

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Asuhan Keperawatan

2.1.1 Pengkajian

1. Pengkajian primer

a) Airway

Kaji kepatenan jalan nafas, observasi adanya lidah jatuh, adanya benda asing pada jalan nafas (bekas muntahan, darah, sekret yang tertahan), adanya edema pada mulut, faring, laring, disfagia, suara stridor, gurgling atau wheezing yang menandakan adanya masalah jalan nafas.

b) Breathing

Kaji keefektifan pola nafas, respiratory rate, abnormalitas pernafasan, bunyi nafas tambahan, penggunaan otot bantu nafas, adanya nafas cuping hidung, saturasi oksigen.

c) Circulation

Kaji heart rate, tekanan darah, kekuatan nadi, capillary refill, akral, suhu tubuh, warna kulit, kelembaban kulit, perdarahan eksternal jika ada.

d) Disability

Berisi pengkajian kesadaran dengan Glasgow Coma Scale (GCS), ukuran dan reaksi pupil.

e) Exposure

Berisi pengkajian terhadap suhu serta adanya injury atau kelainan lain, kondisi lingkungan yang ada di sekitar pasien.

2. pengkajian skunder

a) Identitas pasien dan keluarga (penanggung jawab) : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, golongan darah, hubungan pasien dengan keluarga.

b) Riwayat kesehatan sekarang: tingkat kesadaran Glasgow Coma Scale (GCS) (< 15), muntah, dispnea atau takipnea, sakit kepala, wajah simetris atau tidak, lemah, luka pada kepala, akumulasi pada saluran nafas kejang dan dapat dikaji dari pasien atau keluarga sebagai data subjektif. Data - data ini sangat berarti karena dapat mempengaruhi prognosa pasien.

c) Riwayat penyakit dahulu : haruslah diketahui dengan baik yang berhubungan dengan system persyarafan maupun penyakit sistem sistemik lainnya. Demikian pula riwayat penyakit keluarga terutama yang mempunyai penyakit keturunan atau menular.

3. Pemeriksaan fisik

Aspek neurologis yang di kaji adalah : tingkat kesadaran, biasanya GCS <15, disorientasi orang, tempat dan waktu, perubahan nilai tanda – tanda vital, kaku kuduk, hemiparese.

4. Pemeriksaan penunjang

- a) CT-Scan : CT-Scan berguna untuk mendiagnosis dan memantau lesi intrakranial atau mengevaluasi dan menentukan luasnya cedera neurologis.
- b) Magnetic Resonance Imaging (MRI) : Digunakan sama seperti CT-Scan dengan atau tanpa kontras radioaktif.
- c) Serial Elektroensefalografi (EEG) : Dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis.
- d) SinarX-Ray : Mendeteksi perubahan struktur tulang.
- e) Brain system Auditory Evoked Response (BAER) : Mengoreksi batas fungsi korteks dan otak kecil.
- f) Positron Emission Tomography (PET) : Mendeteksi perubahan aktifitas metabolisme otak.

2.1.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat masalah kesehatan atau prose kehidupan yang actual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. (Salsabila,2021) berikut ini diagnose yang muncul pada pasien cedera kepala menurut SDKI DPP PPNI (2017) :

1. Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan tingkat kesadaran
2. bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan sekresi yang tertahan
3. gangguan ventilasi spontan berhubungan dengan kelemahan otot pernafasan
4. resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan hipoksia jaringan

namun dalam studi kasus ini penulis memfokuskan pada satu diagnose keperawatan yaitu Resiko Aspirasi. Resiko Aspirasi yaitu resiko yang mengalami masuknya sekresi gastrointestinal, sekresi orofaring, benda cair atau padat ke dalam saluran trakeabronkhial akibat disfungsi mekanisme protektif saluran nafas. SDKI DPP PPNI(2017).

2.1.3 Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan klien dapat diatasi. Untuk dapat mempersiapkan perencanaan yang baik perawat harus mempunyai pengetahuan yang baik untuk menentukan tindakan keperawatan yang tepat pada pasien (Jesika,2020)

Masalah keperawatan	SLKI	SIKI
Resiko aspirasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan, diharapkan tingkat aspirasi pasien menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> • Tingkat kesadaran meningkat • Kemampuan menelan meningkat • Dipsnea menurun • Kelemahan otot menurun • Akumulasi sekret menurun 	Pencegahan aspirasi Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tingkat kesadaran • Monitor batuk, muntah, kemampuan menelan • Monitor status pemapasan Teurapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Posisikan semifowler • Pertahankan kepatenan jalan nafas Edukasi <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan strategi mencegah aspirasai • Anjurkan makan secara perrlahan
Bersihkan jalan nafas tidak efektif	Setelah di lakukan tindakan keperawatan, di harapkan jalan nafas pasien tetap paten dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> • mengi menurun • gelisah menurun • sulit berbicara menurun • tidak lagi produksi sputum • frekuensi nafas membaik • pola nafas membaik 	Menejemen jalan nafas Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Monitor frekuensi, kedalaman, dan usaha bernafas • Monitor bunyi nafas tambahan • Monitor jumlah, warna, dan aroma sputum Teurapeutik : <ul style="list-style-type: none"> • Perhatikan kepatenan jalan nafas dengan head-tlit dan chin-lift • Posisikan semi-fowler atau fowler • Berikan minum hangat • Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik • Lakukan fisioterapi dada <i>jika</i>

		<p><i>perlu</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari, <i>jika tidak kontraindikasi</i> • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektan, mukolitik, <i>jika perlu</i>
Gangguan ventilasi spontan	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan, di harapkan kemampuan bernafas adekuat pasien meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • dispnea menurun • gelisah menurun • volume tidal menurun • tekanan oksigen membaik • takikardi membaik 	<p>Dukungan Ventilasi</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi adanya kelelahan otot bantu nafas • Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernafasan • Monitor status respirasi dan oksigenasi <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan nafas • Berikan posisi semi fowler atau fowler • Fasilitasi mengubah posisi nyaman mungkin • Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan • Gunakan bag-valve mask, <i>jika perlu</i> <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan melakukan teknik relaksasi nafas dalam • Ajarkan mengubah posisi secara mandiri • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian bronchodilator, <i>jika perlu</i>
Resiko perfusi serebraal	Setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan di	Menejemen peningkatan tekanan intrakranial

tidak efektif	<p>harapkan keadekuatan aliran darah mneingkat dengan kriterias hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • tekanan intrakarnial menurun • sakit kepala menurun • gelisah menurun • kecemasan menurun • agitasi menurun • demam menurun • tekanan darah sistolik dan diastolic membaik • reflek saraf membaik 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola nafas ireguelr, kesadaran menurun) • Monitor MAP • Monitor CVP • Monitor PAWP • Monitor PAP • Monitor ICP • Monitor CPP • Monitor status pernafasan • Monitor intake dan output cairan • Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meminimalkan stimulasi dengan menyediakan lingkungan yang tenang • Berikan posisi semi fowler • Hindari maneuver valsava • Cegah terjadinya kejang • Hindari penggunaan peep • Hindari pemberian cairan iv hipotonik • Atur ventilator • Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pemberian sedasi dan anti konvulsan, <i>jika perlu</i> • Pemberian diuretic osmosis, <i>jika perlu</i> • Pemberian pelunak tinja, <i>jika perlu</i>
---------------	--	--

2.1.4 Implementasi keperawatan

implementasi keperawatan adalah serangkaian yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Yeniria, 2018)

2.1.5 Evaluasi

tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan dari rencana dan pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan dalam memenuhi kebutuhan pasien. (Dewika 2019)

2.2 Konsep penyakit

2.2.1 pengertian

Cedera kepala adalah (trauma captis) adalah cedera mekanik yang secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta mengakibatkan gangguan neurologis. cedera kepala merupakan suatu proses terjadinya cedera langsung maupun deselerasi terhadap kepala yang dapat menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak. (Mawarni, 2020). Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa pendarahan intrakranial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala merupakan adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tidak adanya hilangnya kesadaran. (Febriyanti, dkk, 2017). Cedera kepala juga bisa benturan fisik pada kepala yang mempengaruhi bagian otak menyebabkan kelainan kognitif, fisik, dan fungsi psikososial baik secara sementara atau permanen yang disertai dengan adanya perdarahan atau tanpa perdarahan. pasien cedera kepala sedang mengalami penurunan kesadaran akibat dari benturan keras. Efek jangka panjang dari cedera kepala yang parah dapat mempengaruhi semua aspek kehidupan seseorang, termasuk kemampuan untuk berpartisipasi dalam aktivitas kehidupan sehari-hari Center of Disease Control and Prevention (CDC) (2016).

2.2.2 Etiologi

factor resiko penyebab cedera kepala adalah penyalahgunaan alcohol, penyalahgunaan obat, kurang hati-hati dalam mengemudi.(Judha&Nazwar 2018)

penyebab Cedera kepala ada 6, antara lain:

1. kecelakaan, jatuh,kecelakaan kendaraan bermotor atau sepeda dan mobil.
2. kecelakaan pada saat olah raga, anak dengan ketergantungan
3. cedera akibat kekerasan.
4. Benda tumpul, kerusakan terjadi hanya terbatas pada daerah dimana dapat merobek otak.
5. kerusakan menyebar karena kekuatan benturan,biasanya lebih berat sifatnya.
6. benda tajam, kerusakan terjadi hanya terbatas, pada daerah dimana menobek otak, misalnya tertembak peluru atau benda tajam.
(Kristan,2018)

2.2.3 Klasifikasi

klasifikasi penilaian cedera kepala dapat dinilai menggunakan glasgow coma scale (GCS) (Tim Pusbankes, 2018):

1. Berdasarkan keparahan Cedera :
 - a. Cedera Kepala Ringan (CKR)
 - 1) tidak ada fraktur tengkorak
 - 2) tidak ada kontunuitas serebri, hematoma
 - 3) GCS 13-15
 - 4) dapat kehilangan kesadaran tapi <30 menit
 - b. Cedera Kepala Sedang (CKS)
 - 1) kehilangan Kesadaran
 - 2) muntah
 - 3) GCS 9-12
 - 4) dapat mengalami fraktur tengkorak, di orientasi ringan (bingung)
 - c. Cedera Kepala Berat (CKB)
 - 1) GCS 3-8
 - 2) hilang kesadaran >24 jam
 - 3) adanya kontusio serebri.

	Jenis pemeriksaan	Nilai
Respon buka mata (Eye)	<ul style="list-style-type: none">• spontan• terhadap suara	

	<ul style="list-style-type: none"> • terhadap nyeri • tidak ada respon 	2 1
Respon verbal (verbal)	<ul style="list-style-type: none"> • berorientasi baik • berbicara ngelantur • kata-kata tidak beraturan • suara tidak jelas • tidak ada respon 	5 4 3
Respon motoric (motorik)	<ul style="list-style-type: none"> • mengikuti perintah • melokalisir nyeri • fleksi normal (menarik anggota yang di rangsang) • fleksi abnormal (dekortikasi) • ekstensi abnormal • tidak merespon 	6 5 4 3

sumber (Tim pusbankes,2018)

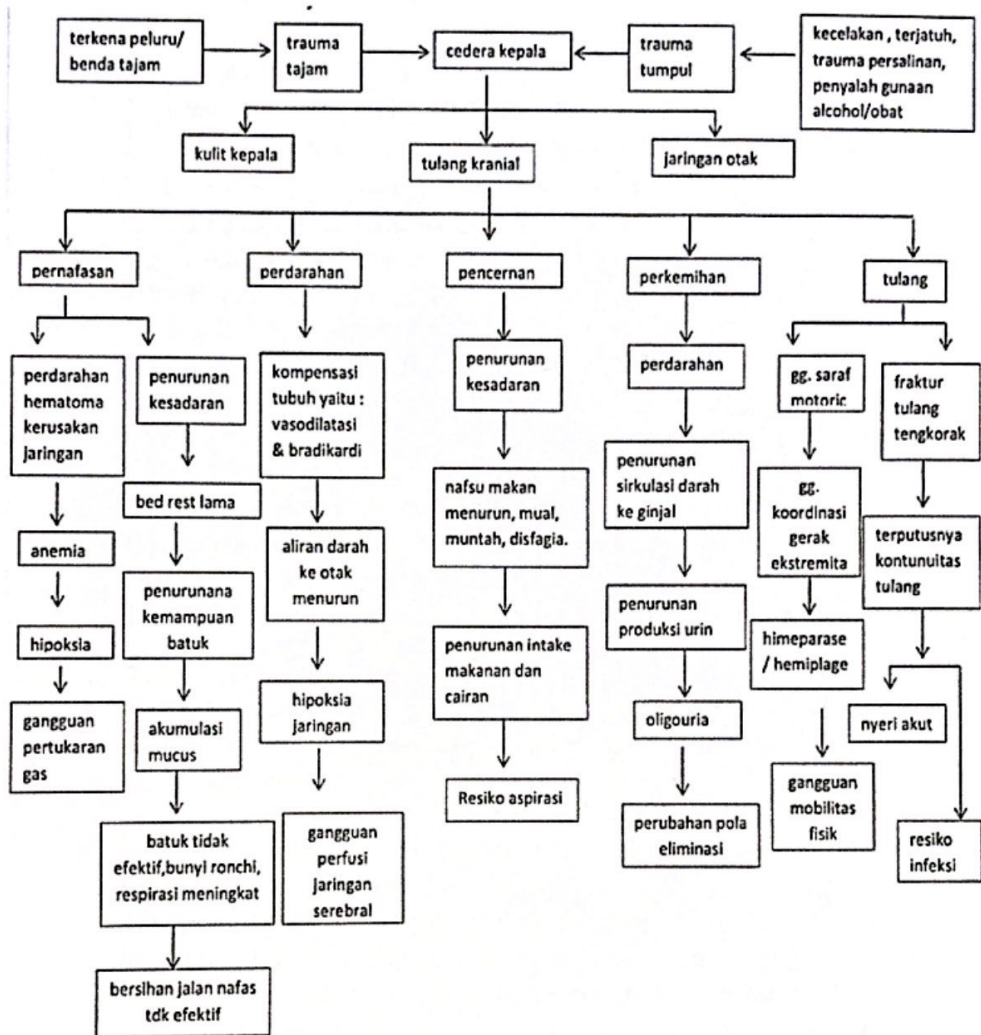
macam- macam tingkat kesadaran (Tim Pusbankes,2018):

1. Composmentis (normal)
2. Apatis (acuh tak acuh)
3. Somnolent (ngantuk)
4. Dellirium (mengigau)
5. koma/spoor (tidak sadar)

2.2.4 Patofisiologi

Meskipun volume jaringan rusak yang relatif kecil, trauma kepala dapat mengubah fungsi pusat vital otak secara langsung dan dapat menyebabkan komplikasi fatal di kemudian hari. Kerusakan awal pada otak terjadi tepat di lokasi trauma, atau disebut dengan cedera otak primer. Kerusakan ini irreversible dan tidak dapat diobati dengan intervensi terapeutik. Kemudian kerusakan tambahan dapat terjadi karena perfusi yang buruk dan pengiriman oksigen yang berkurang, dengan diikuti proses patologis berikutnya seperti aktivasi peradangan dan koagulasi dengan perkembangan mikrotrombosis, apoptosis dan edema otak. Proses ini akan menyebabkan kerusakan otak sekunder, yang merupakan kondisi berpotensi terbuka terhadap intervensi terapeutik (Neklyudov, 2016).

2.2.5 Pathway



2.2.6 Manifestasi klinis

Gejala klinis dari trauma kapitis di tentukan oleh drajat cedera dan lokasinya. drajat cedeo otak kurang lebih sesuai dengan tingkat gangguan kesadaran penderita (Istina,2021). tingkat yang paling ringan ialah pada penderita geger

otak, dengan gangguan kesadaran yang berlangsung hanya beberapa menit saja, atas dasar ini trauma kepala dapat di golongkan menjadi:

1. Cedera Kepala ringan (kelompok resiko rendah)
 - a. skor skala koma gasglow 15 (sadar penuh, alternatif dan orientatif)
 - b. tidak ada kehilangan kesadaran
 - c. tidak ada intoksikasi alkohol atau obat terlarang
 - d. klien dapat mengeluh nyeri kepala dan pusing
 - e. pasien dapat mengeluh abrasi, laserasi atau hematoma kulit kepala.
 - f. tidak ada nya kriteria, sedang berat
2. Cedera Kepala sedang (Kelompok resiko sedang)
 - a. skor skala koma Gasglow 9-14
 - b. konfusi
 - c. muntah
 - d. tanda kemungkinan fraktur cranium
 - e. amnesia pasca trauma
 - f. kejang
3. Cedera kepala Berat (Kelompok resiko berat)
 - a. skor skala koma Glasgow 3-8 (koma)
 - b. penurunan drajat kesadaran secara progresif
 - c. tanda neorologis fokal
 - d. cedera kepala penetrasi atau serba fraktur depresi cranium

2.2.6 komplikasi

1. Edema Pulmonal
Komplikasi yang serius adalah terjadinya edema paru, etiologi mungkin berasal dari gangguan neurologis atau akibat sindrom distress pernafasan dewasa. Edema paru terjadi akibat refleks cushing/perlindungan yang berusaha mempertahankan tekanan perfusi dalam keadaan konstan.
2. Peningkatan tekanan intracranial (TIK)
Tekanan intrakranial dinilai berbahaya jika peningkatan hingga 15 mmHg, dan herniasi dapat terjadi pada tekanan diatas 25 mmHg. Tekanan darah yang mengalir dalam otak disebut sebagai tekanan perfusi serebral. Yang merupakan komplikasi serius dengan akibat herniasi dengan gagal pernafasan dan gagal jantung serta kematian.
3. Kebocoran cairan serebrospinal
Adanya fraktur di daerah fossa anterior dekat sinus frontal atau dari fraktur tengkorak basilar bagian petrosus dari tulang temporal akan merobek meninges, sehingga cairan serebrospinal (CSS) akan keluar
4. Kejang pasca trauma Kejang

yang terjadi setelah masa trauma yang dialami pasien merupakan salah satu komplikasi serius. Insidensinya sebanyak 10%, terjadi di awal cedera 4-25% (dalam 7 hari cedera), terjadi terlambat 9- 42% (setelah 7 hari trauma). Faktor risikonya adalah trauma penetrasi, hematoma (subdural, epidural, parenkim), fraktur depresi kranium, kontusio serebri, glasgow coma scale (GCS) <10.

5. Demam dan menggigil

Demam dan menggigil akan meningkatkan kebutuhan metabolisme dan memperburuk outcome. Sering terjadi akibat kekurangan cairan, infeksi, efek sentral.

6. Hidrosefalus

Berdasarkan lokasinya, penyebab obstruksi dibagi menjadi komunikan dan non komunikan. Hidrosefalus komunikan lebih sering terjadi pada cedera kepala dengan obstruksi, kondisi ini terjadi akibat penyumbatan di sistem ventrikel. Gejala klinis hidrosefalus ditandai dengan muntah, nyeri kepala, pupil odema, demensia, ataksia dan gangguan miksi.

7. Spastisitas

Spastisitas adalah fungsi tonus yang meningkat tergantung pada kecepatan gerakan.

8. Agitasi

pasca cedera kepala terjadi > 1/3 pasien pada stadium awal dalam bentuk delirium, agresi, akatisia, disinhibisi, dan emosi labil.

9. Sindrom post kontusio

Sindroma Post Kontusio merupakan komplek gejala yang berhubungan dengan cedera kepala 80% pada 1 bulan pertama, 30% pada 3 bulan pertama dan 15% pada tahun pertama: Somatik : nyeri kepala, gangguan tidur, vertigo/dizziness, mual, mudah lelah, sensitif terhadap suara dan cahaya. Kognitif: perhatian, konsentrasi, memori dan Afektif: iritabel, cemas, depresi, emosi labil.

2.2.7 penatalaksanaan

Beberapa penatalaksanaan pada pasien cedera kepala (Tim Pusbangkes,2018):
penatalaksanaan cedera kepala sedang (GCS 9-13)

penderita biasanya tampak kebingungan atau mengantuk, karna masih mampu menuruti perintah, perintah. pemeriksaan awal:

- a) sama dengan untuk cedera kepala ringan di tambah pemeriksaan daerah sederhana
- b) pemeriksaan CT-scan kepala
- c) di rawat untuk observasi

perawatan:

- a. pemberian neurologis periodic
- b. pemeriksaan CT scan ulang bila kondisi penerima memburuk atau baik maka akan di pulangkan

bila kondisi baik (90%)

- a. pulang
- b. control di poli

bila kondisi memburuk (10%)

bila penerima tidak mampu melakukan perintah lagsesegera lakukan pemeriksaan CT scan ulang dan penatalaksanaan sesuai protocol cedera kepala Berat