

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada tahap ini penulis menjelaskan mengenai hasil studi kasus terhadap kedua pasien kelolaan, yang dijelaskan berdasarkan lima proses keperawatan dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan evaluasi keperawatan. Berikut merupakan hasil studi kasus asuhan keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif pada pasien cedera kepala sedang di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar pada tanggal 12 – 30 April 2021.

#### A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan yang menyangkut data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosis keperawatan dengan tepat yang benar. Dalam studi kasus ini, Pengkajian pada kasus pertama yaitu Tn. KT dilakukan tanggal 19 April 2021 pukul 18.30 WITA. Sedangkan pengkajian pada kasus kedua yaitu Tn. PS dilakukan tanggal 21 April 2021 pukul 14.00 WITA.

**Tabel 3.1**  
**Pengkajian Identitas Kasus 1 Tn. KT dan Kasus 2 Tn. PS dengan**  
**Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS**  
**di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

<b>Pengkajian</b>	<b>Kasus 1</b> <b>Tn. KT</b>	<b>Kasus 2</b> <b>Tn. PS</b>
Identitas pasien	Pasien dengan identitas Tn. KT berusia 81 tahun, berjenis kelamin laki-laki,	Pasien dengan identitas Tn. PS berusia 62 tahun, berjenis kelamin laki-laki,

pasien sudah tidak bekerja sebagai petani, pasien menganut agama Hindu, beralamat di Tulikup datang ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar diantar oleh keluarga dengan keluhan utama pasien mengalami penurunan kesadaran. Pada penilaian triase pasien kejang dirumah. Pada tergolong dalam prioritas penilaian triase pasien kedua. tergolong dalam prioritas kedua.

**Tabel 3.2**  
**Pengkajian *Primary Survey* Kasus 1 Tn. KT dan Kasus 2 Tn. PS dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

Pengkajian	Kasus 1 Tn. KT	Kasus 2 Tn. PS
<i>Airway</i>	Pada pengkajian jalan napas tidak ditemukan adanya cairan pada jalan nafas ( <i>clear</i> ), tidak terdapat suara napas tambahan	Pada pengkajian jalan napas tidak ditemukan adanya cairan pada jalan nafas ( <i>clear</i> ), tidak terdapat suara napas tambahan
<i>Breathing</i>	Pada pengkajian fungsi pernapasan, jenis pernapasan pasien normal, RR : 18 x/menit, SpO <sub>2</sub> : 93 %, tidak ditemukan adanya retraksi otot bantu nafas, tidak ada bunyi napas tambahan, pergerakan dinding thoraks simetris, dan hembusan napas terasa lemah	Pada pengkajian fungsi pernapasan, jenis pernapasan pasien normal, RR : 16 x/menit, SpO <sub>2</sub> : 90 %, tidak ditemukan adanya retraksi otot bantu nafas, tidak ada bunyi napas tambahan, pergerakan dinding thoraks simetris, dan hembusan napas terasa lemah

<i>Circulation</i>	Keadaan sirkulasi yaitu dengan tingkat kesadaran somnolen, terdapat perdarahan internal berupa intrakranial hematoma, CRT < 2 detik, tekanan darah 170/100 mmHg, nadi 120 x/menit, akral teraba hangat	Keadaan sirkulasi yaitu dengan tingkat kesadaran somnolen, terdapat perdarahan internal berupa epidural hematoma, CRT < 2 detik, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 88 x/menit, akral teraba hangat
<i>Disability</i>	GCS E <sub>2</sub> V <sub>3</sub> M <sub>5</sub> : 10, kekuatan otot pada ekstremitas kanan dan kiri, atas dan bawah yaitu 4	GCS : E <sub>3</sub> V <sub>3</sub> M <sub>4</sub> : 10, kekuatan otot pada ekstremitas kanan dan kiri, atas dan bawah yaitu 3
<i>Exposure</i>	Suhu kulit pasien teraba hangat dengan suhu tubuh 36,2 °C	Suhu kulit pasien teraba hangat dengan suhu tubuh 36 °C

**Tabel 3.3**  
**Pengkajian *Secondary Survey* Kasus 1 Tn. KT dan Kasus 2 Tn. PS dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

<b>Pengkajian</b>	<b>Kasus 1 Tn. KT</b>	<b>Kasus 2 Tn. PS</b>
Pemeriksaan Fisik Wajah dan Kepala	Bentuk kepala <i>Normocephale</i> , kulit kepala tampak balutan luka pada kepala bagian depan kanan. pupil mata isokor, sklera tidak ikterik, Telinga simetris tidak ada kelainan, Hidung tidak ada secret maupun polip, mukosa bibir kering, mulut bersih dan gigi lengkap. Bentuk wajah simetris dan tampak balutan luka pada kepala bagian depan kanan.	Bentuk kepala <i>Normocephale</i> , kulit kepalatampak ada hematoma, pupil mata isokor, sklera tidak ikterik, Telinga simetris tidak ada kelainan, Hidung tidak ada secret maupun polip, mukosa bibir kering, mulut bersih dan gigi lengkap. Bentuk wajah simetris dan tidak ada kelainan.
Hasil Pemeriksaan Diagnostik CT-Scan	Terdapat <i>intracerebral hemorrhage</i> .	<i>Epi Dural Haemorrhage di regio frontalis kiri</i>

		<i>Sub Dural Haemorrhage di regio temporal kiri</i> <i>Sub Aracnoid Haemorrhage di parieto-occipital kanan kiri</i> <i>Edema cerebri</i>
--	--	--

## B. Diagnosis Keperawatan

Hasil pengamatan yang dilakukan pada bagian diagnosis keperawatan yang telah didokumentasikan dalam pemberian asuhan keperawatan pada kedua kasus kelolaan yaitu pada kasus Tn. KT (kasus 1) dan Tn. PS (kasus 2). Diagnosis yang ditegakkan pada kedua pasien disajikan sebagai berikut :

**Tabel 3.4**  
**Data Diagnosis Keperawatan Kasus 1 Tn. KT dan Kasus 2 Tn. PS dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

<b>Komponen Diagnosis</b>	<b>Kasus 1 (Tn.KT)</b>	<b>Kasus 2 (Tn.PS)</b>
Problem (P)	Risiko perfusi serebral tidak efektif	Risiko perfusi serebral tidak efektif
Etiologi (E)	Cedera kepala dengan GCS 10	Cedera kepala dengan GCS 10

Data pada tabel 3.4 di atas kasus 1 (Tn. KT) dan kasus 2 (Tn. PS), kedua pasien ini memiliki perumusan diagnosis keperawatan yang sama yaitu menggunakan komponen P (*problem*) dan E (*etiology*). Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka diagnosis keperawatan dapat dirumuskan yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala.

### C. Rencana Keperawatan

**Tabel 3.5**  
**Rencana Keperawatan Kasus 1 Tn. KT dan Kasus 2 Tn. PS dengan**  
**Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS**  
**di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam maka <b>Perfusi Serebral Meningkat</b> dengan kriteria hasil : ✓ Tingkat kesadaran meningkat (5)	<b>Manajemen Intrakranial</b> <i>Observasi</i> ✓ Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) ✓ Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)
✓ <b>Cedera kepala</b>	✓ Tekanan arteri rata-rata membaik (5) ✓ Tekanan intra kranial membaik (5) ✓ Tekanan darah sistolik membaik (5) ✓ Tekanan darah diastolik membaik (5)	✓ Monitor MAP (Mean arterial pressure) <i>Terapeutik</i> ✓ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ✓ Berikan posisi semi fowler (Berdasarkan intervensi inovasi berupa <i>head up</i> 30 derajat) <i>Kolaborasi</i> ✓ Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu ✓ Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
Kondisi Klinis Terkait		<b>Pemantauan Tekanan Intrakranial</b> <i>Observasi</i> ✓ Monitor peningkatan TD

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)</li> <li>✓ Monitor penurunan tingkat kesadaran</li> </ul> <p><i>Terapeutik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li> <li>✓ Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p><i>Edukasi</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> </ul>
--

---

#### D. Implementasi Keperawatan

**Tabel 3.6**  
**Implementasi Kasus 1 Tn. KT dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

No	Tanggal/ Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1	19/04/2021 18.30 WITA	1	Memonitor penurunan tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri ( <i>pain</i> ), GCS : E <sub>3</sub> V <sub>2</sub> M <sub>5</sub> (10), tingkat kesadaran somnolen	
			Memberikan posisi <i>head up</i> 30 derajat	Ds : - Do : Pasien sudah tampak dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	
			Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 170/100 mmHg N : 120 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 °C	

---

SpO2 : 93 %				
			Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian oksigen (O <sub>2</sub> ) melalui <i>Non Rebreathing Mask</i> (NRM) 10 lpm	Ds :- Do : Pasien tampak terpasang O <sub>2</sub> melalui NRM 10 lpm
			Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds :- Do : Hasil : MAP : 123 mmHg Selisih TDS dan TDD : 70 mmHg
2	18.35 WITA	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemasangan infus tpm dan pengambilan sampel darah serta pengambilan SARS-CoV-2-Antigen Test	Ds :- Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah terpasang pada tangan kanan, tetesan infus lancar, sampel darah dan SARS-CoV-2-Antigen Test sudah diambil
3	18.40 WITA	1	Melakukan tindakan pemasangan <i>bed site</i> monitor	Ds :- Do : <i>Bed site</i> monitor sudah tampak terpasang pada pasien
4	18.45 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds :- Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 170/90 mmHg N : 122 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO <sub>2</sub> : 100 %
5	18.47 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds :- Do : Hasil : MAP : 116 mmHg

				Selisih TDS dan TDD : 80 mmHg	
6	19.00 WITA	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian terapi obat diazepam 1 amp (IV)	Ds : - Do : Obat sudah diberikan melalui intravena dan tidak ada reaksi alergi serta pasien tidak kejang	
7	19.10 WITA	1	Mempertahankan posisi kepala dan leher pasien netral	Ds : - Do : Posisi kepala dan leher pasien tampak netal yaitu masih dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	
8	19.11 WITA	1	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pasien kepada keluarga	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak paham dan mengerti mengenai penjelasan perawat	
9	19.15 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 160/90 mmHg N : 118 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO <sub>2</sub> : 100 %	
10	19.17 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 113 mmHg Selisih TDS dan TDD : 70 mmHg	
11	19.20 WITA	1	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak mengerti dan pasien hanya di jaga oleh satu orang keluarganya.	

12	19.30 WITA	1	Memonitor tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri ( <i>pain</i> ), GCS : E <sub>3</sub> V <sub>3</sub> M <sub>5</sub> (11), tingkat kesadaran somnolen	
13	20.00 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 150/90 mmHg N : 100 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,1 °C SpO <sub>2</sub> : 100 %	
14	20.02 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 110 mmHg Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg	
15	20.05 WITA	1	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	Ds : - Do : Berdasarkan hasil bacaan CT-Scan pasien tampak mengalami <i>intracranial hemorrhage</i>	
16	20.10 WITA	1	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Ds : - Do : Tidak terjadi tanda/gejala peningkatan TIK	
17	20.25 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 150/90 mmHg N : 98 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO <sub>2</sub> : 100 %	

18	20.27	1	Memonitor MAP	Ds : -	
	WITA		Memonitor pelebaran tekanan nadi	Do : Hasil : MAP : 110 mmHg Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg	
19	20.29	1	Mendokumentasikan	Ds : -	
	WITA		hasil pemantauan pasien	Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan keperawatan	
20	20.30	1	Memberikan	Ds : Keluarga pasien	
	WITA		penjelasan kepada keluarga pasien agar menyetujui rencana merujuk pasien ke RSUP Sanglah untuk tindakan operasi	Do : Keluarga pasien tampak kooperatif	

**Tabel 3.7**  
**Implementasi Kasus 2 Tn. PS dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

No	Tanggal/ Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1	21/04/2021 14.00	1	Memonitor penurunan tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri ( <i>pain</i> ), GCS : E <sub>3</sub> V <sub>3</sub> M <sub>4</sub> (10), tingkat kesadaran somnolen	
	WITA		Memberikan posisi <i>head up</i> 30 derajat	Ds : - Do : Pasien sudah tampak dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	

			Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 110/70 mmHg N : 88 x/menit RR : 18 x/menit S : 36 °C SpO2 : 90 %	
			Melakukan tindakan 43elegative dalam pemberian O <sub>2</sub> melalui NRM 10 lpm	Ds : - Do : Pasien tampak terpasang O <sub>2</sub> melalui NRM 10 lpm	
			Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 83 mmHg Selisih TDS dan TDD : 40 mmHg	
2	14.05	1	Melakukan tindakan 43elegative dalam pemasangan infus 20 tpm dan pengambilan sampel darah serta pengambilan SARS-CoV-2-Antigen Test	Ds : - Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah terpasang pada tangan kanan, tetesan infus 43elega, sampel darah dan SARS-CoV-2-Antigen Test sudah diambil	
3	14.10	1	Melakukan tindakan pemasangan <i>bed site</i> monitor	Ds : - Do : <i>Bed site</i> monitor sudah tampak terpasang pada pasien	
4	14.15	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg N : 86 x/menit RR : 20 x/menit	

				S : 36 °C SpO <sub>2</sub> : 100 %	
5	14.17 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 90 mmHg Selisih TDS dan TDD : 30 mmHg	
6	14.30 WITA	1	Mempertahankan posisi kepala dan leher pasien netral	Ds : - Do : Posisi kepala dan leher pasien tampak netal yaitu masih dalam posisi <i>head up</i> 30 derajat	
7	14.40 WITA	1	Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan pasien kepada keluarga	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak paham dan mengerti mengenai penjelasan perawat	
8	14.45 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 110/80 mmHg N : 86 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 °C SpO <sub>2</sub> : 100 %	
9	14.47 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 90 mmHg Selisih TDS dan TDD : 30 mmHg	
10	14.50 WITA	1	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	Ds : - Do : Keluarga pasien tampak mengerti dan pasien hanya di jaga oleh satu orang keluarganya serta tirai	

				samping pasien tampak terpasang	
11	15.00 WITA	1	Melakukan tindakan 45elegative dalam pemberian terapi obat :	Ds : - Do : Obat sudah diberikan dan masuk melalui intravena serta tidak ada reaksi alergi	
			• Ranitidine 50 mg (IV) • Fenitoin 50 mg (IV)		
12	15.10 WITA	1	Memonitor tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri ( <i>pain</i> ), GCS : E <sub>3</sub> V <sub>3</sub> M <sub>5</sub> (11), tingkat kesadaran somnolen	
13	15.15 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg N : 78 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 °C SpO <sub>2</sub> : 100 %	
14	15.17 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 93 mmHg Selisih TDS dan TDD : 40 mmHg	
15	15.25 WITA	1	Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	Ds : - Do : Berdasarkan hasil bacaan CT-Scan pasien tampak mengalami <i>Edema cerebri</i>	

16	15.30	1	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	<p>Ds : -</p> <p>Do : Tidak terjadi tanda/gejala peningkatan TIK</p>	
17	15.45	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	<p>Ds : -</p> <p>Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital :</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 80 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36 °C</p> <p>SpO<sub>2</sub> : 100 %</p>	
18	15.47	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	<p>Ds : -</p> <p>Do : Hasil :</p> <p>MAP : 93 mmHg</p> <p>Selisih TDS dan TDD : 40 mmHg</p>	
19	15.55	1	Mendokumentasikan hasil pemantauan pasien	<p>Ds : -</p> <p>Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan keperawatan</p>	
20	16.00	1	Memberikan penjelasan kepada keluarga pasien untuk menyetujui rencana tindakan operasi	<p>Ds : Keluarga pasien mengatakan keluarga bersedia untuk menyetujui rencana tindakan operasi untuk pasien</p> <p>Do : Keluarga pasien tampak kooperatif</p>	

## E. Evaluasi Keperawatan

**Tabel 3.8**  
**Evaluasi Keperawatan Kasus 1 Tn. KT dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

No	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	19/04/2021, 20.30 WITA	S : - O : <ul style="list-style-type: none"><li>• Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (<i>pain</i>), GCS : E<sub>3</sub>V<sub>3</sub>M<sub>5</sub> (11), tingkat kesadaran somnolen</li><li>• TD : 150/90 mmHg, N : 98 x/menit</li><li>• RR : 20 x/menit, S : 36 °C</li><li>• SpO<sub>2</sub> : 100 %, MAP : 110 mmHg</li><li>• Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg</li></ul> A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi <ul style="list-style-type: none"><li>• Monitor tanda/gejala peningkatan TIK</li><li>• Monitor MAP</li><li>• Berikan posisi semi fowler (<i>head up</i> 30 derajat)</li><li>• Pertahankan posisi kepala dan leher netral</li></ul>	

**Tabel 3.9**  
**Evaluasi Keperawatan Kasus 2 Tn. PS dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif pada CKS di IGD RSUD Sanjiwani Gianyar**

No	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	21/04/2021, 16.00 WITA	S : - O :	

- 
- Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (*pain*), GCS : E<sub>3</sub>V<sub>3</sub>M<sub>5</sub> (11), tingkat kesadaran somnolen
  - TD : 120/80 mmHg, N : 80 x/menit
  - RR : 20 x/menit, S : 36 °C
  - SpO<sub>2</sub> : 100 %, MAP : 93 mmHg
  - Selisih TDS dan TDD : 40 mmHg

A : Masalah risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

P : Lanjutkan intervensi

- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK
  - Monitor MAP
  - Berikan posisi semi fowler (*head up* 30 derajat)
  - Pertahankan posisi kepala dan leher netral
-