

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Virginia Heanderson mendefinisikan keperawatan sebagai penolong individu, saat sakit atau sehat, dalam melakukan kegiatan tersebut yang bertujuan untuk kesehatan, pemulihan, atau kematian yang damai dan individu akan dapat melakukannya sendiri jika mereka mempunyai kekuatan, keinginan, atau pengetahuan (G.Perry, 2009)

Teori Hierarki kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Abraham Maslow dalam Haswita dan Reni sulistyowati (2017) dapat dikembangkan untuk menjelaskan kebutuhan dasar manusia sebagai berikut:

- a. Kebutuhan fisiologis merupakan kebutuhan paling dasar, yaitu kebutuhan fisiologis seperti oksigen, cairan (minuman), nutrisi (makanan), keseimbangan suhu tubuh, eliminasi, tempat tinggal, istirahat dan tidur, serta kebutuhan seksual.
- b. Kebutuhan rasa aman dan perlindungan dibagi menjadi perlindungan fisik dan perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan psikologis. Perlindungan fisik meliputi perlindungan atas ancaman tubuh atau hidup. Ancaman tersebut dapat berupa penyakit, kecelakaan, bahaya dari lingkungan atau ancaman dari pengalaman yang baru dan asing. Misalnya, kekhawatiran yang dialami seseorang ketika pertama kali masuk sekolah karena merasa terancam oleh keharusan untuk berinteraksi dengan orang lain dan sebagainya.
- c. Kebutuhan rasa cinta serta memiliki dan dimiliki, antara lain memberi dan menerima kasih sayang, mendapatkan kehangatan keluarga, memiliki sahabat, diterima oleh kelompok sosial dan sebagainya.
- d. Kebutuhan akan harga diri mampu perasaan dihargai oleh orang lain. Kebutuhan ini terkait dengan keinginan untuk mendapatkan kekuatan,

meraih prestasi, rasa percaya diri, dan kemerdekaan diri. Selain itu, orang juga memerlukan pengakuan dari orang lain.

- e. Kebutuhan aktualisasi diri, merupakan kebutuhan tertinggi dalam Hierarki Maslow, berupa kebutuhan untuk berkontribusi pada orang lain/lingkungannya serta mencapai potensi diri sepenuhnya.

2. Konsep Kebutuhan Rasa Nyaman

Menurut Potter & Perry (2006) yang dikutip dalam buku (Iqbal Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015) rasa nyaman merupakan keadaan terpenuhinya kebutuhan dasar manusia yaitu kebutuhan ketentraman (kepuasan yang dapat meningkatkan penampilan sehari-hari), kelegaan (kebutuhan yang telah terpenuhi), dan transenden. Kenyamanan seharusnya dipandang secara holistic yang mencakup empat aspek yaitu:

- a. Fisik, berhubungan dengan sensasi tubuh
- b. Sosial, berhubungan dengan interpersonal, keluarga dan sosial
- c. Psikospiritual, berhubungan dengan kewaspadaan internal dalam diri seseorang yang meliputi harga diri, seksualitas dan makna kehidupan
- d. Lingkungan, berhubungan dengan latar belakang pengalaman eksternal manusia seperti cahaya, bunyi, temperature, warna, dan unsur ilmiah lainnya

Meningkatnya kebutuhan kenyamanan diartikan perawat telah memberikan kekuatan, harapan, hiburan, dukungan, dorongan, dan bantuan. Secara umum, dalam aplikasi pemenuhan kebutuhan kenyamanan adalah kebutuhan rasa nyaman bebas dari rasa nyeri. Hal ini disebabkan karena kondisi nyeri merupakan kondisi yang memengaruhi perasaan tidak nyaman pasien yang ditunjukkan dengan timbulnya gejala dan tanda pada pasien (G.Perry, 2009)

Gangguan rasa nyaman perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan dan sosial (PPNI 2016). Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang. Menurut Maria, Insana *Dosen Ilmu Keperawatan Di Akademik Keperawatan Intan Martapura* mengemukakan Gangguan rasa nyaman adalah perasaan kurang senang, lega dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual,

lingkungan dan sosial. Akibat yang ditimbulkan adalah mual, kebingungan, kelelahan, sulit tidur. Apabila tidak segera diatasi maka akan menyebabkan pembuluh darah yang menyempit dan menyebabkan terhambatnya jaringan sel otak. Gangguan rasa nyaman perawat dapat memberikan informasi (penkes), tindakan keperawatan kompers, teknik nafas dalam, pemberian dan kolaborasi pemberian obat-obatan.

3. Konsep Dasar Nyeri

a. Definisi

Menurut *International Association for Study of Pain (IASP)*, nyeri adalah pengalaman perasaan emosional yang tidak menyenangkan akibat terjadinya kerusakan aktual maupun potensial atau menggambarkan kondisi terjadinya kerusakan (Tamsuri, 2007).

Nyeri merupakan masalah yang memiliki prioritas tinggi. Nyeri menandakan bahaya fisiologis dan psikologis bagi kesehatan pemulihan. Nyeri berat dianggap sebagai situasi darurat yang patut mendapat perhatian dan penanganan yang tepat. (Kozier dkk 2010).

Nyeri adalah suatu kondisi subjektif dan pengalaman emosional yang tidak mengenakan berhubungan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial yang dirasakan dalam kejadian terjadi kerusakan (Potter dan Perry, 2012).

b. Fisiologis Nyeri

1) Stimulus

Nyeri selalu dikaitkan dengan adanya stimulus (rangsang nyeri) dan reseptor. Reseptor yang dimaksud adalah *nosiseptor*, yaitu ujung-ujung saraf bebas pada kulit yang berespon pada stimulus yang kuat. Munculnya nyeri dimulai dengan adanya stimulus nyeri. Stimulus-stimulus tersebut dapat berupa biologis, zat kimia, panas, listrik serta mekanik.

2) Reseptor

Nyeri Reseptor merupakan sel – sel khusus yang mendeteksi perubahan – perubahan partikular disekitarnya, kaitannya dengan

proses terjadinya nyeri maka reseptor – reseptor inilah yang menangkap stimulus – stimulus nyeri.

c. Klasifikasi Nyeri

Nyeri dapat dibagi menurut berbagai cara, diantaranya berdasar pada sifat, kronologik, atau atas dasar patofisiologinya. Atas dasar sifat nyeri, terdapat 2 macam nyeri, ialah :

1) Nyeri Tajam (sharp pain)

Nyeri ini berupa perasaan yang menyengat, lokasinya jelas dan rangsangan sangat cepat dijalarkan ke pusat. Nyeri jenis ini biasanya terdapat di kulit dan rangsangan bersifat tidak terus menerus.

2) Nyeri Tumpul (dull pain)

Biasanya di dahului oleh sharp pain. Nyeri ini dirasakan di kulit sampai jaringan yang lebih dalam, terasa menyebar dan lambat dijalarkan sedangkan rangsangan bersifat terus menerus.

Nyeri diklasifikasikan atas dua bagian, yaitu nyeri kronis dan nyeri kronis, ialah :

1) Nyeri Akut

Nyeri akut terjadi setelah terjadinya cedera akut, penyakit, atau intervensi bedah dan memiliki awitan yang cepat dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) dan berlangsung untuk waktu singkat. Fungsi nyeri akut adalah untuk memberi peringatan akan cedera atau penyakit yang akan datang. Nyeri akut biasanya akan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah area yang rusak pulih kembali. *Recurrent Acute Pain* diidentifikasi dengan nyeri yang mempunyai periode berulang-ulang dan dirasakan sepanjang hidup pasien.

2) Nyeri Kronis

Nyeri Kronis berlangsung lebih lama daripada nyeri akut, intensitasnya bervariasi (ringan sampai berat) dan biasanya berlangsung lebih dari 6 bulan.

d. Faktor–faktor yang mempengaruhi nyeri

Menurut Prasetyo (2010) menyatakan ada beberapa faktor yang mempengaruhi nyeri. Seorang perawat harus menguasai dan memahami faktor–faktor tersebut dengan memberikan pendekatan yang tepat dalam pengkajian dan perawatan terhadap pasien yang mengalami masalah nyeri. Faktor–faktor yang mempengaruhi nyeri terdiri atas :

1) Usia

Usia merupakan variabel yang penting dalam mempengaruhi nyeri pada individu. Anak yang masih kecil mempunyai kesulitan dalam memahami nyeri dan prosedur pengobatan yang dapat menyebabkan nyeri. Pada pasien lansia seorang perawat harus melakukan pengkajian lebih rinci ketika seorang lansia melaporkan adanya nyeri. Seringkali lansia memiliki sumber nyeri lebih dari satu. Terkadang penyakit yang berbeda – beda yang diderita lansia menimbulkan gejala yang sama, sebagai contoh nyeri dada tidak dapat timbul karena gejala arthrititis pada spinal dan gejala gangguan abdomen. Sebagai lansia terkadang pasrah terhadap apa yang mereka rasakan, mereka menganggap bahwa hal tersebut merupakan konsekuensi penuaan yang tidak bisa dihindari.

2) Jenis Kelamin

Secara umum pria dan wanita tidak berbeda secara signifikan dalam berespon terhadap nyeri. Hanya beberapa budaya yang menganggap bahwa seorang anak laki–laki harus lebih berani dan tidak boleh menangis dibandingkan anak perempuan dalam situasi yang sama ketika merasakan nyeri. Bagaimanapun, pada manusia lebih kompleks, dipengaruhi oleh personal, sosial, budaya, dan lain–lain.

3) Kebudayaan

Perawat seringkali berasumsi bahwa cara berespon pada setiap individu dalam masalah nyeri adalah sama, sehingga

mereka mencoba mengira bagaimana pasien berespon terhadap nyeri. Sebagai contoh, apabila seorang perawat yakni bahwa menangis dan merintih mengindikasikan suatu ketidakmampuan dalam mengontrol nyeri, akibatnya pemberian terapi bisa jadi tidak cocok untuk klien berkebangsaan Meksiko–Amerika yang menangis keras tidak selalu mempersepsikan pengalaman nyeri sebagai sesuatu yang berat atau mengharapkan perawat melakukan intervensi.

4) Makna Nyeri

Pada seseorang mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri. Seorang wanita yang merasakan nyeri saat bersalin akan mempersepsikan nyeri secara berbeda dengan wanita lainnya yang nyeri karena dipukul oleh suaminya.

5) Lokasi Dan Tingkat Keparahan Nyeri

Nyeri yang dirasakan bervariasi dalam intensitas dan tingkat keparahan pada masing–masing individu. Nyeri yang dirasakan mungkin terasa ringan, sedang atau bisa jadi merupakan nyeri berat. Dalam kaitannya dengan kualitas nyeri, masing–masing individu juga bervariasi, ada yang melaporkan nyeri seperti tertusuk, nyeri tumpul, berdenyut, terbakar dan lain–lain, sebagai contoh individu yang tertusuk jarum akan melaporkan nyeri yang berbeda dengan individu yang terkena luka bakar.

6) Ansietas (Kecemasan)

Hubungan antara nyeri dan ansietas bersifat kompleks, ansietas yang dirasakan seseorang seringkali meningkatkan persepsi nyeri, akan tetapi nyeri juga dapat menimbulkan perasaan ansietas. Sebagai contoh seseorang yang menderita kanker kronis dan merasa takut akan kondisi penyakitnya akan semakin meningkatkan persepsi nyerinya.

7) Kelelahan

Kelelahan/kelelahan yang dirasakan seseorang akan meningkatkan sensasi nyeri dan menurunkan kemampuan coping individu.

8) Pengalaman Sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri, akan tidak berarti bahwa individu tersebut akan mudah dalam menghadapi nyeri pada masa yang mendatang. Seseorang yang terbiasa merasakan nyeri akan lebih siap dan mudah mengantisipasi nyeri daripada individu yang mempunyai pengalaman sedikit tentang nyeri.

9) Dukungan Keluarga dan Sosial Individu

Mengalami nyeri seringkali membutuhkan dukungan, bantuan, perlindungan dari anggota keluarga lain, atau teman terdekat. Walaupun nyeri masih dirasakan oleh pasien, kehadiran orang terdekat akan meminimalkan kesepian dan ketakutan. (Prasetyo, 2010)

e. Etiologi Nyeri

Penyebab nyeri dapat dilakukan kedalam dua golongan yaitu penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Secara fisik, penyebab nyeri dapat terjadi karena adanya trauma psikologis. Nyeri disebabkan oleh faktor psikis berkaitan dengan terganggunya serabut saraf reseptor nyeri ini terletak dan tersebar pada lapisan kulit dan jaringan-jaringan tertentu yang terletak lebih dalam. Sedangkan nyeri yang disebabkan faktor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab organik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik.

f. Intensitas Nyeri

Intensitas nyeri adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu. Pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda.

Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respon fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri. Namun, pengukuran dengan teknik ini juga tidak memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri. (Tamsuri, 2007).

1) Karakteristik Nyeri

Karakteristik nyeri meliputi lokasi, penyebaran nyeri, dan penyebaran, durasi (menit, jam, hari, bulan) serta irama (terus – menerus, hilang timbul, bertambah atau berkurangnya intensitas nyeri) dan kualitas nyeri. (Tamsuri, 2007).

2) Faktor Yang Meningkatkan Dan Menurunkan Nyeri

Berbagai perilaku sering diidentifikasi klien sebagai faktor yang mengubah intensitas nyeri, dan apa yang diyakini pasien dapat membantu dirinya. Perilaku ini sering didasarkan pada upaya try and error. (Tamsuri, 2007).

g. Mengukur Skala Nyeri

Intensitas nyeri (skala nyeri) adalah gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual dan kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. (Tamsuri,2010).

1) Skala Nyeri menurut Hayward

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri Hayward dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (0-10) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan.

Skala nyeri menurut Hayward dapat dituliskan sebagai berikut :

0 : tidak nyeri

1-3 : nyeri ringan

4-6 : nyeri sedang

7-9 : sangat nyeri, tetapi masih dapat dikendalikan dengan aktivitas yang bisa dilakukan

10 : sangat nyeri dan tidak dikendalikan

2) Skala Nyeri Menurut McGill

Pengukuran intensitas nyeri dengan menggunakan skala nyeri McGill dilakukan dengan meminta penderita untuk memilih salah satu bilangan (0-5) yang menurutnya paling menggambarkan pengalaman nyeri yang ia rasakan.

Skala nyeri menurut McGill dapat dituliskan sebagai berikut.

- 0 : tidak nyeri
- 1 : nyeri ringan
- 2 : nyeri sedang
- 3 : nyeri berat atau parah
- 4 : nyeri sangat berat
- 5 : nyeri hebat

3) Skala Wajah atau Wong-baker Faces Rating Scale

Pengukuran intensitas nyeri dengan skala wajah dilakukan dengan cara memerhatikan mimik wajah pasien pada saat nyeri tersebut menyerang. Cara ini di terapkan pada pasien yang tidak dapat menyatakan intensitas nyerinya dengan skala angka, misalnya anak-anak dan lansia.

h. Penanganan Nyeri

Menurut (Wahyudi,2016) terdapat beberapa cara penanganan nyeri yaitu

1) Farmakologi

Manajemen farmakologi yang dilakukan adalah pemberian analgesik atau obat penghilang rasa sakit. Penatalaksanaan farmakologi adalah pemberian obat untuk mengurangi nyeri. Obat-obatan yang diberikan dapat digolongkan ke dalam:

a) Analgesik narkotik

Analgesik narkotik terdiri dari berbagai derivat opium seperti morfin dan kodein. Narkotik dapat memberikan efek penurunan nyeri dan kegembiraan karena obat ini mengadakan ikatan dengan reseptor opiate dan mengaktifkan penekanan nyeri endogen pada susunan saraf pusat.

Penggunaan obat ini menimbulkan efek menekan pusat pernapasan di medulla batang otak sehingga perlu pengkajian secara teratur terhadap perubahan dalam status pernapasan jika menggunakan analgesik jenis ini.

b) Analgesik non narkotik

Analgesik non narkotik seperti aspirin, asetaminofen, dan ibuprofen selain memiliki efek anti nyeri juga memiliki efek anti inflamasi dan anti piretik. Obat golongan ini menyebabkan penurunan nyeri dengan menghambat produksi prostaglandin dari jaringan yang mengalami trauma atau inflamasi. Efek samping yang paling umum terjadi adalah gangguan pencernaan seperti adanya ulkus gaster dan perdarahan gaster.

Mengenai obat-obatan yang digunakan untuk mengurangi nyeri pada sendi, yaitu:

- a) Analgesik opioid (narkotik) nama obat yang digunakan adalah MST Continus. Morfin sulfat 10 mg, 15 mg, 30 mg. Awal 10-15 mg efek obat selama 12 jam. Nyeri tidak dapat dikontrol dengan opioid: awal 20-30 mg tiap 12 jam. Mengonsumsi obat ini dengan cara ditelan utuh tidak dibagi, dikunyah, dan dihancurkan.
- b) Pengobatan nyeri pada sendi jenis NSAID adalah aspirin dan ibuprofen (Afren). Indikasinya untuk nyeri ringan hingga sedang, nyeri pasca operasi, penyakit rheumatoid dan nyeri otot. Dosis afren dewasa 400 mg 3-4 x/hr. Sebagai analgesik 200-400 mg 3-4 x/hr. Efek sampingnya ialah pasien akan merasa mual, muntah, diare, konstipasi, nyeri abdomen atau rasa panas terbakar sementara pada lambung, ruam kulit, bronkospasme atau trombositopenia.

2) Non farmakologi

Penanganan nyeri secara non farmakologis dapat dilakukan dengan cara yaitu:

1) Relaksasi progresif

Relaksasi adalah kebebasan mental dan fisik dari ketegangan stres. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika terjadi rasa tidak nyaman atau nyeri, stres fisik, dan emosi pada nyeri (Potter & Perry, 2007).

2) Stimulasi kutaneus plasebo

Plasebo adalah zat tanpa kegiatan farmakologi dalam bentuk yang dikenal oleh klien sebagai obat seperti kapsul, cairan injeksi, dan sebagainya. Plasebo umumnya terdiri dari larutan gula, larutan salin normal, atau air biasa (Tamsuri, 2007).

3) Teknik distraksi

Distraksi adalah metode untuk menghilangkan nyeri dengan cara mengalihkan perhatian pasien pada hal-hal yang lain sehingga pasien lupa terhadap nyeri yang dialaminya.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah pengumpulan, pengaturan, validasi, dan dokumentasi data (informasi) yang sistematis dan berkesinambungan (Koizer, 2011).

Pengkajian didalam keperawatan intensif sama dengan pengkajian umumnya yaitu dengan pendekatan sistem yang meliputi aspek bio-psiko-sosial-kultural-spiritual, namun klien yang dirawat menggunakan alat-alat bantu mekanik seperti alat bantu napas, hemodialisa, pengkajian juga diarahkan ke hal-hal yang lebih khusus yakni terkait dengan terapi dan dampak dari penggunaan alat-alat tersebut. Pengkajian airway, breathing, dan circulation penting halnya untuk diperhatikan pada pasien kritis. Pengkajian tingkat kesadaran pasien juga penting adanya untuk dilakukan secara berkala (Romli & Indrawati, 2018).

a. Pengkajian Primer

1) *Airway*

Menurut (Harmono, Tyas, & Farida, 2016) pengkajian jalan nafas bertujuan menilai kepatenan jalan napas atau mengalami obstruksi total atau parsial dengan mempertahankan tulang servikal dengan teknik *head tilt chin-lift* (*jaw thrust* jika dicurigai cedera servikal). Pengkajian pada jalan nafas dengan cara *look, listen, feel*.

2) *Breathing*

Pengkajian breathing (pernafasan) dilakukan setelah penilaian jalan nafas. Pengkajian pernafasan dilakukan dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi.

a) Inspeksi

- (1) Kaji bentuk toraks, apakah normal atau ada kelainan, seperti: Bentuk dada barel (tong), bentuk dada pigeon (burung), bentuk dada funner (cekung).
- (2) Status pernapasan. Inspeksi frekuensi pernapasan, pola pernapasan amati apakah teratur atau ada perubahan pola pernapasan (Sighing, cheyne-stokes, agonal, apnea, kussmaul, biot, apneustik).

b) Palpasi

Palpasi merupakan teknik pemeriksaan yang menggunakan indra peraba. Tangan dan jari-jari adalah instrument yang sensitif dan digunakan untuk mengumpulkan data tentang suhu, turgor, bentuk, kelembapan, vibrasi, dan ukuran.

c) Perkusi

Perkusi merupakan teknik pemeriksaan dengan mengetuk-ngetukkan jari perawat (sebagai alat untuk menghasilkan suara) ke bagian tubuh klien untuk membandingkan bagian yang kiri dengan yang kanan. Perkusi bertujuan untuk mengidentifikasi lokasi, ukuran, bentuk, dan konsistensi

jaringan. Suara-suara yang akan ditemui saat perkusi seperti suara sonor, pekak, redup, hipersonor atau timpani.

d) Auskultasi

Auskultasi merupakan teknik pemeriksaan dengan menggunakan stetoskop untuk mendengarkan bunyi yang dihasilkan oleh tubuh. Secara umum, terdapat tiga tipe bunyi yang terdengar pada dada normal yaitu vesikuler, bronkial, bronkovasikuler. Adapun suara napas tambahan yang sering terdengar seperti rales, rochi, wheezing, stridor, *Pleura Friction Rub*.

3) *Circulation*

Pengkajian sirkulasi bertujuan untuk mengetahui dan menilai kemampuan jantung dan pembuluh darah dalam memompa darah keseluruh tubuh. Pengkajian sirkulasi meliputi: tekanan darah, jumlah nadi, keadaan akral, dingin atau hangat, sianosis, bendungan vena jugularis (Harmono, Tyas, & Farida, 2016)

4) *Disability*

Pengkajian disability bertujuan untuk mengetahui dan menilai tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil, tanda-tanda lateralisasi, dan tingkat cedera spinal, GCS adalah sistem skoring sederhana dan dapat memperkirakan outcome pasien.

b. Pengkajian Sekunder

1) Identitas pasien

Pengkajian identitas pasien meliputi nama, alamat, usia, jenis kelamin, status perwakinan, pekerjaan, agama, pembiayaan layanan kesehatan, dan sumber perawatan medis yang biasa.

2) Keluhan utama

Keluhan utama merupakan gejala penyakit yang dirasakan pada saat masuk rumah sakit atau saat dilakukan pengkajian. Adapun pengkajian yang dilakukan terhadap pasien dengan keluhan nyeri sebagai berikut :

- a. Provoking atau pemicu, yaitu faktor yang memicu timbulnya nyeri (apa yang menyebabkan nyeri)
- b. Quality atau kualitas nyeri (misalnya apakah rasanya tajam, apakah rasa sakitnya seperti diremas, menekan, membakar atau seperti ditusuk-tusuk).
- c. Region atau daerah (misalnya apakah rasa sakitnya menyebar ke daerah lain atau disatu titik saja)
- d. Severety atau keganasan, (seperti apa rasa sakitnya dalam menilai nyeri dalam skala 1-10 atau dengan skala *faces* untuk pasien anak-anak)
- e. Time atau waktu, (misalnya kapan rasa nyeri muncul, berapa lama nyeri dirasakan)

3) Riwayat penyakit sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung keluhan utama dengan melakukan serangkaian pertanyaan tentang kronologis keluhan utama meliputi kapan gejala muncul, apakah awitan gejala mendadak atau bertahap, berapa kali masalah terjadi, lokasi gangguan yang pasti, karakteristik keluhan, aktivitas yang pasien lakukan ketika masalah terjadi, fenomena atau gejala yang berhubungan dengan keluhan utama, faktor yang meningkat atau mengurangi masalah.

4) Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit dahulu yang berhubungan dengan sistem persarafan atau penyakit sistem sistemik lain. Demikian pula riwayat penyakit keluarga terutama penyakit menular. (susilo, 2019).

5) Riwayat kesehatan keluarga

Riwayat kesehatan keluarga yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologis pasien terhadap masalah gangguan kebutuhan nyaman nyeri yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan pasien dalam menghadapi gangguan kebutuhan nyaman nyeri.

6) Data psikologis

Aspek psikologis yang perlu dikaji diantaranya adalah bagaimana respons psikologi pasien terhadap masalah gangguan aktivitas yang dialaminya, mekanisme koping yang digunakan pasien dalam menghadapi gangguan aktivitas.

7) Gaya hidup

Pengkajian pada aspek gaya hidup ini meliputi kebiasaan personal, diet, pola tidur/istirahat, aktivitas kehidupan sehari-hari, rekreasi/hobi.

8) Data sosial

Pengkajian pada data sosial ini meliputi hubungan keluarga/persahabatan, persatuan etnik, riwayat pendidikan, riwayat pekerjaan, status ekonomi, kondisi rumah dan lingkungan.

9) Data psikologis

Pengkajian pada data psikologik ini meliputi stressor utama, pola koping yang biasa terhadap masalah serius atau stress tingkat tinggi, gaya komunikasi.

10) Pola perawatan kesehatan

Hal yang perlu dikaji pada ini adalah semua sumber perawatan kesehatan yang digunakan saat ini dan dimasa lalu.

a) Pola kesehatan fungsional

(1) Pola persepsi-manajemen kesehatan

Menggambarkan penjelasan pribadi pasien mengenai kesehatan dan kesejahteraan: bagaimana pasien mengelola kesehatannya (seperti frekuensi kunjungan kepenyediaan layanan kesehatan dan kepatuhan terapi dirumah) pengetahuan tentang praktik pencegahan.

(2) Pola metabolisme-nutrisi

Menggambarkan pola makan dan minum pasien sehari-hari atau dalam jangka seminggu (seperti pilihan makan tertentu atau makanan yang harus dihindari, diet tertentu, nafsu makan): berat badan, hilang atau bertambahnya berat badan

(3) Pola eliminasi

Menggambarkan pola eksresi (usus, kandung kemih atau kulit).

(4) Pola aktivitas-latihan

Menggambarkan pola latihan, aktivitas, liburan, dan rekreasi: kemampuan untuk dapat menjalankan aktivitas sehari-hari

(5) Pola istirahat tidur

Menggambarkan pola tidur, istirahat, dan relaksasi

(6) Pola kognitif-persepsi

Menggambarkan pola persepsi sensorik: kemampuan berbahasa, ingatan, dan pembuatan keputusan.

(7) Pola persepsi diri-konsp diri

Menggambarkan pola konsep dan persepsi diri pasien (seperti konsep diri/penghargaan, pola emosional, gambar diri)

(8) Pola aturan-berhubungan

Menggambarkan pola pasien yang berhubungan dengan ikatan atau hubungan

(9) Pola seksual-reproduksi

Menggambarkan pola kepuasan dan ketidakpuasan seksual pasien: pola reproduksi pasien: masalah pre dan post menopause.

(10) Pola koping-toleransi terhadap stres

Menggambarkan pola koping pasien dalam menangani stres: sumber dukungan: efektivitas pola koping yang pasien miliki dalam menoleransi stres.

(11) Nilai-kepercayaan

Menggambarkan pola nilai, kepercayaan (termasuk aktivitas keagamaan), dan tujuan yang memengaruhi pilihan dan keputusan pasien.

c. Pemeriksaan fisik

1) Keadaan umum

Pasien biasanya terlihat lemah dan kurang bergairah tidak seperti biasanya

2) Tanda-tanda vital

- a) Tekanan darah
- b) Nadi
- c) Pernafasan
- d) Suhu
- e) Saturasi oksigen

3) Kepala

Pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis cedera kepala sedang bentuk kepala simetris, bulat, bagian rambut dan kulit kepala tampak kotor akibat dari luka pada kepala yang mengakibatkan darah berlumuran di daerah sekitar, ada lesi.

4) Leher

Pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis cedera kepala tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada kaku kuduk, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.

5) Mata

Pada pasien Ny. S bagian mata konjungtiva terlihat pucat (anemis), kantung mata terlihat menghitam akibat dari kurangnya istirahat tidur.

6) Hidung

Pada pasien Ny. S dengan diagnosa medis cedera kepala sedang bentuk hidung normal tetapi pada saat pasien datang ke IGD hidung mengeluarkan darah mulai dari pukul 15.00 WIB saat kejadian sampai dengan pukul 21.00 WIB.

7) Telinga

Pada pasien bentuk telinga normal tidak memiliki gangguan ataupun kelainan tetapi pada saat masuk IGD telinga mengeluarkan cairan darah mulai dari pukul 15.00 saat kejadian sampai pukul 01.00 WIB.

8) Mulut

Pada pasien Ny. S diagnosa medis cedera kepala sedang lidah tampak pucat, mukosa bibir kering.

9) Thorak

Pada inspeksi bentuk dada simetris, tidak ada alat bantu pernafasan dan tidak ada lesi. Pada palpasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjola. Pada saat perkusi terdengar suara sonor. Pada saat auskultasi tidak ada suara tambahan.

10) Abdomen

Pada saat inspeksi bentuk abdomen normal warna kulit sawo matang dan tidak terdapat luka. saat di auskultasi peristaltik usus terdengar 28 kali/menit, saat auskultasi tidak ada nyeri tekan, tidak ada edema, tidak ada benjolan, saat di perkusi terdengar suara thympani.

11) Ekstermitas

Pada saat pengkajian untuk bagian ekstermitas atas dan bawah dapat digerakkan secara normal, tidak ada bengkak ataupun luka bekas operasi.

12) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada pasien cedera kepala sedang antara lain, CT-SCAN Leukosit, Eritrosit, Hemaglobin, Hematokrit, MCU, MCH, MCHC, Trombosit,

MPU, PDW, RDW-CV, PCT, Neutrofil %, Limposit %, Monosit %, Eosinofil %, Basofil %, Neutrofil , Limposit , Monosit , Eosinofil , Basofil , Neutrofil Lymposit rasio (NLR), Ureum, Glukosa sewaktu, Natrium, Creatinin dan Kalium.

2. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu pertanyaan yang menggambarkan respons manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktivitas potensial) dari individu atau kelompok tempat anda secara legal mengidentifikasi dan anda dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi, menyingkirkan, atau mencegah perubahan (Pertami, 2015)

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia SDKI Edisi I cetakan III (2017) diagnosa keperawatan yang muncul yaitu:

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (trauma)

Definisi

Pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan brintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

Penyebab:

- 1) Agen pencedera fisiologis (mis. Infalamsi, iskemia, neoplasma)
- 2) Agen pencedera kimiawi (mis. Terbakar, bahan kimia iritan)
- 3) Agen pencedera fisik (mis. Abses, amputasi, terbakar, terpotong, menangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebih)

Gejala dan tanda mayor

Data subjektif

- 1) mengeluh nyeri

Data objektif

- 1) tampak meringis
- 2) bersikap protektif (mis. Waspada, posisi menghindari nyeri)
- 3) gelisah
- 4) frekuensi nadi meningkat

- 5) sulit tidur

Gejala dan tanda minor**Data subjektif**

(tidak tersedia)

Data objektif

- 1) tekanan darah meningkat
- 2) pola napas berubah
- 3) nafsu makan berubah
- 4) proses berpikir terganggu
- 5) menarik diri
- 6) berfokus pada diri sendiri
- 7) diaforsis

Kondisi klinis terkait

- 1) kondisi pembedahan
- 2) cedera traumatis
- 3) infeksi
- 4) sindrom koroner akut
- 5) glaucoma

b. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelemahan**Definisi**

Tidak mampu melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Penyebab

- 1) Gangguan muskuloskeletal
- 2) Gangguan neuromuskuler
- 3) Kelemahan
- 4) Gangguan psikologis dan/atau psikotik
- 5) Penurunan motivasi/minat

Gejala dan tanda mayor**Data subjektif**

- 1) Menolak melakukan perawatan diri

Data objektif

- 1) Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri
- 2) Minat melakukan perawatan diri kurang

Gejala dan tanda minor**Data subjektif**

(tidak tersedia)

Data objektif

(tidak tersedia)

Kondisi klinis terkait

- 1) Stroke
- 2) Cedera medulla spinalis
- 3) Defresi
- 4) Arthritis rheumatoid
- 5) Retardasi mental
- 6) Delirium
- 7) Demensia
- 8) Gangguan amnestic
- 9) Skizofrenia dan gangguan psikotik lain
- 10) Fungsi penilaian terganggu

c. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Cedera**Kepala****Definisi**

Birisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak.

Faktor Risiko

1. Keabnormalan masa prothrombin dan/atau masa tromboplastin parsial.
2. Penurunan kinerja ventrikel kiri
3. Aterosklerosis aorta
4. Diseksi arteri
5. Fibrilasi turun
6. Tumor otak

7. Stenosis karotis
8. Miksoma atrium
9. Aneurisma serebri
10. Koagulapati
11. Dilatasi kardiomiopati
12. Koagulasi intravaskuler
13. Embolisme
14. Cedera kepala
15. Hiperkolesteronemia
16. Hipertensi
17. Endokarditis infeksi
18. Katup prostetik mekanis
19. Stenosis mitral
20. Neoplasma otak
21. Infark miokard akut
22. Sindrom *sick sinus*
23. Penyalahgunaan zat
24. Terapi trombolitik
25. Efek samping Tindakan

Kondisi klinis terkait

1. Stroke
2. Cedera kepala
3. Aterosklerotik aortik
4. Infark miokard akut
5. Diseksi arteri
6. Embolisme
7. Endokarditis infeksi
8. Fibrilasi atrium
9. Hiperkolesterolemia
10. Hipertensi
11. Dilatasi kardiomiopati
12. Koagulasi intravaskular diseminata

13. Miksoma atrium
14. Neoplasma otak
15. Segmen ventrikel kiri akinetic
16. Sindrom sick sinus
17. Stenosis karotid
18. Stenosis mitral
19. Hidrosefalus
20. Infeksi otak

3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan SIKI (2018).

a. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (trauma)

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- 1) Keluhan nyeri menurun
- 2) Meringis menurun
- 3) Sikap protektif menurun
- 4) Gelisah menurun
- 5) Kesulitan tidur menurun

Tabel 1 Intervensi Nyeri Akut

| Intervensi Utama | Intervensi pendukung |
|---|-----------------------|
| Manajemen Nyeri Observasi - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skalanyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Terapeutik - Berikan teknik non farmakologis untuk | 1. Latihan pernafasan |

| | |
|---|--|
| <p>mengurangi nyeri yaitu terapi tarik nafas dalam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi istirahat tidur dengan menganjurkan pasien untuk istirahat yang cukup <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ajarkan pasien teknik rileksasi tarik nafas dalam <p>Kalaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetik yaitu katekolac 2 ampul selama 24 jam | |
|---|--|

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

b. Defisit Perawatan Diri berhubungan dengan Kelamahan

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Kemampuan mandi meningkat
- 2) Kemampuan mengenakan pakaian meningkat
- 3) Kemampuan makan meningkat
- 4) Minat melakukan perawatan diri meningkat

Tabel 2 Intervensi Perawatan Diri

| Intervensi utama | Intervensi pendukung |
|--|--|
| <p>Dukungan Perawatan Diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan lingkungan yang terapeutik (privasi) - Siapkan keperluan mandi (sikat gigi dan sabun mandi) - Bantu pasien melakukan perawatan diri sampai mandiri seperti mandi, sikat gigi, dan kramas <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemberian makanan 2. Perawatan kaki 3. Perawatan kuku 4. Perawatan mata 5. Perawatan mulut 6. Perawatan rambut 7. Perawatan telinga |

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2018)

c. Risiko Gangguan Perfusi Serebral Tidak Efektif dibuktikan dengan Cedera kepala

Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:

- 1) Tingkat kesadaran meningkat
- 2) Nilai rata-rata tekanan darah membaik
- 3) Kesadaran membaik
- 4) Sakit kepala menurun
- 5) Gelisah menurun

Tabel 3 Intervensi Gangguan Perfusi Serebral Tidak Efektif

| Intervensi utama | Intervensi pendukung |
|---|--|
| <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab peningkatan (edema serebral) - Monitor tanda dan gejala (mis. Peningkatan tekanan darah, nadi, pola nafas, kesadaran) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi semi fowler - Pertahankan suhu tubuh normal | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan tanda vital 2. Pemberian obat |

Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (2016)

4. Implementasi

Pada proses keperawatan, implementasi adalah fase ketika perawat mengimplementasikan intervensi keperawatan. Berdasarkan terminologi NIC, implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan tindakan yang merupakan tindakan khusus yang diperlukan untuk melaksanakan intervensi (atau program keperawatan) (Kozier, 2010)

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan untuk dapat menentukan keberhasilan dalam asuhan keperawatan. Evaluasi pada dasarnya membandingkan status keadaan kesehatan pasien dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan. Evaluasi perkembangan kesehatan pasien dapat dilihat dari hasil tindakan keperawatan.

Tujuannya untuk mengetahui sejauh mana tujuan perawatan dapat dicapai dan memberikan umpan balik terhadap asuhan keperawatan yang diberikan. Jika tidak tercapai, maka perlu dikaji ulang letak kesalahannya, dicari jalan keluarnya, kemudian catat apa yang ditemukan, serta apakah perlu dilakukan perubahan intervensi (Wartolah, 2015)

C. Tinjauan Konsep Penyakit

1. Pengertian Cedera Otak Traumatis

Cedera kepala merupakan proses terjadinya trauma langsung (deselerasi) terhadap kepala yang menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak. Cedera dibagi menjadi dua yaitu cedera otak primer dan sekunder. Cedera kepala otak primer merupakan kerusakan yang terjadi pada otak segera setelah trauma, sedangkan cedera otak sekunder merupakan kerusakan yang berkembang kemudian sebagai komplikasi susilo (2019).

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstisial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak Cedera kepala yaitu adanya deformitas berupa penyimpangan bentuk atau penyimpangan garis pada tulang tengkorak, percepatan dan perlambatan (accelerasi descelarasi) yang merupakan perubahan bentuk dipengaruhi oleh perubahan peningkatan pada percepatan factor dan penurunan percepatan, serta rotasi yaitu pergerakan pada kepala dirasakan juga oleh otak sebagai akibat perputaran pada tindakan pencegahan Cedera kepala pada dasarnya dikenal dua macam mekanisme trauma yang mengenai kepala yakni benturan dan guncangan susilo (2019).

2. Etiologi

Penyebab trauma kepala dapat meliputi kecelakaan lalu lintas, terjatuh, kecelakaan yang berkaitan dengan olahraga, atau kejahatan dan tindak kekerasan.

3. Klasifikasi

Menurut Susilo (2019) jenis-jenis cedera otak traumatis yaitu:

a. Trauma Kepala Terbuka

Kerusakan otak dapat terjadi bila tulang tengkorak masuk ke dalam jaringan otak. Jika kondisi ini kemudian melukai atau menyobek dura mater, maka dapat menyebabkan cairan serebrospinal merembes, kerusakan saraf otak, dan jaringan otak.

b. Trauma Kepala Tertutup

Keadaan trauma kepala tertutup dapat mengakibatkan kondisi komosis, kontusio, epidural hematoma, subdural hematoma, intrakranial hematoma.

Sementara itu cedera kepala dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS), yaitu:

a. Cedera Kepala Ringan

- 1) Nilai GCS > 13
- 2) Tidak terdapat kelainan pada CT *scan* otak
- 3) Tidak memerlukan tindakan operasi
- 4) Lama dirawat di rumah sakit adalah 48 jam

b. Cedera Kepala Sedang

- 1) Nilai GCS 9-13
- 2) Ditemukan kelainan pada CT *scan* otak
- 3) Memerlukan tindakan operasi untuk lesi intracranial
- 4) Dirawat di rumah sakit setidaknya 48 jam

c. Cedera Kepala Berat

Bila dalam waktu 48 jam setelah trauma memiliki nilai GCS <9

Glasgow Coma Scale

| Pembukaan mata | | Respon suara | | Respon motorik terbaik | |
|----------------|---|----------------------------|---|--------------------------|---|
| Spontan | 4 | Waspada dan orientasi baik | 5 | Mematuhi perintah | 6 |
| Terhadap suara | 3 | Bingung | 4 | Menunjukkan tempat nyeri | 5 |
| Terhadap nyeri | 2 | Tidak sesuai | 3 | Fleksi terhadap nyeri | 4 |
| Tidak ada | 1 | Bicara kacau | 2 | Fleksi | 3 |

| | | | | | | | |
|------------------------|---|-------------------------|---|------------------------|----------------|---|--|
| pembukaan | | | | | abnormal | | |
| | | | | | terhadap nyeri | | |
| Tidak ada respon suara | 1 | Ekstensi terhadap nyeri | 2 | Tidak ada respon nyeri | | 1 | |

Sadar penuh: GCS = 15; koma dalam: GCS = 3.

4. Patofisiologi

Menurut Susilo (2019) ada beberapa patofisiologi cedera kepala, yaitu:

a. Pukulan Langsung

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

b. Rotasi/Deselerasi

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

c. Tabrakan

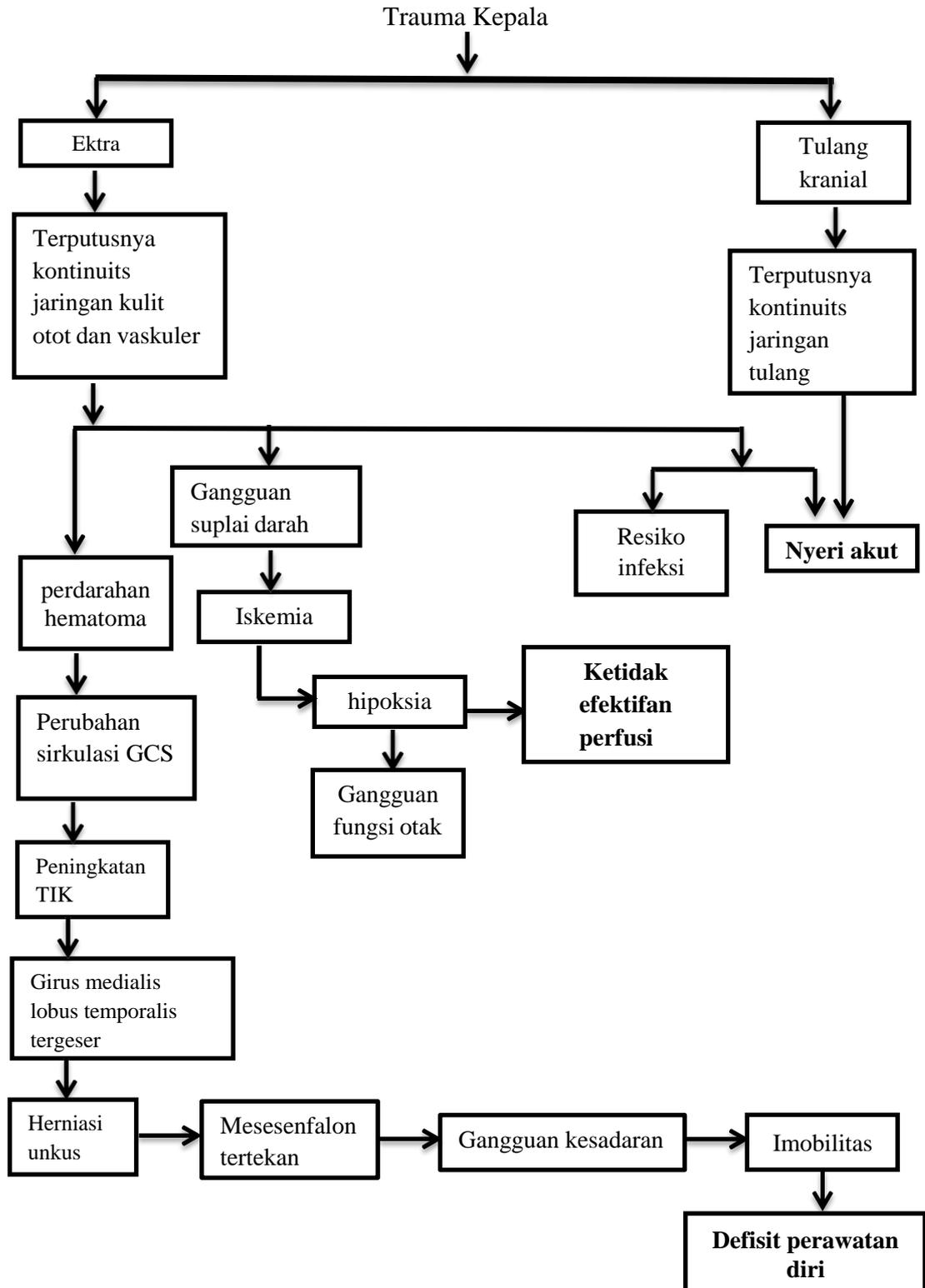
Otak sering kali terhindar dari trauma langsung kecuali jika berat (terutama pada anak-anak dengan tengkorak yang elastis).

d. Peluru

Cenderung menyebabkan hilangnya jaringan seiring dengan trauma. Pembengkakan otak merupakan masalah akibat disrupsi 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.

Pathway Cidera Kepala



Gambar 1 Pathway Cidera Kepala

Sumber Nabila Yuniar (2019)

5. Manifestasi Klinis

Menurut Susilo (2019) secara klinis tanda dan gejala cedera kepala, yaitu:

- a. Komosio (Gegar Otak)
 - 1) Cedera kepala ringan
 - 2) Disfungsi neurologis sementara dan dapat pulih kembali
 - 3) Hilang kesadaran sementara 10-20 menit
 - 4) Tanpa kerusakan otak permanen
 - 5) Muncul gejala nyeri kepala, pusing, muntah
 - 6) Disorientasi sementara
 - 7) Tidak ada gejala sisa
 - 8) Tidak ada terapi khusus
- b. Kontusio Serebri (Memar otak)
 - 1) Ada memar di otak
 - 2) Perdarahan kecil local
 - 3) Gangguan kesadaran lebih lama
 - 4) Kelainan neurologis positif
 - 5) Refleks patologis positif, lumpuh, konvulsi
 - 6) Gejala TIK meningkat
 - 7) *Amnesia retrograde* lebih nyata
- c. Umum
 - 1) Gangguan kesadaran
 - 2) Kebingungan
 - 3) Abnormalitas pupil
 - 4) Awitan tiba-tiba defisit neurologic
 - 5) Perubahan tanda vital
 - 6) Gangguan penglihatan dan pendengaran
 - 7) Disfungsi sensori
 - 8) Kejang otot
 - 9) Sakit kepala
 - 10) Vertigo
 - 11) Gangguan pergerakan

6. Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjan dilakukan pada pasien cedera kepala sedang antara lain CT-SCAN Leukosit, Eritrosit, Hemaglobin, Hematokrit, MCU, MCH, MCHC, Trombosit, MPU, PDW, RDW-CV, PCT, Neutrofil %, Limposit %, Monosit %, Eosinofil %, Basofil %, Neutrofil, Limposit, Monosit, Eosinofil, Basofil, Neutrofil Lymposit rasio (NLR), Ureum, Glukosa sewaktu, Natrium, Creatinin dan Kalium.

7. Penatalaksanaan

a. Cedera Kepala Ringan

Menurut Susilo (2019) Cedera Kepala Ringan Pasien sadar, mungkin memiliki riwayat periode kehilangan kesadaran. Amnesia retrograd terhadap peristiwa sebelum kecelakaan cukup signifikan.

- 1) Indikasi untuk rontgen tengkorak
 - a) Hilang kesadaran atau amnesia
 - b) Tanda-tanda neurologis
 - c) Kebocoran LCS
 - d) Curiga trauma tembus
 - e) Intoksikasi alcohol
 - f) Sulit menilai pasien
- 2) Indikasi rawat
 - a) Kebingungan atau GCS menurun
 - b) Fraktur tengkorak
 - c) Tanda-tanda neurologis atau sakit kepala atau muntah
 - d) Sulit menilai pasien
 - e) Terdapat masalah medis yang menyertai
 - f) Kondisi sosial yang tidak adekuat atau tidak ada orang dewasa yang dapat mengawasi pasien
- 3) Indikasi untuk merujuk ke bagian bedah saraf
 - a) Fraktur tengkorak+ bingung/penurunan GCS
 - b) Tanda-tanda neurologis fokal atau kejang
 - c) Menetapnya tanda-tanda neurologis atau kebingungan >12 jam

- d) Koma setelah resusitasi
- e) Curiga cedera terbuka pada tengkorak
- f) Fraktur tekanan pada tengkorak
- g) Terdapat perburukan

b. Cedera Kepala Berat

- 1) Pasien akan datang dalam keadaan tidak sadar ke unit gawat darurat. Cedera kepala mungkin merupakan bagian dari trauma multipel.
- 2) ABC (Airway management, Breathing, Circulation). Intubasi dan ventilasi pasien-pasien tidak sadar untuk melindungi jalan napas dan mencegah cedera otak sekunder akibat hipoksia.
- 3) Resusitasi pasien dan cari tanda-tanda cedera lainnya, khususnya jika pasien dalam keadaan syok. Cedera kepala dapat disertai dengan cedera tulang belakang servikal dan leher harus dilindungi dengan cervical collar pada pasien-pasien ini.
- 4) Obati masalah-masalah yang mengancam hidup (misalnya ruptur limpa) dan stabilkan pasien sebelum dikirim ke unit bedah saraf. Pastikan terdapat pengawasan medis yang adekuat (ahli anestesi dan perawat) selama pengiriman.