

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Teori Penyakit**

##### **1. Pengertian**

Cedera kepala atau trauma kepala adalah kondisi dimana struktur kepala mengalami benturan dari luar dan mengakibatkan gangguan pada fungsi otak. Trauma kapitis adalah trauma mekanik terhadap kepala, baik secara langsung ataupun tidak langsung yang menyebabkan gangguan fungsi neurologis yaitu gangguan fisik kognitif, fungsi psikososial baik temporer maupun permanen. Cedera kepala yang dialami anak memiliki dampak ringan maupun serius. Sebagian besar hanya bersifat permukaan dengan lebam dan pembengkakan pada kulit, misalnya kepala benjol, tetapi beberapa cedera bisa cukup parah yang menyebabkan kerusakan otak yang menetap bahkan kematian. Cedera kepala biasanya disebabkan ditabrak kendaraan bermotor, kecelakaan ketika bersepeda, berolah raga, pukulan dikepala, terpeleset dan terjatuh, serta kesalahan dalam penjagaan pada anak (Satria & Defni, 2019).

Cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar, yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik. Cedera kepala (trauma capitis) adalah cedera mekanik yang secara langsung atau tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka dikulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak, dan kerusakan jaringan otak, serta mengakibatkan gangguan neurologis (Fachruddin, 2020).

## 2. Etiologi

Beberapa etiologi cedera kepala (Yessie dan Andra, 2013):

### a. Trauma tajam

Trauma oleh benda tajam: menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera lokal. Kerusakan local meliputi contusion serebral, hematoma serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

### b. Trauma tumpul

Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan cedera menyeluruh (difusi):

kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk, yaitu cedera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar pada hemisfer serebral, batang otak atau kedua-duanya.

Akibat cedera tergantung pada (Yessie dan Andra, 2013) :

- 1) Kekuatan benturan (parahnya kerusakan).
- 2) Akselerasi dan deselerasi.
- 3) Cup dan kontra cup:
  - a) Cedera cup adalah kerusakan pada daerah dekat yang terbentur.
  - b) Cedera kontra cup adalah kerusakan cedera berlawanan pada sisi desakan benturan.
- 4) Lokasi benturan
- 5) Rotasi: perubahan posisi rotasi pada kepala menyebabkan trauma regangan dan robekan substansia alba dan batang otak.  
Depresi fraktur: kekuatan yang 10 mendorong fragmen tulang turun menekan otak lebih dalam. Akibatnya CSS mengalir keluar ke hidung, kuman masuk ke telinga kemudian terkontaminasi CSS lalu terjadi infeksi dan mengakibatkan kejang (Annet & Naranjo, 2014).

### 3. Patofisiologi

#### a. Pukulan langsung

Dapat menyebabkan kerusakan otak pada sisi pukulan (coupinjury) atau pada sisi yang berlawanan dari pukulan, terutama ketika otak bergerak dalam tengkorak dan mengenai dinding yang berlawanan (contrecoupinjury).

#### b. Rotasi/deselerasi

Fleksi, ekstensi, atau rotasi leher menghasilkan serangan pada otak yang menyerang titik-titik tulang dalam tengkorak, misalnya pada sayap dari tulang sfenoid. Rotasi hebat juga menyebabkan trauma robekan didalam substansi putih otak dan batang otak sehingga mengakibatkan cedera aksonal dan bintik-bintik pendarahan intraserebral.

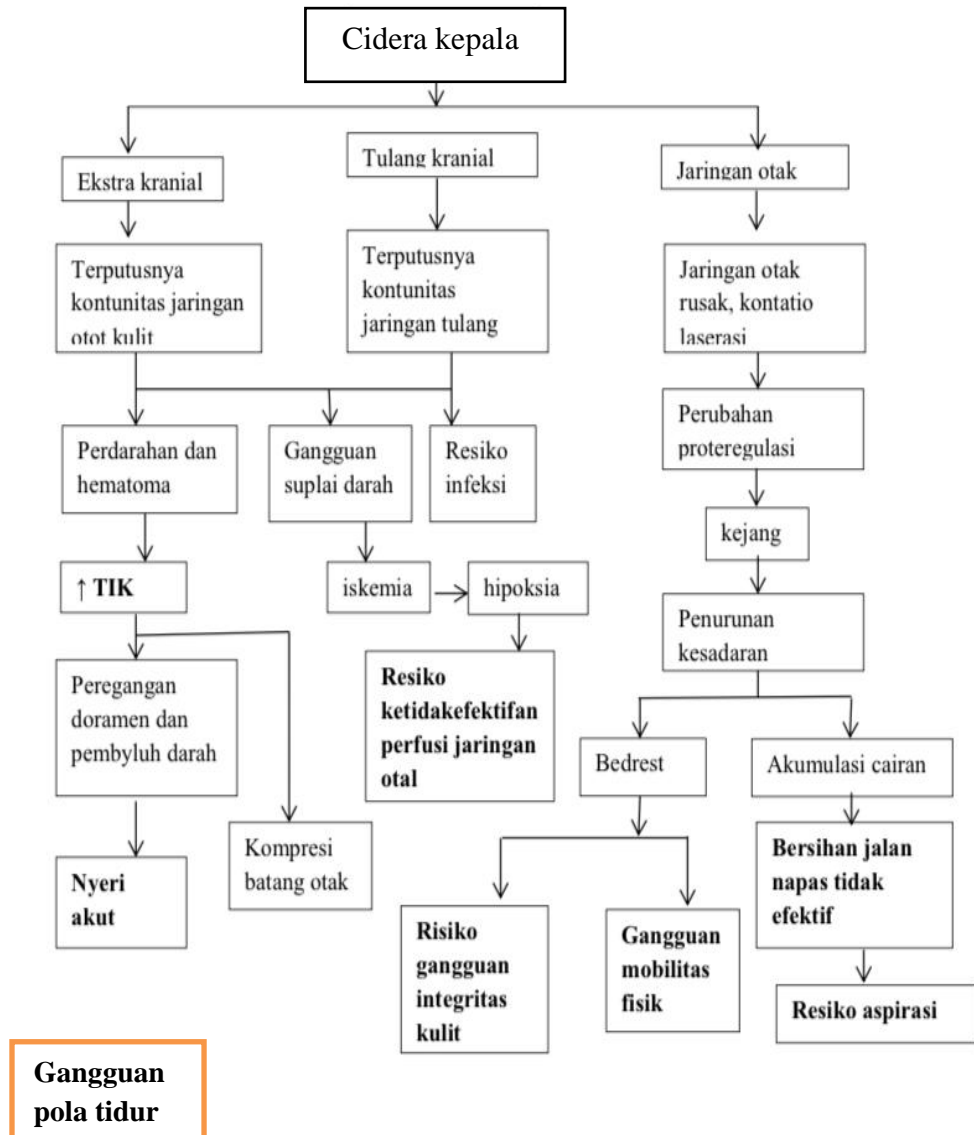
#### c. Tabrakan

Otak sering kali terhindar dari trauma langsung kecuali jika berat (terutama pada anak-anak dengan tengkorak yang elastis)

#### d. Peluru

Cenderung mengakibatkan hilangnya jaringan seiring dengan trauma. Pembengkakan otak merupakan masalah akibat distruksi tengkorak yang secara otomatis menekan otak.

- 1) Derajat cedera otak primer secara langsung berhubungan dengan jumlah kekuatan yang mengenai kepala.
- 2) Kerusakan sekunder terjadi akibat komplikasi sistem pernapasan (hipoksia, hiperkabia, obstruksi jalan napas), syok hipovolemik, perdarahan intrakranial, edema serebral, epilepsi, infeksi, dan hidrosefalus (Tiko, 2019).



Sumber: (Annet & Naranjo, 2014)

Gambar 2. 1  
Pathway Cedera Kepala Ringan

#### 4. Manifestasi Klinis

- a. Gangguan kesadaran
- b. Konfusi
- c. Abnormalitas pupil
- d. Awitan tiba-tiba defisit neurologi
- e. Perubahan tanda vital
- f. Gangguan penglihatan dan pendengaran
- g. Disfungsi sensori
- h. Kejang otot
- i. Sakit kepala
- j. Vertigo
- k. Gangguan pergerakan
- l. Kejang (Kosat, 2019)

#### 5. Pemeriksaan Diagnostik

##### a. CT scan

CT scan digunakan untuk mengidentifikasi adanya hemoragig ,ukuran ventrikuler , infark pada jaringan mati.

##### b. Foto tengkorak atau cranium

Foto tengkorak atau cranium digunakan untuk mengetahui adanya fraktur pada tengkorak.

##### c. MRI

MRI digunakan sebagai penginderaan yang menggunakan gelombang elektomagnetik.

##### d. Laboratorium

- 1) Kimia darah : Untuk mengetahui keseimbangan elektrlit
- 2) Kadar elektrolit : Untuk mengkoreksi keseimbangan elektrolit sebagai akibat peningkatan tekanan intracranial.
- 3) Screen toksikologi : Untuk mendeteksi pengaruh obat sehingga menyebabkan penurunan kesadaran.

e. Serebral angiographi

Menunjukkan anomaly sirkulasi serebral ,seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan dan trauma.

f. Serial EEG

Serial EEG digunakan untuk melihat perkembangan gelombang yang patologis.

g. X-ray

Digunakan untuk mendeteksi perubahan struktur tulang , perubahan truktur garis (perdarahan atau edema), frakmen tulang.

h. BAER

BAER digunakan untuk mengoreksi batas fungsi kortek dan otak kecil.

i. PET

PET digunakan untuk mendeteksi perubahan aktivitas metabolisme otak.

j. CSF & lumbal fungsi

CSF & lumbal fungsi dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subaracnoid.

k. ABGs

ABGs digunakan untuk mendeteksi keberadaan ventilasi atau masalah pernafasan (oksigenasi) jika terjadi peningkatan intracranial (Fachruddin, 2020)

## 6. Penatalaksanaan

- a. Dexamethason/ kalmetason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma.
- b. Therapihiperventilasi (trauma kepala berat) untuk mengurangi vasodilatasi.
- c. Pemberian analgetik.
- d. Pengobatan anti edema dengan larutan hipertonis yaitu; manitol 20%, glukosa 40% atau gliserol.

- e. Antibiotik yang mengandung barrier darah otak (pinicilin) atau untuk infeksi anaerobdi berikan metronidazole.
- f. Makanan atau cairan infus dextrose 5%, aminousin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan) 2-3 hari kemudian diberikan makanan lunak.
- g. Tidur tanpa bantal atau diganjal dengan bantal (kurang lebih 30°)
- h. Pembedahan (Fachruddin, 2020)

## 7. Komplikasi

- a. Kebocoran cairan serebrospinal akibat fraktur
- b. Kejang-Kejang paska trauma
- c. DM insipidus disebabkan oleh kerusakan traumatic pada rangkai hipofisis penyakit (Kosat, 2019)

## B. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia



Sumber: (Mustakim, 2023)

Gambar 2. 2

Piramida maslow

### 1. Kebutuhan Fisiologis

Tingkat paling dasar, mencakup kebutuhan fisiologis seperti oksigen/udara, cairan, nutrisi, tidur dan istirahat, suhu tubuh, eliminasi, dan seksual. Semua komponen kecuali seks harus dipenuhi agar kehidupan

manusia dapat dipertahankan. Pemenuhan kebutuhan seksual diperlukan untuk kelangsungan hidup umat manusia.

## 2. Kebutuhan Rasa Nyaman

Kebutuhan keamanan berkenaan dengan konteks fisiologis dan hubungan interpersonal. Keamanan dalam konteks secara fisiologis berhubungan dengan sesuatu yang mengancam tubuh seseorang dan kehidupannya. Ancaman bisa nyata atau hanya imajinasi misalnya penyakit, nyeri, cemas, dan lain sebagainya. Perlindungan terhadap klien bukan hanya mencegah terjadinya kecelakaan, tetapi juga memelihara postur tubuh klien selama dirawat serta menjaga kebersihan dan kesehatan kulit klien.

Perubahan postur tubuh klien dapat diakibatkan oleh posisi tidur yang kurang tepat, kebersihan dan kesehatan kulit bagian tubuh klien dijaga agar tidak terjadi decubitus dalam konteks hubungan interpersonal, keselamatan dan keamanan seseorang tergantung pada banyak faktor seperti kemampuan berkomunikasi, kemampuan untuk mengontrol dan mengatasi masalah: kemampuan untuk mengerti, kemampuan untuk konsisten menjaga tingkah laku yang berhubungan dengan orang lain: serta mengenal orang-orang di sekitarnya dan lingkungan kadang-kadang, ketidaktahuan akan sesuatu atau ketidakpastian akan membuat perasaan cemas dan tidak aman. Misalnya, seseorang yang mengalami operasi appendiks, akan cemas dengan pemikiran bahwa operasi dapat membahayakan hidupnya (Asmadi, 2014).

Tingkat kedua meliputi kebutuhan keamanan dan keselamatan, baik fisik (misal perlindungan dari cedera tubuh) dan psikologis (misal kegelisahan, keamanan dan stabilitas) serta kebutuhan akan tempat tinggal dan bebas dari bahaya. Nyeri seringkali merupakan efek samping yang tidak dapat dihindari dari prosedur medis. Nyeri memiliki banyak efek fisiologis, mental, dan emosional, oleh karena itu manajemen nyeri selama prosedur sangat penting. Nyeri dipengaruhi oleh interaksi antara kognitif, afektif, perilaku dan sosial kultural:

### a. Kognitif



Untuk menjelaskan pengalaman nyeri seseorang, dikembangkan suatu keyakinan berupa penyebab dan serangan nyeri, makna, gejala, kemampuan untuk mengontrol nyeri dan pengaruh nyeri masa sekarang dan masa yang akan datang. Seseorang dalam mengatasi nyeri dipengaruhi oleh keyakinan dan pengalaman sebelumnya, mulai dari mengabaikannya dan mempertahankan aktivitas biasa. Jika seseorang yakin bahwa pikiran dan perilaku dapat berpengaruh positif terhadap nyeri yang sedang dirasakan, maka individu tersebut akan mencoba berbagai strategi untuk meringankan rasa nyeri dan berupaya untuk mengontrolnya.

b. Afektif

Aspek nyeri yang utama dan tidak dapat dihindari karena membutuhkan respons segera adalah rasa ketakutan dan kecemasan. Ketakutan dan kecemasan akan terjadi secara terus menerus karena upaya untuk mengatasinya sering kali menimbulkan efek yang kecil. Pengalaman nyeri sebelumnya berpengaruh terhadap nyeri saat ini, sehingga mempengaruhi intensitas nyeri dan perilaku terhadap nyeri. Perasaan takut bahwa tidak dapat mengelola rasa nyeri dengan baik, takut ketergantungan apabila terlalu banyak mengonsumsi obat anti nyeri, serta khawatir petugas kesehatan tidak memahami tentang nyeri dan tidak mempercayai tingkat nyeri yang dirasakan.

c. Perilaku

Keyakinan yang dimiliki seseorang ketika sakit, dapat memengaruhi perilaku. Intervensi untuk mengubah pikiran dan perasaan dapat membantu mengubah perilaku secara positif, meningkatkan kesehatan, dan mengurangi rasa sakit.

d. Sosial Kultural

Penting untuk mempertimbangkan perbedaan budaya dalam proses pengkajian. Pengkajian dan manajemen nyeri didasarkan pada individu. Wanita lebih sering dilaporkan dengan nyeri berat dan durasi yang lama daripada laki-laki. Studi klinis diketahui bahwa laki-laki lebih tahan terhadap ambang nyeri dibandingkan dengan wanita. Nyeri adalah suatu

respon fisiologis yang berkaitan dengan aktivasi sistem saraf simpatik, menyebabkan pupil dilatasi, berkeringat, perubahan tanda vital seperti peningkatan denyut nadi, tekanan darah dan pernafasan (Yeli mardona, 2023).

### 3. Kebutuhan Cinta dan Kepemilikan

Tingkat ketiga berisi kebutuhan akan cinta dan kepemilikan, termasuk persahabatan, hubungan sosial dan cinta. Manusia memiliki kebutuhan bawaan untuk menjadi bagian dari kelompok dan merasa diterima oleh orang lain.

### 4. Kebutuhan Harga Diri

Tingkat keempat mencakup kebutuhan harga diri, yang melibatkan kepercayaan diri, kegunaan, prestasi, dan harga diri. Individu perlu merasakan dirinya dihargai dan berharga, Kebutuhan harga diri dicapai saat sukses dalam pekerjaan dan aktivitas lainnya serta adanya pengakuan dari orang lain. Harga diri yang positif adalah sebuah apresiasi atas nilai pribadi seseorang.

### 5. Kebutuhan Aktualisasi Diri

Tingkat kelima atau tingkat terakhir adalah kebutuhan untuk aktualisasi diri. keadaan mencapai kondisi optimal dan memiliki kemampuan untuk memecahkan dan mengatasi masalah secara realistis (Ineke patrisia, 2020)

## **C. Proses Keperawatan**

### 1. Pengkajian

#### a. Riwayat kesehatan

Waktu kejadian, penyebab trauma, posisi saat kejadian, status kesadaran saat kejadian, pertolongan yang diberikan segera setelah kejadian.

#### b. Sistem respirasi

Suara nafas, pola nafas (kasmaull, cheyene stokes, biot, hiperventilasi, ataksik), nafas berbunyi, stridor, tersedak, ronki, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi).

#### c. Kardiovaskuler

Pengaruh perdarahan organ atau pengaruh PTK.

d. Kemampuan komunikasi

Kerusakan pada hemisfer dominan, disfagia atau afasia akibat kerusakan saraf hipoglossus dan saraf fasialis.

e. Psikososial

Data ini penting untuk mengetahui dukungan yang didapat pasien dari keluarga.

f. Aktivitas/istirahat

- 1) Lemah, lelah, kaku dan hilang keseimbangan.
- 2) Perubahan kesadaran, letargi, hemiparese, quadriparese, goyah dalam berjalan (ataksia), cedera pada tulang dan kehilangan tonus otot.

g. Sirkulasi:

Tekanan darah normal atau berubah (hiper/normotensi), perubahan frekuensi jantung nadi bradikardi, takhikardi dan aritmia.

h. Integritas Ego

- 1) Perubahan tingkah laku/kepribadian.
- 2) Mudah tersinggung, delirium, agitasi, cemas, bingung, impulsive dan depresi.

i. Eliminasi :

BAB/BAK inkontinensia/disfungsi.

j. Makanan/cairan

- 1) Mual, muntah, perubahan selera makan.
- 2) Muntah (mungkin proyektil), gangguan menelan (batuk, disfagia).

k. Neurosensori

- 1) Kehilangan kesadaran sementara, vertigo, tinitus, kehilangan pendengaran, perubahan penglihatan, diplopia, gangguan pengecap/pembauan.
- 2) Perubahan kesadaran, koma. Perubahan status mental (orientasi, kewaspadaan, atensi dan kinsentarsi), perubahan pupil (respon terhadap cahaya), kehilangan penginderaan, pengecap dan pembauan serta pendengaran, postur (dekortisasi, desebrasi), kejang, sensitive terhadap sentuhan/gerakan.

l. Nyeri/Keyamanan

- 1) Sakit kepala dengan intensitas dan lokasi yang berbeda.
- 2) Wajah menyeringa, merintih, respon menarik pada rangsang nyeri yang hebat, gelisah.
- 3) Pengkajian PQRST untuk Evaluasi Nyeri:
  - P: Paliatif atau penyebab nyeri
  - Q: Quality/kualitas nyeri
  - R: Regio (daerah) lokasi atau penyebaran nyeri
  - S: Subjektif deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyerinya
  - T: Temporal atau periode/waktu yang berkaitan dengan nyeri(Yudiyanta & Novitasari, 2015).

m. Keamanan

- 1) Trauma/injuri kecelakaan
- 2) Fraktur dislokasi, gangguan penglihatan, gangguan ROM, tonus otot hilang kekuatan paralysis, demam, perubahan regulasi temperature tubuh.

n. Penyuluhan/Pembelajaran:

Riwayat penggunaan alcohol/obat-obatan terlarang.

o. Pemeriksaan Penunjang:

CT Scan, MRI, Angiografi Serebral, Sina X, GDA (Tiko, 2019)

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana Tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Novieastari, 2014)

Diagnosa menurut (PPNI, 2016)

a. Nyeri Akut

b. Resiko Infeksi

- c. Gangguan Mobilitas Fisik
- d. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif
- e. Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan

### 3. Rencana Keperawatan

Perencanaan disusun untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien, masalah yang dirumuskan dalam diagnosa keperawatan. Dalam penyelesaian masalah ini juga harus menggunakan standar, perencanaan yang disusun terdiri dari: Perencanaan tujuan (Outcome) dan perencanaan tindakan (Intervention) (Suarni & Apriyani, 2017).

Tahapan perencanaan keperawatan pada kasus CKR adalah sebagai berikut:

Tabel 2 1  
Rencana Keperawatan Pasien CKR

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologi (mis. Inflamasi)	<p>Tingkat Nyeri (L. 08066)</p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri menurun</li> <li>2. Meringis menurun</li> <li>3. Kesulitan tidur menurun</li> <li>4. Perasaan takut mengalami cedera berulang menurun</li> </ol>	<p>Manajemen nyeri (I. 08238)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas.</li> <li>2. Identifikasi skala nyeri</li> <li>3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> <li>4. Monitor efek samping penggunaan analgetic</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. Kompres hangat/dingin)</li> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Pencahayaan)</li> <li>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat</li> <li>3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu.</li> </ol>

1	2	3	4
2	<p>Risiko infeksi berhubungan dengan ketidak adekuatan pertahanan tubuh primer: kerusakan integritas kulit</p>	<p>Tingkat infeksi (L. 14137) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Tingkat Infeksi menurun dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemerahan menurun</li> <li>2. Nyeri menurun</li> <li>3. Bengkak menurun</li> </ol>	<p>Pencegahan Infeksi (I. 14539) Observasi: 1. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal Terapeutik: 1. Berikan perawatan kulit pada area edema 2. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 3. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi Edukasi: 1. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar 2. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka Kolaborasi: 1. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
3	<p>Gangguan Mobilitas Fisik berhubungan dengan nyeri</p>	<p>Mobilitas fisik (L. 05042) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas atas dan bawah meningkat</li> <li>2. Kekuatan otot meningkat</li> <li>3. Gerakan terbatas menurun</li> <li>4. Kelemahan fisik menurun</li> </ol>	<p>Dukungan Mobilisasi (I. 05173) Observasi: 1. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya 2. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan 3. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik: 1. Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu 2. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi: 1. Anjurkan mobilisasi dini</p>

1	2	3	4
			2. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur)
4	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan cedera kepala	Perfusi Perifer (L. 02011) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Penyembuhan luka meningkat</li> <li>2. Warna kulit pucat menurun</li> <li>3. Nyeri ekstremitas menurun</li> <li>4. Kelemahan otot menurun</li> </ol>	Pencegahan Syok (I. 02068) <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi)</li> <li>2. Monitor status oksigenasi (oksimetri)</li> <li>3. Monitor status cairan (turgor kulit)</li> <li>4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> </ol> <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> <li>2. Pasang jalur IV, jika perlu</li> <li>3. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok</li> <li>2. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> </ol> <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</li> <li>2. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu</li> </ol>



1	2	3	4
5	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas</p>	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L. 14125) setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan Integritas Kulit dan Jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perfusi jaringan meningkat</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit menurun</li> <li>3. Nyeri menurun</li> <li>4. Kemerahan menurun</li> <li>5. Hematoma menurun</li> </ol>	<p>Perawatan integritas kulit (I. 11353)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (penurunan mobilitas)</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring</li> <li>2. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu</li> <li>3. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan minum air yang cukup</li> <li>2. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi</li> <li>3. Anjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur</li> <li>4. Anjurkan menghindari terpapar suhu ekstrem</li> </ol>

#### 4. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data sebelum dan sesudah pelaksanaan Tindakan (Suarni & Apriyani, 2017)

#### 5. Evaluasi

Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan (Suarni & Apriyani, 2017)

