

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

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 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 diagnosa medis Cedera Kepala Sedang (CKS) di ruang IGD RSUP Sanglah Denpasar. Pengkajian yang dilakukan pada pasien satu Tn. S dan pasien dua Tn. M seperti pada tabel dibawah ini :

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

Pengkajian	Klien 1 Tn. S	Klien 2 Tn. M
Identitas Pasien	<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 keluarga dengan keluhan utama mengalami penurunan kesadaran. Pada penilaian triase pasien tergolong dalam prioritas Kedua.</p>	<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>

Tabel 2

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

Pengkajian	Klien 1 Tn. S	Klien 2 Tn. M
<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 26 x/ menit, irama teratur, kedalaman pernapasan dangkal, tidak tampak adanya retraksi dinding dada	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 retraksi dinding dada
<i>Circulation</i>	CRT < 2 detik, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 98x/ menit, akral teraba hangat.	CRT < 2 detik, tekanan darah 110/60 mmHg, nadi 88x/ menit, akral teraba hangat.
<i>Disability</i>	Tingkat kesadaran Delirium, GCS (E2V2M5) = 9, kekuatan otot pada ekstremitas kanan dan kiri, atas dan bawah yaitu 5 tergolong kuat.	Tingkat kesadaran pasien somenolen, GCS (E3M2V5) = 10 kekuatan otot pada ekstremitas kanan dan kiri, atas dan bawah yaitu 3 tergolong lemah.
<i>Exposure</i>	Suhu kulit pasien teraba hangat dengan suhu tubuh 36 ⁰ C.	Suhu kulit pasien teraba hangat dengan suhu tubuh 36,5 ⁰ C.

Tabel 3

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

Pengkajian	Klien 1 Tn. S	Klien 2 Tn. M
Pemeriksaan fisik wajah	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	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
Pemeriksaan CT-Scan	Pemeriksaan foto MSCT Scan kepala tampak kesan <i>Sub Aracnoid Hacmorrhage pada cisternae suprasella dan prepantine, Edema Cerebri.</i>	Pemeriksaan foto MSCT Scan kepala tampak kesan <i>Epi Dural Haemorrhage pada regio temporal kanan, Sub Aracnoid Haemorrhage pada fisura interhemispher, Edema Cerebri.</i>
Pemeriksaan laboratorium Hematologi Darah lengkap	Trombosit : 232 $10^3/uL$ PCT : 0.201 % MCV : 91,7 fL MCHC : 32,5 g/dL MCH : 29,8 Pg Leukosit : 12,08 $10^3/uL$ Hemoglobin : 15.20 g/dL Hematocrit : 47,60% Eritrosit : 5.52 $10^6/uL$	Trombosit : 300 $10^3/uL$ PCT : 0.300 % MCV : 86,3 fL MCHC : 32,3 g/dL MCH : 37,9 Pg Leukosit : 19,04 $10^3/uL$ Hemoglobin : 14.70 g/dL Hematocrit : 38,10% Eritrosit : 5.29 $10^6/uL$

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 :

2. Analisa data

Pada tahap ini penulis melakukan pengumpulan data yang diperoleh dari deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya dan melalui pengamatan 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. S dan Klien 2 Tn. M seperti tabel dibawah ini :

Tabel 4

Analisa Data Klien 1 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 dengan GCS 9 (E2V2M5). 2. Pasien tampak takipnea. 3. Tampak Frekuensi dan pola pernapasan berubah (frekuensi 26 x/menit, irama teratur, kedalaman dangkal)	<div style="text-align: center;"> <p>↓</p> <p>Akselerasi, deselerasi</p> <p>↓</p> <p>Cedera kepala</p> <p>↓</p> <p>Dampak tekanan kuat</p> <p>↓</p> <p>Trauma tertutup</p> <p>↓</p> <p>Rusaknya lapisan jaringan otak</p> <p>↓</p> <p>Perdarahan menekan otak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan aliran darah, penurunan O₂</p> <p>↓</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p> </div>	

Tabel 5

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

Data	Etiologi	Masalah
<p>Data Subjektif :</p> <p>1. Pasien hanya mengerang</p>	<p>Kecelakaan, jatuh, benturan pada cranium</p>	<p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>
<p>Data Objektif :</p> <p>1. Pasien tampak mengalami penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen dengan GCS 10 (E3V2M5).</p> <p>2. Pasien tampak sesak</p> <p>3. Pasien tampak gelisah</p> <p>4. Tampak Frekuensi dan pola pernapasan berubah (frekuensi 25 x/menit, irama tidak teratur, dan kedalaman dangkal)</p>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p>Akselerasi, deselerasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Cedera kepala</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dampak tekanan kuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Trauma tertutup</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Rusaknya lapisan jaringan otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perdarahan menekan otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan aliran darah, penurunan O₂</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Risiko perfusi serebral tidak efektif</p>	

3. 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 6

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

Diagnosa Keperawatan Klien 1 Tn. S	Diagnosa Keperawatan Klien 2 Tn. M
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.

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:

4. 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
- n. Reflex saraf 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 Head Up 30 derajat
- b. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- c. Pertahankan suhu tubuh optimal

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. S dan Tn. M 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 masih dengan tingkat kesadaran Delirium dengan GCS 9 (E:2 V:2 M:5), Takipneu nampak menurun, dan frekuensi napas membaik 24x/menit. *Assesment* risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasi dan *planning* lanjutkan sesuai dengan intervensi .