

Lampiran 1. Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. K DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CEDERA KEPALA SEDANG (CKS) DI IGD RSUP
SANGLAHTANGGAL 17 APRIL 2021**



Oleh :

I KOMANG SUTHA JAYA

NIM. P07120320039

**POLTEKKES KEMENKES DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
DENPASAR
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



FORMAT PENGKAJIAN
KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Mahasiswa : I Komang Sutha Jaya
NIM : P07120320039

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama : Tn.K
Umur : 81 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Tidak bekerja
Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 17 April 2021
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran
Diagnosa Medis : CKS

Initial survey:

A (alertness) :

V (verbal) :

P (pain) : ✓

U (unrespons) :

Warna triase
: **P 1** **P 2** **P 3** **P 4** **P 5**

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI
AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

Keadaan jalan nafas
Tingkat kesadaran : Somnolen
Pernafasan : 20 x/menit
Upaya bernafas : Ada
Benda asing di jalan nafas : Tidak ada
Bunyi nafas : Vesikuer
Hembusan nafas : Ada dengan frekuensi 20x/menit

BREATHING

Fungsi pernafasan
Jenis Pernafasan : Spontan
Frekwensi Pernafasan : 20 x/menit, SPO2 : 93 %
Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada
Kelainan dinding thoraks : (simetris, ~~perlukaan, jejas trauma~~)
Bunyi nafas : Vesikuler
Hembusan nafas : Ada dengan frekuensi 20x/menit

CIRCULATION

Keadaan sirkulasi
Tingkat kesadaran : Somnolen
Perdarahan (internal/eksternal) : Intracerebral hemorrhage
Kapilari Refill : < 2 detik
Tekanan darah : 150/100 mmHg
Nadi radial/carotis : 120 x/menit
Akral perifer : Hangat

DISABILITY

Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E3V2M5 : Somnolen

Reflex fisiologis : Ada

Reflex patologis : Tidak ada

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

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

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 RSUP Sanglah diantar oleh keluarganya dengan keluhan penurunan kesadaran dan kejang karena pasien jatuh di kamar mandi dan kepala bagian depannya kebentur. Riwayat tidak sadar (+) mual (+) muntah (-), kejang (+), GCS pasien E3V2M5 (10), TD : 150/100 mmHg, N : 120 x/menit. S : 36,2 °C, RR : 20 x/menit.

c. RKK

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit vertigo seperti yang diderita pasien.

2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA

Pasien terjatuh di kamar mandi saat akan buang air kecil, pasien terjatuh dengan kepala bagian depannya terbentur di lantai. Riwayat tidak sadar (+) mual (+) muntah (-), kejang (+).

3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)

a. Kepala : Normocephal

Kulit kepala : Tampak balutan luka pada kepala bagian depan sebelah kanan, kulit kepala bersih

Mata : Simetris, pupil isokor, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis

Telinga : Bentuk telinga simetris, 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 : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi tidak lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.

Wajah : Simetris, bersih, tidak terdapat edema

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

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, tidak ada suara nafas tambahan

Jantung

Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : S1 dan S2 reguler

Auskultasi : Suara murmur tidak ada

d. Abdomen

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

Palpasi : Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Timpani

Auskultasi : Bising usus (+)

e. Pelvis

Inspeksi : Bentuk pelvis simetris tidak terdapat benjolan/luka

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

f. Perineum dan rektum : Tidak dikaji

g. Genitalia : Tidak dikaji

h. Ekstremitas

Status sirkulasi : CRT < 2 detik

Keadaan injury : Tidak ada

i. Neurologis

Fungsi sensorik : Pasien mampu merespon dengan nyeri

Fungsi motorik : Kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

4. HASIL LABORATORIUM

Nama : Tn. K

Umur : 81 tahun

Tgl Pemeriksaan : 17-04-2021

Nama Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
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/l	135-147
	Kalium	2.7	mmol/l	3.5-5.0
	Glukosa Sewaktu	208	mg/dL	80-120
	Creatinin	0.61	mg/dL	0.67-1.17
	Chlorida	78	mmol/l	95-108

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Nama : Tn. K

Umur : 81 tahun

Tgl Pemeriksaan : 17-04-2021

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

Kesan :

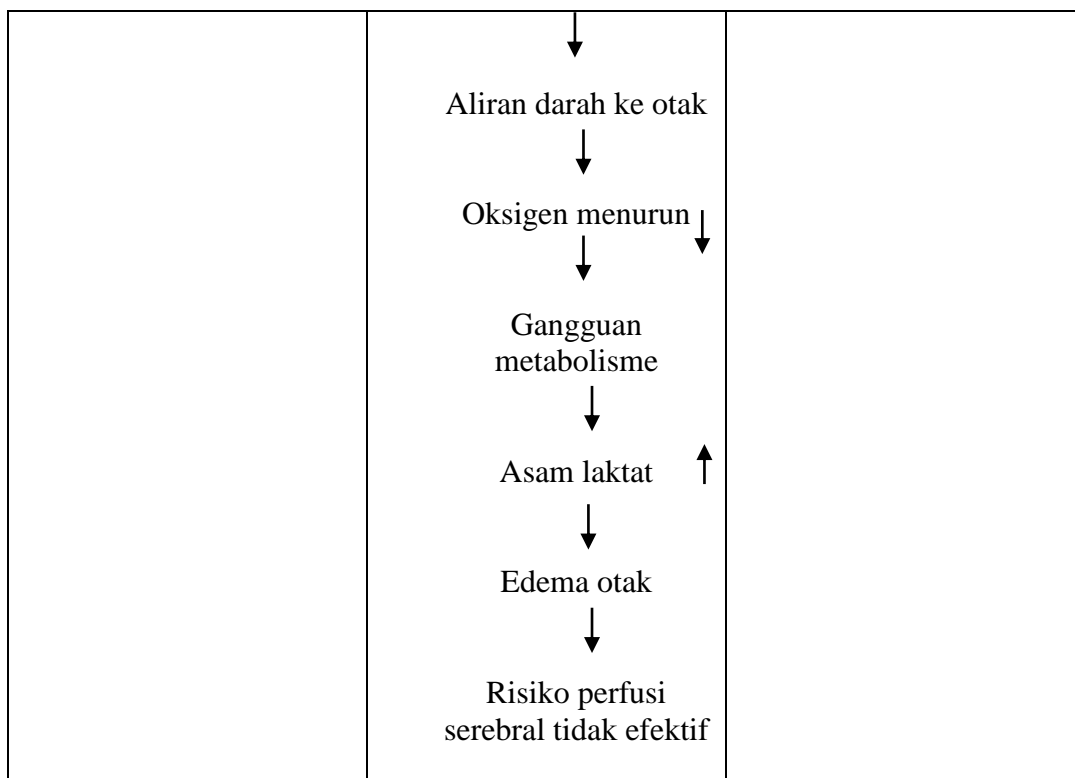
- a. *Intracerebral Hemorrhage*
- b. *Sub Aracnoid Haemorrhage pada medial cranial fossa kanan*
- c. *Edema cerebri*
- d. *SCALP hematome pada regio temporal kanan.*
- e. *Soft tissue swelling pada regio maksilaris kanan*
- f. *Concha media bulosa kiri*

6. TERAPI DOKTER

No.	Nama Obat	Keterangan
1.	IVFD NaCL 0.9% 20 tpm (Intra Vena)	Menjaga cairan dan elektrolit pasien
2.	Citicolin 500 mg (Intra Vena)	Meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di otak
3.	Ceftriaxone 500 mg (Intra Vena)	Digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri yang terjadi pada tubuh.
4.	Paracetamol flas (Intra Vena)	Digunakan untuk mengurangi nyeri pada pasien
5.	Ranitidine 50 mg (Intra Vena)	Mengatasi gejala atau penyakit yang berhubungan dengan produksi asam lambung berlebih di dalam lambung
6.	Fenitoin 100 mg (Intra Vena)	Digunakan untuk mencegah dan meredakan kejang

B. ANALISIS DATA

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
Faktor Risiko 1. Cedera Kepala	<p>Benturan</p> <p>↓</p> <p>Cidera kepala</p> <p>↓</p> <p>Kontusio cerebri</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan sel otak</p> <p>↓</p> <p>Gangguan autoregulasi</p>	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif



C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

D. RENCANA KEPERAWATAN

NO.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1.	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>Faktor Risiko : Cedera kepala</p> <p>Kondisi Klinis Terkait: Cedera kepala</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 2 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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)

		6. Tekanan intra kranial membaik (5) 7. Tekanan darah sistolik membaik (5) 8. Tekanan darah diastolit membaik (5) 9. Reflex saraf membaik (5)	3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Terapeutik 4. Minimalikan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5. Berikan posisi semi Fowler 6. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
17/04/2021 09.30 WITA	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien 2. Monitor MAP pasien	DS : - DO : GCS E ₃ V ₂ M ₅ (10) Kesadaran somnolen TTV: TD : 150/100 mmHg N : 120 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 °C MAP : 116 mmHg	
09.15 WITA	1. Memberikan posisi head up 30°	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, pasien diberikan posisi head up 30°	
09 .20 WITA	1. Memberikan O2 sesuai kebutuhan	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, terpasang NRM 10 lpm	
09 .30 WITA	1. Memonitor tanda-tanda peningkatan TIK	DS : - DO : Pasien tampak	

		<p>mengalami hematome pada bagian kepala, pada bacaan CT Scan didapatkan adanya Edema cerebri</p> <p>GCS : E3V2M5 (10)</p> <p>Kesadaran somnolen</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 150/100 mmHg</p> <p>N : 120 x/menit</p> <p>RR : 20 x/menit</p> <p>S : 36,2 °C</p> <p>MAP : 116 mmHg</p>	
09 .45 WITA	<p>1. Melakukan tindakan delegatif dalam pemasangan infus dan injeksi obat.</p> <p>a. IVFD Nacl 20 tpm</p> <p>b. Ranitidin 50 mg (intravena)</p> <p>c. Fenitoin 50 mg (intravena)</p> <p>d. Citicolin 500 mg (intravena)</p>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Ranitidin masuk per intravena tidak ada alergi</p> <p>Fenitoin masuk per intravena tidak ada alergi</p> <p>Citicolin masuk per intravena tidak ada alergi</p>	
11.45 WITA	<p>1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien</p> <p>2. Monitor MAP pasien</p>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>GCS E₃V₂M₅ (10)</p> <p>Kesadaran somnolen</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 140/90 mmHg</p> <p>N : 101 x/menit</p> <p>S : 36 °C</p> <p>RR: 20 x/menit</p> <p>MAP : 106 mmHg</p>	
12.00 WITA	<p>1. Merencanakan untuk tindakan operasi</p>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Keluarga kooperataif</p>	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

No.	TGL / JAM	CATATAN PERKEMBANGAN SOAP	Paraf
1	17/04/2021 11.00 WITA	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Pasien tampak lemah2. Terpasang O2 melalui NRM 10 lpm3. Tingkat kesadaran somnolen, GCS: E3 V2 M5 : 104. TTV TD : 140/90 mmHg N : 101 x/menit S : 36 °C RR: 20 x/menit MAP : 106 mmHg <p>A : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none">1. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK2. Monitor MAP3. Berikan posisi head up 30°4. Cegah terjadinya kejang5. Rencana OK	

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Kedua

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA Tn. S DENGAN
DIAGNOSA MEDIS CEDERA KEPALA SEDANG (CKS) DI IGD RSUP
SANGLAHTANGGAL 19 APRIL 2021**



Oleh :

I KOMANG SUTHA JAYA

NIM. P07120320039

**POLTEKKES KEMENKES DENPASAR
JURUSAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI PROFESI NERS
DENPASAR
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



FORMAT PENGKAJIAN

KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

Nama Mahasiswa : I Komang Sutha Jaya

NIM : P07120320039

A. PENGKAJIAN

Identitas Pasien

Nama	: Tn.S
Umur	: 62 tahun
Jenis Kelamin	: Laki-laki
Pekerjaan	: Petani
Agama	: Hindu
Tanggal Masuk RS	: 19 April 2021
Alasan Masuk	: Penurunan kesadaran
Diagnosa Medis	: CKS

Initial survey:

A (alertness) :

V (verbal) :

P (pain) : ✓

U (unrespons) :

Warna triase
: **P 1** **P 2** **P 3** **P 4** **P 5**

SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI
AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL

Keadaan jalan nafas
Tingkat kesadaran : Somnolen
Pernafasan : 18 x/menit
Upaya bernafas : Ada
Benda asing di jalan nafas : Tidak ada
Bunyi nafas : Vesikuer
Hembusan nafas : Ada dengan frekuensi 18x/menit

BREATHING

Fungsi pernafasan
Jenis Pernafasan : Spontan
Frekwensi Pernafasan : 18 x/menit, SPO2 : 94 %
Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada
Kelainan dinding thoraks : (simetris, ~~perlukaan, jejas trauma~~)
Bunyi nafas : Vesikuler
Hembusan nafas : Ada dengan frekuensi 18x/menit

CIRCULATION

Keadaan sirkulasi
Tingkat kesadaran : Somnolen
Perdarahan (internal/eksternal) : Epidural Hematoma
Kapilari Refill : < 2 detik
Tekanan darah : 140/100 mmHg
Nadi radial/carotis : 108 x/menit
Akral perifer : Hangat

DISABILITY

Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E3V3M4 : Somnolen

Reflex fisiologis : Ada

Reflex patologis : Tidak ada

Kekuatan otot :

5555	5555
5555	5555

PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER

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

1. RIWAYAT KESEHATAN

a. RKD

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit serius dan sebelumnya tidak pernah dirawat di RS. Pasien juga mengatakan ia tidak memiliki riwayat alergi seperti makanan, minuman ataupun obat-obatan. Pasien mengatakan ia tidak memiliki riwayat penyakit keturunan ataupun menular seperti TBC, asma, diabetes ataupun hipertensi.

b. RKS

Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah diantar oleh keluarga dengan keluhan penurunan kesadaran setelah mengalami kecelakaan lalu lintas sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien terjatuh saat mengendarai 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 (-), GCS pasien E3V3M4 (10), TD : 140/100 mmHg, N : 108 x/menit. S : 36 °C, RR : 18 x/menit.

c. RKK

Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun 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 : Normocephal

Kulit kepala : Terdapat hematome

Mata : Simetris, pupil isokor, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis

Telinga : Simetris kanan dan kiri, tidak ada sekret, pendengaran baik.

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

Mulut dan gigi : Mukosa bibir kering, mulu bersih, gigi lengkap

Wajah : Simetris, bersih, tidak terdapat edema

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

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, tidak ada suara nafas tambahan

Jantung

Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : S1 dan S2 reguler

Auskultasi : Suara murmur tidak ada

- d. Abdomen
 Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi.
 Palpasi : Tidak ada nyeri tekan
 Perkusi : Timpani
 Auskultasi : Bising usus (+)
- e. Pelvis
 Inspeksi : Bentuk pelvis simetris tidak terdapat benjolan/luka
 Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan
- f. Perineum dan rektum : Tidak dikaji
- g. Genitalia : Tidak dikaji
- h. Ekstremitas
 Status sirkulasi : CRT < 2 detik
 Keadaan injury : Tidak ada
- i. Neurologis
 Fungsi sensorik : Pasien mampu merespon dengan nyeri
 Fungsi motorik : Kekuatan otot
- | | |
|------|------|
| 5555 | 5555 |
| 5555 | 5555 |

4. HASIL LABORATORIUM

Nama : Tn. S

Umur : 62 tahun

Tgl Pemeriksaan : 19-04-2021

Nama Pemeriksaan	Parameter	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Darah Lengkap	WBC	10.02	10 ³ /uL	4.1-11.0
	NE%	84.80	%	47-80
	LY%	8.90	%	13-40
	MO%	6.20	%	2.0-11.0
	EO%	0.00	%	0.0-5.0
	BA%	0.10	%	0.0-2.0
	NE#	8.50	10 ³ /uL	2.50-7.50
	LY#	0.89	10 ³ /uL	1.00-4.00
	MO#	0.62	10 ³ /uL	0.10-1.20
	EO#	0.00	10 ³ /uL	0.00-0.50

	BA#	0.01	10 ³ /uL	0.0-0.1
	RBC	3.32	10 ³ /uL	4.5-5.9
	HGB	9.40	g/dL	13.5-17.5
	HCT	28.40	%	41.0-53.0
	MCV	85.50	fL	80.0-100.0
	MCH	28.30	pg	26.0-34.0
	MCHC	33.10	g/dL	31-36
	RDW	12.40	%	11.6-14.8
	PLT	187.00	10 ³ /uL	150-440
	NLR	9.53		<= 3.13
PPT/INR	PPT	10.9	detik	10.8-14.4
	INR	0.95		0.9-1.1
APTT	APTT	23.4	detik	24-36
SGOT	AST/SGOT	60.6	U/L	5-34
SGPT	ALT/SGPT	44.70	U/L	11.00-50.00
BS Acak/Glukosa Acak/Glukosa Sewaktu	Glukosa Darah (sewaktu)	100	mg/dL	70-140
BUN / Ureum	BUN	17.40	mg/dL	8.00-23.00
Creatinine	Kreatinin	1.00	mg/dL	0.72-1.25
	e-LFG	80.31		>=90
Kalium (K)	Kalium (K) - Serum	4.05	mmol/L	3.50-5.10
Natrium (Na)	Natrium (Na) - Serum	135	mmol/L	136-145
Chlorida (Cl)	Klorida (Cl) - Serum	103.0	mmol/L	94-110

5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Nama : Tn. K

Umur : 62 tahun

Tgl Pemeriksaan : 19-04-2021

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

Kesan :

- a. *Epi Dural Haemorrhage di regio frontalis kiri*
- b. *Sub Dural Haemorrhage di regio temporal kiri*
- c. *Sub Aracnoid Haemorrhage di parieto-occipital kanan kiri*
- d. *Edema cerebri*
- e. *Pneumocephalus regio frontalis kanan dan temporal kiri*

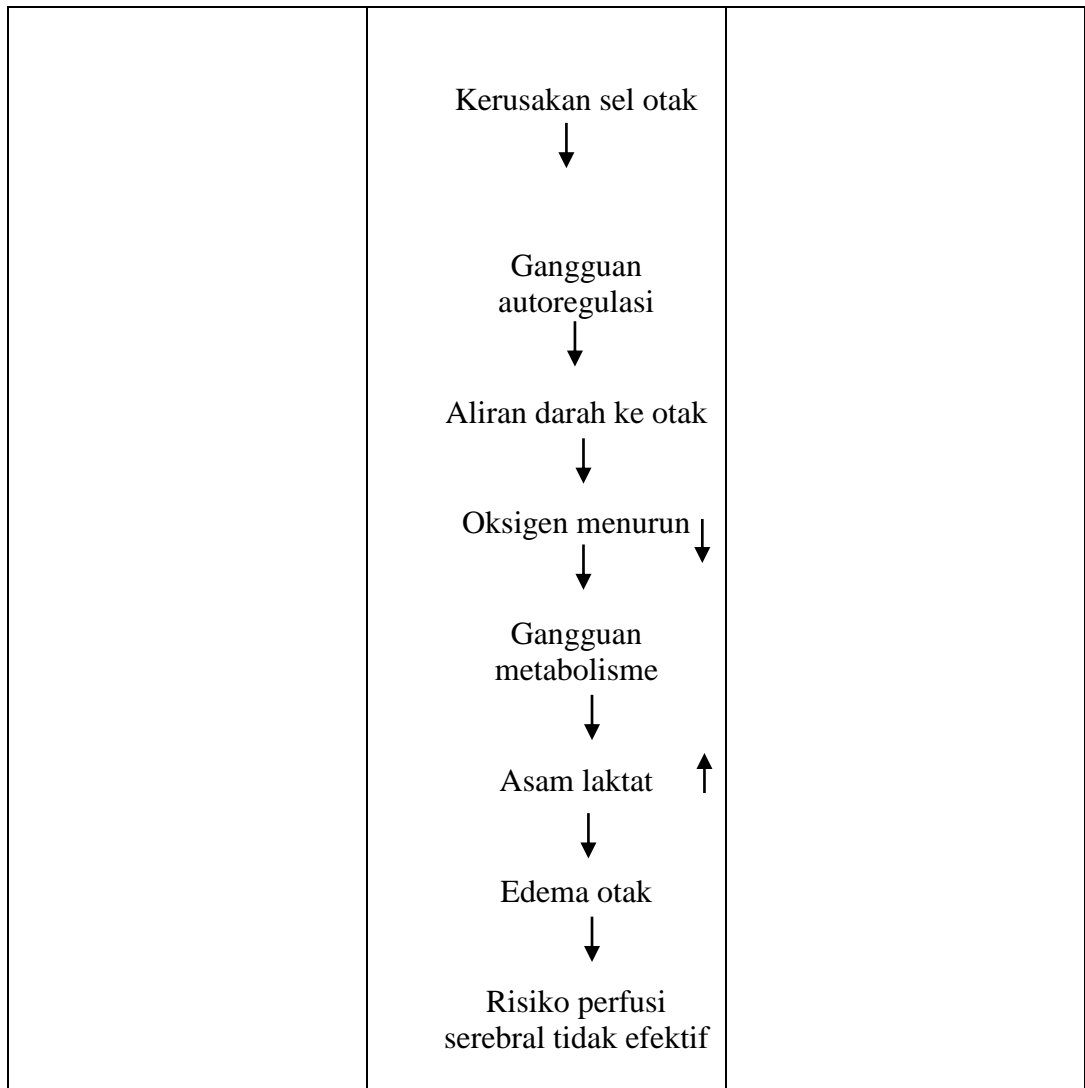
- f. Hematosunus sinus maksilaris, ethmoidali, sphenoidaliskan kiri dan frontalis kanan
- g. Fraktur pada os frontalis kanan kiri, os temporal kiri, os parietal kanan, dinding anterior dan posterior sinus frotnalis kanan, dinding lateralorbita kanan kiri, greater wing sphenoid kiri, dinding anterior sinus maksilaris kanan dan medial sinus maksilaris kanan kiri, lamina papryracea kanan kiri, septum nasi, dan dinding anterior sinus sphenoid kanan
- h. 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

No.	Nama Obat	Keterangan
1.	IVFD NaCL 0.9% 20 tpm (Intra Vena)	Menjaga cairan dan elektrolit pasien
2.	Citicolin 500 mg (Intra Vena)	Meningkatkan aliran darah dan konumsi oksigen di otak
3.	Ceftriaxone 500 mg (Intra Vena)	Digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri yang terjadi pada tubuh.
4.	Ranitidine 50 mg (Intra Vena)	Mengatasi gejala atau penyakit yang berhubungan dengan produksi asam lambung berlebih di dalam lambung
5.	Fenitoin 100 mg (Intra Vena)	Digunakan untuk mencegah dan meredakan kejang

B. ANALISIS DATA

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
Faktor Risiko 1. Cedera Kepala	Benturan ↓ Cidera kepala ↓ Kontusio cerebri	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif



C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

D. RENCANA KEPERAWATAN

NO.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1.	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>Faktor Risiko : Cedera kepala</p> <p>Kondisi Klinis Terkait: Cedera kepala</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 2 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 6. Tekanan intra kranial membaik (5) 7. Tekanan darah sistolik membaik (5) 8. Tekanan darah diastolik membaik (5) 9. Reflex saraf membaik (5) 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 (Mean Arterial Pressure) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5. Berikan posisi semi Fowler 6. Cegah terjadinya kejang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

E. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
19/04/2021 08.00 WITA	<ol style="list-style-type: none"> Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien Monitor MAP pasien 	DS : - DO : GCS E ₃ V ₃ M ₄ (10) Kesadaran somnolen TTV: TD : 140/100 mmHg N : 108 x/menit S : 36 °C RR: 18 x/menit MAP : 113 mmHg	
08.15 WITA	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan posisi head up 30° 	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, pasien diberikan posisi head up 30°	
08 .20 WITA	<ol style="list-style-type: none"> Memberikan O2 sesuai kebutuhan 	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, terpasang NRM 10 lpm	
08 .30 WITA	<ol style="list-style-type: none"> Memonitor tanda-tanda peningkatan TIK 	DS : - DO : Pasien tampak mengalami hematome pada bagian kepala, pada bacaan CT Scan didapatkan adanya Edema cerebri GCS : E3V3M4 (10) Kesadaran	

		<p>somnolen</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 140/100 mmHg</p> <p>N : 108 x/menit</p> <p>S : 36 °C</p> <p>RR: 18 x/menit</p> <p>MAP : 113mmHg</p>	
09 .45 WITA	<p>1. Melakukan tindakan delegatif dalam pemasangan infus dan injeksi obat.</p> <p>a. IVFD Nacl 20 tpm</p> <p>b. Ranitidin 50 mg (intravena)</p> <p>c. Fenitoin 50 mg (intravena)</p> <p>d. Citicolin 500 mg (intravena)</p>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Ranitidin masuk per intravena tidak ada alergi</p> <p>Fenitoin masuk per intravena tidak ada alergi</p> <p>Citicolin masuk per intravena tidak ada alergi</p>	
10.45 WITA	<p>1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien</p> <p>2. Monitor MAP pasien</p>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>GCS E₃V₃M₄ (10)</p> <p>Kesadaran somnolen</p> <p>TTV:</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>N : 100 x/menit</p> <p>S : 36 °C</p> <p>RR: 18 x/menit</p> <p>MAP : 103 mmHg</p>	
11.00 WITA	<p>1. Merencanakan untuk tindakan operasi</p>	<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Keluarga kooperatif</p>	

F. EVALUASI KEPERAWATAN

NO.	TGL / JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF
1	19/04/2021 11.00 WITA	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Terpasang O2 melalui NRM 10 lpm 3. Tingkat kesadaran somnolen, GCS: E3 V3 M4 : 10 4. TTV TD: 130/90 mmHg N : 100 x/menit S : 36 °C RR: 18 x/menit MAP : 103 mmHg <p>A : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Berikan posisi head up 30° 4. Cegah terjadinya kejang 5. Rencana OK 	



Edit



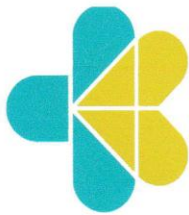
Data Skripsi Mahasiswa

N I M P07120320039
Nama Mahasiswa I Komang Sutha Jaya
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	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan judul Karya Ilmiah Akhir Ners	3 Mei 2021	✓
2	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan penyusunan KIA-N dan konsul intervensi inovasi	7 Mei 2021	✓
3	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Konsul BAB I dan BAB II	13 Mei 2021	✓
4	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi BAB I dan BAB II Konsul BAB III sampai BAB V	18 Mei 2021	✓
5	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi BAB III sampai BAB V	24 Mei 2021	✓
6	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan KIA-N lengkap	3 Jun 2021	✓
7	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Konsul BAB I dan BAB II	14 Mei 2021	✓
8	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Revisi BAB I dan BAB II	19 Mei 2021	✓
9	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Konsul BAB III sampai BAB V	24 Mei 2021	✓
10	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Revisi BAB III sampai BAB V	27 Mei 2021	✓
11	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Revisi tata penulisan KIA-N	3 Jun 2021	✓
12	196412311985032010 - NS., Dra. I DEWA AYU KETUT SURINATI, S.Kep., M.Kes.	Bimbingan KIA-N 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 : I Komang Sutha Jaya
NIM : P07120320039

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	9/6/2021		Ni Erni Sipahuntar S.Pep, M.Kep
2	Perpustakaan	9/6/2021		Abdurrahman
3	Laboratorium	9/6/2021		Ni Made Juniari, S.Kep. Ners
4	HMJ	9/6/2021		Dewa Made Ardi Krisna Mukti
5	Keuangan	9/6/2021		Ni Made Astuti
6	Administrasi umum/perlengkapan	9/6/2021		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 : I Komang Sutha Jaya
NIM : P07120320039
Program Studi : Profesi Ners
Jurusan : Keperawatan
Tahun Akademik : 2020/2021
Alamat : Br. Serongga, Ds. Songan, Kec. Kintamani Bangli
Nomor HP/Email : 083117752527/suthamgt10@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Pada Pasien Dengan CKS di IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan, diadopsi, dimodifikasi, diadaptasi, diindependensikan, diintegrasikan, diindependensikan, 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 hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 13 Agustus 2021

menyatakan,


I Komang Sutha Jaya

NIM.P07120320039