan setinggi pertengahan lengan memakai air yang mengalir, ambil sabun kemudian usap dan gosok kedua telapak tangan secara lembut 2. Usap dan gosok juga kedua punggung tangan secara bergantian 			<p>Dx 3 : Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304) berhubungan dengan efek prosedur invasif. S : - Pasien mengungkapkan nyeri skala 4 pada luka post op O : - Terdapat luka basah bekas post op pada kepala bagian kanan (temporalis dextra) sekitar 10cm A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan - Observasi 1 - Terapeutik 1,2,3 - Edukasi 7,8,9</p>	

<p>10.00 10.15</p>	<p>2 2,3</p>	<p>3. Jangan lupa jari-jari tangan, gosok sela-sela jari hingga bersih</p> <p>4. Bersihkan ujung jari secara bergantian dengan mengatupkan</p> <p>5. Gosok dan putar kedua ibu jari secara bergantian</p> <p>6. Letakkan ujung jari ke telapak tangan kemudian gosok perlahan</p> <p>7. Bersihkan kedua pergelangan tangan secara bergantian dengan cara memutar, kemudian diakhiri dengan membilas seluruh bagian tangan dengan air bersih yang mengalir lalu keringkan memakai handuk atau tisu.</p> <p>- Memberikan posisi semi fowler</p> <p>- Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka/ luka operasi yaitu dengan selalu sadar akan kondisi apakah terdapat tanda gejala infeksi dan Menganjurkan kepada keluarga agar tetap membatasi jumlah pengunjung</p>				
--------------------------------------	--------------------------------	--	--	--	--	--

13.30	2	<p>Respon : Tidak terdapat tanda – tanda infeksi dan keluarga mematuhi peraturan rumah sakit.</p> <p>- Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan</p> <p>Respon : Pasien hanya menghabiskan bubur sum – sum $\frac{3}{4}$ porsi saja dan Ibu pasien mengatakan An. S minum sesuai anjuran yang diarahkan perawat.</p>				
<p>Rabu 19 Januari 2022 08.00</p>	2, 3	<p>- Memberikan obat injeksi Transamin 1gr, memberikan injeksi Ranitidin 150mg, memberikan injeksi Ondansetron 8mg, memberikan injeksi Cinam 1gram semua obat melalui intravena</p>		<p>Rabu 19 Januari 2022 14.00</p>	<p>Dx 2 : Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51) berhubungan dengan CVA <i>Bleeding</i></p> <p>S : O :</p>	
09.00	2, 3	<p>- Melakukan tindakan rawat luka pada area luka bekas operasi dan Mempertahankan teknik antiseptik saat rawat luka</p> <p>Respon : Tidak terdapat pus, darah maupun tanda infeksi lainnya namun yang jahitan terlihat masih basah.</p>			<p>- Tekanan intracranial menurun</p> <p>- Sakit kepala menurun</p> <p>- Gelisah menurun</p> <p>- Kecemasan menurun</p> <p>- Tensi : 107/65mmHg. Nadi : 90x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 99%. Porsi Makan : 1 porsi. GCS : 456. RR : 20.</p>	
09.30	2	<p>- Memonitor intake dan output cairan</p> <p>Respon :</p> <p><i>Intake :</i></p>			<p>- Dengan intake 2853cc/24jam,, output 2620cc/24jam didapatkan <i>balance</i> cairan 233cc</p>	

<p>10.30</p>	<p>2, 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Infus 1500cc - Injeksi 3x sehari 100cc - Minum dan makan 1000cc - Air metabolisme : 6 x 43kg = 253cc <p>Total = 2853 cc</p> <p><i>Output :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Urin 1555cc - IWL = 25 x 43kg / 24jam = 1075cc <p>Total = 2630cc</p> <p><i>Balance Cairan = 223 cc</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi melebar, bradikardia) dan Mempertahankan suhu tubuh normal dengan menggunakan thermometer pada bagian tubuh axila dan melakukan observasi TTV serta GCS. <p>Respon : Tensi : 107/65mmHg. Nadi : 90x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 99%. Porsi Makan : 1 porsi. GCS : 456. RR : 20</p>			<p>Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu <i>Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)</i> di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 2,3 - Terapeutik 5,7 - Kolaborasi 8,9 <p>Dx 3 : Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304) berhubungan dengan efek prosedur invasif.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengungkapkan nyeri skala 3pada luka post op <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terdapat luka basah bekas post op pada kepala bagian kanan (temporalis dextra) sekitar 10cm <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 1 - Terapeutik 2,3 - Edukasi 7,8
<p>11.00</p>	<p>3</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan asupan cairan <p>Respon : Pasien hanya menghabiskan bubur sum – sum 1 porsi</p>			

Hari, Tgl/Jam	No. Dx	Implementasi	Paraf	Hari, Tgl/Jam	Evaluasi	Paraf
<p>Senin 17 Januari 2022 08.00</p> <p>09.00</p>	<p>4</p> <p>5</p>	<p>- Memberikan orientasi ruangan pada pasien dan keluarga Respon : Keluarga pasien bersian dan tidak menolak</p> <p>- Menjelaskan tujuan dan prosedur ambulasi. Ambulasi dini merupakan kebijakan membimbing penderita turun dari tempat tidur dan berjalan secepat mungkin. Ambulasi dini bertujuan untuk membantu proses penyembuhan luka pasien pasca operasi untuk menghindari terjadinya infeksi, konstipasi (sembelit), kekakuan atau penegangan otot – otot di seluruh tubuh serta dapat mengurangi risiko komplikasi. Respon : Ibu pasien dapat mengulangi penjelasan yang diberikan perawat.</p>		<p>Senin 17 Januari 2022</p> <p>14.00</p>	<p>Dx 4 : Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306) berhubungan dengan kondisi pasca operasi.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat jatuh tanggal 16 Desember 2021 sepulang bermain. - Fisik lemah. - GCS 456 - Pasien tidak bisa duduk terlalu lama. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 2,3,5 - Terapeutik 2,3,5,6 - Edukasi 1,2,3,4,5 <p>Dx 5 : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124) berhubungan dengan nyeri</p>	
<p>09.30</p> <p>10.00</p>	<p>4, 5</p> <p>4</p>	<p>- Mengidentifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi</p> <p>- Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang)</p>				

10.15	4	<p>Respon : Lingkungan kamar pasien An. S aman tidak terdapat lantai licin atau sesuatu yang membuat jatuh.</p> <p>- Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi</p> <p>Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi</p> <p>Respon : Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, GCS : 456, RR : 20x/menit.</p>			<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cemas saat bergerak. - Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk masih pusing 	
10.30	4, 5	<p>- Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi</p> <p>Respon : Tidak terjadi sesak nafas saat melakukan aktivitas duduk.</p>			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, GCS : 456, RR : 20x/menit. - Gerakan terbatas seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak. - Fisik lemah seperti pasien tidak bisa duduk terlalu lama. 	
11.00	4, 5	<p>- Hitung resiko jatuh dengan skala Skala Jatuh <i>Morse (Morse Fall Scale)</i></p> <p>Respon : Riwayat jatuh: baru saja atau dalam 3 bulan (Ya = 25), Diagnosis lain (Ya = 15), Bantuan berjalan (0), IV (Ya = 20), Cara berjalan/berpindah (Lemah = 10), Status mental (Mengetahui kemampuan diri = 0). Skor MFS yang didapatkan adalah 70, dapat disimpulkan Resiko tinggi ≥ 51.</p>			<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 3,4 - Terapeutik 1,2,3 - Edukasi 2,3 	

		<p>2. Kemudian setelah 6-10 jam, pasien diharuskan bisa miring ke kiri dan ke kanan.</p> <p>3. Jika sudah 24 jam, pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk.</p> <p>4. Setelah pasien dapat duduk, lalu dianjurkan untuk belajar berjalan.</p>			<p>Desember 2021 sepulang bermain.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fisik lemah. - Pasien tidak bisa duduk terlalu lama. <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 3,5 - Terapeutik 2,5,6 - Kolaborasi ,2,3,4
09.30	4, 5	- Menempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan perawat dari <i>nurse station</i>			
10.15	4, 5	- Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan, tempat tidur ke kursi roda, berjalan dr tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi) Respon : Untuk saat ini pasien masih belum membutuhkan karena jika duduk saja sudah pusing.			<p>Dx 5 : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124) berhubungan dengan nyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cemas saat bergerak. - Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk masih pusing <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensi : 100/60mmHg. Nadi : 100x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 98%. Porsi Makan : 3/4 porsi. GCS : 456. RR : 20x/menit. - Gerakan terbatas seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak.
11.00	4	- Mendekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien			
11.30	4, 5	- Memberikan fasilitas aktivisasi ambulasi dengan alat bantu (tongkat, kruk) dan Memberikan fasilitas melakukan mobilisasi fisik, jika perlu			

<p>12.45</p> <p>13.45</p>	<p>4, 5</p> <p>4, 5</p>	<p>- Menganjurkan agar melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi</p> <p>- Memonitor kondisi umum setelah melakukan ambulasi Respon : Tensi : 100/60mmHg. Nadi : 100x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 98%. Porsi Makan : 3/4 porsi. GCS : 456. RR : 20x/menit.</p>			<p>- Fisik lemah seperti pasien tidak bisa duduk terlalu lama.</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 3,4 - Terapeutik 1,2,3 - Edukasi 2,3 	
<p>Rabu 19 Januari 2022 09.00</p> <p>09.30</p> <p>10.00</p> <p>10.30</p>	<p>4, 5</p> <p>4, 5</p> <p>4, 5</p> <p>4</p>	<p>- Mengulas kembali apa yang telah diajarkan ngajarkan mengenai ambulasi dini didampingi perawat, sesuai tahapannya.</p> <p>- Mengulas kembali apa yang telah diajarkan ngajarkan mengenai ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan, tempat tidur ke kursi roda, berjalan dr tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)</p> <p>- Memonitor kondisi umum setelah melakukan ambulasi Respon : Tensi : 107/65mmHg. Nadi : 90x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 99%. GCS : 456. RR : 20x/menit.</p> <p>- Menganjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk</p>		<p>Rabu 19 Januari 2022</p> <p>14.00</p>	<p>Dx 4 : Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306) berhubungan dengan kondisi pasca operasi.</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali. <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Riwayat jatuh tanggal 16 Desember 2021 sepulang bermain. - Fisik lemah. - Pasien tidak bisa duduk terlalu lama. <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan</p>	

11.30	4	<p>berpindah dengan cara menggunakan bel</p> <p>Respon : Ibu pasien mengatakan apapun yang tidak bisa kami tangani pasti akan meminta bantuan perawat.</p> <p>- Menganjurkan menggunakan alas kaki agar tidak licin</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Observasi 5 - Terapeutik 5 - Edukasi 2,3,4 	
12.15	4, 5	<p>- Menganjurkan An. S agar berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh</p> <p>Respon : Pasien An. S masih belum bisa berdiri karena untuk saat ini hanya belajar duduk</p>			<p>Dx 5 : Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124) berhubungan dengan nyeri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan cemas saat bergerak. - Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk masih pusing 	
12.45	4, 5	<p>- Menganjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>Respon : Untuk saat ini pasien An. S belum mampu berdiri dikarenakan duduk saja sudah pusing</p>			<p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensi : 107/65mmHg. Nadi : 90x/menit. Suhu : 36.5°C. SpO2 : 99%. GCS : 456. 20x/menit. - Gerakan terbatas dan fisik lemah seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan, tidak berani bergerak terlalu banyak dan pasien tidak bisa duduk terlalu lama. <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Observasi 4 - Terapeutik 3 - Edukasi 3 	

BAB 4 PEMBAHASAN

Dalam pembahasan ini penulis akan menguraikan tentang kesenjangan yang terjadi antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus dalam Asuhan Keperawatan Medikal Bedah pada An. S dengan Diagnosa Medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang Syaraf 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya yang meliputi : pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi

4.1 Pengkajian

Pada saat melakukan pengkajian secara langsung kepada pasien, penulis tidak mengalami kesulitan. Hal ini, disebabkan oleh adanya hubungan saling percaya antara pasien dan keluarga pasien dengan perawat melalui komunikasi secara langsung. Sehingga pasien dan keluarga pasien terbuka dan mengerti secara kooperatif. Pengkajian dilakukan dengan cara anamnesa pada keluarga pasien, pemeriksaan fisik dari pemeriksaan penunjang medis.

Data yang ditemukan pada tinjauan pustaka *Subdural Haemorrhage (SDH)* memiliki tanda gejala perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri, adanya kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (*hemiparise*) atau hemiplegia (*paralisis*), terjadi disatria (bicara cedel atau pelo) yang merupakan kesulitan bicara terutama dalam artikulasi sehingga ucapannya menjadi tidak jelas, adanya gangguan penglihatan, diplopia, pasien dapat kehilangan penglihatan atau juga pandangan menjadi ganda, gangguan lapang pandang pada salah satu sisi. Hal ini terjadi karena kerusakan pada

lobus temporal atau parietal yang dapat menghambat serat saraf optik pada korteks oksipital.

Pada saat melakukan pengkajian ibu pasien mengatakan pada hari Kamis 16 Desember 2021 sore hari sepulang dari bermain anak tiba – tiba jatuh dan pada pukul 03.00 An. S terbangun dan merasakan nyeri hebat pada belakang kepala area kanan serta mual muntah lebih dari 3kali. Pada tanggal 12 Januari 2022 dilakukan MRI didapatkan hasil *Suspect Subdural Haemorrhage (SDH) di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm dan 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26cm*. Dari hasil pengkajian ini mendasari adanya hasil yang tidak berbeda antara tinjauan pustaka *Subdural Haemorrhage (SDH)* dan tinjauan kasusnya.

Menurut pengamatan penulis yang terjadi pada pasien adalah penyebab dari perdarahan intrakranial atau intraserebral termasuk perdarahan dalam ruang subarachnoid atau kedalam jaringan otak sendiri, akibat pecahnya pembuluh darah otak menyebabkan perembesan darah kedalam parenkim otak yang dapat mengakibatkan penekanan, pergeseran dan pemisahan jaringan otak yang berdekatan, sehingga hal inilah yang akan menyebabkan otak akan membengkak, jaringan otak tertekan, sehingga terjadi infark otak, oedema, dan mungkin herniasi otak maupun bisa disebut *Subdural Haemorrhage (SDH)* (Ibrahim et al., 2021).

4.1.1 Pemeriksaan Fisik

4.1.1.1 Keadaan Umum

Keadaan umum pasien lemah, pucat, tirah baring, kesadaran compos mentis dengan GCS 456, dengan hasil observasi tanda-tanda vital TTD :Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, RR : 20x/menit. Antropometri TB :

150 cm, BB SMRS : 45 kg, BB MRS : 43 kg. Terpasang kateter ukuran 10. Hasil pengamatan penulis setelah dilakukan tindakan keperawatan dengan mengontrol berat badan, suhu tubuh, dan pernafasan, keadaan pasien menunjukkan keadaan membaik.

4.1.1.2 B1 (Breathing)

Hasil data yang didapatkan pada B1 tidak ada gangguan. Bentuk dada Normochest, pergerakan dinding dada simetris, pasien tidak menggunakan otot bantu nafas cuping hidung, irama nafas vesikuler, pola nafas regular.

4.1.1.3 B2 (Blood)

Hasil data yang didapatkan pada B2 tidak ada gangguan, irama jantung pasien regular, Bunyi jantung S1-S2 tunggal, tidak terdapat bunyi jantung tambahan, CRT <2 detik, akral hangat merah, nadi teraba kuat 116x/menit, tidak ada oedema, tidak ada hepatomegali.

4.1.1.4 B3 (Brain)

Hasil data yang didapatkan pada B3 terdapat gangguan pada *Nervus Optik*, pada pasien didapatkan pengelihatian tidak jelas, lapang pandang tidak kesegala arah, *Nervus Traklear*, pada pasien didapatkan pasien tidak dapat menggerakkan bola mata kekanan dan kekiri. *Nervus Abdusen*, pada pasien didapatkan pasien tidak mampu menggerakkan bola mata keatas dan kebawah, kesamping kiri dan kesamping kanan. Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi, Pasien mengatakan nyeri kepala (pusing), **P** : Bekas luka post op, **Q** : Ditusuk benda tajam, **R** : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), **S** : 5, **T** : Hilang terkadang timbul selama 3 menit. Didapatkan pasien kesadaran compos mentis, GCS 456, kesimpulan pada hasil radiologi pada

tanggal 12 Januari 2022 yaitu *Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)* di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm.

4.1.1.5 B4 (Bladder)

Hasil data yang didapatkan pada B4 tidak ditemukan gangguan, namun pada pemeriksaan didapatkan pasien terpasang kateter ukuran 10.

4.1.1.6 B5 (Bowel)

Hasil data yang didapatkan pada B5 tidak ditemukan gangguan. Pada pengkajian didapatkan mulut pasien bersih, membran mukosa tidak pucat, nafsu makan membaik, tidak mengalami mual muntah, tidak terpasang NGT, bentuk perut simetris, bising usus 25x/menit, BB SMRS 45kg dan BB MRS 43kg, TB 150cm dan didapatkan IMT 19. Pasien tidak terpasang coloctomi.

4.1.1.7 B6 (Bone)

Pada pengkajian didapatkan hasil pasien mengatakan cemas saat bergerak. Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk masih pusing. Gerakan terbatas serta fisik lemah seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan, tidak bisa duduk terlalu lama serta tidak berani bergerak terlalu banyak. Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali. Pasien mengatakan malu karena kehilangan rambutnya dan saat pengkajian pasien menyembunyikan dan menutupi kepalanya dengan selimut seperti malu dan khawatir.

4.2 Diagnosa Keperawatan

4.2.1 Diagnosa keperawatan yang ada pada tinjauan pustaka ada sebelas yaitu :

1. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51) berhubungan dengan keabnormalan masa protombin dan/ atau masa trombolastin parsial

2. Gangguan Menelan (D.0063 Hal 142) berhubungan dengan gangguan saraf kranialis.
3. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124) berhubungan dengan penurunan kekuatan otot.
4. Gangguan Komunikasi Verbal (D.0119 Hal 264) berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral.
5. Defisit Nutrisi (D.0019 Hal 56) berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan.
6. Resiko Aspirasi (D.0006 Hal 28) berhubungan dengan disfagia.
7. Gangguan Persepsi Sensori (D.0085 Hal 190) berhubungan dengan hipoksia serebral.
8. Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306) berhubungan dengan kekutan otot menurun.
9. Defisit Perawatan Diri (D.0109 Hal 240) berhubungan dengan kelemahan.
10. Gangguan Citra Tubuh (D.0083 Hal 186) berhubungan dengan perubahan struktur tubuh/ bentuk tubuh.
11. Defisit Pengetahuan (D.0111 Hal 246) berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi.

4.2.2 Terdapat lima diagnose keperawatan yang muncul pada tinjauan kasus yaitu :

1. Nyeri Akut (D.0077 Hal 172) berhubungan dengan agen pencedera fisik. Diagnosa ini diangkat karena memenuhi kriteria gejala dan tanda mayor pada SDKI yaitu tampak meirngis, bersikap protektif, gelisah, frekuensi meningkat, dan nafsu makan berubah dan dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi, P : Bekas luka post op, Q : Ditusuk benda tajam, R :

Kepala bagian kanan (temporalis dextra), S : 6, T : Hilang timbul, Tampak meringis, Gelisah, Bersikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka, Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, Porsi Makan : ½ porsi, GCS : 456, RR : 20x/menit.

Pernyataan ini cukup kuat untuk menegakkan diagnosa nyeri akut. Menurut pendapat penulis nyeri merupakan suatu pengalaman yang tidak menyenangkan akibat dari proses penyakit. Hal ini didukung oleh Mayasari, (2016) menyatakan nyeri dapat terjadi secara bersamaan dengan proses masuknya penyakit atau bersama dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan, nyeri merupakan suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan baik secara aktual atau potensial

2. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017 Hal 51) berhubungan dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)*. Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk An. S masih pusing, An. S cemas dan gelisah seperti tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak karena terdapat bekas luka operasi, Nyeri kepala (pusing). Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu *Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)* di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm. Pernyataan ini cukup kuat untuk menegakkan diagnosa resiko perfusi serebral tidak efektif. Hal ini didukung oleh Wardani, (2014), menyatakan masalah utama paling umum pada *Subdural Haemorrhage (SDH)* adalah Resiko perfusi serebral tidak efektif. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan

otak adalah rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan (PPNI, 2017).

3. Resiko Infeksi (D.0142 Hal 304) berhubungan dengan efek prosedur invasif. Diagnosa ini diangkat karena sudah memenuhi kriteria untuk ditegakkan resiko dibuktikan dengan adanya terdapat luka basah bekas operasi pada bagian kepala (temporalis dextra). Pernyataan ini cukup kuat untuk menegakkan diagnosa resiko infeksi. Hal ini didukung oleh Darotin et al., (2017) bahwa pada *Subdural Haemorrhage (SDH)* terjadi peningkatan tekanan intrakranial dapat mengeksaserbasi meningkatnya tekanan darah sehingga terjadi kerusakan dan penekanan pada area spesifik di otak yang dapat menyebabkan infeksi.
4. Resiko Jatuh (D.0143 Hal 306) berhubungan dengan kondisi pasca operasi. Diagnosa ini diangkat karena sudah memenuhi kriteria untuk ditegakkan resiko dibuktikan dengan adanya pasien mengeluh pusing saat dilakukan latihan duduk. Pernyataan ini cukup kuat untuk menegakkan diagnose resiko jatuh. Hal ini didukung oleh Mauni et al., (2020) bahwa *Subdural Haemorrhage (SDH)* berdampak pada menurunnya produktivitas karena penderita mengalami gangguan sesomotorik serta adanya kerusakan jaringan otak yang reversible atau ireversibel yang mengakibatkan gangguan keseimbangan, hilangnya koordinasi maupun mempertahankan posisi tertentu.
5. Gangguan Mobilitas Fisik (D.0054 Hal 124) berhubungan dengan nyeri. Diagnosa ini diangkat karena memenuhi kriteria gejala dan tanda mayor pada SDKI yaitu cemas saat bergerak, rentang gerak (ROM) menurun, gerakan terbatas, fisik lemah dan dibuktikan dengan Ibu pasien mengatakan pada

tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali. Pernyataan ini cukup kuat untuk menegakkan diagnose gangguan mobilitas fisik. Hal ini didukung oleh Pratiwi, (2017) pada penderita *Subdural Haemorrhage (SDH)* mengalami disfungsi motoric yang mengakibatkan keterbatasan dalam menggerakkan bagian tubuhnya sehingga dapat menyebabkan gangguan mobilitas fisik.

4.3 Perencanaan

Dalam perumusan tujuan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus. Pada tinjauan pustaka perencanaan keperawatan menggunakan kriteria hasil yang mnegacu pada pencapaian tujuan, sedangkan pada tinjauan kasus perencanaan menggunakan sasaran, dalam sasaran, dalam intervensinya dengan alasan yang bertujuan untuk memandirikan pasien dan keluarga dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)* yang akan meningkatkan pengetahuan, keterampilan dalam mengenal masalah, dan perubahan perilaku pada pasien.

Dalam tujuan pada tinjauan kasus dicantumkan kriteria waktu karena pada kasus nyata keadaan pasien secara langsung, intervensi diagnose keperawatan yang ditampilkan antara tinjauan pustaka dan tinjauan kasus terdapat kesamaan namun masing-masing intervensi tetap mengacu pada sasaran dengan kriteria hasil yang ditetapkan.

- a. Nyeri Akut (**SDKI, D.0077 Hal 172**) berhubungan dengan agen pencedera fisik. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ***Tingkat Nyeri menurun (SLKI, L.08066 Hal 145)*** dengan kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah

menurun, Frekuensi nadi membaik (60 – 100x/menit), Tekanan darah membaik (95/55–110/70mmHg). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan intervensi ***Manajemen Nyeri*** (SIKI, 1.08238 Hal 201). Menurut pendapat penulis memberikan intervensi – intervensi tersebut dapat mengurangi rasa nyeri serta memberikan sensasi rasa nyaman. Hal ini sejalan dengan Mayasari, (2016) menyatakan manajemen nyeri yang efektif tidak hanya memberikan obat yang tepat pada waktu yang tepat, dengan mengkombinasi penetalaksanaan farmakologi dan non farmakologi yang diseleksi berdasarkan kebutuhan dan tujuan pasien secara individu, tindakan non farmakologi dapat digunakan sebagai pelengkap dalam pemberian analgesik, tetapi tidak ditujukan sebagai pengganti analgesik.

- b. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (SDKI, D.0017 Hal 51) berhubungan dengan *Subdural Haemorrhage* (SDH). Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan intervensi ***Perfusi Serebral meningkat*** (SLKI, L.02014 Hal 86) dengan kriteria hasil : Tekanan intracranial menurun, Sakit kepala menurun, Gelisah menurun, Kecemasan menurun. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan intervensi ***Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial*** (SIKI, 1.06194 Hal 205). Menurut pendapat penulis memberikan intervensi – intervensi tersebut dapat meningkatkan perfusi serebral meningkat. Hal ini sejalan dengan Qurbany & Wibowo, (2016) bahwa dengan pencegahan terjadinya kejang dan mempertahankan suhu tubuh normal dapat memperbaiki serta meningkatkan perfusi serebral.

- c. Resiko Infeksi (**SDKI, D.0142 Hal 304**) berhubungan dengan efek prosedur invasif. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ***Tingkat Infeksi Menurun*** (**SLKI, L.14137 Hal 139**) dengan kriteria hasil : Nyeri menurun dan luka bekas operasi membaik (mengering). Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan intervensi ***Pencegahan Infeksi*** (**SIKI, 1.14539 hal 278**). Menurut pendapat penulis memberikan intervensi – intervensi tersebut dapat menurunkan tingkat infeksi. Hal ini sejalan dengan Ibrahim et al., (2021) bahwa dengan rutin melakukan rawat luka terhadap luka teknik steril serta mengajarkan cuci tangan yang benar dapat meminimalisir adanya kuman baru terhadap tubuh akan terjadinya infeksi.
- d. Resiko Jatuh (**SDKI, D.0143 Hal 306**) berhubungan dengan kondisi pasca operasi. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ***Tingkat Jatuh menurun*** (**SLKI, L.14138 Hal 140**) dengan kriteria hasil : Jatuh saat berdiri menurun, Jatuh saat duduk menurun, Jatuh saat berjalan menurun. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan intervensi ***Pencegahan Jatuh*** (**SIKI, 1.14540 Hal 279**). Menurut pendapat penulis memberikan intervensi – intervensi tersebut dapat menurunkan tingkat infeksi. Hal ini sejalan dengan Mauni et al., (2020) bahwa dengan pemberian gelang *fall risk* serta label kuning resiko jatuh pada *bed* pasien akan memudahkan perawat untuk selalu memantau.
- e. Gangguan Mobilitas Fisik (**SDKI, D.0054 Hal 124**) berhubungan dengan nyeri. Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan ***Mobilitas***

Fisik meningkat (SLKI, L.05042 Hal 65) dengan kriteria hasil : Nyeri menurun, Kecemasan menurun, Gerakan terbatas menurun, Kelemahan fisik menurun. Pada tinjauan pustaka dan kasus untuk melakukan perencanaan ini dilakukan intervensi *Dukungan Ambulasi (SIKI, 1.06171 Hal 22)*. Menurut pendapat penulis memberikan intervensi – intervensi tersebut dapat meningkatkan mobilitas fisik. Hal ini didukung jurnal Pratiwi, (2017) bahwa pada penderita *Subdural Haemorrhage (SDH)* harus diperhatikan dan melakukan tahap rehabilitative dengan melakukan ambulasi dini serta mobilitas fisik untuk mencegah adanya komplikasi tambahan lainnya maupun melatih aktivitas sesuai toleransi.

4.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah perwujudan atau realisasi dari perencanaan yang telah disusun, pelaksanaan pada tinjauan pustaka belum dapat direalisasikan karena hanya membahas teori asuhan keperawatan. Sedangkan pada kasusu nyata pelaksanaan telah disusun dan direalisasikan pada pasien dan ada pendokumentasian dan intervensi keperawatan. Pelaksana rencana keperawatan dilakukan secara terkoordinasi dan terintegrasi untuk pelaksanaan diagnose pada kasus, hal itu karena disesuaikan dengan keadaan pasien yang sebenarnya, dalam melaksanakan pelaksanaan ini pada faktor penunjang maupun faktor penghambat yang penulis alami, hal-hal yang menunjang dalam asuhan keperawatan yaitu antara lain : adanya kerjasama yang baik antara perawat-perawat maupun dokter ruangan dan tim kesehatan lainnya, tersedianya sarana dan prasarana diruangan yang menunjang dalam pelaksanaan asuhan keperawatan dan penerimaan adanya penulis.

1. Nyeri Akut (**SDKI, D.0077 Hal 172**) berhubungan dengan agen pencedera fisik. Pada tanggal 17-01-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil : Mengidentifikasi nyeri, respon : **P** : Bekas luka post op, **Q** : Ditusuk benda tajam, **R** : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), **S** : 5, **T** : Hilang timbul. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, respon : Pasien mengatakan takut miring kanan kiri karena nyeri terbesar dirasakan pada area bekas operasi. Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti, respon : Ibu pasien mengatakan biasanya An. S kalau bosan hanya menonton youtube saja dan bercanda dengan ibu. Memfasilitasi istirahat dan tidur, respon : Ibu pasien mengatakan tidak tidur full karena An. S gelisah ingin ibunya tidur di satu tempat tidur karena takut sedangkan sang Ibu tidak berani tidur di tempat tidur pasien karena takut ditegur oleh perawat. Menjelaskan strategi meredakan nyeri, respon : Ibu pasien mengatakan apabila An. S merasakan nyeri biasanya kakinya dipijet ibunya atau diusap usap bagian tubuh yang lain agar merasa tidak terlalu nyeri. Memberikan injeksi obat Antraiin 3x1gr melalui intravena dan memberikan cairan infus NS 500cc/8jam 21tpm.
2. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (**SDKI, D.0017 Hal 51**) berhubungan dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)*. Pada tanggal 17-01-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil Memberikan edukasi mengenai tanda gejala dan cara mencegah terjadinya kejang, respon : Ibu pasien dapat mengulangi informasi yang diberikan perawat. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (TD meningkat, nadi melebar,

bradikardia), respon : Nadi : 116x/menit dan RR 20x/menit. Memonitor intake dan output cairan, respon : Intake 3200cc/24jam, Output 3000cc/24jam, Balance cairan 200cc. Memberikan posisi semi fowler, respon : Pasien tidak menunjukkan respon sesak ataupun mual muntah. Mempertahankan suhu tubuh normal dengan menggunakan thermometer pada bagian tubuh axila dan melakukan observasi TTV serta GCS, respon : Suhu tubuh An. S 36.5°C, Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, SpO2 : 98%, GCS : 456, RR : 20x/menit. Memberikan obat Transamin 3x1gr melalui intravena, memberikan obat Ranitidin 3x150mg melalui intravena, Ondansetron 3x8mg melalui intravena.

3. Resiko Infeksi (**SDKI, D.0142 Hal 304**) berhubungan dengan efek prosedur invasif. Pada tanggal 17-01-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil menjelaskan pengertian serta tanda gejala infeksi, respon : Ibu pasien dapat mengulangi penjelasan yang diberikan perawat. Menganjurkan kepada keluarga agar tetap membatasi jumlah pengunjung. Melakukan tindakan rawat luka pada area luka bekas operasi, respon : Terdapat sedikit pus, jahitan terlihat masih basah. Mempertahankan teknik antiseptik saat rawat luka, respon : Perawat menggunakan alat – alat steril untuk menghindari adanya resiko infeksi. Mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar menurut WHO. Memberikan injeksi Cinam 3x1gram melalui intravena. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka/ luka oprasi yaitu dengan selalu sadar akan kondisi apakah terdapat tanda gejala infeksi. Menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, respon : Pasien hanya menghabiskan bubur sum – sum ½ porsi saja. Menganjurkan

meningkatkan asupan cairan, respon : Ibu pasien mengatakan An. S minum sesuai anjuran yang diarahkan perawat.

4. Resiko Jatuh (**SDKI, D.0143 Hal 306**) berhubungan dengan kondisi pasca operasi. Pada tanggal 17-01-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil : Mengidentifikasi faktor resiko jatuh (penurunan kesadaran, dan ggn penglihatan), respon : GCS 4/5/6, namun fisik masih lemah. Mengidentifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi. Mengidentifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang), menghitung resiko jatuh dengan skala Skala Jatuh *Morse (Morse Fall Scale)*, respon : Riwayat jatuh: baru saja atau dalam 3 bulan (Ya = 25), Diagnosis lain (Ya = 15), Bantuan berjalan (0), IV (Ya = 20), Cara berjalan/berpindah (Lemah = 10), Status mental (Mengetahui kemampuan diri = 0). Skor MFS yang didapatkan adalah 70, dapat disimpulkan Resiko tinggi ≥ 51 . Memberikan gelang *fall risk* pada pergelangan tangan pasien dan label resiko jatuh pada tempat tidur pasien. Memastikan roda tempat tidur terkunci dan mendekatkan bel pemanggil perawat apabila membutuhkan bantuan. Memonitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya, respon : Pasien masih belajar duduk dan pasien mengatakan pusing setelah belajar duduk sehingga belum masuk tahap belajar berdiri berpindah ke kursi roda.
5. Gangguan Mobilitas Fisik (**SDKI, D.0054 Hal 124**) berhubungan dengan nyeri. Pada tanggal 17-01-2021 pukul 08.00 WIB dilakukan pengkajian dan mengobservasi keadaan pasien, didapatkan hasil : Menjelaskan tujuan dan

prosedur ambulasi., respon : Ibu pasien dapat mengulangi penjelasan yang diberikan perawat. Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, respon : An. S mengatakan masih merasakan nyeri pada area luka bekas operasi. Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi, respon : Pasien hanya mampu duduk sebentar apabila terlalu lama sedikit merasakan pusing. Memonitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai ambulasi, respon : Tensi : 90/60mmHg, Nadi : 116x/menit, Suhu : 36.5°C, SpO2 : 98%, GCS : 456, RR : 20x/menit. Memonitor kondisi umum selama melakukan ambulasi, respon : Tidak terjadi sesak nafas saat melakukan aktivitas duduk. Mengajarkan ambulasi dini, respon : Pasien sudah dapat miring kanan kiri, menggerakkan bagian tubuhnya namun masih takut miring kanan karena terdapat luka bekas operasi pada kepalanya serta duduk masih pusing. Mengajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (berjalan, tempat tidur ke kursi roda, berjalan dr tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi).

Pelaksanaan tindakan keperawatan tidak ditemukan hambatan karena pasien dan keluarga dapat bekerja sama dengan perawat, sehingga rencana tindakan dapat dilakukan dengan baik.

4.5 Evaluasi

Pada tanggal 20 Januari 2022 pada diagnose keperawatan *Nyeri Akut* (SDKI, D.0077 Hal 172) berhubungan dengan agen pencedera fisik, didapatkan hasil perkembangan : Pasien mengatakan nyeri kepala bekas operasi, **P** : Bekas luka post op, **Q** : Ditusuk benda tajam, **R** : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), **S** :

3, **T** : Hilang timbul, Tampak sedikit meringis, Gelisah berkurang, berkurangnya sikap protektif seperti tidak berani tidur miring kanan karena takut merasa nyeri bekas luka. Tensi : 101/63mmHg, Nadi : 95x/menit, Suhu : 36,5°C, SpO2 : 99%, Porsi Makan : 1 porsi habis, GCS : 456, RR : 20x/menit. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada Nyeri Akut teratasi sebagian.

Pada tanggal 20 Januari 2022 pada diagnose keperawatan ***Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif*** (SDKI, D.0017 Hal 51) berhubungan dengan *CVA Bleeding*, didapatkan hasil perkembangan : Ibu pasien mengatakan pusing menurun saat belajar duduk An. S, Ibu pasien mengatakan An. S cemas berkurang dan gelisah berkurang seperti berani menoleh arah kanan serta berani bergerak meskipun terdapat bekas luka operasi, nyeri kepala (pusing), Kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu *Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)* di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm, Luka bekas operasi pada kepala bagian kanan membaik tidak ada kemerahan pus, oedema, maupun tanda infeksi lainnya. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi sebagian.

Pada tanggal 20 Januari 2022 pada diagnose keperawatan ***Resiko Infeksi*** (SDKI, D.0142 Hal 304) berhubungan dengan efek prosedur invasive, didapatkan hasil perkembangan : Pasien mengungkapkan nyeri pada luka post op berkurang, Terdapat luka bekas post op pada kepala bagian kanan (temporalis dextra) sudah mengering sekitar 10cm tidak ada kemerahan pus, oedema, maupun tanda infeksi

lainnya. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada Resiko Infeksi teratasi sebagian.

Pada tanggal 20 Januari 2022 pada diagnose keperawatan ***Resiko Jatuh*** (SDKI, D.0143 Hal 306) berhubungan dengan kondisi pasca operasi, didapatkan hasil perkembangan : Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali, Riwayat jatuh tanggal 16 Desember 2021 sepulang bermain, Fisik lemah, Pasien tidak bisa duduk terlalu lama karena mengeluh pusing. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada Resiko Jatuh teratasi sebagian.

Pada tanggal 20 Januari 2022 pada diagnose keperawatan ***Gangguan Mobilitas Fisik*** (SDKI, D.0054 Hal 124) berhubungan dengan nyeri, didapatkan hasil perkembangan : Pasien mengatakan cemas saat bergerak berkurang. Ibu pasien mengatakan pusing menurun saat belajar duduk. Gerakan terbatas seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak. Fisik lemah seperti pasien tidak bisa duduk terlalu lama karena mengeluh sedikit pusing. Maka penulis menyimpulkan bahwa intervensi pada Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian.

BAB 5 PENUTUP

Setelah melakukan pengamatan dan memberikan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus *Subdural Haemorrhage (SDH)* dengan Anestesi Post Op EDH di Ruang Syaraf 7 RSPAL Dr. Ramelan Surabaya, maka penulis menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)*.

5.1 Kesimpulan

Dari hasil yang telah diuraikan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnose *Subdural Haemorrhage (SDH)*, maka penulis dapat membuat kesimpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian pada An. S dengan diagnose medis *Subdural Haemorrhage (SDH)* dilakukan persistem dimulai dari B1 (Breathing) sampai B6 (Bone). Dari pengkajian antropometri TB : 150 cm, BB SMRS : 45 kg, BB MRS : 43 kg, Tensi : 101/63mmHg, Nadi : 95x/menit, Suhu : 36,5°C, SpO2 : 99%, Porsi Makan : 1 porsi habis, GCS : 456, RR : 20x/menit. Pada pengkajian B1, B2 dan B5 tidak ditemukan masalah keperawatan. Pada pengkajian B3 terdapat gangguan pada *Nervus Optik, Nervus Traklear, Nervus Abduzen*, P : Bekas luka post op serta pusing, Q : Ditusuk benda tajam, R : Kepala bagian kanan (temporalis dextra), S : 5, T : Hilang terkadang timbul selama 3 menit. Didapatkan kesimpulan pada hasil radiologi pada tanggal 12 Januari 2022 yaitu *Suspect Subdural Haemorrhage (SDH)* di posterior parietal kanan dengan ukuran +/- 7,67 cm x 8,71 cm dan dengan ketebalan +/- 2,26 cm. Pada

pengkajian B4 terpasang kateter ukuran 10. Pada pengkajian B6 didapatkan hasil pasien Pasien mengatakan cemas saat bergerak. Ibu pasien mengatakan saat belajar duduk masih pusing. Gerakan terbatas dan fisik lemah seperti pasien tidak berani menoleh arah kanan serta tidak berani bergerak terlalu banyak dan tidak bisa duduk terlalu lama. Ibu pasien mengatakan pada tanggal 16 Desember 2021 pernah jatuh sepulang bermain disertai muntah sebanyak 3 kali.

2. Diagnosis yang dapat dirumuskan berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan pada An. S meliputi Nyeri Akut, Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Resiko Infeksi, Resiko Jatuh, dan Gangguan Mobilitas Fisik.
3. Perencanaan diagnosis keperawatan pada pasien yaitu Nyeri Akut setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan Tingkat Nyeri pada pasien dapat menurun. Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral pada pasien meningkat. Resiko Infeksi setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat infeksi pada pasien dapat menurun. Resiko Jatuh setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat jatuh pada pasien dapat menurun. Gangguan Mobilitas Fisik setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan mobilitas fisik pada pasien meningkat.
4. Evaluasi dan analisis tindakan keperawatan pada pasien dengan masalah Nyeri Akut teratasi sebagian, Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi sebagian,

Resiko Infeksi teratasi sebagian, Resiko Jatuh teratasi sebagian, Gangguan Mobilitas Fisik teratasi sebagian.

5. Pendokumentasian tindakan keperawatan dilakukan dalam tertulis yang diletakkan pada catatan perkembangan pasien agar dapat terbaca dan dapat diketahui secara jelas perkembangan pada An. S

5.2 Saran

Mengacu dari kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Rumah Sakit hendaknya lebih meningkatkan mutu pelayanan kesehatan terutama dalam menerapkan asuhan keperawatan dengan diagnosis *Subdural Haemorrhage (SDH)*. Perawat hendaknya melakukan observasi secara teliti pada keadaan umum dan keluhan pasien terutama pasien dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)*.
2. Institusi pendidikan hendaknya meningkatkan mutu pendidikan dan menambahkan literature untuk kelengkapan perkuliahan terutama literature tentang diagnose *Subdural Haemorrhage (SDH)*.
3. Mahasiswa hendaknya lebih meningkatkan kompetensi dan wawasan tentang penatalaksanaan pada diagnose *Subdural Haemorrhage (SDH)*.

DAFTAR PUSTAKA

- Amir, N. (2016). *Depresi Aspek Neurobiologi Diagnosis dan Tatalaksana Edisi Kedua*. Badan Penerbit FKUI.
- Ansar, J. W., Anggorotomo, W., Utami, D., Alam, N., & Virdaus, S. (2021). Gambaran Klinis Pasien Epidural Hematoma Di RSUD Dr. H. Abdul Moeloek Provinsi Lampung. *Jurnal Kedokteran*, 8(September), 302–309. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/a2b36c4108a46bdafb8fa297a713e7db.pdf
- Arnold, C. D. (2013). Faktor – Faktor Yang Berhubungan Dengan Outcome Pasien Pasca Operasi Hematoma Epidural (EDH). *Jurnal Kedokteran*, 1–48. <https://www.angelfire.com/nc/neurosurgery/Charlie.pdf>
- Anurogo, D. &. (2014). *45 Penyakit dan Gangguan Saraf: Subdural Haemorrhage (SDH)*. Yogyakarta: Raphe Publishing.
- Aulyan Syah, B. I., Pramana Suarjaya, I. P., Rahardjo, S., & Chasnak Saleh, S. (2017). Penatalaksanaan Anestesi pada Pasien Cedera Kepala Berat akibat Hematoma Epidural Akut disertai Kehamilan. *Jurnal Neuroanestesi Indonesia*, 6(3), 169–177. <https://doi.org/10.24244/jni.vol6i3.54>
- Batticaca, F. (2012). *Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan*. Jakarta: Salemba Medika .
- Darotin, R., Nurdiana, & Nasution, T. H. (2017). Analisis Faktor Prediktor Mortalitas *Subdural Haemorrhage (SDH)* di Rumah Sakit Daerah dr Soebandi Jember. *NurseLine Journal*, 2(2), 9. <file:///C:/Users/hp/Downloads/5938-481-12106-1-10-20171129.pdf>
- Daulay, N.-. (2017). Struktur Otak dan Keberfungsiannya pada Anak dengan Gangguan Spektrum Autis: Kajian Neuropsikologi. *Buletin Psikologi*, 25(1), 11–25. <https://doi.org/10.22146/buletinpsikologi.25163>
- Fitriani. (2017). *Promosi Kesehatan Edisi 1*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Ibrahim, R., Lalenoh, D. C., & Laihad, M. L. (2021). Penanganan Pasien Perdarahan Intracerebral di Ruang Rawat Intensif. *E-Clinic*, 9(1), 8–14. <https://doi.org/10.35790/ecl.v9i1.31705>
- Istiadjid ES, M., Rahayu, M., & Balafif, F. (2016). Hubungan Respond Time Trepanasi Hematoma Epidural Pada Cedera Kepala Berat Dengan Outcome. *MNJ (Malang*

- Neurology Journal*), 2(1), 8–12. <https://doi.org/10.21776/ub.mnj.2016.002.01.3>
- Junaidi, D. I. (2011). *Subdural Haemorrhage (SDH) Waspadai Ancamannya*. Yogyakarta: CV Andi Offset.
- Kemkes RI. (2018). Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018. *Kemntrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699. file:///D:/Hasil-risikesdas-2018_1274.pdf
- Marylynn E Doenges, M. F. (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan, Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Jakarta: EGC.
- Macgraw, P. (2016). Trauma Bedah Saraf Epidural Hematoma. *Jurnal Kedokteran*, 301(7), 1–8. <https://med.unhas.ac.id/kedokteran/wp-content/uploads/2016/10/Trauma-Bedah-Saraf.pdf>
- Mauni, W., Paliyama, M. J., Sanaky, M., & Titaley, C. R. (2020). Penurunan Resiko Jatuh Pada Pasien *Subdural Haemorrhage (SDH)* Dengan Latihan Keseimbangan Di Paralel Bar. *Jurnal Kedokteran*, 3(2017), 54–67. <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
- Mayasari, C. D. (2016). Pentingnya Pemahaman Manajemen Nyeri Non Farmakologi bagi Seorang Perawat. *Jurnal Wawasan Kesehatan*, 1(1), 35–42. [file:///C:/Users/hp/Downloads/13-Article Text-13-1-10-20190213.pdf](file:///C:/Users/hp/Downloads/13-Article%20Text-13-1-10-20190213.pdf)
- Misbach, J. (2011). *Stroke Aspek Diagnosis, Patofisiologi, Manajemen*. Jakarta: Balai Penerbit Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Muttaqin, A. (2018). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Neurologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Mutiarasari, D. (2019). Ischemic Stroke: Symptoms, Risk Factors, and Prevention. *Jurnal Ilmiah Kedokteran Medika Tandulako*, 1(1), 60–73. <http://jurnal.untad.ac.id/jurnal/index.php/MedikaTadulako/article/viewFile/12337/9621>
- Nuraini, B. (2015). Risk Factors of Hypertension. *J Majority*, 4(5), 10–19.
- PPNI, T. P. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI.
- Pratiwi, I. (2017). Upaya Peningkatan Mobilitas Fisik Pada Keluarga Dengan *Subdural Haemorrhage (SDH)*. *Students E-Jurnal*, 31–48. http://eprints.ums.ac.id/52393/4/PUBLIKASI_ILMIAH-2.pdf

- Pribadhi H, P. I. A. (2019). Perbedaan kejadian depresi pasca-stroke pada pasien stroke iskemik lesi hemisfer kiri dan kanan di RSUP SANGLAH tahun 2017. *Jurnal Medikal*, 8(3). <file:///C:/Users/hp/Downloads/50001-205-111185-1-10-20190613.pdf>
- Qurbany, Z. T., & Wibowo, A. (2016). *Subdural Haemorrhage (SDH) e.c Hipertensi Grade II*. *Jurnal Medula*, 5(2), 114–118. <http://juke.kedokteran.unila.ac.id/index.php/medula/article/view/1520>
- Riskesdas. (2019). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Kementerian Kesehatan RI*, 1(1), 1. <https://www.kemkes.go.id/article/view/19093000001/penyakit-jantung-penyebab-kematian-terbanyak-ke-2-di-indonesia.html>
- Savitri, N. C. (2012). Asuhan Keperawatan pada Tn. S Post Craniotomy dengan Diagnosa Cedera Kepala Berat (CKB) Di Intensive Care Unit (ICU) RSUD Dr. Moewardi di Surakarta. *Progrm Studi Profesi Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas MUhammadiyah Surakarta*, 1–15. file:///C:/Users/Asus/Downloads/KTI/02._Naskah_Publikasi.pdf
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Unsyiah. (2021). Bedah Syaraf Trepanasi atau Ktaniotomi. *Jurnal Kedokteran*, 1–10. <http://ilmubedah.unsyiah.ac.id/modul-bedah-saraf>
- Wardani, N. P. (2014). Manajemen Nyeri Akut. *Manajemen Nyeri Akut*, 57–69. https://simdos.unud.ac.id/uploads/file_penelitian_1_dir/7a7e6ab189e88b456637b8a831bdec07.pdf
- Wardhani, N. R., & Martini, S. (2014). Faktor yang Berhubungan dengan Pengetahuan Tentang *Subdural Haemorrhage (SDH)* pada Pekerja Institusi IPendidikan Tinggi Related factor of Knowledge by *Subdural Haemorrhage (SDH)* in Institute of Higher Education Employees. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 2(1), 13–23. <https://e-journal.unair.ac.id/JBE/article/view/149>
- Widyaswara Suwaryo, P. A., Widodo, W. T., & Setianingsih, E. (2019). Faktor Risiko yang Mempengaruhi Kejadian *Subdural Haemorrhage (SDH)*. *Jurnal Keperawatan*, 11(4), 251–260. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v11i4.530>

Lampiran 1. Standar Operasional Prosedur Rawat Luka

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) RAWAT LUKA

Definisi

Prosedur perawatan yang dilakukan pada luka setelah operasi ataupun luka trauma

Tujuan

8. Mencegah timbulnya infeksi
9. Mengobservasi perkembangan luka
10. Mengabsorbsi drainase eksudate
11. Meningkatkan kenyamanan fisik dan psikologis

Persiapan Alat

1. Sarung tangan steril 1 pasang
2. Sarung tangan nonsteril 1 pasang
3. Pinset anatomis 2 buah
4. Gunting heciting 1 buah
5. Kapas lidi secukupnya
6. Kasa steril secukupnya
7. Bak instrument
8. Mangkok/kom kecil
9. Gunting balutan
10. Plester
11. Nierbekken 1 buah
12. Pembalut bila perlu
13. Underpad
14. Alcohol swab
15. Betadin 2% (obat sesuai order)
16. Sofratul

Prosedur Kerja

A. Tahap Orientasi

1. Beri salam, panggil pasien dengan namanya dan periksa gelang identitas pasien
2. Jelaskan prosedur, tujuan, dan lamanya tindakan.

B. Tahap Kerja

1. Berikan kesempatan pada pasien bertanya sebelum kegiatan dilakukan
2. Menanyakan keluhan utama
3. Jaga privacy pasien
4. Tempatkan alat yang sesuai
5. Cuci tangan dan gunakan sarung tangan
6. Letakkan underpad di bawah area daerah luka
7. Buka pembalut dan buang pada tempatnya serta kajilah luka/jahitan yang ada
8. Bila ada jahitan dan akan dilepas maka lakukan menarik simpul jahitan sedikit ke atas secara hati – hati menggunakan pinset anatomis sehingga kelihatan benang yang di dalam kulit. Benang ini digunting dan ditarik hati – hati lalu dibuang pada kasa yang sudah disediakan
9. Bila ada drain maka lakukan
 - a. Mengkaji banyaknya cairan yang ada di dalam botol drain serta daerah sekitar drain.
 - b. Membuang cairan di dalam botol drain dan melakukan vakum pada daerah selain abdomen

- c. Mengolesi daerah drain dengan betadine 2% (sesuai dokter), berikan sofratul bila perlu
 - d. Tutup drain dengan kasa dengan cara melingkari.
10. Disinfeksi sekitar luka dengan alcohol swab dari arah dalam keluar
 11. Buanglah alkohol swab pada tempatnya dan pincet kotor tempatkan pada piala ginjal.
 12. Olesi luka dengan betadin (sesuai order) berikan sofratul bila perlu dan tutup luka dengan kasa steril
 13. Plester verband atau kassa
 14. Rapikan pasien
 15. Bereskan alat – alat dan simpan pada tempatnya

C. Tahap terminasi

1. Evaluasi hasil kegiatan
2. Lakukan kontrak untuk kegiatan selanjutnya
3. Akhiri kegiatan
4. Lepas sarung tangan
5. Cuci tangan

D. Dokumentasi

Catat tindakan yang telah dilakukan di lembar Catatan Perkembangan Pasien terintegrasi (CPPT).

Lampiran 2. Standar Operasional Prosedur Injeksi Intravena

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) INJEKSI INTRAVENA (IV)

DEFINISI

Injeksi intravena adalah pemberian obat dengan cara memasukkan obat ke dalam pembuluh darah vena dengan menggunakan spuit.

TUJUAN

1. Memberikan obat kepada klien melalui pembuluh darah vena
2. Untuk memperoleh reaksi obat yang cepat diabsorpsi daripada dengan injeksi parenteral lain, sehingga sering dilakukan pada pasien kegawatdaruratan
3. Untuk menghindari terjadinya kerusakan jaringan
4. Untuk memasukkan obat dalam jumlah yang lebih besar

INDIKASI

1. Pasien yang membutuhkan reaksi cepat
2. Pasien yang muntah terus menerus\
3. Pasien yang tidak dibolehkan memasukkan obat atau apapun lewat oral
4. Thypoid
5. Sesak nafas
6. Kejang demam

KONTRAINDIKASI

1. Pasien dengan liver deases
2. Non – intact ductus billiaris

3. Pasien dengan peningkatan bilirubin lebih dari 2mg/dl
4. Pasien dengan obstructive jaundice dan post cholecysecthomy
5. Pasien alergi terhadap obat

TEMPAT INJEKSI

1. Pada lengan (vena basilika dan vena sefalika)
2. Pada tungkai (vena saphenous)
3. Pada leher (vena jugularis)
4. Pada kepala (vena frontalis atau vena temporalis)

PELAKSANAAN INJEKSI INTRAVENA

A. Fase Pre Interaksi

Persiapan Alat

1. Baki/meja obat
2. Jarum dan spuit sesuai ukuran yang dibutuhkan yang telah berisi obat.
3. Kapas alkohol/alkohol swab
4. Bak spuit
5. Torniket
6. Buku obat/catatan
7. Bengkok obat
8. Sarung tangan
9. Tempat sampah medis khusus
10. Perlak/pengalas.

Persiapan Obat

1. Cek 7 benar pemberian obat
2. Siapkan obat hanya untuk satu kali pemberian pada satu klien.

B. Fase Interaksi

Persiapan Klien

1. Pastikan kebutuhan klien akan pemberian obat intravena (IV)
2. Sampaikan salam
3. Jelaskan kepada klien tentang tujuan dan prosedur tindakan yang akan dilakukan

Persiapan Lingkungan

1. Jaga privacy klien dengan menutup gorden/pintu/memasang sampiran.

C. Fase Kerja

Langkah Prosedur

1. Cuci tangan
2. Bawa obat yang telah dipersiapkan untuk diberikan langsung kepada klien. Jangan meninggalkan obat tanpa pengawasan
3. Bandingkan nama yang tertera di buku obat atau pada gelang nama yang terpasang pada klien
4. Dekatkan alat-alat ke klien
5. Beritahu kembali klien akan prosedur tindakan yang akan dilakukan.
6. Pasang pengalas di area yang akan dilakukan penyuntikan
7. Pasang sarung tangan

Jika Suntikan Langsung pada Vena :

1. Tentukan dan cari vena perifer besar sebagai tempat penusukan. Lokasi penusukan yang sering digunakan biasanya vena basilica dan sefalika
2. Jika pilihan lokasi penyuntikan di vena area lengan, singsingkan lengan baju yang menutupi vena, jika sudah ditemukan, atur lengan lurus dan pasang torniket sampai vena benar-benar dapat dilihat dan diraba. Jika perlu, anjurkan klien mengepalkan tangannya.
3. Kemudian bersihkan dengan kapas alkohol/alkohol swab dengan cara melingkar dari pusat ke arah luar atau satu usapan dari titik penyuntikan ke arah proksimal, buang kapas alkohol ke bengkok, tunggu sampai tempat injeksi mengering.
4. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
5. Perlahan-lahan tusukkan jarum ke dalam vena dengan posisi jarum sejajar dengan vena dan lubang jarum mengarah ke atas. Untuk mencegah vena tidak bergeser, tangan yang tidak memegang spuit dapat digunakan untuk menahan vena sampai jarum masuk kedalam vena.
6. Lakukan aspirasi dengan cara menarik plunger spuit. Bila darah terhisap, lepaskan torniket dan dorong obat perlahan-lahan ke dalam vena.
7. Amati respon pasien.

Jika Terpasang Port Vena :

1. Cari tempat penusukan IV pada alat yang terpasang, biasanya terletak dekat dengan tempat penusukan alat IV

2. Bersihkan tempat penusukan IV dengan alkohol swab, biarkan sesaat agar mengering (jangan ditiup)
3. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
4. Lepaskan jarum spuit, buka port IV, masukkan spuit ke dalam port IV
5. Tahan port IV diatas tempat penusukan dengan memegangnya, secara perlahan aspirasi sampai darah tampak. Jika tempat penusukan IV mengalami kemacetan, pindahkan terlebih dahulu. Ganti dan pindahkan alat IV.
6. Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam port IV. Gunakan jam untuk kecepatan pemberian obat.
7. Setelah pemberian, masukkan 1 ml cairan aquadest serta lepaskan tahanan.

Jika Terpasang Infus :

1. Cari tempat penusukan suntikan, biasanya dekat dengan IV line (abocath)
2. Bersihkan tempat penusukan dengan alkohol swab dan biarkan sesaat sampai mengering (jangan ditiup)
3. Matikan aliran cairan infus ke vena klien.
4. Siapkan spuit yang telah berisi obat. Jika dalam tabung spuit masih terdapat udara, maka udara harus dikeluarkan terlebih dahulu.
5. Masukkan jarum spuit ke tempat penusukan
6. Secara perlahan, suntikkan obat ke dalam selang infus. Sesuaikan waktu pemberian dengan jenis obat.

7. Setelah obat masuk semua, segera cabut spuit, tutup jarum dengan teknik one hand, lalu buang ke tempat sampah medis alat tajam habis pakai.
8. Setelah obat masuk semua, buka kembali aliran cairan infus ke vena atur kembali tetesan sesuai program.
9. Amati kelancaran tetesan infus.
10. Lepaskan sarung tangan
11. Rapihkan alat-alat dan bantu klien dalam posisi nyaman.
12. Evaluasi respon klien setelah pemberian obat intravena (IV) dan rencana tindak lanjut
13. Sampaikan salam terminasi
14. Cuci tangan
15. Dokumentasi hasil tindakan pemberian obat IV

D. Fase Terminasi

16. Mengevaluasi respon klien
17. Merencanakan tindak lanjut
18. Melakukan kontrak yang akan datang
19. Melakukan dokumentasi tindakan dan hasil

Lampiran 3. Standar Operasional Prosedur ROM

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) *RANGE OF MOVEMENT (ROM)*

DEFINISI

Range of movement (ROM), merupakan latihan gerak sendi yang dilakukan oleh perawat kepada pasien.

Range of movement (ROM) adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas. ROM dapat dilakukan secara aktif atau pasif. Aktif jika pasien dapat melakukan secara mandiri. Pasif jika latihan dijalankan oleh seseorang, atau aktif dengan bantuan jika pasien melakukan sendiri, tetapi perlu bantuan orang lain. Pasien dengan bed rest lama akan beresiko terjadi penurunan pergerakan sendi dan massa otot. Latihan ROM memperbaiki mobilitas ekstremitas, mencegah kontraktur/atropi dan memberikan kenyamanan.

INDIKASI : Pasien yang bedrest lama dan beresiko untuk terjadi kontraktur persendian

TUJUAN : Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstremitas klien, mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon, serta meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas, menurunkan komplikasi vaskular immobilisasi dan meningkatkan kenyamanan klien

PERSIAPAN TEMPAT dan ALAT

1. Tempat tidur.

2. Bantal.
3. Balok drop food.
4. Hanskoon

PERSIAPAN PASIEN

1. Menjelaskan tujuan pelaksanaan.
2. Mengatur posisi lateral lurus (terlentang biasa).

PERSIAPAN LINGKUNGAN

1. Menutup pintu dan jendela.
2. Memasang tabir dan tirai

PELAKSANAAN

1. Leher:
 - a. Letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala pasien dan tangan kanan pada pipi/wajah pasien.
 - b. Lakukan gerakan:
 1. Rotasi: tundukkan kepala, putar ke kiri dan ke kanan.
 2. Fleksi dan ekstensi: gerakkan kepala menyentuh dada kemudian kepala sedikit ditengadahkan.
 3. Fleksi lateral: gerakkan kepala ke samping kanan dan kiri hingga telinga dan bahu hampir bersentuhan.
 - c. Observasi perubahan yang terjadi.
2. Bahu

- Fleksi/Ekstensi
 - a. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - b. Angkat lengan pasien pada posisi awal.
 - c. Lakukan gerakan mendekati tubuh.
 - d. Lakukan observasi perubahan yang terjadi. Misalnya: rentang gerak bahu dan kekakuan.

- Abduksi dan Adduksi
 - a. Letakkan satu tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - b. Gerakkan lengan pasien menjauh dari tubuhnya ke arah perawat (ke arah samping).
 - c. Kembalikan ke posisi semula.
 - d. Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.

- Rotasi Bahu
 - a. Atur posisi lengan pasien menjauhi dari tubuh (ke samping) dengan siku menekuk.
 - b. Letakkan satu tangan perawat di lengan atas dekat siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - c. Lakukan rotasi bahu dengan lengan ke bawah sampai menyentuh tempat tidur.

- d. Kembalikan lengan ke posisi awal.
- e. Gerakkan lengan bawah ke belakang sampai menyentuh tempat tidur, telapak tangan menghadap ke atas.
- f. Kembalikan ke posisi awal.
- g. Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak bahu, adanya kekakuan, dan adanya nyeri.

3. Siku

- Fleksi dan Ekstensi
 - a. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan telapak mengarah ke tubuh pasien.
 - b. Letakkan tangan perawat di atas siku pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - c. Tekuk siku pasien sehingga tangan pasien mendekat ke bahu.
 - d. Lakukan dan kembalikan ke posisi sebelumnya.
 - e. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pada siku, kekakuan sendi, dan adanya nyeri.

4. Lengan bawah

- Pronasi dan Supinasi
 - a. Atur posisi lengan pasien dengan siku menekuk/lurus
 - b. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan tangan pasien dan pegang tangan pasien dengan tangan lainnya.
 - c. Putar lengan bawah pasien ke arah kanan atau kiri.

- d. Kembalikan ke posisi awal sebelum dilakukan pronasi dan supinasi.
- e. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak lengan bawah dan kekakuan.

5. Pergelangan tangan

- Fleksi dan Ekstensi
 - a. Atur posisi lengan pasien dengan menjauhi sisi tubuh dan siku menekuk.
 - b. Pegang tangan pasien dengan satu tangan dan tangan yang lain memegang pergelangan tangan pasien.
 - c. Tekuk tangan pasien ke depan sejauh mungkin.
 - d. Lakukan observasi terhadap perubahan yang terjadi. Misalnya, rentang gerak pergelangan dan kekakuan sendi.

6. Jari-jari

- Fleksi dan Ekstensi
 - a. Pegang jari-jari tangan pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang pergelangan.
 - b. Bengkokkan (tekuk/fleksikan) jari-jari ke bawah.
 - c. Luruskan jari-jari (ekstensikan) kemudian dorong ke belakang (hiperekstensikan).
 - d. Gerakkan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
 - e. Kembalikan ke posisi awal.
 - f. Catat perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

7. Paha

- Rotasi
 - a. Letakkan satu tangan perawat pada pergelangan kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas lutut pasien.
 - b. Putar kaki ke arah pasien.
 - c. Putar kaki ke arah pelaksana.
 - d. Kembalikan ke posisi semula.
 - e. Observasi perubahan yang terjadi.
- Abduksi dan Adduksi
 - a. Letakkan satu tangan perawat di bawah lutut pasien dan satu tangan pada tumit.
 - b. Angkat kaki pasien kurang lebih 8cm dari tempat tidur dan pertahankan posisi tetap lurus. Gerakan kaki menjauhi badan pasien atau kesamping ke arah perawat.
 - c. Gerakkan kaki mendekati dan menjauhi badan pasien.
 - d. Kembalikan ke posisi semula.
 - e. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.
 - f. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi.

8. Lutut

- Fleksi dan Ekstensi

- a. Letakkan satu tangan di bawah lutut pasien dan pegang tumit pasien dengan tangan yang lain.
 - b. Angkat kaki, tekuk pada lutut dan pangkal paha.
 - c. Lanjutkan menekuk lutut ke arah dada pasien sejauh mungkin dan semampu pasien.
 - d. Turunkan dan luruskan lutut dengan tetap mengangkat kaki ke atas.
 - e. Kembalikan ke posisi semula.
 - f. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan
 - g. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan adanya kekakuan sendi.
9. Pergelangan kaki
- Fleksi dan Ekstensi
 - a. Letakkan satu tangan pada telapak kaki pasien dan satu tangan yang lain di atas pergelangan kaki, jaga kaki lurus dan rileks.
 - b. Tekuk pergelangan kaki, arahkan jari-jari kaki ke arah dada atau ke bagian atas tubuh pasien.
 - c. Kembalikan ke posisi awal.
 - d. Tekuk pergelangan kaki menjauhi dada pasien. Jari dan telapak kaki diarahkan ke bawah.
 - e. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak dan kekakuan.
 - Infeksi dan Efusi

- a. Pegang separuh bagian atas kaki pasien dengan tangan kita (pelaksana) dan pegang pergelangan kaki pasien dengan tangan satunya.
- b. Putar kaki dengan arah ke dalam sehingga telapak kaki menghadap ke kaki lainnya.
- c. Kembalikan ke posisi semula.
- d. Putar kaki keluar sehingga bagian telapak kaki menjauhi kaki yang lain.
- e. Kembalikan ke posisi awal.
- f. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

10. Jari-jari

- Fleksi dan Ekstensi Jari-jari
 - a. Pegang jari-jari kaki pasien dengan satu tangan sementara tangan lain memegang kaki.
 - b. Bengkokkan (tekuk) jari-jari kaki ke bawah.
 - c. Luruskan jari-jari kemudian dorong ke belakang.
 - d. Gerakan kesamping kiri kanan (Abduksi-adduksikan).
 - e. Kembalikan ke posisi awal.
 - f. Observasi perubahan yang terjadi. Misal, rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi.

11. Cuci tangan setelah prosedur dilakukan.

12. Catat perubahan yang terjadi. Misal: rentang gerak, dan adanya kekakuan sendi

SIKAP

Sikap selama pelaksanaan:

1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah.
2. Menjamin Privacy pasien.
3. Bekerja dengan teliti.
4. Memperhatikan body mechanism.

EVALUASI

1. Tidak terjadi cedera.
2. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan.
3. Peningkatan rentang gerak sendi.

Lampiran 4. Standar Operasional Prosedur Membantu Pasien Berjalan

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP) MEMBANTU PASIEN BERJALAN

DEFINISI

Melatih jalan merupakan cara membantu klien dalam aktifitas berjalan sebagai bentuk kemampuan seseorang untuk bergerak dalam upaya melatih aktifitas berjalan (tanpa alat atau bantuan alat seperti tongkat).

Latihan berjalan adalah suatu kegiatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan aktifitas. Membantu pasien berjalan memerlukan persiapan. Perawat mengkaji toleransi pasien terhadap aktifitas, kekuatan, adanya nyeri, koordinasi. Latihan berjalan ini bisa tanpa menggunakan alat atau mungkin memerlukan alat seperti tongkat, dan kruk, tergantung pengkajian yang ditemukan.

INDIKASI : Pasien yang bed rest lama atau pasien cedera.

TUJUAN : Memperbaiki tingkat mobilitas fungsional ekstremitas klien, mencegah kontraktur dan pengecilan otot dan tendon, serta meningkatkan sirkulasi darah pada ekstremitas, menurunkan komplikasi vaskular immobilisasi dan meningkatkan kenyamanan klien.

PERSIAPAN TEMPAT dan ALAT : Alat disesuaikan dengan kondisi pasien.

PERSIAPAN PASIEN

1. Menjelaskan tujuan pelaksanaan.
2. Mengadakan kontrak waktu pelaksanaan.

PERSIAPAN LINGKUNGAN : Beri lingkungan aman dengan hindari lantai licin.

PELAKSANAAN

1. Mencuci tangan.
2. Mintalah pasien untuk meletakkan tangan disamping badan atau memegang telapak tangan perawat (bisa dua perawat).
3. Perawat berdiri disamping pasien dan pegang telapak dan lengan tangan pada bahu pasien (bisa dua perawat).
4. Bantu pasien untuk berjalan dan ikuti sesuai dengan langkah pasien sesuai kemampuan (bisa dua perawat).
5. Selalu observasi respon pasien saat berdiri dari tempat tidur dan saat jalan (frekwensi nadi dan tanda pusing kepala).
6. Mencuci tangan.
7. Catat tindakan dan respon pasien.

SIKAP SELAMA PELAKSANAAN :

1. Menunjukkan sikap sopan dan ramah.
2. Menjamin Privacy pasien.
3. Bekerja dengan teliti.
4. Memperhatikan body mechanism.

EVALUASI

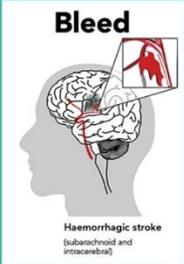
1. Tanyakan keadaan dan kenyamanan pasien setelah tindakan
2. Respon klien kooperatif.

Lampiran 5. Dokumentasi Setelah Rawat Luka

Lampiran 6. Leaflet

DEFINISI

Stroke merupakan penyakit tidak menular dimana terdapat gangguan fungsional otak berupa kelumpuhan saraf (deficit neurologic) akibat terhambatnya aliran darah ke otak (Mutiarasari, 2019)



Bleed

Haemorrhagic stroke
(subarachnoid and intracerebral)

TANDA GEJALA

- Kelumpuhan wajah atau anggota badan sebelah (hemiparise) atau hemiplegia (paralisis) yang timbul secara mendadak.
- Gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan.
- Penurunan kesadaran (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma
- Hipertensi
- Penyakit kardiovaskuler misalnya embolisme serebral
- Diabetes Mellitus
- Merokok
- Obesitas Arteriosklerosis
- Afasia (kesulitan dalam bicara).
- Disatria (bicara cedel atau pelo)
- Gangguan penglihatan,
- Disfagia atau kesulitan menelan
- Inkontinensia



CVA BLEEDING

KARYA TULIS ILMIAH

OLEH :
DAWUT
NIM. 1921006

PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU
KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2022





PENYEBAB

- Thrombosis Cerebral
- Emboli
- Hemoragik
- Hipoxia umum
- Hypoxia setempat



Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan Darah Lengkap
- Tes darah Koagulasi
- Tes Kimia Darah
- Angiografi serebri
- Magnetic Imaging Resnace (MRI)
- USG Doppler
- Computerized Tomography Scanning (CT-Scan)
- Cerebral Angiography
- Pungsi lumbal
- EEG
- X-Ray tengkorak





AYO
SEMANGAT

Percayalah bahwa setiap penyakit selalu ada obatnya, begitu pula dengan yang sedang anda alami. Semoga lekas sembuh dan bisa hidup normal kembali.

PRODI D3 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
HANG TUAH
SURABAYA
2022

