

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEREBRO VASCULAR ACCIDENT INTRA CEREBRAL HEMORRHAGE (CVA ICH) POST OPERASI TREPANASI + TRAKEOSTOMI (Di Ruang ICU Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

Submission date: 25-Sep-2024 01:10PM (UTC+1000)
by Siti Nur Amilia Sholihah

Submission ID: 2464776428

File name: TURNIT_AMILIAA_-_Siti_Nur_Amilia_S..docx (528.85K)

Word count: 8069

Character count: 58006

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

2
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN *CEREBRO VASCULAR*
ACCIDENT INTRA CEREBRAL HEMORRHAGE (CVA ICH) POST
OPERASI TREPANASI + TRAKEOSTOMI

(Di Ruang ICU Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)



OLEH:

SITI NUR AMILIA SHOLIAH

236410018

6
PROGRAM STUDI PROFESI NERS FAKULTAS KESEHATAN
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2024

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cerebro Vascular Accident Intra Cerebral Hemorrhage (CVA ICH) dapat menyebabkan kematian paling umum nomor dua di dunia (Setyarini, 2020). Kurangnya suplai oksigen ke otak dapat meningkatkan angka kematian pada penderita CVA ICH (Lee, 2020). Hal ini dapat menyebabkan penderita mengalami hipoksia, gangguan pola tidur, dan juga dapat mengalami kecacatan fisik (Setyarini, 2020). Selain itu masalah yang sering muncul pada penderita CVA ICH yaitu penurunan kesadaran yang berakibat pada gangguan pernafasan, gangguan nutrisi, risiko jatuh, risiko cedera dan risiko infeksi (Nurhidayah, 2020).

Menurut *World Stroke Organization (2021)* Pada tahun 2019, 12,2 juta orang di seluruh dunia menderita CVA dan 6,6 juta di antaranya meninggal Dunia, CVA juga menjadi penyebab kematian kedua di dunia. Menurut (*Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan, 2018*) prevalensi CVA ICH di Indonesia meningkat dari 7 per 1000 penduduk pada tahun 2013, menjadi 10,9 per 1000 penduduk pada tahun 2019. sedangkan di Jawa Timur pada tahun 2021 penderita CVA ICH sebesar 12,4%, prevalensi tersebut masih di atas rata-rata nasional. Dari data yang di kumpulkan oleh peneliti di RSUD Jombang terdapat penderita CVA ICH sebanyak 120 kasus/bulan dan di ruang ICU Sentral RSUD Jombang pada bulan Januari – Februari 2024 meliputi 15 penderita CVA ICH.

CVA ICH merupakan pecahnya pembuluh darah yang ada di otak sehingga ruang jaringan di otak tergenang atau tertutup darah (Setiawan et al, 2021). Kondisi

ini menyebabkan berkurangnya suplay oksigen ke otak sehingga menyebabkan jaringan otak mati hingga dapat menyebabkan kelemahan pada anggota tubuh, kesemutan hilang sensasi atau mati rasa setengah badan, kelumpuhan bahkan bisa burujung pada kematian (Saputra et al., 2022). Faktor yang mempengaruhi CVA ICH antara lain hipertensi, aneurisma, malformasi arteroivenous, neoplasma, gangguan koagulasi, antikoagulan, vaskulitis, trauma, dan idiopatik (vira puslita, 2020). Menurut (Puspitasari & Oktariani, 2020) CVA ICH dapat menyebabkan komplikasi disfagia yang dapat mengakibatkan kesedak, apabila hal tersebut tidak di tangani segera dapat mengkaibatkan obstruksi jalan nafas. Akumulasi dahak berlebih yang disebabkan adanya kerusakan batang otak yang mengatur system pernafasan sehingga timbulah masalah keperawatan Bersihan jalan nafas tidak efektif (Richter et al., 2021).

Trakeostomi menjadi salah satu Penatalaksanaan yang tepat pada penderita CVA ICH dengan melakukan Tindakan membuka dinding depan/anterior trakea untuk pemasangan tabung pernafasan, dengan tujuan memberikan kemudahan laju oksigen ke paru paru sehingga suplay oksigen ke otak dapat terpenuhi (Nuzulia, 2023). Salah satu perawatan *trakeostomi* adalah penghisapan lendir atau suction. Suction dibutuhkan jika pasien mengalami penurunan kesadaran atau keadaan imobilisasi dan tidak dapat membersihkan jalan napas sendiri, maka dari itu Bersihan jalan nafas tidak efektif menjadi salah satu masalah keperawatan yang harus segera ditangani (Puspitasari & Oktariani, 2020).

1.2 Rumusan Masalah

2
Bagaimanakah asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* Di Ruang ICU Sentral RSUD Jombang?

2 1.3 Tujuan penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengambarkan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*.

2 1.3.2 Tujuan khusus

- 1 Mengidentifikasi pengkajian keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*.
- 2 Mengidentifikasi diagnosis keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*.
- 3 Mengidentifikasi intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*.
- 4 Mengidentifikasi implementasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*.
- 5 Mengidentifikasi evaluasi keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*.

1.4 Manfaat penelitian

1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan medikal bedah khususnya dalam penatalaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa medis CVA

ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*

1.4.2 Manfaat praktis

Hasil studi kasus ini diharapkan dapat menambah pemahaman, pengetahuan serta dapat di implementasikan dalam pemberian asuhan perawatan pasien sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan khususnya pada pasien CVA ICH *post operasi Trepanasi + Trakeostomi*.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep CVA ICH

2.1.1 Definisi

Cerebro Vascular Accident Intra cerebral Hemorrhage (CVA ICH) merupakan kebocoran darah secara spontan dan tiba-tiba ke dalam parenkim otak yang bukan disebabkan oleh trauma (atraumatic) (Nuzulia, 2023). CVA ICH adalah pendarahan ke ruang subarkhnoid atau dalam jaringan otak yang diakibatkan oleh pembuluh darah di otak pecah. Kondisi yang disebabkan oleh penyakit serebrovaskular yang menyebabkan nekrosis jaringan otak, menyebabkan kelumpuhan dan kematian (Nasir, et, 2023).

2.1.2 Etiologi

Terdapat berbagai faktor penyebab stroke hemoragik menurut (Sabri et al., 2020), yaitu:

1. Trombosis: Arteriosklerosis serebral atau darah yang di pembuluh darah leher dan otak mengalami pembekuan.
2. Emboli serebral: Masuknya darah yang membeku atau bahan lain kedalam otak dari bagian tubuh lainnya: endokarditis, penyakit jantung rematik, infeksi paru-paru.
3. Iskemia: Menurunnya suplai darah menuju otak: Arteri menyempit akibat aterosklerosis.
4. Pendarahan otak: Pembuluh darah di otak yang pecah disertai ruang sekitar otak atau di dalam jaringan otak mengalami perdarahan.
5. Faktor risiko terkuat yaitu usia. Sebelum umur 65 tahun terjadinya stroke kurang lebih 30%, usia 65 tahun ke atas terjadi sebesar 70%. 10 tahun di atas

55 tahun memiliki dua kali resiko stroke.

6. Thalamus, ganglia basalis, sisterna, dan otak kecil menjadi area tersering yang terdampak akibat ICH (*Intra Cerebral hemorrhagic*) yang disebabkan oleh hipertensi pada 2/3 kasus.

7. Lebih dulu pernah mengalami stroke.

8. Minuman keras seperti alkohol yang memiliki kandungan kalori tinggi apabila diminum berlebih dapat mengakibatkan sensitif pada berbagai penyakit seperti stroke.

9. Menyempitnya arteri pada stroke hemoragik bisa diakibatkan oleh narkoba menggunakan kokain serta phenylcydine.

2.1.3 Patofisiologi

Suarjaya (2022) menjelaskan mengenai patofisiologi ICH, menurutnya sebagian orang menganggap ini adalah suatu fenomena kaskade. Pertama, ada kerusakan akibat perdarahan awal. Volume perdarahan awal dan tingkat kesadaran merupakan prediktor mortalitas. Kedua, ekspansi bekuan darah pada 30% pasien ICH berkorelasi dengan mortalitas dan berkurangnya kesembuhan. Pada kasus ini terjadi ekspansi volume bekuan darah yang menyebabkan penurunan kesadaran dan gejala peningkatan tekanan intrakranial (PTIK) pada 8 jam perawatan. Ketiga, ekstensi dari edema disekitar bekuan darah juga berkontribusi terhadap peningkatan mortalitas.

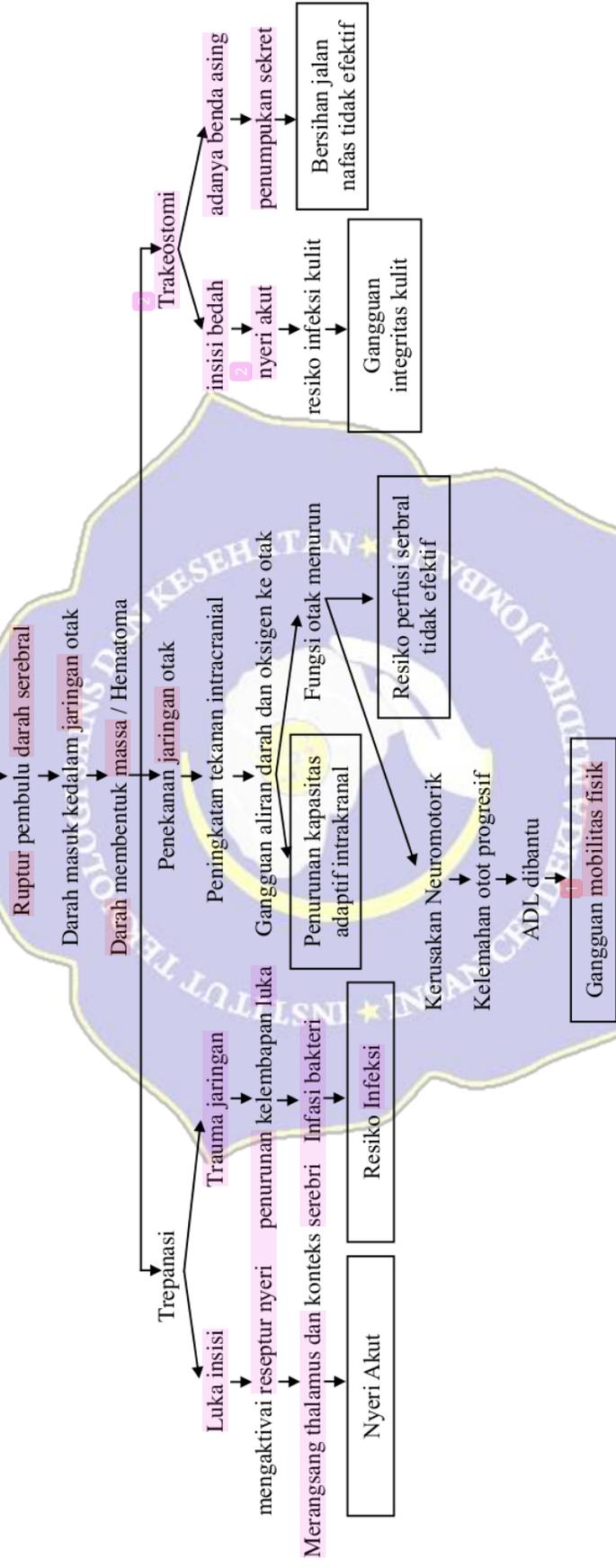
Sedangkan mekanisme ICH menurut Ulfah (2019) terjadi pada parenkim otak yang menyebabkan kerusakan jaringan di sekitarnya melalui efek mekanik yang dihasilkan (efek massa) dan neurotoksisitas dari komponen darah serta timbulnya degradasi. Sekitar 30% dari intraserebral hemoragik

terus berkembang dalam 24 jam pertama, dan gumpalan darah atau plak dapat terbentuk dalam waktu 4 jam. Volume perdarahan 60% ml dikaitkan dengan 71% sampai 93% kematian pada 30 hari. Sebagian besar kematian terjadi pada tahap awal stroke hemoragik disebabkan oleh adanya peningkatan tekanan intracranial secara tiba-tiba, yang dapat menyebabkan herniasi dan kematian.



1 2.1.4 WOC

Cedera kepala, patah tulang tengkorak, hipertensi, malformasi arteri venosa, aneurisma, sirkulasi darah buruk, obat-obatan, merokok



Gambar 2. 1. WOC dan Masalah Keperawatan (Putri, 2020)

2.1.5 Manifestasi klinis

Menurut Rahmawati (2021) CVA ICH menimbulkan berbagai manifestasi klinis, yaitu:

1. Sulitnya bicara
2. Sulit jalan serta mengkoordinasi bagian tubuh
3. Kepala sakit
4. Otot-otot wajah yang melemah
5. Pandangan terganggu
6. Fungsi sensori terganggu
7. Terganggunya kemampuan berpikir ataupun kehilangan kontrol pada fungsi motoric

2.1.6 Pemeriksaan penunjang

Menurut Nurhidayah (2020), beberapa pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien CVA ICH, yaitu:

1. *Angiography Cerebral*

Membantu mendiagnosis sebab spesifik stroke diantaranya pendarahan, penyumbatan arteri, oklusi atau pecah.

2. *Electro Encefalography*

Identifikasi masalah berdasarkan gelombang otak dan area lesi tertentu dapat dideteksi.

3. Sinar X Tengkorak

Berubahnya kelenjar lempeng pineal area yang berlawanan dari masa yang luas dapat digambarkan, klasifikasi karotis interna ada pada trobus otak. Klasifikasi bagian dinding, perdarahan subarachnoid aneurisma.

4. Ultrasonography Doppler

Identifikasi penyakit arteriovenosa (sistem karotis, peredaran darah, penumpukan plak, aterosklerosis yang mengalami masalah).

5. CT-Scan

Menunjukkan terdapatnya iskemia, hematoma, edema, serta terdapat infark.

6. Pemeriksaan foto thorax

Menunjukkan kondisi jantung, pada ventrikel kiri apakah membesar, pada penderita stroke kondisi ini adalah tanda hipertensi kronis, serta menunjukkan perubahan kelenjar pineal pada area berlawanan dengan massa yang membesar.

7. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Fungsi lumbal
- b. Darah rutin
- c. Kimia darah

8. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Memperlihatkan tekanan abnormal, umumnya terdapat trombosis, emboli, serta TIA (*Transient Ischemic Attack*), peningkatan tekanan serta adanya darah yang menandakan perdarahan subarachnoid atau intrakranial.

2.1.7 Penatalaksanaan

Penderita stroke CVA ICH bisa diberikan penatalaksanaan menurut

Setyarini (2020) yaitu:

1. Non operatif

- a. Manajemen tekanan darah
- b. Penatalaksanaan dan pencegahan peningkatan tekanan intracranial
- c. Hemostatic
- d. Penatalaksanaan kejang

2. Operatif

- a. Kraniotomi
- b. Kraniektomi dekompresi
- c. Aspirasi stereotaktik
- d. Aspirasi endoskopi
- e. Aspirasi kateter (Nuzulia, 2023)

2.1.8 Komplikasi

CVA ICH dapat mengakibatkan komplikasi-komplikasi menurut

Rahmawati (2021) yaitu:

1. Edema otak
2. Pneumonia
3. Saluran kemih mengalami infeksi
4. *Deep venous thrombosis* (DVT)
5. Tirah baring menyebabkan luka
6. Meninggal dunia menjadi akibat terparah .k

2.2 Konsep *Trakeostomi*

2.2.1 Definisi *Trakeostomi*

Trakeostomi adalah prosedur pembedahan dengan memasang selang melalui sebuah lubang ke dalam trakea untuk mengatasi obstruksi jalan nafas

bagian atas atau mempertahankan jalan nafas dengan cara menghisap lendir, atau untuk penggunaan ventilasi mekanik yang kontinu. Trakeostomi dapat digunakan sementara yaitu jangka pendek untuk masalah akut, atau jangka panjang biasanya permanen dan slang dapat dilepas.(Aydoğmuş, 2020).

2.2.2 Manfaat *Trakeostomi*

Menurut (Nuzulia, 2023) Trakeostomi memiliki kelebihan apabila dibandingkan dengan intubasi endotrakeal jangka panjang antara lain:

- a. Meningkatkan kenyamanan pasien
- b. Kebersihan rongga mulut
- c. Kemampuan untuk berkomunikasi
- d. Kemungkinan makan secara oral serta perawatan yang lebih mudah dan aman
- e. Memiliki potensi untuk menurunkan penggunaan obat sedasi dan analgesic sehingga dapat memfasilitasi proses penyapihan dan menghindari pneumonia akibat ventilator mekanik.

2.2.3 Indikasi *Trakeostomi*

Menurut Aydoğmuş (2020). Indikasi dasar trakeostomi secara garis besar adalah :

1. Pintas (bypass) Obstruksi jalan nafas atas
2. Membantu respirasi untuk periode yang lama
3. Membantu bersihan sekret dari saluran nafas bawah
4. Proteksi traktus trakeobronkhial pada pasien dengan resiko aspirasi
5. Trakeostomi elektif, misalnya pada operasi bedah kepala leher sehingga memudahkan akses dan fasilitas ventilasi.

6. Untuk elektif, misalnya pada operasi bedah kepala leher
7. Untuk mengurangi kemungkinan timbulnya stenosis subglotis

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien CVA ICH

Pengumpulan data yang dilakukan pada pasien CVA ICH menurut Yuniarsih (2020) yaitu:

2.3.1 Pengkajian

1. Anamnesis

Identitas dari klien, keluhan utamanya, riwayat penyakitnya saat ini, riwayat penyakitnya terdahulu, riwayat penyakitnya keluarga klien, serta mengkaji psikososial merupakan anamnesis yang dilakukan terhadap penderita stroke (Putri, 2019).

2. Keluhan Utama

Keluhan utama klien adalah sebelah badan fungsi anggota gerak melemah, pelo saat berbicara, ketidakmampuan komunikasi, serta kesadaran menurun (Putri, 2019).

3. Riwayat Penyakit Sekarang

Kesadaran yang menurun gangguan persepsi, komunikasi hilang, fungsi gerak hilang, kelemahan yang terjadi membuat klien sulit beraktifitas, hilangnya sensasi/paralisis, terasa gampang capek serta sulit istirahat (Rahmadhani, 2020).

4. Riwayat Penyakit Dahulu

Hipertensi, penyakit kardiovaskular yang sudah ada sebelumnya, kolesterol tinggi, serta DM yang sudah ada sebelumnya menjadi faktor risiko stroke yang harus dilakukan pengkajian (Rahmadhani, 2020).

5. Riwayat Penyakit Keluarga

Riwayat kesehatan keluarga penting untuk dilakukan pengkajian seperti hipertensi, DM, serta apakah pernah ada stroke pada generasi sebelumnya (Putri, 2019).

6. Pemeriksaan Fisik

Menurut Asution & Arif, (2020) setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik, sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan secara per system (B1-B6) dengan focus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) yang terarah dan dihubungkan keluhan-keluhan dari klien.

a) Keadaan umum dan tanda-tanda vital : keadaan umum pasien yang lemah, adanya peningkatan tekanan darah pada pasien, suhu tubuh pasien yang tinggi dapat menimbulkan kejang.

b) Pernafasan (B1 : *Breath*)

Bentuk dada biasanya normal, pola nafas kadang ditemukan dyspnea, tidak ada pernafasan cuping hidung, tidak ada otot bantu nafas, suara nafas terdengar ronchi, pernafasan tidak teratur, perkusi dada sonor, kemampuan aktivitas dibantu orang lain.

c) Kardiovaskuler (B2 : *Blood*)

Didapatkan tekanan darah yang menurun atau meningkat, suhu biasanya batas normal, denyut nadi bervariasi, bunyi jantung S1 S2 tunggal, mungkin terdapat murmur, tidak ada pembesaran jantung, tidak ada oedem, akral hangat kering merah.

d) Persarafan (B3 : *Brain*)

Terkadang ditemukan kesadaran menurun, kadang tidak. Bila terjadi gangguan sensori (penglihatan, pendengaran, pembicaraan) tergantung pada letak lesinya, tanda-tanda rangsangan meningen tidak ditemukan, kadang ditemukan kejang, kehilangan memori. Terdapat reflek babinski, gerakan yang tak terkoordinasi dan tidak dapat membedakan rangsangan.

e) Perkemihan-eliminasi urine (B4 : *Bladder*)

Didapatkan inkontinensia urin atau anuria kadang bladder penuh.

f) Pencernaan (B5 : *Bowel*)

Didapatkan perut kembung, konstipasi ataupun tidak, penurunan peristaltic usus, ketidak mampuan menelan makanan, mual, muntah dan penurunan nafsu makan.

g) Integumen (B6 : *Bone*)

Didapatkan kelemahan otot, kadang juga didapatkan kontraktur sendi.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d adanya jalan nafas buatan
2. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b/d edema serebral
3. Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan sensoripersepsi
4. Nyeri akut b/d agen pencedera fisik
5. Resiko infeksi b/d efek prosedur invasif
6. Resiko perfusi serebral tidak efektif b/d hipertensi
7. Gangguan integritas kulit b/d penurunan mobilitas

2.3.3 Intervensi (SLKI,SIKI)

Tabel 2. 1 Konsep Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif	<p>Bersihan jalan nafas (L.01001)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan di harapkan bersihan jalan nafas dapat meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif cukup meningkat (4) 2. Produksi sputum cukup menurun (4) 3. Wheezing cukup menurun (4) 4. Dispnea cukup menurun (4) 5. Sulit berbicara cukup menurun (4) 6. Gelisah cukup menurun (4) 7. Frekuensi nafas cukup membaik (4) 8. Pola nafas cukup membaik (4) 	<p>Menejemen jalan nafas (1.01011)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman,usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis. grugling, mengi, weezhing, ronk hi,) 3. Monitor sputum (jumlah, aroma, warna) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Pertahankan kepatenan jalan nafas 5. Posisikan semi-fowler atau fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan 10. Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 12. Ajarkan batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspektoran,
2.	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial	<p>Kapasitas adaptif intrakranial (L.06049)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan di harapkan kapasitas adaptif intracranial dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat (4) 2. Fungsi kognitif cukup meningkat (4) 3. Gelisah cukup menurun (4) 4. Tekanan darah cukup 	<p>Menejemen peningkatan tekanan intrakranial (1.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor CPP 6. Monitor status pernafasan 7. Monitor intake dan output cairan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Minimalkan stimulus dengan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
		mrmbaik (4) 5. Tekanan nadi cukup membaik (4) 6. Pola nafas cukup membaik (4) 7. Respon pupil cukup membaik (4) 8. Reflek neurologis cukup membaik (4)	menyediakan lingkungan yang tenang 9. Berika posisi semi fowler 10. Cegah terjadinya kejang 11. Atur ventilator agar PACO2 optimal 12. Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian sedasi 14. Kolaborasi pemberian deuretik osmosis
3.	Gangguan mobilitas fisik	Mobilitas fisik (L.05042)) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan di harapkan mobilitas fisik dapat membaik dengan kriteria hasil : 1. pergerakan ekstermitas cukup meningkat (4) 2. kekuatan otot cukup meningkat (4) 3. rentang gerak (ROM) cukup meningkat (4) 4. nyeri cukup menurun (4) 5. Gerakan terbatas cukup menurun(4) 6. Kelemahan fisik cukup menurun (4)	Dukungan ambulasi (1.06171) Observasi 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi Terapeutik 3. Fasilitasi aktifitas ambulasi dengan alat bantu 4. Fasilitasi melakukan molilisasi fisik 5. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulansi Edukasi 6. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi 7. Ajarkan ambulnsi sederhana yang harus dilakukan
4.	Nyeri akut	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan di harapkan Tingkat nyeri dapat membaik dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri cukup menurun (4) 2. Meringis cukup menurun (4) 3. Sikap protektif cukup menurun (4) 4. Gelisah cukup menurun (4)	Menejemen nyeri (1.08238) Observasi 1. Identifikasi Lokasi, karakteristik, durasi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah di berikan 6. Monitor efek sampig penggunaan analgesik

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
		5. Kesulitan tidur cukup menurun (4) 6. Frekuensi nadi cukup membaik (4) 7. Pola nafas cukup membaik (4) 8. Tekanan darah cukup membaik (4)	Terapeutik 7. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 8. kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 9. fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi 10. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 11. Jelaskan strategi meredakan nyeri 12. Anjurkan monitor nyeri secara mandiri 13. Ajarkan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 12. kolaborasi pemberian analgesic
5.	Resiko infeksi	Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan Tindakan keperawatan di harapkan Tingkat infeksi dapat membaik dengan kriteria hasil : 14. Demam cukup menurun (4) 15. Kemerahan cukup menurun (4) 16. Nyeri cukup menurun (4) 17. Bengkak cukup menurun (4) 18. Kadar sel darah putih cukup membaik (4)	Pencegahan infeksi (1.14539) Observasi 1. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik Terapeutik 2. Batasi jumlah pengunjung 3. Berikan perawatan kulit pada area edema 4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 5. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien bereiko tinggi Edukasi 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 8. Ajarkan etika batuk 9. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka oprasi 10. Anjurkan peningkatan asupan nutrisi 11. anjurkan meningkatkan asupan cairan kolaborasi 12. kolaborasi pemberian imunisasi

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
6.	Resiko perfusi serebral tidak efektif	<p>Perfusi serebral (L.05044)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan di harapkan perfusi serebral dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran cukup meningkat (4) 2. Tekanan intra kranial cukup menurun (4) 3. Sakit kepala cukup menurun (4) 4. Nilai rata-rata tekanan darah cukup membaik (4) 5. Kesadaran cukup membaik (4) 	<p>Menejemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor MAP 4. Monitor CVP 5. Monitor PAP 6. Monitor status pernafasan 7. Monitor intake dan output cairan 8. Monitor cairan serebro-spinalis <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 10. Berikan posisi sem Fowler 11. Cegah terjadinya kejang 12. Atur ventilator agar PaCO₂ optimal 13. Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 14. Kolaborasi pemberian sadasi dan anti konvulsan 15. Kolaborasi pemberian diretik osmosis
7.	Gangguan integritas kulit	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan Tindakan keperawatan di harapkan integritas kulit dan jaringan dapat membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Kerusakan jaringan cukup menurun (4) 17. Kerusakan lapisan kulit cukup menurun (4) 18. Nyeri cukup menurun (4) 19. Perdarahan cukup menurun (4) 20. Hematoma cukup menurun (4) 	<p>Perawatan Luka (1.14564)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Lepaskan balutan dan plester secara bertahan 4. Bersihkan dengan NaCL 5. Bersihkan jaringan nekrotik 6. Berikan salep yang sesuai ke kulit 7. Pasang balutan sesuai jenis luka 8. Pertahankan Teknik steril saat melakukan perawatan luka 9. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase 10. Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 11. Berikan suplai vitamin dan mineral

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
	21. Kemerahan menurun (4)	cukup	Edukasi 12. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 13. Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri Kolaborasi 14. Kolaborasi prosedur debridement 15. Kolaborasi pemberian antibiotic

2.3.4 Implementasi

Pengaplikasian dari perencanaan yang sudah dibentuk merupakan tahapan keempat pada proses keperawatan yakni implementasi (Ningrum, 2020).

2.3.5 Evaluasi

Hasil implementasi yang sudah dijalankan dibandingkan dengan kriteria hasil yang telah ditentukan kemudian dilakukan penilaian masalah yang terjadi apakah telah teratasi semuanya, sebagian, atau belum teratasi seluruhnya merupakan tahapan akhir atau yang kelima pada proses keperawatan yakni evaluasi (Ningrum, 2020).

Evaluasi ini terjadi pada akhir seluruh proses pengobatan. Setelah evaluasi keperawatan, masalah teratasi. Beberapa tujuan akan tercapai dan masalah akan terpecahkan jika klien menunjukkan perubahan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Jika klien menunjukkan perubahan sebagian dibandingkan dengan standar atau standar, tujuan yang ditetapkan tidak akan tercapai / masalah tidak akan terpecahkan: klien tidak akan melihat adanya perubahan atau kemajuan dan bahkan terkadang akan timbul masalah baru. Untuk mengetahui apakah masalah telah terselesaikan, sebagian, atau belum terselesaikan, dilakukan perbandingan SOAP dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan. Rumus evaluasi komprehensif ini mencakup empat elemen yang dikenal

sebagai SOAP: Subjektif,Objektif, Analisis Data, dan Perencanaan.

- a. S (Subyektif) Data subjektif dari hasil keluhan klien, kecuali pada klien yang afasia.
- b. O (Obyektif) Data objektif dari hasil observasi perawat.
- c. A (Analisis) Menganalisis atau mendiskusikan masalah keperawatan klien dan diagnosanya dengan menggunakan data subjektif dan objektif
- d. P (Perencanaan) Merencanakan kembali tentang pengembangan tindakan keperawatan saat ini dan masa depan dengan tujuan meningkatkan status kesehatan pasien.



BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus yaitu untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan pada klien yang mengalami CVA ICH *Post* Operasi Trepanasi + *Trakeostomi*.

3.2 Batasan istilah

Batasan istilah yang menerangkan istilah-istilah kunci sebagai fokus studi kasus penelitian ini yaitu:

1. Asuhan keperawatan merupakan cara atau metode dalam pemberian asuhan keperawatan yang sistematis dan terorganisasi, fokus terhadap reaksi atau respon unik terhadap masalah kesehatan kelompok maupun baik yang aktual maupun potensial.
2. CVA ICH merupakan kondisi dimana pembuluh darah di otak mengalami pecah, akibatnya terjadi pendarahan ke dalam jaringan otak.

3.3 Partisipan

Partisipan yang digunakan pada penelitian ini yaitu 1 klien CVA ICH *Post* Operasi *Trepanasi* + *Trakeostomi* di ruang ICU Sentral RSUD Jombang.

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

3.4.1 lokasi

Penelitian ini akan dilakukan di ruang ICU Sentral RSUD Jombang Jl. KH. Wahid Hasyim No.52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, Kabupaten Jombang, Jawa Timur.

3.4.2 Waktu penelitian

Penelitian ini berlangsung pada bulan Februari - Juli 2024, dimulai dari perencanaan proposal hingga penyelesaian laporan hasil akhir penelitian. Lamanya waktu pemberian asuhan keperawatan disesuaikan dengan keberhasilan target dari tindakan atau minimal 3 hari klien dirawat.

3.5 Pengumpulan data

Teknik pengumpulan data yang dilakukan pada penelitian ini guna memperoleh data agar sesuai dengan permasalahan yaitu:

1. Wawancara

Wawancara dilakukan guna memperoleh data yang berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit (sekarang, dahulu, keluarga) dan lain-lain yang berasal dari data klien dan keluarga serta perawat lain

2. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik merupakan tindakan untuk menentukan masalah kesehatan klien. Menurut Nasution (2020) Pemeriksaan fisik dapat dilakukan dengan berbagai cara, diantaranya adalah :

- a. Inspeksi Yaitu pemeriksaan yang dilakukan dengan cara melihat bagian tubuh yang diperiksa melalui pengamatan.
- b. Palpasi Yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui perabaan terhadap bagian-bagian tubuh yang mengalami kelainan.
- c. Auskultasi Yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan melalui pendengaran. Biasanya menggunakan alat yang disebut dengan stetoskop.
- d. Perkusi Yaitu pemeriksaan fisik yang dilakukan dengan mengetuk bagian tubuh menggunakan tangan atau alat bantu seperti refleks hammer untuk

mengetahui refleks seseorang (dibicarakan khusus). Juga dilakukan pemeriksaan lain yang berkaitan dengan kesehatan fisik klien.

3. Studi dokumentasi.

Dalam *case report* ini menggunakan studi dokumentasi yang dibuat dengan memeriksa E-RM pasien dan pemeriksaan penunjang lain seperti hasil laboratorium.

3.6 Uji keabsahan data

Tujuan dari uji keabsahan data adalah untuk memastikan bahwa data dari studi kasus yang tinggi adalah valid. Selain memeriksa integritas peneliti (peneliti sebagai alat utama), data juga diperiksa melalui metode berikut:

1. Meningkatkan durasi observasi atau tindakan hingga proses pelaporankasus selesai dan relevan. Dalam kasus ini, waktu pelaporan adalah 3 hari. Namun masa berlaku data laporan kasus akan diperpanjang satu hari dan waktu laporan kasus diperpanjang menjadi empat hari.
2. Triangulasi yang bersumber dari tiga data utama yaitu klien dan keluarga serta perawat digunakan sebagai sumber informasi tambahan yang berhubungan dengan masalah yang diteliti.

3.7 Analisis data

Pengumpulan data dimulai setelah peneliti tiba di lapangan, dan analisis dilakukan setelah semua data dikumpulkan. Analisis data mengumpulkan data, membandingkannya dengan teori yang ada, dan memberikan pendapat untuk dibahas. Analisis dilakukan dengan memberikan penjelasan tentang jawaban penelitian yang ditemukan melalui interpretasi wawancara mendalam yang digunakan untuk menjawab rumusan pertanyaan penelitian. Penelitian ini

menganalisis data dalam beberapa langkah:

1. Pengumpulan informasi

Wawancara, observasi, dan dokumentasi digunakan untuk mengumpulkan data. Hasilnya akan dicatat pada transkrip. Data dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi termasuk dalam kategori ini.

2. Mengurangi informasi

Buku catatan dari wawancara dirangkum, dibagi menjadi data objektif dan subjektif, diuji dengan uji diagnostik, dan dibandingkan dengan nilai normal.

3. Penyampaian informasi

Informasi disajikan menggunakan teks deskriptif dan tabel. Menjaga identitas responden menjamin kerahasiaan mereka.

4. Pembahasan

Data yang ditemukan kemudian didiskusikan, dibandingkan dengan hasil penelitian sebelumnya, dan lakukan perbandingan teoretis antara perilaku kesehatan dan kesehatan.

5. Kesimpulan

Induksi digunakan untuk mengambil kesimpulan. Data dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, dan evaluasi dikumpulkan.

3.8 Etika penelitian

Etika penelitian merupakan masalah penting yang harus diperhatikan melihat bersinggungan langsung dengan manusia. Etika penelitian yang penting untuk diperhatikan yaitu:

1. Persetujuan menjadi klien (*Informed consent*)

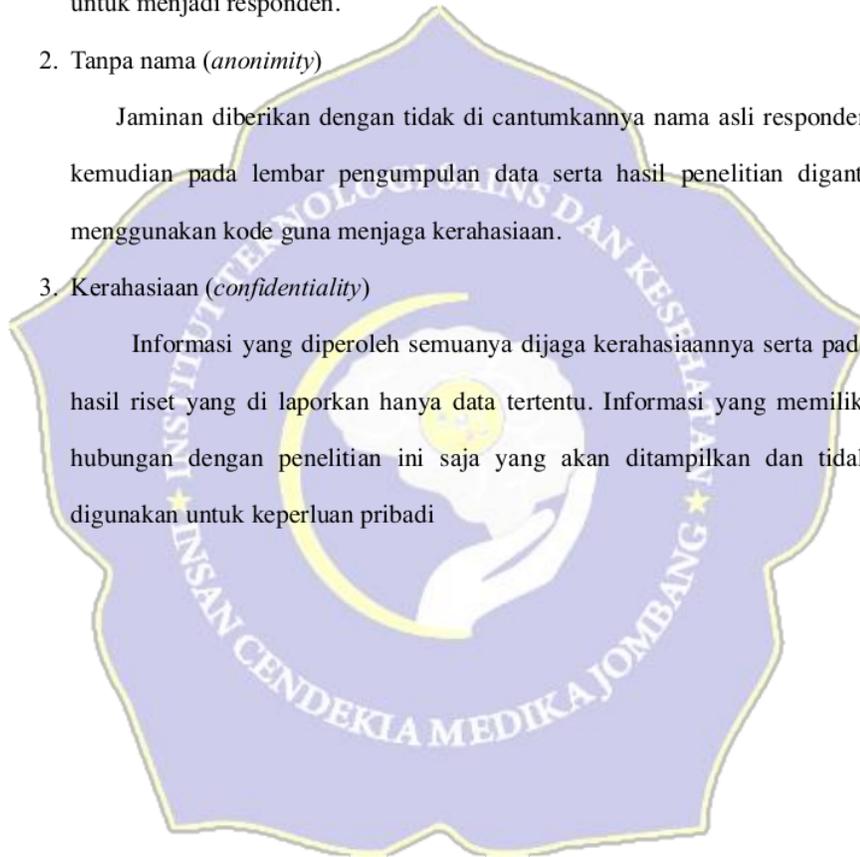
Penjelasan diberikan terhadap responden sebelum di lakukannya penelitian guna mengetahui maksud atau tujuan dan manfaat penelitian. Lembar persetujuan diberikan untuk diisi apabila responden menyampaikan kesediaannya dan harus menghargai apabila tidak menyatakan kesediaannya untuk menjadi responden.

2. Tanpa nama (*anonimity*)

Jaminan diberikan dengan tidak di cantumkannya nama asli responden kemudian pada lembar pengumpulan data serta hasil penelitian diganti menggunakan kode guna menjaga kerahasiaan.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Informasi yang diperoleh semuanya dijaga kerahasiaannya serta pada hasil riset yang di laporkan hanya data tertentu. Informasi yang memiliki hubungan dengan penelitian ini saja yang akan ditampilkan dan tidak digunakan untuk keperluan pribadi



BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

3.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini di ruang ICU Sentral RSUD Jombang JL.KH.Wahid Hasyim No 52, Kepanjen, Kecamatan Jombang, Kabupaten Jombang, Jawa Timur. Secara umum ruang ICU Sentral Memiliki ruangan yaitu ruang ICU, ICCU, PICU, dan juga Infeksius.

3.1.2 Pengkajian

1. Identitas klien

Tabel 4.1 Identitas klien

Identitas Klien	Hasil/data
Nama	Tn. S
Umur	82 Tahun
Jenis kelamin	Laki-laki
Agama	Islam
Pendidikan	SD
Pekerjaan	Tidak bekerja
Alamat	Kepuhrojo, Kudu, Jombang
Status perkawinan	Menikah
Tanggal masuk	28 Januari 2024
Tanggal pengkajian	12 Februari 2024
Diagnosa medis	CVA ICH <i>Post operasi terpanasi + Trakeostomi</i>

Sumber : Data Primer, 2024

2. Riwayat kesehatan

Tabel 4.2 Riwayat kesehatan

Riwayat kesehatan	Hasil/data
Keluhan utama	Tidak terkaji Klien terpasang <i>Trakeostomi</i>
Riwayat kesehatan sekarang	Keluarga mengatakan klien di temukan jatuh di kamar mandi pada tanggal 27 Januari 2024 jam 18.00, kemudian di bawa ke kamar tidur klien masih bisa berdiri dan bisa di ajak berkomunikasi namun klien terjatuh lagi sekitar jam 23.00 setelah itu

Riwayat kesehatan	Hasil/data
	klien tidak bisa di ajak berkomunikasi, demam, dan muntah. Sebelumnya klien sering mengeluh pusing. Kemudian Klien di bawa ke IGD RSUD Jombang dengan penurunan kesadaran dan di pindahkan ke ruang ICU Sentral RSUD Jombang
Riwayat kesehatan dahulu	Keluarga mengatakan klien memiliki riwayat Hipertensi
Riwayat kesehatan keluarga Sumber:Data Primer,2024	Keluarga klien memiliki riwayat hipertensi

3. Pola Fungsi Kesehatan

Tabel 4.3 Pola Fungsi Kesehatan

Pola Fungsi Kesehatan	Hasil/Data
Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan	Merokok: Jumlah, jenis, ketergantungan Alkohol: Jumlah, jenis, ketergantungan Obat-obatan: Jumlah, jenis, ketergantungan Alergi Harapan dirawat di RS Pengetahuan tentang penyakit Pengetahuan tentang keamanan dan keselamatan
Nutrisi dan Metabolik	Cair/Sonde 6x 100cc / 24 Jam Menurun Klien mengalami kesulitan menelan akibat terpasang <i>Trakeostomi</i> 600 cc / 24 Jam Susu + air putih Klien terpasang NGT
Aktivitas dan Latihan	Dibantu orang/ keluarga Dibantu orang/ keluarga dan alat Dibantu orang/ keluarga Dibantu orang/ keluarga Dibantu orang/ keluarga Dibantu orang/ keluarga Kateter/ DK, terpasang NGT

Pola Fungsi Kesehatan		Hasil/Data
	Data lain	Keluarga mengatakan aktivitas dan latihan dibantu oleh orang lain, klien tampak hanya berbaring ditempat tidur, klien tampak saat aktivitas dan latihan dibantu oleh orang lain.
Tidur dan Istirahat	Kebiasaan tidur	Klien lebih sering memejamkan Mata
	Lama tidur	Klien lebih sering memejamkan mata
	Masalah tidur	Klien sering terbangun
Eliminasi	Pola defekasi	1-2 x/hari
	Warna feses	Kuning kecoklatan
	Kolostomi	Tidak ada kolostomi
	Pola miksi	Klien terpasang kateter/DK
	Warna urine	Kuning keruh/ gelap
	Jumlah urine	300 cc /3 Jam
Pola Persepsi Diri (Konsep Diri)	Harga diri	Klien Belum bisa dinilai harga Dirinya
	Peran	Klien tidak dapat menjalankan perannya sebagai kepala keluarga saat sakit
	Identitas diri	Klien belum bisa dinilai identitas dirinya
	Ideal diri	Klien belum bisa dinilai ideal dirinya
	Penampilan	Lusuh
	Koping	Klien belum bisa dinilai mekanisme Kopingnya
Peran dan Hubungan Sosial	Data lain	Klien mengalami penurunan kesadaran
	Sistem pendukung	Keluarga menjadi sistem pendukung bagi klien
	Interaksi dengan orang lain	Klien belum bisa di ajak komunikasi
Seksual dan Reproduksi	Data lain	Klien mengalami penurunan kesadaran
	Frekuensi hubungan Seksual	Klien tidak berhubungan seksual karena sakit
Kognitif Perseptual	Hambatan seksual	Klien tidak berhubungan seksual karena sakit
	Keadaan mental	Klien selalu mendapatkan dukungan mental dari keluarga untuk cepat Sembuh
	Berbicara	Klien mengalami kesulitan berbicara
	Kemampuan memahami	Klien belum bisa memahami ketika di ajak komunikasi
	Ansietas	Gelisah
	Pendengaran	Klien mengalama sedikit gangguan pendengaran akibat stroke sehingga ketika bertanya harus keras
	Penglihatan	Klien tidak mengalami masalah pada penglihatan

Pola Fungsi Kesehatan	Hasil/Data
Nyeri	Tidak ada nyeri
Nilai dan Keyakinan	Agama yang dianut Islam Nilai/keyakinan terhadap p penyakit Klien dan keluarga meyakini bahwa allah akan memberikan kesembuhan

Sumber : Data Primer, 2024

4. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Hasil/Data
Vital Sign	Tekanan darah 170/100 mmHg Nadi 92 x/menit Suhu 37° C RR 30 x/menit
Kesadaran Keadaan Umum	GCS 4x5 (sommolen) Status gizi Normal Berat Badan 70 Kg Tinggi badan 160 cm Sikap Gelisah
<i>Breathing</i> (B1)	Bentuk dada Normal chest Frekuensi nafas 30 x/menit Kedalaman nafas Normal Jenis pernafasan Terpasang O2 mask trakeostomi Retraksi otot bantu Terdapat retraksi otot bantu Irama nafas Ireguler Ekspansi paru Menurun Vocal fremitus Terdapat vocal fremitus Nyeri Terdapat nyeri skala 2 Batas paru Kesan tidak melebar Suara nafas Vesikuler Suara nafas tambahan Terdapat suara nafas tambahan Pemeriksaan penunjang <i>ronchi</i> Data lain cardiomegali dg elongasio aorta. pneumonia non covid Terdapat alat bantu nafas O2 Mask via trakeostomi 8 lpm, terdapat nafas cuping hidung, terdapat sputum purulen
<i>Blood</i> (B2)	Ictus cordis Teraba ICS 4 Nyeri Tidak terdapat nyeri Batas jantung Batas kiri ICS 4 dan batas kanan pada linea parastranalis kanan Bunyi jantung Terdengar bunyi lupdup Data lain Perfusi hangat, CRT < 2 detik
<i>Brain</i> (B3)	Kesadaran Sommolen GCS 4x5 Reflek fisiologis -

Pemeriksaan Fisik	Hasil/Data
	Reflek patologis -
	Pemeriksaan penunjang CT Scan ICH basal ganglia sinistra
	Data lain Reflek cahaya +/+, pupil isokor 2/2
<i>Bladder</i> (B4)	Pola miksi Terpasang DK
	Warna urine Kuning keruh
	Jumlah urine 400cc /3 jam
	Data lain -
<i>Bowel</i> (B5)	Bentuk abdomen Soepel
	Pola defekasi 1-2 x/menit
	Warna feses Kuning kecoklatan
	Bising usus +
	Data lain Terpasang NGT
<i>Bone</i> (B6)	Kekuatan otot -
	Turgor < 2 detik
	Odem Terdapat odem pada tangan kanan dan kaki kanan
	Nyeri Tidak terdapat nyeri
	Warna kulit Sawo matang
	Akral Hangat
	Sianosis Tidak terdapat sianosis
	Parase Klien tampak mengalami penurunan kekuatan otot ekstermitas kanan
	Alat bantu Tidak ada alat bantu
	Data lain Klien bedrest total

Sumber: Data Primer, 2024

5. Hasil Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Penunjang

Jenis Pemeriksaan	Hasil
Radiologi Thorax Tanggal 11-2-2024	Cardiomegaly Dg Elongasio Aorta, Pneumonia Non Covid
Radiologi CT Scan Tanggal 11-2-2024	Tampak gambaran ICH basal ganglia Sinistra
Laboratorium Tanggal 12-2-2024	Darah Lengkap: Hasil Lab: Nilai normal:
	Hemoglobin 11.0 13.2-17.3 g/dl
	Leukosit 18.11 3.8-10.6 10 ³ /ul
	Hematokrit 35.9 40-52 %
	Eritrosit 4.50 4.4-5.9 10 ⁶ /ul
	MCV 79.8 82-92 fl
	MCH 24.4 27-31 pg
	MCHC 30.6 31-36 /l
	RDW-CV 20.5 11.5-14.5 %
	Trombosit 122 150-440 10 ³ /ul
	Hitung jenis :
	Eosinofil 1 2-4 %
	Segmen 87 50-70%
	Limfosit 7 25-40 %
	Neutrofil absolut (ANC) 10.29 2.5-7 10 ³ /ul
	Limfosit absolut (ALC) 0.8 1.1-3.3 10 ³ /ul
	NLR 12.86 < 3.13
	Kimia Darah :

Albumin	2.91	3.4-4.8 g/dl
Natrium	149	135-174 mEq/l
Klorida	114	95-105 mEq/l

Sumber : Radiologi dan laboratorium RSUD Jombang

6. Terapi medis

Tabel 4.6 Terapi medis

Terapi Medis	Dosis Pemberian
Infus clinimx 1000	500 cc/24 Jam
Infus Peinlos	3x 800 mg
Infus ringerfundin	300 dalam 1 jam
Injeksi Lansoprazole	2x30 mg
Injeksi Parasetamol	3x1 g
Injeksi Gabaxa	1x100 mg
Tetes levofloxacin	1x750 mg
PO Amlodipine	10 mg 1-0-0
PO Candesartan	8 mg 0-0-1
Nebul ventolin	Tiap 8 jam
Masker 02 trakeostomi	8 lpm

Sumber : Rekam Medik Klien, 2024

3.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisis Data

Analisis Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
DS: - Tidak terkaji, klien terpasang trakostomi	Adanya jalan nafas buatan	Bersihkan jalan nafas tidak efektif
DO: - KU lemah - Klien terpasang 02 Mask via trakeostomi 8 lpm - Terdapat spuntum purulen - Terdapat ronchi - TD: 170/100 mmHg - N: 92 x/ menit - RR: 30 x/menit - S: 37° C - GCS: 4x5		

DS : Edema serebral Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
 - Tidak terkaji, klien terpasang trakostomi

DO :
 - KU lemah
 - Pola nafas ireguler
 - Klien mengalami penurunan kesadaran
 - Klien tampak gelisah
 - TD: 170/100 mmHg
 - N: 92 x/ menit
 - RR: 30 x/menit
 - S: 37° C
 - GCS: 4x5

DS : Penurunan kekuatan otot Gangguan mobilitas fisik
 - Tidak terkaji, klien terpasang trakostomi

DO :
 - KU lemah
 - Klien mengalami penurunan kesadaran
 - Klien mengalami penurunan kekuatan otot ekstermitas kanan
 - Klien badrest total
 - TD: 170/100 mmHg
 - N: 92 x/ menit
 - RR: 30 x/menit
 - S: 37° C
 - GCS: 4x5

DS : Agen pencedera fisik Nyeri akut
 - Tidak terkaji, klien terpasang trakostomi

DO :
 - KU lemah
 - Terdapat luka *post op Trakeostomi*
 - Klien tampak gelisah
 P: luka *post op trakeostomi*
 Q: -
 R: : sekitar leher
 S: 5
 T: Terus menerus
 - TD: 170/100 mmHg
 - N: 92 x/ menit

DS : Efek prosedur infasi Resiko infeksi

- Tidak terkaji, klien terpasang trakeostomi

DO :

- KU lemah
- Terdapat luka Post op terpanasi + trakeostomi
- Klien mengalami penurunan kesadaran
- Klien tampak gelisah
- TD: 170/100 mmHg
- N: 92 x/menit
- RR: 30 x/menit
- S: 37° C
- GCS: 4x5

Sumber : Data Primer, 2024

3.1.4 Diagnosis Keperawatan

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d adanya jalan nafas buatan

3.1.5 Rencana Tindakan Keperawatan

Tabel 4. 8 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
1.	Bersihan jalan nafas tidak efektif	Bersihan jalan nafas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam di harapkan bersihan jalan nafas dapat meningkat dengan kriteria hasil : 1. Batuk efektif cukup meningkat (4) 2. Produksi sputum cukup menurun (4) 3. Wheezing cukup menurun (4) 4. Dispnea cukup menurun (4) 5. Sulit berbicara cukup menurun (4) 6. Gelisah cukup menurun (4) 7. Frekuensi nafas cukup	Menejemen jalan nafas (1.01011) Observasi 1. Monitor pola nafas (frekuensi, kedalaman,usaha nafas) 2. Monitor bunyi nafas tambahan (mis.grugling,mengi,weezhing,ronkhi,) 3. Monitor sputum (jumlah,aroma,wama) Terapeutik 4. Pertahankan kepatenan jalan nafas 5. Posisikan semi-fowler atau fowler 6. Berikan minum hangat 7. Lakukan fisioterapi dada 8. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 9. Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan

No	Diagnosa	SLKI	SIKI
		membaik (4)	10. Berikan oksigen
8.	Pola nafas	cukup	Edukasi
	membaik (4)		11. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari
			12. Ajarkan batuk efektif
			Kolaborasi
			13. Kolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspektoran,

Sumber : SDKI,SLKI,SIKI



3.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.9 Implementasi Keperawatan

No	Hari / tanggal	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil	Paraf
1.	Selasa 13/2/ 2024	09.00	1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)	1. frekuensi nafas:	 Amilia
		09.05	2. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis. grugling, mengi, weezhing, ronkhi,)	30x/menit 2. terdapat ronchi	
		09.10	3. Memonitor sputum (jumlah, aroma, warna)	3. terdapat sputum	
		09.20	4. Melakukan fisioterapi dada	purulen	
		09.30	5. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik		
		09.50	6. Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan		
		10.00	7. Memberikan oksigen		
		10.10	8. Berkolaborasi pemberian bronkodilator, mukolitik, ekspektoran,	7. terpasang O2 Mask 8 lpm via trakeostomi	
2.	Rabu 14/2/ 024	09.00	1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)	1. frekuensi nafas:	 Amilia
		09.05	2. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis. grugling, mengi, weezhing, ronkhi,)	26x/menit 2. terdapat ronchi	
		09.20	3. Memonitor sputum (jumlah, aroma, warna)	3. terdapat sputum	
		09.30	4. Melakukan fisioterapi dada	purulen	
		09.50	5. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik		
		10.00	6. Melakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan		
3.	Kamis 15/2/ 024	09.00	1. Memonitor pola nafas (frekuensi, kedalaman, usaha nafas)	1. frekuensi nafas:	 Amilia
		09.05	2. Memonitor bunyi nafas tambahan (mis. grugling, mengi, weezhing, ronkhi,)	30x/menit 2. terdapat ronchi	
		09.10	3. Memonitor sputum (jumlah, aroma, warna)	3. terdapat sputum	
		09.20	4. Melakukan fisioterapi dada	purulen	
		09.30	5. Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik		
		10.00	6. Melakukan hiperoksigenasi		

No	Hari / tanggal	Jam	Tindakan keperawatan	Hasil	Paraf
1			sebelum penghisapan		

Sumber : Data Primer, 2024

3.1.7 Evaluasi

Tabel 4.10 Evaluasi

No	Hari / tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Selasa 13/2/2024	14.00	<p>S: Tidak terkaji, klien terpasang <i>trakeostomi</i></p> <p>O: KU lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih terpasang 02 Mask via trakeostomi 8 lpm - Masih Terdapat spuntum purulen - Masih terdapat ronchi - TD: 160/90 mmHg - N: 94 x/ menit - RR: 26 x/menit - S: 37,2° C - GCS: 4x5 <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5,6)</p>	 Amilia
2.	Rabu 14/2/2024	14.00	<p>S : Tidak terkaji,klien terpasang <i>trakeostomi</i></p> <p>O : klien masih tampak kesusahan bernafas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien masih terpasang 02 Mask via trakeostomi 6 lpm - Masih Terdapat spuntum purulen - Masih terdapat ronchi - TD: 150/90 mmHg - N: 96 x/ menit - RR: 24 x/menit - S: 37,5° C <p>GCS: 4x5</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1,2,3,4,5,6)</p>	 Amilia

No	Hari / tanggal	Jam	Evaluasi	Paraf
3.	Kamis 15/2/2024	14.00	<p>S: Tidak terkaji, klien terpasang <i>trakeostomi</i></p> <p>O: Klien masih terpasang 02 Mask via trakeostomi 4 lpm</p> <ul style="list-style-type: none"> - spuntum purulen sedikit berkurang - Terdapat ronchi - TD: 140/98 mmHg - N: 98 x/ menit - RR: 23x/menit - S: 37° C <p>GCS: 4x5</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi, klien pindah ruangan</p>	 Amilia

Sumber : Data Primer, 2024

3.2 Pembahasan

3.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian pada klien CVA ICH *Post Operasi Terpanasi + Trakeostomi* klien tidak dapat terkaji karena terpasang *Trakeostomi*, dari hasil pemeriksaan klien tampak kesusahan bernafas, terdapat nafas cuping hidung, dan terdapat spuntum purulen.

Menurut Hammad (2020) terpasangnya *Trakeostomi* dapat mengakibatkan klien kehilangan kemampuan untuk batuk dan menelan, sehingga secret atau lendir pada saluran nafas bisa menumpuk dan mengganggu jalannya nafas atau obstruksi jalan nafas, maka dari itu harus mendapatkan penanganan seperti di lakukan Tindakan suction untuk mengeluarkan secret/ lendir.

Menurut peneliti terdapat adanya kesesuaian dari hasil pengkajian / fakta dengan teori bahwa klien mengalami kehilangan kemampuan untuk batuk dan

menelan, kesusahan bernafas, obstruksi jalan nafas, dan terdapat sputum purulen yang mana itu salah satu efek terpasangnya *trakeostomi* pada penderita CVA ICH.

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan prioritas yang muncul pada klien dengan diagnosa medis CV ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* yaitu bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan nafas buatan. Diagnosa keperawatan tersebut di tegakan berdasarkan hasil pengkajian dan keluhan klien.

Menurut Yuniar (2020) Bersihan jalan nafas tidak efektif menjadi salah satu Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada klien CVA ICH *Post operasi Trepanasi + Trakeostomi* berhubungan dengan adanya jalan nafas buatan. Diagnosa Keperawatan bersihan jalan nafas harus memperhatikan gejala dan tanda mayor yaitu gejala subjektif seperti : Dispnea, Sulit berbicara, Ortopnea dan gejala objektif seperti : Batuk tidak efektif, Tidak mampu batuk, Sputum berlebih, mengi, wezzing, ronchi kering, mekonium di jalan nafas, gelisah, sianosis, frekuensi nafas menurun, pola nafas berubah (SDKI, 2018)

Menurut peneliti terdapat kesesuaian dalam menegakkan diagnosa keperawatan pada klien CVA ICH *post operasi trepanasi + trakeostomi* dengan teori yang ada. *Post operasi Trepanasi + Trakeostomi* dapat mengakibatkan penurunan reflek menelan dan batuk tidak efektif hal tersebut dapat terjadi penumpukan secret pada jalan nafas, sehingga kondisi ini dapat memunculkan diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif. Penegakan diagnosa menurut peneliti sudah sesuai dengan teori dan kondisi klien yaitu terdapat tanda dan gejala mayor seperti : klien sulit berbicara, batuk tidak efektif, tidak mampu batuk, sputum berlebih, terdapat ronchi, pola nafas berubah, bunyi nafas menurun, frekuensi nafas berubah.

3.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yang di berikan kepada klien CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul yaitu : Menejemen jalan nafas.

Intervensi yang dapat diberikan pada klien CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* dengan masalah keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu menenjem jalan nafas : monitor pola nafas , monitor bunyi nafas tambahan, monitor spuntum, pertahankan kepatenan jalan nafas, posisikan semi-fowler/fowler, berikan minuman hangat, lakukan fisioterapi dada, lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan, berikan oksigen, anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, ajarkan batuk efektif, kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik (SIKI,2018).

Menurut peneliti berdasarkan fakta di atas intervensi keperawatan yang di buat untuk di implementasikan kepada klien sudah sesuai dengan teori serta diagnosa keperawatan yang muncul yaitu Bersihan jalan nafas tidak efektif. Dengan pemberian Menejemen jalan nafas untuk membebaskan jalan nafas.

3.2.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang di berikan kepada klien sudah sesuai dengan intervensi yang di buat, namun tidak semua Tindakan yang direncanakan dapat lakukan, hanya beberapa tindakan yang dapat diberikan yaitu : Memonitor pola nafas, Memonitor bunyi nafas tambahan, Memonitor sputum, Melakukan fisioterapi dada, Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik, Melakukan hiperoksigenasi sebelum melakukan penghisapan, Memberikan oksigen, Berkolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik. Tindakan yang

tidak dapat dilakukan yaitu: Menganjurkan asupan cairan 2000 ml/hari Dan Mengajarkan batuk efektif dikarenakan Klien mengalami penurunan kesadaran.

Menurut (Ashina *et al.*, 2019), mengimplementasikan berbagai strategi keperawatan merupakan langkah keempat dari proses keperawatan. Ada dua jenis implementasi rencana tindakan: tindakan mandiri oleh perawat dan tindakan bersama dengan profesional kesehatan terkait. Rencana Tindakan keperawatan tidak harus di Implementasikan, Tindakan yang di implementasikan dapat di sesuaikan dengan kondisi pasien (vira puslita, 2020).

Menurut pendapat peneliti berdasarkan fakta dan teori tidak terdapat kesenjangan. Penatalaksanaan Tindakan keperawatan sudah sesuai dengan rencana Tindakan keperawatn yang telah disusun, namun tidak semua rencana Tindakan keperawatan dapat dilakukan, Tindakan keperawatan yang di lakukan dapat di sesuaikan dengan kondisi pasien serta adanya keterbatasan peneliti untuk melakukan.

3.2.5 Evaluasi

Berdasarkan pengkajian, hasil tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dilaksanakan selama 3 hari berurutan untuk diagnosa keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan adanya jalan nafas buatan Diperoleh Evaluasi Keperawatan yang di sesuaikan dengan kriteria hasil Berdasarkan SLKI yaitu: batuk efektif cukup menurun (2), produksi spuntum cukup menurun (4), ronchi cukup menurun (4), dispnea cukup menuurn (4), sulut berbicara cukup meningkat (2), gelisah cukup meningkat (2), frekuensi nafas cukup membaik (4), pola nafas sedang (3).

Menurut Thomas W. (2019), evaluasi adalah tindakan terakhir dalam metode keperawatan untuk menentukan apakah hasil intervensi keperawatan telah berhasil. Saat melakukan evaluasi, perawat harus memiliki pengetahuan dan kemampuan memahami respons terhadap intervensi keperawatan, kemampuan menarik kesimpulan tentang tujuan yang dicapai, dan kemampuan menghubungkan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil yang diharapkan

Menurut pendapat peneliti pada catatan perkembangan evaluasi keperawatan selama 3x24 jam dengan metode SOAP, pada studi kasus Tn.S yang dilakukan pada tanggal 13- 15 februari 2024 yang terdiri dari subyektif, obyektif, Analisa dan planning untuk mengatasi masalah keperawatn Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif. Pada hari pertama pasien belum memenuhi kriteria hasil. Hal ini dikarenakan keluhan dan tanda gejala pasien belum mengalami perubahan atau masalah belum teratasi, klien masih terpasang 02 mask via *trakeostomi* 8 lpm, masih terdapat sputum purulen, masih terdengar wezzing, RR : 26x/menit. Di hari ke 2 dan 3 klien mengalami perubahan, klien masih terpasang 02 mask via Trakeostomi 4 lpm, sputum purulen sedikit berkurang, masih terdengar wezzing, RR : 23x/menit. Terdapat kemajuan pada klien di hari ke 3 berarti analisis masalah keperawatan tersebut teratasi Sebagian.

Evaluasi Keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post* Operasi *Trepanasi + Trakeostomi* diperoleh hasil dalam waktu tiga hari Diagnosa Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif tidak dapat teratasi sesuai indikator yang disesuaikan dengan kriteria hasil Berdasarkan SLKI yaitu: batuk efektif cukup menurun (2), produksi sputum cukup menurun (4), cukup ronchi menurun (4), dispnea cukup menurun (4), sputum berbau cukup meningkat (2),

gelisah cukup meningkat (2), frekuensi nafas cukup membaik (4), pola nafas sedang (3).



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

1. Pengkajian pada klien Tn.S dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* diperoleh klien tidak terkaji, klien terpasang *Trakeostomi*. Hasil pemeriksaan pada Breathing (B1) : Frekuensi nafas : 30x/menit, terpasang O2 mask via *trakeostomi* 8 lpm, terdapat ronchi, terdapat spuntum purulen, dan terdapat pernafasan cuping hidung.
2. Diagnosa Keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* yaitu Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Berhubungan dengan Adanya Jalan Nafas Buatan.
3. Intervensi Keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* disesuaikan dengan SIKI yaitu menejemen jalan nafas dengan Tindakan penghisapan / *suction*.
4. Implementasi Keperawatan yang di terapkan pada klien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* sudah sesuai dengan intervensi keperawatan yang di buat namun tidak semua Tindakan dapat di lakukan, Tindakan yang di lakukan di sesuaikan dengan kondisi klien.
5. Evaluasi Keperawatan pada klien dengan diagnosa medis CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi* diperoleh hasil dalam waktu tiga hari Diagnosa Keperawatan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif tidak dapat teratasi sesuai indikator yang di sesuaikan dengan kriteria hasil Berdasarkan SLKI yaitu: batuk efektif cukup menurun (2), produksi spuntum cukup menurun (4), ronchi cukup menurun (4), dispnea cukup menuurn (4), sulut

berbicara cukup meningkat (2), gelisah cukup meningkat (2), frekuensi nafas cukup membaik (4), pola nafas sedang (3).

5.2 Saran

6. Bagi klien dan keluarga

Klien dan keluarga diharapkan mampu memahami cara merawat serta pengobatan terhadap klien yang bertujuan agar lebih cepat saat proses penyembuhan dan klien bersedia meminum obat secara rutin sesuai anjuran yang sudah diberikan oleh dokter.

7. Bagi perawat

Bagi perawat diharapkan saat proses pemberian asuhan keperawatan pada klien pelayanan yang optimal dapat diberikan khususnya pada klien CVA ICH *Post Operasi Trepanasi + Trakeostomi*.

8. Bagi peneliti selanjutnya

Studi kasus ini bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat digunakan sebagai bahan referensi serta dapat di kembangkan dengan mengangkat Masalah Keperawatan lebih banyak lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Asution, F. A., & Arif, M. S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Ny.R Dengan Diagnosa Medis Intra Cerebral Hemorrhage (ICH) Post Op Craniotomi Hari ke 27 di Ruang ICU IGD RSPAL Dr. Ramelan Surabaya Serta. *Electoral Governance Jurnal Tata Kelola Pemilu Indonesia*, 12(2), 6. <https://talenta.usu.ac.id/politeia/article/view/3955>
- Aydoğmuş, Ü. (2020). Trakeostomi. *Tracheal Book*, 30–41. <https://doi.org/10.4328/derman.4018>
- Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan. (n.d.). Retrieved May 28, 2024, from <https://yankes.kemkes.go.id/read/1834/rs-adam-malik-mulai-operasional-kamar-operasi-mot-didukung-teknologi-canggih>
- Hammad, R. (2020). *perubahan kadar saturasi oksigen pada pasien dewasa yang di lakukan tindakan suction ETT*.
- Laporan Tahunan WSO tahun 2021 | Organisasi Stroke Dunia. (n.d.). Retrieved May 28, 2024, from <https://www.world-stroke.org/news-and-blog/news/wso-annual-report-for-2021>
- Nasir, et, A. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Tn. T Dengan Diagnosa Medis Cva Bleeding, Ich, Ivh Dan Hipertensi Post Ops Craniotomy Hari Ke-8 Di Ruang Icu Igd 1 Rspal Dr. Ramelan Surabaya Oleh. 9, 356–363.
- Nasution, S. A. S. (2020). Metode Pengkajian serta Pengumpulan Data dalam Keperawatan. *Metode Pengkajian Serta Pengumpulan Data Dalam Keperawatan*. <https://osf.io/preprints/n47hc/%0Ahttps://osf.io/n47hc/download>
- Nurhidayah, S. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Ny.R Dengan Diagnosa Medis Intra Cerebral Hemorrhage (Ich) Post Op Craniotomi. *Sell Journal*, 5(1), 55.
- Nuzulia, A. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Ny. R Dengan Diagnosa Medis Intra Cerebral Hemorrhage (Ich) Post Op Vp Shunt + Trakeostomi Hari Ke 32 Di Ruang Icu Igd 1 Rspal Dr. Ramelan Surabaya. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 5–24.
- Puspitasari, D., & Oktariani, M. (2020). Asuhan Keperawatan Pasien Stroke dalam Pemenuhan Kebutuhan Oksigenasi. *Jurnal Universitas Kusuma Husada Surakarta*, 21(1), 1–9. <http://journal.um-surabaya.ac.id/index.php/JKM/article/view/2203>
- Rahmawati, Y. D. (2021). Asuhan Keperawatan Gangguan Mobilitas Fisik Pada Pasien Stroke Hemoragik Di Desa Jatimulyo Kecamatan Kuwarasan Kabupaten Kebumen. 3(2), 6.
- Richter, L. E., Carlos, A., & Beber, D. M. (2021). *Modul Pembelajaran BLS*.
- Sabri, Nasution, F. A., & Mokhammad Samsul Arif. (2020). Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Stroke Non Hemoragik Yang Di Rawat Di Rumah Sakit. In *Electoral Governance Jurnal Tata Kelola Pemilu Indonesia* (Vol. 12, Issue 2). <https://talenta.usu.ac.id/politeia/article/view/3955>
- Saputra, A., Sari, M., Elly, N., & Sari, N. P. (2022). Pemberian Terapi Rom Pada Pasien Stroke Di Wilayah Kerja Puskesmas Muara Bangkahulu Kota Bengkulu Tahun 2022. *Jurnal Ilmu Kesehatan Mandira Cendikia*, 1(5), 1–5. <https://journal-mandiracendikia.com/jik-mc>
- Setiawan et al. (2021). Diagnosis Dan Tatalaksana Stroke Hemoragik. *Jurnal Medika Utama*, 02(01), 402–406.
- Setyarini, E. (2020). Scoping Review: Angka Kejadian Stroke Infark pada Pasien dengan DM Tipe 2: Kajian Pustaka. *Adi Husada Nursing Journal*, 3(2), 55. <https://doi.org/10.29313/bcsms.v2i1.2199>
- vira puslita. (2020). *Manajemen Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan Pada Ny "S" Dengan Tindakan Craniotomy Et Causa Hemoragic Stroke (Ich)*. https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/01/2019.01.23_PLAN-NACIONAL-DE-CANCER_web.pdf
- Yuniar, S. &. (2020). *Analisis asuhan keperawatan pada pasien post operasi craniotomi*

dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifan bersihan jalan nafas di ruang ICU.



ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEREBRO VASCULAR ACCIDENT INTRA CEREBRAL HEMORRHAGE (CVA ICH) POST OPERASI TREPANASI + TRAKEOSTOMI (Di Ruang ICU Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

15%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

3%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repository.itskesicme.ac.id Internet Source	9%
2	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	4%
3	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
4	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	<1%
5	pdfcoffee.com Internet Source	<1%
6	Submitted to GIFT University Student Paper	<1%
7	nizaraharja1.blogspot.com Internet Source	<1%

8

Internet Source

<1 %

9

jurnal.stikeskesosi.ac.id

Internet Source

<1 %

10

apoteksejati24.blogspot.com

Internet Source

<1 %

11

repository.stikeshangtuahsby-library.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEREBRO VASCULAR ACCIDENT INTRA CEREBRAL HEMORRHAGE (CVA ICH) POST OPERASI TREPANASI + TRAKEOSTOMI (Di Ruang ICU Sentral Rumah Sakit Umum Daerah Jombang)

GRADEMARK REPORT

FINAL GRADE

GENERAL COMMENTS

/0

PAGE 1

PAGE 2

PAGE 3

PAGE 4

PAGE 5

PAGE 6

PAGE 7

PAGE 8

PAGE 9

PAGE 10

PAGE 11

PAGE 12

PAGE 13

PAGE 14

PAGE 15

PAGE 16

PAGE 17

PAGE 18

PAGE 19

PAGE 20

PAGE 21

PAGE 22

PAGE 23

PAGE 24

PAGE 25

PAGE 26

PAGE 27

PAGE 28

PAGE 29

PAGE 30

PAGE 31

PAGE 32

PAGE 33

PAGE 34

PAGE 35

PAGE 36

PAGE 37

PAGE 38

PAGE 39

PAGE 40

PAGE 41

PAGE 42

PAGE 43

PAGE 44

PAGE 45

PAGE 46

PAGE 47

PAGE 48

PAGE 49
