

**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR DAN KRITIS  
DENGAN GANGGUAN SISTEM NEUROLOGI :  
*INTRA CEREBRAL HEMORRHAGE (ICH)*  
PADA NY.R DI RUANG RAWAT HCU  
RUMAH SAKIT SANTA  
ELISABETH MEDAN  
TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**



Oleh:

Debby Hutasoit  
Nim.052024007

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN  
2025**

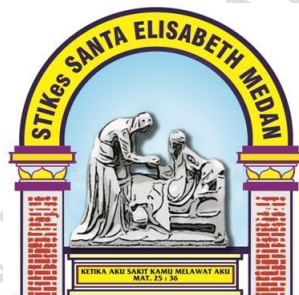


**ASUHAN KEPERAWATAN GADAR DAN KRITIS  
DENGAN GANGGUAN SISTEM NEUROLOGI :  
*INTRA CEREBRAL HEMORRHAGE (ICH)*  
PADA NY.R DI RUANG RAWAT HCU  
RUMAH SAKIT SANTA  
ELISABETH MEDAN  
TAHUN 2025**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan profesi Ners/  
Program

Studi Profesi Ners  
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan



Oleh:

Debby Hutasoit  
Nim.052024007

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH  
MEDAN**



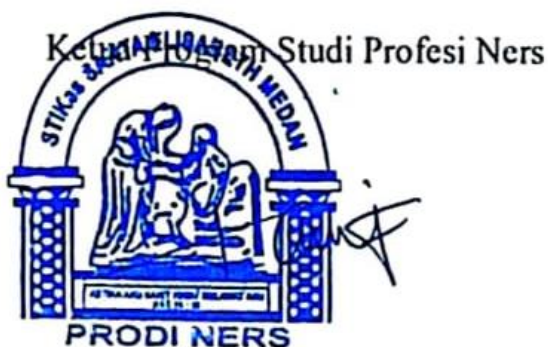
2025

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



**LEMBAR PENGESAHAN**

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DISETUJUI UNTUK  
DIPERTAHANKAN  
PADA UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
TANGGAL, 28 MEI 2025**



**(Lindawati F. Tampubolon, S.Kep.,Ns.,M.Kep)**

**Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan**



**(Mestiana Br. Karo, M.Kep.,DNSc)**



**LEMBAR PENETAPAN TIM PENGUJI**

**KARYA ILMIAH AKHIR INI TELAH DIPERTAHANKAN DI DEPAN  
PENGUJI UJIAN SIDANG KARYA ILMIAH AKHIR  
PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTA ELISABETH MEDAN  
PADA TANGGAL 28 MEI 2025**

**TIM PENGUJI**

Tanda Tangan

Penguji I : Lindawati Simorangkir, S.Kep., Ns., M.Kes

Penguji II : Ance M. Siallagan, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji III : Vina YS Sigalinging, S.Kep.,Ns.,M.Kep



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Diajukan sebagai salah satu syarat guna memperoleh  
Ners (Ns)**

**OLEH :  
DEBBY HUTASOIT  
052024007**

Medan, 28 Mei 2025

Menyetujui  
Ketua Penguji

**(Lindawati Simorangkir, S.Kep., Ns., M.kes)**

Anggota I

**(Ance M. Siallagan, S.Kep., Ns., M.kep)**

Anggota II

**(Vina Yolanda Sari Sigalinging, S.Kep., Ns., M.Kep)**



## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena Rahmat karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan baik dan tepat pada waktunya. Adapun judul Karya Ilmiah Akhir ini **“Asuhan Keperawatan Gadar Kritis dengan Gangguan Sistem Neurologi: *Intra Cerebral Hemorrhage* (ICH) Spontan Pada Ny.R di Ruang HCU Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”**. Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan jenjang Profesi Ners Di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan.

Penyusunan Karya Ilmiah ini telah banyak mendapat bantuan, bimbingan dan dukungan berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terimakasih kepada

1. Mestiana Br.Karo., S.kep., Ns., M.Kep., DNSc selaku ketua STIKes Santa Elisabeth Medan yang telah mengizinkan dan menyediakan fasilitas untuk mengikuti serta menyelesaikan pendidikan di STIKes Santa Elisabeth Medan.
2. Lindawati F. Tampubolon S.Kep., Ns., M.Kep selaku Ketua Program Studi Ners yang telah memberikan semangat, dukungan serta kesempatan kepada penulis untuk menyelesaikan karya ilmiah akhir ini dengan baik.
3. Lindawati Simorangkir, S.Kep., Ns., M.Kes selaku dosen pembimbing dan penguji I saya yang telah membantu dan membimbing dengan sangat baik dan sabar dalam penyusunan karya ilmiah ini hingga selesai.



4. Ance M. Siallagan S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku dosen penguji II yang selalu membantu, membimbing serta mengarahkan penulis dengan penuh keseriusan dan memberikan ilmu yang bermanfaat dalam penyusunan karya ilmiah ini.
5. Vina Yolanda Sari Sigalingging S.Kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji III yang telah membantu dan membimbing serta menguji saya pada karya ilmiah akhir ini.
6. Teristimewa kepada kedua orang tua tercinta ayah saya N. Hutasoit dan Ibunda saya R. Sianipar yang telah membesarkan saya dengan penuh kasih sayang dan yang selalu memberikan didikan, doa, dan dukungan baik dari segi materi maupun motivasi yang diberikan kepada peneliti. Serta kepada dua saudara saya yang selalu memberikan semangat yang tidak terhenti dan doa yang tidak terputus demi kelancaran penyusunan karya ilmiah akhir ini
7. Seluruh teman-teman mahasiswa/i Program Studi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santa Elisabeth Medan angkatan ke-XIII stambuk 2024 yang telah berjuang bersama-sama dan saling memberikan dukungan.





Dengan rendah hati penulis mengucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah berpartisipasi dalam penyusunan karya ilmiah ini, semoga Tuhan Yang Maha Kuasa membalas semua kebaikan dan bantuan yang telah diberikan. Penulis juga menyadari bahwa penyusunan karya ilmiah akhir ini masih terdapat banyak kekurangan, maka penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan karya ilmiah akhir ini. Akhir kata penulis mengucapkan banyak terimakasih semoga karya ilmiah akhir ini dapat bermanfaat bagi kita semua dalam pengembangan ilmu pengetahuan khususnya ilmu keperawatan.

Medan, 27 april 2025

Debby Hutasoit



DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN.....	i
SAMPUL DALAM .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
HALAMAN PENETAPAN PENGUJI .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI .....	ix
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Tujuan .....	4
1.3.1. Tujuan Umum .....	4
1.3.2. Tujuan Khusus .....	4
1.4 Manfaat .....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis .....	5
1.4.2. Manfaat Praktis .....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1 Konsep Intracerebral Hemorrhage (ICH) .....</b>	<b>7</b>
2.1.1. Definisi .....	7
2.1.2. Etiologi .....	7
2.1.3. Patofisiologi .....	8
2.1.4. Manifestasi Klinis .....	10
2.1.5. Komplikasi .....	11
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang .....	13
2.1.7. Penatalaksanaan.....	13
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....</b>	<b>16</b>
2.2.1. Pengkajian Keperawatan .....	16
2.2.2. Diagnosa Keperawatan .....	21
2.2.3. Intervensi Keperawatan.....	22
2.2.4. Implementasi Keperawatan .....	29
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	29
<b>BAB III TINJAUAN KASUS.....</b>	<b>30</b>
<b>BAB IV PEMBAHASAN.....</b>	<b>50</b>
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>57</b>
<b>DAFTAR .....</b>	<b>PUSTAKA-</b>



## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1.Latar Belakang

Stroke hemoragik menyumbang sekitar 15% dari total kasus stroke secara global (World Health Organization (WHO), 2021). Jenis stroke ini merupakan salah satu penyebab utama kematian dan cacat di Indonesia, diperkirakan bahwa sekitar 20-30% dari semua kasus stroke di Indonesia adalah tipe ICH (Kementerian Kesehatan RI, 2020). Mayoritas ICH terjadi pada usia 35-54 tahun, namun tak jarang juga terjadi pada usia lanjut. Pada tahun 2020 sebanyak 34% ICH terjadi pada usia lebih dari 80 tahun. Orang lanjut usia memiliki risiko lima kali lebih tinggi dibandingkan dengan usia muda. Usia lanjut dapat meningkatkan kondisi risiko kesehatan kronis dan timbulnya masalah sistemik seperti hipertensi. Hipertensi merupakan penyebab utama aneurisma yang dapat menyebabkan ICH. Menurut penelitian Almohammedy pada tahun 2020 terhadap 10 pasien dengan ICH batang otak, 90% pasien mengalami hipertensi (Almohammedy et al., 2020).

Intracerebral Hemorrhage (ICH) merupakan salah satu subtype stroke hemoragik dengan kondisi parah dimana hematoma terbentuk di dalam parenkim otak dengan atau tanpa perluasan darah ke dalam ventrikel (Rajashekar & Liang, 2023). Kejadian ICH terjadi ketika terjadi perdarahan di dalam jaringan otak, menyebabkan tekanan intrakranial meningkat dan dapat mengakibatkan kerusakan serius pada otak. Gejala klinis ICH meliputi kelemahan, kelumpuhan, kesemutan, hilang sensasi atau mati rasa setengah badan. Selain itu, sebagian orang juga



mengalami sulit berbicara atau bicara pelo, merasa bingung, masalah penglihatan, mual, muntah, kejang dan kehilangan kesadaran.

Manajemen terapi emergensi untuk pasien ICH meliputi observasi ketat hemodinamik, mempertahankan patensi jalan napas, stabilisasi sirkulasi kardiovaskular, dan koreksi kelainan hemostatik (Hadiano, 2024). Menurut Guideline ASA tahun 2022, dimulai dengan tatalaksana awal untuk mengatasi peningkatan tekanan intrakranial (TIK) meliputi posisi kepala yang dinaikkan hingga 30° dan pemberian agen osmotik seperti salin hipertonik dan manitol. Dosis manitol yang diberikan adalah 0,5-1 g/kg secara bolus intravena, yang diberikan dalam waktu 5-15 menit dan dapat diulang setiap 4-6 jam (Rizki et al., 2023)

Dalam situasi stroke hemoragik, waktu sangat berharga karena penanganan yang cepat dapat mengurangi risiko kerusakan otak yang permanen. American Stroke Association (ASA) merekomendasikan agar pasien dengan gejala stroke, termasuk stroke hemoragik, segera dibawa ke rumah sakit dalam waktu 3-4,5 jam sejak munculnya gejala pertama. Maka dari itu, ICH yang diakibatkan oleh stroke hemoragik memerlukan tindakan bedah yang disebut kraniotomi. American Stroke Association menyatakan bahwa kraniotomi dapat menjadi opsi dalam penanganan kasus ICH yang parah, terutama ketika ada tekanan intrakranial yang signifikan (Greenberg et al., 2022). Kraniotomi adalah prosedur bedah yang bertujuan untuk mengatasi perdarahan, mengurangi tekanan otak dan mengangkat bekuan darah atau jaringan yang dapat menyebabkan

komplikasi lebih lanjut. Tindakan ini umumnya dilakukan ketika kondisi pasien memburuk atau perdarahan semakin membesar.

Pasien yang menjalani kraniotomi, memerlukan perawatan intensif dan pemantauan ketat. Pertama, kraniotomi adalah prosedur bedah yang melibatkan pembukaan tengkorak untuk mengakses otak, sehingga pasien berisiko mengalami komplikasi seperti perdarahan, infeksi, atau peningkatan tekanan intrakranial. Oleh karena itu, pemantauan ketat diperlukan untuk mendeteksi komplikasi ini segera dan memberikan perawatan yang tepat. Kedua, pasien yang menjalani kraniotomi seringkali memerlukan manajemen nyeri yang intensif dan pemantauan fungsi neurologis mereka untuk memastikan bahwa tidak ada gejala yang mengkhawatirkan, seperti defisit neurologis yang mungkin timbul. Terakhir, pasien tersebut mungkin memerlukan rehabilitasi intensif setelah operasi untuk memulihkan fungsi otak dan motorik mereka. American Association of Neurological Surgeons (AANS) menggaris bawahi pentingnya perawatan intensif dan pemantauan ketat pasien pasca kraniotomi untuk mencapai hasil yang lebih baik dan mencegah komplikasi yang mungkin muncul (AANS, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, *intracerebral Hemorrhage* (ICH) merupakan kondisi gawat darurat yang perlu ditangani secepatnya, karena sel otak dapat mati hanya dalam hitungan menit. *Intracerebral Hemorrhage* yang diakibatkan oleh pecahnya pembuluh darah intraserebral dimana kondisi tersebut dapat menimbulkan gejala neurologis yang berlaku secara tiba-tiba dan diikuti gejala seperti nyeri kepala yang berat pada saat melakukan aktivitas akibat efek desak

ruang atau peningkatan tekanan intrakranial (TIK). Efek ini dapat menyebabkan angka kematian pada orang yang mengalami *intracerebral hemorrhage*.

Pada *intracerebral hemorrhage* (ICH) yang didominasi oleh gejala peningkatan TIK yang akan membutuhkan penanganan dengan segera sebagai tindakan penyelamatan (Setiawan et al, 2021). Tindakan penanganan yang cepat dan tepat dapat meminimalkan tingkat kerusakan otak sehingga dapat mencegah kematian pada pasien, namun jika keterlambatan penanganan pada pasien dapat menyebabkan perdarahan semakin meluas yang mengakibatkan kecacatan bahkan kematian. Maka dari itu penulis tertarik untuk memberikan asuhan keperawatan pada pasien *intracerebral hemorrhage* di ruang high care unit (HCU) Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan 2025 dengan harapan mampu menegakkan diagnose dan memberikan terapi yang efektif pada *intracerebral hemorrhage*.

## 1.2. Identifikasi Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka identifikasi masalah adalah sebagai berikut “Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di ruang High Care Unit Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025”.

## 1.3. Tujuan

### 1.3.1. Tujuan umum

Tujuan penulisan Karya Ilmiah Ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien Ny.R dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di ruang High Care Unit Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

### 1.3.2. Tujuan khusus

1. Untuk mengetahui pengkajian asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan intracerebral hemorrhage (ICH)
2. Untuk mengetahui diagnosa keperawatan pada pasien dengan intracerebral hemorrhage (ICH)
3. Untuk mengetahui perencanaan asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan intracerebral hemorrhage (ICH)
4. Untuk mengetahui implementasi asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan intracerebral hemorrhage (ICH)
5. Untuk mengetahui evaluasi asuhan keperawatan kritis pada pasien dengan intracerebral hemorrhage (ICH)

#### 1.4. Manfaat

##### 1.4.1. Manfaat teoritis

Karya Tulis Ilmiah diharapkan dapat dijadikan sebagai informasi tentang Asuhan Keperawatan Kritis pada Ny.R dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) di ruang High Care Unit Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2025.

##### 1.4.2. Manfaat praktis

###### 1. Bagi Institusi Pendidikan

Mampu digunakan sebagai bahan pembelajaran serta menjadi tolak ukur mahasiswa dalam mengimplementasikan metode asuhan keperawatan pada pasien dengan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

###### 2. Bagi Perawat

Mampu meningkatkan knowledge, kapasitas, insight serta efisiensi dalam penerapan asuhan keperawatan *Intracerebral Hemorrhage* (ICH)

###### 3. Bagi Perkembangan Ilmu Keperawatan



Dapat memberikan pelayanan yang komprehensif sehingga mampu meningkatkan mutu pelayanan yang optimal dalam pengaplikasian asuhan keperawatan *Intracerebral Hemrrahage*

STIKES SANTA ELISABETH MEDAN



## BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

### 2.1 Konsep Dasar Penyakit *Intracerebral Hemorrhage (ICH)*

#### 2.1.1 Definisi

Menurut Lewis (2020) Intracerebral Hemorrhage merupakan perdarahan yang terjadi didalam otak yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah (biasanya di ganglia basal) *Intracerebral Hemorrhage (ICH)* ialah salah satu subtype stroke hemoragik dengan kondisi parah dimana hematoma terbentuk didalam parenkim otak dengan atau tanpa perluasan darah kedalam ventrikel (Rajashekar & Liang, 2023).

*Intracerebral Hemorrhage (ICH)* atau disebut juga dengan pendarahan intraserebral merupakan pendarahan yang terjadi secara tiba-tiba yang mengganggu fungsi otak. Pendarahan ini dapat terjadi didalam otak maupun diantara otak dan tengkorak. Perdarahan intraserebral adalah bentuk stroke yang parah yang ditandai dengan pendarahan kedalam parenkim otak (Magid-Bernstein et al., 2022).

*Intracerebral hemorrhage (ICH)* didefinisikan sebagai perdarahan non-traumatik ke dalam jaringan otak. *Intracerebral hemorrhage (ICH)* adalah bentuk paling mematikan dari stroke dan mempengaruhi sekitar satu juta orang di seluruh dunia setiap tahun (Yunus et al., 2021)

#### 2.1.2 Etiologi

*Intracerebral Hemorrhage (ICH)* biasanya terjadi akibat dari pembuluh darah yang melemah yang kemudian pecah sehingga menyebabkan pendarahan disekitar otak. Faktor- faktor yang dapat menyebabkan stroke dapat dibagi

menjadi faktor risiko yang tidak dapat diubah dan dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang dapat tidak dapat diubah atau dimodifikasi. Faktor yang tidak dapat diubah ialah peningkatan usia dan jenis kelamin laki-laki. Faktor risiko yang dapat diubah antara lain hipertensi, diabetes melitus, dan dislipidemia. Hipertensi didefinisikan sebagai penyakit atau suatu keadaan dimana tekanan darah seseorang melebihi batas tekanan darah normal. Hipertensi adalah faktor risiko potensial dalam kasus stroke, karena hipertensi dapat menyebabkan kerusakan pembuluh darah otak dan menyebabkan penyempitan pembuluh darah otak. Pecahnya pembuluh darah di otak menyebabkan pendarahan otak, sedangkan jika terjadi penyempitan pembuluh pembuluh darah otak akan mengakibatkan gangguan aliran darah ke otak yang pada akhirnya menyebabkan kematian sel-sel otak (Setiawan et al, 2021).

Menurut Lewis (2020) hipertensi merupakan penyebab paling umum dari intracerebral hemorrhage. Penyebab lainnya meliputi malforasi vascular, gangguan koagulasi, obat antikoagulan dan trombolitik, trauma, tumor otak dan aneurisma yang pecah. Perdarahan sering terjadi selama periode aktivitas. Gejala paling sering muncul secara tiba-tiba, dengan perkembangan selama beberapa menit hingga beberapa jam karena perdarahan yang terus berlangsung.

### **2.1.3 Patofisiologi**

Penyebab utama *Intracerebral Hemorrhage* (ICH) spontan adalah hipertensi kronis dan angiopati amyloid serebral (CAA) (Magid-Bernstein et al., 2022).

Sebagian besar ICH terjadi secara spontan, disebabkan oleh hipertensi yang lama, usia, volume hematoma, nilai Skala Koma Glasgow (GCS, Glasgow Coma Scale), dan adanya darah intraventrikular merupakan variable prognostic yang paling penting. Lokasi yang lazim untuk ICH adalah ganglia basalis, kapsula eksterna, serebelum, dan batang otak yang disebabkan oleh rupture arteri yang perforasi. Namun, perdarahan dalam fosa posterior membawa prognosis lebih buruk dari pada perdarahan supratentorial dan sering memerlukan dekompresi bedah. Faktor resiko yang teridentifikasi meliputi antikogulasi, trombolisis, terapi antitrombosit, ras Afrika-Amerika, penyakit ginjal stadium terminal, hipokolesterolemia, vasculitis, amyloidosis, diabetes melitus, dan penyalahgunaan alkohol, tembakau, heroin, atau simpatomimetik. Gangguan struktural seperti malformasi arterivenosa, aneurisma intrakranial, dan neoplasia sering ditemukan pada pasien muda. ICH juga dapat terjadi akibat konversi hemoragik pada stroke iskemik atau trauma (Greenberg et al., 2022).

Mekanisme ICH yang sering terjadi adalah faktor dinamik yang berupa peningkatan tekanan darah. Hipertensi kronis yang menyebabkan pembuluh darah arteriol yang berdiameter 100-400 mikrometer mengalami perubahan yang patologik. Perubahan tersebut berupa lipohyalinosis, fragmentasi, nekrosis fibrinoid, dan mikroaneurisma (Charcot Bouchard) pada arteria perforans kecil di otak. Kenaikan tekanan darah secara mendadak ini dapat menginduksi pecahnya pembuluh darah. Jika pembuluh darah tersebut pecah, maka akan menyebabkan perdarahan. Perdarahan dapat berlanjut sehingga 6 jam dan jika volume perdarahan besar sehingga akan menyebabkan kerusakan pada struktur anatomi

otak justru menyebabkan gejala klinis. Perdarahan yang luas ini boleh menyebabkan destruksi jaringan otak, peningkatan intracranial (TIK), penurunan perfusi ke otak, gangguan drainase otak dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak (Munir, (2017)

#### **2.1.4 Manifestasi Klinis**

Menurut Lewis (2020) manifestasi klinis intracerebral hemorrhage tergantung dari sisi atau bagian mana yang terkena, rata-rata serangan, ukuran lesi dan adanya sirkulasi kolaretal. Gumpalan darah didalam tengkorak yang tertutup dapat menyebabkan massa yang menyebabkan tekanan pada jaringan otak, mengeser jaringan otak yang menyebabkan infark.

Sebagian besar perdarahan intraserebral terjadi di lobus serebral, serebelum, pons, talamus, substansia alba subkortikal, kapsula interna, atau bagian ganglia basalis yang disebut putamen. Pada awalnya, pasien mengalami sakit kepala hebat disertai mual dan muntah. Manifestasi perdarahan putamen dan kapsula interna meliputi kelemahan pada satu sisi (termasuk wajah, lengan, dan tungkai), bicara tidak jelas, dan deviasi mata.

Perkembangan gejala yang berhubungan dengan perdarahan hebat meliputi hemiplegia, pupil yang tetap dan melebar, postur tubuh yang tidak normal, dan koma. Perdarahan talamus menyebabkan hemiplegia dengan lebih banyak kehilangan sensorik daripada motorik. Perdarahan ke area subtalamus otak menyebabkan masalah pada penglihatan dan gerakan mata.

Perdarahan serebelum ditandai dengan sakit kepala hebat, muntah, kehilangan kemampuan berjalan, disfagia, disartria, dan perubahan

gerakan mata. Perdarahan di pons merupakan yang paling serius karena fungsi dasar kehidupan (misalnya, pernapasan) terpengaruh dengan cepat. Perdarahan di pons dapat ditandai dengan hemiplegia yang menyebabkan kelumpuhan total, koma, postur tubuh yang tidak normal, pupil mata tetap, hipertermia, dan kematian.

### **2.1.5 Komplikasi**

Komplikasi ICH meliputi edema serebral, peningkatan tekanan intrakranial, hidrocefalus, kejang, kejadian trombosis vena, hiperglikemia, peningkatan tekanan darah, demam, dan infeksi. Pasien dengan ICH, terutama wanita, memiliki risiko penyakit tromboemboli. Hampir sepertiga pasien dengan ICH mengalami komplikasi paru seperti pneumonia, aspirasi, edema paru, dan gagal napas. Sekitar 4% pasien dengan ICH menderita komplikasi jantung seperti infark miokard, atrial fibrillation, ventricular fibrillation, ventricular tachycardia, stress-induced cardiomyopathy, dan gagal jantung akut. Faktor prognostik yang buruk adalah koma, hematoma besar dengan volume lebih besar dari 30 ml, perdarahan intraventrikular, perdarahan fossa posterior, usia tua lebih dari 80 tahun, hiperglikemia, dan penyakit ginjal kronis. deteriorasi dini dan kematian adalah masalah utama ICH (Saragih et al., 2024).

### **2.1.6 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan penunjang *intracerebral hemorrhage (ICH)* (Amir et al., 2020).



1. Angiografi serebral identifikasi penyebab spesifik stroke, seperti pendarahan atau penyumbatan arteri.
2. Single-photon emission computed tomography (SPECT) Mendeteksi daerah abnormal dan daerah otak yang mendeteksi, menemukan, dan mengukur stroke (sebelum muncul pada pemindaian CTScan).
3. Computed tomography scan (CT-Scan) Pemindaian ini menunjukkan lokasi edema, lokasi hematoma, keberadaan dan lokasi pasti infark atau iskemia di jaringan otak. Pemeriksaan ini harus segera kurang dari 12 jam dilakukan pada kasus dugaan perdarahan subarachnoid. Bila hasil CT Scan tidak menunjukkan adanya perdarahan subarachnoid, maka langsung dilanjutkan dengan tindakan fungsi lumbal untuk menganalisa hasil cairan serebrospinal dalam kurun waktu 12 jam. Kemudian dilanjutkan pemeriksaan spektrofotometri cairan serebrospinal untuk mendeteksi adanya xanthochro xanthochromia.
4. Magnetic resonance imaging (MRI ) Hasil yang diperoleh dengan menilai lokasi dan derajat perdarahan otak menggunakan gelombang magnet adalah lesi dan infark karena perdarahan. MRI tidak dianjurkan untuk mendeteksi perdarahan dan tidak disarankan untuk mendeteksi perdarahan subarachnoid.
5. Elektroencefalography (EEG) Mengidentifikasi masalah didasarkan pada gelombang otak atau mungkin memperlihatkan lesi yang spesifik.
6. Sinar X tengkorak Menggambarkan perubahan kelenjar pineal daerah yang berlawanan dari masa yang luas, klasifikasi karotis interna terdapat

thrombus serebral. Klasifikasi parsial dinding, aneurisme pada perdarahan subarchnoid.

7. Ultrasonography doppler Mengidentifikasi penyakit arteriovena (masalah system kronis/aliran darah, muncul plaque/aterosklerosis).
8. Pemeriksaan foto thorax Dapat memperlihatkan keadaan jantung, apakah terdapat pembesaran ventrikel kiri yang merupakan tanda hipertensikronis pada penderita stroke. Menggambarkan kelenjar pineal daerah berlawanan dari massa yang meluas.
9. Pemeriksaan laboratorium
  - a. Fungsi lumbal : Tekanan normal biasanya ada trhomboisis, emboli dan TIA. Sedangkan tekanan yang meningkat dan cairan yang mengandung darah menunjukkan adanya perdarahan subarchnoid atau intrakranial. Kadar protein total meningkat pada kasus trhomboisis sehubungan dengan proses inflamasi.
  - b. Pemeriksaan darah rutin
  - c. Pemeriksaan kimia darah : Pada stroke akut dapat terjadi hiperglikemia.

### 2.1.7 Penatalaksanaan

Perawatan awal untuk pasien yang mengalami peningkatan TIK adalah meninggikan kepala tempat tidur hingga 30 derajat dan pemberian agen osmotik seperti manitol, salin hipertonik. Manitol 20% diberikan dengan dosis 1,0 hingga 1,5 g/kg. Hiperventilasi setelah intubasi dan sedasi, hingga pCO<sub>2</sub> 28-32 mmHg akan diperlukan jika terjadi peningkatan TIK lebih lanjut. ASA

merekomendasikan pemantauan intracranial pressure (ICP) dengan parenkim atau kateter ventrikel untuk semua pasien dengan GCS < 8 atau mereka dengan herniasi transtentorial atau hidrosefalus. Kateter ventrikel memiliki keuntungan untuk drainase cairan serebrospinal (CSF) pada kasus hidrosefalus. Tujuannya adalah untuk menjaga tekanan perfusi serebral (CPP) antara 50 hingga 70mmHg. Pada saat akan melakukan koreksi koagulopati, diperlukan pemeriksaan hemostasis, misalnya Prothrombin Time (PT), Activated Aartial Thrombin Time (APTT), International Normalized Ratio (INR) dan trombosit.

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



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

## **2.2 Konsep Dasar Keperawatan**

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal, dengan melalui tahap pengkajian, identifikasi diagnosis keperawatan, penentuan rencana keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan (Brunner, 2018).

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat ini dan waktu sebelumnya, serta untuk menentukan pola respon pasien saat ini dan waktu sebelumnya. Tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi

masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Hadinata & Abdillah, 2022). Data fokus pengkajian keperawatan pada pasien dengan Intracerebral Hemorrhage (ICH) meliputi mendapatkan riwayat kesehatan, pola fungsi kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang, terapi penatalaksanaan.

1. Identitas Pasien Meliputi identitas pasien (nama, umur, jenis kelamin, status, suku, agama, alamat, pendidikan, diagnosa medis, tanggal MRS, dan tanggal pengkaji diambil) dan identitas penanggung jawab (nama, umur, pendidikan, agama, suku, hubungan dengan pasien, pekerjaan, alamat) .
2. Riwayat kesehatan
  - a. Keluhan utama Pasien dengan stroke biasanya mengalami kelemahan anggota gerak sebelah badan, bicara pelo, tidak dapat berkomunikasi dan penurunan tingkat kesadaran
  - b. Riwayat Penyakit Sekarang Serangan stroke hemoragik sering kali berlangsung sangat mendadak saat pasien sedang melakukan aktivitas. Biasanya terjadi nyeri kepala, mual, muntah bahkan kejang sampai tidak sadar, kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Selain gejala kelumpuhan separuh badan atau gangguan fungsi otak yang lain. Adanya penurunan tau perubahan pada tingkat kesadaran disebabkan perubahan di dalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, dapat terjadi letargi, tidak responsive dan koma



- c. Riwayat Penyakit Dahulu Pasien stroke biasanya didahului oleh riwayat hipertensi, DM, penyakit jantung, anemia, riwayat trauma kepala, kontrasepsi oral yang lama, penggunaan obat-obat anti koagulasi, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, kegemukan.
  - d. Riwayat Kesehatan Keluarga, biasanya ada riwayat keluarga yang menderita hipertensi, DM, atau adanya riwayat stroke dari generasi terdahulu.
3. Pola fungsi Kesehatan
- a. Pola persepsi hidup sehat menggambarkan persepsi, pemeliharaan dan penanganan kesehatan persepsi terhadap arti kesehatan, dan penatalaksanaan kesehatan, kemampuan menyusun tujuan, pengetahuan tentang praktek kesehatan. Pada pasien stroke akan terjadi gangguan persepsi tentang kesehatannya, terutama dalam hal ketidakmampuannya setelah sembuh.
  - b. Pola nutrisi dan metabolisme, menggambarkan masukan nutrisi, balance cairan dan elektrolit nafsu makan, pola makan, diet, fluktuasi berat badan dalam 6 bulan terakhir, kesulitan menelan, mual/muntah, kebutuhan jumlah zat gizi, masalah / penyembuhan kulit, makanan kesukaan. Pada pasien stroke karena adanya gangguan syaraf akan terjadi perubahan pola nutrisi misalnya gangguan menelan.
  - c. Pola eliminasi menjelaskan pola fungsi eksresi, kandung kemih dan Kulit Kebiasaan defekasi, ada tidaknya masalah defekasi, masalah miksi (oliguri, disuri, dll), penggunaan kateter, frekuensi defekasi dan miksi,



Karakteristik urin dan feses, pola input cairan, infeksi saluran kemih, masalah bau badan, perspirasi berlebih. Pada pasien stroke karena ketidakmampuannya dalam beraktivitas maka akan dipasang kateter, yang akan mempengaruhi pola eliminasinya.

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

e. Pola reproduksi seksual Menggambarkan kepuasan atau masalah yang aktual atau dirasakan dengan seksualitas Dampak sakit terhadap seksualitas, riwayat haid, pemeriksaan mammae sendiri, riwayat penyakit hubungan sex, pemeriksaan genitalia

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

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



B. Pemeriksaan persistem (B1-B6) 1)

1. Pernafasan (B1 : Breath) Meliputi pemeriksaan bentuk dada, pergerakan dada, ada tidaknya penggunaan otot bantu nafas, tambahan, irama nafas, pola nafas, suara nafas, suara nafas tambahan, ada tidaknya sesak nafas, batuk, sputum, sianosis.
2. Kardiovaskuler (B2 : Blood) Meliputi pemeriksaan Ictus cordis teraba atau tidak, irama jantung normal (lub-dup) atau tidak (ada suara tambahan (S3 dan S4), ada tidaknya bunyi jantung tambahan, CRT (normalnya < 2 detik), akral dingin atau hangat, edema, hepatomegaly, ada tidaknya perdarahan.
3. Persyarafan (B3 : Brain) Meliputi pemeriksaan GCS (E : 4 , V : 5 , M : 6), Refleks Fisiologis (Biceps, Triceps, Patella), Refleks patologis (kaku kuduk, Bruzinski I, Bruzinski II, Kernig, 12 nervus kranial.
4. Perkemihan (B4 : Blader) Meliputi pemeriksaan kebersihan genitalia, ekskresi, tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, frekuensi eliminasi urine SMRS dan setelah MRS, jumlah, warna, dan tidak ada penggunaan kateter urine pada pasien.
5. Pencernaan (B5 : Bowel) Meliputi pemeriksaan mulut pasien, bersih atau tidak, membran mukosa kering, gigi tanggal semua, faring tidak ada radang, SMRS dan setelah MRS, tidak terpasang NGT, porsi makan, frekuensi minum dan frekuensi makan,

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

6. Muskulokletal dan integumen (B6 : Bone) Meliputi pemeriksaan rambut dan kulit kepala, tidak ada scabies, warna kulit pucat, kebersihan kuku, turgor kulit menurun, ROM, kekuatan otot, Deformitas tidak ada, fraktur tidak ada.
7. Endokrin Meliputi pemeriksaan tidak ada pembesaran KGB, mengalami hiperglikemia, tidak mengalami hipoglikemia, menderita Diabetes Melitus dengan HbA1C : 9,5% (normalnya : =6,5) GDA : 264 mg/dL (normalnya : =6,5) GDA : 264 mg/dL (normalnya : <126mg/dl

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan adalah cara mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik pasien secara respon terhadap masalah aktual dan resiko tinggi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Menurut (Stacy, 2014); diagnosa yang muncul pada pasien dengan diagnosis medis ICH adalah sebagai berikut :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif
3. Nyeri akut
4. Bersihan jalan nafas tidak efektif
5. Gangguan komunikasi
6. Resiko aspirasi

7. Resiko infeksi
8. Ansietas
9. Defisit pengetahuan
10. Gangguan integritas kulit

### **2.2.3 Intervensi / Perencanaan Keperawatan**

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

1. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan embolisme

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan keadekuatan aliran darah serebral pasien meningkat dengan kriteria hasil tingkat kesadaran meningkat, gelisah menurun, sakit kepala menurun, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik, kesadaran membaik

Rencana Keperawatan : Pemantauan Tekanan Intrakranial



- a. Identifikasi peningkatan tekanan intrakranial.

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

- b. Monitor peningkatan Tekanan Darah

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

- c. dispnea monitor penurunan tingkat kesadaran. merupakan tanda terjadinya Rasional: Perubahan kesadaran menunjukkan peningkatan TIK dan berguna menentukan lokasi dan perkembangan penyakit.

- d. Pertahankan posisi kepala dan leher netral. Rasional: Perubahan kepala pada satu sisi dapat menimbulkan penekanan pada vena jugularis dan menghambat aliran darah otak (menghambat Drainase pada vena serebral).

- e. Berikan periode istirahat antara tindakan perawatan dan batasi lamanya prosedur Rasional: Tindakan terus-menerus dapat meningkatkan TIK oleh efek rangsangan kumulatif

- f. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan Rasional: Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan pasien dan mengurangi kecemasan.





2. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

Setelah dilakukan asuhan keperawatan gangguan integritas kulit/jaringan pasien menurun, dengan kriteria hasil kerusakan lapisan kulit menurun, suhu kulit membaik, perfusi jaringan meningkat. Rencana Keperawatan : Perawatan Integritas Kulit/Jaringan.

- Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (mis. Perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrem, penurunan mobilitas) Rasional: Mengetahui penyebab kondisi luka sebagai deteksi dini. Terapeutik
- Ubah posisi setiap 2 jam jika tirah baring Rasional: Mencegah adanya luka dekubitus
- Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering Rasional: Melembabkan kulit pasien
- Gunakan produk berbahan ringan/alami dan hipoalergik pada kulit sensitive Rasional: Mencegah kulit pasien iritasi Edukasi.
- Anjurkan menggunakan pelembab (mis. Lotin, serum) Rasional: Membantu melembabkan kulit pasien.
- Anjurkan minum air yang cukup Rasional: Asupan air yang cukup dapat membantu kulit menjadi sehat.

3. Konstipasi berhubungan dengan Ketidakadekuatan Toileting

Setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan defekasi pasien membaik. Dengan kriteria hasil konsistensi feses dari cukup



memburuk target menjadi cukup membaik, frekuensi defekasi dari cukup;  
memburuk target menjadi cukup membaik, peristaltik usus dari cukup;  
memburuk target menjadi cukup membaik Rencana Keperawatan :  
Manajemen Konstipasi

- a. Periksa tanda dan gejala konstipasi Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya.
- b. Periksa pergerakan usus Rasional: Peristaltik usus yang normal menentukan pergerakan usus yang baik. Normal peristal usus 5-30 x/menit
- c. Identifikasi faktor resiko konstipasi Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan intervensi keperawatan selanjutnya
- d. Anjurkan diet tinggi serat Rasional: Membantu dan memperlancar proses defekasi
- e. Lakukan masase abdomen, jika perlu Lakukan evakuasi feses secara manual a. Berikan enema atau irigasi b. Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan Rasional: Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga serta untuk meningkatkan kerjasama antara perawat-pasien dan keluarga.
- f. Anjurkan peningkatan asupan cairan, jika tidak ada kontraindikasi Rasional: Memperbanyak memperlancar defekasi minum dapat membantu Latih buang air besar secara teratur
- g. Kolaborasi obat pencahar, jika diperlukan. Rasional: Membantu dan memperlancar proses defekasi.



4. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuskuler

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tingkat mobilitas pasien meningkat dengan kriteria hasil pergerakan esktremitas meningkat, kekuatan otot meningkat, rentang Gerak (ROM) meningkat Intervensi : Dukungan Mobilisasi.

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya Rasional: Deteksi dini apakah ada pencetus nyeri atau keluhan lainnya yang memperlambat mobilisasi .
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan Rasional: Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji seberapa mampu pasien mobilisasi
- c. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi Rasional: Mendeteksi dan mengidentifikasi kelainan fisiologis secara dini dan memantau tindakan yang diberikan untuk mendapatkan informasi keseimbangan homeostatik tubuh.
- d. Fasilitasi aktivitas mobiltas dengan alat bantu Rasional: Membantu pasien dalam mobilisasi dengan mudah
- e. Fasilitasi melakukan pergerakan Rasional: Membantu pasien dalam melakukan pergerakan yang aman
- f. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan melakukan mobilisasi dini Rasional: Keluarga merupakan support system dan motivasi bagi pasien dalam meningkatkan asuhan keperawatan



- g. Jelaskan tujuan dan prosedur ROM Pasif kepada pasien Rasional:  
Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan pasien dan mengurangi kecemasan
- h. Anjurkan mengubah posisi tiap 2 jam Rasional: Mengidentifikasi adanya luka dekubitus
- i. Ajarkan ROM Pasif Rasional: Mempertahankan mobilitas sendi, mengembalikan control motorik, mencegah terjadinya kontraktur pada ekstremitas yang mengalami hemiparase dan meningkatkan sirkulasi.

5. Risiko defisit nutrisi

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan nutrisi pasien membaik. Dengan kriteria hasil Porsi makanan yang dihabiskan meningkat, Nafsu makan membaik, Frekuensi makan membaik, Berat Badan Indeks Massa Tubuh (IMT) membaik

Intervensi : Manajemen Nutrisi

- a. Identifikasi Status Nutrisi Rasional: Deteksi dini untuk merencanakan tindakan asuhan keperawatan selanjutnya
- b. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan Rasional: Mengetahui adanya alergi pada pasien
- c. Monitor asupan makanan Rasional: mengetahui tingkat asupan makanan pasien untuk mengukur apakah nutrisi terpenuhi atau tidak
- d. Monitor Berat Badan Rasional: mengukur berat badan agar tetap berada direntang normal sebagai ukuran intervensi dilaksanakan tercapai atau tidak.

- e. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu Rasional: Kebersihan mulut diharapkan dapat meningkatkan asupan makanan pasien
- f. Berikan suplemen makanan Rasional: Suplemen sebagai salah satu pendukung nafsu makan diharapkan nafsu makan pasien meningkat g.
- g. Ajarkan diet yang diprogramkan Rasional: Membantu pasien dalam menentukan gizi yang benar sesuai penyakit yang diderita pasien

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan

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

#### 2.2.5 evaluasi Keperawatan

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



### BAB 3

#### ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.R DENGAN INTRACEREBRAL HEMORRHAGE DI HCU

Nama Mahasiswa : Debby Hutasoit  
NPM : 052024007  
PENGKAJIAN :  
Tanggal Pengkajian : 10 maret 2025 jam 09.00 wib

##### 1. IDENTIFIKASI KLIEN

Nama Initial : Ny.Rita Silaen  
Tempat/Tgl Lahir (umur) : 2 november 1968 (56 Tahun)  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Status Perkawinan : Menikah  
Jumlah Anak : 4  
Agama/Suku : Katholik / Toba  
Pendidikan terakhir : Sma  
Pekerjaan : Wiraswasta  
Alamat : Medan Helvetia  
Diagnosa Medis : Intracerebral Hemorrhage (ICH) Spontan  
Nomor Medical Record : 00487049  
Tanggal Masuk Rumah Sakit : 9 Maret 2025

Keluarga terdekat yang dapat segera dihubungi (orang tua, wali, suami, istri dll )

Nama : Ny. O  
Pendidikan Terakhir : S1  
Pekerjaan : wiraswasta  
Alamat : Medan Helvetia

##### II. RIWAYAT KESEHATAN

- a. Keluhan Utama : Keluarga mengatakan pasien mengeluh pusing saat makan dan keluarga membawa pasien ke rs, saat di jalan pasien ada muntah menyemprot dan tiba di rs pasien sudah tidak sadarkan diri
- b. Riwayat Kesehatan Sekarang : Pasien mengalami penurunan kesadaran dan kelemahan anggota gerak sebelah kanan
- c. Riwayat Kesehatan Dahulu : Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi selama 6 tahun tetapi tidak rutin meminum obat



d. Riwayat Kesehatan Keluarga :Keluarga mengatakan bahwa keluarga mereka memiliki riwayat hipertensi penyakit dari pihak ibu

e. Riwayat Alergi :Keluarga mengatakan bahwa pasien tidak ada memiliki riwayat alergi apapun

III. PENGKAJIAN FIS ☒

1. Keadaan Umum ☒

Sakit/**nyeri** : berat ☐ sedang ☐ ringan ☐

Status gizi : gemuk ☐ normal ☐ kurus ☐

bb : 65k kg tb : 159 ☐ Imt : 28

Sikap : tenang ☐ gelisah ☒ menahan nyeri ☐

Personal Hygiene : bersih ☐ kotor ☒ lain-lain ☐

2. Data Sistemik

a. Sistem persepsi Sensori

Pendengaran : normal ☒ kerusakan ka/ki ☐ tuli ka/ki ☐

Alat bantu dengar ☐ tinitus ☐

Pengelihatan : normal ☒ kaca mata ☐ lensa kontak ☐

kerusakan ka/ki ☐ kebutaan ka/ki ☐ katarak ka/ki ☐

Pengecap, penghidu : normal ☐ gangguan indera pengecap ☐

gangguan indera penghidu ☐

Peraba : normal ☐ gangguan indera peraba ☐

Lain-lain ..... ☒

a. Sistem Persyarafan

Frekuensi : **26 x/mnt**, kualitas : normal ☐ dangkal ☐ cepat ☐

Batuk : ya/**tidak** ☐ Suara Nafas : Bersih ☐ Ronchi ☐ Wheezing ☐

Sumbatan jalan nafas : sputum ☒ lendir ☒ darah ☐

ludah ☐

Terpasang O2 nasal kanul dengan 4L/mnt ☒

b. Sistem Kardiovaskuler

Tekanan darah : **160/90 mmHg**

Denyut nadi : **57 x/menit**, Irama : teratur ☒ tidak teratur ☐

Kekuatan : kuat ☐ lemah ☒ Akral : hangat ☐ dingin ☐

Pengisian kapiler : < 3 detik ☒ >3 detik ☐

Edema : tidak ada ☒

c. Sistem Saraf Pusat



Kesadaran : CM ☐ Apatis ☐ Somnolen ☒ Soporos ☐  
Coma ☐ GCS = 7 E2V1M4

Bicara : normal ☐ tak jelas ☒ kacau ☐ afasia ☐

Pupil : isokor ☒ anisokor ☐

Orientasi waktu : baik ☐ buruk ☒

Orientasi tempat : baik ☐ buruk ☒

Orientasi orang : baik ☐ buruk ☒

d. Sistem Gastrointestinal : Terpasang selang NGT, frekuensi 4x/hari 250cc

Nafsu makan : normal ☐ meningkat ☐ menurun ☒

mual ☐ muntah ☐

Mulut dan tenggorokan : normal ☐ lesi ☐

Kemampuan Mengunyah : normal ☐ kurang ☒ kesulitan ☐

Kemampuan Menelan : normal ☐ nyeri telan ☐

Perut : normal ☐ hiperperistaltik ☐ tidak ada bising usus ☐

Kembung ☐ bising usus 14 x/mnt

Colon dan rectum : BAB : tidak normal (memakai pempers)  
konstipasi .....hari ☐

Diare ..... x/....jam ☐ Inkontinensia ☐

Melena ☐ Hematemesis ☐

e. Sistem Muskuloskeletal

Rentang gerak : Penuh ☐ Terbatas ☒

Kekuatan otot sebelah kanan 1/5, kontraksi otot yang terlihat atau teraba tetapi tidak ada gerakan

Kekuatan otot sebelah kiri 4/5gerakan otot yang kuat tetapi tidak sekuat normal

Keseimbangan dan cara jalan : Tegap ☐ Tidak tegap ☒

Kemampuan memenuhi aktifitas sehari-hari : Mandiri ☐

Dibantu sebagian ☐ Dibantu sepenuhnya ☒

f. Sistem Integumen

Warna kulit : normal ☐ pucat ☒ sianosis ☐

Ikterik ☐

Turgor : baik ☒ buruk ☐

Luka : Tidak ada ☒ Ada pada ☐

Memar : Tidak ada ☒ Ada pada ☐

Kemerahan : Tidak ada ☒ Ada pada ☐



g. Sistem Reproduksi

Infertil: Ada ☐ Tidak ada ☒

Masalah Reproduksi : Ada ☐ Tidak ada ☒

Skrotum : Edema ☐ Ulkus ☐ Nyeri tekan ☐

Testis : Edema ☐ Massa ☐

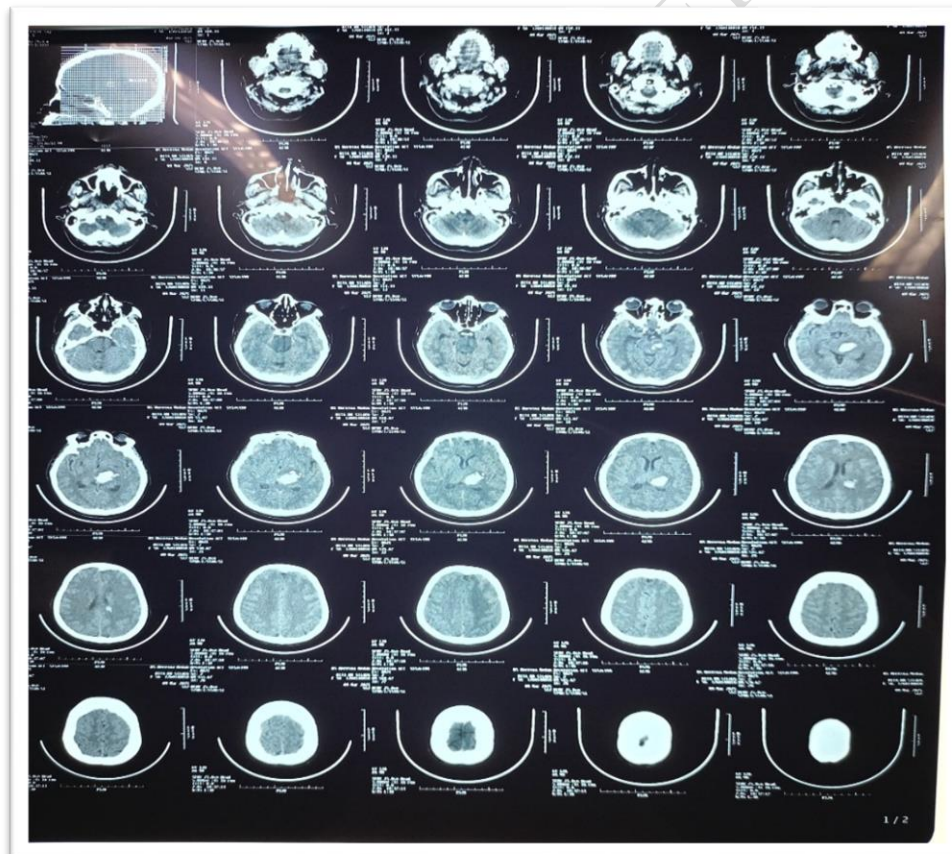
Prostat : Massa ☐ Nyeri tekan ☐

Payudara : Kontur ☐ Simetris ☐ Inflamasi ☐

Jaringan parut ☐

IV. DATA PENUNJANG

1. Hasil pemeriksaan CT-Scan



Hasil pemeriksaan CT-scan kepala tanpa kontras didapatkan bahwa perdarahan intracerebral volume 10-24cc dengan focal edema cerebri pada thalamus kiri



**Hasil pemeriksaan laboratorium**

ITEM	HASIL	RUJUKAN
Hematocrit (HCT)	34,0	35,0 -47,0
Mean Corpuscular volume (MCV)	77	80 -100
Reddcell Distribution Width (RDW)	14,8	11,5 -14,5
Lymphocyte (LYM)	6,2	25,0 – 40,0
Netrophil	88,8	50,0 – 70,0
Eosinophil	0,7	2,0 – 4,0
HBAIC	6,4	4,0 – 5,7
Kreatinin	1,17	0,60 – 1,0



## V. TERAPI YANG DIBERIKAN

Senin, 10 maret 2025

OBAT/TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
Asam tranexamat	Anti fibrinolitik	00.00 dan 12.00	Untuk menghentikan perdarahan
Omeprazole	Proton pump inhibitor	02.00 dan 14.00	Mengatasi asam lambung yang berlebih
Citicoline 2x500mg	Nootopik & neutronik (obat keras)	02.00 dan 14.00	Melindungi dan mempertahankan fungsi otak
Phenitoin 2x10mg	Antikonvulsan	02.00 dan 14.00	Untuk penanganan dan pengobatan epilepsi, kejang.
Amlodipin 1x10mg	Calsium chanel blockers	00.00	Mengatasi darah tinggi dan penyakit jantung
Candesartan 1x16mg	Antihipertensi	08.00	Menurunkan tekanan darah tinggi
Nicardipine 1cc/jam	Dihidropiridina	Per 24 jam	Merelaksasikan pembuluh darah
Fentanyl 1x200mg 2cc/jam	Opioid	Per 24 jam	Meredakan nyeri hebat/penenang
Furosemide 1x 10 mg	diuretik	08.00	Mengurangi edema
Monitol 3 x 100 mg		10.00, 18.00, 02.00	Mengurangi edema serebral, tekanan intrakranial dan meningkatkan aliran darah ke otak



Selasa, 11 maret 2025

OBAT	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
Asam tranexamat	Anti fibrinolitik	00.00 dan 12.00	Untuk menghentikan perdarahan
Omeprazole	Proton pump inhibitor	02.00 dan 14.00	Mengatasi asam lambung yang berlebih
Citicoline 2x500mg	Nootopik & neutronik (obat keras)	02.00 dan 14.00	Melindungi dan mempertahankan fungsi otak
Phenitoin 2x10mg	Antikonvulsan	02.00 dan 14.00	Untuk penanganan dan pengobatan epilepsi, kejang.
Amlodipin 1x10mg	Calsium chanel blockers	00.00	Mengatasi darah tinggi dan penyakit jantung
Candesartan 1x16mg	Antihipertensi	08.00	Menurunkan tekanan darah tinggi
Nicardipine 1cc/jam	Dihidropiridina	Per 24 jam	Merelaksasikan pembuluh darah
Fentanyl 1x200mg 2cc/jam	Opioid	Per 24 jam	Meredakan nyeri hebat/penenang
Furosemide 1x 10 mg	diuretik	08.00	Mengurangi edema
Monitol 3 x 100 mg		10.00, 18.00, 02.00	Mengurangi edema serebral, tekanan intrakranial dan meningkatkan aliran darah ke otak



Rabu, 12 Maret 2025

OBAT/TINDAKAN	GOLONGAN	WAKTU PEMBERIAN	TUJUAN/MANFAAT
Asam tranexamat	Anti fibrinolitik	00.00 dan 12.00	Untuk menghentikan perdarahan
Omeprazole	Proton pump inhibitor	02.00 dan 14.00	Mengatasi asam lambung yang berlebih
Citicoline 2x500mg	Nootopik & neutronik (obat keras)	02.00 dan 14.00	Melindungi dan mempertahankan fungsi otak
Phenitoin 2x10mg	Antikonvulsan	02.00 dan 14.00	Untuk penanganan dan pengobatan epilepsi, kejang.
Amlodipin 1x10mg	Calsium chanel blockers	00.00	Mengatasi darah tinggi dan penyakit jantung
Candesartan 1x16mg	Antihipertensi	08.00	Menurunkan tekanan darah tinggi
Nicardipine 1cc/jam	Dihidropiridina	Per 24 jam	Merelaksasikan pembuluh darah
Fentanyl 1x200mg 2cc/jam	Opioid	Per 24 jam	Meredakan nyeri hebat/penenang
Furosemide 1x 10 mg	Diuretik	08.00	Mengurangi edema
Monitol 3 x 100 mg		10.00, 18.00, 02.00	Mengurangi edema serebral, tekanan intrakranial dan meningkatkan aliran darah ke otak
Besolprofol 1x2,5mg	Beta Blocker	20.00	Mengurangi risiko serangan jantung



## VI. PENGKAJIAN MASALAH PSIKOSOSIAL BUDAYA DAN SPIRITUAL

### PSIKOLOGIS

Perasaan klien setelah mengalami masalah ini adalah  
Cara mengatasi perasaan tersebut  
Rencana klien setelah masalahnya terselesaikan  
Jika rencana ini tidak dapat dilaksanakan  
Pengetahuan klien tentang masalah/penyakit yang ada

### SOSIAL

Aktivitas atau peran klien masyarakat adalah  
Kebiasaan lingkungan yang tidak disukai adalah  
Cara mengatasinya  
Pandangan klien tentang aktivitas sosial di lingkungannya

### BUDAYA

Budaya yang diikuti klien adalah budaya yang aktivitasnya adalah  
Keberatannya dalam mengikuti budaya tersebut adalah  
Cara mengatasi beban tersebut adalah

### SPIRITUAL

Aktivitas ibadah yang bisa lakukan sehari-hari adalah  
Kegiatan keagamaan yang biasa dilakukan adalah  
Aktivitas ibadah yang sekarang tidak dapat dilaksanakan adalah  
Perasaan klien akibat tidak dapat melaksanakan hal tersebut  
Upaya klien mengatasi perasaan tersebut  
Apa keyakinan tentang peristiwa/masalah kesehatan yang sekarang sedang dialami



VII. ANALISA DATA

Tanggal	Data Fokus	Masalah keperawatan	Penyebab	TT
10 maret 2025	DS : Keluarga mengatakan pasien mengeluh pusing saat makan dan keluarga membawa pasien ke rs, saat di jalan pasien ada muntah menyemprot dan tiba di rs pasien sudah tidak sadarkan diri DO : keadaan umum berat kesadaran somnolen, gcs :7 hasil CT Scan : perdarahan intraserebral volume 10-24cc dengan focal edem serebri pada thalamus kiri. TD : 160/90 mmhg HR : 57 x / mnt RR : 26 x / mnt CRT < 3 dtk, akral hangat hasil lab didapatkan Hematocrit (HCT) : 34,0 MCV : 77 Lymphocyte : 6,2	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial D.0066	Edema Serebral : perdarahan intracerebral	debby
11 maret 2025	DS : DO : keadaan umum berat kesadaran somnolen gcs	Bersihkan Jalan nafas tidak efektif	Sekresi yang tertahan	Debby



	: 7 Hr : 57x/mnt, Rr : 26x/mnt Terdapat suara ronchi Sumbatan jalan nafas berupa sputum dan lendir Akral teraba hangat Denyut nadi lemah, irama teratur			
11 maret 2025	DS: DO : Keadaan umum berat, kesadaran sommen (GCS/7) Terpasang foley cateter hasil CT Scan : perdarahan intraserebral volume 10-24cc dengan focal edem serebri pada thalamus kiri diberikan manitol 3x100mg furosemide 1x10 mg	Risiko perfusi serebral tidak efektif	hipertensi	Debby

#### VIII. PRIORITAS MASALAH

1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
3. Risiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi





IX. Daftar Masalah

No	Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Hasil	TT
1	10 Mar	Penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan dengan edema serebral ditandai dengan keluarga mengatakan pasien mengeluh pusing saat makan dan keluarga membawa pasien ke rs, saat di jalan pasien ada muntah menyemprot dan tiba di rs pasien sudah tidak sadarkan diri keadaan umum berat kesadaran somnolen, gcs :7 hasil CT Scan : perdarahan intraserebral volume 10-24cc dengan focal edem serebri pada thalamus kiri. TD : 160/90 mmhg HR : 57 x / mnt RR : 26 x / mnt CRT < 3 dtk, akral hangat hasil lab didapatkan Hematocrit (HCT) : 34,0 MCV : 77 Lymphocyte : 6,2	Belum Teratasi	DH
2	10 Mar	Bersihkan nafas tidak efektif berhubungan dengan Sekresi yang tertahan ditandai dengan keadaan umum berat kesadaran somnolen gcs:7 Hr : 57x/mnt, Rr : 26x/mnt, Terdapat suara ronchi Sumbatan jalan nafas berupa sputum dan lendir	Teratasi Sebagian	DH
3	10 mar	Risiko perfusi serebral berhubungan dengan hipertensi ditandai dengan Keadaan umum berat, kesadaran somnolen (GCS/7), TD: 160/90 mmhg, Hr: 57x/mnt, Terpasang foley cateter		



		hasil CT Scan : perdarahan intraserebral volume 10-24cc dengan focal edem serebri pada thalamus kiri diberikan manito 3x100mg furosemide 1x10 mg		
--	--	--	--	--

X. Rencana Asuhan Keperawatan

Tgl	DP	Tujuan dan Sasaran	Intervensi	TT
10 mar	1	setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka <b>Kapasitas Adaptif Intrakranial</b> meningkat dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran Meningkat (5) 2. Sakit kepala menurun (5) 3. Bradikardi menurun (5) 4. Tekanan darah membaik(5)	<b>Pemantauan Tekanan Intrakranial. (I. 06198)</b> Observasi : 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Monitor peningkatan tekanan darah 3. Monitor Mean Arterial Pressure (MAP) 4. Pertahankan posisi kepala dan leher netral 5. Kolaborasi pemberian terapi obat	Debby
10 mar	2	setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka <b>Bersihan Jalan Nafas</b> membaik dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi nafas membaik (5) 2. Produksi	<b>Manajemen jalan nafas (I.01011)</b> 1. Monitor pola nafas 2. Monitor bunyi nafas tambahan 3. Posisikan semi fowler/ fowler 4. Berikan oksigen, jika perlu	



		sputum/lendir menurun (5) 3. Pola nafas membaik (5)		
10 mar	3	Setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam, maka <b>keseimbangan cairan</b> meningkat dengan kriteria hasil : 1. Asupan cairan membaik (5)	<b>Menajemen cairan ( I.03098)</b> 1. Catat intake output dan hitung balance cairan 2. Kolaborasi pemberian diuretik jika perlu	



XI. Tindakan Keperawatan

Pukul	No DP	Implementasi	TT
07.50	1	Memonitor/mengecek tingkat kesadaran pasien respon : kesadaran somnolen dengan GCS 7 E2V1M4, akral hangat dan kulit pucat	Debby
08.00	1	Memonitor tekanan darah dan nadi pasien hasil : 155/80mmhg,HR : 63x/mnt dengan MAP : 105	
08.30	1	Memberikan posisi kepala dan leher netral / semifowler	Debby
09.50	1	Memantau tekanan darah pasien dengan hasil tekanan darah 140/90mmh MAP:106mmhg	
10.00		Memberikan obat mannitol 100ml pada pasien melalui selang infus (drips) hasil : infus tidak bengkak dan berjalan lancar	Debby
11.50	1	Memantau tekanan darah dan nadi pasien dengan hasil TD:140/80mmhg, HR: 60 x/mnt MAP :100	
12.00	1	Kolaborasi memberikan obat asam tranexamat pada pasien melalui injeksi IV Memberikan nutris sonde 250cc melalui selang ngt hasil: pasien tidak ada muntah	Debby
13.00	1	Mempertahankan posisi dan leher pasien	
13.50	1	Memantau tekanan darah pasien dan nadi dengan hasil TD : 145/90 mmhg, HR: 64x/mnt MAP: 108	
14.00		Kolaborasi pemberian obat omeprazole, citicoline dan phenytoin melalui injeksi iv pada pasien	
07.55	2	Melakukan auskultasi pada lapang paru pasien hasil terdapat bunyi suara nafas ronchi pada pasien	Debby
08.08	2	Melakukan tindakan suction pada pasien hasil terdapat sputum berwarna putih	
08.12	2	Melakukan oral hgyene pada pasien	
09.00		Memonitor frekuensi nafas pasien hasil RR: 23x/mnt, SO2:97%	
09.15		Memberikan posisi nyaman pada pasien dengan semi fowler	
10.00	2	Memantau frekuensi nafas pasien dengan RR ; 22x/mnt	
10.30	2	Memberikan oksigen nasal kanul dengan 4l/mnt hasil SO2: 99% Memonitor frekuensi nafas pasien dengan hasil RR:22x/mnt.	



08.00	3	Memberikan obat furosemide 10 mg pada pasien melalui injeksi iv	Debby
	3	Memonitor intake dan output pasien /24 jam Intake : 2884 cc Output : 3500 cc Total balance cairan -616	

11 maret 2025

Pukul	No DP	Implementasi	TT
07.50	1	Memonitor/mengecek tingkat kesadaran pasien respon : kesadaran somnolen dengan GCS 7 E2V1M4, akral hangat dan kulit tampak pucat	Debby
08.00	1	Memonitor tekanan darah dan nadi pasien hasil : 130/80mmhg,HR : 72x/mnt dengan MAP : 96	
09.50	1	Memantau tekanan darah dan nadi pasien dengan hasil tekanan darah 140/80 mmh, HR:75x/mnt MAP:100mmhg	Debby
10.00	1	Memberikan obat mannitol 100ml pada pasien melalui selang infus (drips)	
11.50	1	Memantau tekanan darah dan nadi pasien dengan hasil TD:140/80mmhg, HR: 70 x/mnt MAP :100	Debby
12.00	1	Kolaborasi memberikan obat asam tranexamat pada pasien melalui injeksi IV	
13.00		Mempertahankan posisi dan leher pasien	
13.50	1	Memantau tekanan darah pasien dan nadi dengan hasil TD : 140/90 mmhg, HR: 64x/mnt MAP: 106	Debby
14.00	1	Kolaborasi pemberian obat omeprazole, citicoline dan phenytoin melalui injeksi iv pada pasien hasilnya tidak ada pembengkakan, kemerahan didaerah tangan.	
07.55	2	Melakukan auskultasi pada lapang paru pasien hasil tidak terdapat bunyi suara nafas ronchi pada pasien	
08.08	2	Melakukan oral hgyene pada pasien	
08.12		Memonitor frekuensi nafas pasien hasil RR: 20x/mnt, SO2:95%	
09.00			
09.15	2	Memberikan posisi nyaman pada pasien dengan semi fowler	
10.00	2	Memantau frekuensi nafas pasien dengan RR ; 22x/mnt	
11.00	2	Memberikan oksigen nasal kanul dengan 4l/mntt hasil SO2: 100%	
14.00	2	Memonitor frekuensi nafas pasien dengan hasil RR:21x/mnt.	



08.00	3	Memberikan obat furosemide 10 mg pada pasien melalui injeksi iv	
	3	Memonitor intake dan output pasien / 24 jam Intake :3409 cc Ouput : 4700 cc Total balance cairan -1291	

12 maret 2025

Pukul	No DP	Implementasi	TT
14.30	1	Memantau keadaan umum pasien dengan momonitor kesadaran pasien dengan hasil : kesadaran somnolen GCS 9 E3V1M4	Debby
15.00	1	Membantu adl pasien	
16.00	1	Memantau tekanan darah dan nadi pasien hasil : 140/90mmhg,HR : 69x/mnt dengan MAP : 106	Debby
17.00	1	Memberikan posisi netral pada kepala dan leher pasien	
17.50	1	Memantau tekanan darah dan nadi pasien dengan hasil tekanan darah 140/90 mmh, HR:73x/mnt MAP:106mmhg	
18.00	1	Memberikan obat mannitol 100ml pada pasien melalui selang infus (drips)	
20.00	1	Memantau tekanan darah dan nadi pasien dengan hasil TD:140/80mmhg, HR: 70 x/mnt MAP :100 Memberikan nutrisi sonde melalui selang ngt pada pasien hasil pasien tidak ada muntah	
14.45	2	Melakukan auskultasi pada lapang paru pasien hasil tidak terdapat bunyi suara nafas ronchi pada pasien	Debby
15.00	2	Melakukan oral hgyene pada pasien	
16.00	2	Memonitor frekuensi nafas pasien hasil RR: 20x/mnt, SO2:95%	
16.30	2	Memberikan posisi nyaman pada pasien dengan semi fowler	
17.50	2	Memantau frekuensi nafas pasien dengan RR ; 22x/mnt	
18.10	2	Memberikan oksigen nasal kanul dengan 4l/mntt hasil SO2: 100%	
20.00	2	Memonitor frekuensi nafas pasien dengan hasil RR:21x/mnt.	
18.00	3	Memonitor intake dan output pasien /24 jam Intake : 3178 output : 4100 total balance cairan -922	



XII. Evaluasi Keperawatan

Tgl	DP	Evaluasi (SOAP)	TT
10 mar 2025	1	S : - O : Kesadaran somnolen, GCS 7 Crt<3dtk, akral hangat dan kulit pucat TD: 145/90mmhg, HR: 64x/mnt A : Penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi P : Lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intrkranial Monitor Tingkat kesadaran Monitor tekanan darah Pertahankan posisi kepala dan leher netral Kolaborasi pemeberian terapi obat	Debby
	2	S : - O : Keadaan umum berat dengan kesadaran somnolen GCS 7 Hasil obs vital sign TD: 145/90mmhg, HR: 64x/mnt, RR: 22x/mnt, dan So2: 99% Tidak terdapat suara nafas tambahan Terpasang oksigen nasal kanul dengan 4L/mnt P : Bersihkan Jalan Nafas Tidak Efektif belum teratasi A : Intervensi manajemen jalan nafas dilanjutkan Monitor pola nafas Posisikan semifowler Monitor bunyi nafas tambahan	
	3	S : - O : Keadaan umum berat, kesadaran somnolen Hasil obs vital sign TD: 145/90mmhg, HR: 64x/mnt, RR: 22x/mnt, dan So2: 99% Terpasang foley cateter dengan baik A : Risiko Keseimbangan cairan P: Monitor urine dan intake output	



11 mar 2025	1	<p>S : - O : Kesadaran somnolen, GCS 7 Hasil obs vital sign TD: 140/90mmhg, HR: 64x/mnt, Akral hangat dan kulit pucat A : Penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi P : Lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intrkranial Monitor Tingkat kesadaran Monitor tekanan darah Pertahankan posisi kepala dan leher netral Kolaborasi pemberian terapi obat</p>	Debby
	2	<p>S : - O : Keadaan umum lemah Hasil obs vital sign TD: 140/90mmhg, HR: 64x/mnt, RR: 21x/mnt, dan So2: 100% Terpasang oksigen nasal kanul dengan 4L/mnt Terdapat lendir dan tidak ada suara nafas tambahan / ronchi A : Bersihkan jalan nafas tidak efektif Teratasi Sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan nafas Monitor pola nafas Posisikan semifowler Monito bunyi nafas tambahan</p>	
	3	<p>S: - O : Keadaan umum berat, kesadaran somnolen Hasil obs vital sign TD: 140/90mmhg, HR: 64x/mnt, RR: 21x/mnt, dan So2: 100% Terpasang foley cateter dengan baik A : Risiko Keseimbangan cairan P: Monitor urine</p>	





12 mar 2025	1	S: - O : Kesadaran somnolen, GCS 8 E3V1M4 Hasil obs vital sign TD: 140/90mmhg, HR: 70x/mnt, A : Penurunan kapasitas adaptif intracranial belum teratasi P : Lanjutkan intervensi pemantauan tekanan intrkranial Monitor Tingkat kesadaran Monitor tekanan darah Pertahankan posisi kepala dan leher netral Kolaborasi pemeberian terapi obat	Debby
	2	S : - O : Keadaan umum lemah Hasil obs vital sign TD: 140/90mmhg, HR: 70x/mnt, RR: 21x/mnt, dan So2: 100% Terpasang oksigen nasal kanul dengan 4L/mnt A : Bersihkan jalan nafas tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan nafas Monitor pola nafas Posisikan semifowler Monito bunyi nafas tambahan	
	3	S: - O : Keadaan umum berat, kesadaran somnolen Hasil obs vital sign TD: 140/90mmhg, HR: 70x/mnt, RR: 21x/mnt, dan So2: 100% Terpasang foley cateter dengan baik A : Risiko Keseimbangan cairan P: Monitor intake output	

## **BAB 4**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Menurut (Stacy, 2014) pengkajian keperawatan sangat penting dalam mendeteksi stroke hemoragik yang dimana data focus pengkajian keperawatannya ialah nyeri kepala hebat, mual, muntah proyektil dan penurunan fungsi neurologis seperti kelemahan otot, gangguan menelan, kejang hingga mengalami penurunan kesadaran. Klien juga dapat mengalami peningkatan tekanan darah hingga 200/100mmhg.

Hasil pengkajian pada pasien dengan kasus intracerebral hemorrhage (ICH) didapat data pasien memiliki riwayat hipertensi selama 6 tahun, mengalami nyeri kepala, muntah proyektil, bradikardi, adanya suara nafas tambahan, frekuensi nafas cepat, produksi sputum yang berlebih atau tidak mampu dikeluarkan, hemiparase dextra serta pasien mengalami penurunan kesadaran. Dari hasil pemeriksaan penunjang ct-scan kepala didapatkan bahwa pasien mengalami perdarahan intracerebral pada tahalamus kiri.

Berdasarkan hasil pengkajian tersebut ditemukan faktor resiko dari *intracerebral hemorrhage* adalah hipertensi. hipertensi dapat disebabkan arterosklerosis pembuluh darah serebral, sehingga pembuluh darah tersebut mengalami penebalan dan degeneratif. Pembuluh darah yang dapat menyebabkan rupturnya arteri serebral sehingga perdarahan menyebar dengan cepat dan menimbulkan perubahan setempat serta iritasi pada pembuluh darah otak.

Perubahan terus berlanjut dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah otak (serebral) sehingga terjadinya perdarahan intraserebral (Rudi & Utami, 2020).

Hal ini sejalan dengan (Rizki et al., 2023) sekitar 56% risiko *intracerebral hemorrhage* disebabkan oleh hipertensi. Hipertensi dapat merusak pembuluh darah kecil di otak, dimana dinding pembuluh darahnya tipis dan rentan pecah akibat tekanan tinggi dan menimbulkan gejala defisit neurologi yang akut. ICH akibat hipertensi sering terjadi di bagian ganglia basalis, thalamus, otak kecil, dan batang otak.

Selain hipertensi pada kasus tersebut juga ditemukan bahwa klien telah mengalami peningkatan tekanan intrakranial seperti nyeri kepala, adanya muntah, hemiparase dextra, peningkatan tekanan darah, bradikardi dan perubahan frekuensi nafas. Hal tersebut terjadi dikarenakan terdapat perdarahan intracerebral pada thalamus kiri klien. Sejalan dengan (Ibrahim et al., 2021) gejala yang sering tampak pada perdarahan intraserebral yaitu penurunan kesadaran atau bertahap seiring dengan membesarnya perdarahan, pola pernapasan dapat secara progresif menjadi abnormal, respon pupil tidak ada, muntah-muntah akibat peningkatan tekanan intrakranial, perubahan perilaku kognitif, dan perubahan fisik pada berbicara dan gerakan motorik dapat timbul segera atau perlahan. Nyeri kepala dapat muncul segera atau bertahap seiring dengan peningkatan tekanan intrakranial

#### **4.2 Diagnosis Keperawatan**

Menurut (Brunner, 2018) diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada

masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan. Pada pasien dengan diagnosa medis *Intracerebral Hemorrhage* (ICH), ditemukan beberapa masalah sebagai berikut :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan edema serebral ditandai dengan pasien mengalami perdarahan intraserebral akibat riwayat hipertensi sehingga terjadi penurunan kesadaran, bradikardi, perubahan pola nafas, dan hemiparase dextra.
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan ditandai dengan tidak mampu batuk akibat sputum yang tertahan, suara nafas ronchi dan frekuensi nafas yang abnormal (26x/mnt)
3. Resiko perfusi serebral tidak efektif ditandai dengan hipertensi

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkatlah penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan dengan edema serebral ditandai dengan pasien mengalami perdarahan intraserebral akibat riwayat hipertensi sehingga terjadi penurunan kesadaran, bradikardi, perubahan pola nafas, dan hemiparase dextra. Hal ini sejalan dengan (Rizki & Nurita, 2023) yang menyatakan bahwa manifestasi stroke hemoragik ditandai dengan gejala defisit neurologis adapun beberapa gejala khas stroke hemoragik yang dipicu karena meningkatnya tekanan intrakranial (TIK), yaitu penurunan kesadaran, muntah proyektil, dan sakit kepala hebat. Peningkatan TIK adalah kondisi serius yang memerlukan perhatian medis

segera karena dapat mengancam fungsi otak dan kesehatan pasien secara keseluruhan (Jufrizal, 2024).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan pada pasien dengan dengan masalah keperawatan yang bisa muncul juga pada pasien *intracerebral hemorrhage* yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif dikarenakan sekresi yang tertahan ditandai dengan tidak mampu batuk akibat sputum yang tertahan, suara nafas ronchi dan frekuensi nafas yang abnormal (26x/mnt). Intracerebral hemorrhage (ICH) adalah jenis stroke paling mematikan di dunia yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah sehingga pasien mengalami penurunan kesadaran. Pasien dengan penurunan kesadaran tidak mempunyai reflek batuk yang efektif sehingga terjadi penumpukan secret di jalan napas (Karlina et al., 2023).

Sejalan dengan (Sumarni, Suwarni & Sutrisno, 2024) Stroke hemoragik mengakibatkan beberapa masalah yang muncul, seperti hambatan komunikasi verbal, gangguan menelan, nyeri akut dan yang masalah yang menyebabkan kematian adalah ketidakefektifan perfusi jaringan dimana, masalah tersebut menyebabkan pasien mengalami penurunan kesadaran yang mempengaruhi produksi saliva meningkatkan dan terjadinya penumpukan sekret di jalan nafas. Salah satu tindakan Salah satu intervensi yang sering dilakukan adalah aspirasi lendir (suction) . Tindakan suction bertujuan untuk menjaga kelancaran jalan napas, meningkatkan saturasi oksigen, serta mengurangi risiko kematian sel otak pada pasien stroke hemoragik (Yusnita et al., 2022).

Penulis berasumsi berdasarkan hasil pengakajian yang dilakukan pada pasien dengan tanda dan gejala yang ditunjukkan maka diangkat masalah resiko perfusi serebral tidak efektif. Perdarahan intracerebral dapat menyebabkan resiko keseimbangan cairan akibat dari peningkatan tekanan intracranial, yang dapat mempengaruhi fungsi otak dan gangguan keseimbangan cairan. Maka diperlukan suatu penanganan yang tepat meliputi pemberian agen osmotik seperti mannitol dengan dosis 0,25 cc/kg/BW/jam selama > 20 menit, dapat diulangi setiap 4 - 6 jam dengan target nilai osmolalitas  $\leq 310$  mOsm/L (Annisa et al., 2022). Sejalan dengan (Ibrahim et al., 2021) penuruna TIK yang cepat dapat dicapai dengan pemberian diuretik. Dua macam diuretika yang umum digunakan yaitu osmotik diuretik manitol dan loop diuretik furosemide. Furosemide bekerja dengan mengurangi tekanan intrakranial melalui peningkatan diuresis, mengurangi produksi cairan serebrospinal, dan memperbaiki edema serebral dengan memperbaiki transportasi air di dalam sel. Furosemide dapat menurunkan tekanan intrakranial tanpa mengakibatkan peningkatan volume darah otak atau osmolalitas darah (Dewi et al., 2024).

#### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh Perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan. Intervensi keperawatan digunakan oleh Perawat untuk melaksanakan tindakan keperawatan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Penyusunan intervensi keperawatan kepada pasien didasarkan pada prioritas masalah yang ditemukan dan berdasarkan kondisi nyata pasien sesuai

kebutuhannya, disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien pada saat pengkajian dan berdasarkan SOP yang ada di RS Santa Elisabeth Medan

#### 1. Penurunan kapasitas adaptif intracranial

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, sakit kepala menurun, bradikardia menurun, tekanan darah membaik, tekanan nadi membaik, pola napas membaik, refleks neurologis membaik. Beberapa intervensi perawatan yang ditetapkan berdasarkan kondisi pasien dan standart rumah sakit adalah sebagai berikut: monitor penurunan tingkat kesadaran, memonitor MAP, monitor peningkatan TIK (mis: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, serta pola napas, pertahankan posisi kepala dan leher netral (Head up 30 derajat), jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan, pemberian sedasi dan antikonvulsan. Salah satu intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah dengan melakukan penerapan posisi head up 30 derajat. Pemberian posisi head up ialah dapat meningkatkan saturasi oksigen pasien. Hal ini bisa terjadi karena posisi head up 30 derajat maka dapat meningkatkan status hemodinamik pasien. Status hemodinamik ini meningkat melalui peningkatan aliran darah ke otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak (Ariyani et al., 2024).

Hal ini sejalan dengan (Syahfitri, 2024) pemberian posisi head up 30 derajat ialah mengatur posisi kepala lebih tinggi dari jantung, dengan pemberian posisi ini akan memperlancar aliran darah ke otak. Pengaturan posisi head up 30 derajat bertujuan mengoptimalkan kerja aliran balik vena, serta meningkatkan metabolisme jaringan serebral, memperlancar aliran oksigenasi menuju otak, dan memaksimalkan kerja otak seperti semestinya sehingga dapat meningkatkan keadaan hemodinamik dan dapat mengurangi tekanan intrakranial.

## 2. Bersihan Jalan nafas tidak efektif

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka, bersihan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil : frekuensi nafas membaik dan kedalaman nafas membaik. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah memonitor pola nafas, memonitor bunyi nafas tambahan, memposisikan pasien dengan posisi semi fowler dan memberikan pasien oksigen dengan nasal kanul 4L/mnt. Dalam kasus ini penulis sudah membuat intervensi keperawatan sesuai dengan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018), salah satu intervensi yang diberikan yaitu dengan melakukan tindakan suction (penghisapan lendir). Tindakan suction tepat dilakukan dalam membantu pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran dengan masalah bersihan jalan nafas, dapat membantu mengeluarkan sputum dan peningkatan kadar saturasi oksigen pasien.



Sejalan dengan (Rantiningsih & Suwarni, 2024) yang menerapkan tindakan suction pada pasien stroke yang memiliki masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif menunjukan hasil bahwa setelah dilakukan tindakan selama 3 hari berturut-turut bersihan jalan nafas pasien meningkat dan produksi lendir pasien menurun.

### 3. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Tujuan yang ingin dicapai oleh penulis adalah setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka, keseimbangan cairan membaik membaik dengan kriteria hasil : asupan cairan membaik. Intervensi yang disusun oleh penulis adalah memonitor/mencatat intake output dan menghitung balance cairan / 24 jam. Serta melakukan kolaborasi pemberian diuretic. Salah satu intervensi yang dilakukan adalah kolaborasi pemberian terapi pada pasien. Tindakan kolaborasi yang diberikan adalah dengan pemberian diuretik. Penurunan tekanan intrakranial secara cepat bisa dicapai dengan menggunakan diuretik. Terdapat dua jenis diuretik yang sering digunakan, yakni diuretik osmotik seperti manitol dan diuretik loop seperti furosemide. Furosemide bekerja dengan mengurangi tekanan intrakranial melalui peningkatan diuresis, mengurangi produksi cairan serebrospinal, dan memperbaiki edema serebral dengan memperbaiki transportasi air di dalam sel. Furosemide dapat menurunkan tekanan intrakranial tanpa mengakibatkan peningkatan volume darah otak atau osmolalitas darah (Dewi et al., 2024).

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pelaksanaan untuk membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan. Pada implementasi keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan yang telah dibuat, penulis juga tidak menemukan hambatan karena penulis bekerjasama dengan keluarga pasien, dan juga didukung oleh sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit. Dalam pelaksanaan implementasi keperawatan pada pasien dengan intracerebral hemorrhage sudah sesuai dengan rencana keperawatan yang telah dilaksanakan selama 3x24 jam. Yang dilaksanakan pada tanggal 10 maret – 12 maret 2025. Untuk diagnosa penurunan kapasitas adaptif penulis sudah melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi keperawatan yang disusun dengan hasil yang diharapkan. Penulis melakukan tindakan keperawatan seperti memonitor tingkat kesadaran pasien, memonitor tekanan darah pasien dan memberikan posisi head up pada pasien untuk meningkatkan status hemodinamik pasien. Status hemodinamik ini meningkat melalui peningkatan aliran darah ke otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak.

Hal ini sejalan dengan (Rizki & Nurita 2023) pasien dengan intracerebral hemorrhage yang mengalami peningkatan tekanan intrakranial terkait dengan perdarahan intraserebral. Manajemen terapi emergensi untuk intracerebral hemorrhage meliputi observasi ketat hemodinamik, mempertahankan patensi jalan napas, stabilisasi sirkulasi kardiovaskular, dan koreksi kelainan hemostatik. Dimulai dengan tatalaksana awal untuk mengatasi peningkatan tekanan intrakranial (TIK) meliputi posisi kepala yang dinaikkan hingga 30° dan

pemberian agen osmotik seperti salin hipertonik dan manitol. Dosis manitol yang diberikan adalah 0,5-1 g/kg secara bolus intravena, yang diberikan dalam waktu 5-15 menit dan dapat diulang setiap 4-6 jam.

Pemberian terapi neuroprotektan yaitu citicolin injeksi bertujuan untuk mengurangi adanya kerusakan sel akibat terhambatnya aliran darah yang membawa oksigen ke otak, membatasi area infark agar tidak semakin meluas serta mengurangi cedera reperfusi. Citicolin memiliki manfaat dalam terapi stroke karena dapat memperbaiki kerusakan membran saraf dengan cara sintesis fosfatidilkolin, memperbaiki aktivitas saraf kolinergik dengan cara menaikkan produksi asetilkolin dan mengurangi penumpukkan lemak pada daerah saraf yang mengalami kerusakan.

Pada masalah bersihan jalan nafas tidak efektif dilakukannya tindakan suction (penghisapan lendir) yang bertujuan untuk menjaga kelancaran jalan nafas pasien sejalan dengan (Rantiningih, 2024) yang mengatakan manfaat dari suction antara lain menjaga kelancaran jalan napas, mengurangi risiko Ventilator Associated Pneumonia (VAP), mengurangi sekresi, dan mempermudah proses pernapasan juga dapat membantu mengurangi produksi lendir dan dapat meningkatkan status hemodinamik pasien dan saturasi oksigen.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan yang diperoleh dari hasil implementasi yang dilakukan pada tanggal 10 maret – 12 maret 2025 pada pasien merupakan tahap untuk menilai tujuan yang diharapkan tercapai atau tidak. Dalam tahap evaluasi ini dilakukan 3x24 jam:



- 1) Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral pasien mengalami penurunan kesadaran. Sampai pada perawatan hari ketiga masalah belum teratasi dimana GCS E3V1M4 (somnia), TD: 160/90 mmHg, HR:67x/mnt dan spo2 : 95%
- 2) Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan sampai pada perawatan hari ketiga masalah teratasi sebagian dimana frekuensi napas pasien 18x/m, spo2: 95% dan pasien menggunakan oksigen nasal kanul 4L/mnt
- 3) Risiko keseimbangan cairan ditandai dengan perdarahan sampai pada perawatan hari ketiga masih tetap dilakukan pencatatan monitor intake, output dan balance cairan

## BAB 5 PENUTUP

### 5.1 Kesimpulan

Dari hasil penatalaksanaan asuhan keperawatan pada Ny.R dengan diagnose medis *Intracerebral Hemorrhage* di rs Santa Elisabeth dapat disimpulkan bahwa :

#### 1. Pengkajian keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian didapat data pasien memiliki riwayat hipertensi selama 6 tahun, mengalami nyeri kepala, muntah prokyektal, bradikardi, adanya suara nafas tambahan, frekuensi nafas cepat, produksi sputum yang berlebih atau tidak mampu dikeluarkan, hemiparase dextra, serta pasien mengalami penurunan kesadaran. Dari hasil pemeriksaan penunjang ct-scan kepala didapatkan bahwa pasien mengalami perdarahan intracerebral pada tahalamus

#### 2. Diagnosa Keperawatan

Pada pasien dengan intracerebral hemorrhage akan mengalami beberapa masalah baik fisik, psikologis, maupun sosial. Diagnosa keperawatan yang timbul adalah Penurunan kapasitas adaptif intracranial berhubungan dengan edema serebral dan bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan hipersekresi serta risiko keseimbangan cairan ditandai dengan peradarahan/edema.

### 3. Intervensi Keperawatan

Pada penyusunan rencana keperawatan sudah disesuaikan dengan teori dan kondisi pasien dengan menetapkan penyusunan rencana keperawatan. Merencanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan Intracranial Hemorrhagic (ICH) harus melihat kondisi pasien secara keseluruhan dan target waktu penyelesaiannya juga disesuaikan dengan kemampuan pasien.

### 4. Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan dilakukan secara berkesinambungan selama 3 x 24 jam dengan bekerja sama secara tim dengan perawat ruangan, semua rencana tindakan dapat dilaksanakan semua. Fokus asuhan keperawatan pada pasien dengan intracerebral hemorrhage (ICH) adalah penurunan kapasitas adaktif intracranial dan bersihan jalan nafas.

### 5. Evaluasi Keperawatan

Dari beberapa tindakan mandiri keperawatan pada pasien dengan *intracerebral hemorrhage* (ICH) dengan masalah keperawatan gangguan penurunan adaktif intrakranial antara lain observasi TTV, penurunan kesadaran, memonitor intake dan output cairan, posisikan semi fowler, kolaborasi dalam pemberian terapi.

## 5.2 Saran

Diharapkan setelah menyusun laporan asuhan keperawatan *Intracerebral Hemorrhage* mahasiswa/I mampu mengembangkan ilmunya dan meningkatkan pelayanan yang lebih baik.



## **Evidence Based Practice (EBP)**

### **Effect Of Head Up Position On Oxygen Saturation Of Hemorrhagic Stroke Patient**

**Hana Ariyani, Ida Rosidawati, Asep Robby, Yuyun solihatin, Aida Srirachamati, Heri Budiawan**

## **Tujuan**

Untuk mengetahui pengaruh pemberian posisi head up 30 derajat pada pasien stroke hemoragik.

## **Hasil Telaah**

Salah satu intervensi yang diberikan untuk mengatasi masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah dengan melakukan penerapan posisi head up 30 derajat. Pemberian posisi head up ialah dapat meningkatkan saturasi oksigen pasien. Hal ini bisa terjadi karena posisi head up 30 derajat maka dapat meningkatkan status hemodinamik pasien. Status hemodinamik ini meningkat melalui peningkatan aliran darah ke otak dan memaksimalkan oksigenasi jaringan otak.

## **Kesimpulan**

Adanya pengaruh posisi head up 30 derajat terhadap saturasi oksigen pada pasien stroke hemoragik. Intervensi keperawatan head up 30 derajat efektif dalam

meningkatkan saturasi oksigen pasien stroke hemoragik sehingga dapat diaplikasikan di tataran klinik.

### **Evidence Based Practice (EBP)**

#### **Penerapan Tindakan Suction Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien Stroke Hemoragik Rantiningih Sumarni, Anik Suwarni, Strisno**

#### **Tujuan**

Untuk mengetahui pengaruh suction terhadap perubahan saturasi oksigen dan meningkatkan bersihan jalan nafas.

#### **Hasil Telaah**

Penanganan ketidakefektifan bersihan jalan nafas akibat akumulasi sekret salah satunya melalui pengambilan sekret dengan tindakan suction yang dilakukan dengan memasukkan selang cateter. Selain untuk kelancaran jalan nafas tindakan suction juga dapat membantu mengurangi produksi sekret dan dapat meningkatkan status hemodinamik pasien dan saturasi oksigen.

#### **Kesimpulan**

Tindakan suction kurang dari 15 detik terbukti dapat meningkatkan bersihan jalan nafas. Tindakan ini dapat dilakukan jika pasien mengalami indikasi seperti sekret di jalan nafas, distress pernafasan dan auskultasi terdengar ronchi.



### DAFTAR PUSTAKA

- Almohammed, R. M., Almutairi, H., Alhoussien, R. O., Alotayan, M. T., Almutairi, A. K., Bafail, W. O., Khan, A., & Khatri, I. A. (2020). Brainstem hemorrhage is uncommon and is associated with high morbidity, mortality, and prolonged hospitalization. *Neurosciences*, 25(2), 91–96. <https://doi.org/10.17712/nsj.2020.2.20190102>
- Amir, N. S. S., Kang, L. Z., Mukari, S. A., Sahathevan, R., & Chellappan, K. (2020). CT brain image advancement for ICH diagnosis. *Healthcare Technology Letters*, 7(1), 1–6. <https://doi.org/10.1049/htl.2018.5003>
- Ariyani, H., Rosidawati, I., Robby, A., Solihatin, Y., Rachmawati, A. S., & Budiawan, H. (2024). *Effect of Head Up Position on Oxygen Saturation of Hemorrhagic Stroke Patients at RSUD dr . Soekardjo Tasikmalaya City*. 6(2). <https://doi.org/10.35568/healthcare.v6i2.4815>
- Badrul Munir. (2017). *NEUROLOGI DASAR* (edisi 2). Sagung Seto.
- Brunner, S. &. (2018). *TEXTBOOK OF Medical-Surgical Nursing* (14th editi).
- Dani Prastiwi, Siti Solihat, I. P. W. (2023). *METODELOGI KEPERAWATAN : Teori dan Panduan Komprehensif* (Efitra (ed.)). PT. Sonpedia Publishing.
- Dewi, A. A., Fikriyanti, & Jufrizal. (2024). Asuhan Keperawatan Post Craniotomy: Evakuasi Intracerebral Hemorrhage (ICH) di Intensive Care Unit: Studi Kasus. *Jurnal Gawat Darurat*, 6(1), 9–20.
- DPP, P. T. P. S. (n.d.). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Greenberg, S. M., Ziai, W. C., Cordonnier, C., Dowlatshahi, D., Francis, B., Goldstein, J. N., Hemphill, J. C., Johnson, R., Keigher, K. M., Mack, W. J., Mocco, J., Newton, E. J., Ruff, I. M., Sansing, L. H., Schulman, S., Selim, M. H., Sheth, K. N., Sprigg, N., & Sunnerhagen, K. S. (2022). 2022 Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. In *Stroke* (Vol. 53, Issue 7).

- <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000407>
- 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>
- Jufrizal, A. A. D. F. (2024). Asuhan keperawatan pada pasien tn. t dengan diagnosa medis stroke hemoragik. 2(3), 19–25.
- Lewis, H. and D. (2020). *Textbook of Medical Surgical Nursing Assessment and Menagement of Clinical Problem* (ELEVENTH).
- Liang, D. R. ; J. W. (2023). *Intracerebral Hemorrhage*. StatPearls Publishing.
- Lily Annisa, L. A. (2022). Tata Laksana Terapi Stroke Hemoragik Pada Pasien Dengan Hipertensi : Sebuah Laporan Kasus. *Unram Medical Journal*, 11(3), 976–979. <https://doi.org/10.29303/jku.v11i3.729>
- Linda Diann Urden, Kathleen M. Stacy, M. E. L. (2014). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*. Elsevier/Mosby.
- Magid-Bernstein, J., Girard, R., Polster, S., Srinath, A., Romanos, S., Awad, I. A., & Sansing, L. H. (2022). Cerebral hemorrhage: Pathophysiology, treatment, and future directions. *Circulation Research*, 130(8), 1204–1229. <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.121.319949>
- Misae Fattah Rizki, Nurita Hidayati, E. P. (2023). *Hemorrhagic Stroke*. 1(1), 19–26.
- Nonok Karlina, Fauziyatu Alfiyah, S., Nurcahyana, Y., Budihartiningrum, F., & Prihatini, N. (2023). Tindakan Suction Terhadap Bersihan Jalan Nafas Pada Pasien Intracerebral Hemorrhage Post Op Craniotomy. *Jurnal Kesehatan Mahardika*, 10(2), 60–65. <https://doi.org/10.54867/jkm.v10i2.190>
- PPNI, T. P. S. D. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*.
- Rantingsih Sumarni, Anik Suwarni, S. (2024). PENERAPAN TINDAKAN SUCTION TERHADAP BERSIHAN JALAN NAFAS PADA PASIEN STROKE NON HEMORAGIK. 2024, 5(2), 561–570.
- Rudi Haryono, M. P. S. U. (2020). *Kperawatan Medikal Bedah 2*. Pustaka Baru Press.
- Saragih, M., Tri, H., Grace, J., Stevany, N., Kedokteran, F., & Tarumanagara, U. (2024). Seorang Laki-Laki Berusia 59 Tahun dengan Intracerebral Hemorrhage dan Intraventricular Hemorrhage dan Hubungan dengan Hipertensi Stage 2. *Jurnal Ners*, 8(1), 484–489. <http://journal.universitaspahlawan.ac.id/index.php/ners>
- Setiawan et al. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Syahfitri, D., Perangin-angin, R. E. P., & Oksigen, S. (2024). Penerapan Posisi Head Up 300 Untuk Meningkatkan Saturasi Oksigen Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Rumah Sakit Vita Insani Pematangsiantar. 1(3), 267–273.

- Yunus, M., Jhonet, A., Fitriyani, & Fatabuana, A. O. (2021). Hubungan antara hipertensi dengan letak dan jenis perdarahan intrakranial spontan pada pemeriksaan ct scan kepala. *JOURNAL OF Tropical Medicine Issues*, 1(1), 44–51.
- Yusnita, E. D., Darliana, D., & Amalia, R. (2022). Manajemen Keperawatan Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Ruang Saraf : Suatu Studi Kasus. *JIM Fkep*, 1(2), 10–17. [https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039\(20\)30138-9/fulltext](https://www.medicinejournal.co.uk/article/S1357-3039(20)30138-9/fulltext)

### DOKUMENTASI

