

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian Keperawatan

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dilakukan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar pada tanggal 12 – 30 April 2021. Pengkajian pada pasien pertama dan kedua yaitu Tn. S dan Tn. EA dilaksanakan pada tanggal 20 April 2021 pukul 06.30 WITA.

**Tabel 2**  
**Pengkajian Keperawatan Kasus Kelolaan Utama Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efetif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**

Kasus I		Kasus II	
Identitas Pasien		Identitas Pasien	
Nama	: Tn. S	Nama	: Tn.EA
Umur	: 35 tahun	Umur	: 58 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki	Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Pegawai swasta	Pekerjaan	: Pegawai swasta
Agama	: Hindu	Agama	: Hindu
Tanggal Masuk RS	: 20 April 2021	Tanggal Masuk RS	: 20 April 2021
Alasan Masuk	: Penurunan kesadaran	Alasan Masuk	: Penurunan kesadaran
Diagnosa Medis	: Cedera Kepala Berat	Diagnosa Medis	: Cedera Kepala Berat
Initial survey	: Unrespons	Initial survey	: Unrespons
Warna triage	: P1	Warna triage	: P1

<b>Kasus I</b>	<b>Kasus II</b>
Survei Primer dan Resusitasi	Survei Primer dan Resusitasi
a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal	a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal
Keadaan jalan nafas	Keadaan jalan nafas
Tingkat kesadaran : Stupor	Tingkat kesadaran : Stupor
Pernafasan : Spontan	Pernafasan : Spontan
Upaya bernafas : Ada	Upaya bernafas : Ada
Benda asing di jalan nafas : Ada, cairan	Benda asing di jalan nafas : Ada, cairan
Bunyi nafas : Gurgling	Bunyi nafas : Gurgling
Hembusan nafas : Dangkal	Hembusan nafas : Dangkal
b. <i>Breathing</i>	b. <i>Breathing</i>
Fungsi pernafasan	Fungsi pernafasan
Jenis Pernafasan : Takipnea	Jenis Pernafasan : Dispnea
Frekwensi Pernafasan: 24x/menit	Frekwensi Pernafasan: 16x/menit
Retraksi Otot bantu nafas: Ada	Retraksi Otot bantu nafas: Ada
Retraksi Otot bantu nafas: Ada	Kelainan dinding thoraks : Simetris, tidak ada jejas
Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris	Bunyi nafas : Gurgling
Bunyi nafas : Gurgling	Hembusan nafas : Dangkal
Hembusan nafas : Dangkal	c. <i>Circulation</i>
c. <i>Circulation</i>	Keadaan sirkulasi
Keadaan sirkulasi	Tingkat kesadaran : Stupor
Tingkat kesadaran : Stupor	Perdarahan (internal/eksternal): Terdapat perdarahan pada telinga kiri dan kepala
Perdarahan (internal/eksternal): Ada pada kepala	Kapilari Refill : <2 detik
Kapilari Refill : <2 detik	Tekanan darah : 167/76 mmHg
Tekanan darah : 140/100 mmHg	Nadi radial/carotis : 124x/menit
Nadi radial/carotis : 88x/menit	Akral perifer : Hangat
Akral perifer : Hangat	d. <i>Disability</i>
	Pemeriksaan Neurologis:
	GCS : E <sub>1</sub> V <sub>1</sub> M <sub>4</sub> : 6
	Reflex fisiologis : Terganggu

Kasus I	Kasus II
d. <i>Disability</i>	Reflex patologis : Tidak ada
Pemeriksaan Neurologis:	Kekuatan otot : 333 333
GCS : E <sub>1</sub> V <sub>1</sub> M <sub>4</sub> : 6	— —
Reflex fisiologis : Terganggu	333 333
Reflex patologis : Tidak ada	
Kekuatan otot : 333 333	
— —	
333 333	
Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder	Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder
1. Riwayat Kesehatan	1. Riwayat Kesehatan
a. RKD	a. RKD
Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus dan alergi.	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki masalah kesehatan tensi tinggi
b. RKS	b. RKS
Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani pada tanggal 20 April 2021 pukul 06.30 WITA, setelah mengalami kecelakaan lalu lintas menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di Pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala	Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani tanggal 20 April 2021 pukul 06.30 WITA setelah mengalami kecelakaan lalu lintas, menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan. Tingkat kesadaran stupor, GCS:6 E <sub>1</sub> V <sub>1</sub> M <sub>4</sub> , CRT < 2 detik, TD : 167/76 mmHg, S : 36,6 <sup>o</sup> C, RR : 16x/menit, N : 124x/menit, SaO <sub>2</sub> : 85%, perdarahan : (+).

Kasus I	Kasus II
<p>terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan. Keadaan umum : lemah, kesadaran stupor, GCS:6 E<sub>1</sub>V<sub>1</sub>M<sub>4</sub>, CRT &lt; 2detik, SaO<sub>2</sub> : 88%, TD: 140/100mmHg, N: 88x/menit, S: 36,5°C, RR: 24x/menit. Perdarahan: +. Diagnose medis saat ini Cedera Kepala Berat.</p> <p>c. RKK</p> <p>Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi, diabetes mellitus maupun penyakit menular.</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma</p> <p>Pasien mengalami trauma kecelakaan lalu lintas menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di Pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan.</p> <p>3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)</p> <p>a. Kepala : Normocephal</p> <p>Kulit kepala :</p> <p>Terdapat lesi, hematoma (+), warna rambut hitam</p> <p>Mata :</p> <p>Bentuk mata simetris, konjungtiva</p>	<p>Diagnose medis saat ini Cedera Kepala Berat.</p> <p>c. RKK</p> <p>Keluarga pasien mengatakan ada dari orangtua pasien yang memiliki riwayat kesehatan yaitu riwayat hipertensi di dalam keluarganya</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma</p> <p>Pasien mengalami trauma kecelakaan lalu lintas menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di Pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan.</p> <p>3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)</p> <p>a. Kepala : Normocephal</p> <p>Kulit kepala :</p> <p>Terdapat lesi, hematoma (+), warna rambut hitam</p> <p>Mata :</p> <p>Bentuk mata simetris, konjungtiva</p>

<b>Kasus I</b>	<b>Kasus II</b>
<p>terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan.</p> <p>3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)</p> <p>a. Kepala :</p> <p>Normocephal</p> <p>Kulit kepala :</p> <p>Terdapat lesi, hematoma (+), warna rambut hitam</p> <p>Mata :</p> <p>Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera putih, pupil anisokor</p> <p>Telinga :</p> <p>Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi.</p> <p>Hidung :</p> <p>Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.</p> <p>Mulut dan gigi :</p> <p>Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.</p> <p>Wajah :</p> <p>Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan dan terdapat luka lecet region pipi hematoma.</p>	<p>anemis, sklera putih, mata sebelah kiri tampak lebam dan edema, pupil anisokor</p> <p>Telinga :</p> <p>Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, terdapat perdarahan pada telinga kiri.</p> <p>Hidung :</p> <p>Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.</p> <p>Mulut dan gigi :</p> <p>Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi tidak lengkap (gigi tampak lepas pada m3 dan m2), tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.</p> <p>Wajah :</p> <p>Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema, hematoma (+), lesi (+)</p> <p>b. Leher :</p> <p>Bentuk leher normal, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat nyeri tekan dan nadi karotis teraba.</p> <p>c. Dada/ thoraks :</p> <p>Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan</p> <p>Paru-paru</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan.</p>

<b>Kasus I</b>	<b>Kasus II</b>
<p>b. Leher :</p> <p>Bentuk leher normal, tidak tampak adanya pembengkakan, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, tidak terdapat nyeri tekan dan nadi karotis teraba.</p>	<p>Palpasi :</p> <p>Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Sonor</p> <p>Auskultasi : Vesikuler +/+ ,</p> <p>Ronchi +/+</p> <p>Jantung</p>
<p>c. Dada/ thoraks :</p> <p>Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan</p> <p>Paru-paru</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan.</p> <p>Palpasi :</p> <p>Tidak terdapat nyeri tekan</p> <p>Perkusi : Sonor</p> <p>Auskultasi :</p> <p>Vesikuler +/+, Ronchi +/+</p> <p>Jantung</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Gerak dada simetris</p> <p>Palpasi :</p> <p>Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung.</p> <p>Perkusi : normal</p> <p>Auskultasi :</p> <p>Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)</p>	<p>Inspeksi :</p> <p>Gerak dada simetris</p> <p>Palpasi :</p> <p>Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung.</p> <p>Perkusi : normal</p> <p>Auskultasi :</p> <p>Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)</p>
<p>d. Abdomen</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.</p> <p>Palpasi :</p> <p>Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)</p> <p>Perkusi : Timpani</p> <p>Auskultasi : Bising usus (+)</p>	<p>d. Abdomen</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.</p> <p>Palpasi :</p> <p>Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)</p> <p>Perkusi : Timpani</p> <p>Auskultasi : Bising usus (+)</p>
<p>e. Pelvis</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk pelvis simetris</p> <p>Palpasi :</p> <p>Tidak terdapat nyeri tekan</p>	<p>e. Pelvis</p> <p>Inspeksi :</p> <p>Bentuk pelvis simetris</p> <p>Palpasi :</p> <p>Tidak terdapat nyeri tekan</p>
<p>f. Perineum&amp;rektum : Tidak dikaji</p>	<p>f. Perineum&amp;rektum : Tidak dikaji</p>
<p>g. Genitalia : Tidak dikaji</p>	<p>g. Genitalia : Tidak dikaji</p>
<p>h. Ekstremitas</p> <p>Status sirkulasi : CRT &lt;2detik</p> <p>Keadaan injury : Tidak ada</p>	<p>h. Ekstremitas</p> <p>Status sirkulasi : CRT &lt;2detik</p> <p>Keadaan injury : Tidak ada</p>
<p>i. Neurologis</p> <p>Fungsi sensorik : Terganggu</p>	<p>i. Neurologis</p> <p>Fungsi sensorik : Terganggu</p>

<b>Kasus I</b>	<b>Kasus II</b>
Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)	Fungsi motorik :Mengalami kelemahan pada ekstremitas
Perkusi : Timpani	
Auskultasi : Bising usus (+)	
e. Pelvis	
Inspeksi : Bentuk pelvis simetris	
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	
f. Perineum&rektum : Tidak dikaji	
g. Genitalia : Tidak dikaji	
h. Ekstremitas	
Status sirkulasi : CRT <2detik	
Keadaan injury : Tidak ada	
i. Neurologis	
Fungsi sensorik : Terganggu	
Fungsi motorik :Mengalami kelemahan pada ekstremitas	
<hr/>	
Pemeriksaan Laboratorium	Pemeriksaan Laboratorium
Hematologi	Hematologi
Darah Lengkap	Darah Lengkap
Trombosit (PLT) : 300 10 <sup>3</sup> /uL	Trombosit (PLT) : 232 10 <sup>3</sup> /uL
PCT : 0.300 %	PCT : 0.201 %
MCV : 86,3 fL	MCV : 91,7 fL
MCHC : 32,3 g/dL	MCHC : 32,5 g/dL
MCH : 37,9 Pg	MCH : 29,8 Pg
Leukosit (WBC) : 19,04 10 <sup>3</sup> /uL	Leukosit (WBC) : 12,08 10 <sup>3</sup> /uL
Hemoglobin (HGB) : 14.7 g/dL	Hemoglobin (HGB) : 15.3 g/dL
Hematocrit (HCT) : 38,1 %	Hematocrit (HCT) : 47,1 %
Eritrosit (RBC) : 5.29 10 <sup>6</sup> /uL	Eritrosit (RBC) : 5.14 10 <sup>6</sup> /uL
<hr/>	

<b>Kasus I</b>	<b>Kasus II</b>
<p>Hasil Pemeriksaan Diagnostik</p> <p>CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras:</p> <p>Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan</p> <p>System ventrikel dan cysterna tampak normal</p> <p>Sulci dan gyri tampak normal</p> <p>Tidak tampak deviasi midline struktur</p> <p>Pons dan cerebellum tampak normal</p> <p>Tak tampak kalsifikasi abnormal</p> <p>Orbita dan mastoid tampak baik</p> <p>Tampak fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus</p> <p>Tampak scalp hematom frontalis kiri</p> <p>Kesan :</p> <p>Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporalis kanan</p> <p>Fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus</p> <p>Scalp hematom frontalis kiri</p>	<p>Hasil Pemeriksaan Diagnostik</p> <p>CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras:</p> <p>Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan</p> <p>Perdarahan kurang lebih 5-6 cc</p> <p>Intracerebral hematoma</p> <p>System ventrikel dan cysterna tampak normal</p> <p>Sulci dan gyri tampak normal</p> <p>Tidak tampak deviasi midline struktur</p> <p>Pons dan cerebellum tampak normal</p> <p>Tak tampak kalsifikasi abnormal</p> <p>Orbita dan mastoid tampak baik</p> <p>Kesan :</p> <p>Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporalis kanan</p>
<p>Terapi Dokter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. IVFD NaCl 0,9%</li> <li>b. Paracetamol flash</li> <li>c. Ranitidine 1 ampul</li> <li>d. Ondansentron 1 ampul</li> <li>e. Citicolin 500mg</li> <li>f. Manitol 200cc dalam 100cc NaCl</li> </ol>	<p>Terapi Dokter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. IVFD NaCl 0.9 % 20 tpm</li> <li>b. Oksigen NRM 10 lpm</li> <li>c. Paracetamol 1g IV</li> <li>d. Citicolin 500 mg IV</li> <li>e. Ranitidine 1 amp IV</li> <li>f. Ondansentron 1 amp IV</li> <li>g. Pemasangan intubasi</li> <li>h. Medazolam 10 Amp drip kecepatan</li> </ol>



Kasus I	Kasus II
g. habis dalam 15 menit Monitor @ 6 jam: masuk 100cc @15 menit @6 jam Bila TD <100 stop manitol	5mg/jam i. Manitol 200 cc dalam 100 cc habis dalam 15 menit
h. Piracetam 12gr IV	j. Skin tes Ceftriaxone
i. Metamizole 3x1 ampul	k. Metamizol 1 amp
j. Ceftriaxone 2x1 gram	l. Ceftriaxone 1 gram
k. Sungkup Oksigen 6 lpm	

## B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Kasus I dan Kasus II didapatkan data fokus pengkajian berupa data subjektif dan objektif dan perumusan analisis masalah sebagai berikut:

**Tabel 3**  
**Analisis Masalah Keperawatan Kasus I Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**

Data Fokus	Analisis Masalah	Masalah
Data Subjektif : -	Kecelakaan, benturan, pukulan, terkena peluru/benda tajam, trauma persalinan	<b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b>
Data Objektif : Faktor risiko dan kondisi klinis terkait yaitu cedera kepala	↓ Trauma kepala akibat deselerasi, akselerasi, coup- contrecoup ↓ Fraktur tulang tengkorak Ruptur pembuluh darah ↓	

<b>Data Fokus</b>	<b>Analisis Masalah</b>	<b>Masalah</b>
	Perdarahan intracranial, hematoma ↓ Peningkatan tekanan intrakranial ↓ Tekanan perfusi serebral menurun ↓ <b>Risiko perfusi serebral            tidak efektif</b>	

**Tabel 4**  
**Analisis Masalah Keperawatan Kasus I Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**

<b>Data Fokus</b>	<b>Analisis Masalah</b>	<b>Masalah</b>
Data Subjektif : -	Kecelakaan, benturan, pukulan, terkena peluru/benda tajam, trauma persalinan ↓	<b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b>
Data Objektif : Faktor risiko dan kondisi klinis terkait yaitu cedera kepala	Trauma kepala akibat deselerasi, akselerasi, coup- contrecoup ↓ Fraktur tulang tengkorak Ruptur pembuluh darah ↓ Perdarahan intracranial, hematoma ↓	

Data Fokus	Analisis Masalah	Masalah
	Peningkatan tekanan intrakranial ↓ Tekanan perfusi serebral menurun ↓ <b>Risiko perfusi serebral tidak efektif</b>	

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas dapat disimpulkan bahwa masalah yang terjadi pada pasien kasus I dan Kasus II yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif. Diagnosis keperawatan berdasarkan hasil analisis masalah pada kasus I dan II dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Kasus I : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan cedera kepala.
2. Kasus II : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan cedera kepala.

### C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan disusun sesuai dengan standar intervensi keperawatan Indonesia dengan label manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Manajemen peningkatan tekanan intrakranial adalah mengidentifikasi dan mengelola peningkatan tekanan dalam rongga kranial. Adapun intervensi keperawatan yang disusun untuk mengatasi diagnosis

keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif pada kedua kasus kelolaan utama adalah sebagai berikut:

**Tabel 5**  
**Rencana Keperawatan Kasus I dan II Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala  Kondisi Klinis Terkait : 1. Cedera kepala	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x2 jam diharapkan Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Nilai rata-rata tekanan darah membaik 5. Kesadaran membaik 6. Tekanan darah sistolik membaik 7. Tekanan darah diastolik membaik	<b>Intervensi Utama: Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194) Observasi</b>  1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP ( <i>Mean Arterial Pressure</i> ) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan pasien  <b>Terapeutik</b> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Berikan posisi semi <i>Fowler</i>

Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
		<i>Kolaborasi</i>
		1. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu


(PPNI, 2016),(PPNI, 2018a),(PPNI, 2018b)



#### D. Implementasi Keperawatan





Implementasi dilakukan pada pasien kasus I dan kasus II sesuai dengan intervensi keperawatan dari diagnosis yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan pedoman SIKI dengan label Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x 2 jam diharapkan perfusi serebral meningkat sesuai dengan kriteria hasil pedoman SLKI .






**Tabel 6**

**Implementasi Keperawatan Kasus I Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**


Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
20/4/21 06.30 WITA	Memonitor TTV, SaO <sub>2</sub> dan keluhan utama pasien Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Memonitor MAP	DS : - DO : 1. Wajah pasien tampak pucat dan gelisah 2. Keadaan umum: lemah 3. Tingkat kesadaran: Stupor 4. Pasien mengalami penurunan kesadaran	

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		akibat kecelakaan lalu lintas dengan GCS (E <sub>1</sub> V <sub>1</sub> M <sub>4</sub> ) 5. Pasien tampak sesak sulit bernapas 6. Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasa 7. Pasien terpasang sungkup 6 liter/menit 8. CRT <2detik 9. Akral Hangat 10. SaO <sub>2</sub> : 88% 11. MAP= $140+(2.100)/3=$ 113mmHg 12. Terdapat luka pada kepala pasien 13. Hasil TTV : TD :140/100 mmHg N :88x/menit, S :36,5°C, RR :24x/menit.	
06.32 WITA	Melaksanakan tindakan memasang neck collar Memberikan posisi <i>head up</i> 30°	DS: - DO: Pasien berbaring dengan posisi <i>head up</i> 30°	
06.3 WITA	Memonitor status pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola napas dan adanya produksi sputum) Memonitor bunyi napas Memberikan O <sub>2</sub> sesuai indikasi Memonitor kecepatan aliran o	DS : - DO: Pasien tampak sesak, pola napas abnormal (takipnea) dengan frekuensi 24x/menit, suara napas tambahan	


Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
	oksigen Memonitor efektifitas pemberian O <sub>2</sub> (Saturasi Oksigen)	ronchi +/+, terdapat cairan pada mulut pasien, Sungkup O <sub>2</sub> dengan 6 lpm, saturasi meningkat 98%, aliran oksigen lancar	
06.35 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus dan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium dan swab antigen	DS : - DO: Pasien tampak gelisah. Terpasang infus ditangan kiri, infus NaCl netes lancar, sampel lab dan sampel swab antigen dikirim ke laboratorium.	
06.36 WITA	Melakukan perawatan luka pada bagian kepala dan kaki	DS : - DO: Luka telah dibersihkan, tidak ada tanda dan gejala infeksi	
06.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Paracetamol 1 flash, Ranitidine 1 amp, Ondacentron 1 amp, Citicolin 500mg	DS : - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	
06.50 WITA	Memasang bed site monitor Menyediakan lingkungan yang tenang	DS : - DO: Pasien terpasang bedsite monitor. Pasien tampak gelisah. Lingkungan pasien tenang.	



Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan	Paraf
06.55 WITA	Melakukan suction untuk membersihkan secret	DS : - DO: Sekret sudah dibersihkan	
07.00 WITA	Kolaborasi pemeriksaan CT-Scan	DS : - DO : Tunggu hasil.	
07.10 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan pemasangan dower kateter Memonitor urine output pasien	DS: - DO: Dower kateter terpasang Urine output 100ml	
07.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Manitol 200cc dalam 100cc NaCl habis dalam 15 menit, Metamizole 1 amp, skin test Ceftriaxone, Citalopram 1 amp	DS : - DO: Obat telah masuk, tidak ada reaksi alergi.	
08.00 WITA	Memonitor hasil pemeriksaan CT-Scan Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Ceftriaxone 1 gram	DS : - DO: Hasil pemeriksaan CT-Scan: Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporoparietalis kanan Fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus Scalp hematoma frontalis kiri Obat telah masuk, tidak ada reaksi alergi.	












Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan	Paraf
08.30 WITA	Memantau tanda vital pasien dan saturasi oksigen	DS :- DO: Hasil TTV : TD:128/75mmHg N:90x/menit S:36,5°C RR:18x/menit SaO <sub>2</sub> : 100%	



**Tabel 7**  
**Implementasi Keperawatan Kasus II Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**


Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
20/4/21 06.30 WITA	Memonitor TTV, SaO <sub>2</sub> dan keluhan utama pasien Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK Memonitor MAP	DS :- DO : 1. Wajah pasien tampak pucat dan gelisah 2. Keadaan umum : lemah 3. Tingkat kesadaran Stupor 4. Pasien mengalami penurunan kesadaran akibat kecelakaan lalu lintas dengan GCS : E1 V1 M4 (6) 5. Pasien tampak sesak sulit bernapas 6. Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan	

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		7. Pasien terpasang sungkup NRM 10 lpm 8. CRT < 2 detik 9. Akral hangat MAP= $167+(2.76)/3=$ 106mmHg 10. Pasien sempat mengalami kejang 11. Terdapat luka pada kepala, keluar darah pada telinga dan edema lebam pada mata pasien 12. Hasil TTV : TD : 167/76 mmhg S : 36,6 <sup>0</sup> C – RR : 16 x/menit – N : 124x/menit – SaO <sub>2</sub> : 85 %	
06.32 WITA	Melaksanakan tindakan memasang neck collar Memberikan posisi <i>head up</i> 30 <sup>0</sup>	DS: - DO: Pasien berbaring dengan posisi <i>head up</i> 30 <sup>0</sup>	
06.34 WITA	Memonitor status pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola napas dan adanya produksi sputum) Memonitor bunyi napas Memberikan O <sub>2</sub> sesuai indikasi Memonitor kecepatan aliran oksigen Memonitor efektifitas	DS:- DO: Pasien tampak sesak, pola napas abnormal (bradipnea) dengan frekuensi 18 x/menit, suara napas tambahan ronchi +/+, terdapat cairan keluar dari mulut	

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan	Paraf
	pemberian O <sub>2</sub> (Saturasi Oksigen)	pasien terpasang face mask NRM dengan 10 lpm saturasi meningkat 98 %	
06.35 WITA	Melakukan tindakan pemasangan infus dan pengambilan sampel pemeriksaan laboratorium dan swab antigen	DS : - DO: Pasien tampak gelisah. Terpasang infus ditangan kiri, infus RL 20 tpm pada tangan kiri, infus netes lancar, sampel lab dan sampel swab antigen dikirim ke laboratorium.	
06.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Paracetamol 1 flash, Ranitidine 1 amp, Ondancentron 1 amp, Citicolin 500mg	DS:- DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	
06.50 WITA	Memasang bed site monitor Menyediakan lingkungan yang tenang	DS:- DO: Pasien terpasang bedsite monitor. Pasien tampak gelisah. Lingkungan pasien tenang	
07.00 WITA	Kolaborasi pemeriksaan CT-Scan	DS :- DO : Tunggu hasil.	
07.10 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan pemasangan dower kateter Memonitor urine output pasien	DS: - DO: Dower kateter terpasang Urine output 200ml	

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan	Paraf
07.15 WITA	Memonitor status penapasan (Frekuensi, irama, kedalaman, pola napas, dan adanya produksi sputum Memonitor bunyi napas dan SaO <sub>2</sub> )	DS : - DO: Pasien mengalami gagal napas, dilakukan suction, terdapat secret ± 10cc, SaO <sub>2</sub> ; 80 % Konsul dokter anastesi untuk pemasangan intubasi, intubasi terpasang	
07.20 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Medazolam 10 amp drip kecepatan 5 mg/jam Melaksanakan kolaborasi tindakan intubasi pemasangan ETT	DS:- DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi. Pasien terpasang intubasi in line position dengan regimen fentanyll 150mcg, atracurium 50 mg, midazolam 5 mg Pasien terpasang ETT no 7.5 cuffed kedalaman 21 cm	
07.25 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Manitol 200cc dalam 100cc NaCl habis dalam 15 menit, Metamizole 1 amp, skin test Ceftriaxone, Citicoline 1 amp	DS: - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	
07.40 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien: Ceftriaxone 1 gram	DS: - DO: Terapi obat diberikan, tidak ada reaksi alergi.	


Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan	Paraf
08.00 WITA	Melakukan suction untuk membersihkan secret	DS:- DO: Sekret sudah dibersihkan	
08.10 WITA	Memonitor hasil pemeriksaan CT-Scan	DS: - DO: Scan: CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras: Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan Perdarahan kurang lebih 5-6 cc Intracerebral hematoma System ventrikel dan cisterna tampak normal Sulci dan gyri tampak normal Tidak tampak deviasi midline struktur Pons dan cerebellum tampak normal Tak tampak kalsifikasi abnormal Oribta dan mastoid tampak baik Kesan : Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan	

Tanggal/jam	Implementasi	Evaluasi keperawatan	Paraf
08.30 WITA	Memonitor TTV dan SaO <sub>2</sub> post Intubasi	DS:- DO: Hasil TTV : TD:130/70mmHg N:98x/menit S:36,5°c RR:18x/menit SaO <sub>2</sub> : 98%	

### E. Evaluasi Keperawatan


Evaluasi keperawatan berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 2 jam pada pasien kasus I dan kasus II adalah sebagai berikut:

**Tabel 8**  
**Evaluasi Keperawatan Kasus I Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	20 April 2021 11.30 WITA	<b>Diagnosis Keperawatan: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</b> <i>Subjective :</i> - <i>Objective :</i> Tingkat kesadaran menurun: Stupor dengan GCS: 6 (E:1 V:1 M:4) Tekanan intrakranial cukup menurun: MAP: 93 mmHg Sakit kepala cukup menurun Gelisah cukup menurun Nilai rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolik membaik: TD:128/75mmHg	

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		<p><b>Assesment :</b> Perfusi Serebral cukup meningkat</p> <p><b>Planning :</b> Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li> <li>Monitor MAP (<i>Men Arterial Pressure</i>)</li> <li>Berikan posisi <i>head up 30<sup>0</sup></i></li> <li>Monitor status pernapasan</li> </ol>	

**Tabel 9**  
**Evaluasi Keperawatan Kasus II Pasien Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Cedera Kepala Berat di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021**

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	20 April 2021 11.30 WITA	<p><b>Diagnosis Keperawatan: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</b></p> <p><b>Subjective :</b> -</p> <p><b>Objective :</b> Tingkat kesadaran menurun: Stupor dengan GCS: 6 (E:1 V:1 M:4) Tekanan intrakranial cukup menurun: MAP: 90 mmHg Sakit kepala cukup menurun Gelisah cukup menurun Nilai rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolik membaik TD:130/70mmHg</p> <p><b>Assesment :</b> Perfusi Serebral cukup meningkat</p>	

No	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
		<b><i>Planning :</i></b> Lanjutkan intervensi : <ol style="list-style-type: none"><li>Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</li><li>Monitor MAP (<i>Men Arterial Pressure</i>)</li><li>Berikan posisi <i>head up</i> 30<sup>0</sup></li><li>Monitor status pernapasan</li></ol>	