

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi Intracerebral Hemorrhage

Perdarahan intraserebral adalah suatu kondisi di mana perdarahan terjadi di jaringan atau ventrikel otak. Pendarahan menghilangkan oksigen dari otak sambil memberi tekanan pada jaringan di dekatnya. Kumpulan darah yang terjadi di dalam otak disebut hematoma. Pendarahan dapat menyebabkan kerusakan otak yang cepat atau dapat mengakibatkan kematian (Shaffer, 2022).

Perdarahan intraserebral mengacu pada perdarahan primer, spontan, dan non-trauma yang terjadi di parenkim otak. Perdarahan intraserebral menyumbang sekitar 10-20% dari semua stroke. Faktor risiko yang paling umum untuk *stroke hemoragik* non traumatik adalah hipertensi. Peningkatan tekanan arteri rata-rata menyebabkan terjadinya perdarahan intraserebral (Rachman *et al*, 2022)

2. Klasifikasi Intracerebral Hemorrhage

a. *Epidural Hematoma* dapat berasal dari arteri atau vena. Hematoma epidural arteri klasik terjadi setelah trauma tumpul pada kepala, biasanya daerah temporal. Mereka juga dapat terjadi setelah cedera kepala tembus, Biasanya terdapat fraktur tengkorak dengan kerusakan pada arteri meningeal media yang menyebabkan perdarahan arteri ke dalam ruang epidural potensial. Meskipun arteri meningeal media adalah arteri yang digambarkan secara klasik, setiap arteri meningeal dapat menyebabkan hematoma epidural arteri (Babu *et al*, 2019).

- b. *Subdural Hematoma* Perdarahan subdural terjadi ketika darah memasuki ruang subdural yang secara anatomis merupakan ruang arachnoid. Umumnya perdarahan subdural terjadi setelah pembuluh yang melintasi antara otak dan tengkorak diregangkan, patah, atau robek dan mulai berdarah ke dalam ruang subdural. Ini paling sering terjadi setelah cedera kepala tumpul tetapi juga dapat terjadi setelah cedera kepala tembus atau spontan (Koivunen *et al*, 2015 *cit* Joubert *et al*, 2019).
- c. *Subarachnoid Hemorrhage* Perdarahan subarachnoid adalah perdarahan ke dalam *subarachnoid*. Perdarahan dibagi menjadi perdarahan *subarachnoid traumatik* versus non-trauma. Skema kategorisasi kedua membagi perdarahan subarachnoid menjadi perdarahan subarachnoid aneurisma dan non-aneurisma. Perdarahan subarachnoid aneurisma terjadi setelah pecahnya aneurisma serebral yang memungkinkan perdarahan ke dalam ruang subarachnoid.
- d. *subarachnoid non-aneurisma* adalah perdarahan ke dalam ruang subarachnoid tanpa aneurisma yang dapat diidentifikasi. Perdarahan subarachnoid non-aneurisma paling sering terjadi setelah trauma dengan cedera kepala tumpul dengan atau tanpa trauma tembus atau perubahan akselerasi mendadak pada kepala (Koivunen *et al*, 2015 *cit* Spetzler *et al*, 2019).
- e. *Intraparenchymal Hemorrhage* Perdarahan intraparenkim adalah perdarahan ke dalam parenkim otak yang tepat. Ada berbagai alasan yang menyebabkan perdarahan dapat terjadi termasuk, namun tidak terbatas pada, hipertensi, malformasi arteriovenosa, angiopati amiloid, ruptur aneurisma, tumor, koagulopati, infeksi, vaskulitis, dan trauma (Koivunen *et al*, 2015 *cit* Tenny & Thorel, 2021).

3. Etiologi

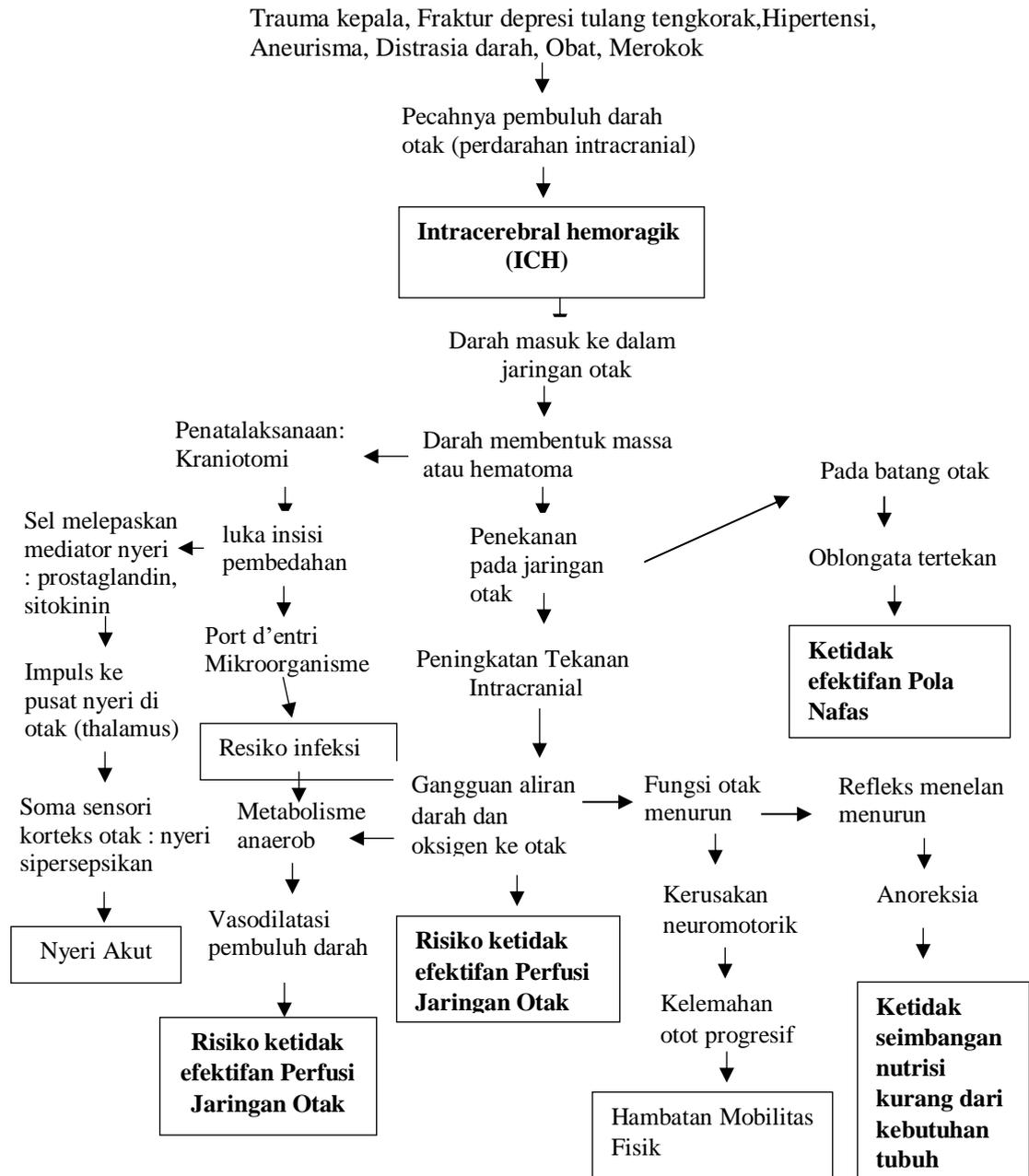
Menurut Statpearls (2018) Pendarahan di otak yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi kronis, angiopati amiloid, antikoagulan (obat-obatan) dan malformasi vaskular, Cedera otak yang dihasilkan sering diklasifikasikan sebagai primer karena merupakan kerusakan awal pada parenkim. bekuan darah sekunder atau kerusakan akibat komplikasi darah intrakranial.

4. Patofisiologi

Perdarahan *intraserebral* ini dapat disebabkan oleh karena ruptur arteria serebri yang dapat dipermudah dengan adanya hipertensi. Keluarnya darah dari pembuluh darah didalam otak berakibat pada jaringan disekitarnya atau didekatnya, sehingga jaringan yang ada disekitarnya akan bergeser dan tertekan.

Perdarahan pada parenkim otak sering diklasifikasika sebagai cedera primer, yaitu kerusakan jaringan langsung yang disebabkan oleh hematoma, dan kerusakan sekunder, perubahan patologis selanjutnya yang disebabkan oleh perdarahan.

Lebih dari 70% dari *Intracerebral hemorrhage* telah tercatat berkembang dalam 24 jam pertama sejak onset karena perdarahan yang terus berlanjut atau berulang. Studi oleh Brott *et al* mengungkapkan bahwa 26% pasien dengan ICH mengalami ekspansi hematoma dalam waktu 1 jam setelah CT-scan pertama (Statpearls, 2018).



Gambar 2.1
Pathway ICH

Sumber: (hiraagustini,2018)

<https://www.scribd.com/document/370833919/Pathway-Ich>

5. Tanda Dan Gejala

- a. Sakit kepala
- b. Mual, dan muntah
- c. Lesu
- d. Kebingungan
- e. Tiba-tiba kelemahan atau mati rasa pada wajah, lengan atau kaki, biasanya di satu sisi
- f. Kehilangan kesadaran hingga
- g. Kehilangan penglihatan sementara
- h. Kejang

6. Manifestasi Klinis

Sekitar setengah dari pasien dengan kasus utama Intracerebral hemorrhage meninggal dalam beberapa hari. Dari mereka yang bertahan hidup, tingkat defisit neurologis yang tersisa akan bergantung pada tingkat penyembuhan karena kelebihan darah di jaringan otak diserap kembali. Jika Perdarahan ditemukan di fossa kranial posterior, cacat batang otak dapat diamati, misal deviasi mata konjugat, ophthalmoplegia, mengi, pupil runcing atau koma. perdarahan dalam jumlah besar dapat menyebabkan hemiparesis (kelemahan atau ketidakmampuan bergerak pada satu sisi tubuh) (Shaffer, 2022).

7. Penatalaksanaan Medis.

Perdarahan otak lebih cenderung berakibat fatal daripada stroke iskemik. Perdarahan biasanya besar dan menimbulkan masalah, terutama pada penderita hipertensi kronis. Lebih dari separuh orang dengan perdarahan hebat meninggal dalam beberapa hari. Orang yang selamat biasanya mendapatkan kembali kesadaran dan beberapa fungsi otak dari waktu ke waktu. Namun, sebagian besar tidak pulih sepenuhnya dari fungsi otak yang hilang. Perawatan untuk perdarahan intraserebral berbeda dari stroke iskemik. Antikoagulan (seperti heparin dan warfarin), trombolitik, dan obat antiplatelet (seperti aspirin) tidak diberikan karena memperburuk perdarahan. Jika orang yang memakai antikoagulan mengalami stroke hemoragik, mereka mungkin memerlukan obat yang membantu pembekuan darah, seperti:

- a. Vitamin K, biasanya diberikan secara infuse
- b. Transfusi atau platelet
- c. Transfusi darah yang telah mempunyai sel darah dan pengangkatan platelet (plasma segar yang dibekukan)
- d. Pemberian infus pada produk sintesis yang serupa pada protein di dalam darah yang membantu darah untuk menggumpal (faktor penggumpalan)
- e. Operasi craniotomy untuk mengangkat penumpukan darah dan menghilangkan tekanan di dalam tengkorak, bahkan jika hal itu bisa menyelamatkan hidup, jarang dilakukan karena operasi itu sendiri bisa merusak otak.

Untuk *Intra Cerebral Hematom* adalah sebagai berikut :

- 1) Observasi dan tirah baring terlalu lama
- 2) Mungkin diperlukan ligasi pembuluh yang pecah dan evakuasi hematom secara bedah
- 3) Mungkin diperlukan ventilasi mekanis
- 4) Untuk cedera terbuka diperlukan antibiotik
- 5) Metode-metode untuk menurunkan tekanan intra kranium termasuk pemberian diuretik dan obat anti inflamasi.
- 6) Pemeriksaan Laboratorium berupa CT-Scan, Foto Thorak dan Laboratorium lainnya (Hemorha, 2019 *cit* Corwin, 2020).

Kraniotomi adalah sebuah prosedur operasi umum divisi bedah saraf yang melibatkan pembuatan lubang yang cukup pada tempurung kepala atau tengkorak (cranium) untuk akses optimal ke intrakranial. Kraniotomi dinamakan sesuai dengan area tempurung kepala (cranium) yang dibuka, dapat dilakukan secara intratentorial maupun supratentorial, atau kombinasi dari keduanya. Tindakan ini dilakukan sebagai terapi pada tumor otak, hematoma, aneurisma, maupun infeksi otak. Ukuran lebar kraniotomi bervariasi dari beberapa milimeter (burr holes) sampai beberapa sentimeter (keyhole), bergantung pada masalah dan terapi yang dibutuhkan (Pratama *et al*, 2020).

8. Perawatan medis ICH

- a. Jika pasien sedang dalam pengencer darah, obat pembalikan akan diberikan untuk mengembalikan faktor pembekuan.
- b. Tekanan darah dikelola untuk menurunkan risiko perdarahan yang lebih banyak namun memberikan aliran darah yang cukup (perfusi) ke otak.
- c. Mengontrol tekanan intrakranial merupakan faktor dalam perdarahan besar. Perangkat yang disebut monitor ICP dapat ditempatkan langsung ke dalam ventrikel atau di dalam otak untuk mengukur tekanan. ICP normal adalah 20 mmHg.
- d. Mengeluarkan cairan serebrospinal (CSF) dari ventrikel membantu mengontrol tekanan. Sebuah kateter ventrikel (VP shunt) dapat ditempatkan untuk mengalirkan cairan CSF dan memberikan ruang bagi hematoma untuk berkembang tanpa merusak otak.
- e. Hiperventilasi juga membantu mengontrol TIK. Dalam beberapa kasus, koma dapat diinduksi dengan obat untuk menurunkan TIK.
- f. Ventilator (*mechanical ventilation*) adalah alat yang digunakan untuk membantu pasien yang mengalami gagal napas. Pasien yang mengalami distress pernafasan, gagal napas, henti napas (apnu) maupun hipoksemia yang tidak teratasi menggunakan pemberian oksigen termasuk indikasi ventilasi mekanik. Idealnya pasien telah ditangani dengan menggunakan intubasi dan pemasangan ventilasi mekanik sebelum terjadi gagal napas yang sesungguhnya (Oktavian, 2020).

9. Komplikasi

Menurut Batticaca (2008)

- a. Gangguan otak yang berat.
- b. Kematian bila tidak dapat mengontrol respons pernafasan atau kardiovaskular
- c. Infark Serebri
- d. Hidrosephalus yang sebagian kecil menjadi hidrosephalus normotensif
- e. Fistula caroticocavernosum
- f. Epistaksis
- g. Peningkatan TIK, tonus otot abnormal

B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Manusia mempunyai kebutuhan tertentu yang harus memuaskan, Menurut Abraham Maslow kebutuhan dasar manusia ada lima yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan rasa aman dan perlindungan, kebutuhan rasa cinta memiliki dan dimiliki, kebutuhan harga diri, dan kebutuhan aktualisasi diri.



Sumber: [https://www.Academia.edu/10028354/Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Maslow](https://www.Academia.edu/10028354/Kebutuhan_Dasar_Manusia_Menurut_Maslow)

Gambar 2.2
Hirarki Konsep Dasar Manusia

Berdasarkan teori Abraham Maslow di atas, pada individu yang mengalami *Intracerebral hemoragge (ICH)* gangguan kebutuhan fisiologis yaitu kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.

1. Kebutuhan Fisiologi

Fisiologi adalah turunan biologi yang mempelajari bagaimana kehidupan berfungsi secara fisik dan kimiawi. Fisiologi menggunakan berbagai metode ilmiah untuk mempelajari biomolekul, sel, jaringan organ, sistem organ, dan organisme secara keseluruhan menjalankan fungsi fisik dan kimiawinya untuk mendukung kehidupan.

Menurut Abraham Maslow kebutuhan fisiologi sangat mendasar, paling kuat dan paling jelas dari antara sekian kebutuhan adalah untuk mempertahankan hidupnya secara fisik. Yaitu kebutuhan untuk makan, minum, tempat tinggal, seks tidur dan oksigen. Manusia akan menekan kebutuhannya sedemikian rupa agar kebutuhan fisiologis (dasar) tercukupi. Sebagai contoh:

- a. Pengeluaran zat sisa, dimana seseorang harus mengeluarkan zat-zat sisa yang sudah tidak terpakai oleh tubuh. Karena jika tidak dikeluarkan akan mengakibatkan penyakit/pembentukan penyakit.
- b. Oksigen (O₂) merupakan salah satu kebutuhan vital untuk kehidupan kita. Dengan mengkonsumsi oksigen yang cukup akan membuat organ tubuh berfungsi dengan optimal. Jika tubuh menyerap oksigen dengan kandungan yang rendah dapat menyebabkan kemungkinan tubuh mengidap penyakit kronis. Sel-sel tubuh yang kekurangan oksigen juga dapat menyebabkan perasaan kurang nyaman, takut atau sakit. Menguap adalah salah satu sinyal tubuh kekurangan oksigen selain karena mengantuk.

2. Kebutuhan akan rasa nyaman

Kebutuhan akan rasa aman ini biasanya terpuaskan pada orang-orang yang sehat dan normal. Seseorang yang tidak aman akan memiliki kebutuhan akan keteraturan dan stabilitas yang sangat berlebihan dan menghindari hal-hal yang bersifat asing dan yang tidak di harapkannya. berbeda dengan orang yang merasa aman dia akan cenderung santai tanpa ada kecemasan yang berlebih. Perlindungan dari udara panas/dingin, cuaca buruk, kecelakaan, infeksi, alergi, terhindar dari pencurian dan mendapatkan perlindungan hukum bebas dari penjajahan, bebas dari ancaman, bebas dari rasa sakit, bebas dari teror, dan lain sebagainya, Sebagai contoh :

- a. Seseorang membangun rumah untuk melindungi diri dari hujan panas memenuhi kepuasan untuk dirinya
- b. Saat indonesia di jajah kita melawan penjajah tersebut dan akhirnya merdeka karena saat terjajah kita tidak merasa aman.

3. Kebutuhan sosial

Kebutuhan akan rasa memiliki-dimiliki dan kasih sayang, kebutuhan akan rasa memiliki tempat di tengah kelompoknya.

Sebagai contoh :

- a. Dimana seseorang yang mempunyai tujuan dan kepentingan yang sama membuat suatu kelompok/berkumpul karena mereka ingin diperhatikan dalam tujuannya dan dapat memberikan perhatian atas kelompok tersebut.
- b. Kebutuhan cinta seorang anak oleh ibunya, itu sangat berpengaruh terhadap tumbuh kembang anak misal seorang anak tercukupi kebutuhan akan kasih sayang maka perkembangan anak akan optimal berupa fisik maupun psikologinya karena perhatian yang di berikan ibu kepada anaknya.

4. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Aktualisasi diri adalah kebutuhan naluriah pada manusia untuk melakukan yang terbaik dari yang dia bisa. tingkatan tertinggi dari perkembangan psikologis yang bisa dicapai bila semua kebutuhan dasar sudah dipenuhi dan pengaktualisasian seluruh potensi dirinya mulai dilakukan.

Pada saat manusia sudah memenuhi seluruh kebutuhan pada semua tingkatan yang lebih rendah , melalui aktualisasi diri di katakan bahwa mereka mencapai potensi yang paling maksimal Manusia yang teraktualisasi dirinya :

- a. Mempunyai kepribadian multi dimensi yang matang.
- b. Sering mampu mengasumsi dan menyelesaikan tugas yang banyak.
- c. Mencapai pemenuhan kepuasan dari pekerjaan yang di kerjakan dengan baik dan tidak tergantung secara penuh pada opini orang lain.

C. Konsep Kegawatdaruratan

1. Pengertian Kegawat darurat

Gawat artinya mengancam nyawa sedangkan darurat adalah perlu mendapatkan penanganan atau tindakan segera untuk menghilangkan ancaman nyawa korban. Jadi, gawat darurat adalah keadaan yang mengancam nyawa yang harus dilakukan tindakan segera untuk menghindari kecacatan bahkan kematian korban (Savira & Suharsono, 2018).

2. Klasifikasi Kondisi Kegawatdaruratan

- a) Gawat Darurat Suatu kondisi dimana dapat mengancam nyawa apabila tidak mendapatkan pertolongan pertama. Contoh: Gagal napas, jantung, kejang, koma, trauma kepala, dan penurunan kesadaran.
- b) Gawat tidak Darurat Suatu keadaan dimana pasien berada dalam kondisi gawat tetapi tidak memerlukan tindakan yang darurat.
Contoh : Kanker stadium lanjut.
- c) Darurat tidak Gawat Suatu keadaan dimana pasien akibat musibah yang datang tiba-tiba tetapi tidak mengancam nyawa atau anggota badannya
Contoh : Fraktur tulang tertutup.
- d) Tidak Gawat tidak Darurat Suatu keadaan dimana pasien tidak berada dalam kondisi gawat dan darurat (Savira & Suharsono, 2018)

3. Tujuan Penanggulangan Gawat Darurat

Tujuan penanggulangan gawat darurat adalah mencegah kematian dan kecacatan pada pasien gawat darurat, hingga hidup dan berfungsi kembali dalam masyarakat. Merujuk pasien gawat darurat melalui rujukan untuk memperoleh penanganan yang lebih memadai dan penanggulangan korban bencana (Savira & Suharsono, 2018).

4. Konsep Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan

a. Pengkajian

Pengkajian kegawatdaruratan menurut (Savira & Suharsono, 2018) adalah, pengkajian primer meliputi: Airway, breathing, circulation, disab riwayat penyakit, pengkajian head to toe, pemeriksaan penunjang.

b. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan keperawatan berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) yang muncul pada pasien gawatdarurat antara lain : Bersihan jalan napas tidak efektif, pola napas tidak efektif, gangguan pertukaran gas, gangguan perfusi jaringan perifer, gangguan perfusi jaringan serebral, intoleransi aktivitas, Resiko defisit nutrisi.

D. Proses Keperawatan

1. Pengkajian

Merupakan tahap awal proses keperawatan terdiri dari 4 tahap yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Adapula yang menterjemahkannya kedalam 5 tahap yaitu pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Suarni&Apriyani,2017).

a. Pengkajian Primer

1) A (*Airway*/Jalan Napas)

Menilai jalan napas, apakah pasien dapat bernapas dengan bebas, ataukah ada sekret yang menghalangi jalan napas

2) B (*Breathing*/Pernafasan)

Adanya sesak napas, merasa kekurangan oksigen, pola napas tidak teratur.

3) C (*Circulation*/Sirkulasi)

Kebas, kesemutan pada bagian ekstremitas, keringat dingin, naditeraba lemah, tekanan darah menurun.

4) D (*Disability*/Kesadaran)

Terjadi penurunan tingkat kesadaran sampai dengan koma.

5) E (*Exposure*/Paparasi)

Terjadi peningkatan suhu.

b. Pengkajian Sekunder

1) Keluhan Utama

Keluhan utamanya adalah sesak nafas dan kelemahan saat beraktivitas

2) Riwayat Penyakit

Penyakit dahulu dan keluarga juga diperlukan untuk mengetahui apakah pasien memiliki riwayat ICH atau tidak.

3) Pemeriksaan *Head to Toe*

Terdapat kelemahan fisik, edema ekstremitas, denyut nadi perifer melemah, terdengar bunyi jantung tambahan

4) Pemeriksaan Penunjang

- a) Foto *thorax*, dapat mengungkapkan adanya pembesaran jantung, edema atau efusi pleura yang menegaskan diagnosa *intracerebral hemoragge*.
- b) EKG, dapat mengungkapkan adanya takikardi, hipertrofi bilik jantung, dan iskemia.
- c) Pemeriksaan laboratorium, dapat mengungkapkan hiponatremia, hiperkalemia pada tahap lanjut gagal jantung.

2. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (SDKI, 2017).

Diagnosa yang mungkin muncul pada klien *Posh Op* *Kraniotomi* Dengan ICH bila menyesuaikan pada SDKI:

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif adalah ketidak mampuan membersihkan secret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

Factor penyebab Bersihan jalan nafas tidak efektif : spase jalan nafas.

Tanda mayor : batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, spuntum berlebih, mengi, wheezing/ronkhi kering, meconium jalan nafas pada neonatus.

Tanda minor : dispnea, sulit bicara, ortopnea, gelisah, sianosis, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah, pola nafas berubah.

- b. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intracranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.

Faktor penyebab Penurunan kapasitas adaptif intrakranial : edema serebral.

Tanda mayor : sakit kepala, tekanan darah meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, tingkat kesadaran menurun respon pupil melambat atau tidak sama, reflek neurologis terganggu.

Tanda minor : gelisah, agitasi, muntah (tanpa disertai mual), tanpak lesu/lemah, fungsi kognitif terganggu, tekanan intrakranial (TIK) >20 mmHg, papilledema, postur debrasi (ektensi).

- c. Resiko defisit nutrisi adalah beresiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Faktor penyebab resiko defisit nutrisi : ketidak mampuan menelan makanan.

- d. Risiko jatuh adalah beresiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan Kesehatan akibat jatuh.

Faktor penyebab : penurunan tingkat kesadaran

- e. Risiko gangguan integritas kulit adalah beresiko mengalami kerusakan kulit (dermis dan/ epidermis) atau jaringan (membrane mukosa, kornea, fasia, otot, tendon, tulang, kartilago, kapsul sendi dan/ligament).

Faktor penyebab : penurunan mobilitas

3. Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan adalah menentukan perencanaan berupa perencanaan tujuan (outcome) dan intervensi. Pada tahap perencanaan ada empat hal yang harus diperhatikan, yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan, melakukan kriteria hasil, dan merumuskan intervensi (Suarni & Apriyani, 2017)

Tabel 2.1
Rencana Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif (D.0001) Dibuktikan dengan sekresi yang tertahan Ds: 1. Dispnea 2. sulit bicara Do: 1. mengi, wheezing dan/ronkhi kering 2. Gelisah 3. bunyi nafas menurun 4. frekuensi nafas berubah</p>	<p>Bersihan jalan nafas (L.01001) meningkat dengan kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun 2. Sulit bicara menurun 3. Suara nafas tambahan menurun 4. Frekuensi nafas membaik 5. Pola nafas membaik 6. SPO₂ meningkat 	<p>Manajemen jalan nafas (I.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usahanapas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering, snoring) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, jika tidak kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen

2	<p>Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066) berhubungan dengan edema serebral Ds: sakit kepala Do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tekanan darah mningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure) 2. pola nafas ireguler 3. tingkat kesadaran menurun 4. Gelisah 5. tampak lesu/lemah 6. TIK >20 mmHg 	<p>Kapasitas adaptif Intrakranial (L.06049) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Gelisah menurun 3. Tekanan darah membaik 4. Tekanan nadi membaik 	<p>Manajemen peningkatan intrakranial (I.06194) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat) 2. Monitor status pernafasan. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atur ventilator agar paCO2 optimal. 2. Pertahankan suhu tubuh normal. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kolaborasi pemberian obat.
3	<p>Resiko defisit nutrisi (D.0032) dibuktikan dengan ketidak mampuan menelan makanan. Ds Do:</p>	<p>Status nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan defisit nutrisi membaik dengan kreteria hasil : Makan atau minum sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat.</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor mual muntah 2. Monitor asupan makanan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan. 2. Berikan makanan tinggi ka-lori dan tinggi protein. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis.Pereda nyeri ,antimatik jika peru).

4	<p>Risiko jatuh (D.0143) dibuktikan dengan penurunan tingkat kesadaran Ds: Do:</p>	<p>Tingkat jatuh (L.14138) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil : 1. Jatuh dari tempat tidur menurun</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540) 1. Identifikasi faktor resiko jatuh (penurunan tingkat kesadaran) 2. Pasang hendrail tempat tidur</p>
5	<p>Risiko gangguan integritas kulit (D.0139) dibuktikan dengan penurunan mobilitas Ds: Do:</p>	<p>Integritas kulit (L.14125) setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Perdarahan menurun</p>	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353) 1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit 2. Bersihkan perineal dengan air hangat 3. Gunakan produk berbahan petrolium atau minyak pada kulit kering</p>

Sumber : (PPNI.SDK(PPNI.SDKI, 2017), (PPNI.SLKI, 2018), dan (PPNI.SIKI, 2017)

4. Implementasi Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini bisa disebut sebagai suatu pendekatan problem-solving yang memerlukan ilmu, teknik, dan ketrampilan interpersonal dan ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien/keluarga. Proses keperawatan terdiri dari lima tahap yang sequensial dan berhubungan. Antara lain yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Safitri, 2019).

5. Evaluasi

Evaluasi Berdasarkan SOAP adalah tahap dimana kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses, Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri (Sitanggang, 2018 *cit* Ali, 2009).

Rekam medis SOAP adalah sarana yang digunakan oleh para tenaga medis untuk merekam informasi mengenai pasien. SOAP merupakan singkatan dari Subjective (Subjektif), Objective (objektif), Assesment (Penilaian), dan Plan (Perencanaan).

Dengan mengikuti format SOAP akan terbantu untuk mengumpulkan dan mendokumentasikan data serta informasi pasien dengan lebih terorganisir. selain itu, SOAP juga membantu tenaga medis profesional untuk mengumpulkan informasi pasien dan mencatat diagnosis nya.