

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pendarahan intraserebral (*intracerebral hemorrhage/ICH*) merupakan tipe stroke yang paling berat yang menyebabkan kelumpuhan pada anggota gerak hingga menyebabkan kematian. *Case fatality rate* mencapai 40% dalam satu bulan dan 54% dalam setahun (Suarjaya et al., 2022). Penatalaksanaan pasien dengan ICH spontan memerlukan pemantauan ketat. Penatalaksanaan diarahkan pada manajemen tekanan darah, kardiorespirasi dan mengatasi peningkatan tekanan intrakranial. Perhatian harus diberikan pada manajemen cairan, meminimalkan resiko terjadinya ventilator acquired pneumonia (VAP), mengendalikan demam, pemberian nutrisi enteral dini dan profilaksis terjadinya tromboemboli. Berdasarkan Riskesdas Kemenkes RI tahun 2018 dalam (Ibrahim et al., 2021) dijelaskan angka kejadian stroke berdasarkan diagnosis pada penduduk berusia lebih dari 15 tahun mencapai 10,85%. Kraniotomi adalah salah satu penalaksanaan ICH yaitu dengan melubangi cranium untuk meningkatkan akses struktur intracranial guna peningkatan kelangsungan hidup (A'la et al., 2019). Pasien pasca tindakan kraniotomi harus dilakukan pemantauan terhadap suhu tubuh karena sangat beresiko apabila terjadi hipertermia (Suarjaya et al., 2022). Salah satu yang dapat dilakukan adalah dengan dilakukannya kompres dingin karena dapat menurunkan suhu pasien hipertermia pasca pembedahan (Rahmawati & Purwanto, 2020).

Penatalaksanaan medis dalam penanganan ICH adalah dengan dilakukannya prosedur kraniotomi. Bedah kraniotomi merupakan pembedahan dengan pembuatan lubang di kranium untuk meningkatkan akses pada struktur intrakranial. Kraniotomi berpengaruh pada anatomi tubuh bagian kulit, periosteum, tulang, dura mater, arachnoid mater, pia mater, subdural, dan cairan serebrospinal (A'la et al., 2019). Drainase bekuan darah intrakranial dengan pembedahan memiliki banyak keuntungan, seperti mencegah terjadinya efek massa dan herniasi serebral, penurunan TIK, dan penurunan eksitotoksisitas dan neurotoksisitas dari komponen darah (Suarjaya et al., 2022). Menurut (A'la et al., 2019) selama perawatan pasca bedah invasive

masih banyak rumah sakit dengan tingkat kematian perioperatif yang lebih rendah mengalami tingkat komplikasi bedah yang lebih tinggi. Salah satu diagnosa keperawatan yang timbul pasca operasi kraniotomi adalah hipertemia. Menurut (Ibrahim et al., 2021) Demam atau suhu $>38,3^{\circ}\text{C}$ pada pasien perdarahan intraserebral sering ditemui. Demam yang tetap terjadisetelah perdarahan intraserebral memperlihatkan *outcome* yang buruk. Hipertermi dapat memperburuk iskemia otak yang telah mengalami cedera dengan melepaskan neurotransmitter eksitotoksik, proteolisis, radikal bebas dan produksi sitokin, *blood-brain barrier compromise*, dan apoptosis. Selain itu juga terjadi hipertemia, bertambahnya edema otak, dan meningkatnya TIK. Ketika termoregulasi tubuh sedang terganggu akan menyebabkan kegagalan organ dalam tingkat yang bervariasi sehingga mengganggu proses imunologi dan inflamasi kompleks yang menyerupai SIRS (Sindrom Respon Inflamasi Sistemik) berkontribusi pada penyakit, sehingga saat suhu yang lebih tinggi, terjadi penghancuran sel yang cepat dan menginduksi respons inflamasi sistemik dan bermuara pada kegagalan multi-organ (Huningkor et al., 2019).

Ada beberapa penanganan yang dilakukan guna mengatasi masalah hipertemia pada pasien pasca pembedahan kraniotomi. Menurut (Rahmawati & Purwanto, 2020) terapi kompres dingin sangat efektif dalam menurunkan suhu tubuh dengan nilai terendah hingga 37°C karena air dingin dapat meningkatkan pengeluaran panas dalam tubuh dan menurunkan suhu tubuh lebih cepat. Penanganan dengan kolaborasi pemberian cairan elektrolit dan elektrolit intravena dan menurunkan suhu tubuh menjadi normal pasca pembedahan kraniotomi (Laksana, 2020).

1.2 Tinjauan Pustaka Terkait Kasus

1.2.1 Definisi

Intra Cerebral Hemorrhage (ICH) adalah ekstravasi darah yang berlangsung spontan dan mendadak ke dalam parenklim otak yang bukan disebabkan oleh trauma (Non Traumatis). ICH adalah perdarahan yang terjadi pada jaringan otak biasanya akibat robekan pembuluh darah yang ada dalam jaringan otak. (Trisnaningrum, 2020).

Kraniotomi adalah jenis operasi otak. Ini adalah operasi yang paling umum dilakukan untuk otak pengangkatan tumor. Operasi ini juga dilakukan untuk menghilangkan bekuan darah (hematoma), untuk mengendalikan perdarahan dari pembuluh, darah lemah bocor (aneurisma serebral), untuk memperbaiki malformasi arteriovenosa (koneksi abnormal dari pembuluh darah), untuk menguras abses otak, untuk mengurangi tekanan di dalam tengkorak, untuk melakukan biopsi, atau untuk memeriksa otak (Parwoso, 2021).

1.2.2 Etiologi

Menurut (Parwoso, 2021) *Intra Cerebral Hemorrhage* (ICH) bukan disebabkan oleh benturan antara parenkim otak dengan tulang tengkorak, tetapi disebabkan oleh gaya akselerasi dan deselerasi akibat trauma yang menyebabkan pecahnya pembuluh darah yang terletak lebih dalam, yaitu di parenkim otak atau pembuluh darah kortikal dan subkortikal. Faktor anatomik pembuluh darah otak adalah *Arterivinous Malformation* (AVM), *Microaneurisme*, *Amyloid angiopathy*, *Cerebral venous disease* (CVOD), Faktor dinamik yaitu hipertensi dan Faktor hemostatik yaitu dengan trombosit atau system koagulasi darah, penggunaan terapi obat antikoagulan

Menurut (Amanah, 2021) etiologi dilakukannya Craniotomy karena:

1. Adanya benturan kepala yang diam terhadap benda yang sedang bergerak. Misalnya pukulan-pukulan benda tumpul, kena lemparan benda tumpul
2. Kepala membentur benda atau objek yang secara relative tidak bergerak. Misalnya membentur tanah atau mobil.
3. Kombinasi keduanya.

1.2.3 Manifestasi Klinik

Dalam (Parwoso, 2021) Perdarahan intraserebral berlaku secara mendadak. Setengah dari pada jumlah penderita mengeluh serangan dimulai dengan nyeri kepala yang berat dan sering sewaktu melakukan aktivitas. Namun pada penderita yang usianya lebih lanjut nyeri kepalanya lebih ringan atau tidak ada. Gejala disfungsi menggambarkan perkembangan yang terus

memburuk dari pada perdarahan. Gejala klinis stroke ICH meliputi kelemahan atau kelumpuhan setengah badan, kesemutan, hilang sensasi atau mati rasa setengah badan. Selain itu, setengah orang juga mengalami sulit bicara atau bicara pelo, mulutnya merot kesamping, merasa bingung, masalah penglihatan, mual, muntah, kejang dan kehilangan kesadaran secara umum.

Gejala klinis yang ditimbulkan oleh ICH antara lain penurunan kesadaran. Derajat penurunan kesadaran dipengaruhi oleh mekanisme dan energi dari trauma yang dialami. Sedangkan manifestasi klinik lokal (akibat kompresi pada bagian spesifik dari otak) (A. Santosa & Hamzah, 2020).

Tanda gejala meliputi kelemahan, kelumpuhan setengah badan, kesemutan, hilang sensasi atau mati rasa setengah badan. Selain itu, setengah orang juga mengalami sulit berbicara atau bicara pelo, merasa bingung, masalah penglihatan, mual, muntah, kejang dan kehilangan kesadaran secara umum (Gordang Tobing et al., 2021).

1.2.4 Patofisiologi

Menurut (Laksana, 2020) 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. Factor resiko yang teridentifikasi meliputi antikoagulasi, trombolisis, terapi antitrombotik, ras Afrika-Amerika, penyakit ginjal stadium terminal, hipokolesterolemia, vasculitis, amyloidosis, diabetes melitus, dan penyalahgunaan alkohol, tembakau, heroin, atau simpatomimetik. Gangguan structural seperti malformasi arteriovenosa, aneurisma intrakranial, dan neoplasia sering ditemukan pada pasien muda. ICH juga dapat terjadi akibat konversi hemoragik pada stroke iskemik atau trauma.

Berdasarkan (Trisnaningrum, 2020) 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 anatomiotak justru menyebabkan gejala klinis. Perdarahan yang luas ini boleh menyebabkan destruksi jaringan ota, peningkatan intracranial (TIK), penurunan perfusi ke otak, gangguan drainase otak dan yang lebih berat dapat menyebabkan herniasi otak.

1.2.5 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Laksana, 2020) tatalaksana ICH dapat berupa konservatif atau operatif. Menegemen operatif dapat dilakukan jika terdapat indikasi berupa penurunan kesadaran dan adanya pergeseran atau shifting garis tengah dan letak hematoma pada regio lobus temporal karena dapat menimbulkan herniasi meskipun tidak terdapat peningkatan intracranial. Sedangkan, terapi stroke pendarahan intraserebral:

1. Evaluasi cepat dan diagnosis
2. Terapi umum (suportif) yaitu stabilisasi jalan nafas dan pernafasan, stabilisasi hemodinamik/sirkulasi, pemeriksaan awal fisik umum, pengendalian peninggian TIK, penanganan transformasi hemoragik, pengendalian kejang.
3. Pengendalian suhu tubuh pemeriksaan penunjang
4. Tindakan bedah pada ICH : keputusan mengenai apakah dioperasi dan kapan dioperasi masih tetap kontroversial
5. Tidak dioperasi apabila : pasien dengan perdarahan kecil (3 cm dengan perburukan klinis atau kompresi batang otak dan hidrosefalus dari obstruksi ventrikel harus secepatnya dibedah, ICH dengan lesi structural seperti aneurisma malformasi AV atau angiona cavernosa dibedah jika mempunyai harapan outcome yang

baik dan lesi strukturnya terjangkau, pasien usia muda dengan perdarahan lebar sedang sehingga besar yang memburuk, pembedahan untuk mengevakuasi hematoma terhadap pasien usia muda dengan perdarahan lebar yang luas (>50 cm³) masih menguntungkan.

1.2.6 Komplikasi

1. Edema cerebral
2. Perdarahan epidural

Yaitu: penimbunan darah di bawah dura meter. Terjadi secara akut dan biasanya karena perdarahan arteri yang mengancam jiwa.

3. Perdarahan subdural

Perdarahan subdural dapat terjadi akibat perdarahan lambat yang disebut perdarahan subdural sub akut, secara cepat (subdural akut) dan sangat besar (subdural kronik).

4. Perdarahan intracranial

Yaitu perdarahan di dalam otak itu sendiri. Dapat terjadi pada cedera kepala tertutup yang berat, atau yang lebih sering, cedera kepala terbuka. Dapat timbul akibat pecahnya suatu aneurisma atau stroke hemoragik. Perdarahan di otak menyebabkan peningkatan TIK, sehingga sel-sel dan vaskuler tertekan.

5. *Hypovolemik syok*
6. *Hydrocephalus*
7. Ketidakseimbangan cairan dan elektrolit (SIADH atau Diabetes Insipidus)
8. Gangguan perfusi jaringan sehubungan dengan tromboflebitis. Tromboflebitis post operasi biasanya timbul 7 - 14 hari setelah operasi. Bahaya besar tromboflebitis timbul bila darah tersebut lepas dari dinding pembuluh darah vena dan ikut aliran darah sebagai emboli ke paru-paru, hati, dan otak. Pencegahan tromboflebitis yaitu latihan kaki post operasi, ambulatori dini.
9. Infeksi

Infeksi luka sering muncul pada 36 – 46 jam setelah operasi. Organisme yang paling sering menimbulkan infeksi adalah *stapylococcus aureus*, organism garam positif stapylococcus mengakibatkan pernanahan. Untuk menghindari infeksi luka yang paling penting adalah perawatan luka dengan memperhatikan aseptik dan antiseptic.

10. Kerusakan integritas kulit sehubungan dengan dehisensi luka atau eviserasi. Dehisensi luka merupakan terbukanya tepi-tepi luka. Eviserasi luka adalah keluarnya organ-organ dalam melalui insisi. Faktor penyebab dehisensi atau eviserasi adalah infeksi luka, kesalahan menutup waktu pembedahan (Parwoso, 2021).

1.2.7 Penatalaksanaan Keperawatan

1. Mengurangi komplikasi akibat pembedahan
2. Mempercepat penyembuhan
3. Mengembalikan fungsi pasien semaksimal mungkin seperti sebelum operasi.
4. Mempertahankan konsep diri pasien
5. Mempersiapkan pasien pulang

Perawatan pasca pembedahan

1. Tindakan keperawatan post operasi
 - a. Monitor kesadaran, tanda – tanda vital, CVP, intake dan out put
 - b. Observasi dan catat sifat drain (warna, jumlah) drainage.
 - c. Dalam mengatur dan menggerakkan posisi pasien harus hati – hati jangan sampai drain tercabut.
 - d. Perawatan luka operasi secara steril

2. Makanan

Pada pasien pasca pembedahan biasanya tidak diperkenankan menelan makanan sesudah pembedahan, makanan yang dianjurkan pada pasien post operasi adalah makanan tinggi protein dan vitamin C. Protein sangat diperlukan pada proses penyembuhan luka, sedangkan vitamin C yang mengandung antioksidan membantu meningkatkan daya tahan tubuh untuk pencegahan infeksi.

Pembatasan diit yang dilakukan adalah NPO (*nothing peroral*)

Biasanya makanan baru diberikan jika:

- a. Perut tidak kembung
- b. Peristaltik usus normal
- c. Flatus positif
- d. *Bowel movement* positif

3. Mobilisasi

Biasanya pasien diposisikan untuk berbaring ditempat tidur agar keadaanya stabil. Biasanya posisi awal adalah terlentang, tapi juga harus tetap dilakukan perubahan posisi agar tidak terjadi dekubitus. Pasien yang menjalani pembedahan abdomen dianjurkan untuk melakukan ambulasi dini

4. Pemenuhan kebutuhan eliminasi

a. Sistem Perkemihan

- 1) *Control volunteer* fungsi perkemihan kembali setelah 6 – 8 jam post anesthesia inhalasi, IV, spinal Anesthesia, infus IV, manipulasi operasi → retensio urine.
- 2) Pencegahan: inpeksi, palpasi, perkusi → abdomen bawah (distensi buli – buli)
- 3) *Dower catheter*: kaji warna, jumlah urine, output urine < 30ml/jam (Komplikasi ginjal)

b. System Gastrointestinal

- 1) Mual muntah → 40 % klien dengan GA selama 24 jam pertama dapat menyebabkan stress dan iritasi luka GI dan dapat meningkatkan TIK pada bedah kepala dan leher serta TIO meningkat
- 2) Kaji fungsi *gastrointestinal* dengan auskultasi suara usus
- 3) Kaji paralitik ileus → suara usus (-), distensi abdomen, tidak flatus
- 4) Jumlah warna, konsistensi isi lambung tiap 6 – 8 jam
- 5) Insersi NGT intra operatif mencegah komplikasi post operatif dengan dekompresi dan drainase lambung
- 6) Meningkatkan istirahat.
- 7) Memberi kesempatan penyembuhan pada GI trac bawah.
- 8) Memonitor perdarahan.

- 9) Mencegah obstruksi usus.
- 10) Irigasi tau pemberian obat (Trisnaningrum, 2019).

1.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

1.3.1 Biodata

Identitas pasien (nama, jenis kelamin, umur, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang digunakan, alamat, diagnosa medis).

Identitas penanggung jawab (nama, jenis kelamin, umur, status perkawinan, agama, suku bangsa, pendidikan, bahasa yang digunakan, pekerjaan, alamat, dan hubungan dengan pasien).

1.3.2 Riwayat Kesehatan

Tingkat kesadaran/GCS (< 15), konvulsi, muntah, dispnea / takipnea, sakit kepala, wajah simetris / tidak, lemah, luka di kepala, paralise, akumulasi sekret pada saluran napas, adanya liquor dari hidung dan telinga dan kejang.

1.3.3 Riwayat Penyakit Dahulu

Riwayat penyakit dahulu haruslah diketahui baik yang berhubungan dengan sistem persarafan maupun penyakit sistem sistemik lainnya. Demikian pula riwayat penyakit keluarga terutama yang mempunyai penyakit menular.

1.3.4 Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan tersebut dapat dikaji dari klien atau keluarga sebagai data subyektif. Data-data ini sangat berarti karena dapat mempengaruhi diagnosa klien.

1.3.5 Pengkajian

1. Primary Survey

a. *Airway*

- 1) Periksa jalan nafas dari sumbatan benda asing (padat, cair) setelah dilakukan pembedahan akibat pemberian anastesi.
- 2) Potency jalan nafas, → meletakkan tangan di atas mulut atau hidung.

3) Auscultasi paru → keadekwatan ekspansi paru, kesimetrisan.

b. *Breathing*

- 1) Kompresi pada batang otak akan mengakibatkan gangguan irama jantung, sehingga terjadi perubahan pada pola napas, kedalaman, frekuensi maupun iramanya, bisa berupa *Cheyne Stokes* atau *Ataxia breathing*. Napas berbunyi, stridor, ronchi, wheezing (kemungkinan karena aspirasi), cenderung terjadi peningkatan produksi sputum pada jalan napas.
- 2) Perubahan pernafasan (rata-rata, pola, dan kedalaman). RR < 10 X / menit depresi narcotic, respirasi cepat, dangkal, gangguan kardiovaskular atau rata-rata metabolisme yang meningkat.
- 3) Inspeksi: Pergerakan dinding dada, penggunaan otot bantu pernafasan diafragma, retraksi sterna, efek anastesi yang berlebihan, obstruksi.

c. *Circulating*

- 1) Efek peningkatan tekanan intrakranial terhadap tekanan darah bervariasi. Tekanan pada pusat vasomotor akan meningkatkan transmisi rangsangan parasimpatis ke jantung yang akan mengakibatkan denyut nadi menjadi lambat, merupakan tanda peningkatan tekanan intrakranial. Perubahan frekuensi jantung (bradikardia, takikardia yang diselingi dengan bradikardia, disritmia).
- 2) Inspeksi membran mukosa : warna dan kelembaban, turgor kulit, balutan.

d. *Disability*: berfokus pada status neurologi

- 1) Kaji tingkat kesadaran pasien, tanda-tanda respon mata, respon motorik dan tanda-tanda vital.
- 2) Inspeksi respon terhadap rangsang, masalah bicara, kesulitan menelan, kelemahan atau paralisis ekstremitas, perubahan visual dangemisah.

e. *Exposure*

Kaji balutan bedah pasien terhadap adanya perdarahan

2. *Secondary Survey*

Pemeriksaan fisik Pasien Nampak tegang, wajah menahan sakit, lemah kesadaran somnolent apatis, GCS 15, TD 120/80 mmHg, Nadi 98 x/m, suhu 37 °C, RR 20 x/m

a. Abdomen

Inspeksi tidak ada asites, palpasi hati teraba 2 jari bawah iga, dan limpa tidak membesar, perkusi bunyi redup, bising usus 14 X/menit. Distensi abdominal dan peristaltic usus adalah pengkajian yang harus dilakukan pada *gastrointestinal*.

b. Ekstremitas

Mampu mengangkat tangan dan kaki. Kekuatan otot ekstremitas atas 4 – 4 dan ekstremitas bawah 4 – 4, akral dingin dan pucat.

c. Integumen

Kulit keriput, pucat, turgor sedang.

3. *Tertiary Survey*

a. Kardiovaskuler

Klien Nampak lemah, kulit dan konjuntiva pucat dan akral hangat. Tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 120x/m, kapiler refille 2 detik. Pemeriksaan laboratorium : HB 9.9 gr %, HCT 32 dan PLT 235

b. Brain

Klien dalam keadaan sadar, GCS: 4-5-6 (total = 15), klien nampak lemah, refleks dalam batas normal.

c. Bladder

Klien terpasang doewer chateter urine tertampung 200 cc, warna kuning kecoklatan.

1.3.6 Diagnosa Keperawatan

1. Hipertermia
2. Penurunan kapasitas adaptif intracranial
3. Pola nafas tidak efektif (Tim Pokja SDKI PPNI, 2017).

1.3.7 Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (Tim Pokja SLKI PPNI, 2018) Tujuan dan kriteria hasil mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia sebagai berikut:

Masalah keperawatan : Hipertermia

Luaran utama : Termoregulasi

Definisi : Suhu tubuh meningkat di atas rentang normal tubuh

Kriteria Hasil :

- a. Suhu tubuh membaik
- b. Suhu kulit membaik
- c. Kadar glukosa darah membaik
- d. Pengisian kapiler membaik
- e. Ventilasi membaik
- f. Tekanan darah membaik

Intervensi Keperawatan : manajemen hipertemia dan Kompres dingin

a. Manajemen Hipertemia

1) Observasi

- Identifikasi penyebab hipertermia (mis. dehidrasi, terpapar lingkungan panas, penggunaan inkubator).
- Monitor suhu tubuh.
- Monitor kadar elektrolit.
- Monitor haluaran urine.
- Monitor komplikasi akibat hipertermia.

2) Terapeutik

- Sediakan lingkungan yang dingin
- Longgarkan atau lepaskan pakaian
- Basahi dan kipasi permukaan tubuh
- Berikan cairan oral
- Berikan oksigen, jika perlu

3) Edukasi

- Anjurkan tirah baring

4) Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

b. Kompres dingin

Definisi: melakukan stimulasi kulit dan jaringan dengan dingin untuk mendapatkan efek terapeutik melalui paparan dingin

1) Observasi

- Identifikasi kontraindikasi kompres dingin (mis. Penurunan sensasi, penurunan sirkulasi).
- Identifikasi kondisi kulit yang akan dilakukan kompres dingin.
- Periksa suhu alat kompres.
- Monitor iritasi kulit atau kerusakan jaringan selama 5 menit pertama.

2) Terapeutik

- Pilih metode kompres yang nyaman dan mudah didapat (mis. Kantong plastik tahan air, kemasan gel beku, kain atau handuk).
- Pilih lokasi kompres.
- Balut alat kompres dingin dengan kain pelindung, jika perlu.
- Hindari penggunaan kompres pada jaringan yang terpapar terapi radiasi.

3) Edukasi

- Jelaskan prosedur penggunaan kompres dingin.
- Anjurkan tidak menyesuaikan pengaturan suhu secara mandiri tanpa pemberitahuan sebelumnya.
- Ajarkan cara menghindari kerusakan jaringan akibat dingin

4) Kolaborasi

- Tidak ada. (Tim Pokja SIKI PPNI, 2018)

1.3.8 Implementasi

Implementasi merupakan tindakan yang sudah direncanakan dalam rencana keperawatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan imolementasi harus berpusat pada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Suprpto; et al., 2022).

1.3.9 Evaluasi

Evaluasi adalah proses keberhasilan tindakan keperawatan yang membandingkan antara proses dengan tujuan yang telah ditetapkan, dan menilai efektif tidaknya dari proses keperawatan yang dilaksanakan serta hasil dari penilaian keperawatan tersebut digunakan untuk bahan perencanaan selanjutnya apabila masalah belum teratasi (Suprpto; et al., 2022).

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan analisa dan memberikan asuhan keperawatan gawat darurat dan kritis pada pasien post op kraniotomi dengan riwayat intracerebral hemorrhage dengan penerapan manajemen hipertemia di ruang ICU RSUD Bangil-Pasuruan

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melaksanakan pengkajian keperawatan dengan masalah hipertermia pada pasien post op kraniotomi di ruang ICU RSUD RSUD Bangil-Pasuruan
2. Menegakan diagnosa keperawatan hipertermia pada pasien post op kraniotomi di ruang ICU RSUD RSUD Bangil-Pasuruan

3. Melaksanakan rencana intervensi keperawatan dengan masalah hipertermia pada pasien post op kraniotomi di ruang ICU RSUD RSUD Bangil-Pasuruan
4. Melaksanakan implementasi keperawatan dengan masalah hipertermia pada pasien post op kraniotomi di ruang ICU RSUD RSUD Bangil-Pasuruan
5. Melakukan evaluasi keperawatan dengan masalah hipertermia pada pasien post op kraniotomi di ruang ICU RSUD RSUD Bangil-Pasuruan

1.5 Manfaat Penulisan

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat bermanfaat dalam dua aspek yaitu :

1.5.1 Manfaat Teoritis

Sebagai sarana untuk menambah wawasan, ilmu pengetahuan dan pengalaman yang baru bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan pada pada pasien post op kraniotomi dengan riwayat intracerebral hemorrhage dengan penerapan manajemen hipertemia di ruang ICU RSUD Bangil-Pasuruan

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi rumah sakit

Sebagai bahan masukan tindakan yang diperlukan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan secara komprehensif khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan dengan manajemen hipertermia pada pasien post op kraniotomi.

2. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dan informasi bagi peserta didik dimasa yang akan datang serta menjadi acuan tindakan keperawatan dalam melakukan perawatan pada pasien post op kraniotomi dengan masalah Hipertermia dan dapat pula digunakan sebagai bahan pemikiran dalam upaya mengembangkan kualitas pelayanan kesehatan.

3. Manfaat pasien

Dapat menambah ilmu pengetahuan pasien dan dapat memberikan

4. Bagi perawat

Tugas akhir ini akan memberikan masukan bagi profesi keperawatan lebih lanjut dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan dapat dijadikan wacana dalam proses pembelajaran sehingga pada akhirnya mahasiswa sebagai calon anggota kesehatan mampu disiplin terutama dalam hal pelayanan kesehatan di rumah sakit maupun masyarakat.

