

**MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
KEGAWAT DARURATAN SISTEM NEUROLOGI, STUDI PENERAPAN  
*EVIDENCE BASED NURSING* PEMBERIAN OKSIGEN MELALUI  
MASKER SEDERHANA DAN POSISI KEPALA 30° DENGAN MASALAH  
UTAMA PASIEN PENURUNAN KESADARAN, STUDI PENERAPAN  
INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL ALKOHOL DAN INJEKSI  
RANITIDINE TERHADAP PENURUNAN MUAL  
DI RUANG IGD RS SAMARINDA**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS



**P1706025**

**PROGRAM PENDIDIKAN PROFESI NERS SEKOLAH TINGGI  
ILMU KESEHATAN WIYATA HUSADA  
SAMARINDA  
2018**

HALAMAN PENGESAHAN

MANAJEMEN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KEGAWATDARURATAN  
SISTEM NEUROLOGI, STUDI PENERAPAN *EVIDANCE BASED NURSING* PEMBERIAN  
OKSIGEN MELALUI MASKER SEDERHANA DAN POSISI KEPALA 30° DENGAN  
MASALAH UTAMA PASIEN PENURUNAN KESADARAN, STUDI PENERAPAN  
INOVASI PEMBERIAN ISOPROPIL ALKOHOL DAN INJEKSI RANITIDINE  
TERHADAP PENURUNAN MUAL DI RUANG IGD ABDUL  
WAHAB SJAHRANI SAMARINDA

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Disusun Oleh:

MAICHEL ALEXANDER

NIM: P1706025

Telah dipertahankan dalam ujian  
Pada tanggal 26 Desember 2018

PENGUJI I

Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp.Kep.MB

NIK. 113072.88.16.088

PENGUJI II

Ns. Refiani Aidila, S.Kep

NIP. 19860422.201001.2.013

Mengetahui,

Ketua

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ketua Program Studi

Ilmu Keperawatan

STIKES Wiyata Husada Samarinda

Ns. Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.74.13.045

Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep

NIK: 113072.86.14.071

## SURAT PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Maichel Alexander  
NIM : P1706025  
Program Studi : Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda

Judul Laporan Tugas Akhir : Manajemen asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem neurologi, studi penerapan *evidence based nursing* pemberian teknik relaksasi autogenik dengan masalah utama pasien penurunan kesadaran terapi autogenik terhadap tingkat penurunan kesadaran, studi penerapan inovasi pemberian isopropil Alkohol dan injeksi ranitidine terhadap penurunan Mual di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Karya Tulis Ners yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa karya tulis ners ini adalah hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Samarinda, 26 Desember 2018

Yang membuat pernyataan,

Maichel Alexander  
NIM: P1706025

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, berkat rahmat dan Penyertaan-Nya saya dapat menyelesaikan Karya Tulis Ners dengan judul "Manajemen asuhan keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem neurologi, studi penerapan *evidence based nursing* pemberian teknik relaksasi autogenik dengan masalah utama pasien penurunan kesadaran terapi autogenik terhadap tingkat penurunan kesadaran, studi penerapan inovasi pemberian isopropil Alkohol dan injeksi ranitidine terhadap penurunan Mual di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.". Karya Tulis Ners merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar (Ners) pada Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Bersamaan ini perkenankanlah saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

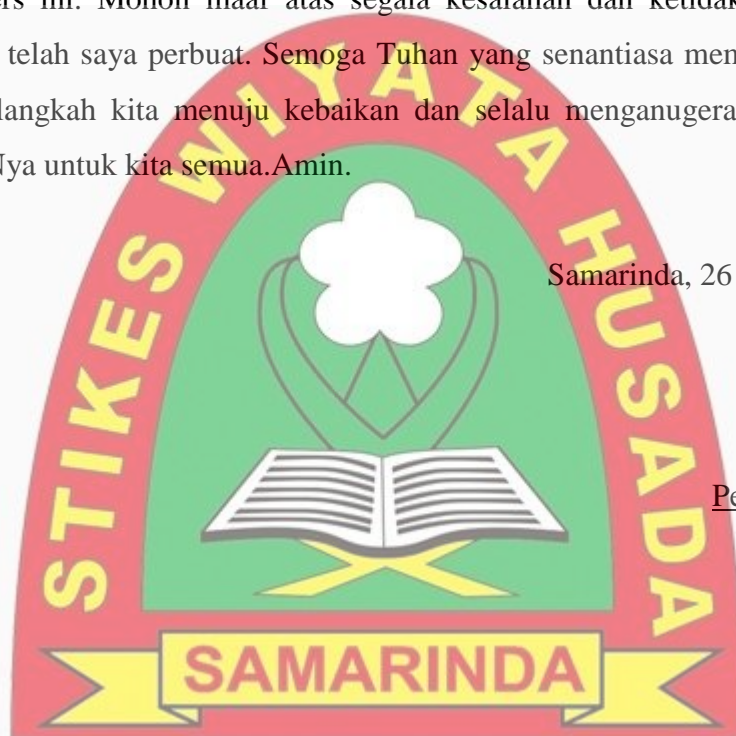
1. Mujito Hadi, MM selaku Ketua Yayasan Wiyata Husada Samarinda
2. Ns., Edy Mulyono, S.Pd., S.Kep., M.Kep., selaku Ketua STIKES Wiyata Husada Samarinda.
3. Ns. Rusdi, S.Kep., M.Kep., selaku Ketua Program Studi Ners STIKES Wiyata Husada Samarinda. Terima kasih atas masukan dan semua ilmu yang telah diberikan dan juga dedikasinya terhadap ilmu keperawatan.
4. Ns. Kiki Hardiansyah Safitri, M.Kep., Sp. Kep. MB., selaku pembimbing akademik saya selalu meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan serta masukan dan semua ilmu yang telah diberikan kepada saya. Untuk penyelesaian karya tulis ners.
5. Terimakasih kepada Direktur rumah sakit umum daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda dan terutama terimakasih kepada kepala ruangan IGD.
6. Ns. Refliani Aldila, S.Kep., Selaku pembimbing klinik saya yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ners ini.
7. Terima kasih kepada pegawai IGD yang selalu memberikan ilmu dan arahan terhadap penanganan di ruangan IGD.

8. Terima kasih kepada kedua orang tua dan keluarga saya yang selalu memberikan semangat dan motivasi serta doa untuk keberhasilan anak tercintanya.
9. Terima kasih kepada teman-teman bimbingan ruangan IGD seperjuangan Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda.
10. Terima kasih kepada teman-teman seperjuangan Program Studi NERS STIKES Wiyata Husada Samarinda.

Dan semua pihak yang telah membantu menyelesaikan Laporan Karya Tulis Ners ini. Mohon maaf atas segala kesalahan dan ketidak sopanan yang mungkin telah saya perbuat. Semoga Tuhan yang senantiasa memudahkan setiap langkah-langkah kita menuju kebaikan dan selalu menganugerahkan kasih dan sayang-Nya untuk kita semua.Amin.

Samarinda, 26 Desember 2018

Penulis



## ABSTRAK

### Manajemen Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Kegawat Daruratan Sistem Neurologi, Studi Penerapan *Evidence Based Nursing* Pemberian Oksigen Melalui Masker Sederhana Dan Posisi Kepala 30° Dengan Masalah Utama Pasien Penurunan Kesadaran, Studi Penerapan Inovasi Pemberian Isopropil Alkohol Dan Injeksi Ranitidine Terhadap Penurunan Muas Di Ruang Igd RS Samarinda

Maichel Alexander<sup>1</sup> Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup> Refliani Aldila<sup>3</sup>

**Latar Belakang:** IGD merupakan bagian dirumah sakit yang menyediakan penanganan awal pasien darurat yang dapat mengancam hidup. Kegawatdaruratan sistem neurologi pada pasien CKS dengan skor GCS 12. Dalam penanganan masalah kegawatdaruratan sistem pencernaan menggunakan *isopropyl alcohol* dengan obat medik yang biasa digunakan. **Tujuan:** Manajemen asuhan keperawatan masalah gangguan sistem neurologi, penerapan metode pengkajian GCS. menganalisa inovasi penggunaan *isopropyl alcohol* dengan injeksi ranitidin sebagai terapi antiemetik di IGD RS Samarinda. **Metode:** Studi kasus pada pasien berjenis kelamin perempuan berusia 15 tahun dengan diagnosa CKS, studi kuasi eksperimen pemberian oksigen sederhana dan posisi kepala 30° terhadap GCS *one group pretest-posttest*, studi kuasi eksperimen Penerapan evaluasi pasien dengan masalah sistem pencernaan dengan menggunakan *isopropyl alcohol one group pretest-posttest*. **Hasil:** Pasien dengan penurunan kesadaran, post KLL dengan pemeriksaan CT Scan tidak mengalami pendarahan pada otak, diagnosa keperawatan utama ketidakefektifan perfusi jaringan serebral. Intervensi pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30°, Berdasarkan hasil uji, peningkatan GCS sesudah dilakukan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° didapat nilai *p value*  $0,034 < \alpha = 0,05$ . Pemberian inovasi *isopropyl alcohol* dengan injeksi ranitidin didapatkan hasil yang tidak signifikan ( $p = 0,374 > 0,05$ ). **Kesimpulan:** Asuhan keperawatan pada pasien CKS hasil intervensi masalah teratasi sebagian dengan GCS 13 dan evaluasi hasil pemeriksaan TTV= TD = 100/70 mmHg, N = 89x/menit, S = 36,4°C, RR=23x/menit, Spo2 = 98%. Memerlukan penanganan lebih lanjut pasien masuk diruang HCU. Pemberian terapi dapat efektif meningkatkan kesadaran. Evaluasi pasien sistem pencernaan menggunakan *isopropyl alcohol* tidak signifikan secara statistik namun bisa juga dengan mamadukan dengan obat medik yang sudah biasa digunakan. **Saran:** Diharapkan kepada pasien CKS perlu diperhatikan terapi non-farmakologi dengan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30°.

**Kata Kunci :** Cedera Kepala Sedang, Masker Oksigen Sederhana, Posisi Kepala 30°, Tingkat Kesadaran GCS, Isopropyl alkhoh

<sup>1</sup>Program Studi Ilmu Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

<sup>2</sup>Dosen Keperawatan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Praktisi Instalasi Gawat Darurat RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

## ABSTRACT

### **Management of Nursing Care in Patients with Emergency Systems Neurology, Study of the Application of Evidence Based Nursing for Giving Oxygen Through Simple Mask and 30° Head Position with Patient's Main Problems Decreasing Awareness, Study of Application of Isopropyl Giving Innovations Alcohol and Ranitidine Injection Against Decreased Nausea IGD Room Rsud Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

*Maichel Alexander<sup>1</sup> Kiki Hardiansyah Safitri<sup>2</sup> Refliani Aldila<sup>3</sup>*

**Background:** An emergency room is a part of the hospital that provides early life-threatening patient care. Emergency neurological system in CKS patients with GCS score 12. In handling emergency problems the digestive system uses isopropyl alcohol with commonly used medical drugs. **Purpose:** Management of nursing care for neurological system disorders, application of GCS assessment methods. analyzed the innovation of the use of isopropyl alcohol with injection of ranitidine as an antiemetic therapy in IGD Samarinda Hospital. Method: A case study of a 15-year-old female patient diagnosed with CKS, a quasi-experimental study of simple oxygen administration and a 30° head position on GCS one group pretest-posttest, quasi-experimental study Application of evaluation of patients with digestive system problems using isopropyl alcohol one group pretest-posttest. **Results:** Patients with decreased awareness, post KLL with CT Scan did not experience bleeding in the brain, the main nursing diagnosis was ineffective perfusion of cerebral tissue. The intervention of giving oxygen through a mask is simple and the position of the head is 30°. Based on the results of the test, the increase in GCS after the administration of oxygen through a simple mask and 30° head position obtained a value of p value  $0.034 < \alpha = 0.05$ . The innovation of isopropyl alcohol with ranitidine injection was not significant ( $p = 0.374 > 0.05$ ). **Conclusion:** Nursing care in CKS patients as a result of the problem intervention was partially resolved with GCS 13 and evaluation of TTV examination results = TD = 100/70 mmHg, N = 89x / minute, S = 36.4 ° C, RR = 23x / minute, Spo2 = 98%. Requires further handling of patients entering the HCU room. Giving therapy can effectively increase awareness. Evaluation of digestive system patients using isopropyl alcohol is not statistically significant, but it can also be done with medication that is commonly used. **Suggestion:** It is expected that CKS patients should pay attention to non-pharmacological therapy by administering oxygen through a simple mask and head position 30°.

**Keywords:** Medium Head Injury, Simple Oxygen Mask, 30° Head Position, GCS Awareness Level, Isopropyl Alkhol

<sup>1</sup>Nursing Science Program, Wiyata Husada Samarinda School of Health Sciences

<sup>2</sup>Nursing Lecturers, Health Sciences College Wiyata Husada Samarinda

<sup>3</sup>Emergency Installation Practitioner at Abdul Wahab Hospital, Sjahranie Samarinda

## DAFTAR ISI

Halaman Judul .....	i
Halaman pengesahan .....	ii
Lembar Pernyataan Keaslian .....	iii
Kata Pengantar .....	iv
Abstrak .....	vi
Abctact .....	vii
Daftar Isi .....	viii
Daftar Tabel .....	x
Daftar Gambar .....	xi
Daftar Skema .....	xii
Daftar Lampiran .....	xiii
<b>BAB I. PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	2
C. Tujuan .....	3
1. Tujuan Umum .....	3
2. Tujuan Khusus .....	3
D. Manfaat .....	3
1. Manfaat Teoritis .....	3
2. Manfaat Praktis .....	4
<b>BAB II. TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Konsep Kegawat Daruratan Sistem Neurologi .....	5
B. Konsep Dasar Cidera Kepala .....	18
<b>BAB III. PROSES PRAKTIK NERS</b>	
I. Laporan dan Analisis Kasus Kelolaan dan Resume .....	
A. Kasus Kelolaan Utama .....	33
B. Gambaran Kasus Resume yang di Ruang IGD .....	38
II. <i>Evidance Based Nursing</i> .....	46
A. Pendahuluan .....	46
B. Analisis Pico .....	48
C. Pelaksanaan EBN .....	53
D. Hasil Penerapan EBN .....	55
III. Proyek Inovasi .....	57
A. Pendahuluan .....	57
B. Analisis SWOT .....	59
C. Pelaksanaan .....	61
D. Evaluasi .....	62
<b>BAB IV. PEMBAHASAN</b>	
I. Pembahasan Kasus kelolaan .....	
A. Karakteristik Responden .....	65
B. Analisis Kritis Asuhan Keperawatan .....	65
C. Pembahasan Resume IGD .....	66
II. Pembahasan EBN .....	
A. Karakteristik Responden .....	72
B. Analisis pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° .....	73

C. Hambatan dan Alasan Mempertahankan .....	74
III. Pembahasan Proyek Inovasi	
A. Karakteristik Responden .....	75
B. Analisis Pemberian Isopropil alcohol dan Injeksi Ranitidine .....	75
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN	
A. Kesimpulan .....	77
B. Saran .....	77
Daftar Pustaka	
Lampiran	



## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Distribusi Responden berdasarkan jenis kelamin dan tingkat usia EBN .....	55
Tabel 3.2 Analisa uji normalitas berdasarkan <i>Test of normality Shapiro-wilk</i> .....	55
Tabel 3.3 Distribusi nilai tingkat kesadaran GCS .....	56
Tabel 3.4 Hasil analisis nilai GCS sebelum dan sesudah.....	56
Tabel 3.5 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia (Inovasi).....	62
Tabel 3.6 Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Jenis Kelamin (inovasi).....	62
Tabel 3.7 Distribusi Responden Berdasarkan Diagnosa Medis (Inovasi) .....	63
Tabel 3.8 Nilai Skor Mual Sebelum dan Sesudah (Inovasi) .....	63
Tabel 3.9 Perbedaan Nilai Mual Sebelum dan Sesudah Diberikan Isopropyl (Inovasi).....	63
Tabel 3.10 Perbedaan Nilai Mual Sebelum dan Sesudah Diberikan Injeksi Ranitidine (Inovasi) .....	64
Tabel 3.11 Perbedaan Pengaruh Isopropil Alkohol dan Injeksi Ranitidine Terhadap Penurunan Mual (Inovasi) .....	64



## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi.....	5
Gambar 3.1 CT-Scan.....	36



## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Pathway cedera kepala .....	26
-----------	-----------------------------	----



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Alur penelitian
- Lampiran 2 Lembar Persetujuan menjadi responden
- Lampiran 3 Lembar Observasi
- Lampiran 4 Posisi Kepala 30°



## BAB I

### PENDAHULUAN

#### A. LATAR BELAKANG

Pemeriksaan awal yang dilakukan pasien dengan cedera kepala adalah dengan *Glasgow coma scale* (GCS) merupakan sistem penilaian terstandarisasi yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pada pasien dengan gangguan kesadaran. GCS adalah perhitungan angka dari kognitif, perilaku, dan fungsi neurologis. GCS merupakan instrumen standar yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran pasien trauma kepala, merupakan salah satu komponen yang digunakan sebagai acuan pengobatan, dasar pembuatan keputusan klinis umum untuk pasien (Ricard Coton & Michelle 2010).

Otak merupakan organ yang sangat vital bagi seluruh aktivitas dan fungsi tubuh, karena di dalam otak terdapat berbagai pusat kontrol seperti pengendalian fisik, intelektual, emosional, sosial, dan keterampilan. Walaupun otak berada dalam ruang yang tertutup dan terlindungi oleh tulang-tulang yang kuat namun dapat juga mengalami kerusakan. Salah satu penyebab dari kerusakan otak adalah terjadinya trauma atau cedera kepala yang dapat mengakibatkan kerusakan struktur otak, sehingga fungsinya juga dapat terganggu (Black & Hawks, 2009).

Keseimbangan oksigen otak dipengaruhi oleh aliran darah otak yang besarnya berkisar 15-20 % dari curah jantung (Black & Hawks, 2009). Proteksi otak merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mencegah atau mengurangi kerusakan sel-sel otak yang diakibatkan oleh keadaan iskemia. Iskemia otak adalah suatu gangguan hemodinamik yang akan menyebabkan penurunan aliran darah otak sampai ke suatu tingkat yang akan menyebabkan kerusakan otak yang *irreversibel*. Metode dasar dalam melakukan proteksi otak adalah dengan cara membebaskan jalan nafas dan oksigenasi yang adekuat (Simon M, Andrew B, Mark CB, 2006).

Hasil penelitian yang dilakukan Noor khalilati (2014) bahwa pemberian oksigen yang tepat pada pasien cedera kepala adalah dengan menggunakan masker biasa, karena lebih efektif meningkatkan saturasi oksigen dibandingkan dengan nasal kanul. menurut *Summers,dkk* (2009) untuk memaksimalkan

oksigenasi perlu pengaturan elevasi kepala lebih tinggi karena dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah keserebral, dimana pada posisi kepala 30° terjadi peningkatan aliran darah ke otak (*cerebral blood flow*, CBF).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis tanggal 2 Februari 2015 di ruang IGD Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin, tidak ada SOP (Standar Operasional Prosedur) tentang penanganan pasien cedera kepala. Tetapi pihak rumah sakit telah memberikan kebijakan yang menyatakan bahwa petugas yang berkompeten untuk melakukan atau penggunaan alat *life saving* (Penggunaan alat bantuan hidup dasar) di IGD salah satunya adalah paramedik yang sudah mendapatkan pelatihan dan mendapatkan sertifikasi untuk menggunakan alat tersebut seperti pemberian oksigen dan posisi pada pasien cedera kepala. Selama ini belum diketahui apakah terapi pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° yang diberikan oleh perawat dapat menunjukan perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang.

Tujuan utama pengelolaan cedera kepala adalah mengoptimalkan pemulihan dari cedera kepala primer dan mencegah cedera kepala sekunder yang disebabkan oleh iskemik otak (Tisdal M, 2008). Pengelolaan cedera kepala yang baik harus dimulai dari tempat kejadian, selama transportasi, di instalasi gawat darurat, hingga dilakukan terapi definitif. Pengelolaan yang benar dan tepat akan mempengaruhi hasil akhir pasien.

## **B. Perumusan masalah**

Instalasi Gawat Darurat merupakan salah satu Unit pelayanan dirumah sakit yang memberikan pertolongan pertama. Pasien yang datang ke ruangan gawat darurat memiliki derajat berat penyakit bervariasi salah satunya yaitu gangguan pada sistem Neurologi. Otak merupakan organ yang sangat vital bagi seluruh aktivitas dan fungsi tubuh, karena di dalam otak terdapat berbagai pusat kontrol seperti pengendalian fisik, intelektual, emosional, sosial, dan keterampilan. Dengan pemeriksaan awal GCS (*Glasgow coma scale*) merupakan sistem penilaian terstandarisasi yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pada pasien dengan gangguan kesadaran. Berdasarkan uraian latar belakang masalah, maka penulis membuat perumusan masalah penelitian untuk

melaksanakan asuhan keperawatan yang akan dituangkan dalam bentuk karya ilmiah akhir ners dengan manajemen asuhan keperawatan pada gangguan sistem Neurologi studi penerapan *Evidence Based Nursing* Pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° serta penerapan inovasi teknik aromaterapi menggunakan *isopropyl alcohol* dengan injeksi Ranitidine sebagai terapi antiemetik di IGD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

### **C. Tujuan penelitian**

#### **1. Tujuan Umum**

Penulisan Karya Ilmiah Akhir-Ners (KIA-N) ini bertujuan untuk melakukan analisa terhadap kasus kelolaan dengan Pengaruh pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang, studi penerapan inovasi teknik aromaterapi menggunakan *isopropyl alcohol* dengan injeksi ranitidin sebagai terapi antiemetik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### **2. Tujuan Khusus**

- a. Menganalisis asuhan keperawatan pada kegawat daruratan sistem Neurologi
- b. Menganalisis intervensi *evidence base nursing* menggunakan metode pengkajian *Glasgow coma scale* (GCS)
- c. Menganalisis intervensi inovasi menggunakan *isopropyl alcohol* dengan injeksi ranitidin sebagai terapi antiemetik

### **D. Manfaat penelitian**

#### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil dari penelitian ini diharapkan menjadi referensi atau masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan dan praktek pekerjaan perawat serta dapat menambah kajian ilmu keperawatan khususnya pada pasien yang datang ke IGD.

## 2. Manfaat Praktis

### a. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat menjadi masukan pada program belajar mengajar dan menambah referensi perpustakaan serta menjadi dasar untuk penelitian keperawatan lebih lanjut. Sebagai bahan bacaan bagi mahasiswa keperawatan dalam menambah pengetahuan tentang pemberian terapi oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala  $30^\circ$  terhadap perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang.

### b. Bagi Profesi Kesehatan

Diharapkan penelitian ini dapat menjadi bahan masukan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat dalam melaksanakan perannya sebagai care giver guna meningkatkan kualitas asuhan keperawatan sehingga dapat memaksimalkan penanganan pada pasien yang datang ke IGD dengan cedera kepala.



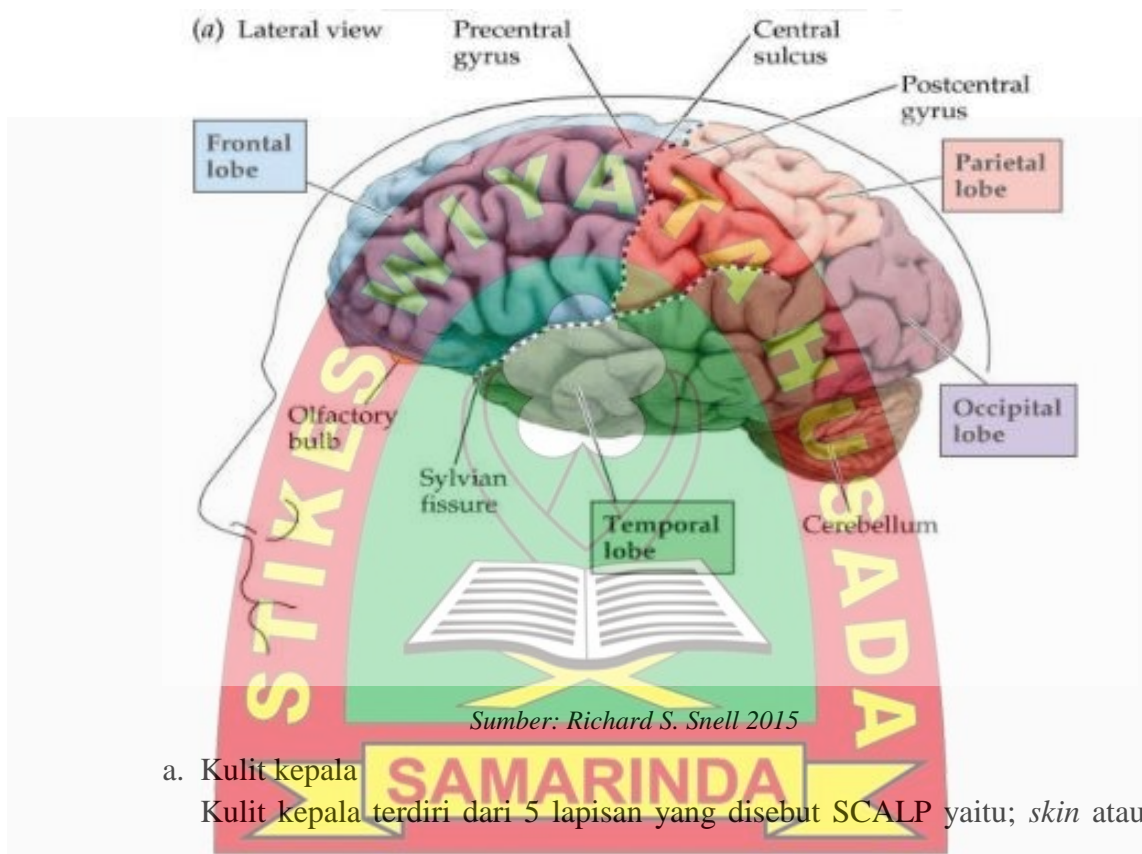
## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Kegawatdaruratan Sistem Neurologi

##### 1. Konsep Dasar Anatomi dan Fisiologi

Gambar 2.1 Anatomi



a. Kulit kepala

Kulit kepala terdiri dari 5 lapisan yang disebut SCALP yaitu; *skin* atau kulit, *connective tissue* atau jaringan penyambung, *aponeurosis* atau *galea aponeurotica*, *loose connective tissue* atau jaringan penunjang longgar dan *pericranium* Tulang tengkorak terdiri dari kubah (kalvaria) dan basis kranial.

Tulang tengkorak terdiri dari beberapa tulang yaitu frontal, parietal, temporal dan oksipital. Kalvaria khususnya diregio temporal adalah tipis, namun disini dilapisi oleh otot temporalis. Basis cranii berbentuk tidak rata sehingga dapat melukai bagian dasar otak saat bergerak akibat proses akselerasi dan deselerasi. Rongga tengkorak dasar dibagi atas 3 fosa yaitu : fosa anterior tempat lobus frontalis, fosa media tempat

temporalis dan fosa posterior ruang bagi bagian bawah batang otak dan serebelum.

b. Meningen

Selaput meningen menutupi seluruh permukaan otak dan terdiri dari 3 lapisan yaitu :

1) Dura mater

Dura mater secara konvensional terdiri atas dua lapisan yaitu lapisan endosteal dan lapisan meningeal. Dura mater merupakan selaput yang keras, terdiri atas jaringan ikat fibrosa yang melekat erat pada permukaan dalam dari kranium. Karena tidak melekat pada selaput arachnoid di bawahnya, maka terdapat suatu ruang potensial (ruang subdura) yang terletak antara dura mater dan arachnoid, dimana sering dijumpai perdarahan subdural.

2) Selaput Arakhnoid

Selaput arakhnoid merupakan lapisan yang tipis dan tembus pandang. Selaput arakhnoid terletak antara pia mater sebelah dalam dan dura mater sebelah luar yang meliputi otak. Selaput ini dipisahkan dari dura mater oleh ruang potensial, disebut *spatium subdural* dan dari pia mater oleh *spatium subarakhnoid* yang terisi oleh *liquor cerebrospinalis*. Perdarahan sub arakhnoid umumnya disebabkan akibat cedera kepala.

3) Pia mater

Pia mater melekat erat pada permukaan korteks serebri. Pia mater adalah membrana vaskular yang dengan erat membungkus otak, meliputi gyri dan masuk kedalam sulci yang paling dalam. Membrana ini membungkus saraf otak dan menyatu dengan epineuriumnya. Arteri-arteri yang masuk kedalam substansi otak juga diliputi oleh pia mater.

c. Otak

Otak merupakan suatu struktur gelatin yang mana berat pada orang dewasa sekitar 14 kg. Otak terdiri dari beberapa bagian yaitu; Proensefalon (otak depan) terdiri dari serebrum dan diensefalon,

mesensefalon (otak tengah) dan rhombensefalon (otak belakang) terdiri dari pons, medula oblongata dan serebellum.

Fisura membagi otak menjadi beberapa lobus. Lobus frontal berkaitan dengan fungsi emosi, fungsi motorik dan pusat ekspresi bicara. Lobus parietal berhubungan dengan fungsi sensorik dan orientasi ruang. Lobus temporal mengatur fungsi memori tertentu. Lobus oksipital bertanggungjawab dalam proses penglihatan. Mesensefalon dan pons bagian atas berisi sistem aktivasi retikular yang berfungsi dalam kesadaran dan kewapadaan. Pada medula oblongata terdapat pusat kardiorespiratorik. Serebellum bertanggungjawab dalam fungsi koordinasi dan keseimbangan.

d. Cairan Serebrospinal (CSS)

Cairan serebrospinal (CSS) dihasilkan oleh plexus koroideus dengan kecepatan produksi sebanyak 20 ml/jam. CSS mengalir dari ventrikel lateral melalui foramen monro menuju ventrikel III, akuaduktus dari *sylvius* menuju ventrikel IV. CSS akan direabsorpsi ke dalam sirkulasi vena melalui granulasio arakhnoid yang terdapat pada sinus sagitalis superior. Adanya darah dalam CSS dapat menyumbat granulasio arakhnoid sehingga mengganggu penyerapan CSS dan menyebabkan kenaikan tekanan intrakranial. Angka rata-rata pada kelompok populasi dewasa volume CSS sekitar 150 ml dan dihasilkan sekitar 500 ml CSS per hari.

e. Tentorium

Tentorium serebeli membagi rongga tengkorak menjadi ruang supratentorial (terdiri dari fosa kranii anterior dan fosa kranii media) dan ruang infratentorial (berisi fosa kranii posterior).

f. Vaskularisasi otak

Otak disuplai oleh dua arteri carotis interna dan dua arteri vertebralis. Keempat arteri ini beranastomosis pada permukaan inferior otak dan membentuk circulus Willisi. Vena-vena otak tidak mempunyai

jaringan otot didalam dindingnya yang sangat tipis dan tidak mempunyai katup.Vena tersebut keluar dari otak dan bermuara ke dalam sinus venosus cranialis.

## 2. Fisiologi

Menurut Judha dan Rahil (2011) otak merupakan pusat dari keseluruhan tubuh. Jika otak sehat, maka akan mendorong kesehatan tubuh serta menunjang kesehatan mental. Sebaliknya, apabila otak anda terganggu, maka kesehatan tubuh dan mental anda bisa ikut terganggu. Seperti terlihat pada gambar di atas, otak dibagi menjadi empat bagian, yaitu:

### a. Cerebrum ( Otak Besar )

Cerebrum adalah bagian terbesar dari otak manusia yang juga disebut dengan nama Cerebral Cortex, Forebrain atau Otak depan. Cerebrum merupakan bagian otak yang membedakan manusia dengan binatang. Cerebrum membuat manusia memiliki lesaian kemampuan berfikir, analisa, logika, bahasa, kesadaran, perencanaan, memori dan kemampuan visual. Kecerdasan intelektual atau IQ anda juga ditentukan oleh kualitas bagian ini.

Cerebrum terbagi menjadi 4 (empat) bagian yang disebut Lobus. Bagian lobus yang menonjol disebut gyrus dan bagian lekukan yang menyerupai parit disebut suleus. Keempat lobus tersebut masing- masing adalah: lobus frontal, lobus pariental, lobus occipital dan lobus temporal (Judha & Rahil, 2011).

- 1) Lobus Frontal merupakan bagian lobus yang ada dipaling depan dari Otak Besar. Lobus ini berhubungan dengan kemampuan membuat alasan, kemampuan gerak, kognisi, perencanaan, penyelesaian masalah, memberi penilaian, kreativitas, kontrol perasaan, kontrol perilaku seksual dan kempuan bahasa secara umum.
- 2) Lobus Parietal berada di tengah, berhubungan dengan proses sensor perasaan seperti tekanan, sentuhan dan rasa sakit.
- 3) Lobus Temporal berada di bagianbawah berhubungan dengan kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara.

4) Lobus Occipital ada di bagian paling belakang, berhubungan dengan rangsangan visual yang memungkinkan manusia mampu melakukan interpretasi terhadap objek yang ditangkap oleh retina mata.

b. Cerebellum (Otak Kecil)

Menurut Judha dan Rahil (2011) otak kecil atau Cerebellum. Terletak di bagian belakang kepala, dekat dengan ujung leher bagian atas. Cerebellum mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya: mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. Otak kecil juga menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis, gerakan mengunci pintu dan sebagainya.

Jika terjadi cedera pada otak kecil, dapat mengakibatkan gangguan pada sikap dan koordinasi gerak otot. Gerakan menjadi tidak terkoordinasi, misalnya orang tersebut tidak mampu memasukkan makanan ke dalam mulutnya atau tidak mampu mengancingkan baju.

c. Brainstem (Batang Otak)

Batang otak (*brainstem*) berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai ke tulang punggung atau sumsum tulang belakang. Bagian otak ini mengatur suhu tubuh, mengatur proses pencernaan, dan merupakan sumber insting dasar manusia yaitu *fight or flight* (lawan atau lari) saat datangnya bahaya.

Batang otak dijumpai juga pada hewan seperti kadal dan buaya. Oleh karena itu, batang otak sering juga disebut dengan otak reptil. Otak reptil mengatur “perasaan teritorial” sebagai insting primitif. Contohnya anda akan merasa tidak nyaman atau terancam ketika orang yang tidak anda kenal terlalu dekat dengan anda. Batang otak terdiri dari 3 bagian, yaitu :

1) *Mesencephalon* atau otak tengah (*Mid Brain*) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan otak besar dan otak kecil. Otak tengah berfungsi dalam hal mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh dan pendengaran.

- 2) *Medulla Oblongata* adalah titik awal saraf tulang belakang dari sebelah kiri badan menuju bagian kanan badan, begitu juga sebaliknya. *Medulla* mengontrol fungsi otomatis otak, seperti detak jantung, sirkulasi darah, pernafasan, dan pencernaan.
- 3) *Pons* merupakan stasiun pemancar yang mengirimkan data ke pusat otak bersama dengan formasi reticular. *Pons* yang menentukan apakah kita terjaga atau tertidur.

d. *Limbic System* (Sistem Limbik)

Sistem limbik terletak dibagian tengah otak, membungkus batang otak ibarat kerah baju. Limbik berasal dari bahasa latin yang berarti kerah. Bagian otak ini sama dimiliki juga oleh hewan mamalia sehingga sering disebut dengan otak mamalia. Komponen limbik, antara lain Hipotalamus, Thalamus, Amigdala, Hipocampus, dan Korteks limbik. Sistem limbik berfungsi menghasilkan perasaan, mengatur produksi hormon, memelihara homeostasis, rasa haus, rasa lapar, dorongan seks, pusat rasa senang, metabolisme dan memori jangka panjang.

**3. Patofisiologi**

Cedera kepala atau trauma kapitis lebih sering terjadi daripada trauma tulang belakang. Trauma dapat timbul akibat gaya mekanik maupun non mekanik. Kepala dapat dipukul, ditampar, atau bahkan terkena sesuatu yang keras. Tempat yang langsung terkena pukulan atau penyebab tersebut dinamakan dampak atau impact. Pada impact dapat terjadi (1) indentasi, (2) fraktur linear, (3) fraktur stelatum, (4) fraktur impresi, atau bahkan (5) hanya edema atau perdarahan subkutan saja. Fraktur yang paling ringan ialah fraktur linear. Jika gaya destruktifnya lebih kuat, dapat timbul fraktur stelatum atau fraktur impresi (Mardjono & Sidharta, 2010).

Selain hal-hal tersebut, saraf-saraf otak dapat terkena oleh trauma kapitis karena (1) trauma langsung, (2) hematoma yang menekan pada saraf otak, (3) traksi terhadap saraf otak ketika otak tergeser karena akselerasi, atau (4) kompresi serebral traumatik akut yang secara sekunder menekan pada batang otak. Pada trauma kapitis dapat terjadi komosiso, yaitu pingsan sejenak dengan atau tanpa amnesia retrograd. Tanda-tanda kelainan

neurologik apapun tidak terdapat pada penderita tersebut. Sedangkan kemungkinan lain yang terjadi adalah penurunan kesadaran untuk waktu yang lama. Derajat kesadaran tersebut ditentukan oleh integritas *diffuse ascending reticular system*. Lintasan tersebut bisa tidak berfungsi sementara tanpa mengalami kerusakan yang irreversibel. Batang otak yang pada ujung rostral bersambung dengan medula spinalis mudah terbentang dan teregang waktu kepala bergerak secara cepat dan mendadak. Gerakan cepat dan mendadak itu disebut akselerasi. Peregangan menurut poros batak otak ini dapat menimbulkan blokade reversibel pada lintasan retikularis asendens difus, sehingga selama itu otak tidak mendapat input aferen, yang berarti bahwa kesadaran menurun sampai derajat yang terendah (Mardjono & Sidharta, 2010).

Trauma kapitis yang menimbulkan kelainan neurologik disebabkan oleh (1) kontusio serebri, (2) laserasio serebri, (3) perdarahan subdural, (4) perdarahan epidural, atau (5) perdarahan intraserebral. Lesi-lesi tersebut terjadi karena berbagai gaya destruktif trauma. Pada mekanisme terjadinya trauma kapitis, seperti telah disebutkan sebelumnya, terjadi gerakan cepat yang mendadak (akselerasi). Selain itu, terdapat penghentian akselerasi secara mendadak (deakselerasi). Pada waktu akselerasi berlangsung, terjadi akselerasi tengkorang ke arah *impact* dan penggeseran otak ke arah yang berlawanan dengan arah *impact*. Adanya akselerasi tersebut menimbulkan penggeseran otak serta pengembangan gaya kompresi yang destruktif, yang akhirnya akan menimbulkan terjadinya lesi kontusio. Lesi kontusio dapat berupa perdarahan pada permukaan otak yang berbentuk titik-titik besar dan kecil tanpa kerusakan duramater. Lesi kontusio di bawah *impact* disebut lesi kontusio *coup*, sedangkan lesi di seberang *impact* disebut lesi kontusio *countrecoup*. Ada pula lesi *intermediate*, yaitu lesi yang berada di antara lesi kontusio *coup* dan *countrecoup* (Mardjono & Sidharta, 2010).

#### 4. Mekanika tubuh

Mekanika tubuh adalah penggunaan tubuh yang efisien, terkoordinir dan aman untuk menghasilkan pergerakan dan mempertahankan keseimbangan selama aktivitas. Menurut A. Aziz Alimul dalam bukunya “Keterampilan

Dasar Praktik Klinik Kebidanan” Mekanika Tubuh merupakan usaha koordinasi dari muskoletal dan sistem saraf untuk mempertahankan keseimbangan yang tepat. Pada dasarnya, mekanika tubuh adalah cara menggunakan tubuh secara efisien, yaitu tidak banyak mengeluarkan tenaga, terkoordinasi, serta aman dalam menggerakkan dan mempertahankan keseimbangan selama beraktifitas.

Tubuh anda seperti mesin yang terorganisasi dengan baik. Setiap bagian dirancang untuk melakukan pekerjaan tertentu. Mata anda melihat, telinga mendengar dan otot-otot anda membantu bergerak. Beberapa otot membantu memberi bentuk dan susunan pada tubuh anda. Otot-otot yang lain melekat pada tulang sedemikian halnya yang memungkinkan anda untuk menggerakkan atau mengangkat benda-benda berat.

Otot-otot tersebut dapat bekerja dengan baik bila digunakan dengan benar. Menggunakan otot-otot yang tepat untuk melakukan pekerjaan disebut mekanika tubuh. Hal ini dijelaskan oleh Barbara Hegner dalam bukunya “Asisten Keperawatan Suatu Pendekatan Proses Keperawatan”. Istilah body mekanik atau mekanika tubuh pada umumnya digunakan untuk menggambarkan efisiensi pergerakan tubuh seseorang yang digunakan untuk memindahkan tubuh orang lain atau benda. Mekanika tubuh dan ambulasi merupakan bagian dari kebutuhan aktivitas manusia

a. Body Mekanik meliputi 3 elemen dasar yaitu :

- 1) Body Aligement (Postur Tubuh): Susunan geometrik bagian-bagian tubuh dalam hubungannya dengan bagian tubuh yang lain.
- 2) Balance / Keseimbangan: Keseimbangan tergantung pada interaksi antara pusat gravity, line gravity dan base of support.
- 3) Koordinated Body Movement (Gerakan tubuh yang terkoordinir): Dimana body mekanik berinteraksi dalam fungsi muskuloskeletal dan sistem saraf.

Penggunaan mekanika tubuh secara benar dapat mengurangi pengeluaran energi secara berlebihan. Dampak yang dapat ditimbulkan dari penggunaan mekanika tubuh yang salah adalah sebagai berikut :

Terjadi ketegangan sehingga memudahkan timbulnya kelelahan dan gangguan dalam sistem muskuloskeletal. Resiko terjadinya kecelakaan pada sistem muskuloskeletal. Seseorang salah dalam berjongkok atau berdiri, maka

akan memudahkan terjadinya gangguan dalam struktur muskulusletal, misalnya kelainan pada tulang vertebrata.

b. Pengaturan posisi berbaring pasien

Pengaturan posisi dalam mengatasi masalah kebutuhan mobilitas (pengangkutan Penderita) disesuaikan dengan tingkat gangguan seperti :

1) Posisi Fowler

Fowler : 45 – 90°

Semi fowler : 15 – 45°

Posisi fowler adalah posisi setengah duduk atau duduk, dimana bagian kepala tempat tidur lebih tinggi atau dinaikkan setinggi 15°-90°.

Posisi ini dilakukan untuk mempertahankan kenyamanan dan memfasilitasi fungsi pernapasan pasien.

a) Tujuan

Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi, Meningkatkan rasa nyaman, Meningkatkan dorongan pada diafragma sehingga meningkatnya ekspansi dada dan ventilasi paru, Mengurangi kemungkinan tekanan pada tubuh akibat posisi yang menetap

b) Indikasi

Pada pasien yang mengalami gangguan pernapasan, Pada pasien yang mengalami immobilisasi

2) Posisi Sim's

a) Pengertian

posisi dimana tubuh miring ke kiri atau ke kanan / setengah telungkup dimana lengan bawah ada di belakang tubuh klien sedangkan lengan atas ada di depan tubuh klien.

b) Tujuan

Meningkatkan drainage dari mulut pasien dan mencegah aspirasi, Mengurangi penekanan pada tulang scorum dan trochanter mayor otot pinggang, Memasukkan obat supositoria dan Mencegah decubitus

c) Indikasi

Pasien dengan pemeriksaan dan pengobatan daerah perineal ,  
Pasien yang tidak sadarkan diri, Pasien paralisis, Pasien yang akan  
dienema, Untuk tidur pada wanita hamil.

### 3) Posisi Trendelenberg

#### a) Pengertian

Pada posisi ini pasien berbaring di tempat tidur dengan bagian  
kepala lebih rendah daripada bagian kaki.

#### b) Tujuan

Posisi ini dilakukan untuk melancarkan peredaran darah ke otak

#### c) Indikasi

Pasien dengan pembedahan pada daerah perut, Pasien shock,  
Pasien hipotensi dan Pasien pingsan

### 4) Posisi Dorsal Recumbent

#### a) Pengertian

Pada posisi ini dimana kepala dan bahu pasien sedikit mengalami  
elevasi diatas bantal, kedua lengan berada di samping sisi tubuh,  
posisi badan terlentang dengan lutut ditekuk dan telapak kaki  
menapak di atas tempat tidur, sedangkan kedua belah kaki  
diregangkan

#### b) Tujuan

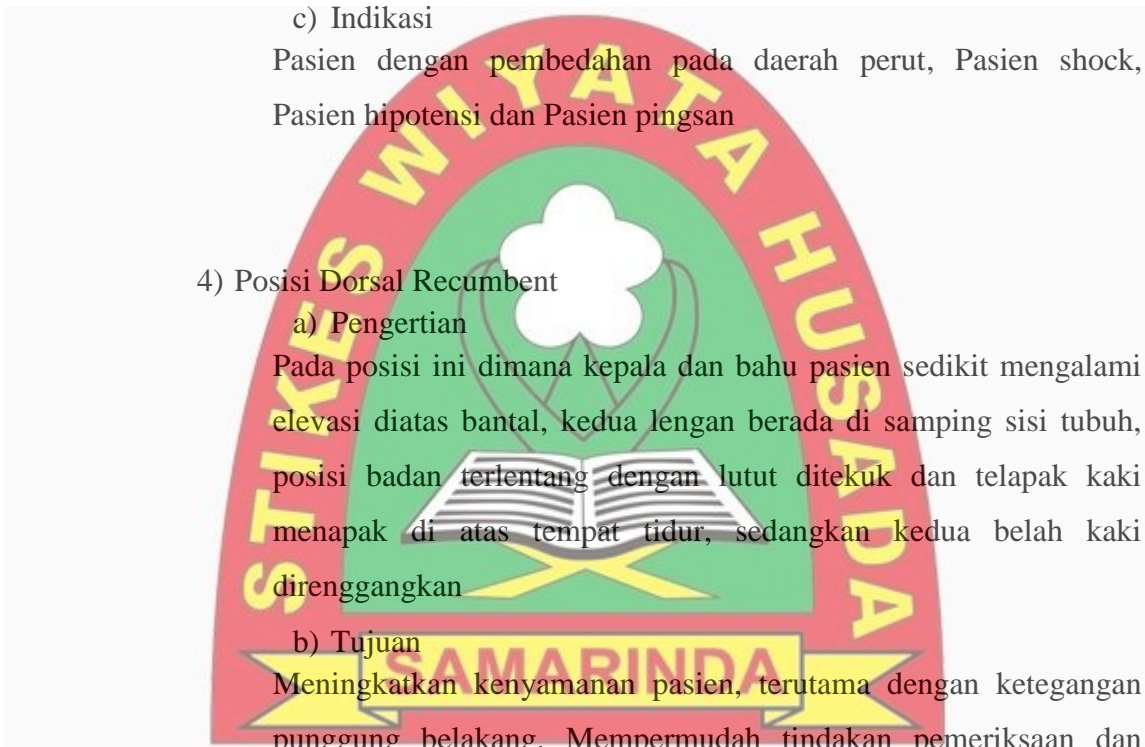
Meningkatkan kenyamanan pasien, terutama dengan ketegangan  
punggung belakang. Mempermudah tindakan pemeriksaan dan  
perawatan pada daerah genitalia. Mempermudah proses persalinan  
pada pasien yang akan bersalin.

#### c) Indikasi

Pasien dengan pemeriksaan pada bagian pelvic, vagina dan anus,  
Pasien dengan ketegangan punggung belakang.

### 5. Posisi Lithotomi

#### a) Pengertian



Posisi pasien berbaring terlentang dengan mengangkat kedua paha dan menariknya keatas bagian perut. Sedangkan tungkai bawah membentuk sudut 90° terhadap paha.

b) Tujuan

Memudahkan pemeriksaan daerah rongga panggul, misal vagina taucher, pemeriksaan rektum, dan sistoscopy, Memudahkan pelaksanaan proses persalinan, operasi ambeien, pemasangan alat *intra uterine devices* (IUD), dan lain-lain.

c) Indikasi

Pada pemeriksaan genekologis. Untuk menegakkan diagnosa atau memberikan pengobatan terhadap penyakit pada uretra, rektum, vagina dan kandung kemih.

6. Posisi Genu pectrocal

a) Pengertian

Pada posisi ini pasien menungging dengan kedua kaki di tekuk dan dada menempel pada bagian alas tempat tidur

b) Tujuan

Memudahkan pemeriksaan daerah rektum, sigmoid, dan vagina. Membntu merubah letak kepala janin pada pasien dengan kehamilan sungsang

c) Indikasi

Pasien hemorrhoid. Pemeriksaan dan pengobatan daerah rectum, sigmoid dan vagina

7. Posisi Orthopeneic

a) Pengertian

Pasien duduk dengan menyandarkan kepala pada penampang yang sejajar dada, seperti pada meja. Dengan kata lain posisi ini adalah posisi adaptasi dari fowler tinggi. Klien duduk di tempat tidur atau tepi tempat tidur dengan meja yang menyilang diatas tempat tidur (90°)

b) Tujuan

Memudahkan ekspansi paru untuk pasien dengan kesulitan bernafas. Yang ekstrim dan tidak bisa tidur terlentang atau posisi kepala hanya bisa pada elevasi sedang. Membantu klien yg mengalami inhalasi

c) Indikasi

Pasien dengan sesak berat dan tidak bisa tidur terlentang.

8. Posisi pronasi/tengkurap

a) Pengertian

Dimana posisi pasien berbaring diatas abdomen dengan kepala menoleh kesalah satu sisi. Kedua lengan fleksi disamping kepala.

b) Tujuan

Memberikan ekstensi maksimal pada sendi lutut dan pinggang Mencegah fleksi dan kontraktur pada pinggang dan lutut. Membantu drainase dari mulut sehingga berguna bagi klien pasca operasi mulut atau tenggorokan.

c) Indikasi

Pasien yang menjalani bedah mulut dan kerongkongan. Pasien dengan pemeriksaan pada daerah bokong atau punggung.

9. Posisi Supinasi

a) Pengertian

Posisi telentang dengan pasien menyandarkan punggungnya agar dasar tubuh sama dengan kesejajaran berdiri yang baik.

b) Tujuan

Meningkatkan kenyamanan pasien dan memfasilitasi penyembuhan terutama pada pasien pembedahan atau dalam proses anestesi tertentu. Klien pasca operasi dengan anestesi spinal, Mengatasi masalah yg timbul akibat pemberian posisi pronasi yg tidak tepat.

c) Indikasi

Pasien dengan tindakan post anestesi atau pembedahan tertentu, Pasien dengan kondisi sangat lemah atau koma.



## 10. Posisi Lateral

### a) Pengertian

Posisi miring dimana pasien bersandar kesamping dengan sebagian besar berat tubuh berada pada pinggul dan bahu.

### b) Tujuan

Mempertahankan body alignment, Mengurangi komplikasi akibat immobilisasi, Meningkatkan rasa nyaman, Mengurangi kemungkinan tekanan yang menetap pada tubuh akibat posisi yang menetap. Mengurangi lordosis & meningkatkan kelurusan punggung, Baik untuk posisi tidur & istirahat, Membantu menghilangkan tekanan pada sakrum (tulang kelangkang) dan tumit.

### c) Indikasi

Pasien yang ingin beristirahat, Pasien yang ingin tidur, Pasien yang posisi fowler atau dorsal recumbent dalam posisi lama. Penderita yang mengalami kelemahan dan pasca operasi

## B. Konsep Dasar Cidera Kepala

### 1. Definisi

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala merupakan adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala atau tanpa kehilangan kesadaran (Wijaya & Putri, 2013).

Cidera kepala adalah kerusakan neurologi yang terjadi akibat adanya trauma pada jaringan otak yang terjadi secara langsung maupun efek sekunder dari trauma yang terjadi. Cedera Kepala adalah kerusakan otak akibat perdarahan atau pembengkakan otak sebagai respon terhadap cedera dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (Smeltzer, 2010).

### 2. Etiologi

Penyebab cedera kepala terdiri dari kecelakaan kendaraan bermotor, jatuh, kecelakaan industri, serangan dan yang berhubungan dengan olah raga, trauma akibat persalinan. Menurut Mansjoer (2011), cidera epala

penyebab sebagian besar kematian dan kecatatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas.

Klasifikasi cedera kepala antara lain :

**Tabel 2.1 Kategori penentuan keparahan cedera kepala berdasarkan nilai Glasgow Coma Scale (GCS)**

Penentuan keparahan	Deskripsi
Minor/Ringan	GCS 13-15 Sadar penuh, membuka mata bila dipanggil. Dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia tetapi kurang dari 30 menit dan disorientasi. Tidak ada kontusie cerebral, hematoma.
Sedang	GCS 9-12 Kehilangan kesadaran, namun masih menuruti perintah yang sederhana atau amnesia lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam. Dapat mengalami fraktur tengkorak
Berat	GCS 3-8 Kehilangan kesadaran dan atau terjadi amnesia lebih dari 24 jam. Juga meliputi kontusie serebral, laserasi atau hematoma intrakranial. Dengan perhitungan GCS sebagai berikut : 1. Eye : nilai 2 atau 1 2. Motorik : nilai 5 atau <5 3. Verbal : nilai 2 atau 1

**Tabel 2.2 Skala Koma Glasgow**

No	Respon	Nilai
1	<b>Membuka mata :</b>	
	- Spontan	4
	- Terhadap rangsangan suara	3
	- Terhadap nyeri	2
	- Tidak ada	1
2	<b>Verbal :</b>	
	- Orientasi baik	5
	- Orientasi terganggu	4
	- Kata-kata tidak jelas	3
	- Suara tidak jelas	2
	- Tidak ada respon	1
3	<b>Motorik :</b>	
	- Mampu bergerak	6
	- Melokalisasi nyeri	5
	- Fleksi menarik	4
	- Fleksi abnormal	3
	- Ekstensi	2
- Tidak ada respon	1	
<b>Total</b>		<b>3-15</b>

Cidera kepala dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanisme, keparahan dan morfologi cedera. antara lain :

1. Mekanisme : berdasarkan adanya penetrasi duramater
  - a. Trauma tumpul : Kecepatan tinggi (tabrakan mobil),kecepatan rendah (terjatuh atau dipukul)
  - b. Trauma tembus (luka tembus peluru dan luka tembus lainnya)

## 2. Keparahan cedera

Ringan	Sedang	Berat
GCS 13 – 15	GCS 9 – 12	GCS 3 – 8
Tidak ada kehilangan kesadaran. Tidak ada infeksikasi alkohol atau obat terlarang. Pasien dapat mengeluh nyeri kepala dan pusing. Pasien dapat menderita abrasi, laserasi atau hematoma kulit kepala. Tidak adanya kriteria cedera sedang berat.	Amnesia pasca trauma Muntah Tanda kemungkinan fraktur kranium (mata rabun, hematomum, otorea atau rinorea cairan serebrospinal) Kejang.	Penurunan derajat kesadaran secara progresif. Tanda neurologis fokal. Cedera kepala penetrasi atau teraba farktur depresi kronium

## 3. Morfologi

### a. Fraktur tengkorak

- 1) Kranium : linier : depresi atau non depresi, terbuka atau tertutup.
- 2) Basis : dengan atau tanpa kebocoran cairan serebrospinal dengan atau tanpa kelumpuhan nervus VII (facialis)

### b. Lesi intrakranial

- 1) Fokal : epidural, subdural, intra serebral
- 2) Difus : konkusi ringan, konkusi klasik, cedera aksonal difus

## 3. Manifestasi Klinik

### a. Cedera kepala ringan

- 1) Kebingungan, sakit kepala, rasa mengantuk yang abnormal dan sebagian besar pasien mengalami penyembuhan total dalam jam atau hari
- 2) Pusing, kesulitan berkonsentrasi, pelupa, depresi, emosi, atau perasaannya berkurang dan cemas,kesulitan belajar dan kesulitan bekerja.

### b. Cedera kepala sedang

- 1) Kelemahan pada salah satu tubuh yang disertai dengan kebingungan bahkan koma
- 2) Gangguan kesadaran, abnormalitas pupil, awitan tiba-tiba defisit neurologik, perubahan tanda-tanda vital, gangguan penglihatan dan pendengaran, disfungsi sensorik, kejang oto, sakit kepala, vertigo dan gangguan pergerakan. (Smeltzer & Bare, 2002)

- c. Cedera kepala berat
  - a. Amnesia dan tidak dapat lagi mengingat peristiwa sesaat sebelum dan sesudah terjadinya penurunan kesehatan.
  - b. Pupil tidak ekual, pemeriksaan motorik tidak ekual, adanya cedera terbuka, fraktur tengkorak dan penurunan neurologik.

#### 4. Komplikasi

Komplikasi dan akibat cedera kepala :

1. Gejala sisa cedera kepala berat  
Bahkan setelah cedera kepala berat kebanyakan pasien dapat kembali mandiri. Akan tetapi, beberapa pasien dapat mengalami ketidakmampuan baik secara fisik (disfasia, hemiparesis, palsy saraf kranial) dan mental (gangguan kognitif, perubahan kepribadian).
2. Kebocoran cairan serebrospinal  
Hal ini dapat terjadi mulai dari saat cedera, tetapi jika hubungan antara rongga subaraknoid dan telinga tengah sinus paranasal akibat fraktur basis hanya kecil dan tertutup jaringan otak, maka hal ini tidak akan terjadi dan pasien mungkin mengalami meningitis dikemudian hari.
3. Epilepsi pascatrauma  
Terutama terjadi pada pasien yang mengalami kejang awal (dalam minggu pertama setelah cedera), amnesia pascatrauma yang lama (lebih dari 24 jam), fraktur depresi kranium, atau hematoma intrakranial.
4. Sindrom pascakonkusi  
Nyeri kepala, vertigo, depresi dan gangguan konsentrasi dapat menetap bahkan setelah cedera kepala ringan. Vertigo dapat terjadi akibat cedera vestibular.
5. Hematoma subdural kronik  
Komplikasi lanjut cedera kepala ini (dapat terjadi pada cedera kepala ringan) Ginsberg, (2007).

#### 5. Patofisiologi

Otak dapat berfungsi dengan baik bila kebutuhan oksigen dan glukosa dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel-sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak mempunyai cadangan oksigen, jadi kekurangan aliran darah ke otak walaupun sebentar akan menyebabkan

gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan oksigen sebagai bahan bakar metabolisme otak tidak boleh kurang dari 20 mg %, karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70 % akan terjadi gejala-gejala permulaan disfungsi cerebral.

Pada saat otak mengalami hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen melalui proses metabolik anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Pada kontusio berat, hipoksia atau kerusakan otak akan terjadi penimbunan asam laktat akibat metabolisme anaerob. Hal ini akan menyebabkan asidosis metabolik.

Cedera kepala yang terjadi waktu benturan, memungkinkan terjadinya memar pada permukaan otak, laserasi cedera robekan, hemoragi, akibatnya akan terjadi kemampuan autoregulasi cerebral yang menyebabkan hiperemia. Peningkatan salah satu otak akan menyebabkan jaringan otak tidak dapat membesar karena tidak ada aliran cairan otak dan sirkulasi dalam otak, sehingga lesi akan mendorong jaringan otak. Bila tekanan terus meningkat akibatnya tekanan dalam ruang kranium juga akan meningkat. Maka terjadilah penurunan aliran darah dalam otak dan perfusi jaringan yang tidak adekuat, sehingga terjadi masalah perubahan perfusi serebral. Perfusi yang tidak adekuat dapat menimbulkan vasodilatasi dan edema otak. Edema akan menekan jaringan saraf sehingga terjadi peningkatan tekanan intrakranial (Price, 2005).

Dampak edema jaringan otak terhadap sistem tubuh lain, antara lain:

#### 1. Sistem Kardiovaskuler

Trauma kepala bisa menyebabkan perubahan fungsi jantung mencakup aktivitas atipikal miokardial, perubahan tekanan vaskuler dan edema paru. Perubahan otonom pada fungsi ventrikel adalah perubahan gelombang T, P dan disritmia, fibrilasi atrium serta ventrikel takikardia. Akibat adanya perdarahan otak akan mempengaruhi tekanan vaskuler, di mana penurunan tekanan vaskuler pembuluh darah arteriol berkontraksi. Aktivitas miokardium berubah termasuk peningkatan frekuensi jantung dan menurunnya *stroke work* di mana pembacaan pembacaan CVP abnormal. Tidak adanya stimulus endogen saraf simpatis mempengaruhi penurunan

kontraktilitas ventrikel. Hal ini bisa menyebabkan terjadinya penurunan curah jantung dan meningkatkan atrium kiri, sehingga tubuh akan berkompensasi dengan meningkatkan tekanan sistolik. Pengaruh dari adanya peningkatan tekanan atrium kiri adalah terjadinya edema paru.

## 2. Sistem Respirasi

Adanya edema paru pada trauma kepala dan vasokonstriksi paru atau hipertensi paru menyebabkan hiperapneu dan bronkhu konstriksi. Terjadinya pernafasan chynestoke dihubungkan dengan adanya sensitivitas yang meningkat pada mekanisme terhadap karbondioksida dan episode pasca hiperventilasi apneu. Konsentrasi oksigen dan karbondioksida dalam darah arteri mempengaruhi aliran darah. Bila tekanan oksigen rendah, aliran darah bertambah karena terjadi vasodilatasi, jika terjadi penurunan tekanan karbondioksida akan menimbulkan alkalosis sehingga terjadi vasokonstriksi dan penurunan CBF (Cerebral Blood Fluid). Bila tekanan karbondioksida bertambah akibat gangguan sistem pernafasan akan menyebabkan asidosis dan vasodilatasi. Hal tersebut menyebabkan penambahan CBF yang kemudian terjadi peningkatan tingginya TIK.

Edema otak akibat trauma adalah bentuk vasogenik. Pada kontusio otak terjadi robekan pada pembuluh kapiler atau cairan traumatic yang mengandung protein yang berisi albumin. Albumin pada cairan interstisial otak normal tidak didapatkan. Edema otak terjadi karena penekanan pembuluh darah dan jaringan sekitarnya. Edema otak ini dapat menyebabkan kematian otak (iskemia) dan tingginya TIK yang dapat menyebabkan terjadinya herniasi dan penekanan batang otak atau medula oblongata. Akibat penekanan pada medulla oblongata menyebabkan pernafasan ataksia dimana ditandai dengan irama nafas tidak teratur atau pola nafas tidak efektif.

## 3. Sistem Genito-Urinaria

Pada trauma kepala terjadi perubahan metabolisme yaitu kecenderungan retensi natrium dan air serta hilangnya sejumlah nitrogen. Retensi natrium juga disebabkan karena adanya stimulus terhadap hipotalamus, yang menyebabkan pelepasan ACTH dan sekresi aldosteron. Ginjal mengambil peran dalam proses hemodinamik ginjal untuk mengatasi retensi cairan dan

natrium. Setelah tiga sampai 4 hari retensi cairan dan natrium mulai berkurang dan pasca trauma dapat timbul hiponatremia. Untuk itu, selama 3-4 hari tidak perlu dilakukan pemberian hidrasi. Hal tersebut dapat dilihat dari haluaran urin. Pemberian cairan harus hati-hati untuk mencegah TIK. Demikian pula sangatlah penting melakukan pemeriksaan serum elektrolit. Hal ini untuk mengantisipasi agar tidak terjadi kelainan pada kardiovaskuler.

Peningkatan hilangnya nitrogen adalah signifikan dengan respon metabolic terhadap trauma, karena dengan adanya trauma tubuh memerlukan energi untuk menangani perubahan-perubahan seluruh sistem tubuh. Namun masukan makanan kurang, maka akan terjadi penghancuran protein otot sebagai sumber nitrogen utama. Hal ini menambah terjadinya asidosis metabolik karena adanya metabolisme anaerob glukosa. Dalam hal ini diperlukan masukan makanan yang disesuaikan dengan perubahan metabolisme yang terjadi pada trauma. Pemasukan makanan pada trauma kepala harus mempertimbangkan tingkat kesadaran pasien atau kemampuan melakukan reflek menelan.

#### 4. Sistem Pencernaan

Setelah trauma kepala terdapat respon tubuh yang merangsang aktivitas hipotalamus dan stimulus vagal. Hal ini akan merangsang lambung untuk terjadi hiperasiditas. Hipotalamus merangsang anterior hipofise untuk mengeluarkan steroid adrenal. Hal ini adalah kompensasi tubuh untuk menangani edema serebral, namun pengaruhnya terhadap lambung adalah terjadinya peningkatan ekskresi asam lambung yang menyebabkan hiperasiditas. Selain itu juga hiperasiditas terjadi karena adanya peningkatan pengeluaran katekolamin dalam menangani stress yang mempengaruhi produksi asam lambung. Jika hiperasiditas ini tidak segera ditangani, akan menyebabkan perdarahan lambung.

#### 5. Sistem Muskuloskeletal

Akibat utama dari cedera otak berat dapat mempengaruhi gerakan tubuh. Hemisfer atau hemiplegia dapat terjadi sebagai akibat dari kerusakan pada area motorik otak. Selain itu, pasien dapat mempunyai control volunter

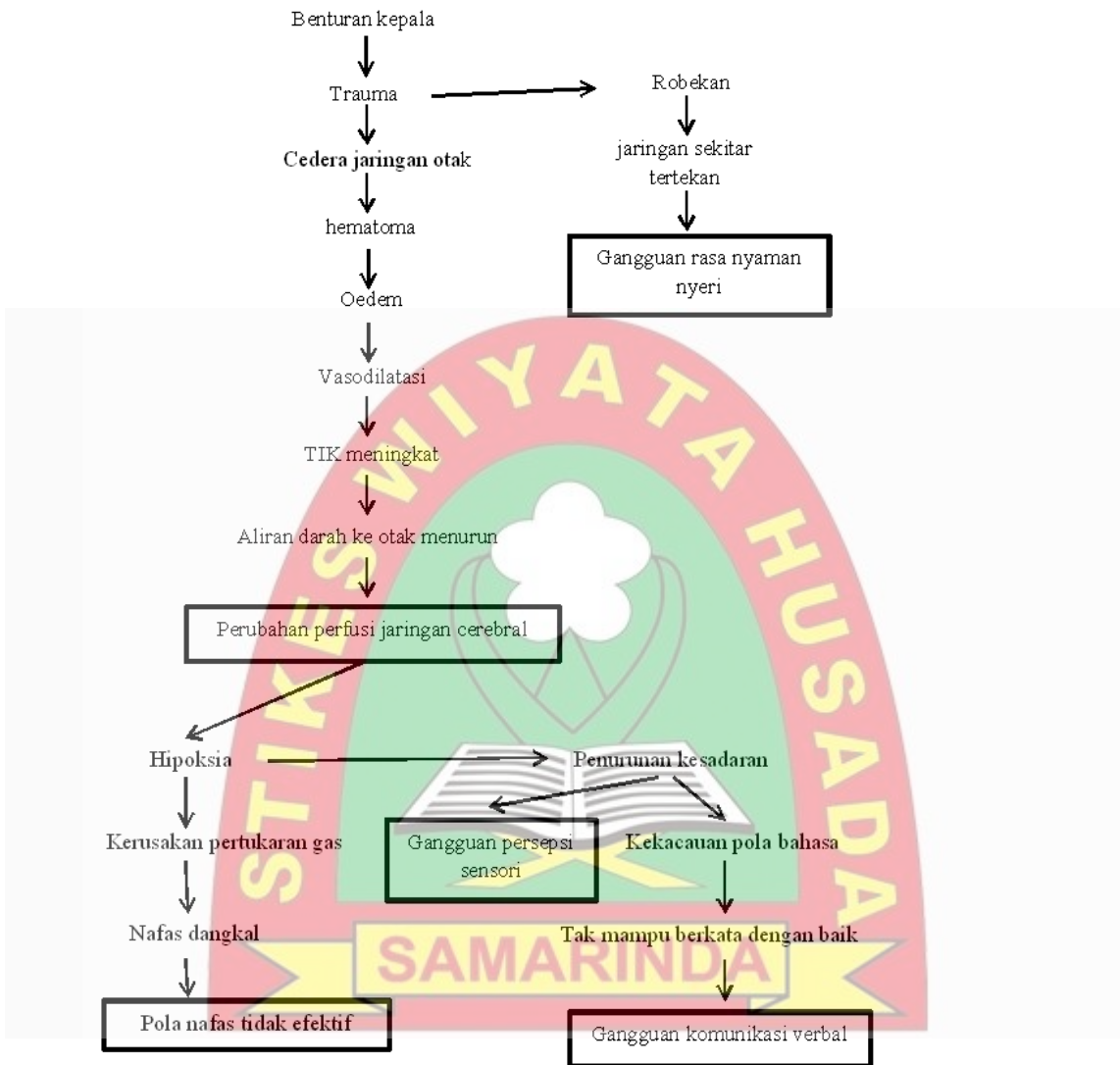
terhadap gerakan dalam menghadapi kesulitan perawatan diri dan kehidupan sehari – hari yang berhubungan dengan postur, spastisitas atau kontraktur.

Gerakan volunter terjadi sebagai akibat dari hubungan sinapsis dari 2 kelompok neuron yang besar. Sel saraf pada kelompok pertama muncul pada bagian posterior lobus frontalis yang disebut girus presentral atau “strip motorik “. Di sini kedua bagian saraf itu bersinaps dengan kelompok neuron-neuron motorik bawah yang berjalan dari batang otak atau medulla spinalis atau otot-otot tertentu. Masing-masing dari kelompok neuron ini mentransmisikan informasi tertentu pada gerakan. Sehingga pasien akan menunjukkan gejala khusus jika ada salah satu dari jaras neuron ini cedera.

Pada disfungsi hemisfer bilateral atau disfungsi pada tingkat batang otak, terdapat kehilangan penghambatan serebral dari gerakan involunter. Terdapat gangguan tonus otot dan penamilan postur abnormal, yang pada saatnya dapat membuat komplikasi seperti peningkatan spastisitas dan kontraktur.



Skema 2.1 Pathway cedera kepala



Sumber: Alit Suwandewi, 2017

## 6. Penatalaksanaan Medis

### a. Pertanyaan mengenai riwayat terjadinya cedera, meliputi :

Kapan cedera terjadi? Apa penyebab cedera? Apakah obyek membentur kepala? Apakah pasien sampai terjatuh? Dari mana arah dan kekuatan pukulan? Apakah sempat kehilangan kesadaran? Durasi periode tidak sadar? Apakah pasien dapat dibangunkan? Adakah amnesia setelah cedera?

### b. Fokus Pengkajian

- 1) Tingkat kesadaran dan responsivitas. Tingkat kesadaran dan responsivitas dikaji secara teratur karena perubahan pada tingkat kesadaran mendahului semua perubahan tanda vital dan neurologik lain. Skala koma Glasgow digunakan untuk mengkaji tingkat kesadaran berdasarkan tiga kriteria pembukaan mata, respons verbal, dan respon motorik terhadap perintah verbal atau stimulus nyeri.
- 2) Pemantauan tanda vital. Meskipun penyimpangan tingkat kesehatan pasien adalah indikasi neurologik paling sensitif tentang ancaman bahaya, tanda vital dipantau dalam interval sering untuk mengkaji status intrakranial. Tanda peningkatan TIK meliputi pelambatan nadi, peningkatan tekanan darah sistolik, dan pelebaran tekanan nadi. Pada saat kompresi otak meningkat, tanda vital cenderung sebaliknya. Nadi dan pernafasan semakin cepat dan tekanan darah menurun. Peningkatan suhu drastis dianggap hal yang tidak menguntungkan, karena hipertermia meningkatkan kebutuhan metabolisme otak dan merupakan indikasi kerusakan batang otak. Suhu harus dipertahankan dibawah 38 derajat Celcius. Takikardia dan hipotensi arteri dapat mengindikasikan perdarahan sedang terjadi di tempat lain di tubuh.
- 3) Fungsi motorik. Fungsi motorik sering dikaji melalui observasi gerakan-gerakan spontan, memerintahkan pasien meninggikan dan menurunkan ekstremitas, dan membandingkan kekuatan dan kualitas genggaman tangan dalam periodik waktu yang teratur. Jika pasien tidak menunjukkan gerakan spontan, maka respons stimulus nyeri dikaji. Respons abnormal (respon motorik berkurang) mengarah pada prognosis buruk. Kemampuan pasien untuk bicara dan kualitas bicara juga dikaji. Kapasitas untuk bicara merupakan indikasi tingkat fungsi otak yang tinggi. Pembukaan mata secara spontan pada pasien

dievaluasi. Ukuran dan kualitas pupil dan reaksinya terhadap cahaya. Dilatasi unilateral dan respons pupil yang buruk merupakan indikasi adanya pembentukan hematoma dengan tekanan lanjut pada syaraf kranial ketiga karena pergeseran otak. Jika kedua pupil kaku dan berdilatasi, maka diindikasikan ada cedera berlebihan dan kerusakan intrinsik pada batang otak atas, yang merupakan tanda prognostik buruk.

### c. Fokus Pengkajian

- 1) Tingkat kesadaran dan responsivitas. Tingkat kesadaran dan responsivitas dikaji secara teratur karena perubahan pada tingkat kesadaran mendahului semua perubahan tanda vital dan neurologik lain. Skala koma Glasgow digunakan untuk mengkaji tingkat kesadaran berdasarkan tiga kriteria pembukaan mata, respons verbal, dan respon motorik terhadap perintah verbal atau stimulus nyeri.
- 2) Pemantauan tanda vital. Meskipun penyimpangan tingkat kesehatan pasien adalah indikasi neurologik paling sensitif tentang ancaman bahaya, tanda vital dipantau dalam interval sering untuk mengkaji status intrakranial. Tanda peningkatan TIK meliputi pelambatan nadi, peningkatan tekanan darah sistolik, dan pelebaran tekanan nadi. Pada saat kompresi otak meningkat, tanda vital cenderung sebaliknya. Nadi dan pernafasan semakin cepat dan tekanan darah menurun. Peningkatan suhu drastis dianggap hal yang tidak menguntungkan, karena hipertermia meningkatkan kebutuhan metabolisme otak dan merupakan indikasi kerusakan batang otak. Suhu harus dipertahankan dibawah 38 derajat Celcius. Takikardia dan hipotensi arteri dapat mengindikasikan perdarahan sedang terjadi di tempat lain di tubuh.
- 3) Fungsi motorik. Fungsi motorik sering dikaji melalui observasi gerakan-gerakan spontan, memerintahkan pasien meninggikan dan menurunkan ekstremitas, dan membandingkan kekuatan dan kualitas genggaman tangan dalam periodik waktu yang teratur. Jika pasien tidak menunjukkan gerakan spontan, maka respons stimulus nyeri dikaji. Respons abnormal (respon motorik berkurang) mengarah pada prognosis buruk. Kemampuan pasien untuk bicara dan kualitas bicara juga dikaji. Kapasitas untuk bicara merupakan indikasi tingkat fungsi otak yang tinggi. Pembukaan mata secara spontan pada pasien

dievaluasi. Ukuran dan kualitas pupil dan reaksinya terhadap cahaya. Dilatasi unilateral dan respons pupil yang buruk merupakan indikasi adanya pembentukan hematoma dengan tekanan lanjut pada syaraf kranial ketiga karena pergeseran otak. Jika kedua pupil kaku dan berdilatasi, maka diindikasikan ada cedera berlebihan dan kerusakan intrinsik pada batang otak atas, yang merupakan tanda prognostik buruk.

d. Pengkajian Primer

Pengkajian cepat untuk mengidentifikasi dengan segera masalah actual/potensial dari kondisi life threatening (berdampak terhadap kemampuan pasien untuk mempertahankan hidup). Pengkajian tetap berpedoman pada inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi jika hal tersebut memungkinkan.

Prioritas penilaian dilakukan berdasarkan :

1) *Airway* (jalan nafas) dengan kontrol servikal

Kaji :

Bersihkan jalan nafas, Adanya/tidaknya sumbatan jalan nafas, Distress pernafasan, Tanda-tanda perdarahan di jalan nafas, muntahan, edema laring

2) *Breathing* dan ventilasi

Kaji :

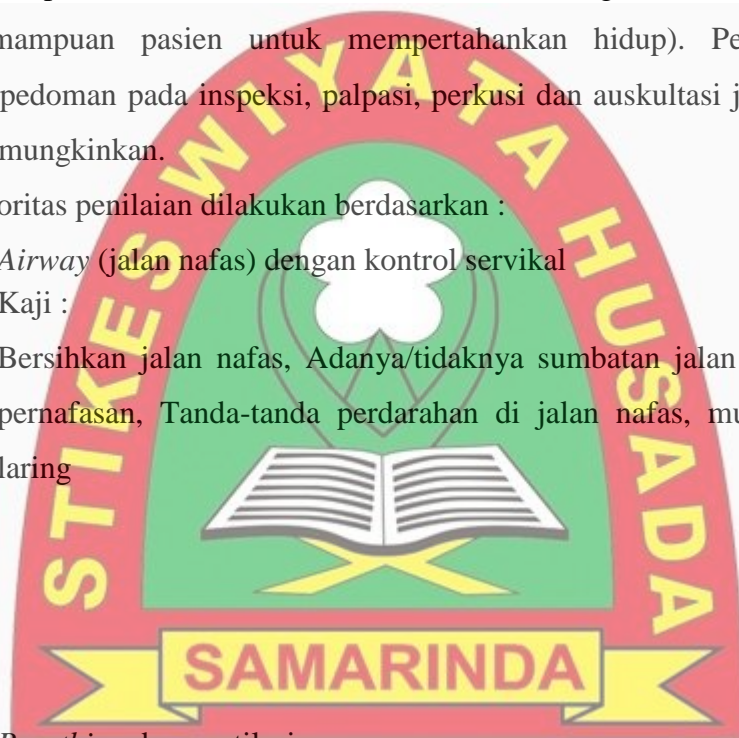
Frekuensi nafas, usaha nafas dan pergerakan dinding dada, Suara pernafasan melalui hidung atau mulut, Udara yang dikeluarkan dari jalan nafas

3) *Circulation* dengan kontrol perdarahan

Kaji :

Denyut nadi karotis, Tekanan darah, Warna kulit, kelembaban kulit, Tanda-tanda perdarahan eksternal dan internal

4) *Disability*



Kaji :

Tingkat kesadaran, Gerakan ekstremitas, Glasgow coma scale (GCS), atau pada anak tentukan : Alert (A), Respon verbal (V), Respon nyeri/pain (P), tidak berespons/ unresponsive (U), Ukuran pupil dan respons pupil terhadap cahaya

5) *Exposure control*

Kaji :

Tanda-tanda trauma yang ada

e. Pengkajian Sekunder

1) Fahrenheit (suhu tubuh)

Kaji :

Suhu tubuh, Suhu lingkungan

2) Get Vital Sign/ Tanda-tanda vital secara kontiny

Kaji :

Tekanan darah, Irama dan kekuatan nadi, Irama, kekuatan dan penggunaan otot bantu, Saturasi oksigen

3) Head to assesment (pengkajian dari kepala sampai kaki)

Pengkajian Head to toe

a) Riwayat Penyakit

Keluhan utama dan alasan klien ke rumah sakit, Lamanya waktu kejadian sampai dengan dibawah ke rumah sakit, Tipe cedera, posisi saat cedera, lokasi cedera, ambaran mekanisme cedera dan penyakit seperti nyeri pada organ tubuh yang mana, gunakan : provoked (P), quality (Q), radian (R), severity (S) dan time (T), Kapan makan terakhir. Riwayat penyakit lain yang pernah dialami/operasi pembedahan /kehamilan. Riwayat pengobatan yang dilakukan untuk mengatasi sakit sekarang, imunisasi tetanus yang dilakukan dan riwayat alergi klien. Riwayat keluarga yang mengalami penyakit yang sama dengan klien

b) Pengkajian kepala, leher dan wajah

Periksa wajah, adakah luka dan laserasi, perubahan tulang wajah dan jaringan lunak, adakah perdarahan serta benda asing. Periksa mata, telinga, hidung, mulut. Adakah tanda-tanda perdarahan, benda asing,

deformitas, laserasi, perlukaan serta adanya keluaran. Amati bagian kepala, adakah depresi tulang kepala, tulang wajah, kontusio/jejas, hematoma, serta krepitasi tulang. Kaji adanya kaku leher. Nyeri tulang servikal dan tulang belakang, deviasi trachea, distensi vena leher, perdarahan, edema, kesulitan menelan, emfisema subcutan dan krepitasi pada tulang.

c) Pengkajian dada

Pernafasan : irama, kedalaman dan karakter pernafasan. Pergerakan dinding dada anterior dan posterior. Palpasi krepitasi tulang dan emfisema subcutan. Amati penggunaan otot bantu nafas. Perhatikan tanda-tanda injuri atau cedera : petekiae, perdarahan, sianosis, abrasi dan laserasi.

d) Abdomen dan pelvis

Hal-hal yang dikaji pada abdomen dan pelvis :

Struktur tulang dan keadaan dinding abdomen. Tanda-tanda cedera eksternal, adanya luka tusuk, laserasi, abrasi, distensi abdomen, jejas.

Masa : besarnya, lokasi dan mobilitas. Nadi femoralis. Nyeri abdomen, tipe dan lokasi nyeri (gunakan PQRST). Bising usus.

Distensi abdomen. Genitalia dan rectal : perdarahan, cedera, cedera pada meatus, ekimosis, tonus spinkter ani

e) Ekstremitas

Pengkajian di ekstremitas meliputi :

Tanda-tanda injuri eksternal, Nyeri, Pergerakan dan kekuatan otot ekstremitas, Sensasi keempat anggota gerak, Warna kulit, Denyut nadi

perifer

f) Tulang belakang

Pengkajian tulang belakang meliputi :

Jika tidak didapatkan adanya cedera/fraktur tulang belakang, maka pasien dimiringkan untuk mengamati :

Deformitas tulang belakang, anda-tanda perdarahan, Laserasi, Jejas, Luka.

Palpasi deformitas tulang belakang

## BAB III

### TINJAUAN KASUS

#### I. Laporan dan analisis Kasus Kelolaan dan Resume

##### A. Kasus Kelolaan Utama

Dalam laporan ini diuraikan laporan pada klien An. K, berusia 15 tahun datang dengan Penurunan Kesadaran yang dirawat diruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie pada tanggal 13 desember 2018 jam 18:54 WITA, Adapun pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi : pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan yang akan diuraikan secara rinci pada bab ini.

Pengkajian dilakukan pada An. K tanggal 13 desember 2018 dan didapatkan data sebagai berikut :

##### 1. Pengkajian Primer

###### a. *Airway*

Jalan napas klien paten, tidak ada obstruksi jalan napas, suara napas vesikuler, tidak ada suara napas tambahan.

###### b. *Breathing*

Bentuk dada simetris kanan dan kiri pernapasan 23x/menit, sianosis tidak ada pernapasan cuping hidung klien, tidak ada retraksi dada dan otot bantu pernapasan tidak ada, gerakan dada simetris kanan dan kiri.

###### c. *Circulation*

Denyut nadi teraba kuat 88x/menit, irama pernapasan reguler, pekak pada jantung, bunyi jantung I dan II tunggal, tidak terdapat sianosis, CRT  $\leq$  2 detik, TD : 90/55 mmHg dan akral hangat, perdarahan tidak ada, dan tidak ada keluhan lain.

###### d. *Disability*

Respon pasien verbal kata-kata tidak tepat, kesadaran somnolen, GCS 12 pupil isokor 3/3mm dan reflek cahaya ada.

##### 2. Identitas Klien

Nama klien An. K, usia 15 tahun, jenis kelamin perempuan, pendidikan SMA, pekerjaan pelajar, nomor rekam medik 01.03.90.30 masuk dengan Keluhan Utama Penurunan kesadaran, post KLL (Kecelakaan Lalu lintas) diagnosa medis CKS + EDH minimal tumpul (D) + SDH minimal tumpul (S). Alamat Kota bangun

3. Anamnesa (Pengkajian Awal)

- a. Keluhan Utama : Penurunan kesadaran
- b. Riwayat kesehatan/pengobatan perawatan sekarang : Klien tiba di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada tanggal 13 desember 2018 pukul 18.54 wita dengan penurunan kesadaran GCS (E:3, V:3, M:6,=12) Rujukan dari Puskesmas Rimba Ayu Kec.Kota Bangun. Klien masuk ruang resus di observasi selama kurang lebih satu jam, klien diberikan terapi O<sub>2</sub> 10lpm, Inf RL 20tpm, Neck Collar.
- c. Riwayat kesehatan/pengobatan perawatan sebelumnya : Klien mengatakan tidak ada riwayat penyakit sebelumnya
- d. Riwayat pembedah
- e. Klien mengatakan tidak pernah menjalani pembedahan klien baru kali ini masuk rumah sakit.
- f. Pengobatan terakhir Saat di IGD klien diberikan O<sub>2</sub> simpel mask 10lpm, Inf RL 20tpm, Ranitidin 2x1 gr, Antrain 3x1 gr, Tetagram 1 unit
- g. Riwayat penyakit keluarga (genogram keluarga)



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↗ : Klien
- ⊗ : Meninggal

Kesimpulan :

Klien tinggal bersama kedua orang tua nya, klien anak ke 2 dari 3 bersaudara dua perempuan dan satu laki-laki, tidak ada mempunyai riwayat penyakit keluarga sebelum nya.

h. Pemeriksaan fisik

1) Kepala dan Leher:

Inspeksi : terdapat luka pada frontal

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada luka

2) Dada:

Inspeksi: simetris, tidak terdapat jejas, retraksi dada bernafas cepat,

Palpasi: tidak ada nyeri tekan

Perkusi: suara sonor

Auskultasi: vesikuler

3) Abdomen:

Inspeksi: tidak terdapat jejas

Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Timpani

Auskultasi : 11x/i

4) Pelvis:

Inspeksi : tidak terdapat jejas

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

5) Ektremitas Atas/Bawah:

Inspeksi : terdapat luka pada frontal, terdapat luka pada punggung tangan (dorsum manus) bagian kanan

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada daerah luka

6) Punggung :

Inspeksi : tidak terdapat jejas

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada otot *fascial deltoidea* kanan

7) Neurologis :

GCS: 12 E:3 V:3 M: 6

Kesadaran somnolen, membuka mata dengan suara, respon verbal kata-kata tidak tepat, respon gerak bergerak mengikuti perintah

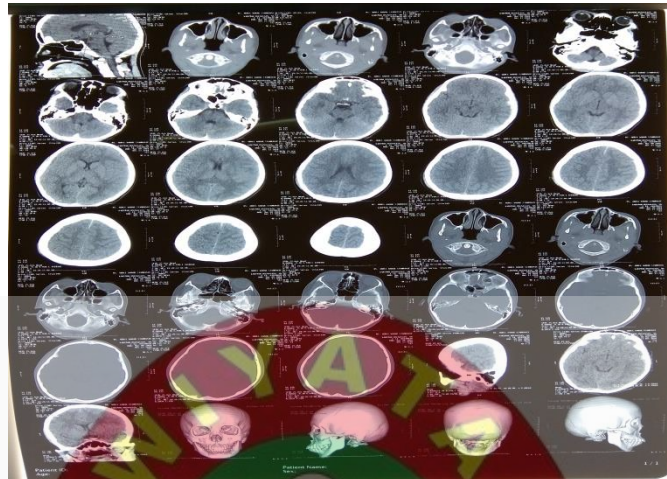
i. Pemeriksaan Diagnostik

1) LAB

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	unit
Leukosit	7.73	4.80 - 10.80	$10^3\mu\text{L}$
Eritrosit	4.44	4.70 - 6.10	$10^6\mu\text{L}$
Hemoglobin	13.2	14.0 - 18.0	g/dL
Hematokrit	38.2	37.0 - 54.0	%
PLT	164	150 - 450	$10^3\mu\text{L}$
PCT	0.14	0.15 - 0.40	%
Glukosa Sewaktu	100	70 - 140	mg/dL

Ureum	20.4	19.3 - 49.2	mg/dL
Kreatinin	0.7	0.7 - 1.3	mg/dL

2) CT-Scan, X ray



Gambar 3.1 CT-Scan

Kesimpulan pada gambar CT-Scan An.K tidak ada mengalami pendarahan pada otak pemeriksaan

j. Medikasi

- 1) Pasien terpasang infus RL 20tpm
- 2) Pasien diberikan O<sub>2</sub> nasal kanul 3 lpm
- 3) Pasien mendapatkan injeksi Ranitidin 1 ampul, Antrain 1 ampul, Tetagram 1 Unit

k. Analisa data

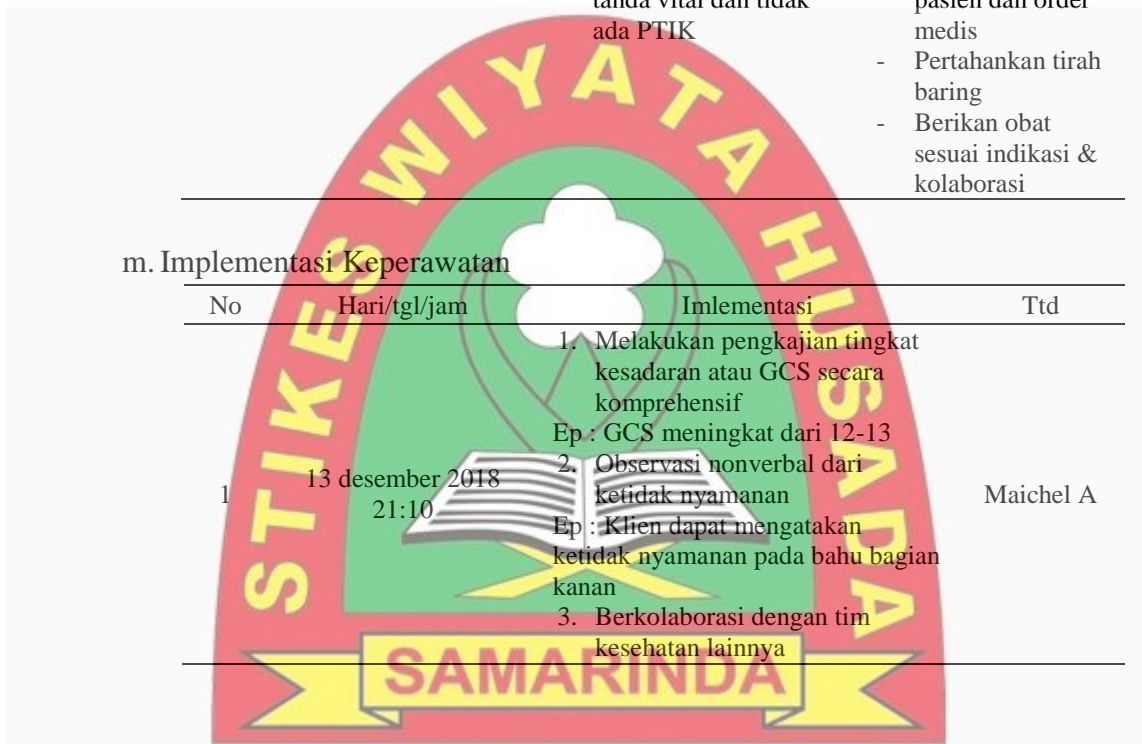
No	Data	Etiologi	Masalah
1	DS : - DO : - Keadaan umum Lemah - Kesadaran somnolen A. Clear B. RR : 23x/m SPO <sub>2</sub> : 95 % C. TD : 90/55mmHg N : 89 x/m T : 36.4 °C CRT < 2 detik Akral hangat D. GCS : E3 V3 M6 E : Membuka mata dengan perintah V : Bisa membentuk kata tapi tidak bisa membentuk kalimat M : Mengikuti perintah	Gangguan pembuluh darah di otak ↓ Trombosis intra sebral ↓ Suplai O <sub>2</sub> dan nutrisi yang dibawa oleh darah ke otak kurang ↓ Gangguan perfusi jarigan otak	Ganggua perfusi jarigan cerebral

### 1. Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	Gangguan perfusi jaringan cerebral	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 8 jam diharapkan masalah perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terpelihara dan meningkatnya tingkat kesadaran, kognisi dan fungsi sensori/motorik</li> <li>- Menetapkan stabilisasi tanda vital dan tidak ada PTIK</li> </ul>	<p><i>Independen :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda-tanda vital tiap 30 menit</li> <li>- Kaji fungsi tubuh yang lebih tinggi seperti fungsi bicara</li> <li>- Tinggikan kepala 0-45° tergantung pada kondisi pasien dan order medis</li> <li>- Pertahankan tirah baring</li> <li>- Berikan obat sesuai indikasi &amp; kolaborasi</li> </ul>

### m. Implementasi Keperawatan

No	Hari/tgl/jam	Implementasi	Ttd
1	13 desember 2018 21:10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian tingkat kesadaran atau GCS secara komprehensif Ep : GCS meningkat dari 12-13</li> <li>2. Observasi nonverbal dari ketidak nyamanan Ep : Klien dapat mengatakan ketidak nyamanan pada bahu bagian kanan</li> <li>3. Berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya</li> </ol>	Maichel A



n. Evaluasi keperawatan

No	Tgl/jam	Evaluasi
	13 desember 2018 21:10	S : - O : - Keadaan umum Lemah - Kesadaran somnolen A. Clear B. Clear C. TD : 100/70mmHg N : 89 x/m RR : 22 x/m SPO <sub>2</sub> : 98 % T : 36.4 °C CRT < 2 detik D. GCS : E3 V4 M6 E : Membuka mata dengan perintah V : Disorientasi dan berbicara M : Mengikuti perintah A : Gangguan perfusi jaringan serebral belum teratasi P : perfusi jaringan cerebral dalam waktu 1x8 jam dengan kriteria hasil TD : 110/80, CRT < 2 detik, GCS Normal/meningkat Rencana masuk ruang HCU ( <i>High Care Unit</i> )

B. Gambaran kasus Resum di ruang IGD

1. Sistem Neurologi

Dalam laporan ini diuraikan laporan terkait masalah klien dengan Cedera kepala sedang yang datang dan dirawat di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie mulai pada tanggal 12/12/2018 sampai tanggal 14/12/2018. Adapun beberapa pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien penderita Cedera kepala sedang meliputi : pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan pada beberapa klien yang akan di rangkum dan diuraikan secara rinci pada laporan ini. Pengkajian dilakukan pada saat jam dinas dan didapatkan data sebagai berikut :

- 1) Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 kasus cedera kepala yang dimana keluhan utama penurunan kesadaran dan dengan rata-rata RR=20x/menit, SPO<sub>2</sub>=90-99%. Sedangkan pada kasus Fraktur datang dengan penurunan kesadaran dan nyeri pada daerah luka fraktur.

2) *Primer survey*

Pada pengkajian primer pasien dengan cedera kepala dilakukan pengkajian ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), bertujuan mengetahui dengan segera kondisi yang mengancam nyawa pasien. Survey primer dilakukan secara

konsekuensial sesuai dengan prioritas. Pada pemeriksaan rata rata RR=20x/menit, SPO<sub>2</sub>=90-99%, CRT < 2 detik. Dan pada disability, pasien dalam keadaan *somnolen* dengan GCS rata-rata 11-13, pupil isokor dan reflek cahaya ada.

### 3) Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat keperawatan yang timbul yaitu Gangguan perfusi jaringan Cerebral yang dimana dari semua kasus sistem saraf.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu penurunan kesadaran. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan peningkatan kesadaran atau GCS Mencapai 13-15. Yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi oksigen, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah peningkatan pencapaian kesadaran pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30<sup>o</sup>, meningkatkan istirahat yang adekuat, dan dapat meningkatkan peningkatan kesadaran.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah Gangguan perfusi jaringan Cerebral yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi 30<sup>o</sup> serta memberikan oksigen aliran rendah berfungsi untuk meningkatkan indeks resistensi udara dan mengoptimalkan kadar oksigen yang dialirkan oleh darah keotak. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan kesadaran setelah diberikan posisi 30<sup>o</sup> serta oksigen aliran rendah. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan sedangkan hasil objektif didapatkan perubahan atau peningkatan secara bertahap.

## 2. Sistem Respiratori

Dalam laporan ini diuraikan laporan pada klien dengan kasus gangguan sistem respiratori yang terdiri dari 5 kasus Asma, yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan. Pengkajian dilakukan dan didapatkan data sebagai berikut :

- a. Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 kasus asma yang dimana keluhan utama yang sama datang dengan sesak napas dan batuk berdahak, suara tambahan ronkhi, wheezing, irama napas yang cepat, adanya retraksi otot dada, dengan rata-rata RR=28x/I dan SPO<sub>2</sub>=92-95%. Sedangkan pada kasus TB paru klien datang dengan keluhan lemas dan sesak napas, PPOK dengan keluhan yang sama sesak napas

b. *Primer survey*

Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem respirasi di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas wheezing. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR=28x/I, SPO<sub>2</sub>=92%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu *Eye*= 4 (Membuka mata dengan spontan), *Verbal*= 5 (Respon verbal, terorientasi dan berbicara), *Motorik*= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.

c. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yang timbul yaitu ketidakefektifan pola napas b.d kelelahan otot pernapasan yang dimana dari semua kasus sistem pernapasan.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu ketidakefektifan pola napas. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan sesak napas dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu dyspnea (5), batuk (5), irama pernapasan (5), yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi oksigen, bantuan pemberian mask nebulator, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30° posisi semi fowler, meningkatkan istirahat yang adekuat, dapat mengurangi sesak napas.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan 30° atau posisi semi fowler serta memberikan oksigen aliran rendah berfungsi untuk meningkatkan

indeks resistensi udara dan mengoptimalkan diafragma. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan sesak napas setelah diberikan posisi 30° atau posisi semi fowler serta oksigen aliran rendah. dan rasa sesak napas berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal.

### 3. Sistem Muskuloskeletal

Dalam laporan ini diuraikan laporan pada klien dengan kasus gangguan Sistem Muskuloskeletal yang terdiri dari open fraktur dan close fraktur yang datang dan dirawat di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie, yang dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan. Pengkajian dilakukan dan didapatkan data sebagai berikut :

- a. Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 kasus Sistem Muskuloskeletal yang dimana 2 orang yang mengalami open fraktur dan 3 orang mengalami close fraktur. Keluhan utama datang dengan nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 6-8.
- b. *Primer survey*  
Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan Sistem Muskuloskeletal
  - 1) Open fraktur dimana airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas vesikuler. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR=23x/i, SPO<sub>2</sub>=98%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu Eye= 4 (Membuka mara dengan spontan), Verbal= 5(Respon verbal, terorientasi dan berbicara), Motorik= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.
  - 2) Close fraktur dimana airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas vesikuler. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR=22x/i, SPO<sub>2</sub>=97%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu Eye= 4 (Membuka mara dengan spontan), Verbal= 5(Respon verbal, terorientasi dan berbicara),

Motorik= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.

c. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cidera.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda vital dalam rentang normal yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan tehnik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30°, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya

perubahan nyeri setelah diberikan memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 8 ke 5.

#### 4. Sistem kardiovaskuler

Dalam laporan ini diuraikan laporan pada klien dengan kasus gangguan sistem kardiovaskuler yang terdiri dari 5 orang ACS Stemi yang datang ke IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie yang dimana pelaksanaan asuhan keperawatan meliputi pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi dan evaluasi yang akan diuraikan. Pengkajian dilakukan dan didapatkan data sebagai berikut :

a. Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 orang yang mengalami kasus ACS stemi yang dimana keluhan utama datang dengan nyeri dada sebelah kiri sampai punggung belakang, yang dimana nyeri dada terasa tertekan, nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 7-5.

b. *Primer survey*

Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem respirasi di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas wheezing. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR=23x/I, SPO<sub>2</sub>=97%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu Eye= 4 (Membuka mara dengan spontan), Verbal= 5(Respon verbal, terorientasi dan berbicara), Motorik= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.

c. Analisa data sampai evaluasi keperawatan

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cedera biologik.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri,

mampu menggunakan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda vital dalam rentang normal yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan tehnik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30°, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan pemberian posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 5 ke 2.

## II. *Evidence Based Nursing Practic*

### A. Pendahuluan

Pemeriksaan awal yang dilakukan pasien dengan cedera kepala adalah dengan *Glasgow coma scale* (GCS) merupakan sistem penilaian terstandarisasi yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pada pasien dengan gangguan kesadaran. GCS adalah perhitungan angka dari kognitif, perilaku, dan fungsi neurologis. GCS merupakan instrumen standar yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran pasien trauma kepala, merupakan salah satu komponen yang digunakan sebagai acuan pengobatan, dasar pembuatan keputusan klinis umum untuk pasien (*Ricard Coton & Michelle* 2010).

Otak merupakan organ yang sangat vital bagi seluruh aktivitas dan fungsi tubuh, karena di dalam otak terdapat berbagai pusat kontrol seperti pengendalian fisik, intelektual, emosional, sosial, dan keterampilan. Walaupun otak berada dalam ruang yang tertutup dan terlindungi oleh tulang-tulang yang kuat namun dapat juga mengalami kerusakan. Salah satu

penyebab dari kerusakan otak adalah terjadinya trauma atau cedera kepala yang dapat mengakibatkan kerusakan struktur otak, sehingga fungsinya juga dapat terganggu (Black & Hawks, 2009)

Keseimbangan oksigen otak dipengaruhi oleh aliran darah otak yang besarnya berkisar 15-20 % dari curah jantung (Black & Hawks, 2009).

Proteksi otak merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan untuk mencegah atau mengurangi kerusakan sel-sel otak yang diakibatkan oleh keadaan iskemia. Iskemia otak adalah suatu gangguan hemodinamik yang akan menyebabkan penurunan aliran darah otak sampai ke suatu tingkat yang akan menyebabkan kerusakan otak yang *ireversibel*. Metode dasar

dalam melakukan proteksi otak adalah dengan cara membebaskan jalan nafas dan oksigenasi yang adekuat (Simon M, Andrew B, Mark CB, 2006).

Hasil penelitian yang dilakukan Noor khalilati (2014) bahwa pemberian oksigen yang tepat pada pasien cedera kepala adalah dengan menggunakan masker biasa, karena lebih efektif meningkatkan saturasi oksigen dibandingkan dengan nasal kanul. menurut *Summers,dkk* (2009) untuk memaksimalkan oksigenasi perlu pengaturan elevasi kepala lebih tinggi karena dapat memfasilitasi peningkatan aliran darah keserebral, dimana pada posisi kepala 30° terjadi peningkatan aliran darah ke otak (*cerebral blood flow, CBF*).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan penulis tanggal 2 Februari 2015 di ruang IGD Rumah Sakit Umum Daerah Ulin Banjarmasin, tidak ada SOP (Standar Operasional Prosedur) tentang penanganan pasien cedera kepala.

Tetapi pihak rumah sakit telah memberikan kebijakan yang menyatakan bahwa petugas yang berkompeten untuk melakukan atau penggunaan alat *life saving* (Penggunaan alat bantuan hidup dasar) di IGD salah satunya adalah paramedik yang sudah mendapatkan pelatihan dan mendapatkan sertifikasi untuk menggunakan alat tersebut seperti pemberian oksigen dan posisi pada pasien cedera kepala. Selama ini belum diketahui apakah terapi pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° yang diberikan oleh perawat dapat menunjukkan perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang.

Tujuan utama pengelolaan cedera kepala adalah mengoptimalkan pemulihan dari cedera kepala primer dan mencegah cedera kepala sekunder yang disebabkan oleh iskemik otak (Tisdal M, 2008). Pengelolaan cedera kepala yang baik harus dimulai dari tempat kejadian, selama transportasi, di instalasi gawat darurat, hingga dilakukan terapi definitif. Pengelolaan yang benar dan tepat akan mempengaruhi hasil akhir pasien.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang.

## B. Analisis PICO

### 1. Masalah Klinis

Pendekatan PICO (Population Intervention Comparison Outcome) digunakan dalam melakukan perumusan masalah klinis. Pertanyaan klinis dirumuskan dengan menggunakan analisis PICO, pertanyaan klinis dalam evidence based nursing ini adalah “Apakah Ada pengaruh pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang?”. Penjabaran analisa PICO dalam perumusan masalah klinis, yakni sebagai berikut:

Kriteria	Pembenaran & <i>Critical thinking</i>
<i>Problem</i>	Pasien dengan cedera kepala sedang yang berada di ruang IGD.
<i>Intervention</i>	Pemberian terapi oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran
<i>Comparison</i>	-
<i>Outcome</i>	Perubahan tingkat kesadaran

### 2. Search Strategy

Menggunakan kata kunci *Cedera Kepala Sedang, Masker Oksigen Sederhana, Posisi Kepala 30°, Tingkat Kesadaran GCS*. Peneliti memasukkannya ke dalam *search nejm, website google dan google scholar*. Artikel ditelusuri dalam bahasa indonesia, *Full Text* dalam jangka waktu 3 tahun terakhir. Penelusuran yang dilakukan mendapatkan hasil 10 artikel yang diidentifikasi 5 yang sesuai. Kesesuaian antara pelaksanaan intervensi, *problem* dan populasi dipilih satu artikel yang sesuai yaitu *Pengaruh pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang di rsud (Alit Suwandewi, 2017)* dan pendukung, yaitu:

- a. Noor Khalilati. (2014). *Efektivitas Pemberian Oksigen Melalui Masker Biasa Dibandingkan Dengan Nasal Kanul Dengan Mengukur Saturasi Oksigen (SpO2) Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Dan Sedang Di Ruang IGD RSUD Ulin Banjarmasin*. Tesis.
- b. Patria. (2012). *Aplikasi Klinis Terapi Oksigen*. EGC. Jakarta
- c. Sulistyono Andarmoyo. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia (Oksigenasi). Konsep, Proses dan Praktik Keperawatan*. Graha Ilmu. Yogyakarta
- d. Anne, et. Al.(2005). Head Down; Flat Positioning Improves Blood Flow Velocity in Acute Ischemic Stroke. *Journal of American Academy of Neurology*
- e. Black.J.M & Hawks. J. H. (2009). *Medical-Surgical Nursing : Clinical Management For Positive Outcome. (7 th edition), St Louis, Elsevier Saunders*.
- f. Christopher B, Karl L, Berk O, Andreas W, and Oliver W. (2012). *Brain Tissue Oxygen Monitoring and Hyperoxic Treatment in Patients with Traumatic Brain Injury. In: Journal of Neurotrauma. Mary Ann Liebert; 2012.p.2109-23.*

3. Ringkasan Jurnal Utama

Hasil Penelitian ini diperoleh usia responden termuda adalah 11 tahun dan tertua 68 tahun, sedangkan untuk jenis kelamin responden dalam penelitian ini paling banyak adalah jenis kelamin laki-laki. Nilai selisih GCS dengan kategori umur kurang atau sama dengan 32 tahun selisih nilai GCS dengan total selisih 15 atau sebesar 50% sedangkan distribusi responden dengan kategori umur lebih 32 tahun selisih nilai GCS dengan total selisih 9 atau sebesar 30%.

Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon test* didapat nilai *p value* 0,009 untuk nilai GCS sebelum dan nilai *p value* 0,009 untuk nilai GCS sesudah dilakukan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° yang berarti nilai *p value* <  $\alpha$  (0,05) maka  $H_0$  ditolak, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh pemberian oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran GCS.

Sesudah dilakukan pemberian oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30° terjadi peningkatan nilai GCS yaitu mean 10 menjadi mean 11,07, Sastrodiningrat (2006) GCS merupakan faktor prediksi yang kuat dalam menentukan prognosis. Dalam penelitian Jannet dkk melaporkan 82% dari penderita dengan skor GCS 11 atau lebih, dalam waktu 24 jam setelah cedera mempunyai *good outcome* atau

*moderately disabled* dan hanya 12% yang meninggal atau mendapat *severe disability*. Outcome secara progresif akan menurun kalau skor awal GCS menurun.

Fokus utama penatalaksanaan pasien-pasien yang mengalami cedera kepala adalah mencegah terjadinya cedera otak sekunder. Pemberian oksigenasi dan memelihara tekanan darah yang baik dan adekuat untuk mencukupi perfusi otak adalah hal yang paling utama dan terutama untuk mencegah dan membatasi terjadinya cedera otak sekunder yang akhirnya akan memperbaiki hasil akhir penderita. Hal ini sesuai dengan apa yang dijelaskan oleh Patria (2012) bahwa pada pasien cedera kepala hendaknya diberikan terapi oksigen dengan menggunakan masker ataupun masker reservoir dengan konsentrasi oksigen 40-80%.

Hipoksia merupakan oksigenasi jaringan yang tidak adekuat pada tingkat jaringan, kondisi ini terjadi akibat defisiensi penghantaran oksigen atau penggunaan oksigen diselular (Potter dan Perry, 2005). Oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar. Keberadaan oksigen merupakan salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme dan untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel-sel tubuh (Sulistyo, 2010).

Kebutuhan dasar manusia menurut teori Hirarki Maslow merupakan sebuah teori yang dapat digunakan perawat untuk memahami hubungan antara kebutuhan dasar manusia pada saat memberikan perawatan. Kebutuhan fisiologi merupakan hal yang penting untuk bertahan hidup, salah satunya adalah kebutuhan oksigenasi (Potter dan Perry 2005).

Christopher B, et.al (2012) berkesimpulan bahwa oksigenasi jaringan otak sangat berhubungan dengan beberapa parameter *outcome* dan prognosa pasien. Penerapan terapi intervensi untuk tetap menjaga oksigenasi jaringan otak diatas ambang tertentu dapat memperbaiki angka mortalitas dan *outcome* neurologis pada pasien-pasien cedera kepala.

Elevasi kepala berdasarkan pada respon fisiologi merupakan perubahan posisi untuk meningkatkan aliran darah ke otak dan mencegah terjadinya peningkatan TIK. Beberapa perawat klinik melakukan tindakan bedrest dengan elevasi kepala tidak boleh lebih dari 30°, dengan rasional mencegah peningkatan resiko

penurunan tekanan perfusi serebral dan selanjutnya dapat memperburuk iskemia serebral jika terdapat vasospasme (Anne et.al, 2005).

#### 4. Telaah Kritis terhadap Jurnal Terpilih (*Critical Appraisal*)

##### 1) *Validity* (Validitas)

###### a) Validitas seleksi

Peneliti menggunakan metode *Quasi-Experimental*, dengan desain penelitian *Pretest-Posttest control design*. Dengan kriteria pasien cedera kepala sedang di rawat di RSUD Ulin Banjarmasin sebanyak 30 responden.

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui perbedaan rerata nilai GCS sebelum dan sesudah diberikan intervensi oksigen dengan masker sederhana dan posisi kepala 30° menggunakan uji statistik *Wilcoxon Test* dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$ .

###### b) Validitas pengontrolan

Data diambil dari hasil pemeriksaan *Glasgow coma scale* (GCS), merupakan sistem penilaian terstandarisasi yang digunakan untuk menilai tingkat kesadaran pada pasien dengan gangguan kesadaran. GCS adalah perhitungan angka dari kognitif, perilaku, dan fungsi neurologis. GCS merupakan instrumen standar yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran pasien trauma kepala, merupakan salah satu komponen yang digunakan sebagai acuan pengobatan, dasar pembuatan keputusan klinis umum untuk pasien (Ricard Coton & Michelle 2010).

###### c) Validitas informasi

Peneliti telah menjelaskan semua variabel yang diukur dalam penelitian, Alat pengumpulan data yang digunakan yaitu nilai saturasi oksigen berupa lembar observasi. Jadi dapat disimpulkan bahwa validitas informasi penelitian ini cukup baik.

###### d) Validitas hubungan kausal

Ada perbedaan signifikan pengaruh secara bermakna nilai kesadaran terhadap pemberian posisi kepala 30°

###### e) Validitas eksterna

Validitas eksterna 1 dapat dilihat dari metode sampling yang digunakan dalam penelitian. Pada penelitian ini peneliti menggunakan *desain penelitian Pretest-Posttest control design*.

Validitas eksterna 2 dapat dilihat dari kriteria pemilihan tempat penelitian. Pada penelitian ini tidak dipaparkan secara jelas alasan peneliti memilih RSUD Ulin Banjarmasin

2) *Importance* (Kepentingan)

- a) Peneliti menjelaskan responden meningkatnya kesadaran pada pemberian posisi kepala 30°
- b) Rekomendasi penelitian ini adalah nursing intervensi diberikan kepada pasien cedera kepala sedang

3) *Applicability* (Kemampulaksanaan)

Peneliti menjelaskan secara kemampulaksanaan (*applicability*) hasil penelitian pada tatanan klinik dengan jumlah sampel yang cukup

C. Pelaksanaan EBN

1. Persiapan

Persiapan pelaksanaan dengan penyusunan yaitu :

- a. penyusunan proposal berdasarkan fenomena yang ditemukan selama praktik profesi Ners,
- b. Menganalisis masalah menggunakan analisa PICO (*Problem, Intervention, Comparison, Outcome*).
- c. Tahap selanjutnya dengan melakukan pencarian jurnal menggunakan *search strategy* dengan kata kunci Cedera Kepala Sedang, *Masker Oksigen Sederhana, Posisi Kepala 30°, Tingkat Kesadaran GCS*.

Jurnal yang telah didapatkan, kemudian dipilih jurnal yang paling mendekati penyelesaian masalah sebagai dasar rujukan dan beberapa jurnal lainnya sebagai jurnal pendukung. Setelah proposal dibuat kemudian dikonsultasikan dengan pembimbing klinik dan pembimbing akademik untuk mendapatkan masukan dan saran. Sosialisasi rencana pelaksanaan EBN dilakukan dengan mempresentasikan EBN yang akan dilakukan, target pasien yang akan dilaksanakan dan bagaimana jalannya pelaksanaan kepada seluruh pihak rumah sakit yang terlibat. Sosialisasi dilaksanakan pada tanggal 10 Desember 2018 dan ruangan yang direncanakan akan dilakukan adalah Instalasi Gawat Darurat. Setelah mendapatkan persetujuan Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, penulis menyiapkan persiapan alat dan bahan yang dibutuhkan seperti : lembar observasi, lembar prosedur pemberian posisi kepala 30°.

2. Pelaksanaan

Pelaksanaan EBN dilakukan di ruang Instalasi Gawat Darurat, pelaksanaan EBN dilaksanakan pada tanggal 10 Desember 2018 hingga tanggal 15 Desember 2018. Jumlah Responden yang dilakukan pada penerapan EBN ini yaitu sebanyak 5

pasien cedera kepala sedang. Responden dipilih berdasarkan kriteria inklusi yaitu:

- a. Pasien dengan cedera kepala sedang
- b. Pasien dengan penurunan kesadaran.

Kriteria eksklusi, antara lain:

- a. Hemodinamik tidak stabil
- b. Pemeriksaan kesadaran GCS 9-12.
- c. Saturasi oksigen kurang.

Sebelum intervensi dimulai, penulis memberikan penjelasan mengenai tujuan dan manfaat dari intervensi yang akan dilakukan. Setelah mendapatkan persetujuan responden akan edukasi mengenai pentingnya pemberian masker sederhana dan posisi kepala 30° untuk dapat meningkatkan kesadaran pasien kemudian GCS diukur kembali setelah 8 jam. Penelitian ini *intervensi* dilakukan satu kali yaitu *intervensi* pertama dilakukan dengan mengukur GCS terlebih dahulu, setelah itu diberikan oksigen melalui masker biasa dan posisi kepala 30° kemudian GCS diukur kembali setelah 8 jam.

#### D. Hasil Penerapan EBN

##### 1. Karakteristik responden

Deskripsi karakteristik responden meliputi Cedera kepala Sedang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden pada penelitian ini sebanyak 6 orang yang terdiri dari jenis kelamin dan usia.

Tabel 3.1. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis kelamin dan Tingkat Usia Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Data	Jumlah (n)	Persentase (%)
<b>Jenis Kelamin</b>		
Laki-laki	4	90,0
Perempuan	1	10,0
<b>total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>
<b>Usia</b>		
12-16 tahun	2	40,0
17-25 tahun	1	20,0
65-90 tahun	2	40,0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan jumlah responden di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang terbanyak dari jenis kelamin laki-laki sebanyak 4 orang dan Usia 12-16 tahun

sebanyak : 2 orang (40,0%), dan dari 65-90 tahun sebanyak : 2 orang (40,0%).

2. Uji Normalitas nilai GCS sebelum dan sesudah pemberian oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30° berdasarkan *Test of normality Shapiro-wilk*.

Tabel 3.2. Analisa uji normalitas berdasarkan *Test of normality Shapiro-wilk* nilai GCS sebelum dan sesudah pemberian oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30° Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Variabel	Kolmogorov-Smirnov	Shapiro-wilk
GCS Sebelum	0,000	0,000
GCS Sesudah	0,034	0,034

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa sebelum pemeriksaan GCS diperoleh hasil *Test of normality Shapiro-wilk* (0,000), dan sesudah pemeriksaan GCS diperoleh hasil *Test of normality Shapiro-wilk* (0,034)

3. Nilai kesadaran GCS sebelum dan sesudah pemberian oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30° pada pasien cedera kepala sedang.

Tabel 3.3. Distribusi nilai tingkat kesadaran GCS sebelum dan sesudah pemberian oksigen masker sederhana dengan posisi kepala 30° Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Kategori	Oksigen masker sederhana				posisi kepala 30°			
	Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%
GCS ringan	-	0	4	80	-	0	4	80
GCS Sedang	5	100	1	20	5	100	1	20
GCS Berat	-	0	-	0	-	0	-	0
Total	5	100	5	100	5	100	5	100

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa setelah sebelum pemberian oksigen masker sederhana pada kategori GCS ringan 0%, dan kategori sedang sebanyak 5 (100%). Sedangkan sesudah pemberian posisi kepala 30° pada kategori ringan sebanyak 4 (80%), dan kategori sedang sebanyak 1 (20%).

#### 4. Pengaruh nilai GCS Sebelum dan Sesudah pemberian Oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30°

Tabel 3.4. Hasil analisis nilai GCS sebelum dan sesudah pemberian oksigen masker sederhana dengan posisi kepala 30° Di Ruang IGD RSUD Abdul,Wahab Sjahranie Samarinda

Variabel	Mean Rank	P value
GCS Sebelum	3,00	0,034
GCS Sesudah	1,00	0,034

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa GCS sebelum dan GCS sesudah dari Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon test* didapat nilai *p value* 0,034 untuk nilai GCS sebelum dan nilai *p value* 0,034 untuk nilai GCS sesudah dilakukan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° yang berarti nilai *p value* <  $\alpha$  (0,05) maka  $H_0$  ditolak, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh pemberian oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran GCS

Alit suwandewi (2017) hasil yang signifikan atau adanya pengaruh pada saat diberikan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30°. Christopher B, et.al (2012) berkesimpulan bahwa oksigenasi jaringan otak sangat berhubungan dengan beberapa parameter *outcome* dan prognosa pasien. Penerapan terapi intervensi untuk tetap menjaga oksigenasi jaringan otak diatas ambang tertentu dapat memperbaiki angka mortalitas dan *outcome* neurologis pada pasien-pasien cedera kepala. Evan (1996) dalam Nasution (2010) yang menyebutkan distribusi kasus cedera kepala pada laki-laki dua kali lebih sering dari pada wanita. Penelitian lain juga menyebutkan hal sama yaitu sebagian besar 74% kasus cedera kepala adalah laki-laki (Suparnadi, 2002 dalam Nasution, 2010). Besarnya jumlah laki-laki dalam kejadian cedera kepala erat kaitannya dengan mobilisasi individu yang lebih sering.

### III. Proyek Inovasi

#### A. Pendahuluan

Sehat merupakan suatu keadaan yang ideal bagi setiap orang. Menurut World Health Organization (WHO), sehat adalah suatu keadaan sejahtera sempurna dari fisik, mental, dan sosial yang tidak hanya terbatas pada bebas dari penyakit dan kelemahan. Kesehatan fisik terwujud apabila seseorang tidak merasa sakit atau tidak adanya keluhan dan memang secara klinis tidak adanya penyakit (Notoatmodjo, 2010). Kesehatan fisik merupakan salah satu aspek dimana kesehatan fisik itu sendiri mencerminkan bahwa semua organ tubuh berfungsi normal atau tidak mengalami gangguan termasuk diantaranya adalah kesehatan pada sistem pernafasan.

Mual dan muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Kondisi ini adalah cara tubuh untuk membuang materi yang mungkin berbahaya dari dalam tubuh. Obat-obatan tertentu seperti kemoterapi untuk kanker dan agen anestesi sering menyebabkan mual muntah (Porter et al, 2010). Penyakit gastroenteritis adalah penyebab paling umum yang mengakibatkan terjadinya mual dan muntah. Gastroenteritis adalah infeksi yang disebabkan oleh bakteri atau virus di perut. Selain menyebabkan mual dan muntah, gastroenteritis biasanya juga menyebabkan diare (Porter et al, 2010).

Mual adalah kecenderungan untuk muntah atau sebagai perasaan di tenggorokan atau daerah epigastrium yang memperingatkan seorang individu bahwa muntah akan segera terjadi. Mual sering disertai dengan peningkatan aktivitas sistem saraf parasimpatis termasuk diaphoresis, air liur, bradikardia, pucat dan penurunan tingkat pernapasan. Muntah didefinisikan sebagai ejeksi atau pengeluaran isi lambung melalui mulut, seringkali membutuhkan dorongan yang kuat (Dipiro et al., 2015).

Obat anti-emetik bebas dan dengan resep paling umum direkomendasikan untuk mengobati mual muntah. Untuk pasien yang bisa mematuhi pemberian dosis oral, obat yang sesuai dan efektif dapat dipilih tetapi karena beberapa pasien tidak dapat menggunakan obat oral atau obat oral tidak sesuai. Pada pasien tersebut disarankan penggunaan obat secara rektal atau parenteral. Untuk sebagian besar kondisi dianjurkan antiemetik tunggal, tetapi bila

pasien tidak memberikan respon dan pada pasien yang mendapatkan kemoterapi emetonik kuat, biasanya dibutuhkan regimen multi obat (Sukandar, 2008).

Berdasarkan hasil survey pendahuluan yang dilakukan di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda pada 3 bulan terakhir yaitu dari bulan juli 2018 sampai september 2018 di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) didapatkan data pasien yang menderita mual muntah sebanyak 313 orang (Buku Laporan Pasien Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Umum Daerah Abdul Wahab Sjahranie Samarinda).

Mual merupakan penyakit yang dapat disembuhkan, mual dapat dikendalikan (United States Environmental Protection Agency, 2004). mual dapat dikendalikan dengan pengelolaan yang dilakukan secara lengkap, tidak hanya dengan pemberian terapi farmakologis tetapi juga menggunakan terapi nonfarmakologis yaitu dengan cara mengontrol gejala mual (Sundaru, 2007).

Pengontrolan terhadap gejala mual dapat dilakukan dengan cara medis secara teratur, hidup sehat dengan asupan nutrisi yang memadai, dan menghindari stres. Semua penatalaksanaan ini bertujuan untuk mengurangi gejala mual dengan meningkatkan sistem imunitas (The Asthma Foundation of Victoria, 2002). Akhir-akhir ini, para penderita mual muntah mulai memanfaatkan terapi komplementer (nonfarmakologis) untuk mengendalikan mual yang dideritanya. Jumlah penderita mual yang sudah memanfaatkan terapi komplementer ini diperkirakan cukup tinggi yaitu sekitar 42% dari populasi penderita mual yang ada di New Zealand (McHugh, 2010).

Pengontrolan mual dengan terapi komplementer dapat dilakukan dengan teknik pengaruh aromaterapi menggunakan isopropyl alcohol, teknik relaksasi, akupunktur, chiropractic, homoeopati, naturopati dan hipnosis. (McHugh, 2010).

## B. Analisis SWOT

### **Kekuatan (Strength)**

- RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah rumah sakit rujukan teratas yang merupakan tipe A, dengan standar akreditasi paripurna oleh KARS dan terakreditasi *Joint Commission International*. Sehingga mempunyai sarana dan prasarana yang lengkap untuk mendukung proses pendidikan profesi Ners.
- RSUD Abdul Wahab Sjahranie
- Pembimbing klinik yang ditunjuk oleh RSUD Abdul Wahab Sjahranie memiliki kompetensi yang sudah merupakan ners spesialis sebagai fasilitator untuk berdiskusi dan berkonsultasi dalam pelaksanaan inovasi.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dukungan dari manajemen RS dalam pelaksanaan inovasi terhadap pembaharuan yang dapat meningkatkan kualitas asuhan pelayanan keperawatan dan mengembangkan diri sebagai seorang klinisi.</li> <li>- RSUD Abdul Wahab Sjahranie telah mempunyai regulasi mengenai jenjang karir yang jelas bagi perawat klinis (PK) yaitu berupa PK I, PK II, PK III dan PK IV dengan kewenangan klinis yang berbeda pada setiap tingkatan.</li> <li>- RSUD Abdul Wahab Sjahranie mempunyai antusias dan perhatian cukup tinggi untuk mengembangkan ilmu keperawatan terbaru.</li> <li>- RSUD Abdul Wahab Sjahranie memiliki ruangan Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang terbagi dalam berbagai bagian yaitu Ruang Triase, Ruang Anak, Ruang Resusitasi Anak, Ruang Medis, Ruang Resusitasi Dewasa, Ruang Bedah dan Ruang Obygn dengan fasilitas dan sumber daya manusia yang lengkap dan memadai untuk memberikan pelayanan prima kepada pasien.</li> <li>- Perawat IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie aktif dalam himpunan perawat gawat darurat Indonesia dan aktif menghadiri pertemuan PPGD dan BTCLS setiap tahunnya sehingga perawat IGD mengikuti perkembangan ilmu terbaru terkait IGD..</li> </ul>
<b>Kelemahan (Weakness)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbandingan jumlah perawat dengan jumlah pasien belum sesuai baik di beberapa ruang rawat inap dan di ruang IGD.</li> <li>- Edukasi yang sistematis belum dijalankan kepada pasien gawat darurat atau pasien yang datang ke IGD sehingga kepatuhan dan efisiensi diri pasien rendah dalam perawatan dan pengobatan sehingga tingginya angka rawat inap kembali pada pasien.</li> <li>- Penambahan jumlah sarana prasarana yang belum diiringi dengan penambahan jumlah tenaga perawat.</li> </ul>
<b>Peluang (Opportunities)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- RSUD Abdul Wahab Sjahranie adalah lahan praktik mahasiswa profesi ners sehingga dapat memberikan masukan dalam pengembangan sistem pelayanan rumah sakit khususnya pada pasien gawat darurat.</li> <li>- RSUD Abdul Wahab Sjahranie mengikuti program akreditasi Rumah Sakit seperti JCI sehingga menuntut rumah sakit khususnya pelayanan keperawatan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan untuk menjadikan pelayanan sesuai dengan standar yang ada.</li> <li>- RSUD Abdul Wahab Sjahranie akan mengembangkan unit IGD, sehingga pasien akan semakin banyak dan membutuhkan edukasi yang baik untuk mencapai <i>outcome</i> yang diharapkan</li> </ul>
<b>Ancaman (Threat)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inovasi yang dilakukan menyangkut kepada perubahan kebijakan RSUD, sehingga akan mendapatkan halangan dari sistem manajemen diluar profesi keperawatan</li> </ul>

### C. Pelaksanaan

#### 1. Persiapan

Tahap persiapan dilakukan dengan mengidentifikasi kebutuhan pengembangan terkait perawatan pasien dengan gangguan mual muntah. Identifikasi dilakukan pada awal masa dinas profesi Ners di semester akhir dan kemudian disampaikan ke dalam forum pertemuan yang terdiri dari kepala ruangan yang merawat pasien dengan gangguan mual muntah, kepala bidang keperawatan, ketua komite keperawatan, *clinical instructor*. Pilihan yang disampaikan dalam persentasi tersebut dan disepakati untuk memberikan inovasi tindakan keperawatan mandiri

di IGD. Dengan memberikan inovasi tindakan mandiri dimulai dengan sosialisasi tindakan inovasi. Setelah ada kesepakatan, mahasiswa membuat proposal kegiatan yang dikonsulkan bersama pembimbing klinik dan pembimbing akademik. Setelah mendapatkan *feedback* mahasiswa profesi Ners membuat kontrak waktu, pembicara, penentuan materi, tempat acara dan target peserta seminar. Mahasiswa menyiapkan SOP sebagai prosedur *outcome* dari seminar. Peserta seminar disepakati bersama bidang adalah perawat PK III yang mempunyai kompetensi sebagai seorang pendidik, edukator dan konselor. SOP yang digunakan adalah sebagai berikut:

- a. Memperlihatkan kesiapan dari perawat untuk memberi edukator terkait penyakit yang mengalami mual muntah.
- b. Tingkat pengetahuan peserta mengenai pengetahuan mengenai penyakit mual muntah.

2. Pelaksanaan

Presentasi dilaksanakan pada hari Rabu tanggal 28 november 2018 pada pukul 09.00 dengan menghadirkan dua pembimbing yaitu Ns. Kiki Hardiansyah Safitri M.Kep.,Sp.Kep.MB (staff akademik) dan Ns. Refliani Aldila, S.Kep (staff RSUD Abdul Wahab Sjahranie).

D. Evaluasi

1. Karakteristik Responden

Deskripsi karakteristik responden meliputi hipoksemia sedang dan ringan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden pada penelitian ini sebanyak 10 orang yang terdiri dari jenis kelamin dan usia.

Tabel 3.5. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Usia Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Usia	Jumlah (n)	Persentase (%)
20-29 tahun	2	20.0
30-39 tahun	4	40.0
40-49 tahun	2	20.0
50-59 tahun	2	20.0
> 60 tahun	0	0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Tabel 3.6. Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Jenis Kelamin Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Jenis Kelamin	Jumlah (n)	Persentase (%)
Laki-laki	4	40.0
Perempuan	6	60.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Tabel 3.7. Distribusi Responden Berdasarkan Diagnosa Medis Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Diagnosa Medis	Jumlah (n)	Persentase (%)
Appendiksitis	4	40.0
Ileus Obstruktif	2	20.0
Hernia	2	20.0
Inkarserata Peritonitis	2	20.0
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

## 2. Univariat

Analisis univariat dimana analisa variabel meliputi variabel independen terdiri dari pemberian isopropyl alkohol. Sedangkan variabel dependennya adalah pemberian injeksi ranitidine yang dilaksanakan di ruang instalasi gawat darurat di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Adapun variabel tersebut dapat dilihat pada masing-masing tabel dibawah ini:

Tabel 3.8. Nilai Skor Kual Sebelum dan Sesudah diberikan Isopropil Alkohol dan Injeksi Ranitidine Di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda 2018

Kategori Kual	Isopropil Alkohol				Injeksi Ranitidine			
	Pre		Post		Pre		Post	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ringan	0	0	5	100.0	0	0	2	40.0
Sedang	2	40.0	0	0	2	40.0	3	60.0
Berat	3	60.0	0	100	3	60.0	0	0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>	<b>5</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel diatas dapat disimpulkan bahwa sebelum pemberian isopropyl alkohol pada kategori sedang sebanyak 2 (40.0%) dan kategori berat sebanyak 3 (60.0%), dan pemberian injeksi ranitidine dengan kategori sedang sebanyak 2 (40.0%) dan kategori berat sebanyak 3 (60.0%). Sedangkan sesudah pemberian isopropyl alcohol pada kategori ringan sebanyak 5 (100%) dan pada pemberian injeksi ranitidine pada kategori ringan yaitu sebanyak 2 (40.0%) dan pada kategorik sedang sebanyak 3 (60.0%).

### 3. Bivariat

#### a. Perbedaan sebelum dan sesudah diberikan isopropyl alcohol

Tabel. 3.9 Perbedaan Nilai Mual Sebelum dan Sesudah Diberikan Isopropyl Alkohol di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Tahun 2018

Saturasi Oksigen	t	P	Keterangan
Sebelum dan Sesudah diberikan Isopropil Alkohol	6.532	0.003	Bermakna

Berdasarkan table 3.11 Perbedaan antara nilai mual sebelum dan sesudah diberikan isopropyl alkohol dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 6.532 dengan  $p = 0.003$ . Karena  $p = 0.003 < 0.05$ , maka dikatakan signifikan n atau bermakna. Artinya ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan isopropyl alkohe.

#### b. Perbedaan nilai mual sebelum dan sesudah diberikan injeksi ranitidine

Tabel. 3.10 Perbedaan Nilai Mual Sebelum dan Sesudah Diberikan Injeksi Ranitidine Pada di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie. Tahun 2018

Saturasi Oksigen	t	P	Keterangan
Sebelum dan Sesudah diberikan Injeksi Ranitidine	2.236	0.089	Tidak Bermakna

Berdasarkan table 3.12 Perbedaan antara nilai mual sebelum dan sesudah diberikan injeksi ranitidine dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 2.236 dengan  $p = 0.089$ . Karena  $p = 0.089 > 0.05$ , maka dikatakan tidak signifikan n atau tidak bermakna. Artinya tidak ada perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan injeksi ranitidine.

#### c. Perbedaan pengaruh isopropyl alkohol dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual.

Tabel. 3.11 Perbedaan Pengaruh Isopropil Akohol dan Injeksi Ranitidine Terhadap Penurunan Mual di Ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Tahun 2018

Mual	t	P	Keterangan
Isopropil Alkohol – Injeksi Ranitidine	1.000	0.374	Tidak bermakna

Sumber : Primer 2018

Berdasarkan table 3.12 Pengaruh perbedaan isopropyl alkohol dan injeksi ranitidine terhadap nilai mual dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 1.000 dengan  $p = 0.374$ . Karena  $p = 0.374 > 0.05$ , maka dikatakan tidak signifikan n atau tidak bermakna. Artinya tidak ada pengaruh perbedaan isopropyl alkohol dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual.



## BAB IV

### PEMBAHASAN

#### I. Pembahasan Kasus Kelolaan

Pembahasan pada bab ini adalah analisis kritis tentang Pengaruh pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

##### A. Karakteristik responden

Karakteristik klien pada kasus kelolaan bernama Ny. K dengan usia 15 tahun, yang berjenis kelamin perempuan, beragama islam, berstatus pelajar, dengan pendidikan SMK dan bertempat tinggal di Jl. Kota bangun.

##### B. Analisis kritis tentang asuhan keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 13 Desember 2018 pukul 18:54 wita, pada Ny.K dengan diagnosa medis CKS + EDH minimal tumpul (D) + SDH minimal tumpul (S). Penulis mendapatkan adanya kesamaan antara tinjauan pustaka dengan kenyataan pada kasus. Dari pengkajian yang sudah dilakukan baik dari primer survey, anamnesa, pemeriksaan fisik, didapatkan diagnose keperawatan yang muncul menurut NANDA yang muncul pada asuhan keperawatan pada Ny.K Diagnosa keperawatan Ganggua perfusi jaringan cerebral. Penulis mengangkat diagnose tersebut dengan ciri utama yaitu klien penurunan kesadaran. Hal ini tersebut terjadi karena adanya diagnosa medis CKS + EDH minimal tumpul (D) + SDH minimal tumpul (S).

Setelah menentukan diagnose keperawatan penulis memprioritaskan masalah sesuai dengan kegawatdaruratannya. Kemudian penulis menyusun kriteria hasil dan intervensi yang sesuai pedoman (NOC dan NIC). Intervensi yang disusun dari semua diagnose sudah sesuai dengan tujuan pustaka NOC dan NIC.

Pada tahap implementasi tidak ditemukan kesenjangan antara tinjauan pustaka dengan pelaksanaan tindakan di lapangan. Implementasi yang sudah dilaksanakan pada diagnosa Ganggua perfusi jaringan cerebral antara lain pemberian terapi oksigen melalui masker sederhana dan pemberian posisi

30° untuk meningkatkan kesadaran pasien. Melakukan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian analgesik.

Tahap akhir setelah dilakukan implementasi adalah evaluasi. Pada tahap evaluasi ini terdapat keterangan teratasi sebagian tetapi masih membutuhkan observasi, karena hal ini dikarenakan tingkat kesadaran melalui pemeriksaan GCS dari skor 12-13. Selanjutnya tahap akhir adalah melakukan dokumentasi terhadap data yang didapat, intervensi yang disusun dan implementasi yang sudah dilakukan serta evaluasi dari hasil implementasi yang sudah ditulis dengan sistematis yang benar oleh perawat di lembar asuhan keperawatan.

### C. Pembahasan Resume IGD

Pembahasan pada bab ini adalah dengan menggunakan hasil dari pengkajian resume dan observasi terkait beberapa kasus berbeda yang di temukan di ruangan IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### 1. Sistem Neurologi

Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 kasus cedera kepala yang dimana keluhan utama penurunan kesadaran dan dengan rata-rata RR=20x/menit, SPO<sub>2</sub>=90-99%. Sedangkan pada kasus Fraktur datang dengan penurunan kesadaran dan nyeri pada daerah luka fraktur. Pada pengkajian primer pasien dengan cedera kepala dilakukan pengkajian ABCDE (*Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*), bertujuan mengetahui dengan segera kondisi yang mengancam nyawa pasien. *Survey primer* dilakukan secara konsekuensial sesuai dengan prioritas. Pada pemeriksaan rata rata RR=20x/menit, SPO<sub>2</sub>=90-99%, CRT<2 detik. Dan pada disability, pasien dalam keadaan *somnolen* dengan GCS rata-rata 11-13, pupil isokor dan reflek cahaya ada. Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat keperawatan yang timbul yaitu Gangguan perfusi jaringan Cerebral yang dimana dari semua kasus sistem saraf.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu penurunan kesadaran. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan peningkatan kesadaran atau GCS Mencapai 13-15. Yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi oksigen, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah peningkatan pencapaian kesadaran pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30<sup>o</sup>, meningkatkan istirahat yang adekuat, dan dapat meningkatkan peningkatan kesadaran.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah Gangguan perfusi jaringan Cerebral yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi 30<sup>o</sup> serta memberikan oksigen aliran rendah berfungsi untuk meningkatkan indeks resistensi udara dan mengoptimalkan kadar oksigen yang dialirkan oleh darah keotak. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan.

Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan kesadaran setelah diberikan posisi 30<sup>o</sup> serta oksigen aliran rendah. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan sedangkan hasil objektif didapatkan perubahan atau peningkatan secara bertahap.

## 2. Sistem Respiratori

Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 kasus asma yang dimana keluhan utama yang sama datang dengan sesak napas dan batuk berdahak, suara tambahan ronkhi, wezhing, irama napas yang cepat, adanya retraksi otot dada, dengan rata-rata RR=28x/I dan SPO<sub>2</sub>=92-95%. Sedangkan pada kasus TB paru klien datang dengan keluhan lemas dan sesak napas, PPOK dengan keluhan yang sama sesak napas. Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem respirasi di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas

wheezing. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR=28x/I, SPO<sub>2</sub>=92%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu Eye= 4 (Membuka mata dengan spontan), Verbal= 5 (Respon verbal, terorientasi dan berbicara), Motorik= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yang timbul yaitu ketidakefektifan pola napas b.d kelelahan otot pernapasan yang dimana dari semua kasus sistem pernapasan. Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu ketidakefektifan pola napas. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan sesak napas dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu dyspnea (5), batuk (5), irama pernapasan (5), yang dimana diberikan intervensi pemberian terapi oksigen, bantuan pemberian mask nebulator, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30° posisi semi fowler, meningkatkan istirahat yang adekuat, dapat mengurangi sesak napas. Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah sesak napas yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan 30° atau posisi semi fowler serta memberikan oksigen aliran rendah berfungsi untuk meningkatkan indeks resistensi udara dan mengoptimalkan diafragma. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan. Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan.

Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan sesak napas setelah diberikan posisi 30° atau posisi semi fowler serta oksigen aliran rendah. dan rasa sesak napas berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal.

### 3. Sistem Muskuloskeletal

Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 kasus Sistem Muskuloskeletal yang dimana 2 orang yang mengalami open fraktur dan 3 orang mengalami close fraktur. Keluhan utama datang dengan nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 6-8.

Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan Sistem Muskuloskeletal

3) Open fraktur dimana airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas vesikuler. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR=23x/i, SPO<sub>2</sub>=98%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu Eye= 4 (Membuka mara dengan spontan), Verbal= 5(Respon verbal, terorientasi dan berbicara), Motorik= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.

4) Close fraktur dimana airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas vesikuler. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada ada, RR=22x/i, SPO<sub>2</sub>=97%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu Eye= 4 (Membuka mara dengan spontan), Verbal= 5(Respon verbal, terorientasi dan berbicara), Motorik= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cedera.

Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu

mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda vital dalam rentang normal yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan teknik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30°, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan. Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 8 ke 5.

#### 4. Sistem kardiovaskuler

Dari hasil pengkajian dan observasi di IGD terdapat 5 orang yang mengalami kasus ACS stemi yang dimana keluhan utama datang dengan nyeri dada sebelah kiri sampai punggung belakang, yang dimana nyeri dada terasa tertekan, nyeri terasa terus menerus. Skala nyeri dimana dari 1-10 berada di skala 7-5. Pada pengkajian primer pasien dengan gangguan sistem respirasi di airway, jalan napas paten, tidak adanya obstruksi, suara napas wheezing. Pada pemeriksaan breathing, gerakan dada simetris, irama napas cepat, pola napas tidak teratur, retraksi dada

ada, RR=23x/I, SPO<sub>2</sub>=97%. Pada sirkulasi, HR teraba, tidak terjadinya sianosis, CRT < 2 detik, dan tidak adanya perdarahan. Dan pada disability, pasien dalam keadaan CM dengan GCS 15 yaitu Eye= 4 (Membuka mara dengan spontan), Verbal= 5(Respon verbal, terorientasi dan berbicara), Motorik= 6 (Respon gerak, bergerak mengikuti perintah), pupil isokor dan reflek cahaya ada.

Berdasarkan dari data hasil pengkajian yang telah dilakukan, kemudian dilakukan analisa data dan penegakan diagnose keperawatan yang sesuai yang dialami dengan masalah pasien, hasil analisa data terdapat masalah keperawatan yaitu nyeri akut b.d agen cedera biologik. Masalah keperawatan yang menjadi prioritas utama pada klien yaitu nyeri akut. Tujuan umum asuhan keperawatan yang dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan nyeri dapat berkurang. Dimana kriteria hasil yang diharapkan dari tujuan tindakan keperawatan ini yaitu mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non-farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan), melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri, tanda vital dalam rentang normal yang dimana diberikan intervensi lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, gunakan tehnik komunikasi terapeutik, kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, dan dapat menggunakan tindakan non-farmakologi. Oleh sebab itu untuk mencapai tujuan tersebut, maka rencana intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri pada klien yaitu memberikan pemberian posisi 30°, meningkatkan istirahat yang adekuat, memberikan terapi relaksasi napas dalam, dapat mengurangi nyeri.

Adapun implementasi keperawatan utama yang dilakukan untuk mengatasi masalah nyeri yaitu melakukan tindakan non-farmakologi memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam berfungsi untuk mengurangi nyeri. Intervensi diberikan selama di ruang IGD, intervensi keperawatan dapat berjalan sesuai target yang direncanakan. Klien tidak memiliki keluhan terkait dengan intervensi

yang dilakukan. Hasil dari intervensi yang dilakukan, didapatkan adanya perubahan nyeri setelah diberikan memberikan posisi serta memberikan terapi relaksasi napas dalam. Evaluasi subjektif yang didapatkan yaitu klien merasa nyaman dan rasa nyeri berkurang, sedangkan hasil objektif didapatkan hasil kembali normal skala menurun dari 5 ke 2.

## II. Pembahasan EBN

Pembahasan pada bab ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari penatalaksanaan klien dengan masalah utama pasien cedera kepala sedang di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari penatalaksanaan utama dari pembahasan ini adalah pemberian terapi oksigen melalui masker sederhana dan pemberian posisi  $30^{\circ}$  untuk meningkatkan kesadaran pasien nyeri dengan masalah utama pasien cedera kepala sedang yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

### A. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini terdiri atas 5 pasien cedera kepala sedang di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Karakteristik responden ini terdiri atas jenis kelamin laki-laki sebanyak 4 orang dan Usia 12-16 tahun sebanyak : 2 orang (40,0%), dan dari 65-90 tahun sebanyak : 2 orang (40,0%). Evan (1996) dalam Nasution (2010) yang menyebutkan distribusi kasus cedera kepala pada laki-laki dua kali lebih sering dari pada wanita. Penelitian lain juga menyebutkan hal sama yaitu sebagian besar 74% kasus cedera kepala adalah laki-laki (Suparnadi, 2002 dalam Nasution, 2010). Besarnya jumlah laki-laki dalam kejadian cedera kepala erat kaitannya dengan mobilisasi individu yang lebih sering.

### B. Analisis pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala $30^{\circ}$

Hasil dari pengukuran GCS sebelum diberikan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala  $30^{\circ}$  sebagian besar klien

mengalami penurunan kesadaran. Yaitu skor GCS rata-rata klien 12 (E:3, V:3, M:6) dari 5 orang klien pada kasus Cedera Kepala Sedang.

Cedera kepala atau trauma kapitis lebih sering terjadi dari pada trauma tulang belakang. Trauma dapat timbul akibat gaya mekanik maupun non mekanik. Kepala dapat dipukul, ditampar, atau bahkan terkena sesuatu yang keras. Tempat yang langsung terkena pukulan atau penyebab tersebut dinamakan dampak atau impact. Pada impact dapat terjadi (1) indentasi, (2) fraktur linear, (3) fraktur stelatum, (4) fraktur impresi, atau bahkan (5) hanya edema atau perdarahan subkutan saja. Fraktur yang paling ringan ialah fraktur linear. Jika gaya destruktifnya lebih kuat, dapat timbul fraktur stelatum atau fraktur impresi (Mardjono & Sidharta, 2010).

Berdasarkan hasil pengukuran GCS Setelah diberikan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala  $30^\circ$  didapatkan hasil kategori skor GCS ringan sebanyak 4 orang (80%), dan kategori skor GCS sedang sebanyak 1 orang (20%). Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti memiliki kekurangan, salah satunya adalah waktu untuk mengukur kembali skor GCS setelah diberikan terapi pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala  $30^\circ$  yang seharusnya dilakukan pemeriksaan GCS kembali setelah 24 jam, pada penelitian ini hanya dilakukan pemeriksaan GCS kembali setelah 8 jam.

Oksigenasi merupakan kebutuhan dasar manusia yang paling mendasar. Keberadaan oksigen merupakan salah satu komponen gas dan unsur vital dalam proses metabolisme dan untuk mempertahankan kelangsungan hidup seluruh sel-sel tubuh (Sulistyo, 2010)

Berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa GCS sebelum dan GCS sesudah dari Hasil uji statistik dengan menggunakan *wilcoxon test* didapat nilai *p value* 0,034 untuk nilai GCS sebelum dan nilai *p value* 0,034 untuk nilai GCS sesudah dilakukan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala  $30^\circ$  yang berarti nilai *p value*  $< \alpha$  (0,05) maka  $H_0$  ditolak, sehingga dapat disimpulkan ada pengaruh

pemberian oksigen masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran GCS.

Alit suwandewi (2017) hasil yang signifikan atau adanya pengaruh pada saat diberikan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30°. Christopher B, et.al (2012) berkesimpulan bahwa oksigenasi jaringan otak sangat berhubungan dengan beberapa parameter *outcome* dan prognosa pasien. Penerapan terapi intervensi untuk tetap menjaga oksigenasi jaringan otak diatas ambang tertentu dapat memperbaiki angka mortalitas dan *outcome* neurologis pada pasien-pasien cedera kepala.

#### C. Hambatan dan Alasan Mempertahankan

Alasan penulis mempertahankan penelitian ini adalah pentingnya penanganan pada pasien cedera kepala ringan dalam meningkatkan kesadaran dan menjadi salah satu penanganan alternative bagi Rumah Sakit, Masyarakat, serta perkembangan ilmu keperawatan. Hambatan yang dirasakan selama proses penelitian yaitu :

1. Berkaitan dengan penggunaan waktu
2. Akses terhadap jurnal dan artikel
3. Keterampilan dalam melakukan kritik riset
4. Kurangnya kemampuan penguasaan bahasa untuk penggunaan hasil riset-riset.

Pentingnya pemahaman lebih lanjut tentang bagaimana untuk menggunakan literature hasil penemuan untuk intervensi praktek yang tertarik untuk diterapkan pada klien.

### III. Pembahasan EBN Inovasi

Pembahasan pada bab ini adalah dengan mengungkapkan hasil dari penatalaksanaan klien dengan masalah utama pasien mual di ruang IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Hasil dari penatalaksanaan utama dari pembahasan ini adalah pemberian isopropyl alcohol dan injeksi ranitidine terhadap rangsangan mual yang dilakukan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan sebelumnya.

#### A. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini terdiri atas 10 pasien dengan keluhan mual di IGD RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Karakteristik responden ini terdiri atas jenis kelamin dan usia yang dimana jenis kelamin laki-laki sebanyak 4 (40.0%), perempuan sebanyak 6 (60.0%), dan usia rata-rata 30-39 tahun sebanyak 4 (40.0%) dan diagnose medis appendiksitis sebanyak 4 (40.0%).

#### B. Analisis pemberian isopropyl alkohol dan injeksi ranitidine

Berdasarkan hasil dari pengukuran mual sebelum diberikan isopropyl alkohol dan injeksi ranitidine sebagian besar klien mengalami mual rata-rata berat. Yaitu sebanyak 3 klien atau sebanyak 60.0% pada perlakuan sebelum diberikan isopropyl alkohol dari 5 klien dan pada perlakuan sebelum diberikan injeksi ranitidine sebanyak 3 klien atau sebanyak 60.0% dari 5 klien. Mual dan muntah adalah keadaan akibat kontraksi otot perut yang kuat sehingga menyebabkan isi perut menjadi terdorong untuk keluar melalui mulut baik dengan maupun tanpa disertai mual terlebih dahulu. Mual dan muntah sering muncul bersama dalam berbagai kondisi, termasuk menjadi efek samping yang umum terjadi pada pengguna obat anti neoplastic (Zahara Nur Rahmawati, 2009).

Berdasarkan hasil pengukuran mual setelah diberikan isopropyl alkohol didapatkan sebanyak 5 (100%) nilai mual kategori ringan, dan pada klien yang diberikan injeksi ranitidine sebanyak 3 (60.0%) dengan kategori sedang.

Berdasarkan hasil yang menunjukkan perbedaan pemberian isopropyl alkohol dan injeksi ranitidine terhadap nilai mual dapat dilihat hasil *t-test* sebesar 1.000 dengan  $p = 0.374$ . Karena  $p = 0.374 > 0.05$ , maka dikatakan tidak signifikan *n* atau tidak bermakna. Artinya tidak ada pengaruh perbedaan isopropyl alkohol dan injeksi ranitidine terhadap penurunan mual.

Menurut hasil penelitian Michael D. April., dkk (2018), bahwa isopropyl alkohol inhalasi memiliki khasiat dalam mengobati mual. Hasil spesifik dengan beberapa menunjukkan peningkatan rasa mual yang membaik

dengan intervensi isopropyl alcohol dibandingkan dengan placebo yang dimana isopropyl alcohol lebih efektif dalam mengobati rasa mual paska operasi.



## BAB V

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Sedang setelah diberikan intervensi masalah teratasi sebagian dengan hasil pengukuran skor GCS 13 dan tekanan darah mencapai 100/70 mmHg, frekuensi pernapasan mencapai 23x/menit dan nilai SPO<sub>2</sub> mencapai 98%. Hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa terdapat Pengaruh pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° terhadap perubahan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala sedang, yang dimana pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° dapat efektif meningkatkan kesadaran. Hal ini dapat diketahui melalui sebelum dan sesudah pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° pada pasien cedera kepala sedang. Mual dan muntah biasanya merupakan gejala yang bisa disebabkan oleh banyak hal. Kondisi ini adalah cara tubuh untuk membuang materi yang mungkin berbahaya dari dalam tubuh. Dalam mengatasi mual dapat dikontrol dengan menggunakan *Isoproyl* alkohol, evaluasi dengan masalah sistem pencernaan menggunakan *Isoproyl* tidak signifikan secara statistik namun bisa juga dengan memadukan dengan obat medik yang sudah biasa digunakan di IGD.

#### B. Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di atas, maka peneliti menyarankan:

##### 1. Bagi Rumah Sakit dan Masyarakat

Peneliti beranggapan bahwa pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° pada pasien cedera kepala sedang dalam meningkatkan kesadaran sehingga sangat disarankan dalam penanganan pasien cedera kepala sedang dapat diberikan oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30°.

2. Bagi pendidikan keperawatan

Dalam menjalankan profesi ilmu keperawatan pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° dapat dijadikan alternatif khususnya pada penanganan pasien cedera kepala sedang.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan agar peneliti yang akan datang dapat mengembangkan lebih luas lagi tentang pemberian oksigen melalui masker sederhana dan posisi kepala 30° dalam penanganan pasien cedera kepala sedang.



## DAFTAR PUSTAKA

Alit Suwandewi (2017) Pengaruh Pemberian Oksigen Melalui Masker Sederhana Dan Posisi Kepala 30° Terhadap Perubahan Tingkat Kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di RSUD Banjar masin. *Jurnal Healthy-Mu.vol.1 no.1(juli,2017)*

Anne, et. Al.(2005). Head Down; Flat Positioning Improves Blood Flow Velocity in Acut Ischemic Stroke. *Journal of American Academy of Neurology*

Black.J.M & Hawks. J. H. (2009). *Medical-Surgical Nursing : Clinical Management For Positive Outcome. (7 th edition), St Louis, Elsevier Saunders.*

Christopher B, Karl L, Berk O, Andreas W, and Oliver W. (2012). *Brain Tissue Oxygen Monitoring and Hyperoxic Treatment in Patients with Traumatic Brain Injury. In: Journal of Neurotrauma. Mary Ann Liebert; 2012.p.2109-23.*

Febriyanti W . Takatelide, Lucky T. Kumaat, Reginus T. Malara (2017).Pengaruh terapi oksigenasi nasal prong terhadap perubahan saturasi oksigen pasien cedera kepala di instalasi gawat darurat rsup prof. Dr. R. D. Kandou manado. *e-Jurnal Keperawatan (e-Kp) Volume 5 Nomor 1, Februari 2017*

Richard S. Snell (2015) *NeuroAnatomi Klinik, Edisi 7. ECG ISBN: 979-044-220-7*

Michael D. April, MD, DPhil. dkk (2018). *Aromatherapy Versus Oral Ondansetron for Antiemetic Therapy Among Adult Emergency Department Patients: A Randomized Controlled Trial. Journal of Annals of Emergency Medicine*

Nasution. E.S.(2010). *Karakteristik Cedera Kepala Akibat Kecelakaan Lalu Lintas. <http://repository.usu.ac.id/bitstream>, diakses tanggal 3 Desember 2018.*

Noor Khalilati. (2014). *Efektivitas Pemberian Oksigen Melalui Masker Biasa Dibandingkan Dengan Nasal Kanul Dengan Mengukur Saturasi Oksigen (SpO<sub>2</sub>) Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Dan Sedang Di Ruang IGD RSUD Ulin Banjarmasin*. Tesis.

Patria. (2012). *Aplikasi Klinis Terapi Oksigen*. EGC. Jakarta

Potter dan Perry.(2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. Penerbit Buku Kedokteran.EGC. Jakarta.

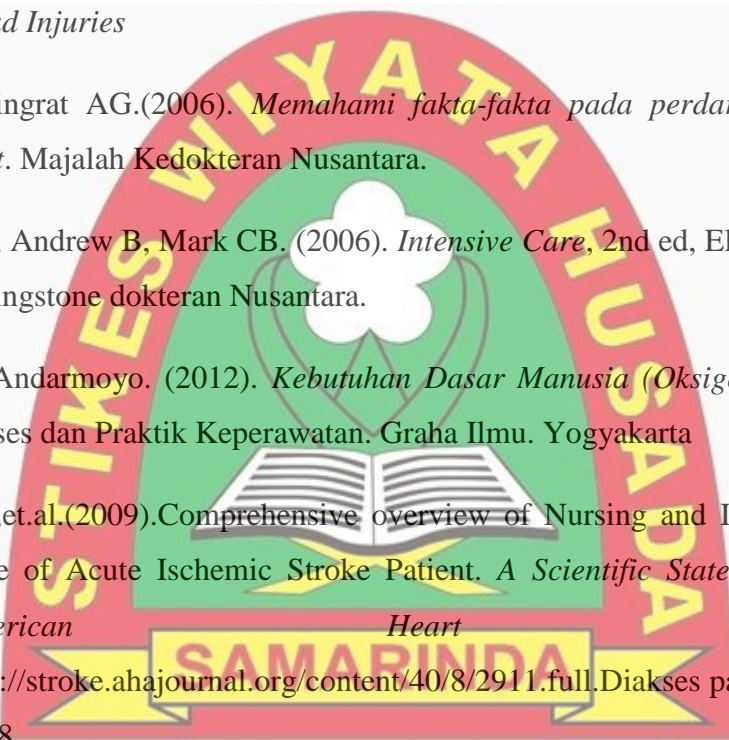
Ricard, et.al.(2010). *Journal assessing the Neurological Status of Patients with Head Injuries*

Sastrodiningrat AG.(2006). *Memahami fakta-fakta pada perdarahan subdural akut*. Majalah Kedokteran Nusantara.

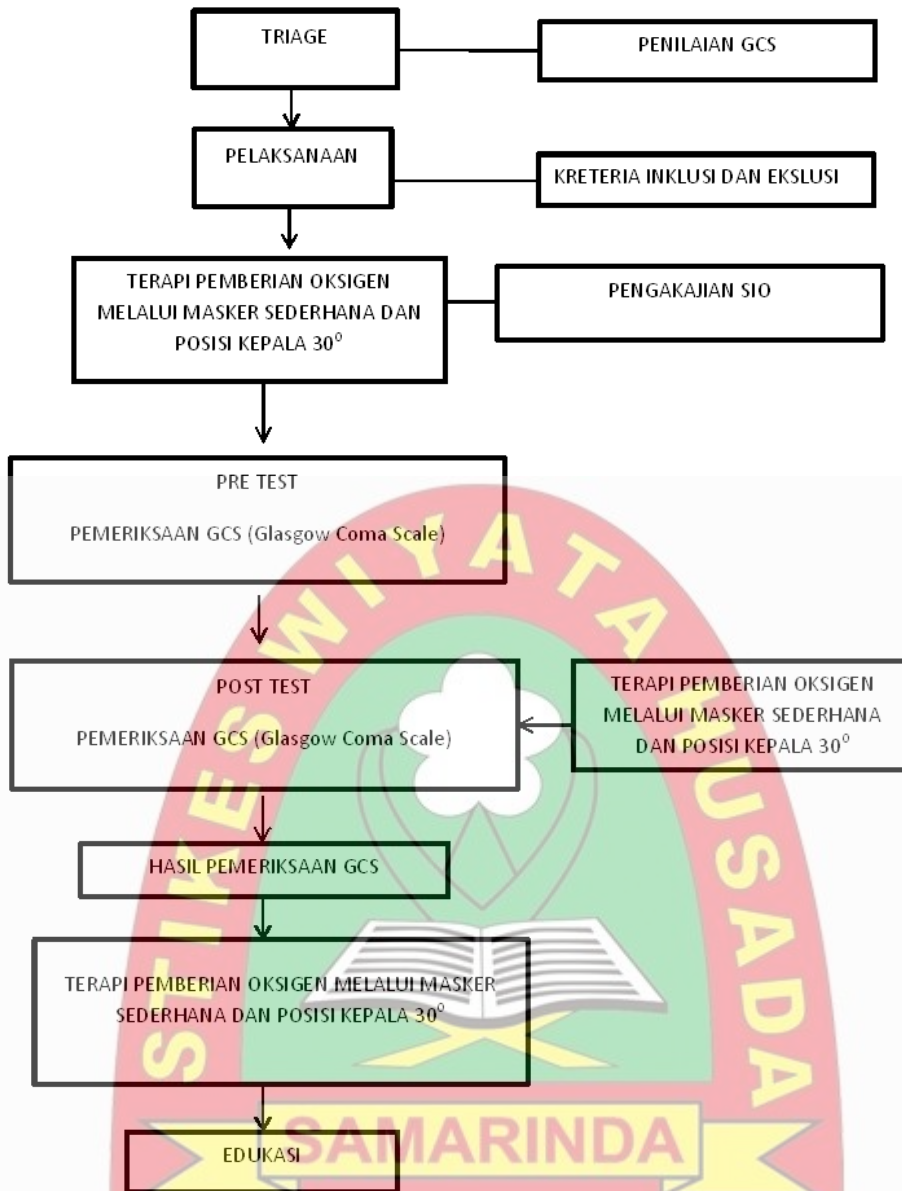
Simon M, Andrew B, Mark CB. (2006). *Intensive Care*, 2nd ed, Elsevier Churchill Livingstone dokteran Nusantara.

Sulistyo Andarmoyo. (2012). *Kebutuhan Dasar Manusia (Oksigenasi)*. Konsep, Proses dan Praktik Keperawatan. Graha Ilmu. Yogyakarta

Summers,et.al.(2009).Comprehensive overview of Nursing and Interdisciplinary Care of Acute Ischemic Stroke Patient. *A Scientific Statement From the American Heart Association*.  
<http://stroke.ahajournal.org/content/40/8/2911.full>.Diakses pada 3 Desember 2018



Alur Penelitian



## PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah mendapatkan penjelasan dari peneliti, maka saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama/inisial : .....

Umur : .....Tahun

Alamat : .....

Bersedia berpartisipasi sebagai responden yang dilakukan oleh :

Nama : Maichel Alexander

Nim : P1706025

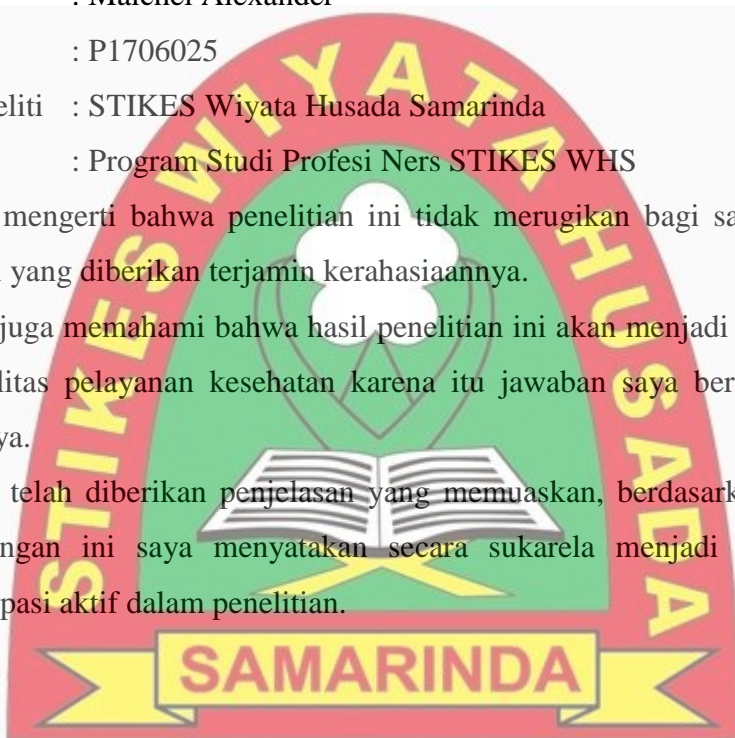
Asal Peneliti : STIKES Wiyata Husada Samarinda

Jurusan : Program Studi Profesi Ners STIKES WHS

Saya mengerti bahwa penelitian ini tidak merugikan bagi saya serta segala informasi yang diberikan terjamin kerahasiaannya.

Saya juga memahami bahwa hasil penelitian ini akan menjadi bahan masukan bagi kualitas pelayanan kesehatan karena itu jawaban saya berikan ini adalah sebenarnya.

Saya telah diberikan penjelasan yang memuaskan, berdasarkan hal tersebut maka dengan ini saya menyatakan secara sukarela menjadi responden dan berpartisipasi aktif dalam penelitian.



Samarinda, 2018

Responden

---




**SOP**  
**POSISI KEPALA 30°**

Prosedur	No. Pokok :	No.Revisi :	Halaman :
	Tgl Terbit :	Samarinda	
Pengertian	Posisi Kepala 30° adalah cara membaringkan pasien dengan posisi setengah duduk		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengurangi sesak nafas</li> <li>2. Membantu proses pemeriksaan</li> <li>3. Memberi rasa nyaman</li> <li>4. Membantu keluarnya cairan</li> </ol>		
Prosedur	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Persiapan perawat             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memahami dan mampu melakukan prosedur mengatur posisi kepala 30°</li> <li>2. Memeriksa intervensi yang akan dilakukan dengan perencanaan yang telah disusun</li> <li>3. Mempersiapkan diri sebelum ke pasien</li> </ol> </li> <li>B. Persiapan alat             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fungsional Bed atau tempat tidur khusus</li> <li>2. Selimut</li> <li>3. Bantal</li> </ol> </li> <li>C. Persiapan pasien             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Identifikasi nama pasien</li> <li>3. Menjelaskan tujuan tindakan</li> <li>4. Menjelaskan langkah/prosedur yang akan dilakukan</li> <li>5. Menanyakan kesediaan pasien untuk dilakukan tindakan</li> <li>6. Melakukan kontrak waktu</li> </ol> </li> <li>D. Persiapan lingkungan             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meminta pengunjung atau keluarga untuk meninggalkan ruangan selama tindakan</li> <li>2. Menjaga privasi pasien dengan memasang sampiran/menutup pintu</li> </ol> </li> </ol>		
Tahap Kerja (Fase Kerja)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Pasien didudukkan, sandarkan punggung atau kursi diletakkan dibawah atau diatas kasur dibagian kepala diatur sampai 30° dan dirapikan, bantal disusun menurut kebutuhan, pasien dibaringkan kembali dan pada ujung kakinya dipasang penahan</li> <li>3. Pada tempat tidur khusus (Functional Bed) pasien dan tempat tidurnya langsung diatur posisi 30°, Kedua tangan ditopang dengan bantal</li> <li>4. Pasien dirapikan</li> <li>5. Cuci tangan</li> </ol>		

LEMBAR OBSERVASI

NO	Nama Pasien	Diagnosa	Pemberian Oksigen Masker Sederhana dan Posisi 30°	
			Pre Test	Post Test



The logo of STIKES WIYATA HUSADA SAMARINDA is centered on the page. It features a red archway containing the text 'STIKES WIYATA HUSADA' in yellow. Inside the arch is a green shield with a white flower, a white book, and a yellow cross. Below the arch is a yellow banner with the text 'SAMARINDA' in red.

