

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep ICH

2.1.1 Definisi ICH

Intra Cranial Hemoragic (ICH)/ perdarahan intracerebral adalah perdarahan yang terjadi pada jaringan otak yang disebabkan oleh adanya robekan pembuluh darah dalam jaringan otak. (Trisnaningrum, 2020).

Secara klinis perdarahan tersebut bisa menyebabkan gangguan neurologis serta lateralisasi.

Pendarahan intracerebral terjadi pada parenkim otak itu sendiri, penyebabnya antara lain hipertensi, aneurisme, malformasi arteroivenous, neoplasma, gangguan koagulasi, antikoagulan, vaskulitis, trauma dan idiopatik (Raisa, 2014).

2.1.2 Etiologi

Menurut Suyono (2011), adapun beberapa penyebab terjadinya ICH, antara lain :

- 2.1.2.1 Trauma kepala akibat kecelakaan
- 2.1.2.2 Fraktur depresi tulang tengkorak
- 2.1.2.3 Gerak depresi dan deselerasi tiba-tiba
- 2.1.2.4 Cedera penetrasi peluru
- 2.1.2.5 Jatuh
- 2.1.2.6 Hipertensi
- 2.1.2.7 Malformasi Arteri Venosa
- 2.1.2.8 Aneurisma
- 2.1.2.9 Obat-obatan
- 2.1.2.10 Merokok

2.1.3 Manifestasi Klinis

Perdarahan intracerebral biasanya terjadi dengan tiba-tiba, seringkali diawali dengan gejala nyeri kepala berat yang muncul selama beraktivitas.

Menurut Corwin (2009), adapun manifestasi klinis dari peredaran intracerebral, yaitu :

2.1.3.1 Kesadaran yang mungkin tiba-tiba menghilang atau penurunan kesadaran secara bertahap seiring dengan perluasan perdarahan yang terjadi

2.1.3.2 Pola napas yang dapat berubah secara progresif menjadi abnormal

2.1.3.3 Respon pupil yang hilang atau menjadi abnormal

2.1.3.4 Peningkatan tekanan intracranial yang dapat menimbulkan muntah-muntah

2.1.3.5 Perubahan perilaku kognitif dan perubahan fisik, seperti pada perubahan bicara dan gerakan motoric yang dapat timbul secara tiba-tiba atau secara bertahap.

2.1.3.6 Nyeri kepala yang juga bisa timbul secara tiba-tiba atau bertahap seiring dengan perluasan perdarahan yang terjadi.

Menurut A. Santoso & Hamzah (2020), gejala klinis yang biasa di timbulkan oleh ICH adalah penurunan kesadaran. Derajat penurunan di pengaruhi oleh mekanisme dan energy dari trauma yang telah di alami.

Sedangkan menurut Parwoso (2021), gejala disfungsi menggambarkan perkembangan yang terus menerus memburuk daripada perdarahan. Gejala klinis yang terjadi biasanya meliputi, kelemahan atau kelumpuhan setengah badan, kesemutan, hilang sensasi atau mati rasa, bicara pelo, mulut mencong kesamping, bingung, msalah penglihatan, mual, muntah kejang hingga terjadi penurunan kesadaran.

2.1.4 Patofisiologi

Sebagian besar ICH terjadi secara spontan, yang dapat di sebabkan oleh hipertensi lama, usia, volume perdarahan, nilai GCS dan adanya perdarahan di intraventriculer (IVH) (Laksana, 2020).

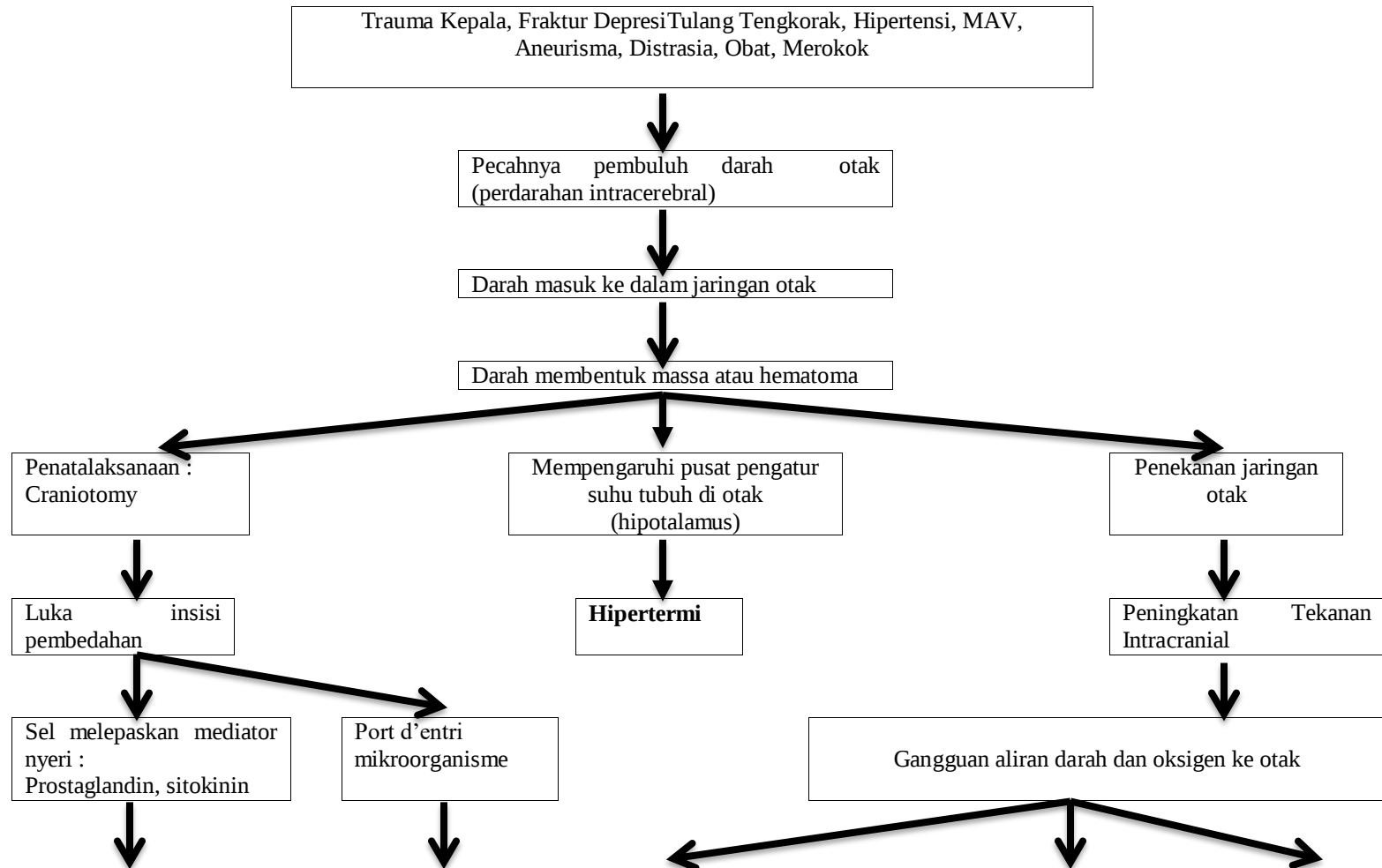
Perdarahan intracerebral biasanya terjadi di ganglia basalis, kapsula eksterna, serebelum, serta batang otak.

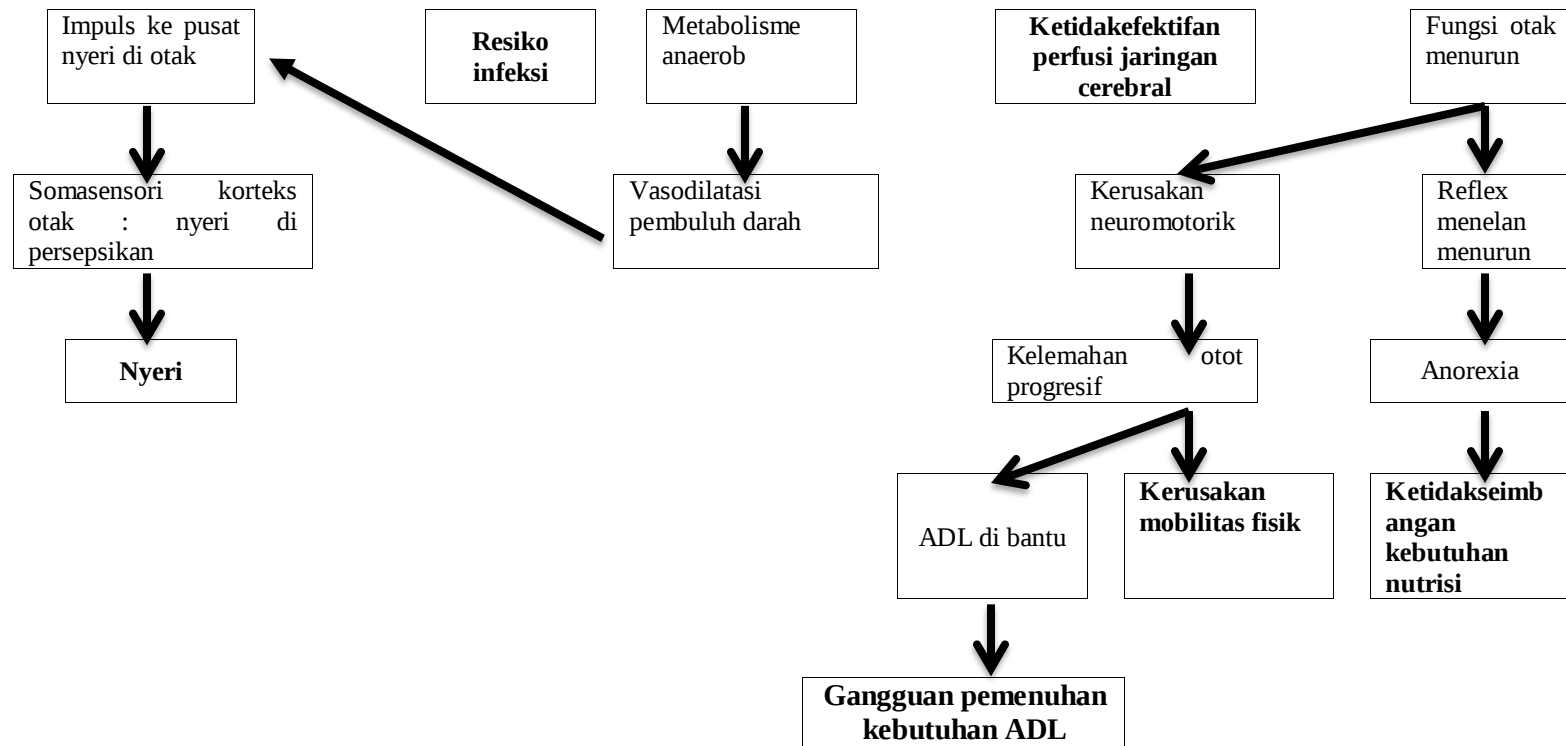
Selain itu ICH juga dapat terjadi akibat dari *rufture arteri serebri* yang data di permudah dengan adanya hipertensi. Kenaikan tekanan darah secara mendadak dapat menyebabkan pecahnya pembuluh darah sehingga terjadilah perdarahan. Perdarahan dapat berlanjut hingga 6 jam dan jika

volume perdarahan besar maka akan menyebabkan kerusakan pada struktur anatomi otak yang akan menimbulkan gejala klinis. Perdarahan yang luas bisa menyebabkan destruksi jaringan otak, peningkatan tekanan intracranial, penurunan perfusi otak, gangguan drainase otak dan yang paling parah bisa menyebabkan herniasi otak.

Dalam keadaan fisiologis, pada orang dewasa jumlah darah yang mengalir ke otak sebanyak 58 ml/menit per 100 gr jaringan otak. Aliran darah membawa oksigen yang sangat penting bagi otak. Bila suplai oksigen yang di bawa oleh aliran darah ke otak terputus 8-10 detik maka akan terjadi gangguan fungsi otak, dan jika terjadi lebih lama dari 6-8 menit maka akan terjadi lesi yang irrevelsibel dan kemudian kematian.

Gambar 2.1
Pathway Post Craniotomy





2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Untuk mendukung menegakkan diagnose maka di perlukan pemeriksaan penunjang, yang bertujuan agar bisa menentukan tindakan yang akan di lakukan selanjutnya. Adapun pemeriksaan penunjang yang di perlukan dalam penatalaksanaan pada perdarahan intracerebral, antara lain :

2.1.5.1 Angiografi

2.1.5.2 CT Scan

2.1.5.3 Lumbal Pungsi

2.1.5.4 MRI

2.1.5.5 Thorax Photo

2.1.5.6 Laboratorium

2.1.5.7 EKG

2.1.6 Penatalaksanaan Medis

Perdarahan intracerebral bisa menjadi lebih parah jika tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Penanganan pada perdarahan intracerebral berbeda dari stroke ischemic. Pemberian antikoagulan, obat-obatan trombolitik dan obat-obatan antiplatelet tidak dapat di berikan karena akan membuat perdarahan semakin meluas.

Adapun penatalaksanaa medis yang biasa di lakukan adalah tindakan operasi craniotomy. Tindakan ini bertujuan untuk mengangkat penumpukan darah dan menghilangkan tekanan di dalam tengkorak. Walaupun tindakan ini memiliki resiko memicu perdarahan berlebih dan merusak otak yang bisa mengakibatkan kecacatan yang parah, tindakan ini kemungkinan efektif untuk perdarahan pada kelenjar pituitary atau pada cerebellum.

Menurut Parwoso (2021), ada etiologi di lakukannya craniotomy, yaitu :

- a. Adanya benturan kepala yang diam terhadap benda yang bergerak. Misalnya terkena pukulan benda tumpul atau lemparan benda tumpul.
- b. Kepala membentur benda atau objek yang secara relative tidak bergerak. Misalnya membentur tanah atau aspal.
- c. Kombinasi keduanya.

2.2 Konsep Craniotomy

2.2.1 Definisi Craniotomy

Craniotomy adalah tindakan pembedahan yang membuka tengkorak (tempurung kepala) yang bertujuan untuk mengetahui dan memperbaiki kerusakan pada otak. Craniotomy merupakan tindakan untuk mengatasi masalah-masalah pada intracranial seperti hematoma atau perdarahan otak, pengambilan sel atau jaringan intracranial yang dapat mengganggu fungsi neurologis dan fisiologis, mengobati hidrocefalus dan mengatasi peningkatan TIK yang tidak terkontrol.

2.2.2 Tujuan Craniotomy

Menurut Satyanegara (2016), tujuan dari dilakukannya tindakan craniotomy adalah :

2.2.2.1 Mengambil tumor otak, biopsi dan mengontrol perdarahan

2.2.2.2 Membuat drain

2.2.2.3 Mengambil gumpalan darah atau hematoma

2.2.2.4 Memperbaiki kebocoran pembuluh darah

2.2.2.5 Memperbaiki pembuluh darah abnormal

2.2.2.6 Memperbaiki fracture tengkorak akibat injuri

2.2.2.7 Memperbaiki tekanan otak

2.2.3 Manifestasi Klinis

Ada beberapa tanda dan gejala yang muncul pada post tindakan craniotomy (Brunner dan Suddart, 2010), antara lain :

2.2.3.1 Pusing, nyeri kepala hebat hingga penurunan kesadaran

2.2.3.2 Gejala deserebrasi dan gangguan pada tanda-tanda vital

2.2.3.3 Muntah, jika terjadi peningkatan tekanan intra cranial

2.2.4 Patofisiologi

Menurut Price (2015), patofisiologi perdarahan intracerebral :

2.2.4.1 Luka yang timbul setelah dilakukan pembedahan pada kulit kepala bisa menimbulkan resiko infeksi karena masuknya mikroorganisme.

2.2.4.2 Terputusnya jaringan kontinuitas jaringan akibat proses pembedahan bisa merangsang preceptor nyeri sehingga bisa menyebabkan kelemahan fisik dan akhirnya pasien akan mengalami intoleran aktivitas.

2.2.4.3 Edema yang terjadi pada otak akibat proses inflamasi dapat menyebabkan gangguan perfusi jaringan cerebral.

2.2.4.4 Proses pembedahan juga bisa menyebabkan resiko tinggi kekurangan cairan dan nutrisi, akibat dari efek anestesi selama proses pembedahan.

2.2.4.5 Prosedur anestesi dan penggunaan ETT pada proses pembedahan akan menimbulkan iritasi pada saluran pernapasan yang akan memungkinkan terjadinya jalan nafas tidak efektif

2.2.5 Penatalaksanaan

2.2.5.1 Penatalaksanaan Medis

a. Perawatan ventilasi

1. Mode control atau Sim V
2. Hiperventilasi ($PCO_2 < 35$)
3. PEEP

Gunakan 10 cm H₂O jika :

- a) Paru-paru colaps
 - b) FiO₂ 50%
 - c) Hindari penggunaan PEEP > 0 cm H₂O jika monitoring tekanan intracranial tidak di lakukan
4. Naikkan dosis pemberian sedative sebelum di lakukan suction

b. Penatalaksanaan untuk sirkulasi :

1. Pertahankan tekanan darah dalam batas normal, MAP 90 mmHg
2. Pertahankan normovolemik
3. Hindari pemberian terapi cairan dextrose
4. Tekanan intracranial normal jika CPP < 60
5. Nilai CVP harus adekuat
6. Beri cairan NaCl hipertonik jika terjadi hipovolemik

c. Pemberian manitol untuk mengurangi edema cerebral

d. Pemberian anti nyeri

e. Pemantauan TIK

2.2.5.2 Penatalaksanaan Keperawatan

a. Memperbaiki dan menjaga jalan nafas

b. Pemberian oksigenasi yang adekuat

- c. Pertahankan normovolemik
- d. Pertahankan tanda-tanda vital dalam batas normal
- e. Pemantauan TIK
- f. Awasi terjadinya komplikasi sistemik
- g. Posisikan pasien dengan head up 30°
- h. Observasi perubahan GCS dan respon pupil
- i. Lakukan perawatan mata dan daerah yang tertekan

2.3 Konsep Hipertermi

2.3.1 Definisi

Hipertermi adalah suatu keadaan ketika suhu tubuh mengalami kenaikan melebihi suhu tubuh normal ($> 37,5^{\circ}\text{C}$). Hipertermi merupakan peningkatan suhu tubuh yang berhubungan dengan ketidakmampuan tubuh untuk menghilangkan atau mengurangi panas.

2.3.2 Etiologi

Menurut SDKI (2017) ada beberapa factor yang menyebabkan terjadinya hipertermi, antara lain :

2.3.2.1 Dehidrasi

2.3.2.2 Terpapar lingkungan panas

2.3.2.3 Proses penyakit

2.3.2.4 Peningkatan laju metabolisme

2.3.2.5 Respon trauma

2.3.2.6 Aktivitas berlebihan

2.3.3 Manifestasi Klinis

Menurut SDKI (2017), terdapat beberapa tanda dan gejala hipertermi, antara lain :

2.3.3.1 Kulit merah

2.3.3.2 Kejang

2.3.3.3 Takikardia

2.3.3.4 Takipnea

2.3.3.5 Akral hangat

2.3.3.6 Menggigil

2.3.3.7 Mengantuk

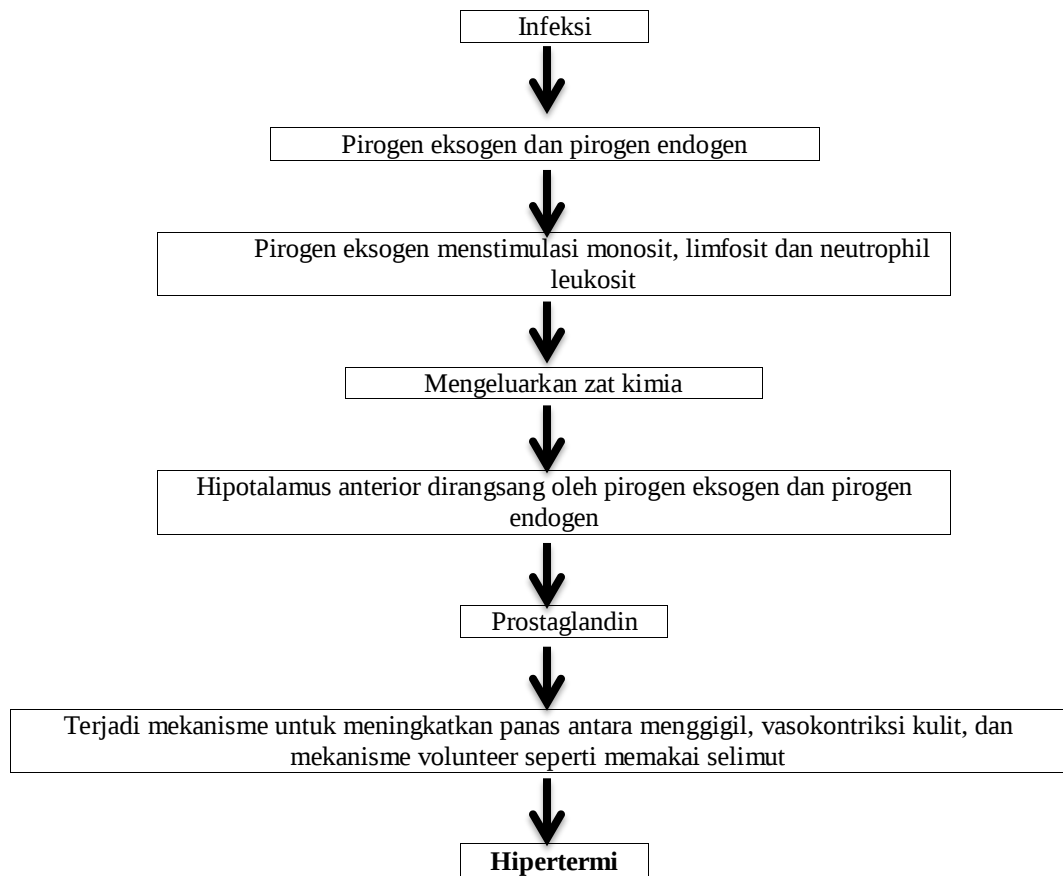
2.3.3.8 Dehidrasi

2.3.3.9 Berkeringat

2.3.4 Patofisiologi

Hipertermi merupakan suatu mekanisme pertahanan tubuh terhadap infeksi atau zat asing yang masuk ke dalam tubuh. Pada hipertermi kenaikan suhu tubuh 1°C akan mengakibatkan kenaikan metabolisme basal 10-15% dan kebutuhan oksigen akan meningkat 20%. Oleh karena itu kenaikan suhu tubuh dapat mengubah keseimbangan dari membrane sel neuron dan elektrolit tubuh.

Gambar 2.2
Pathway Hipertermi



2.3.5 Pemeriksaan Penunjang

2.3.5.1 Trombositopenia

2.3.5.2 Hb meningkat

2.3.5.3 Hematokrit meningkat

2.3.5.4 Hipoproteinemia dan hiponatremia

2.3.6 Penatalaksanaan

2.3.6.1 Medis

Pemberian obat-obatan antipiretik, yang berguna untuk mencegah pembentukan prostaglandin yang bekerja langsung di pusat pengatur suhu di hipotalamus

2.3.6.2 Keperawatan

- a. Pengukuran suhu tubuh secara berkala
- b. Menganjurkan untuk tidak memakai pakaian tebal
- c. Memperbaiki aliran udara di dalam ruangan
- d. Membuka jalan nafas agar tidak terjadi hipoksia
- e. Memberikan cairan / minum yang banyak
- f. Tidur yang cukup agar metabolisme tubuh berkurang
- g. Berikan kompres pada area dahi, ketiak dan lipatan-lipatan tubuh

2.4 Konsep Kompres

2.4.1 Definisi

Kompres merupakan suatu cara pemeliharaan suhu tubuh dengan cairan maupun menggunakan alat yang dapat menurunkan suhu tubuh dan menimbulkan hangat atau dingin pada bagian tubuh.

2.4.2 Tujuan

Tujuan pemberian kompres adalah untuk memperlancar sirkulasi darah dan memberi hangat serta nyaman (Asmadi, 2008)

2.4.3 Fisiologi Kompres

Pemberian kompres pada area tubuh akan memberikan sinyal ke hipotalamus, ketika reseptor peka terhadap panas maka sistem efektor akan mengeluarkan sinyal yang memuai keringat dan vasodilatasi perifer.

2.4.4 Teknik Pemberian Kompres

Ada beberapa teknik dalam pemberian kompres, antara lain :

- a. Kompres hangat basah / kering
- b. Kompres dingin basah / kering
- c. Bantal dan selimut listrik, lampu penyinaran dan busur panas

2.4.5 Kompres Hangat

2.4.5.1 Pengertian

Kompres hangat adalah suatu metode atau cara memberikan rasa hangat pada daerah tertentu dengan menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan hangat pada bagian tubuh yang memerlukan

2.4.5.2 Tujuan

Tujuannya antara lain adalah :

- a. Untuk menurunkan suhu tubuh
- b. Memperlancar sirkulasi darah
- c. Mengurangi nyeri
- d. Memberikan rasa hangat serta nyaman.
- e. Memperlancar pengeluaran eksudat
- f. Merangsang peristaltic usus

2.4.5.3 SOP Kompres Hangat

Tabel 2.1
SOP Kompres Hangat

Pengertian	Kompres hangat adalah memberikan rasa hangat pada daerah tertentu menggunakan cairan atau alat yang menimbulkan rasa hangat pada bagian tubuh yang diberikan kompres
Tujuan	1. Untuk menurunkan suhu tubuh 2. Memperlancar sirkulasi darah 3. Mengurangi nyeri 4. Memberikan rasa hangat serta nyaman. 5. Memperlancar pengeluaran eksudat 6. Merangsang peristaltik usus
Alat dan Bahan	1. Baskom berisi air hangat dengan suhu 37-40 C 2. Handuk/ waslap 3. Handuk pengering 4. Thermometer
Prosedur Tindakan	1. Beritahu klien/ keluarga, dekatkan alat 2. Cuci tangan 3. Atur posisi pasien 4. Ukur suhu tubuh pasien 5. Basahi waslap dengan air hangat, peras lalu letakkan pada area-area tubuh tertentu 6. Tutup waslap yang digunakan untuk kompres dengan handuk kering agar air tidak menetes 7. Apabila waslap sudah terasa kering/ suhu waslap semakin rendah, basahi kembali waslap dengan air hangat 8. Lakukan berulang selama 20 menit 9. Setelah selesai, keringkan bagian tubuh yang basah dengan handuk kering
Evaluasi	1. Respon pasien 2. Kompres terpasang dengan benar 3. Suhu tubuh menurun
Dokumentasi	1. Waktu pelaksanaan 2. Catat hasil dokumentasi setiap tindakan yang dilakukan dan evaluasi

Sumber : <https://eprints.aiska-university.ac.id>

1.5 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Klien Post Craniotomy

2.5.1 Pengkajian

Menurut Budiyo (2016), pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

2.5.1.1 Identitas Klien

Adapun data-data yang diperlukan dalam pengkajian identitas klien, antara lain : nama, tanggal lahir, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, status pernikahan, suku/ bangsa, alamat, tanggal masuk RS, tanggal pengkajian, tanggal operasi, nomor rekam medis, dan diagnose medis

2.5.1.2 Pengkajian Primary

a. Airway

Pasien dengan post operasi craniotomy biasanya akan terpasang ventilator, ETT, OPA untuk menunjang pernapasan klien.

Pasien yang terpasang alat bantu pernapasan memiliki resiko lebih besar terjadinya penumpukan secret, akibat dari penurunan kesadarannya.

b. Breathing

Pernapasan pada klien dengan post operasi craniotomy yang terpasang ventilator biasanya tidak teratur, serta kedalaman napas juga tidak teratur dan suara napas terdengar ronchi.

c. Circulation

Pada pasien yang baru selesai menjalani operasi craniotomy, tekanan darah masih tidak stabil, akral dingin, warna kulit terlihat pucat karena ketika operasi kemungkinan banyak kehilangan darah, sehingga kadar Hb juga bisa menurun.

d. Disability

Tingkat kesadaran klien dengan post craniotomy akan menurun karena efek tindakan pembedahan pada otak dan

juga efek dari sedasi saat operasi. Semua aktivitas klien harus di bantu karena penurunan kesadaran dan harus bedrest total post operasi.

e. Exposure

Dalam pengkajian ini di lakukan untuk mengetahui adanya cedera di area tubuh yang lain, dengan cara memeriksa semua tubuh klien, serta harus tetap menjaga suhu tubuh klien agar tidak mengalami hipotermi.

f. Folley Cateter

Pengkajian ini di lakukan untuk mengukur produksi urine yang keluar.

g. Gastric Tube

Pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui apakah ada residu lambung, mengurangi distensi lambung dan juga mengurangi resiko pasien muntah.

h. EKG

Pengkajian ini bertujuan untuk mengetahui kondisi irama jantung dan denyut jantung klien.

2.5.1.3 Pengkajian Secondary

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien dengan post operasi craniotomy biasanya akan mengalami penurunan kesadaran atau masih dalam pengaruh obat anastesi, lemah, tampak luka di area kepala dan juga terdapat secret pada saluran pernapasan.

b. Riwayat Kesehatan Dahulu

Riwayat kesehatan dahulu sangat perlu di kaji pada klien dengan post craniotomy, karena dari riwayat penyakit dahulu dapat diketahui penyebab penyakit saat ini.

c. Riwayat Kesehatan Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga apakah ada anggota keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan klien.

d. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik meliputi : tingkat kesadaran, nilai GCS, tanda-tanda vital.

1) Kepala

2) Mata

- 3) Telinga
- 4) Hidung
- 5) Mulut
- 6) Leher
- 7) Thorax
- 8) Abdomen
- 9) Genitalia
- 10) Integument
- 11) Ekstremitas
- 12) Punggung
- 13) Persyarafan

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

2.5.2.1 Gangguan perfusi jaringan berhubungan dengan komponen pengangkut O₂

2.5.2.2 Intoleran aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai & kebutuhan O₂

2.5.2.3 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan memasukkan atau mencerna nutrisi oleh karena faktor biologis, psikologis atau ekonomi

2.5.2.4 Hipertermi berhubungan dengan respon trauma

2.5.3 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko perfusi jaringan perifer tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama...x...jam tidak terjadi perfusi jaringan perifer tidak efektif dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Tekanan systole dan diastole dalam rentang yang diharapkan 3. Akral dingin menurun 4. <i>Fatigue</i> menurun	Manajemen sensasi perifer - Periksa perbedaan panas atau dingin - Monitor perubahan kulit - Hindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya (terlalu panas/dingin) - Anjurkan pemakaian sepatu lembut dan bertumit rendah - Kolaborasi pemberian analgetik
2	Intoleransi Aktivitas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Toleransi Aktivitas meningkat, kriteria hasil : 1. Kemudahan dalam melakukan aktivitas sehari-hari meningkat 2. Kekuatan tubuh atas dan bawah meningkat 3. Keluhan lelah menurun 4. Dispnea menurun	Manajemen Energi Observasi - Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan - Monitor kelelahan fisik dan emosional - Monitor pola dan jam tidur - Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas Terapeutik - Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) - Lakukan rentang gerak pasif dan/atau aktif - Berikan aktivitas distraksi yang menyenangkan - Fasilitas duduk di sisi tempat

			tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan Edukasi - Anjurkan tirah baring - Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap - Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang - Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan Kolaborasi - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan -
3	Defisit nutrisi	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama jam, maka status nutrisimembaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan otot pengunyah meningkat 2. Kekuatan otot menelan meningkat 3. Serum albumin meningkat 4. Ungkapan keinginan untuk meningkat nutrisi meningkat 5. Pengetahuan tentang pilihan makanan/minuman yang sehat meningkat 6. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat	Manajemen Gangguan Makan Observasi : - Monitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori Terapiutik : - Timbang berat badan secara rutin - Diskusikan perilaku makanan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai - Laukan kontrak perilaku (misal, target berat badan, tanggungjawab perilaku) - Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku

		meningkat 7. Penyiapan dan penyimpanan makanan/ minuman yang aman meningkat 8. Sikap terhadap makanan/minuman sesuai dengan tujuan kesehatan meningkat 9. Perasaan cepat kenyang menurun 10. Sariawan menurun 11. Rambut rontok menurun 12. Diare menurun 13. Berat badan membaik 14. Nafsu makan membaik 15. Bising usus membaik 16. Index massa tubuh membaik 17. Tebal lipatan kulit triceps membaik 18. Membran mukosa kuensi makan membaik	- Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak - Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah Edukasi : - Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (misal, pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebih) - Ajarkan pengaturan diet yang tepat - Ajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian masalah perilaku makan Kolaborasi : - Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
4.	Hipertermi berhubungan dengan respon trauma	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama jam, maka status suhu tubuh membaik dengan kriteria hasil : 1. Suhu tubuh membaik 2. Akral membaik 3. Pengisian kapiler membaik 4. Ventilasi membaik 5. Tekanan darah	Observasi : - Identifikasi penyebab hipertermia - Monitor suhu tubuh - Monitor kadar elektrolit - Monitor haluaran urine - Monitor komplikasi akibat hipertermi Terapeutik :

		membaik	- Sediakan lingkungan dingin - Longgarkan atau lepaskan pakaian - Berikan kompres di area tubuh tertentu, seperti dahi, ketiak, lipatan tangan, lipatan paha. - Berikan cairan oral - Berikan oksigen (jika perlu) Edukasi : - Anjurkan tirah baring Kolaborasi : - Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena, jika perlu
--	--	---------	--

2.5.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah suatu perwujudan dari tindakan yang telah di rencanakan sebelumnya. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Tujuan implementasi yaitu melaksanakan tindakan dari rencana keperawatan untuk selanjutnya di evaluasi hasilnya untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien dalam periode yang singkat, mempertahankan daya tahan tubuh, mencegah komplikasi, dan menemukan perubahan sistem tubuh.

2.5.5 Evaluasi Asuhan Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Evaluasi adalah suatu proses keberhasilan tindakan keperawatan yang tujuan akhirnya sudah di tetapkan.

Menurut (Asmadi, 2008) Terdapat 2 jenis evaluasi :

2.5.5.1 Evaluasi Formatif (Proses)

Evaluasi ini dilakukan segera setelah perawat mengimplementasikan rencana keperawatan untuk menilai keefektifan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan. Evaluasi ini terdiri dari 4 komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni subjektif (data keluhan pasien), objektif (data hasil pemeriksaan), analisis data (perbandingan data dengan teori), dan perencanaan.

2.5.5.2 Evaluasi Sumatif (Hasil)

Tujuan dari evaluasi sumatif ini adalah untuk menilai dan memonitor kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan. Metode yang dapat digunakan pada evaluasi jenis ini adalah melakukan wawancara pada akhir pelayanan, menanyakan respon pasien dan keluarga terkait pelayanan keperawatan, mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

Ada tiga kemungkinan hasil evaluasi dalam pencapaian tujuan keperawatan, yaitu :

- a. Tujuan tercapai/masalah teratasi
- b. Tujuan tercapai sebagian/masalah teratasi sebagian
- c. Tujuan tidak tercapai/masalah belum teratasi