

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Teori Penyakit

1. Pengertian

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala merupakan adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Purnamasari & Maystasari, 2018). Cedera kepala berdasarkan keparahannya dikelompokkan menjadi tiga yaitu cedera kepala ringan (CKR) dengan nilai GCS 13-15, cedera kepala sedang (CKS) dengan nilai GCS 9-12, dan cedera kepala berat (CKB) dengan nilai GCS 3-8 (Marbun *et al.*, 2020).

2. Etiologi

Menurut Nakmofa & Ambarika, (2023), tanda dan gejala dari cidera kepala antara lain:

a. *Skull Fracture*

Gejala yang didapatkan *CSF* atau cairan lain keluar dari telinga dan hidung (*othorrea, rhinorhea*), darah dibelakang membran timphani, *periobital ecimos (brill haematoma)*, memar didaerah *mastoid (battle sign)*, perubahan penglihatan, hilang pendengaran, hilang indra penciuman, pupil dilatasi, berkurangnya gerakan mata, dan vertigo.

b. *Concussion*

Tanda yang didapat adalah menurunnya tingkat kesadaran kurang dari 5 menit, *amnesia retrograde*, pusing, sakit kepala, mual dan muntah. *Contusion* dibagi menjadi 2 yaitu *cerebral contusion, brainsteam contusion*. Tanda yang terdapat:

- 1) Pernafasan mungkin normal, hilang keseimbangan secara perlahan atau cepat.

- 2) Pupil biasanya mengecil, equal, dan reaktif jika kerusakan sampai batang otak bagian atas (saraf kranial ke III) dapat menyebabkan keabnormalan pupil.

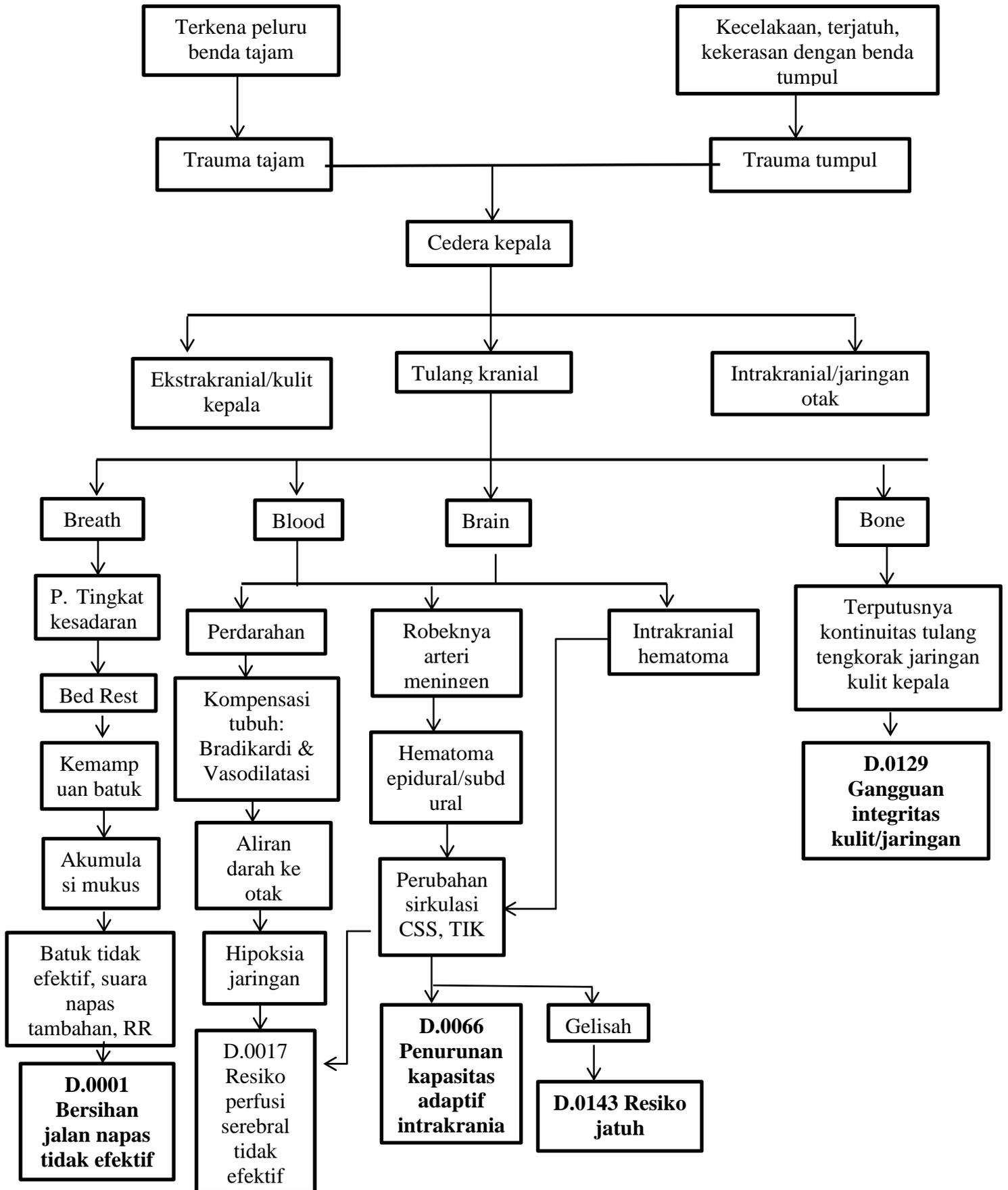
3. Patofisiologi

Trauma yang disebabkan oleh benda tumpul dan benda tajam atau kecelakaan dapat menyebabkan cedera kepala. Cedera otak primer adalah cedera otak yang terjadi segera setelah trauma. Cedera kepala primer dapat menyebabkan kontusio dan laserasi. Cedera kepala ini dapat berlanjut menjadi cedera sekunder. Akibat trauma terjadi peningkatan kerusakan sel otak sehingga menimbulkan gangguan autoregulasi.

Penurunan aliran darah ke otak menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak dan terjadi gangguan metabolisme dan perfusi otak. Peningkatan rangsangan simpatis menyebabkan peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan peningkatan tekanan darah. Penurunan tekanan pembuluh darah di daerah pulmonal mengakibatkan peningkatan tekanan hidrolistik sehingga terjadi kebocoran cairan kapiler.

Trauma kepala dapat menyebabkan odeme dan hematoma pada serebral sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra kranial. Sehingga pasien akan mengeluhkan pusing serta nyeri hebat pada daerah kepala (Suryati & Esma, 2021). Peningkatan TIK dapat mengganggu hemodinamik pada otak yang mengakibatkan cedera otak sekunder yang dapat menyebabkan kerusakan seluler yang luas pada otak (Ulya *et al.*, 2017).

Pathway



Gambar 2. 1

Gambar Pathway Cedera Kepala

(Sumber: Ulya et al., 2017)

4. Manifestasi Klinis

Menurut Sinuraya, (2020) cedera kepala dapat mengakibatkan gejala jangka panjang ditandai oleh gangguan kognitif, emosional, dan fisik. Gejala ini disebut dengan gangguan pasca gegar otak.

a. Peningkatan TIK, manifestasi sebagai berikut:

- 1) Trias TIK penurunan tingkat kesadaran, muntah proyektil dan pupil edema.
- 2) Penurunan fungsi neurologis yaitu perubahan bicara, perubahan reaksi pupil, dan perubahan sensorik motoric.
- 3) Mual, pandangan kabur dan sakit kepala.

b. Fraktur tengkorak manifestasi sebagai berikut:

- 1) CSF atau darah mengalir dari lubang hidung (*Rhinorhea*) dan lubang telinga (*Ortorhea*)
- 2) Pendarahan dibelakang membran timpani
- 3) Pendarahan di hidung
- 4) Periobital ekhimiosis (*Raccoon Eyes*)
- 5) Memar didaerah mastoid (*Battle Sign*)

c. Komosis serebri, manifestasi sebagai berikut:

- 1) Sakit kepala pusing
- 2) Retrogradiamnesia
- 3) Tidak sadar lebih dari atau sama dengan 5 menit

d. Kontosis serebri manifestasi

- 1) Peningkatan TIK
- 2) Terjadi pada trauma berat, termasuk fraktur serfikalis

- 3) Kontusio batang otak
- 4) Tanda dan gejala herniasi otak

Tanda-tanda vital sebaiknya diukur secara teratur karena memberikan petunjuk adanya perkembangan syok dan peningkatan TIK.

5. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada pasien cedera kepala menurut Sinuraya, (2020) adalah :

- a. Serum elektrolit dan urea.
- b. Serum glukosa.
- c. FBC termasuk trombosit.
- d. Status koagulasi; INR,PT, actived PTT.
- e. Skrining toksikologi jika terdapat indikasi, dan tingkat alkohol.
- f. Analisa urin

6. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan penunjang pada cedera kepala menurut Sinuraya, (2020) antara lain:

a. *CT Scan*

Berdasarkan gambaran *CT Scan* kepala dapat diketahui adanya gambaran tidak normal yang sering menyertai pasien cedera kepala.

b. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

Kelainan yang tidak terlihat pada *CT Scan* dapat dilihat dengan MRI.

c. *Electroencephalogram (EEG)*

EEG adalah peran yang paling berguna pada cedera kepala untuk membantu dalam diagnosis status *epileptikus non konvulsif*

7. Penatalaksanaan Medis

Penatalaksanaan medis pasien dengan cedera kepala menurut Hafsa & Yunus, (2020) meliputi :

a. Non pembedahan

Penatalaksanaan medis non pembedahan meliputi glukortikoid (*dexamethazone*) untuk mengurangi edema, *diuretic osmotik* (manitol) diberikan melalui jarum dengan filter untuk mengeluarkan kristal-

kristal mikroskopis, *diuretic loop* (misalnya *furosimide*) untuk mengatasi peningkatan tekanan *intracranial*, obat paralitik (*pancuonium*) digunakan jika klien dengan ventilasi mekanik untuk mengontrol kegelisahan atau agitasi peningkatan tekanan *intracranial*.

b. Pembedahan

Penatalaksanaan medis pembedahan kraniotomi diindikasikan untuk mengatasi subdural atau epidural hematoma, mengatasi peningkatan tekanan *intracranial* yang tidak terkontrol, mengobati hidrosefalus.

8. Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien cedera kepala yaitu, cedera otak sekunder akibat hipotensi dan hipoksia, edema serebral, peningkatan TIK, herniasi jaringan otak, infeksi, hidrosefalus (Sinuraya, 2020).

B. Konsep Dasar Kebutuhan Manusia

Abraham Maslow dalam Muazaroh & Subaidi, (2019) membagi kebutuhan dasar manusia menjadi lima tingkatan, yaitu :

1. Kebutuhan fisiologis terdiri dari kebutuhan untuk mengisi cadangan oksigen dan pertukaran gas, makanan, cairan, eliminasi, istirahat dan tidur, aktivitas, suhu tubuh dan keseimbangan gender.
2. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan terletak pada perlindungan ketakutan, dingin, panas, kecelakaan, infeksi, dan kecemasan
3. Kebutuhan akan cinta, memiliki dan dimiliki terdiri dari kebutuhan untuk memberi dan menerima kasih sayang, kehangatan, menjadi bagian dari sebuah keluarga dan kelompok sosial.
4. Kebutuhan harga diri berupa dihargai oleh orang lain, keinginan untuk mendapatkan kekuatan, meraih prestasi, rasa percaya diri dan kemerdekaan diri.
5. Kebutuhan aktualisasi diri terdiri dari kebutuhan untuk merasa nyaman dengan diri sendiri, sangat berdedikasi, percaya diri, kreatif dan tidak emosional.



Gambar 2. 2

Hierarki Kebutuhan Dasar Manusia Menurut Abraham Maslow
(Sumber : Muazaroh & Subaidi, 2019)

Pada pasien dengan CKB, kebutuhan fisiologis dasar pasien akan oksigenasi, aktivitas, keamanan dan kenyamanan terganggu. Kinerja aktivitas terganggu oleh perubahan fisiologis pada pasien dengan gangguan kesadaran, termasuk pemenuhan kebutuhan dasar, yaitu masalah pernapasan yang terjadi saat pasien menggunakan oksigen, risiko gangguan mobilitas fisik hanya ditandai dengan berbaring di tempat tidur. Gangguan fungsi menelan, ditandai dengan fakta bahwa pasien dilengkapi dengan NGT, kemampuan berkomunikasi, gangguan eliminasi, ditandai dengan pasien dengan kateter. Jadi pemenuhan kebutuhan dasar pasien sangat bergantung pada perawat dan tenaga medis lainnya.

Kebutuhan oksigen terganggu karena CKB dapat menyebabkan peningkatan kerusakan sel otak, menyebabkan gangguan autoregulasi dan penurunan aliran darah otak. Kondisi ini berhubungan dengan penurunan oksigenasi serebral dan gangguan metabolisme dan perfusi serebral (Sembiring, 2021). Pasien dengan cedera kepala berat sangat berisiko terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Maka implementasi yang dilakukan adalah manajemen dan pemantauan tekanan intrakranial. Berdasarkan penelitian oleh Ericsson. M, *et all*, (2004) dalam (Ulfa *et al.*, 2022) menyatakan bahwa pemantauan peningkatan tekanan intrakranial dilakukan pada pasien cedera kepala yang telah mengalami penurunan kesadaran dengan $GCS 8 \leq 8$. Selain itu didapatkan hasil pemeriksaan CT-

Scan menunjukkan adanya edema serebral, yaitu pada pasien mengalami *intracerebral hematoma*. Peningkatan TIK berkaitan dengan outcome yang buruk, dan terapi agresif dapat meningkatkan kembali kondisi pasien (Ulfa *et al.*, 2022).

Manajemen tekanan intrakranial juga melibatkan pertahanan jalan napas yang dilakukan untuk mengatasi pernapasan pasien yang mengalami *dyspnea* adalah dengan memonitor pola napas seperti frekuensi napas seperti dalam penelitian Soetidewi (2012) dalam (Ulya *et al.*, 2017) mengatakan frekuensi pernapasan yang cepat akan memperburuk prognosis bagi pasien cedera kepala, frekuensi pernafasan yang cepat akan mengakibatkan terjadinya iskemik jaringan cerebral dan peningkatan tekanan intrakranial. Selain itu adanya pernapasan cuping hidung, dan tidak adanya suara napas tambahan juga dapat dijadikan indikator dalam manajemen intrakranial. Untuk itu penatalaksanaan cepat dan segera dalam kedaruratan pada cedera kepala adalah dengan pemberian terapi oksigenasi untuk menjaga kestabilan serta kebutuhan oksigenasi di jaringan tubuh dan otak (Ulfa *et al.*, 2022).

Selain monitor pola napas, pengaturan posisi *head-up* 30° dapat dilakukan untuk pemenuhan oksigen yang bertujuan menjaga tekanan intrakranial agar tetap stabil dan dalam batas normal, posisi *head-up* lebih efektif untuk mempertahankan tingkat kesadaran karena sesuai dengan posisi anatomis dari tubuh manusia yang kemudian mempengaruhi hemodinamik pasien (Ulfa *et al.*, 2022).

C. Konsep Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah metode sistematis untuk mengorganisasikan kerja keperawatan individu, kelompok dan komunitas, yang berfokus pada identifikasi dan pemecahan masalah respon pasien terhadap penyakit (Ernawati, 2021). Proses keperawatan terdiri dari lima tahapan, yaitu: pengkajian keperawatan, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan

intervensi keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi tindakan keperawatan.

1. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah proses pengumpulan data yang merupakan langkah pertama dan paling mendasar dalam keperawatan. Proses pengumpulan data dapat dilakukan dengan berbagai cara, seperti wawancara, observasi, hasil pemeriksaan fisik atau pemeriksaan diagnostik lainnya (Ernawati, 2021). Pengumpulan data yang akurat mendukung keberhasilan implementasi diagnosa keperawatan sehingga perawat dapat merencanakan intervensi perawatan untuk mengatasi masalah pasien.

Pengkajian pemeriksaan pada pasien dengan cedera kepala menurut Jainurakhma *et al.*, (2021) meliputi :

1) Identitas

Data identitas merupakan upaya mengumpulkan berbagai data identitas yang akurat dari pasien. Data identitas yang dibutuhkan yaitu identitas pasien berupa nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit serta, alamat. Selain itu identitas penanggung jawab pasien juga butuh seperti nama, umur, pekerjaan, pendidikan, dan hubungan dengan pasien.

2) Pengkajian Primer

Pengkajian primer digunakan untuk menangani pasien gawat darurat dan diprioritaskan untuk menangani pasien paling parah dan membutuhkan tindakan segera (Mardalena, 2021), meliputi ;

1) *Airway*

Periksa apakah jalan napas paten atau tidak, ada tidaknya aliran udara. Kaji apakah ada muntah, perdarahan, benda asing dalam mulut yang menyumbat jalan napas. Periksa vokalisasi. Periksa suara napas abnormal atau normal: *stridor*, *snoring*, *gurgling*.

2) *Breathing*

Kaji kemampuan bernafas, periksa apakah ada naik turunnya dinding dada, suara napas dan hembusan napas pasien.

Memeriksa warna kulit pasien. Mengidentifikasi pola pernapasan abnormal pada pasien. Periksa apakah pasien menggunakan otot bantu pernapasan, deviasi trakea, gerakan dinding dada yang asimetris. Memeriksa pola napas pasien: adanya *tachipnea*, *bradipnea*, kemampuan berbicara pasien atau adanya pernapasan cuping hidung. Monitor saturasi oksigen.

3) *Circulation*

Nilai denyut nadi, periksa kualitas dan karakter denyutnya. Kaji ada perdarahan atau tidak. Pemeriksaan kapiler, tekanan darah suhu tubuh dan warna kulit, apakah terjadi diaforesis.

4) *Disability*

Lakukan pemeriksaan neurologis menggunakan teknik AVPU (Alert, Voice, Pain, Unresponsive). Kaji tingkat kesadaran pasien. Lakukan pemeriksaan reflek pupil, apakah simetris atau tidak.

5) *Exposure*

Melakukan pemeriksaan pada seluruh tubuh dengan melepas semua baju, untuk menilai apakah ada trauma pada bagian tubuh yang lain.

3) Pengkajian Sekunder

Pengkajian sekunder umumnya bertujuan untuk mengidentifikasi penyakit yang dikeluhkan oleh pasien (Mardalena, 2021).

1) Riwayat Penyakit

Riwayat penyakit/kesehatan saat ini merupakan faktor yang penting bagi petugas kesehatan pada saat penegakan diagnosis atau akan menentukan kebutuhan pasien. Identifikasi kapan cedera terjadi, penyebab cedera.

2) Pemeriksaan Umum

Kesadaran dan responsivitas dikaji secara teratur karena perubahan pada tingkat kesadaran mendahului semua perubahan tanda vital dan neurologik lainnya. Penilaian tingkat kesadaran

menggunakan skala koma Glasgow (GCS) berdasarkan tiga kriteria yaitu respons buka mata, respons verbal dan respons motorik.

3) Tanda-Tanda Vital

- a) Tanda peningkatan TIK meliputi perlambatan nadi, peningkatan tekanan darah sistolik, dan pelebaran tekanan nadi.
- b) Pada saat kompresi otak meningkat, tanda vital cenderung sebaliknya, nadi dan pernapasan menjadi cepat, dan tekanan darah menurun. Ini adalah perkembangan yang menenangkan, sesuai dengan fluktuasi cepat tanda vital.
- c) Peningkatan cepat suhu tubuh dianggap hal yang tidak menguntungkan, karena hipertermia meningkatkan kebutuhan metabolisme otak dan merupakan indikasi kerusakan batang otak yang merupakan indikator prognosis buruk.
- d) Takikardia dan hipotensi arteri dapat mengindikasikan perdarahan sedang terjadi di tempat lain di tubuh.

4) Pemeriksaan Fisik *Head to Toe*

a) Kepala dan Wajah

Periksa apakah terjadi pendaharan, luka atau terjadi bentuk asimetri pada wajah dan kepala pasien. Periksa bagian mata, apakah pupil mata bereaksi terhadap cahaya dan perhatikan ukuran dan bentuk pupil kanan kiri. Lakukan palpasi kulit kepala untuk pasien yang mengalami luka, adanya benjolan pada tulang wajah, periksa apakah bentuknya simetris atau sebaliknya. Pemeriksaan, apakah pasien mengalami pembengkakan, pendarahan di bagian hidung. Periksa adakah pendarahan pada telinga. Pemeriksaan status warna mukosa, hidrasi, atau pendarahan gigi yang hilang atau patah/edema laring pada langit-langit mulut.

b) Leher

Periksa apakah terjadi pembekakan, luka atau pendarahan. Pemeriksaan apakah terjadi emfisema subkutan atau deviasi trakea.

c) Dada

Pemeriksaan apakah terjadi benjolan, pendarahan dan luka pada dada. Periksa naik-turunnya dinding dada, apakah simetris atau tidak simetris. Pemeriksaan apakah terjadi penggunaan otot bantu pernapasan Lakukan pemeriksaan palpasi benjolan, nyeri pada struktur dinding dada. Lakukan pemeriksaan auskultasi suara napas

d) Abdomen

Periksa apakah terjadi luka atau memar pada abdomen. Palpasi abdomen untuk menemukan adanya nyeri.

e) Ekstremitas

Pemeriksaan palpasi ekstremitas atas dan bawah, apakah ada benjolan, pendarahan, dan memar. Periksa apakah ada luka, nyeri dan patah tulang pada ekstremitas.

f) Punggung

Pemeriksaan palpasi, apakah ada benjolan, nyeri, luka atau memar untuk memeriksa apakah ada cedera spinal.

2. Diagnosa Keperawatan

Dalam SDKI (PPNI, 2017), diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keluarga bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien dengan cedera kepala menurut (Ulya *et al.*, 2017) antara lain sebagai berikut :

a. Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif

Menurut SDKI (PPNI, 2017), Bersihan jalan napas tidak efektif adalah ketidakmampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan nafas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten.

b. Penurunan Kapasitas Adaptif Tekanan Intrakranial

Menurut SDKI (PPNI, 2017), Penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.

c. Resiko Jatuh

Menurut SDKI (PPNI, 2017), Resiko jatuh adalah pasien yang bersiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

d. Gangguan Integritas Kulit

Menurut SDKI (PPNI,2017), Gangguan integritas kulit merupakan perubahan sirkulasi, penurunan mobilitas, faktor mekanis (gesekan dan penekanan), kelembapan dan penekanan pada tonjolan tulang.

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan adalah proses mengkoordinasikan berbagai intervensi keperawatan yang diperlukan untuk mencegah, menurunkan, atau mengurangi masalah pasien. Tahap perencanaan ini dapat dilakukan dengan beberapa cara dengan kegiatan atau langkah yang berbeda, antara lain menetapkan prioritas diagnosis, menetapkan prioritas diagnosis keperawatan, menetapkan tujuan, kriteria hasil yang diharapkan, dan menetapkan rencana tindakan (Hidayat & Uliyah, 2015). Berikut ini adalah rencana perawatan untuk pasien cedera kepala berat:

Tabel 2. 1
Rencana Keperawatan Pasien dengan
Kasus Cedera Kepala Berat

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi Keperawatan
1.	Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif b.d Sekresi	Bersihan Jalan Napas Meningkat (L.01001) Kriteria Hasil :	Manajemen Jalan Napas (I.01011) : Observasi : 1. Monitor pola napas

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi Keperawatan
	<p>yang tertahan</p> <p>Data Mayor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk tidak efektif 2. Tidak mampu batuk 3. Spitum berlebih 4. Mengi, wheezing dan/atau ronkhi kering 5. Mekonium dijalan napas (pada neonatus) <p>Data Minor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea 2. Sulit bicara 3. Ortopnea 4. Gelisah 5. Sianosis 6. Bunyi napas menurun 7. Frekuensi napas berubah 8. Pola napas berubah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum menurun 2. Suara napas tambahan menurun 3. Dispne menurun 4. Sianosis menurun 5. Frekuensi pernapasan membaik 6. Pola napas membaik 7. Gelisah menurun 	<p>(frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Monitor bunyi napas tambahan (misalnya: <i>gurgling</i>, mengi, wheezing, <i>ronchi</i>) <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw thrust jika curiga trauma fraktur servikal). 2. Posisikan <i>semi-fowler</i> atau <i>fowler</i>. 3. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 4. Keluarkan sumbatan benda padat 5. Berikan oksigen, jika perlu <p>Kolaborasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu.
2.	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d <i>Edema Cerebral</i></p> <p>Data mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah 	<p>Kapasitas Adaptif Intrakranial Meningkat (L.06049)</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun 3. Gelisah menurun 4. Muntah menurun 5. Tekanan darah 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) :</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi Keperawatan
	<p>meningkat dengan tekanan nadi (pulse pressure)</p> <p>2. Bradikardi</p> <p>3. Pola napas ireguler</p> <p>4. Tingkat kesadaran menurun</p> <p>5. Respon pupil melambat atau tidak sama</p> <p>6. Refleks neurologis terganggu</p> <p>Data minor :</p> <p>1. Gelisah</p> <p>2. Agitasi</p> <p>3. Muntah (tanpa disertai mual)</p> <p>4. Tampak lesu/lemah</p> <p>5. Fungsi kognitif terganggu</p> <p>6. Tekanan</p>	<p>membuat</p> <p>6. Frekuensi nadi membuat</p> <p>7. Bradikardi membuat</p> <p>8. Pola napas membuat</p> <p>9. Respon pupil membuat</p>	<p>darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>3. Monitor status pernapasan</p> <p>4. Monitor intake dan output cairan</p> <p>Terapeutik :</p> <p>1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>2. Berikan posisi <i>semi fowler</i></p> <p>3. Cegah terjadinya kejang</p> <p>4. Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>Kolaborasi :</p> <p>1. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu</p> <p>2. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p>

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi Keperawatan
	<p>n intrakranial (TIK) > 20 > mmHg</p> <p>7. Papiledema</p> <p>8. Postur deserebrasi(ektensi)</p> <p>9. Postur dekortikasi (fleksi)</p>		
3.	Resiko jatuh	<p>Tingkat jatuh (L.14138)</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun 2. Jatuh saat berdiri menurun 3. Jatuh saat duduk menurun 4. Jatuh saat berjalan menurun 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi obat yang berpotensi menyebabkancidera 2. Identifikasi kesesuaian alas kaki atau stoking elastis pada ekstremitas bawah <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Sediakan pencahayaan yang memadai 4. Sosialisasikan pasien dan keluarga dengan lingkungan rawat inap 5. Sediakan alas kaki antislip 6. Sediakan urinal atau urinal untuk eliminasi tempat tidur, jika perlu 7. Pastikan barang-barang pribadi mudah dijangkau 8. Tingkatkan frekuensi observasi dan pengawasan pasien, sesuai kebutuhan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan alasan intervensi pencegahan jatuh ke pasien dan

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Intervensi Keperawatan
			keluarga 2. Anjurkan berganti posisi secara perlahan dan duduk beberapa menit sebelum berdiri
4.	<p>Gangguan integritas kulit</p> <p>Data mayor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan dan / atau lapisan kulit <p>Data minor :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Pendarahan 3. Kemerahan 4. Hematoma 	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Kriteria hasil</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 	<p>Perawatan integritas kulit (I.11353)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji fungsi motorik dan sensorik pasien dan sirkulasi perifer 2. Kaji kulit pasien setiap 8 jam 3. Ubah posisi tiap 2jam jika tirah baring 4. Kaji kulit yang lecet atau keluarnya cairan setiap 8 jam

4. Pelaksanaan (implementasi)

Implementasi asuhan keperawatan merupakan perilaku atau kegiatan yang dilakukan dengan menerapkan rencana intervensi yang telah direncanakan sebelumnya oleh perawat berdasarkan pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan (PPNI, 2018).

5. Evaluasi

Pengkajian keperawatan Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses perawatan, dimana ditentukan sejauh mana tujuan dari rencana perawatan tercapai atau tidak, dan seberapa jauh keberhasilan kegiatan terhadap tujuan yang diharapkan (Hidayat dan Uliyah, 2015).

Format SOAP umum digunakan dalam evaluasi keperawatan, hal ini berfungsi untuk mempermudah perawat dalam memantau dan mengevaluasi kondisi pasien (Ernawati, 2021). SOAP terdiri atas empat bagian yaitu (Rukmi *et al.*, 2022):

1. Subjektif (S)

Subjektif adalah data yang diperoleh perawat secara langsung dari pasien. Pada bagian ini, perawat dapat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. Objektif (O)

Objektif adalah data berdasarkan hasil pengukuran atau hasil observasi perawat secara langsung kepada pasien dan yang dirasakan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. Analisis (A)

Analisis adalah hasil analisis yang terjadi atau diagnosis yang terjadi akibat perubahan status kesehatan pasien yang telah teridentifikasi datanya dalam data subjektif dan objektif.

4. *Planning* (P)

Rencana tindak lanjut yang akan dilakukan perawat terhadap masalah berdasarkan hasil evaluasi yang didapat.