

LAPORAN PENDAHULUAN

“ TRAUMA KEPALA ”

A. KONSEP MEDIS

1. Definisi

Trauma atau cedera kepala atau cedera otak adalah gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul maupun tajam (Batticaca, 2008).

Trauma kepala adalah suatu trauma yang mengenai daerah kulit kepala, tulang tengkorak atau otak yang terjadi akibat injury baik secara langsung maupun tidak langsung pada kepala. (Suriadi & Rita Yuliani, 2001).

Trauma atau cedera kepala adalah dikenal sebagai cedera otak gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul maupun trauma tajam. Defisit neurologis terjadi karena robeknya substansia alba, iskemia, dan pengaruh masa karena hemoragik, serta edema serebral di sekitar jaringan otak. (Batticaca Fransisca, 2008, hal 96).

Cedera kepala merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas. (arif mansjoer, dkk).

Cedera Kepala dapat bersifat terbuka (menembus melalui Dura mater) atau tertutup (trauma tumpul, tanpa penetrasi melalui dura. (Elizabeth. j. corwin).

2. Klasifikasi

Cedera kepala dapat diklasifikasikan berdasarkan mekanisme, keparahan, dan morfologi cedera.

- a) Mekanisme : berdasarkan adanya penetrasi durameter
 - Trauma tumpul : Kecepatan tinggi (tabrakan mobil)
Kecepatan rendah (terjatuh, dipukul)
 - Trauma Tembus (luka tembus peluru dan cedera tembus lainnya)
- b) Keparahannya Cedera

- Ringan : skala koma glasglow (Glasglow Coma Scale,GCS) 14- 15
- Sedang : GCS 9-13
- Berat : GCS 3-8

c) Morfologi

- Fraktur tengkorak : Kranium : Linear/ Stelatum ; Depresi/ Non depresi ; Terbuka/ tertutup.
Basis : Dengan/ tanpa kebocoran cairan serebrospinaldengan/ tanpak kelumpuhan nervus VII
- Lesi Intrakranial : Fokal : epidural, subdural, intraserebral
Difus : Konkusi ringan, konkusi klasik, cedera aksonal difus.(arif mansjoer, dkk)

3. Etiologi

Penyebab cedera terbagi atas 2 :

- 1) Cedera tertutup : kecelakaan lalu lintas, perkelahian, jatuh dan cedera olahraga
- 2) Cedera terbuka : Peluru atau pisau.

4. Prognosis

Prognosis setelah cedera kepala sering mendapat perhatian besar, terutama pada pasien dengan cedera berat. Skor GCS waktu masuk rumah sakit memiliki nilai prognostic yang besar: skor pasien 3-4 memiliki kemungkinan meninggal 85% atau tetap dalam kondisi vegetatif, sedangkan pada pasien dengan GCS 12 atau lebih kemungkinan meninggal atau vegetatif hanya 5-10 %. Sindrom pascakonkusi berhubungan dengan sindrom kronis nyeri kepala, keletihan, pusing, ketidakmampuan berkonsentrasi, iritabilitas, dan perubahan kepribadian yang berkembang pada banyak pasien setelah cedera kepala. Seringkali bertumpang-tindih dengan gejala depresi.(arif mansjoer, dkk).

5. Patofisiologi

Cedera kepala dapat bersifat terbuka (menembus melalui durameter) atau tertutup (trauma tumpul tanpa penetrasi menembus dura). Cedera kepala terbuka memungkinkan pathogen-patogen lingkungan memiliki akses

langsung ke otak. Patogen ini dapat menyebabkan peradangan pada otak. Cedera juga dapat menyebabkan perdarahan. Peradangan dan perdarahan dapat meningkatkan tekanan intrakranial. Akibat perdarahan intracranial menyebabkan sakit kepala hebat dan menekan pusat refleks muntah di medulla yang mengakibatkan terjadinya muntah proyektil sehingga tidak terjadi keseimbangan antar intake dan output. Selain itu peningkatan TIK juga dapat menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran dan aliran darah otak menurun. Jika aliran darah otak menurun maka akan terjadi hipoksia yang menyebabkan disfungsi cerebral sehingga koordinasi motorik terganggu dan menyebabkan ketidakseimbangan perfusi jaringan serebral.

Perdarahan ekstrakranial dibagi menjadi 2 yaitu perdarahan terbuka dan tertutup. Perdarahan terbuka (robek dan lecet) merangsang lapisan mediator histamine, bradikinin, prostaglandin yang merangsang stimulus nyeri kemudian diteruskan nervus aferen ke spinothalamus menuju ke korteks serebri sampai nervus eferen sehingga akan timbul rasa nyeri. Jika perdarahan terbuka (robek dan lecet) mengalami kontak dengan benda asing akan memudahkan terjadinya infeksi bakteri pathogen. Sedangkan perdarahan tertutup hampir sama dengan perdarahan terbuka yaitu dapat menimbulkan rasa nyeri pada kulit kepala. (Elizabeth, J. 2001).

6. Manifestasi Klinis

- a. Hilangnya kesadaran kurang dari 30 menit atau lebih
- b. Kebingungan
- c. Iritabel
- d. Pucat
- e. Mual dan muntah
- f. Pusing kepala
- g. Terdapat hematoma
- h. Kecemasan
- i. Sukar untuk dibangunkan
- j. Bila fraktur, mungkin adanya cairan serbrospinal yang keluar dari hidung (rhinorrhea) dan telinga (otorrhea) bila fraktur tulang temporal

7. Komplikasi

- a. Hemorrhagie
- b. Infeksi
- c. Edema
- d. Herniasi

Menurut Elizabeth J Corwin, komplikasi yang dapat terjadi adalah :

- a) Perdarahan didalam otak, yang disebut hematoma intraserebral, dapat menyertai cedera kepala tertutup yang berat, atau lebih sering cedera kepala terbuka. Pada perdarahan di otak, tekanan intracranial meningkat, dan sel neuron dan vascular tertekan. Ini adalah jenis cedera otak sekunder. Pada hematoma, kesadaran dapat menurun dengan segera, atau dapat menurun setelahnya ketika hematoma meluas dan edema interstisial memburuk.
- b) Perubahan perilaku yang tidak Nampak dan deficit kognitif dapat terjadi dan tetap ada. (Elizabeth J Corwin).

8. Pemeriksaan Diagnostik

- a. CT Scan (dengan atau tanpa kontras) : mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan ventrikuler, dan perubahan jaringan otak. Cat : untuk mengetahui adanya infark/ iskemia, jangan dilakukan pada 24-72 jam setelah injury.
- b. MRI : digunakan sama seperti CT Scan dengan atau tanpa kontras radioaktif.
- c. Cerebral angiografi : menunjukkan anomali sirkulasi cerebral, seperti : perubahan jaringan otak menjadi uedema, perdarahan dan trauma.
- d. Serial EEG : dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis
- e. X ray : mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan /edema), fragmen tulang.
- f. BAER : mengoreksi batas fungsi korteks dan otak kecil
- g. PET : mendeteksi perubahan aktivitas metabolisme otak

- h. CSF : lumbal punkis dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subarachnoid.
- i. ABGs : mendeteksi keberadaan ventilasi atau masalah pernafasan (oksigenasi) jika terjadi peningkatan IK
- j. Kadar elektrolit : untuk mengkoreksi keseimbangan elektrolit sebagai akibat peningkatan tekanan IK
- k. Screen toxicologi : untuk mendeteksi pengaruh obat, sehingga menyebabkan penurunan kesadaran.

9. Penatalaksanaan

Secara umum penatalaksanaan therapeutic pasien dengan trauma kepala adalah sebagai berikut:

- 1) Observasi 24 jam
- 2) Jika pasien masih muntah sementara dipuasakan terlebih dahulu.
- 3) Berikan terapi intravena bila ada indikasi.
- 4) Anak diistirahatkan atau tirah baring.
- 5) Profilaksis diberikan bila ada indikasi.
- 6) Pemberian obat-obat untuk vaskulasisasi.
- 7) Pemberian obat-obat analgetik.
- 8) Pembedahan bila ada indikasi.

Penatalaksanaan pada pasien cedera kepala juga dapat dilakukan dengan cara :

- 1) Obliteri sisterna Pada semua pasien dengan cedera kepala / leher, lakukan foto tulang belakang servikal kolar servikal baru dilepas setelah dipastikan bahwa seluruh tulang servikal c1-c7 normal
- 2) Pada semua pasien dengan cedera kepala sedang berat, lakukan prosedur berikut : pasang infuse dengan larutan normal salin (nacl 0,9 %)/ larutan ringer rl dan larutan ini tidak menambah edema cerebri
- 3) Lakukan ct scan, pasien dengan cedera kepala ringan, sedang dan berat harus dievaluasi adanya:
- 4) Hematoma epidural
- 5) Darah dalam subraknoid dan infra ventrikel

- 6) Kontusio dan perdarahan jaringan otak
- 7) Edema serebri
- 8) perimesensefalik
- 9) Pada pasien yang koma
- 10) Elevasi kepala 30°
- 11) Hiperventilasi : intubasi dan berikan ventilasi mandotorik intermitten dengan kecepatan 16-20 kali /menit dengan volume tidal 10-12 ml/kg
- 12) Berikan manitol 20 % 19/kg intravena dalam 20-30 menit
- 13) Pasang kateter foley
- 14) Konsul bedah syaraf bila terdapat indikasi operasi

B. KONSEP KEPERAWATAN

1. Pengkajian

- a) Aktivitas dan istirahat
 - Adanya kelemahan / kelelahan, kaku, hilang keseimbangan.
 - Kesadaran menurun, kelemahan otot/spasme
- b) Sirkulasi
 - Tekanan darah normal/ berubah (hypertensi), denyut nadi : (bradikardia, tachikardia, dystritmia)
- c) Eliminasi
 - Verbal tidak dapat menahan BAK dan BAB
 - Bladder dan blowel incontinenasia
- d) Makanan dan cairan
 - Mual atau muntah
 - Muntah yang memancar / proyektif, masalah kesukaran menelan
- e) Persyarafan / neurosensori
 - Pusing, kehilangan kesadaran sementara, amnesia seputar kejadian
 - Perubahan pada penglihatan
 - Gangguan pengecapan dan penciuman
 - Kesadaran menurun bisa sampai koma, perubahan status mental.
- f) Nyeri / kenyamanan
 - Nyeri kepala yang bervariasi tekanan dan lokasi nyerinya, agak lama.
 - Wajah mengerut, respon menarik diri pada rangsangan nyeri yang hebat, gelisah.
- g) Pernafasan
 - Perubahan pola nafas, stridor, ronchi.
- h) Keamanan
 - Ada riwayat kecelakaan
 - Terdapat trauma / fraktur/ distorsi, perubahan penglihatan, kulit.

- Ketidaktahuan tentang keadaannya, kelemahan otot-otot, paradisi, demam.

i) Konsep diri

- Adanya perubahan tingkah laku (tenang / dramatis)
- Kecemasan, berdebar, bingung, delirium.

j) Interaksi sosial

- Afasia motorik/ sensorik, bicara tanpa arti, bicara berulang-ulang.

2. Diagnosa Keperawatan

1. Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral
2. Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas
3. Nyeri Akut
4. Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh
5. Kerusakan Integritas Kulit
6. Resiko Infeksi

3. Rencana Asuhan Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (NANDA)	Nursing Outcome Classification (NOC)	Nursing Intervention Classification (NIC)
1.	<p>Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral</p> <p>Kode : 00201 Domain : 4 (Aktivitas/ Istirahat) Kelas : 4 (Respon Kardiovaskular/ Pulmonal)</p> <p>Definisi Penurunan oksigen yang mengakibatkan kegagalan penerimaan nutrisi ke jaringan pada tingkat kapiler.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Perubahan status mental ✓ Perubahan perilaku ✓ Kesulitan menelan ✓ Kelemahan ✓ Ketidaknormalan dalam berbicara <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gangguan aliran arteri atau vena 	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status Sirkulasi 2. Status Perfusi jaringan serebral <p>Status Sirkulasi</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tekanan darah dalam batas normal ✓ Kekuatan nadi dalam batas normal ✓ Rata – rata tekanan darah dalam batas norma ✓ Tekanan vena sentral dalam batas normal ✓ Tidak ada hipotensi ortostatik ✓ Tidak ada bunyi jantung tambahan ✓ Tidak ada angina ✓ Tidak ada hipotensi ortostatik ✓ AGD dalam batas normal ✓ Perbedaan O₂ arteri dan vena dalam batas normal ✓ Tidak ada suara nafas tambaha ✓ Kekuatan pulsasi perifer ✓ Tidak pelebaran vena ✓ Tidak ada edema perifer <p>Perfusi Jaringan Serebral</p>	<p>Menejemen Sirkulasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pantau nadi perifer 2. Catat warna kulit dan temperatur 3. Cek capilery refill 4. Monitor status cairan, masukan dan keluaran yang sesuai Monitor lab Hb dan Hmt 5. Monitor perdarahan 6. Monitor status hemodinamik, neurologis dan tanda vital <p>Monitor Status Neurologi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Monitor ukuran, bentuk, kesmetrisan dan reaksi pupil 8. Monitor tingkat kesadaran 9. Monitor tingkat orientasi 10. Monitor GCS 11. Monitor tanda vital 12. Monitor respon pasien terhadap pengobatan

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pengisian capillary refill ✓ Kekuatan pulsasi perifer distal ✓ Kekuatan pulsasi perifer proksimal ✓ Kesimetrisan pulsasi perifer proksimal ✓ Tingkat sensasi normal ✓ Warna kulit normal ✓ Kekuatan fungsi otot ✓ Keutuhan kulit ✓ Suhu kulit hangat ✓ Tidak ada edema perifer ✓ Tidak ada nyeri pada ekstremitas <p>Kriteria Hasil : Setelah dilakukan intervensi selama 3 x 24 jam menunjukkan status sirkulasi, yang dibuktikan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tekanan darah sis-tolik dan diastolik dalam rentang yang diharapkan ✓ Tidak ada ortostatik hipotensi ✓ Tidak ada tanda- tanda Peningkatan TIK ✓ Klien mampu berkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan ✓ Klien menunjukkan perhatian, konsentrasi, dan orientasi. ✓ Klien mampu memproses informasi ✓ Klien mampu membuat 	
--	--	---	--

		keputusan dengan benar ✓ Tingkat kesadaran klien membaik	
2.	<p>Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas</p> <p>Kode : (00031) Domain : 11 (Keamanan/Perlindungan) Kelas : 2 (Cedera Fisik)</p> <p>Definisi Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran nafas untuk mempertahankan bersihan jalan nafas.</p> <p>Batasan karakteristik</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suara nafas tambahan seperti ronchi ✓ Kesulitan untuk berbicara <p>Faktor yang berhubungan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Spasme Jalan Nafas 	<p>Tujuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respiratory status : Airway patency <p>Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu menunjukkan Status Pernapasan: Kepatenan jalan napas yang dibuktikan dengan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengeluarkan secret secara efektif [5] ✓ Mempunyai irama dan frekuensi dalam rentang normal [5] ✓ Pada pemeriksaan Auskultasi suara napas jernih [5] ✓ Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik) [5] <p><i>Keterangan:</i> [1 : Gangguan ekstrim, 2 : berat, 3 : Sedang, 4 : ringan, 5 : Tidak ada gangguan]</p>	<p>Airway Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor respirasi dan status O2 2. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan 3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan 4. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu 5. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi 6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction 7. Lakukan suction pada mayor 8. Lakukan fisioterapi dada jika perlu 9. Berikan bronkodilator bila perlu <p>Airway suction :</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning 11. Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah suctioning. 12. Informasikan pada klien dan keluarga tentang suctioning 13. Minta klien nafas dalam sebelum suction dilakukan. 14. Berikan O2 dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suksion nasotrakeal 15. Gunakan alat yang steril setiap melakukan tindakan 16. Anjurkan pasien untuk istirahat dan napas dalam setelah kateter dikeluarkan dari nasotrakeal 17. Monitor status oksigen pasienAjarkan keluarga bagaimana cara melakukan suction 18. Hentikan suksion dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi, peningkatan

			<p>saturasi O2, dll.</p> <p>Health Education :</p> <p>19. Anjurkan pasien untuk menghindari posisi telentang. Beri dorongan untuk memilih posisi duduk, lateral, tegak lurus untuk meningkatkan ekspansi paru</p> <p>20. Anjurkan pasien untuk membuang sputum menggunakan tisu menjaga personal hygiene ataupun lingkungan</p> <p>21. Anjurkan pasien untuk melaporkan jika ada perubahan pada warna sputum</p>
3.	<p>Nyeri Akut</p> <p>Kode : (00132) Domain : 12 (Kenyamanan) Kelas : 1 (Kenyamanan Fisik)</p> <p>Definisi : Sensori yang tidak menyenangkan dan pengalaman emosional yang muncul secara aktual atau potensial kerusakan jaringan atau menggambarkan adanya kerusakan (Asosiasi Studi Nyeri Internasional): serangan mendadak atau pelan intensitasnya dari ringan sampai berat</p>	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pain Level 2. Pain control <p>Kriteria Hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, pasien di harapkan mampu memperlihatkan nyeri skala 4 atau 5, yang dibuktikan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mampu mengontrol nyeri (tahu) ✓ Penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik non farmakologi untuk mengurangi, nyeri, mencari bantuan) ✓ Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri [5] ✓ Mampu mengenali nyeri (skala,intensitas, frekuensi dan tanda nyeri) 	<p>Pain Management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan 2. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, skala, kualitas dan faktor presipitasi(otot yang sudah lama tidak digerakkan) 3. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri 4. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan 5. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) 6. Lakukan tindakan kenyamanan untuk meningkatkan relaksasi, mis. Pemijatan, mengatur posisi, teknik relaksasi. 7. Gunakan teknik panas dan dingin sesuai anjuran untuk meminimalkan nyeri. 8. Kolaborasi dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil 9. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Berikan

	<p>yang dapat diantisipasi dengan akhir yang dapat diprediksi dan dengan durasi kurang dari 6 bulan.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mengekspresikan perilaku (mis :gelisah) ✓ Sikap melindungi area nyeri ✓ Perubahan posisi untuk menghindari nyeri ✓ Sikap tubuh melindungi diri <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Agen cedera (fisik) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang ✓ Tanda vital dalam rentang normal <p><i>Keterangan :</i></p> <p>Skala :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat 2. Agak Berat 3. Sedang 4. Sedikit 5. Tidak Ada 	<p>analgetik untuk mengurangi nyeri.</p> <p>Analgesic Administration</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Cek riwayat alergi 11. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi 12. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat 13. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu 14. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri, Tentukan rute pemberian, dan dosis optimal (Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur) 15. Kolaborasi; Berikan analgesic (mis. Ketorolac 3x30 mg) tepat waktu terutama saat nyeri hebat 16. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping). <p>Health education :</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Anjurkan pasien untuk meminum obat secara berkala, terlebih saat awitan terjadi sesuai anjuran. 18. Anjurkan pasien untuk istirahat 19. Anjurkan pasien untuk menggunakan aktivitas pengalihan atau rekreasional (menonton Tv, membaca, mendengarkan music,dll) 20. Anjurkan pasien untuk melakukan distraksi berupa teknik sentuhan berulang, pada area nyeri (punggung)
4.	<p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p> <p>Kode : 00002</p>	<p>Tujuan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Status nutrisi 2. Status gizi 	<p>Monitor Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor BB jika memungkinkan. 2. Monitor adanya gangguan dalam input makanan misalnya adanya mual muntah, perdarahan,

	<p>Domain : Nutrisi Kelas : Makan</p> <p>Definisi : Asupan nutrisi tidak mencukupi untuk memenuhi kebutuhan metabolik.</p> <p>Batasan Karakteristik :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mual, Muntah ✓ Ketidakmampuan memakan makanan <p>Faktor yang berhubungan :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ketidakmampuan menelan makanan - Mual, muntah. 	<p>Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien mampu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan status nutrisi pasien normal, yang dibuktikan dengan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Intake nutrisi normal [5] ✓ Intake makanan dan cairan normal [5] ✓ Berat badan normal [5] ✓ Massa tubuh normal [5] ✓ Pengukuran biokimia normal [5] <p><i>Keterangan:</i> [1 : sangat bermasalah, 2 : bermasalah, 3 : masalah sedang, 4 : masalah ringan, 5 : tidak bermasalah]</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memperlihatkan status Gizi: asupan nutrisi dan cairan yang dibuktikan dengan : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pasien mampu Menjelaskan komponen diet gizi adekuat [5] ✓ Pasien Mentoleransi diet yang dianjurkan [5] ✓ Pasien Memiliki nilai laboratorium dalam batas normal [5] ✓ Pasien Melaporkan tingkat energi yang adekuat [5] <p><i>Keterangan:</i> [1 : tidak adekuat, 2 : sedikit adekuat, 3 : cukup adekuat, 4 : adekuat, 5 : sangat adekuat]</p>	<p>bengkak dsb.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Monitor respon klien terhadap situasi yang mengharuskan klien makan. 4. Monitor intake nutrisi dan kalori. 5. Monitor kadar energi, kelemahan dan kelelahan. 6. Jadwalkan pengobatan dan tindakan tidak bersamaan dengan waktu klien makan. 7. Kolaborasi untuk pemberian terapi sesuai order <p>Manajemen Nutrisi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Kaji adanya alergi makanan. 9. Kaji makanan yang disukai oleh klien. 10. Yakinkan diet yang dikonsumsi mengandung cukup serat untuk mencegah konstipasi. 11. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi. 12. Sajikan makanan dengan tampilan yang menarik. 13. Anjurkan klien untuk meningkatkan asupan nutrisi TKTP dan banyak mengandung vitamin C 14. Kolaborasi team gizi untuk penyediaan nutrisi TKTP 15. Kolaborasi pemberian obat anti-emetik. <p>Manajemen Gangguan Makan</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. Yakinkan pasien dan berikan lingkungan yang tenang selama makan 17. Siapkan kateter pengisap di samping tempat tidur dan alat pengisap selama makan, bila diperlukan 18. Ubah pasien semi fowler, atau fowler tinggi untuk memudahkan menelan, biarkan pasien pada posisi ini selama 30 menit setelah makan untuk mencegah aspirasi 19. Letakkan makanan pada bagian mulut yang tidak bermasalah untuk memudahkan menelan.
--	--	--	---

			<p>Monitoring Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Tentukan riwayat jumlah dan tipe cairan dan kebiasaan eliminasi 22. Tentukan kemungkinan factor resiko ketidakseimbangan cairan (missal: hiperthermi, terapi diuresik, pathologos ginjal, gagal jantung, diaphoresis, disfungsi liver, latihan berat, terpapar panas, infeksi, ko0ndisi post operatif, polyuri, muntah, dan diare) 23. Monitor serum albumin dan kadar protein total 24. Monitor membrane mukosa, turgor kulit, dan raasa haus 25. Monitor warna, kuantitas, dan BJ urin 26. Monitor distensi vena leher, krakles pada paru-paru, edema perifer, dan peningkatan BB 27. Monitor tanda dan gejala ascietes <p>Manajemen Cairan</p> <ol style="list-style-type: none"> 28. Monitor hasil lab yang relevan dengan retensi cairan (missal: peningkatan berat jenis, peningkatan BUN, pwnurunan hematokrit, dan peningkatan osmolalitas urin) 29. Monitor adanya indikasi retensi ciaran (missal: krakles, peningkatan CVP atau tekanan kapiler pulmonary, edema, distensi vena leher, dan asciets) 30. Monitor respon pasien terhadap terapi elektrolit 31. Berikan makanan ringan (missal: sering minum dan buah segar/jus buah) 32. Batasi intake cairan pada kondisi delusional hiponatremia dengan Na serum dibawah 130 mEq/L 33. Konsulkan dengan dokter jika tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan dan elektrolit meningkat atau memburuk
--	--	--	--

			<p>34. Menata keberadaan produk darah untuk tranfusi</p> <p>35. Siapkan pemberian produk darah (missal: cek darah untuk mengidentifikasi pasien dan menyiapkan pemasangan infuse)</p> <p>36. Berikan produk darah (missal: platelet, dan fresh frozen plasma)</p> <p>Manajemen Berat Badan</p> <p>37. Diskusikan dengan pasien kondisi medis yang mempengaruhi berat badan</p> <p>38. Tentukan berat badan ideal pasien</p> <p>39. Dorong pasien untuk membuat grafik berat badan setiap minggu, jika sesuai</p> <p>40. Informasikan pasien adanya dukungan yang bisa membantunya</p> <p>41. Bantu pasien untuk membuat perencanaan makanan yang seimbang dan konsisten dengan tingkat penggunaan energinya.</p> <p>Manajemen Elektrolit</p> <p>42. Monitor elektrolit serum abnormal, jika ada</p> <p>43. Monitor manifestasi dari ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>44. Monitor respon pasien untuk menentukan terapi elektrolit</p> <p>45. Monitor efek samping pemberian suplemen elektrolit (misal: iritasi gastrointestinal)</p> <p>46. Monitor secara ketat tingkat potassium serum pasien yang mendapatkan obat digitasli dan diuretic</p> <p>47. Pertahankan pencatatan intake-output cairan secara akurat</p> <p>48. Pertahankan kandungan elektrolit larutan IV</p>
--	--	--	---

			<p>dengan laju aliran yang konstan, secara tepat (sesuai dengan program)</p> <p>49. Berikan suplemen elektrolit (misal lewat oral, GI, atau IV) sesuai dengan resep, jika diperlukan.</p> <p>50. Berikan zat pengikat elektrolit (misal Kayexalate) sesuai dengan yang diresepkan.</p> <p>51. Lakukan pengiriman spesimen untuk analisis tingkat elektrolit di laboratorium (misal: AGB,urin, dan cairan setingkat serum)</p> <p>52. Lakukan tindakan untuk mengontrol kehilangan cairan elektrolit yang berlebih.(mengistirahatkan usus, merubah jenis diuretik, pemberian antipiretik) secara tepat</p> <p>53. Berikan diet yang tepat bagi pasien dengan ketidakseimbangan elektrolit (misal: tinggi potasium, rendah sodium, dan makanan rendah karbohidrat)</p> <p>54. Sediakan lingkungan yang aman bagi pasien dengan gangguan neurologis atau neuromuskular sebagai manifestasi dari ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>55. Konsultasikan dengan dokter jika tanda dan gejala ketidakseimbangan elektrolit meningkat atau memburuk.</p> <p>56. Konsultasikan dengan dokter untuk pemberian electrolyt-sparing medication (misal: spiranolacton) secara tepat.</p> <p>Manajemen Elektrolit: Hipokalsemia</p> <p>57. Hindari pengobatan yang menurunkan kalsium serum terionisasi (misal: bikarbonat dan sitrat darah)</p> <p>58. Hindari pemberian garam kalsium dengan bikarbonat untuk mencegah presipitasi</p> <p>59. Berikan intake vit D yang adekuat (suplemen</p>
--	--	--	---

			<p>vitamin dan daging dari organ) untuk mempermudah penyerapan kalsium oleh usus)</p> <p>Manajemen Elektrolit: Hiperpospathemia</p> <p>60. Berikan pengikat fosfat dan obat diuretik yang diresepkan (misal: ampojel, Phos-Lo cookie, dan Basaljet) dengan makanan yang menurunkan absorpsi fosfat</p> <p>61. Berikan kalsium dan vit D yang diresepkan untuk mengurangi tingkat fosfat.</p> <p>Health Education:</p> <p>62. Ajari keluarga mengenai jenis, penyebab dan pengobatan ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>63. Anjurkan untuk mengkonsumsi kalsium (misalnya produksi harian: seafood, brokoli, kacang, bayam, suplemen)</p> <p>64. Hindari makanan kaya dengan fosfat (misalnya produk harian, seluruh padi-padian dan cereal, kacang-kacangan, sayuran dan buah yang dikeringkan, dan daging-dagingan)</p>
5.	<p>Kerusakan Integritas Kulit</p> <p>Kode : (00046)</p> <p>Domain : 11 (Keamanan / Perlindungan)</p> <p>Kelas : Cedera Fisik</p> <p>Definisi : Perubahan/ gangguan epidermis dan/ atau dermis.</p> <p>Batasan Karakteristik : - Kerusakan lapisan kulit</p>	<p>Tujuan :</p> <p>1. Integritas jaringan</p> <p>Kriteria hasil : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pasien menunjukkan integritas jaringan kulit, yang dibuktikan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Suhu, elastisitas, dehidrasi dan sensasi, 4,5 ✓ Perfusi jaringan, 5 ✓ Keutuhan kulit, 5 	<p>Pengawasan kulit</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi ekstremitas untuk warna, keringat, nadi, tekstur, edema dan luka 2. Inspeksi kulit dan membran mukosa untuk kemerahan, panas, drainase 3. Monitor kulit pada daerah kemerahan 4. Monitor penyebab tekanan 5. Monitor adanya infeksi 6. Monitor warna kulit 7. Monitor temperatur kulit 8. Catat perubahan kulit dan membran 9. Monitor kulit area kemerahan

	<p>- Gangguan permukaan kulit</p> <p>Faktor yang berhubungan :</p> <p>Eksternal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faktor Mekanik <p>Internal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perubahan Turgor - Penurunan Sirkulasi 	<p><i>Keterangan : [1 : gangguan ekstrem, 2: berat, 3: sedang, 4: ringan, 5: tidak ada gangguan]</i></p>	<p>Manajemen Tekanan</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Elevasi ekstremitas yang terluka 11. Monitor status nutrisi pasien 12. Monitor sumber tekanan 13. Monitor mobilitas dan aktivitas pasien 14. Mobilisasi pasien minimal setiap 2 jam sekali 15. Ajarkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar.
<p>6.</p>	<p>Resiko Infeksi</p> <p>Kode : (00004)</p> <p>Domain : 11(Keamanan / Perlindungan)</p> <p>Kelas : Infeksi</p> <p>Definisi :</p> <p>Peningkatan resiko masuknya organisme patogen.</p> <p>Faktor Resiko :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prosedur infasif - ketidakcukupan pengetahuan untuk - menghindari paparan pathogen - trauma - kerusakan jaringan dan peningkatan paparan lingkungan - ruptur membran amnion - agen farmasi - malnutrisi - peningkatan paparan lingkungan pathogen - imunosupresi 	<p>Tujuan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan status kekebalan Pasien 2. Mengontrol infeksi <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, diharapkan :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Status kekebalan pasien meningkat, yang dibuktikan dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> ✓ tidak didapatkan infeksi berulang ✓ tidak didapatkan tumor ✓ status rspirasi sesuai yang diharapkan ✓ temperatur badan sesuai yang diharapkan ✓ integritas kulit ✓ integritas mukosa ✓ tidak didapatkan fatigue kronis ✓ reaksi skintes sesuai paparan 	<p>Kontrol Infeksi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain 2. Pertahankan tehnik isolasi 3. Batasi pengunjung bila perlu 4. Instruksikan pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung 5. Gunakan sabun anti mikroba untuk cuci tangan 6. Cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan 7. Gunakan universal precaution dan gunakan sarung tangan selma kontak dengan kulit yang tidak utuh 8. Tingkatkan intake nutrisi dan cairan 9. Berikan terapi antibiotik bila perlu 10. Observasi dan laporkan tanda dan gejala infeksi seperti kemerahan, panas, nyeri, tumor 11. Kaji temperatur tiap 4 jam 12. Catat dan laporkan hasil laboratorium, WBC 13. Gunakan strategi untuk mencegah infeksi nosokomial 14. Istirahat yang adekuat 15. Kaji warna kulit, turgor dan tekstur, cuci kulit dengan hati-hati 16. Ganti IV line sesuai aturan yang berlaku

	<ul style="list-style-type: none"> - ketidakadekuatan imun buatan - tidak adekuat pertahanan sekunder (penurunan Hb, leukopenia, penekanan respon inflamasi) - tidak adekuat pertahanan tubuh primer (kulit tidak utuh, trauma jaringan, penurunan kerja silia, cairan tubuh statis, perubahan sekresi PH, perubahan peristaltik) penyakit kronis 	<ul style="list-style-type: none"> • Mengontrol infeksi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mendeskripsikan proses penularan penyakit ✓ Mendeskripsikan faktor yang mempengaruhi terhadap proses penularan penyakit ✓ Mendeskripsikan tindakan yang dapat dilakukan untuk pencegahan proses penularan penyakit ✓ Mendeskripsikan tanda dan gejala infeksi ✓ Mendeskripsikan penatalaksanaan yang tepat untuk infeksi 	<ul style="list-style-type: none"> 17. Pastikan perawatan aseptik pada IV line 18. Pastikan teknik perawatan luka yang tepat 19. Berikan antibiotik sesuai aturan 20. Ajari pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi dan kalau terjadi melaporkan pada perawa 21. Ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana mencegah infeksi <p>Proteksi Infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> 22. Monitor tanda dan gejala infeksi 23. Monitor hitung granulosit, WBC 24. Monitor kerentanan terhadap infeksi 25. Batasi pengunjung Saring pengunjung terhadap penyakit menular
--	--	--	--

Daftar Pustaka

- Suriadi & Rita Yuliani. *Asuhan Keperawatan Pada Anak*, Edisi I. Jakarta: CV Sagung Seto; 2001.
- Batticaca Fransisca B, 2008, *Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persarafan*, Jakarta : Salemba Medika.
- Smeltzer, Suzanne C, 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. EGC : Jakarta
- Arif, Mansjoer, dkk, 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Media Aesculpius, Jakarta
- Brunner and Suddart, 2001. *Buku Ajar Medikal Keperawatan Vol.3*. EGC: Jakarta
- [www.google/](http://www.google.com) Askep tentang cedera kepala/ .com, akses 4 november 2013/ 19.20.com