

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 RSUP Sanglah Denpasar :

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian Identitas Pasien

Pengkajian merupakan tahap pertama dalam proses perawatan yang menyangkut data yang komprehensif dan valid akan menentukan penetapan diagnosa keperawatan dengan tepat yang benar. Dalam studi kasus ini, digunakan pasien dengan diagnose medis Cedera Kepala Sedang di ruang IGD RSUP Sanglah Denpasar. Pengkajian yang dilakukan pada pasien 1 Tn. M dan pasien 2 Tn. S seperti pada tabel dibawah ini :

Tabel 3. 1
Pengkajian Identitas Pada Tn. M dan Tn. S

Pengkajian	Klien 1 Tn. M	Klien 2 Tn. S
Identitas Pasien	<p>Pada saat pengkajian tanggal 12 Mei 2021 didapatkan pasien dengan identitas Tn. M berusia 42 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pasien bekerja sebagai seorang pedagang di pasar, pasien menganut agama hindu, beralamat di Nusa Dua. datang ke IGD RSUP Sanglah Denpasar diantar oleh keluarga dengan keluhan utama pasien mengalami penurunan kesadaran. Pada penilaian triase pasien tergolong dalam prioritas kedua.</p>	<p>Pada saat pengkajian tanggal 18 Mei 2021 didapatkan pasien dengan identitas Tn. S berusia 26 tahun, berjenis kelamin laki-laki, pasien bekerja sebagai Kuli bangunan, pasien menganut agama hindu, dan beralamat di Denpasar Selatan datang ke IGD RSUP Sanglah Denpasar diantar oleh Tim BPBD dengan keluhan utama mengalami penurunan kesadaran. Pada penilaian triase pasien tergolong dalam prioritas Kedua.</p>

Berdasarkan tabel diatas pada kasus kelolaan 1 (Tn.M) dan kasus kelolaan 2 (Tn.S) berupa data pengkajian pertama pasien masuk rumah sakit yang didokumentasikan oleh perawat terdiri dari data pengkajian yang diperoleh dari hasil wawancara terhadap pasien dan keluarga. Pada kasus kelolaan pertama dan kedua dengan keluhan utama yaitu pasien dibawa ke Instalasi Gawat Darurat dikarenakan pasien mengalami penurunan kesadaran.

Tabel 3. 2

Pengkajian *Primary Survey* pada Klien 1 Tn. M dan Klien 2 Tn. S dengan Cedera Kepala Sedang yang Mengalami Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di IGD RSUP Sanglah Denpasar

Pengkajian	Klien 1 Tn. M	Klien 2 Tn. S
<i>Airway</i>	Pada pengkajian jalan nafas tidak ditemukan adanya cairan pada jalan nafas (clear), tidak terdapat suara nafas tambahan.	Pada pengkajian jalan nafas tidak ditemukan adanya cairan pada jalan nafas (clear), tidak terdapat suara nafas tambahan.
<i>Breathing</i>	Pasien mengalami penurunan kesadaran, jenis pernapasan takipnea, tampak frekuensi dan pola napas berubah pada pasien dengan frekuensi 25 x/ menit, irama teratur, kedalaman pernapasan dangkal, tidak tampak adanya penggunaan retraksi otot dada	Pasien mengalami penurunan kesadaran, jenis pernapasan takipnea, tampak frekuensi dan pola napas berubah pada pasien dengan frekuensi 26 x/ menit, irama teratur, kedalaman pernapasan dangkal, tidak tampak adanya penggunaan retraksi otot dada
<i>Circulation</i>	CRT < 2 detik, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 88x/ menit, akral teraba hangat.	CRT < 2 detik, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 98x/ menit, akral teraba hangat.
<i>Disability</i>	Tingkat kesadaran Somnolen, GCS (E3V2M5) = 10, kekuatan otot pada ekstremitas kanan dan kiri, atas dan bawah yaitu 3 tergolong lemah.	Tingkat kesadaran pasien Delirium, GCS (E2M2V5) = 9 kekuatan otot pada ekstremitas kanan dan kiri, atas dan bawah yaitu 5 tergolong kuat.
<i>Exposure</i>	Suhu kulit pasien teraba hangat dengan suhu tubuh 36,5 ⁰ C.	Suhu kulit pasien teraba hangat dengan suhu tubuh 36,7 ⁰ C.

Berdasarkan hasil table diatas menunjukkan hasil pengkajian *Primary Survey* pada Kasus kelolaan 1 (Tn. M) dan kasus kelolaan 2 (Tn. S) yang meliputi pengkajian *Airway* didapatkan pada kedua kasus kelolaan tidak terdapat masalah (clear), pada pengkajian *Breathing* didapatkan hasil pada kasus kelolaan 1 (Tn. M) bahwa pasien mengalami Takipnea dengan Frekuensi 25x/menit , sedangkan pada kasus kelolaan 2 (Tn.S) didapatkan hasil bahwa pasien mengalami Takipnea dengan frekuensi pernafasan 26x/menit. Pada pengkajian

Circulation didapatkan hasil bahwa pada kedua kasus kelolaan sama yaitu pada hasil CRT <2 detik, sedangkan pada pengkajian Disability didapatkan hasil bahwa pada kasus kelolaan 1 (Tn.M) dengan GCS (E3V2M5) = 10, kekuatan otot pada ekstremitas kanan dan kiri, atas dan bawah yaitu 3 tergolong lemah, sedangkan pada kasus kelolaan 2 (Tn.S) didapatkan hasil GCS (E2M2V5) = 9.

Tabel 3. 3

Pengkajian *Secondary Survey* Klien 1 Tn. M dan Klien 2 Tn. S dengan Cedera Kepala Sedang yang Mengalami Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di IGD RSUP Sanglah Denpasar

Pengkajian	Klien 1 Tn. M	Klien 2 Tn. S
Pemeriksaan Fisik Wajah dan Kepala	Bentuk kepala Normocephale, kulit kepala bersih tidak ada lesi, 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. Foto pemeriksaan MSCT Scan kepala tampak kesan <i>Epi Dural Haemorrhage pada regio temporal kanan, Sub Aracnoid Haemorrhage pada fisura interhemispher, dan Edema Cerebri.</i>	Bentuk kepala normocephal, kulit kepala bersih tidak ada lesi, pupil mata isokor, sklera tidak ikterik, telinga simetris dan pendengaran normal, hidung tidak ada secret maupun polip, tampak fraktur sinus frontalis dextra, mukosa bibir kering, mulut bersih dan gigi lengkap, bentuk wajah simetris dan terdapat luka laserasi frontalis sinus dextra, foto pemeriksaan MSCT Scan kepala tampak kesan <i>Sub Aracnoid Haemorrhage pada cisternae suprasella dan prepantine, Edema Cerebri.</i>

Berdasarkan table diatas menunjukkan bahwa hasil pemeriksaan pada pasien kelolaan 1 yaitu Tn.M dengan hasil pengkajian yaitu Bentuk kepala Normocephale, kulit kepala bersih tidak ada lesi, 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, sedangkan pada kasus kelolaan 2 yaitu Tn.S dengan hasil Bentuk kepala normocephal, kulit kepala bersih tidak ada lesi, pupil mata isokor, sklera tidak ikterik, telinga simetris dan pendengaran normal, hidung tidak ada secret maupun polip, tampak fraktur sinus frontalis dextra, mukosa bibir kering, mulut bersih dan gigi lengkap, bentuk wajah simetris dan terdapat luka laserasi frontalis sinus dextra

B. Diagnosis Keperawatan

Proses penegakan diagnosis keperawatan yang sistematis terdiri atas tiga tahap, yaitu Analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosis. Berikut merupakan uraian sistematis dalam proses penegakkan diagnosa keperawatan pada kedua pasien kelolaan dengan diagnose medis cedera kepala sedang :

1. Analisa data

Pada tahap ini penulis melakukan pengumpulan data yang diperoleh dari deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya dan melalui pengamatan dengan menggunakan panca indra, mencatat hasil observasi secara khusus tentang apa yang dilihat, dirasa, dan didengar. Berikut merupakan hasil pengumpulan yang dilakukan pada klien 1 Tn. M dan Klien 2 Tn. S seperti tabel dibawah ini :

Tabel 3. 4

Analisa Data Klien 1 Tn. M dengan CKS yang Mengalami Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di IGD RSUP Sanglah

Data	Etiologi	Masalah
Data Subjektif : 1. Pasien hanya mengerang	Kecelakaan, jatuh, benturan pada cranium	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
Data Objektif : 1. Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen. 2. Pasien tampak pucat 3. Keadaan umum lemah. 4. Tampak Frekuensi dan pola pernapasan berubah (frekuensi 25 x/menit, irama teratur, kedalaman dangkal)	<pre> graph TD A[Akselerasi, deselerasi] --> B[Cedera kepala] B --> C[Dampak tekanan kuat] C --> D[Trauma tertutup] D --> E[Rusaknya lapisan jaringan otak] E --> F[Perdarahan menekan otak] F --> G[Gangguan aliran darah, penurunan O2] G --> H[Risiko perfusi serebral tidak efektif] </pre>	

Berdasarkan table diatas didapatkan hasil Analisa Data pada kasus kelolaan 1 yaitu Tn. M menunjukkan pada data subjektif pasien hanya mengerang dan tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat, dan pada Data Objektif pasien tampak mengalami penurunan keasadaran dengan GCS 10, wajah pasien tampak pucat, dengan hasil GCS 10 tingkat kesadaran Somnolen,

dan tampak pasien mengalami Takipnea dengan frekuensi pernafasan 25x/menit.

Tabel 3. 5

Analisa Data Klien 2 Tn. S dengan CKS yang Mengalami Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di IGD RSUP Sanglah

Data	Etiologi	Masalah
Data Subjektif : 1. Pasien hanya mengerang	Kecelakaan, jatuh, benturan pada cranium	Risiko perfusi serebral tidak efektif
Data Objektif : 1. Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran Delirium. 2. Pasien tampak Pucat 3. Keadaan Umum lemah 4. Tampak Frekuensi dan pola pernapasan berubah (frekuensi 26 x/menit, irama tidak teratur, dan kedalaman dangkal)	<p style="text-align: center;">↓</p> Akselerasi, deselerasi <p style="text-align: center;">↓</p> Cedera kepala <p style="text-align: center;">↓</p> Dampak tekanan kuat <p style="text-align: center;">↓</p> Trauma tertutup <p style="text-align: center;">↓</p> Rusaknya lapisan jaringan otak <p style="text-align: center;">↓</p> Perdarahan menekan otak <p style="text-align: center;">↓</p> Gangguan aliran darah, penurunan O ₂ <p style="text-align: center;">↓</p> Risiko perfusi serebral tidak efektif	

Berdasarkan table diatas didapatkan hasil Analisa Data pada kasus kelolaan 2 yaitu Tn. S menunjukkan pada data subjektif pasien hanya mengerang dan tidak bisa menjawab pertanyaan yang diajukan oleh perawat, dan pada Data

Objektif pasien tampak mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 9, wajah pasien tampak pucat, dengan hasil GCS 9 tingkat kesadaran yaitu Delirium, dan tampak pasien mengalami Takipnea dengan frekuensi pernafasan 26x/menit.

2. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan Analisa data diatas maka dapat dirumuskan diagnosis keperawatan yang mengacu pada standar diagnosa keperawatan Indonesia (SDKI) dengan 2 komponen yaitu Masalah dan Faktor penyebab :

Tabel 3. 6

Analisa Data Klien 1 Tn. M dan Tn. S dengan CKS yang Mengalami Masalah Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif di IGD RSUP Sanglah

Diagnosa Keperawatan Klien 1 Tn. M	Diagnosa Keperawatan Klien 2 Tn. S
Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran.	Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran.

Berdasarkan table diatas , dapat disimpulkan Diagnosa yang dirumuskan di IGD RSUP Sanglah pada kedua kasus kelolaan pasien yaitu Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala ditandai dengan pasien mengalami penurunan kesadaran.

C. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan diagnosis keperawatan yang ditegakkan pada pasien kelolaan kasus 1 dan kasus 2 , perencanaan keperawatan adalah sebagai berikut:

1. Tujuan keperawatan (SLKI)

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam maka perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil :

- h. Tingkat kesadaran meningkat
- i. Gelisah menurun
- j. Tekanan arteri rata-rata membaik
- k. Tekanan intra kranial membaik
- l. Tekanan darah sistolik membaik
- m. Tekanan darah diastolik membaik

Rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien mengacu pada Standar Luaran Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI). Berdasarkan diagnosis keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif , perencanaan keperawatan adalah sebagai berikut :

a) **Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial**

Observasi

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- b. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun)
- c. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure)
- d. Monitor status pernapasan
- e. Monitor intake dan output cairan

Terapeutik

- a. Berikan posisi semi Fowler
- b. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

- c. Pertahankan suhu tubuh optimal

b) Pemantauan Tekanan Intrakranial

Observasi

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebraltekan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi, intracranial idiopatik)
- b. Monitor peningkatan TD
- c. Monitor irregularitas irama napas
- d. Monitor penurunan tingkat kesadaran
- e. Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil

Terapeutik

- a. Pertahankan sterilitas system pemantauan
- b. Atur interval pemantauan sesuai keadaan pasien
- c. Dokumentasikan hasil pemantauan

Edukasi

- a. Jelaskan prosedur dan tujuan pemantauan
- b. Informasikan hasil pemantauan jika perlu

c) Manajemen Kejang

Observasi

- a. Monitor terjadinya kejang berulang
- b. Monitor karakteristik kejang
- c. Monitor status neurologis
- d. Monitor TTV

Terapeutik

- a. Baringkan pasien agar tidak terjatuh
- b. Berikan alas empuk dibawah pasien
- c. Pertahankan kepatenan jalan napas
- d. Longgarkan pakaian terutama bagian leher
- e. Jauhkan benda benda berbahaya
- f. Dokumentasikan kejang
- g. Pasang akses IV
- h. Berikan oksigen bila perlu

Edukasi

- a) Anjurkan keluarga menghindari memasukkan apapun kedalam mulut pasien saat kejang
- b) Anjurkan pasien tidak melakukan kekerasan saat kejang

Kolaborasi

- a. Kolaborasi pemberian anti konvulsan bila perlu.

D. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya di IGD RSUP Sanglah. Adapun implementasi yang sudah dilakukan yaitu mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya, tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, dan kesadaran menurun), memonitor MAP, memonitor status pernafasan, memberikan posisi Head Up 30 derajat, dan memberikan Oksigen. Proses implementasi secara rinci dapat dilihat pada lampiran.

E. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi keperawatan pada pasien Tn. M dan Tn. S setelah dilakukan implementasi selama 1 x 2 jam yakni perfusi serebral belum meningkat dibuktikan pada data subjektif didapatkan pasien hanya mengerang, Data objektif didapatkan pasien mengalami peningkatan kesadaran dengan hasil GCS 12 dengan tingkat kesadaran Apatis pada pasien 1 yaitu Tn. M sedangkan hasil GCS 10 dengan tingkat kesadaran Somnolen pada pasien 2 yaitu Tn.S, Takipnea tampak menurun, dengan frekuensi napas membaik 24x/menit pada klien 1 dan 25x/menit pada klien 2. *Assesment* risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dan *planning* lanjutkan Intervensi.