Lampiran 1 Asuhan Keperawatan pada Kasus Kelolaan 1

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar
Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563
Laman (website) : **www.poltekkes-denpasar.ac.id**

FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Mahasiswa : Ni Wayan Suratmini
NIM : P07120320056

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama	: Tn.KT
Umur	: 81 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Tidak bekerja
Agama	: Hindu
Tanggal Masuk RS	: 19 April 2021
Alasan Masuk	: Pasien mengalami penurunan kesadaran dan kejang dirumah
Diagnosa Medis	: CKS + ICH

Initial survey :

A (alertness)	:
V (verbal)	:
P (pain)	: √
U (unrespon)	:

Warna triase :		√			
	P1	P2	P3	P4	P5

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI

AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

1. Keadaan jalan nafas

   Tingkat kesadaran : Somnolen

   Pernafasan : Spontan

   Upaya bernafas : Ada

   Benda asing di jalan nafas : -

   Bunyi nafas : Vesikuler +/+

   Hembusan nafas : Lemah
2. Diagnosa Keperawatan : -
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

   Jenis Pernafasan : Normal

   Frekwensi Pernafasan: 18 x/menit,

   Retraksi Otot bantu nafas:-

   Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris

   Bunyi nafas : Vesikuler +/+

   Hembusan nafas : Lemah
2. Diagnosa Keperawatan : -
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

CIRCULATION

1. Keadaan sirkulasi

   Tingkat kesadaran : Somnolen

   Perdarahan (internal/eksternal): intrakranial hematoma

   Kapilari Refill : < 2 detik

   Tekanan darah : 170/100 mmHg

   Nadi radial/carotis : 120 x/menit

   Akral perifer : Hangat

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : $E_2V_3M_5$	: 10
Reflex fisiologis	: Normal
Reflex patologis	: Tidak ada
Kekuatan otot	: 4444 4444
	4444 4444

2. Diagnosa Keperawatan : -
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)

Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder

1. RIWAYAT KESEHATAN
   a. RKD

      Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit vertigo sejak 5 tahun yang lalu.

   b. RKS

      Pasien datang ke IGD Sanjiwani Gianyar pada pukul 18.30 WITA diantar oleh keluarganya dengan keluhan penurunan kesadaran dan kejang dirumah. Sebelumnya pasien sempat datang ke IGD RSUD Sanjiwani Gianyar karena pasien jatuh di kamar mandi dan kepala bagian depannya kebentur sehingga mengalami vulnus apertum regio frontal dextra ukuran 2 x 4 cm dan chepalhematoma ukuran 4x5 cm, serta didiagnosis ICH Frontal. Kemudian disarankan untuk rujuk ke RSUP Sanglah tetapi keluarga pasien menolak sehingga keluarga pasien menandatangani form penolakan rujukan ke RSUP Sanglah. Saat dilakukan pemeriksaan tingkat kesadaran

somnolen, GCS pasien $E_2V_3M_5$ (10)TD : 170/100 mmHg, N : 120 x/menit, RR : 20 x/menit, S : 36,2 ^oC, SpO_2 : 93 %

c. RKK

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti keadaan pasien saat ini. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun penyakit menular.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien datang ke IGD Sanjiwani Gianyar pada pukul 08.10 WITA diantar oleh keluarganya karena pasien jatuh di kamar mandi dan kepala bagian depannya kebentur sehingga mengalami vulnus apertum regio frontal dextra ukuran 2 x 4 cm dan chepalhematoma ukuran 4 x 5 cm.

3. PEMERIKSAAN FISIK (*HEAD TO TOE*)

a. Kepala : *Normochepal*

Kulit kepala : Tampak balutan luka pada kepala bagian depan kanan.

Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik.

Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi.

Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.

Mulut dan gigi : Mukosa bibir lembab, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.

Wajah : Tampak balutan luka pada kepala bagian depan kanan.

b. Leher : Bentuk leher normal, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, dan nadi karotis teraba lemah.

c. Dada/ thoraks :

Bentuk dada *normochest*, tidak tampak adanya pembengkakan

Paru-paru

Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler +/+

Jantung

Inspeksi : Gerak pada dada simetris

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung.

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)

d. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)

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 < 2 detik

Keadaan injury : Tidak ada

i. Neurologis

Fungsi sensorik : Normal

Fungsi motorik : Normal

4. HASIL LABORATORIUM

NRM : 10-6969xx Nama : Tn.KT Jenis Kelamin : Laki-Laki Umur : 81 tahun Tanggal/Jam : 19 April 2021 pkl.19.59.50 WITA			
HEMATOLOGI			
DARAH LENGKAP :			
Trombosit (PLT)	320	10^3/uL	150-450
RDW-SD	41.8	fL	35.0-56.0
RDW-CV	13.0	%	11.5-14.5
PDW	15.4	fL	9.0-17.0
PCT	0.266	%	0.108-0.282
Neu%	79.0	%	50.0-70.0
Neu#	14.32	10^3/uL	2.00-7.00
MPV	8.3	fL	7.0-11.0
Mon%	5.1	%	3.0-8.0
Mon#	0.92	10^3/uL	0.12-0.8
MCV	85.2	fL	80.0-36.0
MCHC	33.6	g/dL	32.0-36.0
MCH	28.7	Pg	27.0-31.0
Lym%	15.4	%	20.0-40.0
Lym#	2.80	10^3/uL	0.80-4.00
Lekosit (WBC)	18.13	10^3/uL	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	14.2	g/dL	11.0-16.0

Hematokrit (HCT)	42.2	%	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	4.95	10^6/uL	3.50-5.50
Eos%	0.3	%	0.5-5.0
Eos#	0.06	10^3/uL	0.02-0.5
Bas%	0.2	%	0.0-1.0
Bas#	0.03	10^3/uL	0.00-0.10
IMUNOLOGI			
SARS-CoV-2-Antigen Test	Negatif		Negatif
KIMIA KLINIK			
Ureum	28.3	mg/dL	18-55
SGPT	16	U/L	< 41
SGOT	32	U/L	< 35
Pemeriksaan Elektrolit			
Natrium	123	mmol/I	135-147
Kalium	2.7	mmol/I	3.5-5.0
Glukosa Sewaktu	208	mg/dL	80-120
Creatinin	0.61	mg/dL	0.67-1.17
Chlorida	78	mmol/I	95-108

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK
   1) CT-Scan Kepala

      Hasil CT-Scan Kepala menunjukkan terdapat intracerebral hemorrhage

6. TERAPI DOKTER
   1) IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm
   2) Ceftriaxone 2 x 1 gr (IV)
   3) Citicolin 2 x 1 ampl (IV)
   4) Paracetamol 3 x 1 flas
   5) Ranitidine 2 x 1 ampl (IV)
   6) Diasepam k/p bila kejang

B. ANALISA DATA

Data Fokus	Analisis	Masalah
Data subjektif : • - Data objektif : • Faktor risiko dan kondisi klinis yaitu cedera kepala	Benturan ↓ Cedera deselerasi ↓ Cedera kepala ↓ Fraktur tulang tengkorak dan ruptur pembuluh darah ↓ Hipoksia ↓ Edema serebri ↓ Tekanan intrakranial meningkat ↓ Tekanan perfusi serebral menurun ↓ **Risiko perfusi serebral tidak efektif**	Risiko perfusi serebral tidak efektif

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH

1) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

D. Rencana Keperawatan

Tanggal/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
19 April 2021, Pukul 18.30 WITA	**Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)** **Faktor Risiko** ✓ Cedera kepala **Kondisi Klinis Terkait** ✓ Cedera kepala	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam maka **Perfusi Serebral Meningkat** dengan kriteria hasil : ✓ Tingkat kesadaran meningkat (5) ✓ Tekanan arteri rata-rata membaik (5) ✓ Tekanan intra kranial membaik (5) ✓ Tekanan darah sistolik membaik (5) ✓ Tekanan darah diastolik membaik (5)	**Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial** *Observasi* ✓ 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) ✓ Monitor MAP (Mean arterial pressure) *Terapeutik* ✓ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang ✓ Berikan posisi semi fowler (*head up* 30 derajat)

			Kolaborasi ✓ Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu ✓ Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu **Pemantauan Tekanan Intrakranial** *Observasi* ✓ Monitor peningkatan TD ✓ Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) ✓ Monitor penurunan tingkat kesadaran *Terapeutik* ✓ Pertahankan posisi kepala dan leher netral ✓ Dokumentasikan hasil pemantauan *Edukasi* ✓ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

E. PELAKSANAAN

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 (*pain*), GCS : $E_3V_2M_5$ (10), tingkat kesadaran somnolen	
			Memberikan posisi *head up* 30 derajat	Ds : - Do : Pasien sudah tampak dalam posisi *head up* 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 ^oC SpO2 : 93 %	
			Melakukan tindakan delegatif dalam pemberian oksigen (O_2) melalui *Non Rebreathing Mask* (NRM) 10 lpm	Ds : - Do : Pasien tampak terpasang O_2 melalui NRM 10 lpm	
			Memonitor MAP	Ds : - Do : Hasil : MAP : 123 mmHg	

			Memonitor pelebaran tekanan nadi	Selisih TDS dan TDD : 70 mmHg	
2	18.35 WITA	1	Melakukan tindakan delegatif dalam pemasangan infus IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm dan pengambilan sampel darah serta pengambilan SARS-CoV-2-*Antigen Test*	Ds : - Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah tampak 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 *bed site* monitor	Ds : - Do : *Bed site* 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 ^{o}C SpO_2 : 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	Ds : - Do : Obat sudah diberikan melalui	

			obat diazepam 1 amp (IV)	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 *head up* 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 ^{o}C SpO_2 : 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 (*pain*), GCS : $E_3V_3M_5$ (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 ^oC SpO_2 : 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 *intracranial hemorrhage*	
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 ^{o}C SpO_2 : 100 %	
18	20.27 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 110 mmHg Selisih TDS dan TDD : 60 mmHg	
19	20.29 WITA	1	Mendokumentasikan hasil pemantauan pasien	Ds : - Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan keperawatan	
20	20.30 WITA	1	Memberikan penjelasan kepada keluarga pasien agar menyetujui rencana merujuk pasien ke RSUP Sanglah untuk tindakan operasi	Ds : Keluarga pasien mengatakan keluarga menyetujui merujuk pasien ke RSUP Sanglah Do : Keluarga pasien tampak kooperatif	

F. EVALUASI

No	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	19/04/2021, 20.30 WITA	S : - O : • Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (*pain*), GCS : $E_3V_3M_5$ (11), tingkat kesadaran somnolen • TD : 150/90 mmHg • N : 98 x/menit • RR : 20 x/menit • S : 36 ^oC • SpO_2 : 100 % • MAP : 110 mmHg • Selisih TDS dan TDD : 60 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	

RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	**KETERANGAN**
MRS	√	Di Ruang : Rujuk ke RS untuk diberikan tindakan operasi dan dirawat diruang ICU [√] Foto Rontgen : CT-Scan Kepala : 2 lembar [√] Laboratorium: 1 lembar [ ] EKG :____lembar [ ] Obat-obatan :
Dipulangkan		[ ] KIE [ ] Obat pulang [ ] Foto Rontgen [ ] Laboratorium [ ] Kontrol Poliklinik, tanggal_____/_____/_____
Pulang paksa		[ ] KIE [ ] Tanda tangan pulang paksa
Meninggal		Dinyatakan meninggal pukul_____._____WITA
Minggat		Dinyatakan minggat pukul_____._____WITA
		Nama dan tanda tangan perawat pengkaji (Ni Wayan Suratmini)

Lampiran 1 Asuhan Keperawatan pada Kasus Kelolaan 2

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar
Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563
Laman (website) : **www.poltekkes-denpasar.ac.id**

FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Mahasiswa : Ni Wayan Suratmini
NIM : P07120320056

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama	: Tn.S
Umur	: 62 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Petani
Agama	: Hindu
Tanggal Masuk RS	: 21 April 2021
Alasan Masuk	: Pasien mengalami penurunan kesadaran
Diagnosa Medis	: CKS + EDH

Initial survey :

A (alertness)	:
V (verbal)	:
P (pain)	: √
U (unrespon)	:

Warna triase :	P1	P2	P3	P4	P5
		√			

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI

AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

1. Keadaan jalan nafas

   Tingkat kesadaran : Somnolen

   Pernafasan : Spontan

   Upaya bernafas : Ada

   Benda asing di jalan nafas : -

   Bunyi nafas : Vesikuler +/+

   Hembusan nafas : Lemah
2. Diagnosa Keperawatan : -
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

BREATHING

1. Fungsi pernafasan

   Jenis Pernafasan : Normal

   Frekwensi Pernafasan: 16 x/menit,

   Retraksi Otot bantu nafas:-

   Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris

   Bunyi nafas : Vesikuler +/+

   Hembusan nafas : Lemah
2. Diagnosa Keperawatan : -
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

CIRCULATION

1. Keadaan sirkulasi

   Tingkat kesadaran : Somnolen

   Perdarahan (internal/eksternal): epidural hematoma

   Kapilari Refill : < 2 detik

   Tekanan darah : 170/100 mmHg

   Nadi radial/carotis : 120 x/menit

   Akral perifer : Hangat

2. Diagnosa Keperawatan : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

DISABILITY

1. Pemeriksaan Neurologis:

GCS : $E_2V_3M_5$	: 10
Reflex fisiologis	: Normal
Reflex patologis	: Tidak ada
Kekuatan otot	: 3333 3333
	3333 3333

2. Diagnosa Keperawatan : -
3. Intervensi/Implementasi : -
4. Evaluasi : -

PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)

Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder

1. RIWAYAT KESEHATAN
   a. RKD

      Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami kecelakaan lalu lintas sebelumnya, menderita penyakit serius dan pasien tidak pernah dirawat di RS.

   b. RKS

      Pasien datang ke IGD Sanjiwani Gianyar pada pukul 14.00 WITA diantar oleh keluarga dengan keluhan penurunan kesadaran setelah mengalami kecelakaan lalu lintas sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien terjatuh saat mengendara sepeda motor karena di tabrak oleh pengendara sepeda motor lain, pasien tidak menggunakan helm saat kejadian dan saat jatuh kepala pasien membentur aspal. Riwayat tidak sadar (+) mual (+) muntah (-), kejang (-). Saat dilakukan pemeriksaan tingkat

kesadaran somnolen, GCS pasien E3V3M4 (10), TD : 110/60 mmHg, N : 88 x/menit, RR : 18 x/menit, S : 36 °C, SpO2 : 90 %

c. RKK

Keluarga pasien mengatakan tidak ada keluarga yang yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti keadaan pasien saat ini dan keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun penyakit menular.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien terjatuh saat mengendara sepeda motor karena di tabrak oleh pengendara sepeda motor lain, pasien tidak menggunakan helm saat kejadian dan saat jatuh kepala pasien membentur aspal. Riwayat tidak sadar (+) muntah (-), kejang (-).

3. PEMERIKSAAN FISIK (*HEAD TO TOE*)

a. Kepala : *Normochepal*

Kulit kepala : terdapat hematoma

Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik.

Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi.

Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak.

Mulut dan gigi : Mukosa bibir lembab, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.

Wajah : Tampak simetris, bersih

b. Leher : Bentuk leher normal, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, dan nadi karotis teraba lemah.

c. Dada/ thoraks :

Bentuk dada *normochest*, tidak tampak adanya pembengkakan

Paru-paru

Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan.

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : Vesikuler +/+

Jantung

Inspeksi : Gerak pada dada simetris

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung.

Perkusi : Pekak

Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-)

d. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.

Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (+)

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 < 2 detik

Keadaan injury : Tidak ada

i. Neurologis

Fungsi sensorik : Normal

Fungsi motorik : Normal

4. HASIL LABORATORIUM

NRM : 10-6998xx Nama : Tn.S Jenis Kelamin : Laki-Laki Umur : 62 tahun Tanggal/Jam : 21 April 2021 pkl.15.15.50 WITA			
HEMATOLOGI			
DARAH LENGKAP :			
Trombosit (PLT)	187	10^3/uL	150-450
RDW-SD	45.8	fL	35.0-56.0
RDW-CV	12.4	%	11.5-14.5
PDW	16.8	fL	9.0-17.0
PCT	0.186	%	0.108-0.282
Neu%	84.8	%	50.0-70.0
Neu#	8.50	10^3/uL	2.00-7.00
MPV	9.5	fL	7.0-11.0
Mon%	6.2	%	3.0-8.0
Mon#	0.62	10^3/uL	0.12-0.8
MCV	85.5	fL	80.0-36.0
MCHC	33.1	g/dL	32.0-36.0
MCH	28.3	Pg	27.0-31.0
Lym%	8.9	%	20.0-40.0
Lym#	0.89	10^3/uL	0.80-4.00
Lekosit (WBC)	10.02	10^3/uL	4.00-10.00
Hemoglobin (HGB)	9.40	g/dL	11.0-16.0

Hematokrit (HCT)	28.40	%	37.0-54.0
Eritrosit (RBC)	3.32	10^6/uL	3.50-5.50
Eos%	0.5	%	0.5-5.0
Eos#	0.02	10^3/uL	0.02-0.5
Bas%	0.10	%	0.0-1.0
Bas#	0.01	10^3/uL	0.00-0.10
IMUNOLOGI			
SARS-CoV-2-Antigen Test	Negatif		Negatif
KIMIA KLINIK			
Ureum	17.40	mg/dL	18-55
SGPT	44.7	U/L	< 41
SGOT	60.6	U/L	< 35
Pemeriksaan Elektrolit			
Natrium	135	mmol/I	135-147
Kalium	4.05	mmol/I	3.5-5.0
Glukosa Sewaktu	100	mg/dL	80-120
Creatinin	1.00	mg/dL	0.67-1.17
Chlorida	103	mmol/I	95-108

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

1) CT-Scan Kepala

MSCT Scan kepala irisan axial reformat sagital dan coronal, tanpa kontras

Tampak lesi hiperdens berdensitas darah berbentuk bikonveks pada regio frontalis kiri dengan ketebalan maksimal +/- 1,6 cm

Tampak lesi hiperdens berdensitas darah berbentuk cresent pada regio temporal kiri dengan ketebalan maksimal +/- 1,3 cm

Tampak lesi hiperdens yang mengisi sulcus regio parieto-occipital kanan kiri

Sulci dan gyri merapat

Sistem ventrikel dan cisterna normal

Tak tampak deviasi midline struktur

Tak tampak kalsifikasi abnormal

Pons dan cerebellum tak tampak kelainan

Orbita dan mastoid kanan kiri tak tampak kelainan

Tampak lesi hipodens berdensitas udara pada regio frontalis kanan dan temporalis kiri

Tampak perselubungan berdensitas darah pada sinus maksilaris, ethmoidalis, sphenoidalis kanan kiri dan frontalis kanan

Sinus frontalis kiri tak tampak kelainan

Tampak fraktur pada os frontalis kanan kiri, os temporal kiri, os parietal kanan, dinding anterior dan posterior sinus frotnalis kanan, dinding lateral orbita kanan kiri, greater wing sphenoid kiri, dinding anterior sinus maksilaris kanan dan medial sinus maksilaris kanan kiri, lamina papryracea kanan kiri, septum nasi, dan dinding anterior sinus sphenoid kanan

Tampak lesi hipodens berdensitas udara pada soft tissue periorbita dan maksila kanan kiri

Tampak SCALP hematome pada regio frontoparietal kanan, temporoparietal kiri, periorbita, hingga submandibula kanan kiri

Kesan:

Epi Dural Haemorrhage di regio frontalis kiri

Sub Dural Haemorrhage di regio temporal kiri

Sub Aracnoid Haemorrhage di parieto-occipital kanan kiri

Edema cerebri

Pneumochepalus regio frontalis kanan dan temporal kiri

Hematosunus sinus maksilaris, ethmoidali, sphenoidaliskanan kiri dan frontalis kanan

Fraktur pada os frontalis kanan kiri, os temporal kiri, os parietal kanan, dinding anterior dan posterior sinus frotnalis kanan, dinding lateralorbita kanan kiri, greater wing sphenoid kiri, dinding anterior sinus maksilaris kanan dan medial sinus maksilaris kanan kiri, lamina papryracea kanan kiri, septum nasi, dan dinding anterior sinus sphenoid kanan

SCALP hematome pada regio frontoparietal kanan, temporoparietal kiri, periorbita, hingga submandibula kanan kiri disertai emfisema subkutis pada periorbita dan maksila kanan kiri

6. TERAPI DOKTER
   1) IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm
   2) Ranitidine 2 x 50 mg (IV)
   3) Fenitoin 100 mg (IV)

B. ANALISA DATA

Data Fokus	Analisis	Masalah
Data subjektif : • - Data objektif : • Faktor risiko dan kondisi klinis yaitu cedera kepala	Kecelakaan lalu lintas ↓ Cedera deselerasi ↓ Cedera kepala ↓ Fraktur tulang tengkorak dan ruptur pembuluh darah ↓ Hipoksia ↓ Edema serebri ↓ Tekanan intrakranial meningkat ↓ Tekanan perfusi serebral menurun ↓ **Risiko perfusi serebral tidak efektif**	Risiko perfusi serebral tidak efektif

C. DIAGNOSA KEPERAWATAN DAN PRIORITAS MASALAH

1) Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

D. RENCANA KEPERAWATAN

Tanggal/ Jam	Diagnosis Keperawatan	Luaran Keperawatan	Intervensi Keperawatan
21 April 2021, Pukul 14.00 WITA	**Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017)** **Faktor Risiko** ✓ Cedera kepala **Kondisi Klinis Terkait** ✓ Cedera kepala	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam maka **Perfusi Serebral Meningkat** dengan kriteria hasil : ✓ Tingkat kesadaran meningkat (5) ✓ Tekanan arteri rata-rata membaik (5) ✓ Tekanan intra kranial membaik (5) ✓ Tekanan darah sistolik membaik (5) ✓ Tekanan darah diastolik membaik (5)	**Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial** *Observasi* ✓ 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) ✓ Monitor MAP (Mean arterial pressure) *Terapeutik* ✓ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

			✓ Berikan posisi semi fowler (*head up* 30 derajat) *Kolaborasi* ✓ Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu ✓ Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu **Pemantauan Tekanan Intrakranial** *Observasi* ✓ Monitor peningkatan TD ✓ Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) ✓ Monitor penurunan tingkat kesadaran *Terapeutik* ✓ Pertahankan posisi kepala dan leher netral ✓ Dokumentasikan hasil pemantauan *Edukasi* ✓ Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan

E. PELAKSANAAN

No	Tanggal/ Jam	No Dx	Implementasi	Respon	Paraf
1	21/04/2021 14.00 WITA	1	Memonitor penurunan tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (*pain*), GCS : $E_3V_3M_4$ (10), tingkat kesadaran somnolen	
			Memberikan posisi *head up* 30 derajat	Ds : - Do : Pasien sudah tampak dalam posisi *head up* 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 ^oC SpO2 : 90 %	
			Melakukan tindakan 97elegative dalam pemberian O_2 melalui NRM 10 lpm	Ds : - Do : Pasien tampak terpasang O_2 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 WITA	1	Melakukan tindakan 98elegative dalam pemasangan infus IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm dan pengambilan sampel darah serta pengambilan SARS-CoV-2-*Antigen Test*	Ds : - Do : Infus IVFD NaCl 0,9% 20 tpm sudah tampak terpasang pada tangan kanan, tetesan infus 98elega, sampel darah dan SARS-CoV-2-*Antigen Test* sudah diambil	
3	14.10 WITA	1	Melakukan tindakan pemasangan *bed site* monitor	Ds : - Do : *Bed site* monitor sudah tampak terpasang pada pasien	
4	14.15 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 ^{o}C SpO_2 : 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 *head up* 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 ^{o}C SpO_2 : 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 99elegative dalam pemberian terapi obat : • Ranitidine 50 mg (IV)	Ds : - Do : Obat sudah tampak diberikan dan masuk melalui intravena serta tidak ada reaksi alergi	

			• Fenitoin 50 mg (IV)		
12	15.10 WITA	1	Memonitor tingkat kesadaran pasien	Ds : - Do : Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (*pain*), GCS : $E_3V_3M_5$ (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 ^oC SpO_2 : 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 *Edema cerebri*	
16	15.30 WITA	1	Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK	Ds : - Do : Tidak terjadi tanda/gejala peningkatan TIK	

17	15.45 WITA	1	Memonitor tanda-tanda vital pasien	Ds : - Do : Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital : TD : 120/80 mmHg N : 80 x/menit RR : 20 x/menit S : 36 ^{o}C SpO_2 : 100 %	
18	15.47 WITA	1	Memonitor MAP Memonitor pelebaran tekanan nadi	Ds : - Do : Hasil : MAP : 93 mmHg Selisih TDS dan TDD : 40 mmHg	
19	15.55 WITA	1	Mendokumentasikan hasil pemantauan pasien	Ds : - Do : Hasil pemantauan pasien sudah tampak didokumentasikan di dokumentasi asuhan keperawatan	
20	16.00 WITA	1	Memberikan penjelasan kepada keluarga pasien untuk menyetujui rencana tindakan operasi	Ds : Keluarga pasien mengatakan keluarga bersedia untuk menyetujui rencana tindakan operasi untuk pasien Do : Keluarga pasien tampak kooperatif	

F. EVALUASI

No	Tanggal/ Jam	Catatan Perkembangan (SOAP)	Paraf
1	21/04/2021, 16.00 WITA	S : - O : • Pasien tampak berespon dengan rangsangan nyeri (*pain*), GCS : $E_3V_3M_5$ (11), tingkat kesadaran somnolen • TD : 120/80 mmHg • N : 80 x/menit • RR : 20 x/menit • S : 36 ^oC • SpO_2 : 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	

RESUME DAN PERENCANAAN PASIEN PULANG

INFORMASI PEMINDAHAN RUANGAN/PEMULANGAN PASIEN		
INFORMASI	√	**KETERANGAN**
MRS	√	Di Ruang : IBS dan dirawat diruang ICU [√] Foto Rontgen : CT-Scan Kepala : 2 lembar [√] Laboratorium: 1 lembar [ ] EKG :____lembar [ ] Obat-obatan :
Dipulangkan		[ ] KIE [ ] Obat pulang [ ] Foto Rontgen [ ] Laboratorium [ ] Kontrol Poliklinik, tanggal_____/_____/_____
Pulang paksa		[ ] KIE [ ] Tanda tangan pulang paksa
Meninggal		Dinyatakan meninggal pukul_____._____WITA
Minggat		Dinyatakan minggat pukul_____._____WITA
		Nama dan tanda tangan perawat pengkaji (Ni Wayan Suratmini)

Lampiran 3 Kegiatan Penelitian Tahun 2021

KEGIATAN PENELITIAN

ASUHAN KEPERAWATAN RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF PADA PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA SEDANG DI RUANG IGD RSUD SANJIWANI GIANYAR TAHUN 2021

No	Kegiatan	Februari 2021				Maret 2021				April 2021				Mei 2021				Juni 2021			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
4	Pengurusan Ijin Praktik Peminatan																				
5	Pengumpulan Data																				
6	Pengolahan Data																				
7	Analisis Data																				
8	Penyusunan Laporan																				
9	Sidang Hasil Penelitian																				
10	Revisi Laporan																				
11	Pengumpulan KIAN																				

Edit

Data Skripsi Mahasiswa

N I M	P07120320056
Nama Mahasiswa	Ni Wayan Suratmini
Info Akademik	Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners Semester : 3

Skripsi | Bimbingan | Jurnal Ilmiah | Seminar Proposal | Syarat Sidang

Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan Pedoman KIAN	3 Mei 2021	✓
2	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan Judul KIAN dan Intervensi Inovasi	5 Mei 2021	✓
3	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan BAB I	18 Mei 2021	✓
4	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan perbaikan BAB I dan pengajuan BAB II-III	31 Mei 2021	✓
5	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Konsultasi perbaikan BAB 2	1 Jun 2021	✓
6	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan BAB I sampai BAB V serta lampiran	4 Jun 2021	✓
7	196812311992031020 - Ners. I MADE SUKARJA, S.Kep., M.Kep.	Bimbingan KIAN Lengkap	7 Jun 2021	✓
8	197202191994012001 - Ns. NENGAH RUNIARI, S.Kp., M.Kep., SP.Mat.	Bimbingan judul KIAN dan BAB I	19 Mei 2021	✓
9	197202191994012001 - Ns. NENGAH RUNIARI, S.Kp., M.Kep., SP.Mat.	Bimbingan revisian BAB I dan Bimbingan BAB II	1 Jun 2021	✓
10	197202191994012001 - Ns. NENGAH RUNIARI, S.Kp., M.Kep., SP.Mat.	Konsultasi perbaikan BAB II dan Bimbingan BAB III	4 Jun 2021	✓
11	197202191994012001 - Ns. NENGAH RUNIARI, S.Kp., M.Kep., SP.Mat.	Bimbingan perbaikan BAB III dan Bimbingan BAB IV	5 Jun 2021	✓
12	197202191994012001 - Ns. NENGAH RUNIARI, S.Kp., M.Kep., SP.Mat.	Bimbingan perbaikan BAB IV dan Bimbingan BAB V	7 Jun 2021	✓
13	197202191994012001 - Ns. NENGAH RUNIARI, S.Kp., M.Kep., SP.Mat.	Bimbingan KIAN Lengkap	8 Jun 2021	✓

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar
Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563
Laman (website) : www.poltekkes-denpasar.ac.id

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIA-N
PRODI PROFESI NERS POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : Ni Inayatu Sukatmini
NIM : P07120320056

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	7/6-21		Ns. Ida Erni Sipahutar, S. Kep., M.Kep.
2	Perpustakaan	7/6-21		Dewa Nyoman Trunsjaya
3	Laboratorium	7/6-21		Ni Made Juniari, S.Kep. Ners
4	HMJ	7/6 21		Dewa Made Ardi Krisna Mukti
5	Keuangan	7/6-21		Ni Made Astuti
6	Administrasi umum/perlengkapan	7/6-21		Ida Ayu Ketut Alit

Keterangan:

Mahasiswa dapat mengikuti ujian KIA-N jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Ketua Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Denpasar

Ners. I Made Sukarja,S.Kp.M.Kep
NIP. 196812311992031020

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: Ni Wayan Suratmini
NIM	: P07120320056
Program Studi	: Profesi Ners
Jurusan	: Keperawatan
Tahun Akademik	: 2020/2021
Alamat	: Banjar Denuma, Desa Kukuh, Kecamatan Marga
Nomor HP/Email	: 081238573848/ wayan.suratmini98@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Dengan Cedera Kepala Sedang Di Ruang IGD RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021.

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Ekslusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.

2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hokum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 11 Juni 2021

Yang menyatakan,

Ni Wayan Suratmini

NIM: P07120320056