

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA
KEPALA RINGAN DENGAN INTERVENSI PENGATURAN POSISI
HEAD UP 30° TERHADAP TINGKAT KESADARAN DI RUANG
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BIAK TAHUN 2021**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat memperoleh gelar Ners



Oleh:

N A M A : SHERLY DINI FEBRINAWATI SEMBIRING M, S.ST
N I M : PO 71 20 9 20 045
PEMINATAN : KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES JAYAPURA
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM PROFESI NERS
TAHUN 2021**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Karya Ilmiah Akhir Ners ini merupakan hasil karya saya sendiri, disusun berdasarkan pedoman tata cara penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura Jurusan Keperawatan Program Studi Profesi Ners Tahun 2021. Semua sumber baik yang dikutip maupun yang dirujuk telah saya nyatakan dengan benar. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila di kemudian hari terdapat pernyataan yang tidak benar, saya bersedia dituntut dan menerima segala tindakan atau sanksi sesuai ketentuan hukum dan perundang-undangan yang berlaku.

Biak, 05 Agustus 2021

Pembuat Pernyataan

SHERLY DINI FEBRINAWATI SEMBIRING M, S.ST

N I M: PO 71 20 9 20 045

HALAMAN PERSETUJUAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Karya Ilmiah Akhir Ners yang berjudul:

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN INTERVENSI PENGATURAN POSISI HEAD UP 30° TERHADAP TINGKAT KESADARAN DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BIAK TAHUN 2021

Dipersiapkan dan disusun oleh:

N A M A : SHERLY DINI FEBRINAWATI SEMBIRING M, S.ST

N I M : PO 71 20 9 20 045

Telah disetujui sebagai Karya Ilmiah Akhir Ners dan dinyatakan

Telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing

Frengky Apay, Skep Ns, MKep

NIP: 19780913 200212 1 003

HALAMAN PENGESAHAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA
KEPALA RINGAN DENGAN INTERVENSI PENGATURAN POSISI
HEAD UP 30° TERHADAP TINGKAT KESADARAN DI RUANG
INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD BIAK TAHUN 2021**

Diajukan oleh:

N A M A : SHERLY DINI FEBRINAWATI SEMBIRING M, S.ST

N I M : PO 71 20 9 20 045

Telah diseminarkan dan diujikan pada tanggal.....2021 dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Tim Penguji

Nama :

NIP :

Mengetahui,

Ketua Program Studi Profesi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura

Blestina Maryorita, S.Kep.,Ns., MSN., M.Si

NIP: 19670520 198601 2 001

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

Motto:

“Soli Deo Gloria”

Segala Kemuliaan Hanya Bagi Allah

“ Hati orang berpengertian memperoleh pengetahuan, dan telinga orang bijak menuntut pengetahuan (Amsal 18:15)”

Persembahan:

Karya Ilmiah Akhir Ners ini, penulis persembahkan kepada :

1. Tuhanku Yesus terima kasih karena senantiasa memelihara kehidupanku sehingga dimampukan menyelesaikan pendidikan profesi ners ini, terima kasih Tuhan karna selalu mendengar setiap mimpi,harapan,doa dan Tuhan menjadikannya Nyata.
2. Suami dan kedua anakku kesya dan menda tersayang terima kasih untuk dukungan dan cinta kalian untuk mama
3. Teman-teman seperjuangan Ners Angkatan II secara khusus kelas Biak yang selalu kece terima kasih atas kebersamaan selama pendidikan ini.
4. Almamaterku tercinta Poltekkes Kemenkes Jayapura Program Studi Profesi Ners

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasihdan sayang-Nya kepada kita, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners (KIAN) Analisis Praktek Klinik Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Dengan Intervensi Pengaturan Posisi Head UP 30° Terhadap Tingkat Kesadaran di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Biak Tahun 2021.

Tujuan dari penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini selain untuk melengkapi tugas pada akhir Stase Tahap pendidikan Profesi, juga merupakan sebagai salah satu syarat mahasiswa untuk dapat menyelesaikan Program Studi Ners Poltekkes Kemenkes Jayapura. Di dalam pengerjaan maupun penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini telah melibatkan banyak pihak yang membantu dalam banyak hal. Oleh sebab itu, di sini penulis sampaikan rasa terima kasih sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Dr. Arwam Hermanus M.Z , S.E., M.Kes., D.Min selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Jayapura
2. Ibu Dr. Nouvy Helda Waroi, S.Kep.,Ns., MPH selaku Ketua Jurusan Keperawatan
3. Ibu Blestina Maryorita, S.Kep., Ns., MSN., M.Si selaku Ketua Program Studi Ners yang telah banyak membantu, memfasilitasi maupun mengerahkan segala pikiran untuk mengarahkan kami selama praktik klinik pada Tahap pendidikan Profesi hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini.
4. Bapak Frengky Apay, Skep Ns, MKep selaku dosen pembimbing yang telah banyak membantu maupun membimbing kami selama penyusunan hingga terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini.
5. Semua pihak yang telah banyak membantu dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini sepenuhnya masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna. Sehingga saran dan kritik pembaca yang dimaksud untuk mewujudkan kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini penulis sangat hargai. Semoga Karya Tulis Ilmiah Akhir Ners ini dapat bermanfaat bagi Ilmu Keperawatan.

Biak, 05 Agustus 2021

Penulis

SHERLY DINI FEBRINAWATI SEMBIRING M, S.ST

N I M : PO 71 20 9 20 045

SHERLY DINI FEBRINAWATI SEMBIRING M

ANALISIS PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN INTERVENSI PENGATURAN POSISI HEAD UP 30° TERHADAP TINGKAT KESADARAN DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BIAK TAHUN 2021

ABSTRAK

Latar Belakang: Cedera kepala adalah serangkaian kejadian patofisiologik yang terjadi setelah trauma kepala, yang dapat melibatkan setiap komponen yang ada, mulai dari kulit kepala, tulang, dan jaringan otak atau kombinasinya. Merupakan penyebab kematian dan kecacatan pada usia muda, melibatkan kelompok usia produktif yaitu antara 15-44 dan lebih didominasi oleh kaum laki-laki dibandingkan dengan kaum perempuan. Cedera kepala ringan dengan nilai GCS 14-15 merupakan salah satu klasifikasi dari cedera kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya kerusakan pada fungsi persarafan serta penurunan kesadaran tanpa menimbulkan kerusakan pada organ lainnya. Posisi Head UP 30° merupakan salah satu intervensi perawat yang dapat dilakukan melakukan untuk menurunkan tekanan intra kranial (TIK) pada kasus cedera kepala. **Tujuan:** Melakukan analisis terhadap kasus kelolaan pada pasien cedera kepala ringan dengan intervensi pengaturan posisi head up 30° terhadap tingkat kesadaran di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Biak. **Hasil:** Dalam pemberian intervensi selama 2x pertemuan, tingkat kesadaran GCS terpantau tetap dalam batas normal GCS 15 dan tidak ada gejala peningkatan TIK. **Kesimpulan:** dari inovasi tindakan keperawatan sangat efektif untuk mempertahankan tingkat kesadaran pada klien cedera kepala ringan.

Kata Kunci: Cedera Kepala Ringan, Posisi Head 30°, Tingkat Kesadaran

SHERLY DINI FEBRINAWATI SEMBIRING M

ANALYSIS OF NURSING CLINIC PRACTICES IN MIGHT HEAD INJURY PATIENTS WITH HEAD UP 30 POSITION CONTROL INTERVENTION ON AWARENESS LEVEL IN THE EMERGENCY INSTALLATION ROOM OF BIAK REGIONAL GENERAL HOSPITAL IN 2021

ABSTRACT

Background: Head injury is a series of pathophysiological events that occur after head trauma, which can involve any existing components, starting from the scalp, bones, and brain tissue or a combination thereof. It is the cause of death and disability at a young age, involving the productive age group, namely between 15-44 and more dominated by men than women. Minor head injury with a GCS value of 14-15 is one of the classifications of head injuries that can cause damage to nerve function and decrease consciousness without causing damage to other organs. The Head UP 30° position is one of the nurse's interventions that can be done to reduce intracranial pressure (ICP) in cases of head injury. **Objective:** To analyze managed cases in patients with mild head injuries with the intervention of setting the head up position 30° to the level of consciousness in the Emergency Room of Biak Hospital. **Results:** In giving the intervention for 2x meetings, the level of awareness of GCS was observed to remain within normal limits of GCS 15 and there were no symptoms of an increase in ICP. **Conclusion:** nursing action innovation is very effective to maintain the level of awareness in clients with mild head injury.

Keywords: Minor Head Injury, Head Position 30°, Level of Awareness

DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Pernyataan Orisinalitas	I
Halaman Persetujuan KIAN	ii
Halaman Pengesahan KIAN	iii
Motto dan Persembahan	iv
Kata Pengantar	v
Abstrak	vi
Abstract	vii
Daftar Isi	viii
BAB I Pendahuluan	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penulisan	3
1.3 Manfaat Penelitian	3
BAB II Tinjauan Pustaka	
2.1 Konsep Dasar Medis Cedera Kepala Ringan	
1) Pengertian	5
2) Etiologi	5
3) Tingkat Keparahan Cedera Kepala	6
4) Manifestasi Klinis	6
5) Patofisiologi	7
6) Pathway	8
7) Penatalaksanaan	9
2.2 Konsep Posisi Head Up 30 °	
1) Pengertian	9
2) Tujuan	10
3) Indikasi	10
4) Kontra Indikasi	10
5) Prosedur Kerja	10
2.3 Glasgow Coma Scale	10

2.4 Konsep Dasar Askep Cedera Kepala	
1) Pengkajian	12
2) Diagnosa dan Intervensi Keperawatan	14
3) Implementasi	16
4) Evaluasi	16
2.5 Kerangka Konsep	17
BAB III Tinjauan Kasus	
3.1 Pengkajian	18
3.2 Klasifikasi Data	29
3.3 Analisa Data	30
3.4 Rencana Asuhan Keperawatan	32
3.5 Catatan Perkembangan	39
BAB IV Analisis Situasi Masalah	
4.1 Analisa Kasus Terkait Teori dan Kasus	42
Sesuai Dengan Kelolaan	
4.2 Analisa Based Evidence Practies	44
4.3 Alternatif Pemecahan Masalah	45
BAB V Penutup	
5.1 Kesimpulan	47
5.2 Saran	47
DAFTAR PUSTAKA	49
Lampiran	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Brain Injury Association of America, cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar, yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran dan dapat menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik (Langlois, 2006).

Cedera kepala atau trauma kapitis adalah suatu ruda paksa (trauma) yang menimpa struktur kepala sehingga dapat menimbulkan kelainan struktural dan atau gangguan fungsional jaringan otak (Sastrodiningrat, 2009). Cedera kepala merupakan penyebab kematian dan kecacatan pada usia muda. Kasus cedera kepala melibatkan kelompok usia produktif yaitu antara 15-44 tahun (dengan usia rata-rata sekitar tiga puluh tahun) dan lebih didominasi oleh kaum laki-laki dibandingkan dengan kaum perempuan.

Di Amerika Serikat, hampir 10% kematian disebabkan karena trauma, dan setengah dari total kematian akibat trauma berhubungan dengan otak. Kasus cedera kepala terjadi setiap 7 detik dan kematian akibat cedera kepala terjadi setiap 5 menit. Penyebab cedera kepala di Indonesia mayoritas karena kecelakaan lalu lintas yang dapat dilaporkan kecenderungannya dari tahun 2007 dengan 2013 hanya untuk transportasi darat, tampak ada kenaikan cukup tinggi yaitu dari 25,9 persen menjadi 47,7 persen (RISKESDAS, 2013). Kasus cedera kepala juga merupakan salah satu ancaman yang serius, hal ini dapat ditunjukkan dari data yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2007 bahwa cedera kepala menduduki urutan kedua penyakit terbanyak penderita rawat inap di Rumah Sakit di Indonesia yang menyebabkan kematian dengan case fatality rate (CFR) 4,37% (Depkes RI, 2007). Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar tahun 2013, angka kejadian cedera kepala di Indonesia mencapai 8.2% dari populasi dan meningkat pada tahun 2018 menjadi 11.9% (Riskesdas, 2018). Proporsi cedera kepala berdasarkan provinsi, Papua menduduki posisi kedua setelah Gorontalo dengan persentase 15,6 (Riskesdas, 2018). Sedangkan kasus cedera kepala di RSUD Biak Numfor masuk dalam 10 besar kasus data kesakitan pasien rawat inap, dimana

berdasarkan data tahun 2018 sampai dengan tahun 2020 total kasus cedera kepala ada 208 kasus. Dengan pembagian cedera kepala ringan merupakan kasus terbanyak dengan total 138 kasus, lalu cedera kepala sedang 48 kasus dan cedera kepala berat 22 kasus.

Terlepas dari mekanisme cedera kepala, pasien diklasifikasikan secara klinis sesuai dengan tingkat kesadaran dan distribusi anatomi luka. Kondisi klinis dan tingkat kesadaran setelah cedera kepala dinilai menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), merupakan skala universal untuk mengelompokkan cedera kepala dan faktor patologis yang menyebabkan penurunan kesadaran.

Pengelolaan cedera kepala yang baik harus melakukan ketepatan waktu tanggap penanganan kasus cedera kepala. Peran perawat sebagai care giver dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan dan melakukan tindakan keperawatan baik secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tenaga medis lain dalam melakukan penanganan kasus cedera kepala. Hal ini sesuai dengan teori Susanto (2012) peran perawat sebagai care giver atau pemberi asuhan keperawatan yaitu perawat memberikan asuhan keperawatan professional kepada pasien meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi hingga evaluasi. Pengelolaan cedera kepala yang baik dimulai dari tempat kejadian, selama transportasi, di instalasi gawat darurat, hingga dilakukannya terapi definitif.

Tindakan mandiri perawat dalam penanganan kasus cedera kepala salah satunya adalah pengaturan posisi head up 30° dimana dapat meningkatkan perfusi serebral sehingga tingkat kesadaran dalam hal ini penilaian dengan skala GCS tetap dalam batas normal. Pengelolaan yang benar dan tepat akan mempengaruhi outcome pasien. Tujuan utama pengelolaan cedera kepala adalah mengoptimalkan pemulihan dari cedera kepala primer dan mencegah cedera kepala sekunder.

Berdasarkan dari hasil studi pendahuluan, peneliti ingin melakukan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan dengan intervensi pengaturan posisi head up 30° terhadap tingkat kesadaran di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Biak.

1.2 Tujuan Penulisan

1) Tujuan Umum

Penulisan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini bertujuan untuk melakukan Analisis terhadap kasus kelolaan pada pasien cedera kepala ringan dengan intervensi pengaturan posisi head up 30° terhadap tingkat kesadaran di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Biak.

2) Tujuan Khusus

- a. Menganalisis kasus kelolaan pada pasien cedera kepala ringan di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Biak
- b. Menganalisis intervensi pengaturan posisi head up 30° terhadap tingkat kesadaran di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Biak
- c. Mengetahui tingkat kesadaran sebelum dan setelah dilakukan pengaturan posisi head up 30° pada pasien cedera kepala ringan.

1.3 Manfaat Penelitian

1) Manfaat Keilmuan

a. Bagi Penulis

Memperkuat dukungan dalam menerapkan intervensi pengaturan posisi head up 30° bagi keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan, pengetahuan, dan pengalaman baru bagi perawat ners dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan.

b. Bagi Rumah Sakit

Memberikan rujukan bagi bidang diklat keperawatan dalam mengembangkan kebijakan terkait dengan perkembangan kompetensi perawat .

c. Bagi Institusi Pendidikan

Memberikan rujukan bagi institusi pendidikan dalam melaksanakan proses pembelajaran mengenai asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan yang disertai dengan pelaksanaan pengaturan posisi head up 30° berdasarkan hasil riset-riset terkait.

d. Bagi Penulis Selanjutnya

Sebagai bahan informasi dan referensi untuk mengembangkan penulisan lebih lanjut mengenai intervensi pengaturan posisi head up 30° pada pasien cedera

kepala ringan.

2) Manfaat Aplikatif

a. Bagi Pasien

Meningkatkan pengetahuan pasien cedera kepala ringan tentang pengaturan posisi head up 30° sehingga pasien dapat mengaplikasikan secara mandiri baik selama dirawat di rumah sakit ataupun ketika berada di rumah.

b. Bagi Perawat

Meningkatkan pengetahuan dan pengalaman perawat dalam pelaksanaan pemberian intervensi pengaturan posisi head up 30° terhadap tingkat kesadaran sebagai intervensi keperawatan mandiri pada pasien cedera kepala ringan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Medis Cedera Kepala Ringan

1) Pengertian

Menurut Brain Injury Assosiation of America (2006), cedera kepala merupakan kerusakan yang disebabkan oleh serangan ataupun benturan fisik dari luar, yang dapat mengubah kesadaran dan dapat menimbulkan kerusakan fungsi kognitif maupun fungsi fisik. Menurut Price dan Wilson, (2012) cedera kepala adalah serangkaian kejadian patofisiologik yang terjadi setelah trauma kepala, yang dapat melibatkan setiap komponen, mulai dari kulit kepala, tulang dan jaringan otak atau kombinasinya.

Cedera kepala ringan merupakan salah satu klasifikasi dari cedera kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya kerusakan pada fungsi persarafan serta penurunan kesadaran tanpa menimbulkan kerusakan pada organ lainnya. Cedera kepala ringan dapat disebabkan karena adanya trauma pada kepala dengan nilai GCS 14-15, tidak terdapat penurunan kesadaran, biasanya terdapat keluhan pusing dan nyeri akut, serta lecet atau luka pada kepala maupun terjadi perdarahan di otak (Muttaqin, A, 2008).

2) Etiologi

Menurut Hyder, dkk (2007), penyebab cedera kepala yang paling sering dialami di seluruh dunia adalah akibat kecelakaan lalu lintas. Sekitar 60% dari kasus cedera kepala merupakan akibat dari kelalaian dalam berlalu lintas, 20 - 30% kasus disebabkan oleh jatuh, 10% disebabkan oleh kekerasan, dan sisanya disebabkan oleh perlukaan yang terjadi di rumah maupun di tempat kerja.

Cedera kepala dapat disebabkan oleh dua faktor, yaitu :

- a. Trauma Primer, terjadi akibat trauma pada kepala secara langsung maupun tidak langsung (akselerasi dan deselerasi).
- b. Trauma Sekunder, terjadi akibat trauma saraf (melalui akson) yang meluas, hipertensi intrakranial, hipoksia, hiperkapnea, atau hipotensi sistemik (Sibuea, 2009).

3) Tingkat Keparahan Cedera Kepala

Penurunan tingkat kesadaran merupakan indikator yang penting dalam menilai dan menentukan tingkat keparahan dan kerusakan otak akibat cedera kepala. Untuk mengetahui tingkat kesadaran seseorang, dapat dilakukan dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS). Skala ini merupakan gradasi sederhana yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran seseorang terdiri dari 3 aspek yaitu respon membuka mata (eye opening), respon berbicara (Verbal Response) dan respon motorik (Motoric Response).

Jika dilihat dari ringan sampai berat, maka dapat kita lihat sebagai berikut:

- a. Cedera kepala ringan (CKR) Jika GCS antara 14-15, dapat terjadi kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit, tetapi ada yang menyebut kurang dari 2 jam, jika ada penyerta seperti fraktur tengkorak, kontusio atau hematom.
- b. Cedera kepala sedang (CKS) jika GCS antara 8-13, hilang kesadaran atau amnesia antara 30 menit -24 jam, dapat mengalami fraktur tengkorak, disorientasi ringan (bingung).
- c. Cedera kepala berat (CKB) jika GCS < 8 , hilang kesadaran lebih dari 24 jam, juga meliputi contusio cerebral, laserasi atau adanya hematoma atau edema.

4) Manifestasi Klinis

- a. Hilangnya kesadaran kurang dari 20 menit
- b. Kebingungan
- c. Iritabel
- d. Pucat
- e. Mual dan muntah
- f. Pusing kepala
- g. Terdapat hematoma
- h. Kecemasan
- i. Amnesia post traumatic < 24 jam

(Muttaqin, A,2008)

5) Patofisiologi

Patofisiologi cedera kepala dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Cedera Primer

Kerusakan akibat langsung trauma, antara lain fraktur tulang tengkorak, robek pembuluh darah (hematom), kerusakan jaringan otak (termasuk robeknya duramater, laserasi, kontusio).

b. Cedera Sekunder

Kerusakan lanjutan oleh karena cedera primer yang ada berlanjut melampaui batas kompensasi ruang tengkorak. Hukum Monroe Kellie mengatakan bahwa ruang tengkorak tertutup dan volumenya tetap. Volume dipengaruhi oleh tiga kompartemen yaitu darah, liquor, dan parenkim otak. Kemampuan kompensasi yang terlampaui akan mengakibatkan kenaikan TIK yang progresif dan terjadi penurunan Tekanan Perfusi Serebral (CPP) yang dapat fatal pada tingkat seluler.

Cedera Sekunder dan Tekanan Perfusi :

$$CPP = MAP - ICP$$

CPP : Cerebral Perfusion Pressure

MAP : Mean Arterial Pressure

ICP : Intra Cranial Pressure

Penurunan CPP kurang dari 70 mmHg menyebabkan iskemia otak. Iskemia otak mengakibatkan edema sitotoksik – kerusakan seluler yang makin parah (irreversibel). Diperberat oleh kelainan ekstrakranial hipotensi/syok, hiperkarbi, hipoksia, hipertermi, kejang, dll.

c. Edema Sitotoksik

Kerusakan jaringan (otak) menyebabkan pelepasan berlebih sejenis Neurotransmitter yang menyebabkan Eksitasi (Exitatory Amino Acid a.l. glutamat, aspartat). EAA melalui reseptor AMPA (N-Methyl D-Aspartat) dan NMDA (Amino Methyl Propionat Acid) menyebabkan Ca influks berlebihan yang menimbulkan edema dan mengaktivasi enzim degradatif serta menyebabkan fast depolarisasi (klinis kejang-kejang).

Dipicu Ca influx yang mengaktivasi enzim degradatif akan menyebabkan kerusakan DNA, protein, dan membran fosfolipid sel (BBB breakdown) melalui rendahnya CDP cholin (yang berfungsi sebagai prekursor yang banyak diperlukan pada sintesa fosfolipid untuk menjaga integritas dan repair membran tersebut). Melalui rusaknya fosfolipid akan menyebabkan terbentuknya asam arakhidonat yang menghasilkan radikal bebas yang berlebih.

Sinyal kematian sel diteruskan ke Nukleus oleh membran bound apoptotic bodies terjadi kondensasi kromatin dan plenotik nuclei, fragmentasi DNA dan akhirnya sel akan mengkerut (shrinkage).

[illegible]

8

7). Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medik cedera kepala yang utama adalah mencegah terjadinya cedera otak sekunder (Mansjoer,dkk,2000) . Penatalaksanaan secara umum adalah:

1. Nilai fungsi saluran nafas dan respirasi
2. Stabilisasi vertebrata servikalis pada semua kasus trauma
3. Berikan oksigenasi
4. Awasi tekanan darah
5. Awasi tanda-tanda shock akibat hipovolemik atau neurogenik
7. Awasi kemungkinan munculnya kejang.
8. Pemberian Analgetika

Tindakan terhadap peningkatan TIK yaitu:

1. Pemantauan TIK dengan ketat
2. Oksigenisasi adekuat
3. Pemberian manitol
4. Penggunaan steroid
5. Head UP 30°/Peningkatan kepala tempat tidur

Tindakan pendukung lain yaitu:

1. Dukungan ventilasi
2. Pencegahan kejang
3. Pemeliharaan cairan, elektrolit dan keseimbangan nutrisi
4. Terapi anti konvulsan
5. Klorpromazin untuk menenangkan klien
6. Pemasangan selang nasogastric jika tidak ada dicurigai fraktur cervical .

2.2 Konsep Posisi Head Up 30°

1). Pengertian

Posisi head up 30 derajat merupakan posisi untuk menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi tubuh dalam keadaan sejajar (Bahrudin, 2008).

2). Tujuan

Untuk menurunkan tekanan intra kranial (TIK) tanpa menurunkan CCP

3). Indikasi

a. Menurunkan tekanan intra kranial (TIK) pada kasus trauma kepala, lesi otak atau gangguan neurologi

b. Memfasilitasi venous drainage dari kepala

4). Kontra Indikasi

Pasien hipotensi

5). Prosedur kerja pengaturan posisi head up 30 derajat adalah sebagai berikut:

a. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang

b. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar

c. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak fleksi

d Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30 derajat.

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pengaturan posisi head up 30 derajat adalah fleksi, ekstensi dan rotasi kepala akan menghambat venous return sehingga akan meningkatkan tekanan perfusi serebral yang akan berpengaruh pada peningkatan TIK (Dimitrios dan Alfred, 2002).

2.3 Glasgow Coma Scale

Kondisi klinis dan tingkat kesadaran setelah cedera kepala dinilai menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), merupakan skala universal untuk mengelompokkan cedera kepala dan faktor patologis yang menyebabkan penurunan kesadaran. Glasgow Coma Scale (GCS) dikembangkan oleh Teasdale and Jennett pada 1974 dan saat ini digunakan secara umum dalam deskripsi beratnya penderita cedera otak (Teasdale, 1974). Penderita yang mampu membuka kedua matanya secara spontan, mematuhi perintah, dan berorientasi mempunyai nilai GCS total sebesar 15, sementara pada penderita yang

keseluruhan otot ekstremitasnya flaksid dan tidak membuka mata ataupun tidak bersuara maka nilai GCS-nya minimal atau sama dengan 3. Nilai GCS sama atau kurang dari 8 didefinisikan sebagai koma atau cedera otak berat.

Test	Skors
<i>Eye (membuka mata)</i>	
Spontan	4
Dengan perintah	3
Dengan rangsangan nyeri	2
Tidak berespon	1
<i>Motoric (gerak)</i>	
Mengikuti perintah	6
Melokalisir nyeri	5
Menghindari nyeri	4
Fleksi	3
Ekstensi	2
Tidak berespon	1
<i>Verbal (suara)</i>	
Orientasi baik	5
Bingung	4
Bicara kacau	3
Hanya mengerang	2
Tidak berespon	1

Tabel 2.1. Glasgow Coma Scale (Teasdale, 1974)

2.4 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Cedera Kepala

1) Pengkajian

a. Pengkajian primer

1) Airway dan cervical control

Hal pertama yang dinilai adalah kelancaran airway. Meliputi pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas yang dapat disebabkan benda asing, fraktur tulang wajah, fraktur mandibula atau maksila, fraktur larinks atau trachea. Dalam hal ini dapat dilakukan “chin lift” atau “jaw thrust”. Selama memeriksa dan memperbaiki jalan nafas, harus diperhatikan bahwa tidak boleh dilakukan ekstensi, fleksi atau rotasi dari leher.

2) Breathing dan ventilation

Jalan nafas yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik. Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernafas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi: fungsi yang baik dari paru, dinding dada dan diafragma.

3) Circulation dan hemorrhage control

a) Volume darah dan Curah jantung

Kaji perdarahan klien. Suatu keadaan hipotensi harus dianggap disebabkan oleh hipovolemia. observasi yang dalam hitungan detik dapat memberikan informasi mengenai keadaan hemodinamik yaitu kesadaran, warna kulit dan nadi.

b) Kontrol Perdarahan

4) Disability

Penilaian neurologis secara cepat yaitu tingkat kesadaran dengan skala GCS, ukuran dan reaksi pupil.

5) Exposure dan Enviroment control

Dilakukan pemeriksaan fisik head to toe untuk memeriksa jejas.

b. Pengkajian sekunder

1) Identitas : nama, usia, jenis kelamin, kebangsaan/suku, berat badan, tinggi badan, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, anggota keluarga, agama.

2) Riwayat kesehatan: waktu kejadian, penyebab trauma, posisi saat kejadian, status kesadaran saat kejadian, pertolongan yang diberikan segera setelah kejadian.

3) Aktivitas/istirahat

Gejala : Merasa lelah, lemah, kaku, hilang keseimbangan.

Tanda :Perubahan kesadaran, letargi, hemiparese, puandriplegia, ataksia, cara berjalan tidak tegang.

4) Sirkulasi

Gejala : Perubahan tekanan darah (hipertensi/hipotensi) bradikardi, takikardi.

5) Integritas Ego

Gejala : Perubahan tingkah laku dan kepribadian.

Tanda : Cemas, mudah tersinggung, agitasi, bingung, depresi dan impulsif.

6) Makanan/cairan

Gejala : Mual, muntah dan mengalami perubahan selera.

Tanda : muntah, gangguan menelan.

7) Eliminasi

Gejala : Inkontinensia, kandung kemih atau usus atau mengalami gangguan fungsi.

8) Neurosensori

Gejala : Kehilangan kesadaran sementara, amnesia, vertigo, sinkope, kehilangan pendengaran, gangguan pengecap dan penciuman, perubahan penglihatan seperti ketajaman.

Tanda:Perubahan kesadaran bisa sampai koma, perubahan status mental, konsentrasi, pengaruh emosi atau tingkah laku dan memori.

9) Nyeri/kenyamanan

Gejala : Sakit kepala.

Tanda : Wajah menyeringai, respon menarik pada rangsangan nyeri yang hebat, gelisah, tidak bisa istirahat, merintih.

10) Pernafasan

Tanda: Perubahan pola pernafasan (apnoe yang diselingi oleh hiperventilasi nafas berbunyi)

11) Keamanan

Gejala : Trauma baru/trauma karena kecelakaan.

Tanda: Fraktur/dislokasi, gangguan penglihatan, gangguan rentang gerak, tonus otot hilang, kekuatan secara umum mengalami paralisis, demam, gangguan dalam regulasi suhu tubuh.

12) Interaksi sosial

Tanda : Apasia motorik atau sensorik, bicara tanpa arti, bicara berulang-ulang, disartria.

2). Diagnosa dan Intervensi Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga, menurunkan, membatasi, mencegah dan merubah status kesehatan klien (Carpenito dalam Wardana, 2018). Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien dengan cedera kepala ringan (Nanda, 2012) yaitu :

1. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan pasien tidak menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial.

Kriteria hasil :

- a) Tidak ada ortostatik hipertensi
- b) Mencegah cedera
- c) GCS dalam batas normal E5 M4 V6
- d) Tanda – tanda vital dalam batas normal

Intervensi :

- a) Kaji perubahan pasien dalam merespon stimulus
- b) Monitor tekanan intrakranial dan respon neurologis
- c) Monitor adanya nyeri kepala
- d) Monitor tanda-tanda vital

2. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 4 jam diharapkan pola napas efektif.

Kriteria hasil :

- a) Tidak menggunakan alat bantu otot pernafasan
- b) Tidak ada sianosis atau tidak ada tanda-tanda hipoksia
- c) Menunjukkan jalan napas yang normal
- d) Tanda-tanda vital dalam rentang normal

Intervensi :

- a) Pertahankan jalan napas yang paten
- b) Monitor respirasi dan status oksigen
- c) Monitor tanda-tanda vital meliputi tekanan darah, respiratory rate, nadi, suhu.
- d) Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi

3. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 4 jam diharapkan nyeri dapat teratasi.

Kriteria hasil :

- a) Pasien mampu mengenali nyeri
- b) TTV dalam batas normal
- c) Pasien mampu mengontrol nyeri
- d) Tidak ada gangguan pola tidur

Intervensi :

- a) Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif

- b) Berikan posisi yang nyaman
- c) Ajarkan tehnik non farmakologi (relaksasi nafas dalam)
- d) Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgesik untuk mengurangi nyeri

3) Implementasi

Implementasi keperawatan adalah melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan asuhan keperawatan yang telah disusun.

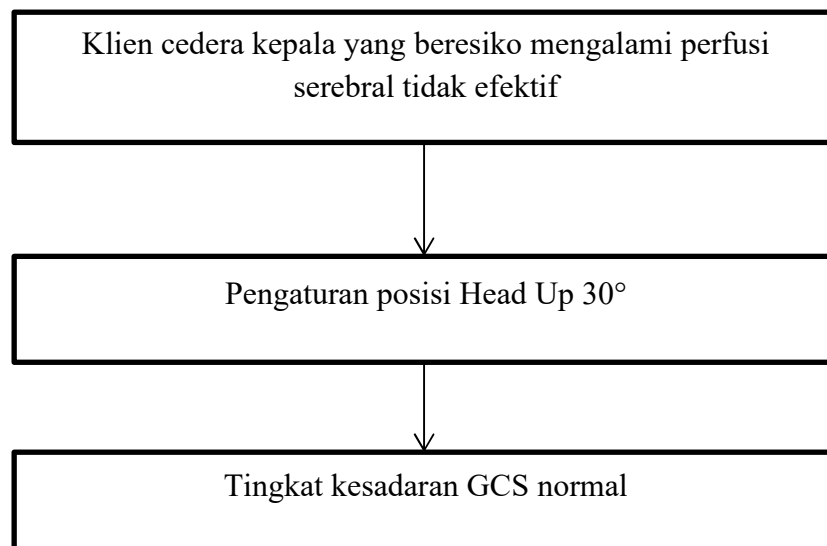
Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien, sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan atau tindakan,

menerapkan etika keperawatan serta mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien. Kegiatan yang dilakukan meliputi, melihat data dasar, mempelajari rencana, menyesuaikan rencana, menentukan kebutuhan bantuan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun, analisa umpan balik, mengkomunikasikan hasil asuhan keperawatan (Nursalam, 2008).

4). Evaluasi

Evaluasi adalah mengkaji respon pasien terhadap standart atau kriteria yang ditentukan oleh tujuan yang ingin dicapai. Penulisan pada tahap evaluasi proses keperawatan yaitu terdapat jam melakukan tindakan, data perkembangan pasien yang mengacu pada tujuan, keputusan apakah tujuan tercapai atau tidak, serta ada tanda atau paraf. Kegiatan yang dilakukan meliputi menggunakan standart keperawatan yang tepat, mengumpulkan dan mengorganisasi data, membandingkan dengan kriteria dan menyimpulkan hasil yang kemudian ditulis dalam daftar masalah (Nursalam, 2008).

2.5 Kerangka Konsep



Skema 2.2 Kerangka Konsep

BAB III

TINJAUAN KASUS

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian dan pembahasan mengenai hasil pengamatan tentang data umum pasien dan tentang gambaran lokasi umum praktik keperawatan yaitu ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Biak. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 12 dan 13 Juli 2021 dengan jumlah sampel sebanyak 1 pasien. Adapun hasil tinjauan dari kasus kelolaan tersebut diuraikan sebagai berikut:

3.1 Pengkajian

1. Identitas

a. Identitas Pasien

Nama : Tn. T
Usia : 38 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Suku Bangsa : Bugis Indonesia
Agama : Islam
Alamat : Borokub
Pekerjaan : Swasta
Diagnosis Medis : Cedera Kepala Ringan GCS 15
Warna Triage : Kuning

b. Penanggung Jawab

Nama : Tn. C
Umur : 29 Tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Alamat : Borokub
Hubungan : Adik Kandung

2. Primary Survey

<i>Airway</i>	Hidung dan Mulut : Bebas,tidak tampak ada darah,sputum,pangkal lidah jatuh Suara Napas : Normal,tidak terdengar stridor,gurgling atau snoring				
<i>Breathing :</i>	Respirasi : 20x/menit,irama teratur ,tidak tampak retraksi dada dan penggunaan otot bantu pernafasan, SpO2 : 98 %				
<i>Circulation :</i>	Nadi : 98 x/menit,irama teratur TD : 138/70 mmHg Temp : 37,1°C Capillary Refill Time : <2 detik Akral : Teraba hangat kering Turgor kulit :Normal				
<i>Disability</i>	Tingkat Kesadaran : E4 M6 V5 (GCS 15) Pupil : Isokor Reflex Cahaya : +/+ Fungsi Bicara : Normal Kekutan otot <table border="1" data-bbox="1156 1514 1364 1625"> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> <tr> <td>5</td><td>5</td></tr> </table> Keterangan : 0: Tidak dapat berkontraksi 1: Hanya dapat berkontraksi 2: Ada pergerakan tidak mampu	5	5	5	5
5	5				
5	5				

	melawan gaya gravitasi 3: Ada pergerakan hanya dapat mengatasi gaya gravitasi 4: Mampu melawan gaya gravitasi dan melawan sedikit tahanan 5: Mampu melawan gravitasi dan melawan tahanan yang maksimal Sensibilitas : Normal Masalah Keperawatan: Resiko perfusi serebral tidak efektif
<i>Exposure Trauma</i>	Tampak terdapat hematoma di daerah dahi sebelah kanan

3. Secondary Survey

a. Keadaan Umum b. Tanda-tanda Vital	Klien tampak lemah Kesadaran: E4 M6 V4 (GCS 14) TD: 138/70 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 98 % Temp : 37,1°C
---	--

	tidak sadarkan diri $\pm$ 10 menit setelah di pukul dibagian kepala menggunakan tangan oleh tetangganya, nyeri kepala dan mual, pukul 09.00 WIT pasien di bawa ke IGD RSUD Biak.
Pemeriksaan Fisik 1. Kepala • Inspeksi	Simetris, kulit kepala bersih, penyebaran rambut merata, warna rambut hitam lurus. Terdapat hematoma di daerah dahi sebelah

• Palpasi 2. Mata • Inspeksi • Palpasi 3. Telinga • Inspeksi • Palpasi 4. Hidung • Inspeksi	kanan Adanya nyeri tekan diarea kepala depan sebelah kanan Sklera putih, konjungtiva tidak anemis, palpebra tidak ada edema, refleks cahaya +/+, pupil isokor. Tidak ditemukan adanya massa maupun pembengkakan pada kelopak mata atau adanya nyeri tekan. Bentuk telinga simetris kanan/kiri, tampak tidak ditemukan adanya serumen maupun alat bantu pendengaran, liang telinga tampak bersih dan fungsi pendengaran baik. Tidak ditemukan adanya massa, tidak terdapat adanya nyeri tekan. Bentuk hidung tampak simetris kanan/kiri, Pernafasan cuping hidung tidak ada, posisi septum nasal simetris, lubang hidung bersih, tidak ada penurunan ketajaman penciuman dan tidak ada kelainan.
--	---

• Auskultasi	Suara nafas teratur, tidak ditemukan adanya suara nafas tambahan (ronchi ataupun wheezing).
8. Pencernaan dan Status Nutrisi • Inspeksi	Warna kulit sawo matang, tidak tampak adanya benjolan, tidak tampak adanya lesi ataupun jaringan parut.
• Auskultasi	Bunyi peristaltik usus 8-10 kali
• Palpasi	Tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada pembesaran pada hepar dan lien.
• Perkusi	Shifting Dullness : (+)
• BB	68 kg
• TB	172 cm
• IMT	23
9. Sistem Syaraf	Memori: Panjang Perhatian: Dapat mengulang Bahasa: komunikasi verbal menggunakan bahasa Indonesia Kognisi dan Orientasi: dapat mengenal orang, tempat dan waktu Refleks Fisiologis: 1) Patella: 2 2) Achilles: 2 3) Bisep: 2

	4) Trisep: 2 5) Brankioradialis: 2 Ada keluhan pusing Istirahat/ tidur 6-7jam/hari Pemeriksaan syaraf kranial : 1) N1 (Olfaktorius): Pasien mampu membedakan bau minyak kayu putih dan alkohol 2) N2 (Optikus): Pasien mampu melihat dalam jarak 30 cm 3) N3 (Oculomotorius): Pasien mampu mengangkat kelopak mata 4) N4 (Trochearis): Pasien mampu menggerakkan bola mata kebawah 5) N5 (Trigeminus): Pasien mampu mengunyah 6) N6 (Abducen): Pasien mampu menggerakkan mata kesamping 7) N7 (Fasialis): Pasien mampu tersenyum dan mengangkat alis mata 8) N8 (Auditorius): Pasien mampu mendengar dengan baik 9) N9 (Glosophareal): Pasien mampu membedakan rasa manis dan asam 10) N10 (Vagus): Pasien mampu menelan 11) N11 (Accesoris): Pasien mampu menggerakkan bahu dan melawan tekanan 12) N12 (Hypoglossus): Pasien mampu menjulurkan lidah dan
--	--

	menggerakkan lidah ke berbagai arah.
10. Sistem Perkemihan • Inspeksi • Palpasi	Kemampuan berkemih: Mandiri Produksi Urine: +/- 600 ml/hari Warna: Kuning Bau: Khas urine Tidak ada distensi dan nyeri tekan pada kandung kemih
11. Sistem Muskuloskeletal dan integumen • Inspeksi	Tidak ada kelainan tulang belakang Tidak ada fraktur Turgor kulit baik Tampak terdapat hematoma di daerah dahi sebelah kanan
12. Sistem Endokrin • Inspeksi	Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, getah bening dan trias DM

4. Pemeriksaan Penunjang dan terapi

a. Pemeriksaan laboratorium

Tanggal	Parameter pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Satuan
12/7/21	Hemoglobin	14,5	Lk: 14-16 Pr : 12-16	gr/dl
	Eritrosit	5,1	Lk : 4,5-6,5 Pr : 3,8-5,8	Juta/mm ³
	Leukosit	10.200	4000-10.000	mm ³
	Masa pembekuan	3 menit	1-5	Menit
	Masa perdarahan	1 menit 30 detik	1-6	Menit
	Trombosit	400	150-400	10 ³ /mm ³
12/7/21	RDT Swab Antigen C.19	Non reaktif	Non reaktif	

b. Pemeriksaan radiologi

CT.Scan Kepala tanpa kontras (Tgl 12/7/21)

Kesan :

- Subgaleal hematoma di daerah temporal dextra
- Tak tampak fraktur OS Cranium wajah dan basis Cranii
- Tak tampak gambaran SDH, EDH, ICH, PSA

c. Pemberian terapi

- IVFD RL 20 tts/m
- Ketorolac 10 mg/12 jam (IV)

3.2 Klasifikasi Data

Data Subyektif	Data Obyektif
Klien mengatakan pusing, mual, nyeri kepala	Klien tampak : Keadaan umum lemah Kesadaran E4 M6 V5 GCS 15 Pupil isokor , Refleks cahaya +/+ TD: 138/70 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 98 % Temp : 37,1°C Pengkajian Nyeri : P : Nyeri kepala akibat dipukul Q : Nyeri seperti ditekan R : Kepala bagian kanan S : 4 (skala 1-10) T : Saat berubah posisi, lama nyeri > 3 menit Tampak terdapat hematoma di daerah dahi sebelah kanan Hasil Pemeriksaan CT.Scan Kepala tanpa kontras (Tgl 12/7/21) Kesan : - Subgaleal hematoma di daerah temporal dextra

3.3 Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1.	DS (klien mengatakan) : Pusing dan mual keluhan dirasakan akibat dipukul dibagian kepala DO : Keadaan umum lemah Kesadaran E4 M6 V5 GCS 15 Pupil isokor, Refleks cahaya +/+ TD: 138/70 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 98 % Temp : 37,1°C Hasil CT.Scan Kepala tanpa kontras (Tgl12/7/21) Kesan : Subgaleal hematoma di daerah temporal dextra	Cedera kepala	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)
2.	DS (klien mengatakan) : Nyeri kepala DO : Pengkajian Nyeri : P : Nyeri kepala akibat dipukul Q : Nyeri seperti ditekan R : Kepala bagian kanan S : 4 (skala 1-10) T : Saat berubah posisi, lama	Agen pencedera fisik (trauma)	Nyeri Akut (D.0077)

	nyeri > 3 menit TD: 138/70 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 98 % Temp : 37,1°C		
--	---	--	--

3.4 Rencana Asuhan Keperawatan

Pada Tn. T dengan Diagnosis Medis Cedera Kepala Ringan

Di Ruang IGD RSUD Biak Tahun 2021

Nama klien : Tn. T

Hari / tanggal : Senin, 12 Juli 2021

No. RM : 58.07.21

Nama perawat : Sherly DF Sembiring M,S.ST

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)	Rasional	Implementasi	Evaluasi
1.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) berhubungan dengan cedera kepala DS (klien mengatakan) : Pusing dan mual keluhan dirasakan akibat dipukul dibagian kepala DO : Keadaan umum lemah Kesadaran E4 M6 V5 GCS	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x 4 jam diharapkan risiko gangguan perfusi serebral tidak terjadi dengan kriteria hasil : - GCS normal E4 M5 V6 - Tanda-tanda vital dalam batas	<i>Observasi</i> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK	1. Menentukan pilihan intervensi, penurunan tanda/gejala neurologis menunjukkan klien memerlukan perawatan intensif	<u>Jam : 09. 30 WIT</u> 1. Memonitor TTV, Tingkat kesadaran (TD,Nadi, GCS,Pupil setiap jam) <u>Jam : 09.40 WIT</u> TD:134/84 mmHg Nadi : 92x/menit Kesadaran	<u>Jam : 13.40 WIT</u> S (Klien mengatakan) : Masih merasakan pusing kepalanya, mual (-) O(Klien tampak) : Keadaan umum baik TD:129/88 mmHg

15	Pupil isokor Refleks cahaya +/- TD: 138/70 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 98 % Temp : 37,1°C Hasil CT.Scan Kepala tanpa kontras (Tgl12/7/21) Kesan : Subgaleal hematoma di daerah temporal dextra	normal • Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial	2. Monitor peningkatan TD dan perfusi serebral	2. Peningkatan tekanan darah sistemik yang diikuti oleh penurunan TD diastolic merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK	E4M6V5GCS15 Pupil isokor <u>Jam : 10.40 WIT</u> TD:130/84 mmHg Nadi : 90x/menit Kesadaran E4M6V5 GCS15 Pupil isokor	Nadi : 90x/menit Kesadaran E4M6V5 GCS15 Pupil isokor A: Masalah Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif belum teratasi P: Lanjutkan intervensi no 2,3,5 dan 8
			3. Monitor tingkat kesadaran	3. Kecenderungan perubahan tingkat kesadaran potensial terjadinya peningkatan TIK	<u>Jam : 11.40 WIT</u> TD:132/82 mmHg Nadi : 89x/menit Kesadaran E4M6V5 GCS15 Pupil isokor	
			4. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK	4. Meningkatkan kenyamanan memberi efek ketenangan	<u>Jam : 13.00 WIT</u> TD:129/88 mmHg Nadi : 90x/menit Kesadaran E4M6V5 GCS15 Pupil isokor	

			<i>Terapeutik</i> 5. Atur posisi head up 30° 6. Hindari menempatkan posisi yang dapat meningkatkan TIK <i>Edukasi</i> 7. Jelaskan	5. Meningkatkan aliran balik vena dari kepala, mengurangi edema atau resiko peningkatan TIK 6. Potensial menambah peningkatan TIK 7. Pemahaman bahwa	<u>Jam 09.15 WIT</u> 2. Mengatur posisi head up 30° Respon : klien menyatakan nyaman dengan posisi yang diatur oleh perawat <u>Jam 09.50 WIT</u> 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur dilakukannya pemantauan secara teratur Respon : Klien menyatakan paham	
--	--	--	--	---	--	--

			tujuan dan prosedur pemantauan rutin <i>Kolaborasi</i> 8. Berikan oksigen sesuai indikasi	pemantauan dilakukan secara teratur untuk mencegah suatu hal yang serius pada klien dan mengurangi ansietas 8. Dapat meningkatkan vasodilatasi dan volume darah serebral yang meningkatkan TIK	terhadap penjelasan yang diberikan oleh perawat <u>Jam : 09.20 WIT</u> 4. Memberikan O2 nasal kanul kecepatan 3 L/menit	
2.	Nyeri Akut (D.0077)	Setelah dilakukan	<i>Observasi</i>		<u>Jam : 11.00 WIT</u>	<u>Jam : 13.40 WIT</u>

	Temp : 37,1°C		gis imajinasi terbimbing untuk mengurangi nyeri 4. Fasilitasi istirahat dan tidur <i>Edukasi</i> 5. Jelaskan penyebab dan pemicu nyeri serta strategi meredakan nyeri <i>Kolaborasi</i>	mengubah persepsi nyerinya 4. Menurunkan stimulasi yang berlebihan dapat meningkatkan nyeri 5. Pemahaman yang baik membantu klien mengatasi kondisinya	Respon : Klien dapat melakukan teknik imajinasi terbimbing yang diberikan <u>Jam : 13.05 WIT</u> 3. Memfasilitasi klien untuk istirahat Respon : Klien tampak beristirahat dengan rileks <u>Jam : 09.50 WIT</u> 4. Menjelaskan penyebab, pemicu dan strategi meredakan nyeri Respon :	P: Lanjutkan intervensi no 1,3,4 dan 6
--	---------------	--	--	---	--	---

			6. Pemberian analgetik	6. Bermanfaat pada masalah gangguan vaskuler	Klien tampak memahami penjelasan yang diberikan perawat <u>Jam : 10.45 WIT</u> 5. Memberikan analgetik : Ketorolac 10 mg/iv	
--	--	--	------------------------	--	--	--

3.5 Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal	No.Diagnosa Keperawatan	Implementasi	Evaluasi
Selasa 13/07/2021	1	Jam : 09.00 WIT 1. Memonitor TTV, Tingkat kesadaran (TD,Nadi,GCS,Pupil setiap jam) <u>Jam : 10.00 WIT</u> TD:128/84 mmHg Nadi : 84x/menit Kesadaran E4M6V5GCS15 Pupil isokor <u>Jam : 11.00 WIT</u> TD:124/78 mmHg Nadi : 80x/menit Kesadaran E4M6V5 GCS15 Pupil isokor <u>Jam : 09.05 WIT</u> 2. Mengatur posisi head up 30° Respon : klien menyatakan nyaman dengan posisi yang diatur oleh perawat <u>Jam : 09.03 WIT</u> 3. Memberikan O2 nasal kanul kecepatan	Jam : 12.00 WIT S (Klien mengatakan) : Sudah tidak merasakan pusing , mual (-) O(Klien tampak) : Keadaan umum baik TD:124/78 mmHg Nadi : 80x/menit Kesadaran E4M6V5 GCS15 Pupil isokor A: Masalah Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif teratasi P: Intervensi dihentikan

		3 L/menit Jam : 11.30 WIT : hasil visite DPJP Bedah klien rencana berobat jalan	
Selasa 13/07/2021	2	<u>Jam : 09.00 WIT</u> 1. Mengidentifikasi skala nyeri Respon : P : Nyeri kepala berkurang O : Nyeri tekan R : Kepala kanan S : 2 (skala 1-10) T : lama nyeri < 1 menit <u>Jam: 09.20 WIT</u> 2. Memberikan teknik imajinasi terbimbing Respon : Klien dapat melakukan teknik imajinasi terbimbing yang diberikan <u>Jam : 09.55 WIT</u> 3. Memfasilitasi klien untuk istirahat Respon : Klien tampak beristirahat dengan rileks	<u>Jam : 12.00 WIT</u> S (Klien mengatakan) : Nyeri kepala berkurang O (Klien tampak): _P : Nyeri kepala berkurang O : Nyeri tekan R : Kepala kanan S : 2 (skala 1-10) T : lama nyeri < 1 menit A: Masalah Nyeri Akut teratasi P: Intervensi dihentikan

		<u>Jam : 10.45 WIT</u> 4. Memberikan analgetik : Ketorolac 10 mg/iv	
--	--	--	--

BAB IV

ANALISIS SITUASI MASALAH

4.1 Analisa Kasus Terkait Teori dan Kasus Sesuai Dengan Kelolaan

Kasus kelolaan utama dalam karya ilmiah ini adalah pasien dengan cedera kepala. Cedera kepala atau traumatic brain injury adalah cedera pada kepala akibat trauma tumpul (blunt trauma), trauma tembus (penetrating trauma) atau tenaga akselerasi-deselerasi yang menyebabkan gangguan fungsi otak, baik secara sementara maupun permanen. Sebagian ahli menggunakan istilah cedera kranio-serebral berdasarkan pemahaman bahwa perlukaan atau lesi yang terjadi dapat mengenai bagian tulang tengkorak (kranium), bagian jaringan otak (cerebral) ataupun keduanya (Dewanto, 2009).

Kerusakan yang ditimbulkan pada pasien dengan cedera kepala menimbulkan beberapa masalah keperawatan. Masalah keperawatan yang muncul pada klien Tn. T adalah risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Masalah keperawatan tersebut akan diuraikan lebih lanjut pada pembahasan di bawah ini :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif adalah kondisi dimana berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak (SDKI, 2017). Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial. Masalah perfusi jaringan serebral yang berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak dapat mengganggu kesehatan. Batasan karakteristik mengenai gangguan perfusi jaringan serebral meliputi penurunan kesadaran, perubahan fungsi neurologis, penurunan saturasi oksigen dan penurunan sirkulasi darah di otak (NANDA, 2012).

Posisi head up 30 derajat merupakan cara memosisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30 derajat dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk. Posisi head up 30 derajat bertujuan untuk menurunkan tekanan intracranial serta dapat meningkatkan aliran darah ke otak dan memaksimalkan aliran oksigen ke jaringan otak.

Berikut adalah data subyektif dan data obyektif yang di dapatkan dari klien :

Data Subyektif	Data Obyektif
Klien mengatakan : Pusing dan mual keluhan dirasakan akibat dipukul dibagian kepala	Klien tampak : Keadaan umum lemah Kesadaran E4 M6 V5 GCS 15 Pupil isokor,Refleks cahaya +/+ TD: 138/70 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20 x/menit SpO2 : 98 % Temp : 37,1°C Hasil CT.Scan Kepala tanpa kontras (Tgl12/7/21) Kesan : Subgaleal hematoma di daerah temporal dextra

Masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif yang dialami oleh Tn.T disebabkan oleh cedera kepala. Diagnosa ini ditegakkan berdasarkan tanda dan gejala yang timbul dan dirasakan pasien (SDKI, 2017).

2. Nyeri Akut

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari tiga bulan (SDKI, 2017).

Cedera kepala dapat menyebabkan terjadinya kerusakan pada kulit kepala, tulang kepala, dan jaringan otak. Trauma yang mengakibatkan terputusnya kontinuitas jaringan kulit, otot, vaskuler serta jaringan tulang menyebabkan terjadinya nyeri pada pasien cedera kepala. Cedera kepala juga dapat menyebabkan kerusakan pada sawar darah otak (Blood Brain Barrier) yang disertai dengan adanya vasodilatasi dan eksudasi cairan sehingga menyebabkan terjadinya edema pada otak. Edema pada otak

akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dan akan menurunkan aliran darah ke otak, iskemia, hipoksia, dan asidosis. Nyeri pada bagian kepala merupakan salah satu dari trias gejala akibat dari adanya peningkatan tekanan intrakranial (Price & Wilson, 2006).

Berikut adalah data subjektif dan objektif yang didapatkan dari klien :

Data Subyektif	Data Obyektif
Klien mengatakan : Nyeri kepala	Pengkajian Nyeri : P : Nyeri kepala akibat dipukul Q : Nyeri seperti ditekan R : Kepala bagian kanan S : 4 (skala 1-10) T : Saat berubah posisi,lama nyeri kurang dari < 3 menit TD: 138/70 mmHg Nadi : 98 x/menit RR : 20x/menit SpO2 : 98 % Temp : 37,1°C

Masalah keperawatan nyeri akut yang dialami oleh Tn.T disebabkan oleh agen pencedera fisik (trauma). Rasa nyeri bertambah saat berubah posisi, durasi nyeri biasanya tidak terlalu lama > 3 menit ,nyeri yang dirasakan sedikit mengganggu. Rentang nyeri pada klien cenderung sedang.

4.2 Analisa *Based Evidence Practies*

Berdasarkan data kasus kelolaan, diperoleh data bahwa klien Tn.T berjenis kelamin laki-laki dan berusia 38 tahun. Prevalensi kejadian cedera kepala di Indonesia lebih dari 70% dialami oleh laki-laki dibandingkan dengan perempuan. Hal ini

sehubungan dengan aktifitas dan bidang pekerjaan seorang laki-laki yang lebih berisiko (Simanjuntak dkk, 2015).

Perawat menjalankan peran sebagai pemberi dan pelaksana asuhan keperawatan. Selain itu, perawat juga menjalankan peran kepemimpinannya untuk mempengaruhi perubahan perilaku pasien, serta menerima dan memberikan konsultasi pada tim perawat dan tim kesehatan lain untuk memenuhi kebutuhan pasien. Perawat juga bertanggung jawab dalam memberikan intervensi untuk membantu mencegah terjadinya resiko perfusi serebral tidak efektif. Salah satu intervensi yang diberikan adalah mengatur posisi head up 30 derajat. Posisi head up 30 derajat merupakan posisi menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi badan sejajar dengan kaki. Posisi head up 30 derajat memiliki manfaat untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien cedera kepala. Selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak. Setelah dilakukan intervensi posisi head up 30 derajat terlihat bahwa tingkat kesadaran GCS dan Tanda-tanda vital klien tetap berada dalam keadaan normal. Hal ini sejalan dengan salah satu penelitian Pengaruh Posisi Head UP 30 Derajat Terhadap Tingkat kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala yang dilakukan oleh Arif Hendra Kusuma dan Atika Dhiah Anggraeni, 2019, Terdapat perbedaan yang signifikan rerata tingkat kesadaran antara sebelum dan sesudah dilakukan posisi head up 30 derajat pada pasien cedera kepala di RSUD Prof. Dr. Margono Soekarjo Purwokerto dengan nilai P value 0,002 ($\alpha < 0,05$).

4.3 Alternatif Pemecahan Masalah

Masalah keperawatan yang muncul pada kasus kelolaan dapat diatasi dengan adanya kolaborasi yang baik antara pasien dan pemberi pelayanan kesehatan. Pasien memiliki peranan yang penting dalam melakukan perawatan mandiri (self care) dalam perbaikan status Kesehatan dan sebagai pencegahan terjadinya rawat ulang di Rumah Sakit (Barnason, Zimmerman & Young, 2011). Perilaku yang diharapkan dari self care yaitu kepatuhan terhadap pengobatan dan instruksi tenaga kesehatan, meliputi pengaturan posisi head up 30 derajat. Dalam penelitian ini terdapat keterbatasan atau kendala, yaitu Jumlah sampel pasien cedera kepala yang terbatas akibat kondisi pandemi Covid 19. Berdasarkan hasil pemilahan di triage dilakukan tambahan skrining Covid 19 dengan pemeriksaan Rapid Swab Antigen C.19 dan pemeriksaan CT Scan Thorax untuk

memastikan dengan benar dan tepat bahwa pasien yang dirawat apakah covid 19 atau bukan,jika hasil skrining positif pasien akan ditangani di isolasi IGD Covid sehingga jumlah pasien cedera kepala yang dirawat di ruang IGD non Covid berkurang.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Pada bab ini peneliti akan mengemukakan kesimpulan dari hasil pembahasan sebelumnya, serta memberikan saran kepada beberapa pihak agar dapat dijadikan acuan untuk perkembangan bidang keilmuan, khususnya keperawatan.

1. Hasil Analisa didapatkan satu kasus kelolaan yaitu Tn.T dengan diagnosa medis cedera kepala ringan. Masalah keperawatan yang ditemukan pada kasus kelolaan meliputi: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan cedera kepala, dan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Intervensi inovasi yang diberikan berupa pengaturan posisi head up 30 derajat yang merupakan posisi menaikkan kepala dari tempat tidur dengan sudut sekitar 30 derajat dan posisi badan sejajar dengan kaki. Posisi head up 30 derajat memiliki manfaat untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien cedera kepala. Selain itu posisi tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak. Setelah dilakukan intervensi posisi head up 30 derajat terlihat bahwa tingkat kesadaran GCS dan Tanda-tanda vital klien tetap berada dalam keadaan normal. Hal ini membuktikan bahwa terdapat pengaruh pengaturan posisi head up 30 derajat terhadap tingkat kesadaran GCS pada pasien cedera kepala.

5.2 Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan atau sumber informasi serta dasar pengetahuan bagi para mahasiswa khususnya di bidang keperawatan tentang intervensi pengaturan posisi head 30 derajat pada pasien cedera kepala.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan menjadi landasan yang kuat untuk penelitian-penelitian selanjutnya yang terkait. Saran untuk peneliti selanjutnya agar meneliti mengenai pelaksanaan posisi head up 30 derajat pada pasien cedera kepala.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan pasien cedera kepala di RSUD Biak khususnya di Ruang IGD.

4. Bagi Profesi Perawat

Hasil Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN) ini diharapkan dapat meningkatkan Asuhan Keperawatan pasien cedera kepala secara lebih komperensif

DAFTAR PUSTAKA

Aditya Nugroho, Beni & Martono, Martono. (2018). Pemenuhan Oksigenasi Otak

Arif Hendra Kusuma, Atika Dhiah Anggraeni / Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan
Vol.10 No.2 (2019) 417-422 Melalui Posisi Elevasi Kepala Pada Pasien Stroke
Hemoragik

Batticaca (2008). Asuhan Keperawatan Pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan.
Jakarta: Salemba Medika.

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI. (2013).
Riset Kesehatan Dasar 2013 (RISKESDAS 2013). [www.depkes.go.id/resources/
download/general/Hasil%20Riskesda%202013 .pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskesda%202013.pdf).

Baheram, L. (2007). Cedera Kepala Pada Pejalan Kaki Dalam Kecelakaan Lalu Lintas
Yang Fatal. Majalah Kedokteran Bandung.

Brain Injury Association of America. (2006). Types of Brain Injury. [http://www.biausa.org
/pages/type of braininjury.html](http://www.biausa.org/pages/type%20of%20braininjury.html).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2007). Profil Kesehatan Republik
Indonesia. Jakarta: Depkes RI

Donges, M. E. (2010). Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman Untuk Perencanaan dan
Pendokumentasian Perawatan Pasien. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

Satyanegara . (2008). Ilmu Bedah Saraf Satyanegara. Jakarta : PT Gramedia Pustaka
Utama

Tim Pokja SDKI DPP PPNI.(2017).Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia.
Jakarta:DPP PPNI

Tim Pokja SIKI DPP PPNI.(2017).Standar Intervensi Keperawatan Indonesia.
Jakarta:DPP PPNI

Lampiran : Dokumentasi Pelaksanaan pengaturan posisi head Up 30°





