



**ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO  
PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DENGAN TINDAKAN *HEAD  
UP 30°* PADA PASIEN CEDERA KEPALA SEDANG DI INSTALASI  
GAWAT DARURAT (IGD) RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS**

**DIAJUKAN OLEH:**

**AMELIA ONESTI**

**NIM : A32020009**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**



**ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO  
PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DENGAN TINDAKAN *HEAD  
UP 30°* PADA PASIEN CEDERA KEPALA SEDANG DI INSTALASI  
GAWAT DARURAT (IGD) RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners**

Disusun Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan Mencapai Derajat Profesi Ners

**DIAJUKAN OLEH:**

**AMELIA ONESTI**

**NIM : A32020009**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Karya ilmiah akhir Ners adalah hasil karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun diijinkan telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Amelia Onesti

Nim : A32020009

Tanda Tangan

Tanggal : 01 Oktober 2021



## HALAMAN PERSETUJUAN

**ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO  
PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DENGAN TINDAKAN *HEAD  
UP 30°* PADA PASIEN CEDERA KEPALA SEDANG DI INSTALASI  
GAWAT DARURAT (IGD) RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Telah Disetujui Dan Dinyatakan Telah Memenuhi Syarat Untuk Dajukan Pada

Tanggal, 01 Oktober 2021



Mengetahui

Ketua Program Studi Pendidikan Ners



## HALAMAN PESENGASAHAN

Karya ilmiah akhir ners ini diajukan oleh:

Nama : Amelia Onesti

Nim : A32020009

Program studi :

Judul KIA-N : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°* Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU Muhammadiyah Gombong

Telah berhasil dipertahankan dihadapan penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada Program Ners Keperawatan Universitas Muhammadiyah Gombong

Penguji Satu



(Eko Budi Santoso, M. Kep)

Penguji dua



(Endah Setianingsih, M. Kep)

Ditetapkan di : gombong, kebumen

Tanggal : 01 oktober 2021

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kita panjatkan kepada Allah SWT, yang telah melimpahkan rahmat dan karunian-Nya. Hanya dengan pertolongan-Nya, penulis dapat menyelesaikan KIA ini dengan judul “Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°* Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU Muhammadiyah Gombong

Pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada semua pihak yang telah membantu secara moril maupun materil, atau pun hal-hal lain yang tidak mampu penulis sebutkan satu persatu, dengan kerendahan hati penulis menyampaikan terimakasih yang tak terhingga kepada:

1. Allah SWT, yang telah memberikan nikmatnya sehat dan hidayah-Nya sehingga saya dapat menyusun KIA ini.
2. Ari Sulistriyani dan Romo Supriyono selaku orang tua yang saya sayangi yang telah memberikan dukungan dan do'a dalam penyusunan KIA dan pendidikan perkuliahan.
3. Doni Ardiyansah selaku adik dan seluruh keluarga besar yang tidak bisa sebutkan satu persatu namanya yang saya sayangi yang telah memberikan do'a dan memotivasi dalam menyusun KIA ini.
4. Hj. Herniyatun, M.Kep., Sp.Mat, selaku Ketua Universitas Muhammadiyah Gombong
5. Dadi Santoso M.Kep selaku Ketua Program Studi Keperawatan Program Ners, Fakultas Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Gombong
6. Endah Setianingsih M.Kep selaku pembimbing KIA yang telah membimbing, memberikan masukan dan motivasi dalam penyusunan KIA penelitian ini.
7. Teman-teman seperjuangan mahasiswa di Universitas Muhammadiyah Gombong

11. Sigit Lukyta Nugroho yang telah membantu dalam proses pengumpulan data dan dokumentasi untuk menyelesaikan KIA ini.

Penulis menyadari bahwa penelitian KIA ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran dari semua pihak supaya KIA ini bisa lebih baik. Tidak ada kata sia-sia dalam setiap proses penelitian menuju hasil yang lebih baik. Semoga KIA ini bisa bermanfaat bagi kita semua, amin.

Gombong, 01 Oktober 2021

  
Amalia Chusni



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademis Universitas Muhammadiyah Gombong, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Amelia Onesti

NIM : A32020009

Program studi : Program Studi Keperawatan Program NERS

Jenis karya : Karya Tulis Akhir

Demi pengembanan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Gombong hak bebas royalti non eksklusif (*non-exclusive royalty-free right*) atas karya tulis akhir saya yang berjudul:

**ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO  
PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DENGAN TINDAKAN *HEAT UP 30*  
PADA PASIEN CEDERA KEPALA SEDANG DI INSTALASI GAWAT  
DARURAT (IGD) RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hal bebas royalti non eksklusif ini Universitas Muhammadiyah Gombong berhak menyimpan dan mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data, menaut dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik hak cipta. Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Gombong, Kebumen

Pada tanggal : 01 Oktober 2021

Yang menyatakan



(Amelia Onesti)

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
**Universitas Muhammadiyah Gombong Fakultas ilmu kesehatan**  
**KIA-Ners, September 2021**

**Amelia onesti <sup>1)</sup> , Endah Setianingsih <sup>2)</sup>**  
**Email : [Ameliaonesti09@gmail.com](mailto:Ameliaonesti09@gmail.com)**

**ABSTRAK**

**ANALISA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DENGAN TINDAKAN *HEAD UP 30°* PADA PASIEN CEDERA KEPALA SEDANG DI INSTALASI GAWAT DARURAT (IGD) RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**Latar Belakang :** Cedera kepala didefinisikan sebagai penyakit non degeneratif dan non kongenital yang disebabkan oleh massa mekanik dari luar tubuh yang melibatkan *scalp* atau kulit kepala, tulang tengkorak, dan tulang-tulang yang membentuk wajah atau otak. Intervensi inovasi yang dilakukan adalah menerapkan terapi *head up 30°* untuk meningkatkan saturasi oksigen ke otak (SpO<sub>2</sub>).

**Tujuan penelitian :** Untuk menjelaskan asuhan keperawatan dengan pemberian teknik terapi *head up 30°* untuk dengan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif di IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong

**Metode :** Karya Ilmiah Akhir ini menggunakan pendekatan studi kasus metode deskriptif. Instrument yang digunakan adalah lembar observasi dan oxymeter. Subjek terdiri dari 5 pasien cedera kepala sedang dengan masalah utama risiko perfusi serebral tidak efektif

**Hasil asuhan keperawatan:** masalah keperawatan yang diambil penulis yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 6 jam di IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong didapatkan bahwa pemberian terbukti efektif meningkatkan saturasi oksigen pasien cedera kepala sedang

**Rekomendasi :** hasil asuhan keperawatan ini dapat dijadikan acuan penyusunan SOP guna meningkatkan saturasi oksigen pasien cedera kepala sedang

**Kata kunci;**

*Cedera Kepala Sedang, Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif, Head Up 30°*

-----

<sup>1</sup> **Mahasiswa Universitas Muhammadiyah Gombong**

<sup>2</sup> **Dosen Universitas Muhammadiyah Gombong**

**PROFESSIONAL NURSE EDUCATION PROGRAM**  
**Muhammadiyah University of Gombong Health Sciences Faculty**  
Final Scientific Paper-Nurse, September 2021

**Amelia onesti <sup>1)</sup>, Endah Setianingsih <sup>2)</sup>**  
Email : [Ameliaonesti09@gmail.com](mailto:Ameliaonesti09@gmail.com)

**ABSTRACT**

**ANALYSIS OF NURSING CARE IN PATIENTS WITH RISK OF IN EFFECTIVE  
CEREBRAL PERFUSION WITH 30° HEAD UP MEASURES IN HEAD INJURY  
PATIENTS IN THE EMERGENCY INSTALLATION (ER) PKU MUHAMMADIYAH  
GOMBONG HOSPITAL**

**Background:** Head injury is defined as a non-degenerative and non-congenital disease caused by a mechanical mass from outside the body involving the scalp or scalp, skull bones, and the bones that make up the face or brain. The innovative intervention carried out was applying head up 30° therapy to increase oxygen saturation to the brain (SpO<sub>2</sub>).

**Objective:** Explaining nursing care by providing 30 head up therapy techniques for nursing problems with the risk of ineffective cerebral perfusion in the ER PKU Muhammadiyah Gombong Hospital

**Method:** This final scientific paper uses a case study approach with a descriptive method. The instruments used are observation sheets and oximeters. Subjects consisted of 5 patients with moderate head injury with the main problem is the risk of ineffective cerebral perfusion

**Results:** The nursing problem that the author takes is the risk of ineffective cerebral perfusion. After nursing actions for 1 x 6 hours in the ER PKU Muhammadiyah Gombong Hospital, it was found that the administration was proven to be effective in increasing the oxygen saturation of patients with moderate head injuries.

**Recommendation:** The results of this nursing care can be used as a reference for the preparation of SOPs to increase the oxygen saturation of moderate head injury patients

*Keywords: Moderate Head Injury, Ineffective Cerebral Perfusion Risk, Head Up 30°*

---

<sup>1)</sup> Student of Muhammadiyah University of Gombong

<sup>2)</sup> Lecturer of Muhammadiyah University of Gombong

## DAFTAR ISI

|                                                                                          |      |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| COVER .....                                                                              | i    |
| HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....                                                    | ii   |
| HALAMAN PERSETUJUAN .....                                                                | iii  |
| HALAMAN PENGESAHAN .....                                                                 | iv   |
| KATA PENGANTAR.....                                                                      | v    |
| HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR<br>UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS ..... | vii  |
| ABSTRAK .....                                                                            | viii |
| ABSTRAK .....                                                                            | iv   |
| DAFTAR ISI.....                                                                          | xi   |
| DARTAR TABEL .....                                                                       | xiii |
| DAFTAR GAMBAR.....                                                                       | xiv  |
| <b>BAB I PENDAHULUAN</b>                                                                 |      |
| A. Latar Belakang.....                                                                   | 1    |
| B. Tujuan .....                                                                          | 4    |
| 1. Tujuan Umum .....                                                                     | 4    |
| 2. Tujuan Khusus .....                                                                   | 4    |
| C. Manfaat Penelitian.....                                                               | 5    |
| 1. Manfaat Keilmuan .....                                                                | 5    |
| 2. Manfaat Aplikatif.....                                                                | 5    |
| a. Bagi Peneliti.....                                                                    | 5    |
| b. Bagi Rumah Sakit .....                                                                | 5    |
| c. Bagi Klien .....                                                                      | 6    |

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

|                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------|----|
| A. Konsep Medis .....                                               | 7  |
| 1. Pengertian.....                                                  | 7  |
| 2. Etiologi .....                                                   | 7  |
| 3. Klasifikasi cedera kepala.....                                   | 8  |
| 4. Manifestasi Klinis .....                                         | 9  |
| 5. Patofisiologi .....                                              | 9  |
| 6. Pathway .....                                                    | 11 |
| 7. Penatalaksanaan .....                                            | 12 |
| 8. Keefektifan <i>Head up 30°</i> .....                             | 14 |
| 9. Tekanan intrakranial.....                                        | 14 |
| 10. Saturasi Oksigen .....                                          | 15 |
| B. Konsep Dasar Masalah Keperawatan.....                            | 16 |
| 1. Pengertian.....                                                  | 16 |
| 2. Penyebab .....                                                   | 17 |
| 3. Kondisi Klinis Terkait.....                                      | 18 |
| 4. Penatalaksanaan .....                                            | 18 |
| C. Asuhan Keperawatan Berdasarkan Teori.....                        | 19 |
| 1. Fokus Pengkajian .....                                           | 19 |
| 2. Diagnosa Keperawatan .....                                       | 20 |
| 3. Intervensi Sesuai Dengan Diagnosa Yang Muncul Pada Pathway ..... | 20 |
| 4. Implementasi Keperawatan.....                                    | 25 |
| 5. Evaluasi Keperawatan.....                                        | 26 |
| D. Kerangka Konsep .....                                            | 26 |

## BAB III METODE

|                                        |    |
|----------------------------------------|----|
| A. Desain Karya Tulis Ilmiah Ners..... | 27 |
| B. Subjek Study .....                  | 27 |
| C. Lokasi Dan Waktu Studi Kasus .....  | 28 |
| D. Fokus Study Kasus.....              | 28 |
| E. Definisi Oprasional .....           | 29 |

|                                           |    |
|-------------------------------------------|----|
| F. Instrumen Studi Kasus .....            | 30 |
| G. Metode Pengumpulan Data .....          | 30 |
| H. Analisa Data Dan Pengkajian Data ..... | 31 |
| I. Etik Studi Kasus.....                  | 32 |

#### **BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| A. Profil Lahan Praktik .....                                         | 35 |
| 1.) Visi Dan Misi Rumah Sakit .....                                   | 35 |
| 2.) Gambaran Wilayah Rumah Sakit Tempat Praktik .....                 | 35 |
| 3.) Jumlah Kasus .....                                                | 36 |
| 4.) Upaya Pelayanan Dan Penanganan Yang Dilakukan Diruangan.....      | 37 |
| B. Ringkasan Proses Asuhan Keperawatan .....                          | 37 |
| 1.) Ringkasan Proses Pengkajian Untuk Ke 5 Pasien.....                | 37 |
| a. Pasien Tn. M .....                                                 | 37 |
| b. Pasien Tn. H .....                                                 | 43 |
| c. Pasien Ny. S .....                                                 | 48 |
| d. Pasien Sdr. A.....                                                 | 53 |
| e. Pasien An. V .....                                                 | 58 |
| C. Hasil Penerapan Tindakan Keperawatan .....                         | 62 |
| D. Pembahasan.....                                                    | 63 |
| 1.) Analias Karakteristik Klien/Pasien .....                          | 63 |
| 2.) Analisa Masalah Keperawatan Utama .....                           | 65 |
| 3.) Analisa Tindakan Keperawatan Pada Diagnosa Keperawatan Utama      | 66 |
| 4.) Analisa Tindakan Keperawatan Sesuai Dengan Hasil Penelitian ..... | 68 |
| E. Keterbatasan Studi Kasus.....                                      | 69 |

#### **BAB V PENUTUP .....**

|                     |    |
|---------------------|----|
| A. Kesimpulan ..... | 70 |
| B. Saran.....       | 71 |

#### **DAFTAR PUSTAKA.....72**

#### **LAMPIRAN.....73**

## DAFTAR TABEL

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabel 2.1 Pathway Trauma Kepala .....                                                                         | 11 |
| Tabel 2.2 Kerangka Konsep .....                                                                               | 26 |
| Tabel 3.1 Definisi Orientasi.....                                                                             | 29 |
| Tabel 4.1 Kasus 10 Besar Penyakit Bulan Februari di IGD PKU Muhammadiyah Gombong, Februari 2021 .....         | 36 |
| Tabel 4.2 Kasus 10 Besar Penyakit Bulan Maret di IGD PKU Muhammadiyah Gombong Februari 2021 .....             | 36 |
| Tabel 4.3 Observasi Selama 1×6 jam Kelompok Inovasi <i>Head Up 30°</i> pada pasien Cedera Kepala Sedang ..... | 62 |

## DAFTAR GAMBAR

|                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Gambar 4.1. Hasil Observasi GCS Selama 1×6 Jam setelah diberikan terapi Head Up 30° .....                                 | 65 |
| Gambar 4.2. Hasil Observasi Saturasi Oksigen (SpO <sub>2</sub> ) Selama 1×6 Jam setelah diberikan terapi Head Up 30. .... | 65 |



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Cedera atau trauma masih menjadi permasalahan kesehatan global yang bisa menyebabkan kematian, disabilitas dan defisit mental. Cedera yang dialami dapat berupa luka, patah tulang, anggota tubuh terputus, cedera mata, gagar otak, cedera organ dalam luka bakar dan cedera kepala (Wahidin, 2020). Kejadian cedera kepala yang terjadi di Amerika mencapai 1,7 juta kasus dalam setahun dan 275.000 dirawat, sedangkan yang meninggal 52.000 kasus. Kasus cedera di daerah Jawa Tengah cedera kepala mendapat posisi tertinggi ke 3 dengan jumlah kasus 10,61%, pada tahun 2018 dan Kota Kebumen tercatat kasus dengan cedera kepala sebanyak 8,28% (Kemenkes RI, 2018).

Penentuan cedera kepala dengan menggunakan skala *Gasglow Coma Scale* (GCS) diklasifikasikan menjadi tiga, dalam Skala *Gasglow Coma Scale* dengan penilaian GCS berupa penilaian respon mata, verbal dan motorik. GCS 9-12 dengan kondisi hilang kesadaran atau amnesia lebih dari 30 menit, kurang dari 24 jam terjadi fraktur tengkorak masuk dalam cedera kepala Cedera Kepala sedang (Wahidin, 2020). Ketepatan dalam pemberian penanganan pasien cedera kepala menjadi prioritas utama yang diberikan sebagai bentuk pelayanan sesuai sistem atau sesuai strategi operasional. IGD atau Instalasi Gawat Darurat merupakan suatu layanan yang disediakan pertama kali saat pasien datang dengan kondisi gawat darurat atau memerlukan penanganan segera dengan tepat ke rumah sakit (Rawis et al., 2016).

Penangan secara tepat dan benar untuk meminimalkan cedera kepala diantaranya dengan menjaga jalan nafas dengan memberikan terapi oksigenasi. Masalah keperawatan yang muncul pada pasien cedera kepala sedang meliputi risiko perfusi serebral tidak efektif, risiko perfusi serebral tidak efektif terjadi penurunan sirkulasi jaringan otak, tanda dan gejala pasien dengan risiko perfusi

serebral tidak efektif ditandai dengan adanya penurunan kinerja ventrikel kiri, cedera kepala, keabnormalan mama protrombin, aterosklerosis aorta, tumor otak, adanya penurunan sirkulasi jaringan padaa otak, dengan perubahan O2 di dalam otak dan nilai *Gaslow Coma Scale (GCS)* yang mengalami penurunan pada nilainya, reaksi pada pupil berkurang, perubahan kognitif, perubahan berbicara. penanganan tanda-tanda adanya perfusi serebral tidak efektif tidak lakukan penanganan atau mengalami keterlambatan untuk penanganan akan berakibat pada peningkatan tekanan intrakranial (Putra, 2019). Ketepatan dalam penanganan pemulihan masalah Terapi *head up 30°* digunakan untuk menurunkan tekanan intrakranial, terapi ini sangat efektif karena penerapan teknik inovasi terhadap kondisi pasien tanpa melakukan hal yang dapat menurunkan nilai CPP atau merubah posisi. Teknik inovasi ini tidak berakibat pada perubahan dan memunculkan mengganggu pada perfusi oksigen ke serebral (Susilowati, 2018).

Tekanan intrakranial pada kepala bersifat secara dinamik dan berfluktuatif secara ritmis, tekanan intrakranial dalam prosesnya mengikuti sirkulasi pada jantung, respirasi dan perubahan dalam proses fisiologis tubuh. Tekanan intrakranial dapat diukur melalui tekanan intraventrikuler, intraparenkimal, ruang subdural, dan epidural. Prosedur pengukuran dilakukan sesuai kebutuhan pada satu kompeten intracranial yang memperlihatkan adanya bentuk atau tanda perubahan fisiologis dan patologis runag dalam tengkorak dari waktu ke waktu sesuai intruksi yang dibutuhkan (Susilowati, 2018). Pasien dengan serebral *injury* yang mengalami perubahan pada tekanan darah sistolik secara tiba-tiba, hal ini yang dapat menyebabkan membahayakan kondisi pasien, adanya proses yang terelewati seperti *blood brain barrier* dapat membentuk edema pada serebral dan diatasi dengan teknik farmakologi berupa obat-obatan untuk mengatasi edema serebral tersebut (Susilowati, 2018).

Prinsip awal penanganan penerapan pasien cedera kepala adalah perfusi jaringan yang stabil/adekuat, kebutuhan oksigenasi yang adekuat, pencegahan terhadap hiperkopni dan hipokopni, pencegahan hiperkalemia dan hiokalemia serta mencegah iatrogenic. Pemantauan nilai tekanan arteri siskemik berfariasi

salah satunya dari *Guideline Brain Trauma Foundation* (BTF), menekankan untuk tekanan darah sistolik batas normal (diatas ambang sistolik hipotensi yaitu lebih dari 90 mmHg) dan pencegahan pada hipotensi memfokuskan nilai MAP=90 mmHg agar stabil/adekuat. Pernyataan dari *European Brain Injury Consortium* (EBIC) bahwa tekanan arteri sistemik harus bernilai 120 mmHg dan MAP 90 mmHg, *sedangkan association of anesthetists of great britain and ireland* harus MAP dengan nilai 80 mmHg (Susilowati, 2018).

Penjelasan terapi head up 30° dijelaskan dalam penelitian yang dilakukan Wahidin 2020, dengan judul penelitian Penerapan Teknik Head up 30° Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui adanya perubahan atau tidak dalam penerapan teknik *head up* 30° terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang. Kesimpulan dari hasil penelitian bahwa didapatkan hasil yang baik dalam arti adanya perubahan setelah tindakan pemberian posisi 30° selama 1 x 7 jam ketidakefektifan perfusi jaringan serebral kembali efektif (Wahidin, 2020).

Penelitian ini didukung dengan adanya penelitian yang menggunakan terapi inovasi *head up* 30°. Penelitian yang dilakukan oleh Ginting pada tahun 2019 dengan judul penelitian Pengaruh Pemberian Oksigen Dan Elevasi Kepala 30° Terhadap Tingkat Kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala Sedang, dengan hasil adanya perubahan yang baik, dinyatakan dengan perubahan kesadaran atau nilai GCS saat awal ditangani pasien dan sesudah diberikan terapi oksigen dan elevasi kepala 30° (Ginting et al., 2020).

Penelitian oleh Susilowati pada tahun 2018, dengan judul penelitian Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Dengan Tindakan *Head up* 30°. Pada Pasien Dengan Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Majenang, hasil penelitian pada asuhan keperawatan 3 pasien, diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dengan penerapan posisi *head up* 30° dapat mensuplai kembali oksigen kedalam otak dan mengurangi tingkat tekanan intrakranial. Tindakan

atau penerapan posisi *head up* 30 digunakan peneliti sebagai implementasi di rumah sakit karena penerapan posisi *head up* 30 tidak merugikan atau membahayakan pasien tetapi meminimalkan adanya peningkatan TIK (Susilowati, 2018).

Pada penanganan pasien cedera kepala di IGD PKU Muhammadiyah Gombong tercatat dari bulan Januari sampai Februari 2021 terdapat 16 kasus cedera kepala sedang yang tercatat didominasi pasien usia dewasa 18-40 tahun dengan post kecelakaan lalu lintas, pada pasien cedera kepala sedang tindakan memposisikan pasien dengan posisi *Head up* 30° dilakukan pada saat pasien awal masuk IGD pada termin awal saat pengkajian TRIAGE, perawat memfokuskan pada tindakan kepatenan status *airway* perawat melakukan pemeriksaan jalan nafas (ada sumbatan/tidak), status *breathing* dengan memberikan terapi oksigen, status *circulation* dengan melakukan pemeriksaan perdarahan, denyut nadi, perfusi kulit tahap selanjutnya dilakukan untuk *disability* dengan penilai tingkat kesadaran dengan GCS mengalami penurunan atau peningkatan hasil. Setelah melakukan pematenan *airway, breathing, circulation, disability*. Perawat melakukan pengecekan saturasi oksigen saat pengkajian TRIAGE dan tidak memantau saturasi oksigen kembali sehingga untuk perkembangan kurang terpantau, Hal ini yang membuat penulis tertarik untuk melakukan *studi* lebih lanjut tentang asuhan keperawatan pada Cedera Kepala Sedang (CKS) dengan masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif di IGD PKU Muhammadiyah Gombong.

## B. TUJUAN

### 1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala sedang dengan penerapan terapi *head up* 30° pada pasien.

### 2. Tujuan Khusus

- a. Memaparkan hasil pengkajian pada pasien cedera kepala sedang dengan penurunan perfusi jaringan serebral

- b. Memaparkan hasil analisa data keperawatan pada pasien cedera kepala sedang dengan peningkatan perfusi jaringan serebral
- c. Memaparkan intervensi analisa asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang dengan peningkatan perfusi jaringan serebral
- d. Memaparkan implementasi analisa asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang dengan peningkatan perfusi jaringan serebral
- e. Memaparkan evaluasi analisa asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang dengan peningkatan perfusi jaringan serebral
- f. Memaparkan hasil analisa inovasi keperawatan menggunakan terapi *head up 30 °* pasien cedera kepala sedang

### C. Manfaat Penelitian

#### A. Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini menjadi dasar bagi perawat, praktisi maupun akademisi dalam membuat riset lebih lanjut berkaitan dengan topik permasalahan yang sama. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan ilmu keperawatan dan manajemen asuhan keperawatan, pengkajian, perencanaan dan penatalaksanaan peningkatan perfusi jaringan otak.

#### B. Manfaat Aplikatif

##### a. Bagi Peneliti

Sebagai dasar perencanaan tindakan keperawatan mandiri untuk mengatasi masalah keperawatan peningkatan perfusi jaringan otak

##### b. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian karya ilmiah ini dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan terhadap terapi dalam perencanaan keperawatan (*applied science nursing*) tentang penerapan terapi *head up 30 °* dengan masalah keperawatan peningkatan perfusi jaringan otak untuk meningkatkan mutu pelayanan dan pelaksanaan keperawatan di rumah sakit.

c. Bagi Klien

Hasil penelitian karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan terapi inovasi dalam penerapan pemenuhan kebutuhan dan perencanaan keperawatan pasien, hasil penelitian ini untuk melatih kemandirian klien dalam mengatasi masalah dan menentukan tingkat kenyamanan pada klien.



## DAFTAR PUSTAKA

- Aman, R. A., Soernarya, M. F., Andriani, R., Munandar, A., Tadjoeidin, H., Susanto, E., Nuhonni, S. A., & Nasional, K. P. K. (2016). Panduan Penatalaksanaan Tumor Otak. *Komite Penanggulangan Kanker Nasional*, 1–79. <http://kanker.kemkes.go.id/guidelines.php?id=5>
- Fiddiyanti, I., Trimurtini, I., Radiologi, D., Kedokteran, F., Jenderal, U., Yani, A., Anatomi, D., Kedokteran, F., Jenderal, U., Yani, A., Kedokteran, P. S., Kedokteran, F., Jenderal, U., & Yani, A. (2020). Medika Kartika : Jurnal Kedokteran dan Kesehatan. *Medika Kartika Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan*, 3(Volume 4 No 1), 113–125. <https://doi.org/10.35990/mk.v4n1>
- Ginting, L. R., Sitepu, K., & Ginting, R. A. (2020). Pengaruh Pemberian Oksigen Dan Elevasi Kepala 30° Terhadap Tingkat Kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala Sedang. *Jurnal Keperawatan Dan Fisioterapi (Jkf)*, 2(2), 102–112. <https://doi.org/10.35451/jkf.v2i2.319>
- Ikhda Ulya, Bintari Ratih K, Dewi Kartikawati N, R. S. D. (2017). *Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat Pada Kasus Trauma*. Salemba Medika.
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Provinsi Jawa Tengah Riskesdas 2018. In *Kementerian Kesehatan RI*.
- Masturoh, I., & Anggita T, N. (2018). Bahan Ajar Rekam Medis dan Informasi (RMIK) METODOLOGI PENELITIAN KESEHATAN. In *kemenkes RI*.
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2015). Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & Nanda NIC- NOC. In *Medication Jogja*.
- Putra, M. B. (2019). Karakteristik pasien cedera kepala di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Umbu Rara Meha Waingapu periode 1 Januari 2017 – 31 Desember 2018. *Intisari Sains Medis*, 10(2), 511–515. <https://doi.org/10.15562/ism.v10i2.435>
- Rawis, M. L., Lalenoh, D. C., & Kumaat, L. T. (2016). Profil pasien cedera kepala

- sedang dan berat yang dirawat di ICU dan HCU. *E-CliniC*, 4(2).  
<https://doi.org/10.35790/ecl.4.2.2016.14481>
- Siahaya, N., Huwae, L. B. S., Angkejaya, O. W., Bension, J. B., & Tuamelly, J. (2020). Prevalensi Kasus Cedera Kepala Berdasarkan Klasifikasi Derajat Keparahannya Pada Pasien Rawat Inap Di Rsud Dr. M. Haulussy Ambon Pada Tahun 2018. *Molucca Medica*, 12, 14–22.  
<https://doi.org/10.30598/molmed.2020.v13.i2.14>
- Sumirah budi pertami, sulastyawati, puthut anami. (2017). *Effec Of 30°Head-Up Position On Intracranial Pressure Change In Patients With Head Injury In Surgical ward of General Hospital of Dr.R. Soedarsono Pasuruan*. 3(2477–1570), 89–95.
- Susilowati. (2018). *Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Gangguan Perfusi jaringan Serebral Dengan tindakan Head Up 30 Derajat Pada Cedera Kepala Sedang di Instansi Gawat Darurat (IGD) RSUD Majenang*.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI. *Journal of Chemical Information and Modeling*.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (I). Jakarta. Retrieved from [Http://Www.Inna-Ppni.or.Id](http://www.inna-ppni.or.id). In *Practice Nurse*.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). Standar Luaran Keperawatan Indonesia. In *DPP PPNI*.
- Utami, N. (2016). Etika Keperawatan dan Keperawatan Profesional. *PusDik SDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*.
- van Schuppen, H., Boomars, R., Kooij, F. O., den Tex, P., Koster, R. W., & Hollmann, M. W. (2020). Optimizing airway management and ventilation during prehospital advanced life support in out-of-hospital cardiac arrest: A narrative review. *Best Practice and Research: Clinical Anaesthesiology*, xxxx.  
<https://doi.org/10.1016/j.bpa.2020.11.003>

Wahidin, N. S. (2020). Penerapan Teknik Head Up 30° Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang. *Nursing Science Journal NSJ*, 1(1), 7–13.



# LAMPIRAN



### JADWAL KEGIATAN

| NO | KEGIATAN                            | SEP | OKT | NOV | DES | JAN | FEB | MAR | APR | MEI | JUN | JUL | AGUS | SEPT |
|----|-------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|
| 1. | Studi Pendahuluan                   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |
| 2. | Penyusunan Proposal                 |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |
| 3. | Uji Turniti                         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |
| 4. | Sidang Proposal Dan Revisi          |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |
| 5. | Pengumpulan Data                    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |
| 6. | Penyusunan Laporan Hasil            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |
| 7. | Sidang, Hasil Penelitian Dan Revisi |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |
| 8. | Wisuda                              |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |      |      |

LEMBAR OBSERVASI INOVASI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN  
CEDERA KEPALA SEDANG

Hari/Tanggal :

Nama :

Jenis Kelamin:

Tanggal lahir :

| Jam | TD (mmHg) | Nadi<br>(kali/menit) | RR<br>(kali/menit) | Suhu<br>(°C) | SpO <sub>2</sub><br>(%) | GCS | Keterangan |
|-----|-----------|----------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-----|------------|
|     |           |                      |                    |              |                         |     |            |
|     |           |                      |                    |              |                         |     |            |
|     |           |                      |                    |              |                         |     |            |
|     |           |                      |                    |              |                         |     |            |
|     |           |                      |                    |              |                         |     |            |
|     |           |                      |                    |              |                         |     |            |

**LEMBAR OBSERVASI KELOMPOK INOVASI *HEAD UP 30°* PADA  
PASIEN CEDERA KEPALA SEDANG**

| No | Nama | Keteranga                 | Saat Awal | Setelah Observasi |
|----|------|---------------------------|-----------|-------------------|
| 1  |      | GCS                       |           |                   |
|    |      | SpO2                      |           |                   |
|    |      | Posisi <i>Head Up 30°</i> |           |                   |
| 2  |      | GCS                       |           |                   |
|    |      | SpO2                      |           |                   |
|    |      | Posisi <i>Head Up 30°</i> |           |                   |
| 3  |      | GCS                       |           |                   |
|    |      | SpO2                      |           |                   |
|    |      | Posisi <i>Head Up 30°</i> |           |                   |
| 4  |      | GCS                       |           |                   |
|    |      | SpO2                      |           |                   |
|    |      | Posisi <i>Head Up 30°</i> |           |                   |
| 5  |      | GCS                       |           |                   |
|    |      | SpO2                      |           |                   |
|    |      | Posisi <i>Head Up 30°</i> |           |                   |

## STANDAR OPRASIONAL PROSEDUR

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Standar Oprasional Prosedur | <i>HEAD UP 30°</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Definisi                    | Posisi <i>head up</i> adalah posisi datar dengan kepala lebih tinggi sekitar 30° dengan posisi tubuh sejajar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Tujuan                      | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menurunkan tekanan intrakranial</li> <li>2. Memfasilitasi venous drainage dari kepala</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Alat dan bahan              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Stretcher</i> atau <i>hospital bed</i></li> <li>2. <i>Towel roll</i> ( jika perlu)</li> <li>3. <i>Cervical sollar</i> (jika perlu)</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Prosedur kerja              | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Letakan pasien dalam posisi terlentang</li> <li>2. Jika kepala dalam posisi netral tanpa fleksi, ekstensi atau rotasi, jika cervical collar digunakan, juga venous return vena jugularis dari obstruksi. Handuk gung dapat digunakan untuk mensupport kepala jika perlu.</li> <li>3. Letakan bad pada posisi yang diinginkan</li> <li>4. Luruskan ekstremitas bawah, hindari posisi fleksi, dimana posisi fleksi akan meningkatkan tekanan intra abdominal</li> <li>5. Letakan footboard untuk mencegah telapak kaki jatuh</li> <li>6. Jika pasien harus menggunakan backbord, maka gunakan posisi tredelnburg untuk mengelevasikan kepala pasien</li> </ol> |
| Dokumentasi                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mencatat tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan</li> <li>2. Mencatat hasil pengkajian sebelumnya, selama dan setelah tindakan prosedur</li> <li>3. Mencatat hasil observasi klien selama dan setelah tindakan</li> <li>4. Mencatat berapa derajat posisi yang diberikan pada pasien</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sikap                       | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistematis</li> <li>2. Hati-hati</li> <li>3. Berkomunikasi</li> <li>4. Mandiri</li> <li>5. Teliti</li> <li>6. Tanggap terhadap respon klien]rapih</li> <li>7. Menjaga privasi</li> </ol>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Bapak/Ibu/Saudara Calon Responden

Di Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangang dibawah ini adalah mahasiswa program studi keperawatan sarjana STIKES Muhammadiyah Gombong. Akan mengadakan penelitian tentang Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°* Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU Muhammadiyah Gombong

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat buruk bagi bapak/ibu/saudara sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian. Apabila bapak/ibu/ saudara menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaan responden untuk menandatangani lembar persetujuan dan menjawab pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan dalam lembar kuesioner, dan apabila bapak/ibu menolak untuk menjadi responden, bapak/ibu/ saudara bisa mengundurkan diri dan menandatangani surat pernyataan yang diberikan oleh peneliti.

Demikian surat permohonan ini saya buat, atas bantuan dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.

Tlogodepok 2020

Peneliti

(Amelia Onesti)

## LEMBAR PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth:

Bapak/ibu/ saudara calon responden

Di tempat

Assalamu'alaikum Wr.Wb

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Studi Pendidikan Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Gombong;

Nama : Amelia Onesti

NIM : A32020009

Akan mengadakan penelitian tentang Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan Head Up 30° Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU Muhammadiyah Gombong”.

Penelitian ini memberikan manfaat bagi pasien cedera kepala untuk mengontrol kondisi pasien saat observasi. Kerahasiaan yang terkait dengan data pada responden yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk penelitian. Apabila bapak/ibu/saudara menyetujui maka dengan ini saya mohon kesediaan responden untuk menandatangani lembar persetujuan.

Apabila bapak/ibu/saudara terdapat hal yang ingin ditanyakan dapat menghubungi peneliti di nomor 082137692800 atau email [ameliaonesti09@gmail.com](mailto:ameliaonesti09@gmail.com) atau ditempat saya menempuh jenjang Studi Keperawatan Program NERS di STIKES Muhammadiyah Gombong dengan alamat Jl. Yos Sudarso No 461 Telp (0287)472433, 473750. Berikut ini saya jelaskan beberapa hal terkait dengan penelitian yang akan dilakukan:

1. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala sedang dengan penerapan terapi head up 30° pada pasien.
2. Manfaat penelitian ini secara umum dan garis besarnya adalah Sebagai dasar perencanaan tindakan keperawatan mandiri untuk mengatasi masalah keperawatan peningkatan perfusi jaringan otak.
3. Penelitian ini melibatkan pasien dengan diagnosa cedera kepala ringan di IGD PKU Muhammadiyah Gombong.

4. Penelitian ini akan dilakukan pada periode bulan agustus-september 2021.

Penelitian ini menjamin bahwa penelitian ini tidak akan berakibat negatif terhadap saya, sehingga jawaban yang saya berikan adalah yang sebenarnya dan data yang mengenai saya dalam penelitian ini akan dijaga kerahasiaanya oleh peneliti. Semua berkas yang mencantumkan identitas saya hanya akan digunakan untuk keperluan pengolahan data dan bila sudah tidak digunakan lagi akan dimusnahkan. Demikian persetujuan ini saya tanda tangani dengan suka rela tanpa ada paksaan dari pihak lain.

Melalui penjelasan penelitian ini, saya mengharapkan partisipasi bapak/ibu/saudara berkenan menjadi responden. Atas bantuan dan kerja samanya saya ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.



Gombong, 2021  
Peneliti

(Amelia Onesti)

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama (*initial*) :

Alamat :

Saya menyatakan bersedia untuk berpartisipasi menjadi responden dan sudah mendapat penjelasan terkait prosedur penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Program Studi Keperawatan Program NERS di Universitas Muhammadiyah Gombong,

Nama : Amelia Onesti

NIM : A2020009

Judul : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°* Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU Muhammadiyah Gombong

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dengan penuh kesadaran tanpa paksaan dari siapapun.

Gombong, , ,2021

**Saksi**

**Responden**

(.....) (.....)

**LEMBAR OBSERVASI INOVASI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN  
CEDERA KEPALA SEDANG**

No RM : 438xxx  
 Nama : Ny S  
 Tanggal Lahir : 12 juni 1968  
 Jenis Kelamin : p

Tanggal pengkajian : 31 januari 2021 jam 10.20 WIB

| Jam       | TD<br>(mmHg) | Nadi<br>(kali/menit) | RR<br>(kali/menit) | Suhu<br>(°C) | SpO <sub>2</sub><br>(%) | GCS          | Keterangan |
|-----------|--------------|----------------------|--------------------|--------------|-------------------------|--------------|------------|
|           |              |                      |                    |              |                         |              |            |
| 10.40 WIB | 100/64       | 74                   | 16                 | 36,7°        | 94%,                    | E 4 V 4 M 4  |            |
| 11.00 WIB | 108/60       | 98                   | 16                 | 36°          | 94%,                    | E 4 V 4 M 4, |            |
| 11.25 WIB | 110/98       | 84                   | 18                 | 37°          | 98%,                    | E 4 V 4 M 4  |            |
| 12.25 WIB | 93/60        | 89                   | 18                 | 36,7°        | 93%,                    | E 4 V 4 M 4  |            |
| 13.45 WIB | 105/65       | 98                   | 21                 | 37°          | :96%,                   | E 4 V 4 M 4  |            |
| 14.47 WIB | 110/90       | 80                   | 18                 | 36°C         | 99%,                    | E 4 V 4 M 4  |            |
| 15.50 WIB | 120/78       | 58                   | 18                 | 36°          | 98%,                    | E 4 V 4 M 4  |            |
| 16.51 WIB | 110/98       | 87                   | 18                 | 37°          | 99%,                    | E 4 V 4 M 4  |            |

**LEMBAR OBSERVASI INOVASI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN  
CEDERA KEPALA SEDANG**

No RM : 408xxx  
Nama : An. V  
Tanggal Lahir : 7 Juni 2003  
Jenis Kelamin : P

Tanggal pengkajian : 19 Januari 2021, 16.20 WIB

| Jam       | TD<br>(mmHg) | Nadi<br>(kali/menit) | RR<br>(kali/menit) | Suhu<br>(°C) | SpO <sub>2</sub><br>(%) | GCS        | Keterangan |
|-----------|--------------|----------------------|--------------------|--------------|-------------------------|------------|------------|
|           | 147/54       | 137                  | 28                 | 36,7         | 96%                     | E4 V 4 M 4 |            |
| 17.40 WIB | 117/95       | 97                   | 22                 | 36,9         | 98%                     | E4 V 4 M 4 |            |
| 18.20 WIB | 110/80       | 137                  | 20                 | 36,2         | 98%                     | E4 V 5 M 4 |            |
| 19.00 WIB | 117/90       | 98                   | 19                 | 36           | 98%                     | E4 V 5 M 4 |            |
| 21.10 WIB | 112/90       | 101                  | 21                 | 37           | 96%                     | E4 V 5 M 4 |            |
| 22.10 WIB | 109/87       | 89                   | 19                 | 37,3         | 98%                     | E4 V 5 M4  |            |

**LEMBAR OBSERVASI INOVASI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN  
CEDERA KEPALA SEDANG**

No RM : 408xxx  
Nama : Sdr. A  
Tanggal Lahir : 7 Juli 1998  
Jenis Kelamin : L

Tanggal pengkajian : 05 februari 2021, 09. 45 WIB

| Jam       | TD (mmHg)   | Nadi<br>(kali/menit) | RR<br>(kali/menit) | Suhu<br>(°C) | SpO <sub>2</sub><br>(%) | GCS         | Keterangan |
|-----------|-------------|----------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-------------|------------|
| 09.50WIB  | 127/78mmHg  | 149                  | 25                 | 37°C         | 96%,                    | E 3 V 4 M 3 |            |
| 10. 10WIB | 117/90mmHg  | 102                  | 26                 | 36,4°C       | 96%,                    | E 4 V 4 M 3 |            |
| 13. 00WIB | 129/85mmHg  | 98                   | 26                 | 35,9°C       | 96%,                    | E 4 V 4 M 3 |            |
| 14. 00WIB | 121/87 mmHg | 83                   | 26                 | 36°C         | 99%,                    | E 4 V 4 M 3 |            |
| 15. 05WIB | 117/90mmHg  | 102                  | 26                 | 36,1°C       | 96%,                    | E 4 V 4 M 3 |            |
| 16.05 WIB | 90/70mmHg   | 98                   | 18                 | 37°C         | 98%,                    | E 4 V 4 M 3 |            |

**LEMBAR OBSERVASI INOVASI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN  
CEDERA KEPALA SEDANG**

No RM : 231xxx  
Nama : Tn. H  
Tanggal Lahir : 19 Desember 1982  
Jenis Kelamin : L  
tanggal pengkajian : 02 februari 2021/ jam 11.00 WIB.

| Jam       | TD(mmHg) | Nadi<br>(kali/menit) | RR<br>(kali/menit) | Suhu<br>(°C) | SpO <sub>2</sub><br>(%) | GCS       | Keterangan |
|-----------|----------|----------------------|--------------------|--------------|-------------------------|-----------|------------|
| 11.30 WIB | 132/98   | 143                  | 28                 | 36,7         | 90%                     | E3 V3 M 3 |            |
| 12.20 WIB | 129/64   | 156                  | 28                 | 36.4         | 99                      | E3 V3 M 3 |            |
| 13.20 WIB | 100/80   | 132                  | 28                 | 36           | 90 %.                   | E3 V3 M 3 |            |
| 14.20 WIB | 132/98   | 143                  | 28                 | 36,7°        | 90 %.                   | E3 V3 M 3 |            |
| 15.00 WIB | 90/78    | 114                  | 18                 | 36           | 96%.                    | E4 V4 M 3 |            |
| 17.20 WIB | 105/98   | 95                   | 18                 | 36,3°        | 99%.                    | E4 V4 M 3 |            |
| 19.00 WIB | 125/90   | 100                  | 20                 | 35,3°        | 99%.                    | E4 V4 M 3 |            |
| 19.20 WIB | 102/86   | 78                   | 17                 | 36,1°        | 99%.                    | E4 V4 M 3 |            |

**LEMBAR OBSERVASI INOVASI *HEAD UP 30°* PADA PASIEN  
CEDERA KEPALA SEDANG**

Nama : Tn. M

No RM : 328xxx

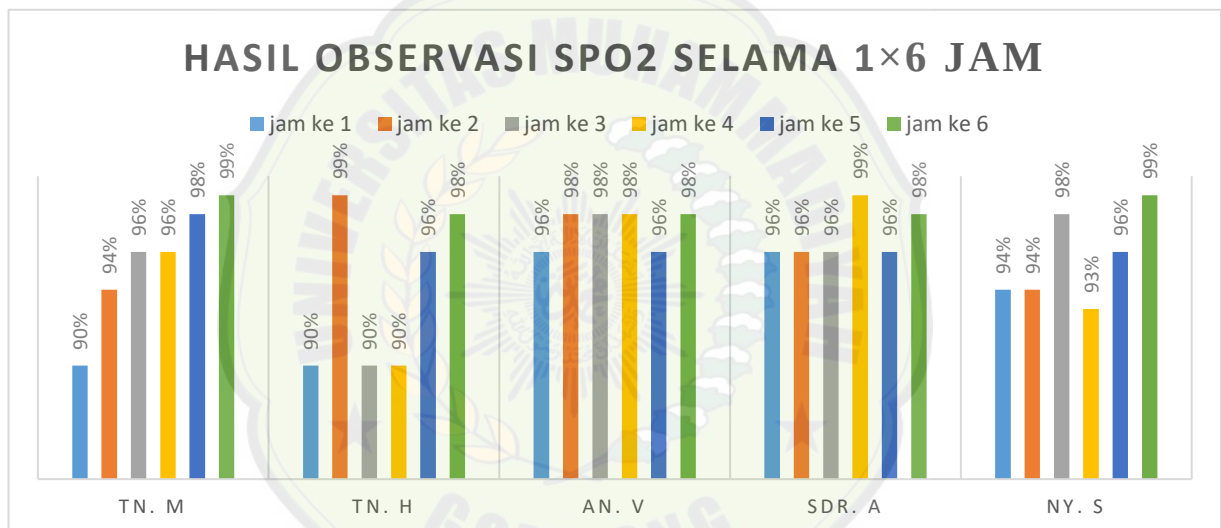
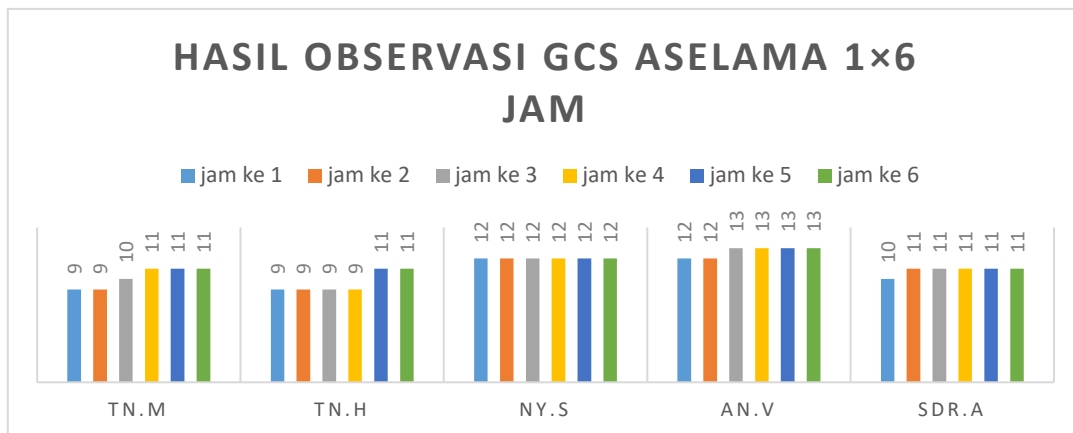
Tanggal Lahir : 14 oktober 1958

Jenis Kelamin : L

Tanggal pengkajian: 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

| Jam        | TD<br>(mmHg) | Nadi<br>(kali/menit) | RR<br>(kali/menit) | Suhu<br>(°C) | SpO <sub>2</sub><br>(%) | GCS        | Keterangan |
|------------|--------------|----------------------|--------------------|--------------|-------------------------|------------|------------|
| 11.00 WIB. | 90/75        | 70                   | 26                 | 36,7°C       | 90 %.                   | E 3 V3 M 3 |            |
| 12.30 WIB. | 110/90       | 84                   | 24                 | 36°C,        | 94 %.                   | E 3 V3 M 3 |            |
| 14.40 WIB. | 120/80       | 98                   | 21                 | 35.9°C       | 96 %.                   | E 3 V4 M 3 |            |
| 16.30 WIB. | 100/90       | 81                   | 19                 | 37°C,        | 96 %.                   | E 4 V4 M 3 |            |
| 17.30 WIB. | 100/80       | 107                  | 22                 | 37°C         | 98 %.                   | E 4 V4 M 3 |            |
| 18.50 WIB. | 110/90       | 85                   | 18                 | 36°C         | 99 %.                   | E 4 V4 M 3 |            |

## GRAFIK OBSERVASI



**LEMBAR OBSERVASI KELOMPOK INOVASI *HEAD UP 30 °* PADA PASIEN CEDERA  
KEPALA SEDANG**

| No | Nama  | Keterangan | Saat Awal | Setelah Observasi |
|----|-------|------------|-----------|-------------------|
| 1  | Ny.S  | GCS        | E4 V4 M4  | E4 V4 M4          |
|    |       | SpO2       | 94%,      | 99%,              |
|    |       | Posisi     | Supinasi  | Head Up 30°       |
| 2  | An. V | GCS        | E4 V4 M4  | E4 V 5 M4         |
|    |       | SpO2       | 96%       | 98%               |
|    |       | Posisi     | Supinasi  | Head Up 30°       |
| 3  | Sdr.A | GCS        | E3 V4 M3  | E4 V4 M3          |
|    |       | SpO2       | 96%       | 98%               |
|    |       | Posisi     | Supinasi  | Head Up 30°       |
| 4  | Tn.H  | GCS        | E3 V3 M3  | E4 V4 M3          |
|    |       | SpO2       | 90%       | 99%.              |
|    |       | Posisi     | Supinasi  | Head Up 30°       |
| 5  | Tn. M | GCS        | E3 V3 M3  | E4 V4 M3          |
|    |       | SpO2       | 90 %.     | 99 %              |
|    |       | Posisi     | Supinasi  | Head Up 30°       |



**LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN MASYARAKAT**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MUHAMMADIYAH GOMBONG**  
Sekretariat : Jl. Yos Sudarso no. 461 Gombong Kebumen Telp. (0287)472433  
Website: [www.stikesmuhgombong.ac.id](http://www.stikesmuhgombong.ac.id) \*email : [lp3mstikesmuigo@gmail.com](mailto:lp3mstikesmuigo@gmail.com)

No : 414.1/IV.3.LPPM/A/VII/2021 Gombong, 28 Juli 2021  
Hal : Permohonan Ijin  
Lampiran : -

Kepada Yth.  
Direktur RS PKU Muhammadiyah Gombong  
Di tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Teriring do'a semoga kita dalam melaksanakan tugas sehari-hari senantiasa mendapat  
lindungan dari Allah SWT. Aamiin

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Pendidikan Profesi  
Ners STIKES Muhammadiyah Gombong, dengan ini kami mohon kesediaannya untuk  
memberikan ijin kepada mahasiswa kami:

Nama : Amelia onesti  
NIM : A32020009  
Judul Penelitian : Analisa Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Risiko  
Perfusi Serebral Tidak Efektif dengan Tindakan *Head Up 30°*  
pada Pasien Cedera Kepala Sedang di Instalasi Gawat Darurat  
(IGD) RS PKU Muhammadiyah Gombong  
Keperluan : Ijin Penelitian

Demikian atas perhatian dan ijin yang diberikan kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr.Wb.



An Ketua LPPM  
Muhammadiyah Gombong  
Sekretaris

Annika Dwi Asti, M.Kep

Go to  
Acti

Menjadi lembaga pendidikan kesehatan yang *Unggul, Modern dan Islami*

## Bukti Lulus Uji Turnity

similarity libstimugo 16 Sep  
kepada saya v

Wa'alaikumsalam Wr Wb, berikut Kami  
informasikan, Skripsi Anda **LOLOS** uji  
similarity dengan hasil 8%. **Surat**  
**Keterangan Lolos** uji similarity bisa  
didownload di <http://repository.stikesmuhgombong.ac.id/1451/>.

Universitas Muhammadiyah Gombong



#### SURAT PERNYATAAN CEK SIMILARITY/PLAGIASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J  
NIK : 06039  
Jabatan : Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

Menyatakan bahwa karya tulis di bawah ini **sudah lolos** uji cek similarity/plagiasi:

Judul : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°* Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (Igd) Rs Pku Muhammadiyah Gombong

Nama : Amelia Onesti  
NIM : A32020009  
Program Studi : Program Studi Pendidikan Profesi Ners A  
Hasil Cek : 8%

Gombong, September 2021

Pustakawan

  
(Dedy Setiyawati, SLP....)

Mengetahui,

Kepala UPT STIKES Muhammadiyah Gombong

  
(Ike Mardiaty Agustin, M.Kep.Sp.Kep.J)

#### SURAT LOLOS Uji ETIK



KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN  
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE  
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG  
STIKES MUHAMMADIYAH GOMBONG

KETERANGAN LAYAK ETIK  
DESCRIPTION OF ETHICAL EXEMPTION  
"ETHICAL EXEMPTION"

No.648.6/IL.3.AU/F/KEPK/VII/2021

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :  
The research protocol proposed by



## LAMPIRAN BIMBINGAN

### KEGIATAN BIMBINGAN

Nama : Amelia Onesti  
NIM : A32020009  
Pembimbing KTA-N : Endah Setianingsih M.Kep  
Judul KTA-N : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°* Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU Muhammadiyah Gombong

.diah Gombong



#### LEMBAR BIMBINGAN KIA-N

NAMA : Amelia Onesti  
NIM : A32020009  
PEMBIMBING : Endah Setianingsih M. Kep  
JUDUL KIAN : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Risiko  
Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°* Pada Pasien  
Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU  
Muhammadiyah Gombong

| Hari/ Tanggal    | Materi Bimbingan                                                                                                                        | Paraf                                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 26 Juli 2021     | Konsul BAB IV.<br>Catatan: Susunan BAB IV                                                                                               |  |
| 19 Agustus 2021  | Revisi BAB IV<br>Catatan: Ringkasan asuhan keperawatan pada BAB IV                                                                      |  |
| 3 September 2021 | Konsul BAB IV dan BAB V<br>1. Menarasikan setiap bentuk pemeriksaan<br>2. Sesuaikan ringkasan asuhan keperawatan dengan hasil observasi |  |
| 13 September     | Konsul abstrak, revisian BAB IV dan BAB V                                                                                               |  |



**LEMBAR BIMBINGAN KIA-N**

NAMA : Amelia Onesti  
NIM : A32020009  
PEMBIMBING ABSTRAK : Muhammad As'ad. M. Pd  
JUDUL KIAN : Analisa Asuhan Keperawatan Pada Pasien  
Dengan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Dengan Tindakan *Head Up 30°*  
Pada Pasien Cedera Kepala Sedang Di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RS PKU  
Muhammadiyah Gombong

| Hari/ Tanggal   | Materi Bimbingan    | Paraf                                                                                |
|-----------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 Oktober 2021 | Konsul abstrak ke 1 |  |
| 14 Oktober 2021 | ACC (Perbaikan)     |  |
|                 |                     |                                                                                      |

nadiyah Gombong



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. M DENGAN DIAGNOSA MEDIS CEDERA  
KEPALA SEDANG PADA MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERFUSI SEREBRAL  
TIDAK EFEKTIF DI IGD RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Disusun Guna Memenuhi Salah Satu Tugas Praktek Prodi Profesi Ners Keperawatan Stase  
Keperawatan Kegawatdaruratan



tas Muhammadiyah Gombong

Disusun Oleh :  
Amelia Onesti  
NIM : A32020009

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**  
**FAKULTAS KESEHATAN**  
**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**  
**2021**



**FORM PENGKAJIAN TRIASE**

*Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong*  
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal: 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

Nama : Tn. M

No RM : 328xxx

Tanggal Lahir : 14 oktober 1958

Jenis Kelamin : L

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma  
Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan  
Status Psikologis : ☐ Depresi ☒ Takut  
: ☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

**PRE-HOSPITAL (jika ada)**

Keadaan Pre Hospital : AVPU : ..... TD : / mmHg Nadi : x/menit  
Pernafasan : x/menit Suhu : °C SpO<sub>2</sub> : %  
Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☐ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction  
☐ Bidai ☐ DC ☐ Hecting ☐ Obat .....  
Lainnya: .....

**A**

☐ Obstruksi Jalan Nafas

☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ Obstruksi Jalan Nafas

☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten



TRIAS



MERAH



✓ KUNING



HIJAU



HITAM ( Meninggal )

Petugas Triase

CATATAN :pasien masuk dalam TRIAS Kuning

(Amelia Onesti )



**FORM PENGKAJIAN**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)**  
*Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong*

Tanggal : 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

Nama : Tn. M  
No RM : 328xxx,  
Tanggal Lahir : 14 oktober 1958,  
Jenis Kelamin : L.

keluhan utama: nyeri tulang belakang

Anamnesa : Pasien post jatuh dari pohon kelapa dibawa ke PKU Muhammadiyah Gombong, dengan keluhan lemas, nyeritulang belakang, kaki susah digerakan, terasa kebas. Sulit untuk miring kanan-miring kiri. pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 90/75 mmHg, suhu 36,7°C, nadi 70 x/menit. RR26x/menit, SpO2 90%, kesadaran somnolen dengan GCS E3 V3 M3, terdapat hematoma mata sebelah kanan, jejas ditangan dan kaki. Pasien tidak memiliki alergi

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada .....

Riwayat Penyakit Dahulu : Keluarga pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami kejadian yang serupa dan belum pernah dirawat di RS.

Riwayat Penyakit Keluarga : Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya tidak terdapat penyakit menurun seperti DM, hipertensi ataupun ASMA.

### Airways

☒ Paten ☐ Tidak Paten ( ☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing )

Lain-lain .....

### Breathing

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☒ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea

Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☒ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas : 28 x/menit

### Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☒ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 90/75 mmHg Nadi : ☒ Teraba 70 x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☒ Ya  $\pm$  1 cc Lokasi Perdarahan : telinga ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : - Diare Muntah Luka Bakar

Perdarahan

Kelembaban Kulit : ☒ Lembab ☐ Kering

Turgor : ☒ Baik ☐ Kurang

Luas Luka Bakar : ..... % Grade : ..... Produksi Urine : ..... cc

Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

### Disability

Tingkat Kesadaran : ☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☒ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 3 V 3 M 3 Total : 9

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☒ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

Penilaian Ekstremitas : Sensorik ☒ Ya ☐ Tidak kekuatan 

|   |   |
|---|---|
| 4 | 4 |
|---|---|

Motorik

Ya

☐ Tidak

otot

1 1

**Exposure**

Pengkajian Nyeri

Onset : Pasien mengeluhkan nyeri.

Provokatif/Paliatif: nyeri saat miring kiri dan berkurang saat posisi supinasi

Qualitas : tekan

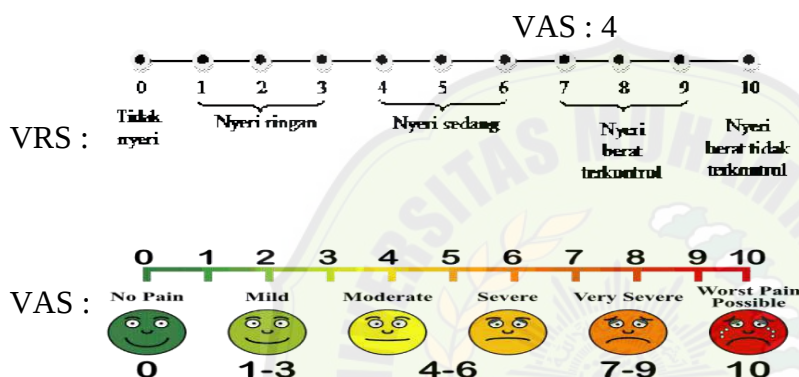
Regio/Radiation : Abdomen

Scale/Severity : skala 4

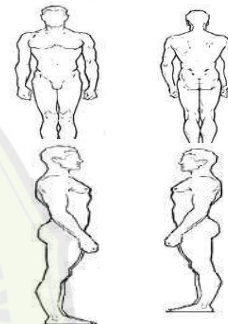
Time : hilang timbul 4-5 menit

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 4 ☐ Tidak

Lokasi Nyeri:



abdomen

Luka : ☐ Ya, Lokasi : ..... ☒ TidakResiko Dekubitus : ☐ Ya ☒ Tidak**Fahrenheit**

Suhu Axila : 36,7 °C

Suhu Rectal : .....°C

Berat Badan : 67 kg

**Pemeriksaan Penunjang:** 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

| Darah Lengkap         | Hasil | Nilai Rujukan | Satuan | Metode                 |
|-----------------------|-------|---------------|--------|------------------------|
| DARAH LENGKAP         |       |               |        |                        |
| Leukosit              | 21.57 | 3,6           | rb/ul  | Flowcytometri          |
| Eritrosit             | 3.19  | 3,8-5,2       | Juta/L | Flowcytometri          |
| Haemoglobin           | 9.1   | 11,7-15,5     | gr/dl  | Flowcytometri          |
| Hematokrit            | 29.5  | 35-47         | %      | Flowcytometri          |
| MCV                   | 92.3  | 80-100        | Fl     | Flowcytometri          |
| MCH                   | 28.4  | 26-34         | Pg     | Flowcytometri          |
| MCHC                  | 30.8  | 32-36         | g/dl   | Flowcytometri          |
| Trombosit             | 180   | 150-440       | g/dl   | Flowcytometri          |
| DIABETES              |       |               |        |                        |
| Glukosa Darah Sewaktu | 145   | 70-105        | Mg/dl  | Uricase/<br>Peroxidase |
| HITUNG JENIS          |       |               |        |                        |

|                    |             |             |       |                                |
|--------------------|-------------|-------------|-------|--------------------------------|
| Basofil %          | 0.2         | 0.0-1.0     | %     |                                |
| Eosinofil %        | 0.4         | 2.0-4.0     | %     |                                |
| Neutrofil %        | 85.5        | 50.00-70.00 | %     |                                |
| Limfosit%          | 8.2         | 25.0-40.0   | %     |                                |
| Monosit %          | 5.7         | 2.0-8.0     | %     |                                |
| HEMATOLOGI         |             |             |       |                                |
| Golongan darah ABO | B           |             |       |                                |
| FAAL GINJAL        |             |             |       |                                |
| Ureum              | 37          | 15-39       | Mg/dl | Urease/Glutamate Dehidrogenase |
| Creatinin          | 1.94        | 0,9-1,3     | Mg/dl | Alkaline prictate              |
| FAAL HATI          |             |             |       |                                |
| Albumin            | 3.40        | 3.4 - 4.8   | g/dL  |                                |
| SGOT               | 79.90       | 0-50        | U/L   |                                |
| SGPT               | 68.30       | 0-50        | u/l   |                                |
| ELEKTROLIT         |             |             |       |                                |
| Natrium            | 140.8       | 135-147     | mEq/l |                                |
| Kalium             | 3.80        | 3.5-5.0     | mEq/l |                                |
| UNO                |             |             |       |                                |
| Anti HIV           | Non reaktif | Non reaktif |       |                                |
| HBs Ag             | Negatif     | Negative    |       |                                |

Pemeriksaan EKG : 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

- Sinus takikardi, HR 113

Pemeriksaan RO-Ver. CERVICAL AP/lat: 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

- Trabekulasi tulang kasa dan porotik
- Tampak osteofit dengan sklerotik subchondral dan penyempitan div cervical
- Tak tampak aksila kompresi dan fraktur
- Tampak emfisema sub cutis regio coli dekstra
- Kesan: osteoporosis dengan spondiloarthrosis v cervicalis, tak tampak fraktur dan listesis, emfisema subcutis regio coli dekstra

Pemeriksaan RO-THORAX: 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

- Apeks kedua pulmo bersih
- Tampak perselubungansemiopak dipercerdial dekstra
- Sinus cf lancip, diafrakma licin
- Ctr >0.5
- Tampak lesi lusent di soft tissue aksila dan region coli dekstra
- Tak tampak diskontinuitas costae

- Kesan: perselubungan di himithorakas dekstra sangat mungkin contusio, pulmonum, cardiomegali, tak tampak fraktur costae

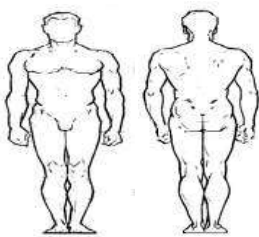
Pemeriksaan RO-PELVIS: 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

- Struktur dan trabekulasi ossa pelvis normal
- Corteks dan medulla intak
- Kedua caput fraktur terletak intra acetabulum
- Shenton dan skiner line simetris
- Kesan: tak tampak fraktur dan dislokasi ossa artic coxae bilateral

Pemeriksaan RO-Ver.LUMBOSACRAL AP/Lat: 2 februari 2021 Jam 10.58 WIB

- Tampak diskontinuitas dengan pemendekan corpus v th 12
- Tampak diskontinuitaspada costae 12 dekstra
- Tampak osteofil dengan sklerotik subchondral dan penyemitan div lumbales
- Tak nampak pergeseran corpus vertebrata
- Kesan: fraktur kompresi kominutif corpus v th 12, fraktur kompleta costae 12 dekstra, spiodiloarthrosis v lumbales, tak tampak listesis

#### PEMERIKSAAN FISIK



- Kepala : Mesocephal, hematoma pada mata kanan. perdarahan ditelinga  $\pm 1$  cc
- Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, terpasang cervical collar.
- Dada : Jantung = I: tidak terlihat pulsasi ictus cordis, Pa: pulsasi ictus cordis di ICS ke-5, Pe= terdengar bunyi pekak,, A= terdengar bunyi lub-dub, tidak ada gallop.
- Paru-paru: I= terdapat retraksi dinding dada, tidak menggunakan otor bantu pernapasan, Pa= ekspansi dinding dada simetris, Pe= terdengar bunyi sonor, A= terdengar vesikuler.

Perut : I= simetris, tidak ada luka dan jejas,

A: bising usus 15x/m,

Pa:

P:nyeri saat miring kiri dan berkurang saat posisi supinasi

Q:nyeri tekan

R: pada abdomen

S: skala 4

T: hilang timbul 3-4 menit

Pe= terdengar bunyi thympani.

Ekstremitas : (atas) Kekuatan otot 4/4, CRT < 2 dtk, terpasang IVFD NS 16 tpm ditangan kiri, tidak luka atau jejas.

(bawah) Kekuatan otot 1/1, CRT < 2 dtk, tidak terdapat luka, edem dan jejas ekstremitas sinistra.

Genitalia : Terpasang kateter urin no 16.

### PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 02 februari 2021/ jam 11.00 WIB.

| NO | Jenis Obat  | Dosis  | Waktu Pemberian | Indikasi                                          |
|----|-------------|--------|-----------------|---------------------------------------------------|
| 1  | NB          |        |                 |                                                   |
| 2  | Ranitidin   | 50 mg  | 11.00 WIB       | Mengatasi tukak lambung, pengurangan asam lambung |
| 3  | Ketorolac   | 30 mg  | 11.00 WIB       | Untuk menghilangkan nyeri                         |
| 4  | Mecobalamin | 500 mg | 11.00 WIB       | Untuk mengatasi pemenuhan vitamin B               |

### ANALISA DATA

| NO | Data Fokus                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Masalah                               | Penyebab       |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| 1  | Ds: pasien mengatakan pandangan mata kabur, sakit kepala dan nyeri pada perut<br>P:nyeri saat miring kiri dan berkurang saat posisi supinasi<br>Q:nyeri tekan<br>R: pada abdomen<br>S: skala 4<br>T: hilang timbul 3-4 menit<br>Do: pasien post jatuh dari pohon kelapa dibawa ke PKU Muhammadiyah Gombong, dengan keluhan lemas, nyeritulang belakang, kaki susah digerakan, terasa kebas. Sulit untuk miring kanan-miring kiri. pemeriksaan fisik didapatkan TD: 90/75 mmHg, S: 36,7°C, N: 70 x/menit. RR:26 x/menit, SpO2 90 %. Kesadaran. pendarahan pada telinga $\pm 1$ cc, composmentis dengan GCS E 3 V3 | Risiko perfusi serebral tidak efektif | cedera kepala. |

|                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |                      |   |                   |   |   |                          |       |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------------|---|-------------------|---|---|--------------------------|-------|
|                   | M 3, terdapat hematoma mata sebelah kanan, jejas ditangan dan kaki. kekuatan otot ekstremitas atas 4 4, ekstremitas bawah 1 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                      |   |                   |   |   |                          |       |
| 2                 | DS : Klien mengatakan nyeri pada bagian abdomen<br>P:nyeri saat miring kiri dan brtkurang saat posisi supinasi<br>Q:nyeri tekan<br>R: pada abdomen<br>S: skala 4<br>T: hilang timbul 3-4 menit<br>DO :<br>– Pasien terlihat gelisah, takut<br>– Pasien terlihat lemas<br>– Pasien berusaha menghindari benda benda yang akan mengenai perut<br>– Terdapat hasil pemeriksaan RO.THORAX Tampak lesi lusent di soft tissue aksila dan region coli dekstra | Nyeri akut       | Agen pencedera fisik |   |                   |   |   |                          |       |
| 3                 | DS: Klien mengatakan susah bergerak, sendi kaku merasa bosan, mengeluh nyeri abdomen<br>DO:<br>– Pasien terlihat lemas<br>– Pasien sulit menggerakkan anggota gerak bawah<br>– Pasien bedrest<br>– gerak terbatas<br>– Terdapat luka pada ektremitas bawah<br>– kekuatan otot menurun<br><table><tr><td>Ekstremitas atas</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekstremitas bawah</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>                                  | Ekstremitas atas | 4                    | 4 | Ekstremitas bawah | 1 | 1 | Gangguan mobilitas fisik | nyeri |
| Ekstremitas atas  | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4                |                      |   |                   |   |   |                          |       |
| Ekstremitas bawah | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 1                |                      |   |                   |   |   |                          |       |

### DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala.
2. nyeri akut d.d agen pencedera fisik
3. gangguan mobilitas fisik d.d nyeri

### INTERVENSI KEPERAWATAN

| NO DX | SLKI                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INTERVENSI (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                            | RASIONAL                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:<br><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b><br>1. TIK menurun.<br>2. Gelisah menurun.<br>3. Kecemasan menurun.<br>4. Kesadaran membaik<br>5. Nilai rata-rata tekanan darah membaik. | Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)<br>1. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil.<br>2. Monitor tingkat kesadaran.<br>3. Monitor tanda-tanda vital.<br>4. Monitor keluhan sakit kepala<br>5. Monitor status pernapasan. | 1. Mengetahui status neurologis pasien.<br>2. Mengetahui status neurologis pasien.<br>3. Mengetahui kondisi pasien.<br>4. Mengatasi adanya peningkatan TIK.<br>5. Mencegah terjadinya obstruksi jalan napas yang mengganggu kepatenan jalan napas. |

|   |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                              |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   |                                                                                                                                                                                                                                            | 6. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.<br>7. Monitor status pernafasan<br>8. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang<br>9. Berikan posisi semi fowler                                                                                                                                                | 6. Mencegah peningkatan TIK.                                                                                                                                                                                                 |
| 2 | Setelah dilakukan intervensi selama 1x6 jam maka tingkat nyeri dapat membaik dengan kriteria hasil:<br><br>Tingkat nyeri (L.08066)<br><br>- Keluhan nyeri menurun<br>- Gelisah menurun<br>- Merintih menurun                               | Manajemen Nyeri (I.08238)<br><br>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi<br>- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan<br>- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien<br>- Ajarkan tentang teknik non farmakologi | - Mengetahui tingkat nyeri pasien<br>- membantu pasien mengungkapkan perasaan nyerinya<br>- mengurangi nyeri pasien<br>- membantu mengurangi rasa nyeri pasien<br>- mengurangi nyeri dengan cara pengobatan non farmakologis |
| 3 | Setelah dilakukan intervensi selama 1x6 jam maka mobilisasi fisik dapat membaik dengan kriteria hasil:<br><br>Mobilitas fisik (L.05042)<br>Pergerakan ekstremitas meningkat<br>Rentang gerak (rom) meningkat<br>Gerakan terbatas meningkat | Dukungan ambulasi (I.06171)<br><br>1. Monitor kondisi umum dalam meningkatkan ambulasi<br>2. Lakukan pendekatan terapeutik untuk membangun kepercayaan klien<br>3. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi                                                                                                                                               | - Tampak kondisi klien cm<br>- Klien merespon komunikasi yang dilakukan perawat<br>- Klien mengganggu setelah dijelaskan                                                                                                     |

### IMPLEMENTASI

| Jam       | Implementasi                      | Respon                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Paraf |
|-----------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 10.58 WIB | Melakukan pengkajian dengan klien | S: Keluarga pasien mengatakan pasien post jatuh dari pohon dan terdapat luka di kepala<br>O: terdapat jejas di kepala, terpasang cervical collar, perdarahan ±2cc dihidung, pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 90/75 mmHg, suhu 36,7°C, nadi 70 x/menit. RR:26 x/menit, Pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+. memberikan terapi oksigen (6 L dengan simple mask), kolaborasi dengan farmakologi (injeksi ketorolak 30 mg, injeksi ranitidin 50 mg), SpO2 90%, kesadaran somnolen dengan nilai GCS E3 V3 |       |

|                   |                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |   |   |                   |   |   |  |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|-------------------|---|---|--|
|                   |                                                                                              | M3, terdapat hematoma mata sebelah kanan, jejas ditangan dan kaki.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 11.10 WIB.        | Melakukan pemeriksaan TTV. melakukan pemeriksaan penunjang, melakukan kolaborasi farmakologi | S:<br>O: pemeriksaan fisik didapatkan TD: 90/75 mmHg, S: 36,7°C, N: 70 x/menit. RR:26 x/menit, SpO2 90 %. Kesadaran. pendarahan pada telinga ±1 cc, somnolen dengan GCS E 3 V3, pasien mendapatkan obat injeksi intravena<br>Ranitidin 50 mg<br>Ketorolac 30 mg<br>Mecobalamin 500 mg                                                                                                  |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 11.20 WIB.        | Melakukan Pengumpulan data penunjang askep kelolaan                                          | S: keluarga klien mengatakan sebelumnya klien sehat-sehat setelah jatuh menjadi khawatir dengan kondisi klien<br>O: pasien terpasang DC No 16, terpasang infus di ekstremitas atas sebelah kiri, terdapat luka akibat jatuh di ekstremitas bawah sinistra                                                                                                                              |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 11.30 WIB.        | Melakukan pengkajian nyeri                                                                   | S:keluarga mengtakan klien sering merasa nyeri bagian perut<br>P:nyeri saat miring kiri dan brtkurang saat posisi supinasi<br>Q:nyeri tekan<br>R: pada abdomen<br>S: skala 4<br>T: hilang timbul 3-4 menit<br>O: ditandai saat pengkajian berlangsung pasien yang sedang istirahat memegang perutnya supaya terhindari dari benda yang bisa memicu nyrinya datang lagi, tampak gelisah |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 11.40 WIB.        | Melakukan pengkajian kekuatan otot                                                           | S: keluarga klien mengatakan klien bisa menggerakan tangan tapi tidak bisa menggerakan kaki<br>O: didapatkan hasil pengkajian kekuatan otot<br><table><tr><td>Ekstremitas atas</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekstremitas bawah</td><td>1</td><td>1</td></tr></table>                                                                                                            | Ekstremitas atas | 4 | 4 | Ekstremitas bawah | 1 | 1 |  |
| Ekstremitas atas  | 4                                                                                            | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |   |   |                   |   |   |  |
| Ekstremitas bawah | 1                                                                                            | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 11.50 WIB.        | Memonitor keadaan pasien                                                                     | S: klien menunjukan sakit pada bagian perut<br>O: melakukan pemeriksaan abdomen didapat kan nyeri tekan pada perut bagian sinistra, klien mengatakan sakit, ditandai dengan tangan klien menjukan area yang sakit.                                                                                                                                                                     |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 12.00 WIB.        | Melakukan pemantauan infus dan keadaan pasien                                                | S: -<br>O: pasien tampak istirahat, mengganti cairan infus dengan NaCl 0.9% 12 tpm, TD: 90/75mmHg,Nadi: 70 kali/menit, RR: 26 (kali/menit), Suhu: 36,7°C, SpO2: 90 %, GCS: E 3 V3 M 3                                                                                                                                                                                                  |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 12.10 WIB         | Melakukan monitor TTV                                                                        | S: klien menceritakan bagian yang sakit<br>O: pasien mulai koopratif dalam komunikasi, ada pendarahan pada area mata (kemerahan), pasien                                                                                                                                                                                                                                               |                  |   |   |                   |   |   |  |

|            |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|------------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|            |                                                                  | sudah bisa , menggerakkan tangan dan berbicara dengan baik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| 12.30 WIB. | melakukan pengkajian kekuatan otot, melakukan terapi head up 30° | S: pasien berbicara tidak jelas<br>O: tekanan darah 110/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 84 x/menit. RR:24x/menit, SpO2 94 %, kesadaran somnolen dengan nilai GCS E3 V3 M3 dan pasien mulai kooperatif dalam komunikasi, ada pendarahan pada area mata (kemerahan), pasien sudah bisa, menggerakkan tangan dan berbicara tidak jelas,                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| 14.40 WIB. | Melakukan kontrak waktu untuk pengkajian nyeri                   | S: klien menjelaskan nyeri yang dirasakan<br>P: nyeri saat miring kiri dan berkurang saat posisi supinasi<br>Q:nyeri tekan<br>R: pada abdomen<br>S: skala 4<br>T: hilang timbul 3-4 menit<br>O: obat injeksi ketorolak 30 mg dan ranitidin 50 mg, tekanan darah 120/80 mmHg, suhu 35.9°C, nadi 98x/menit, RR:21x/menit, SpO2 98%, kesadaran delirium dengan nilai GCS E3 V4 M3, klien tampak menahan nyeri, meringis, berbicara tidak jelas, gelisah, pucat, memberikan pengarahannya untuk keluarga tidak diruangan semua dengan tujuan menciptakan lingkungan yang tenang untuk istirahat pasien. |  |
| 16.30 WIB  | Memberikan edukasi secara langsung pada keluarga                 | S: pasien memanggil-manggil keluarga,<br>O: keluarga mampu menjelaskan apa yang disampaikan (resiko jatuh, terapi nafas dalam untuk mengontrol nyeri, keamanan lingkungan) tekanan darah 100/90 mmHg, suhu 37°C, nadi 81x/menit. RR 19 x/menit, SpO2 96 %, kesadaran delirium dengan GCS E4 V4 M3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 17.30 WIB. | melakukan evaluasi mengenai edukasi yang telah diberikan         | S: pasien mengatakan bisa nafas dalam,<br>O: tekanan darah 100/80 mmHg, suhu 37°C, nadi 107x/menit, RR 22x/menit, SpO2 98%. Kesadaran delirium dengan GCS E 4 V4 M3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 18.50 WIB. | Memonitor keadaan pasien                                         | S: pasien berbicara tidak jelas<br>O: f pasien terlihat melatih gerak tangan dan nafas dalam saat merasa nyeri datang, tekanan darah 110/90 mmHg, suhu 36°C, nadi 85x/menit, RR 18x/menit, SpO2 99%, kesadaran delirium dengan GCS E3 V5 M3, gelisah berkurang.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |

#### Tindakan Observasi

| Jam        | TD (mmHg) | Nadi (kali/menit) | RR (kali/menit) | Suhu (°C) | SpO2 (%) | GCS        | Keterangan |
|------------|-----------|-------------------|-----------------|-----------|----------|------------|------------|
| 11.00 WIB. | 90/75     | 70                | 26              | 36,7°C    | 90 %.    | E 3 V3 M 3 |            |
| 12.30 WIB. | 110/90    | 84                | 24              | 36°C,     | 94 %.    | E 3 V3 M 3 |            |
| 14.40 WIB. | 120/80    | 98                | 21              | 35.9°C    | 96 %.    | E 3 V4 M 3 |            |

|            |        |     |    |       |       |            |
|------------|--------|-----|----|-------|-------|------------|
| 16.30 WIB. | 100/90 | 81  | 19 | 37°C, | 96 %. | E 4 V4 M 3 |
| 17.30 WIB. | 100/80 | 107 | 22 | 37°C  | 98 %. | E 4 V4 M 3 |
| 18.50 WIB. | 110/90 | 85  | 18 | 36°C  | 99 %. | E 4 V4 M 3 |

## EVALUASI

| TGL/<br>JAM                                         | NO<br>DX | EVALUASI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TTD              |   |   |                   |   |   |  |
|-----------------------------------------------------|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---|---|-------------------|---|---|--|
| 02<br>febru<br>ari<br>2021/<br>jam<br>18.50<br>WIB. | 1        | <p>S: keluarga pasien mengatakan pasien post jatuh dari pohon, keadaan pasien sudah lebih baik dari pas awal masuk RS dan masih mengeluh pandangan kabur</p> <p>O : hematoma pada mata kanan, pandangan kabur, masih mengeluh sakit kepala, keadaan mental membaik (membaik/tidak cemas, gelisah), kesadaran delirium dengan berkeringat (-), kesadaran membaik dilihat dari nilai GCS awal E3 V3 M3, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 85 kali/ menit, RR 18 kali/menit, suhu 36°C, terdapat perubahan yang bagus dari tingkat kesadaran yang awalnya E4 V4 M4 mengalami perubahan pada jam ke 3 menjadi E3 V4 M3 kemudian observasi pada jam terakhir / jam ke 6 nilai GCS menjadi E3 V5 M3, motorik terbatas, nilai saturasi oksigen (SpO2) yang awalnya 90% mengalami peningkatan saat jam ke 2 dengan nilai 94%, saat jam terakhir observasi didapat nilai SpO2 99%.</p> <p>A : masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi.</p> <p>P : Monitor KU, TTV, monitor adanya peningkatan TIK.</p> |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 02<br>febru<br>ari<br>2021/<br>jam<br>18.50<br>WIB  | 2        | <p>S : pasien mengatakan nyeri</p> <p>Onset: Pasien mengeluhkan nyeri.</p> <p>Provokatif/Paliatif : nyeri timbul saat bergerak/ berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)</p> <p>Qualitas: tekan</p> <p>Regio/Radiation: abdomen</p> <p>Scale/Severity : skala 4</p> <p>Time: hilang timbul 4-5 menit</p> <p>O : TD: 110/90 mmHg, N: 85 kali/ menit, RR:18 kali/menit, suhu: 36°C, SpO2: 99 %. GCS:E4 V4 M3, Kesadaran composmentis dengan GCS E3 V3 M 3, berkeringat (-),keadaan mental tenang(membaik/tidak cemas, gelisah)</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi.</p> <p>P : Monitor KU, TTV, monitor adanya monitor nyeri, modifikasi terapi non-farmakologi dan farmakologi (jika nyeri bertambah berat)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                  |   |   |                   |   |   |  |
| 02<br>febru<br>ari<br>2021/<br>jam<br>18.50<br>WIB  | 3        | <p>S: Klien mengatakan susah bergerak, merasa bosan</p> <p>O: Pasien terlihat lemas, Pasien sulit menggerakkan anggota gerak bawah, Pergerakan ekstremitas atas meningkat, Rentang gerak (rom) meningkat, Gerakan terbatas</p> <table><tr><td>Ekstremitas atas</td><td>4</td><td>4</td></tr><tr><td>Ekstremitas bawah</td><td>1</td><td>1</td></tr></table> <p>– Pasien bedrest, Terdapat luka pada ektremitas bawah</p> <p>A: masalah keperawatan gangguan mobilisasi fisik belum teratasi</p> <p>P: monitor keadaan umum pasien, Terapi ROM, Kontrol nyeri</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Ekstremitas atas | 4 | 4 | Ekstremitas bawah | 1 | 1 |  |
| Ekstremitas atas                                    | 4        | 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |   |   |                   |   |   |  |
| Ekstremitas bawah                                   | 1        | 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |   |   |                   |   |   |  |

**RENCANA TINDAK LANJUT**

Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap: Bangsal Barokah.

Mengetahui,

Tanggal 02 februari 2021/ jam 18.50 WIB.

Mahasiswa,

.....

.....



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. H DENGAN DIAGNOSA MEDIS CEDERA  
KEPALA SEDANG PADA MASALAH KEPERAWATAN RISIKO PERFUSI SEREBRAL  
TIDAK EFEKTIF DI IGD RS PKU MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Disusun Guna Memenuhi Salah Satu Tugas Praktek Prodi Profesi Ners Keperawatan Stase  
Keperawatan Kegawatdaruratan



Disusun Oleh :  
Amelia Onesti  
NIM : A32020009

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS KEPERAWATAN  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**



## FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong  
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal: 02 februari 2021/ jam 11.00 WIB.

No RM : 231xxx

Nama : Tn. H

Tanggal Lahir : 19 Desember 1982

Jenis Kelamin : L

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma

Cara Masuk : ☐ Sendiri ☒ Rujukan

Status Psikologis : ☐ Depresi ☒ Takut

: ☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

### PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : ..... TD : <sup>129</sup>/90 mmHg Nadi : 120 x/menit  
Pernafasan : 27 x/menit Suhu : 36.8 °C SpO<sub>2</sub> : 93%  
Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☒ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction  
☒ Bidai ☒ DC ☒ Hecting ☐ Obat .....  
☐ Lainnya: .....

A

☐ Obstruksi Jalan Nafas  
☐ Stridor, Gargling, Snoring

B

☐ SpO<sub>2</sub> < 80%  
☐ RR > 30 x/m atau < 14 x/m

C

Nadi > 130 x/m  
☒ TD Sistolik < 80 mmHg  
☐

D

GCS ≤ 8  
☐

E

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C  
☐ VAS = 7 – 10 (berat)  
EKG : mengancam nyawa

☐ Obstruksi Jalan Nafas  
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ SpO<sub>2</sub> 80 – 94 %  
☒ RR 26 – 30 x/m

Nadi 121 – 130 x/m  
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg  
☐

GCS 9 – 13  
☒

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C  
☒ VAS = 4 – 6 (sedang)  
EKG : resiko tinggi

☒ Jalan Nafas Paten

☐ SpO<sub>2</sub> > 94 %  
☐ RR 14 – 26 x/m

Nadi 60 – 120 x/m  
☐ TD Sistolik > 90 mmHg  
☒

GCS 14 – 15  
☐

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C  
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)  
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIAS



MERAH



√ KUNING



HIJAU



HITAM ( Meninggal )

Petugas Triase

CATATAN : pasien masuk dalam TRIAS Kuning

.....

(Amelia Onesti )



**FORM PENGKAJIAN**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)**  
*Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong*

Tanggal : 02 februari 2021/ jam 11.00 WIB.

No RM : 231xxx  
Nama : Tn. H  
Tanggal Lahir : 19 Desember 1982  
Jenis Kelamin : L

Keluhan Utama : nyeri ekstremitas

Anamnesa : Pasien rujukan dari puskesmas Ayah, dengan post KLL dan sudah dilakukan perawatan selama 2 x 24 jam tidak ada perubahan kemudian pasien dirujuk ke PKU Muhammadiyah Gombong, dengan keluhan lemas, nyeri ekstremitas bawah sinistra, terpasang bidai, terpasang nekolar perdarahan pada hidung  $\pm$  1 cc, hematoma pada mata kanan. pemeriksaan fisik didapatkan TD: 132/98 mmHg, S: 36,7°C, N: 143 x/menit, RR: 28 x/menit, SpO2 90 %. Kesadaran composmentis dengan GCS E3 V3 M3, terdapat hematoma mata sebelah kanan, jejas ditangan dan kaki.

Riwayat Alergi : ☐ Tidak ada ☒ Ada makanan (udang)

Riwayat Penyakit Dahulu : Keluarga pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami kejadian yang serupa dan belum pernah dirawat di RS.

Riwayat Penyakit Keluarga : Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya tidak terdapat penyakit menurun seperti DM, hipertensi ataupun ASMA.

**PRIMARY SURVEY**

**Airways**

☒ Paten ☐ Tidak Paten ( ☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing )

Lain-lain .....

**Breathing**

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☒ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea

Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☒ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas : 28 x/menit

**Circulation**

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☒ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 132/98 mmHg Nadi : ☒ Teraba 143 x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☒ Ya  $\pm$  1 cc Lokasi Perdarahan : hidung ☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : - Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : ☒ Lembab ☐ Kering

Turgor : ☒ Baik ☐ Kurang

Luas Luka Bakar : ..... % Grade : ..... Produksi Urine : ..... cc

Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

### Disability

Tingkat Kesadaran : ☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☒ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 4 M 3 Total : 11

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☒ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

|                                  |                                                                       |          |   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|---|---|
| Penilaian Ekstremitas : Sensorik | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | kekuatan | 3 | 3 |
| Motorik                          | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | otot     | 2 | 3 |

### Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset : Pasien mengeluhkan nyeri.

Provokatif/Paliatif : nyeri timbul saat bergerak/ berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)

Qualitas : tekan

Regio/Radiation : ekstremitas bawah sinistra

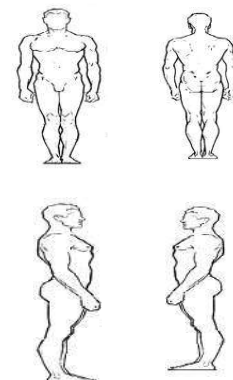
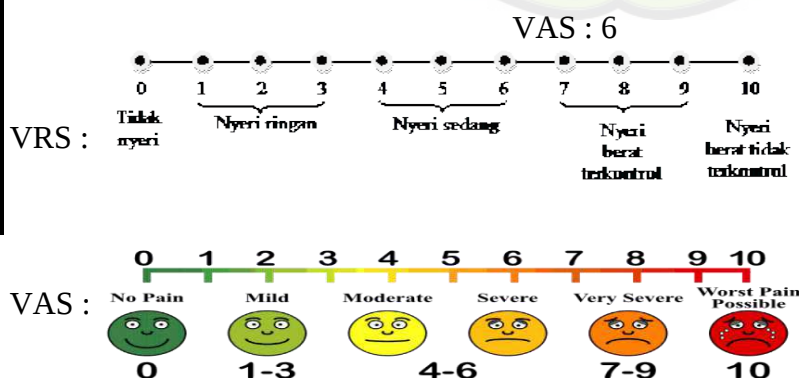
Scale/Severity : skala 6

Time : hilang timbul 4-5 menit

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 6 ☐ Tidak

Lokasi Nyeri:

ekstremitas bawah sinistra



Luka : ☐ Ya, Lokasi : ..... ☒ Tidak

Resiko Dekubitus : ☐ Ya ☒ Tidak

**Fahrenheit**

Suhu Axila : 36,7 °C

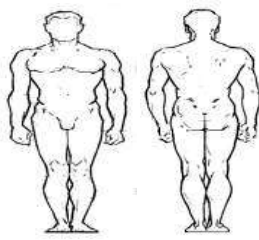
Suhu Rectal : .....°C

Berat Badan : 48 kg

**Pemeriksaan Penunjang**

pemeriksaan CT Scan kepala 02 februari 2021/ jam 11.00 WIB

kesan: fraktur pada zygoma, dinding anterior medial+ hematosinus maxilaries sinistra dan edema serebri,

**PEMERIKSAAN FISIK**

Kepala : Mesocephal, hematoma pada mata kanan. perdarahan dihidung ± 1 cc

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, terpasang cervical collar.

Dada : Jantung = I: tidak terlihat pulsasi ictus cordis, Pa: pulsasi ictus cordis di ICS ke-5, Pe= terdengar bunyi pekak,, A= terdengar bunyi lub-dub, tidak ada gallop.

Paru-paru: I= terdapat retraksi dinding dada, tidak menggunakan otot bantu pernapasan, Pa= ekspansi dinding dada simetris, Pe= terdengar bunyi sonor, A= terdengar vesikuler.

Perut : I= simetris, tidak ada luka dan jejas, A: bising usus 15x/m, Pa: tidak ada nyeri tekan, Pe= terdengar bunyi thympani.

Ekstremitas : (atas) Kekuatan otot 3/3, CRT < 2 dtk, terpasang IVFD NS 16 tpm ditangan kiri, tidak luka atau jejas.

(bawah) Kekuatan otot 2/3, CRT < 2 dtk, tidak terdapat luka, edem dan jejas ekstremitas sinistra.

Genitalia : Terpasang kateter urin no 16.

**PROGRAM TERAPI**

Tanggal/Jam : 02 februari 2021/ jam 11.00 WIB.

| NO | NAMA OBAT        | DOSIS  | INDIKASI                   |
|----|------------------|--------|----------------------------|
| 1  | IVFD NS 500 ml   | 16 tpm | Mengganti cairan tubuh.    |
| 2  | Inj. Ranitidin   | 25 mg  | Mengatasi tungkuk lambung. |
| 3  | Inj. Ondansetron | 4 mg   | Mengatasi mual dan muntah. |

## ANALISA DATA

| NO | DATA FOKUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ETIOLOGI             | PROBLEM                               |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 1  | Ds: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami KLL<br>Do : hematoma pada mata kanan. perdarahan dihidung ± 1 cc, TD: 132/98 mmHg, S:36,7°C, N: 143 x/menit. RR: 28 x/menit, SpO2 90 %. Kesadaran composmentis dengan GCS E3 V3 M 3, pasien tampak gelisah                                                                                                                                                                                                          | Cedera kepala        | Risiko perfusi serebral tidak efektif |
| 2  | Ds : pasien mengatakan nyeri<br>Onset: Pasien mengeluhkan nyeri.<br>Provokatif/Paliatif : nyeri timbul saat bergerak/berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)<br>Qualitas: tekan<br>Regio/Radiation:ekstremitas bawah sinistra<br>Scale/Severity : skala 6<br>Time: hilang timbul 4-5 menit<br>Do: TD: 132/98 mmHg, S:36,7°C, N: 143 x/menit. RR: 28 x/menit, SpO2 90 %. Kesadaran composmentis dengan GCS E3 V3 M 3, pasien tampak gelisah, meracau, berkeringat | Agen pencedera fisik | Nyeri akut                            |

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

- Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala.
- nyeri akut d.d agen pencedera fisik

## INTERVENSI KEPERAWATAN

| NO DX | SLKI                                                                                                                                                                                                                                                                             | INTERVENSI (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RASIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:<br><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b><br>TIK menurun.<br>Gelisah menurun.<br>Kecemasan menurun.<br>Kesadaran membaik<br>Nilai rata-rata tekanan darah membaik. | Menejemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)<br>1. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil.<br>2. Monitor tingkat kesadaran.<br>3. Monitor tanda-tanda vital.<br>4. Monitor keluhan sakit kepala<br>5. Monitor status pernapasan.<br>6. Hindari aktivitas yang apat meningkatkan tekanan intrakranial.<br>7. Monitor status pernafasan<br>8. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang<br>9. Berikan posisi semi fowler | 1 Mengetahui status neurologis pasien.<br>2 Mengetahui status neurologis pasien.<br>3 Mengetahui kondisi pasien.<br>4 Mengatasi adanya peningkatan TIK.<br>5 Mencegah terjadinya obstruksi jalan napas yang mengganggu kepatenan jalan napas.<br>6 Mencegah peningkatan TIK. |
| 2     | Setelah dilakukan intervensi selam 1x6 jam maka tingkat nyeri dapat membaik dengan kriteria hasil:                                                                                                                                                                               | Manajemen Nyeri (I.08238)<br>- Lakukan pengkajian nyeri secara komp rehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | - Mengetahui tingkat nyeri pasien<br>- membantu pasien mengungkapkan perasaan nyerinya<br>- mengurangi nyeri pasien                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Merintih menurun</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>- Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- membantu mengurangi rasa nyeri pasien</li> <li>- mengurangi nyeri dengan cara pengobatan non farmakologis</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## IMPLEMENTASI

| TGL/JAM          | TINDAKAN                                                                | RESPON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | TTD |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 02 februari 2021 |                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |     |
| 11.00 WIB.       | Melakukan monitor tingkat kesadaran                                     | <p>S: keluarga pasien mengatakna, pasien rujukan dari puskesmas Ayah, dengan post KLL dan sudah dilakukan perawatan selama 2×24 jam tidak ada perubahan kemudia pasien dirujuk ke PKU Muhammadiyah Gombong</p> <p>o: keluhan lemas, nyeri ekstremitas bawah sinistra, terpasang bidai, terpasang nekolar perdarahan pada hidung ± 1 cc, hematoma pada mata kanan. pemeriksaan fisik didapatkan tekanan darah 132/98mmHg, suhu 36,7°C, nadi 143x/menit. RR:28x/menit, memberikan terapi oksigen (7 L dengan <i>simple mask</i>), SpO2 90 %, pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/-, Kesadaran somnolen dengan nilai GCS E3 V3 M3, terdapat hematoma mata sebelah kanan, jejas ditangan dan kaki.</p>                                                                                       |     |
| 11.10 WIB        | Melakukan pemeriksaan penunjang, rongten, darah lengkap (laboratorium). | <p>S:-</p> <p>O : pasien post KLL dan sudah dilakukan perawatan selama 2 ×24 jam tidak ada perubahan dipuskesmas sehingga dirujuk, hematoma pada mata kanan. perdarahan dihidung ± 1 cc</p> <p>(<i>Ekstremitas bawah</i>) Kekuatan otot 2/3, CRT &lt; 2 dtk, tidak terdapat luka, edem dan jejas ekstremitas sinistra.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
| 11.30 WIB        | Monitor nyeri, melakukan head up 30°                                    | <p>s : pasien mengatkan nyeri, pasien mengeluh oksigen tidak terasa, kata-kata pasien kurang jelas</p> <p><i>Onset</i>: Pasien mengeluhkan nyeri.</p> <p><i>Provokatif/Paliatif</i> : nyeri timbul saat bergerak/ berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)</p> <p><i>Qualitas</i>: tekan</p> <p><i>Regio/Radiation</i>:ektremitas bawah sinistra</p> <p><i>Scale/Severity</i> : skala 6</p> <p><i>Time</i>: hilang timbul 4-5 menit</p> <p>o: pasien takipnea, RR 28 x/menit, retraksi dinding dada (+), tekanan darah 129/64 mmHg, nadi 156 kali/menit, RR 28x/menit, suhu 36.4°C, SpO2 9, kesadaran somnolen dengan nilai GCS E3 V3 M3, pasien tampak lemas, pasien mendapatkan terapi IVFD NS 500 dengan 16 tpm, injeksi intravena ranitidin 25 mg dan injeksi intravena ondansentron 4 mg.</p> |     |

|           |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|-----------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 12,20 WIB | Memonitor status pernapasan, terapi head up 30°               | S : -<br>O : Takipnea, RR: 28 x/menit, terpasang O <sub>2</sub> NRM 5 lpm, retraksi dinding dada, TD 129/64 mmHg, N: 156 kali/menit, RR: 28, S: 36.4 SpO <sub>2</sub> : 9. GCS: E3 V3 M 3 Kesadaran somnolen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 13,20 WIB | Memonitor keluhan sakit kepala, terapi head 30 °              | S : pasien mengeluh pandangan tidak jelas dan lemas,<br>O : Pasien tampak gelisah. TD: 100/80 mmHg, S:36°C, N: 132 x/menit. RR: 28 x/menit, SpO <sub>2</sub> 90 %. Kesadaran somnolen dengan GCS E3 V3 M 3, pucat, CRT >2 detik,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 14.20     | Memelakukan head up 30 °                                      | S : Pasien mengatakan nyeri, dan keluarga mengatakan pasien sudah mulai bisa istirahat dan lebih tenang<br>Onset: Pasien mengeluhkan nyeri.<br>Provokatif/Paliatif : nyeri timbul saat bergerak/berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)<br>Qualitas: tekan<br>Regio/Radiation:ekstremitas bawah sinistra<br>Scale/Severity : skala 6<br>Time: hilang timbul 4-5 menit<br>O : tekanan darah 132/98 mmHg, suhu 36,7°C, nadi 143x/menit. RR 28 x/menit, SpO <sub>2</sub> 90%, kesadaran somnolen dengan GCS E3 V3 M3, memberikan injeksi IV ceterolak 25 mg |  |
| 15.00     | Memonitor keadaan umum pasien                                 | S : -<br>O : Pasien tampak gelisah saat dilakukan tindakan keperawatan, TD: 90/78 mmHg, S:36°C, N: 114 x/menit. RR: 18 x/menit, SpO <sub>2</sub> 96%. Kesadaran delirium dengan GCS E4 V4 M 3, pucat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 15.40     | Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. | S : pasien mengatakan nyeri dan mau melakukan terapi nafas dalam<br>Onset: Pasien mengeluhkan nyeri.<br>Provokatif/Paliatif : nyeri timbul saat bergerak/berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)<br>Qualitas: tekan<br>Regio/Radiation:ekstremitas bawah sinistra<br>Scale/Severity : skala 5<br>Time: hilang timbul 4-5 menit<br>O : Membatasi jumlah penunggu pasien. pasien bisa melakukan terapi nafas dalam, tampak lebih tenang                                                                                                                    |  |
| 16.30     | Melatih teknik relaksasi.                                     | S : Pasien mengatakan kaku pada kedua tangannya, masi terasa nyeri<br>O : Pasien dapat melakukan latihan nafas dalam melalui bimbingan perawat dan dilakukan secara mandiri.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 17.20     | Monitor keadaan umum pasien                                   | S: pasien mengatakan iya<br>O: pasien lebih tenang, komunikasi mulai kooperatif, TD: 105/98 mmHg, S:36,3°C, N: 95 x/menit. RR: 18 x/menit, SpO <sub>2</sub> 99%. Kesadaran delirium dengan GCS E4 V4 M 3, pucat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 19.00     | Monitor keadaan umum pasien                                   | S:pasien mengatakan masih nyeri dan lemas<br>Onset: Pasien mengeluhkan nyeri.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |

|       |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
|-------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|       |                             | <i>Provokatif/Paliatif</i> : nyeri timbul saat bergerak/berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)<br><i>Qualitas</i> : tekan<br><i>Regio/Radiation</i> :ekstremitas bawah sinistra<br><i>Scale/Severity</i> : skala 5<br><i>Time</i> : hilang timbul 4-5 menit<br>O: tekana darah 125/90 mmHg, suhu 35,3°C, nadi 100 x/menit. RR 20 x/menit, SpO2 99%, kesadaran delirium dengan GCS E4 V4 M3. |  |
| 19.20 | Monitor keadaan umum pasien | S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah tampak tenang<br>O: TD: 102/86 mmHg, S:36,1°C, N: 78 x/menit. RR: 17 x/menit, SpO2 99%. Kesadaran delirium dengan GCS E4 V4 M 3, berkeringat (-),keadaan mental tenang(membaik/tidak cemas, gelisah)                                                                                                                                                 |  |

#### Tindakan Observasi

| Jam       | TD (mmHg) | Nadi (kali/menit) | RR (kali/menit) | Suhu (°C) | SpO <sub>2</sub> (%) | GCS        | Keterangan |
|-----------|-----------|-------------------|-----------------|-----------|----------------------|------------|------------|
| 11.30 WIB | 132/98    | 143               | 28              | 36,7      | 90%                  | E3 V3 M 3, |            |
| 12,20 WIB | 129/64    | 156               | 28              | 36.4      | 99%                  | E3 V3 M 3  |            |
| 13,20 WIB | 100/80    | 132               | 28              | 36        | 90 %.                | E3 V3 M 3  |            |
| 14.20 WIB | 132/98    | 143               | 28              | 36,7°     | 90 %.                | E3 V3 M 3  |            |
| 15.00 WIB | 90/78     | 114               | 18              | 36        | 96%.                 | E4 V4 M 3  |            |
| 17.20 WIB | 105/98    | 95                | 18              | 36,3°     | 99%.                 | E4 V4 M 3  |            |
| 19.00 WIB | 125/90    | 100               | 20              | 35,3°     | 99%.                 | E4 V4 M 3  |            |
| 19.20 WIB | 102/86    | 78                | 17              | 36,1°     | 99%.                 | E4 V4 M 3, |            |

#### EVALUASI

| TGL/ JAM                        | NO DX | EVALUASI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TTD |
|---------------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 02 februari 2021/ jam 19.20 WIB | 1     | S: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami KLL<br>O : pasien hematoma pada mata kanan. Kesadaran somnolen dengan berkeringat (-), Gelisah, Kecemasan menurun, keadaan mental tenang (membaik/tidak cemas, gelisah), kesadaran membaik awalnya somnolen menjadi delirium dari tingkat kesadaran yang awalnya E3 V3 M3 mengalami peningkatan kessadaran padaa observasi ke 4 dengan hasil nilai GCS E4 V4 M3, nilai saturasi oksigen (SpO2) yang awalnya mengalami 90% mengalami peningkatan saat jam observasi ke ke 2 dengan nilai 99 %, saat jam terahir observasi didapat nilai SpO2 99 %, nilai rata-rata tekanan darah membaik, tekanan darah 102/86 mmHg, suhu 36,1°C, nadi 78 x/menit, RR 17 x/menit, pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+.<br>A : Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi.<br>P : Monitor KU, TTV, monitor adanya peningkatan TIK. |     |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2 | <p>S : pasien mengatakan nyeri<br/> <i>Onset</i>: Pasien mengeluhkan nyeri.<br/> <i>Provokatif/Paliatif</i> : nyeri timbul saat bergerak/ berkurang saat diam (tidak ada pergerakan)<br/> <i>Qualitas</i>: tekan<br/> <i>Regio/Radiation</i>:ekstremitas bawah sinistra<br/> <i>Scale/Severity</i> : skala 5<br/> <i>Time</i>: hilang timbul 4-5 menit<br/> O : TD: 132/98 mmHg, S:36,7°C, N: 143 x/menit. RR: 28 x/menit, SpO2 90 %. Kesadaran delirium dengan GCS E3 V3 M 3, berkeringat (-),keadaan mental tenang(membaik/tidak cemas, gelisah), Keluhan nyeri menurun<br/> A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi.<br/> P : Monitor KU, TTV, monitor adanya monitor nyeri, modifikasi terapi non-farmakologi dan farmakologi (jika nyeri bertambah berat)</p> |  |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

### RENCANA TINDAK LANJUT

Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap: Bangsal Multazam.

Mengetahui,

Tanggal 02 februari 2021/ jam 11.00 WIB.

Mahasiswa,

.....

**ASUHAN KEPERAWATAN Sdr A DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN UTAMA  
RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF PADA PASIEN CKS DI IGD RS PKU  
MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Disusun Guna Memenuhi Salah Satu Tugas Praktek Prodi Profesi Ners Keperawatan Stase  
Keperawatan kegawatdaruratan



Disusun Oleh :  
Amelia Onesti  
A32020009

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**



## FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong  
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal: : 05 februari 2021, 09. 45 WIB

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma

Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

Status Psikologis : ☐ Depresi ☐ Takut

: ☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

No RM : 408xxx

Nama : Sdr. A

Tanggal Lahir : 7 Juli 1998

Jenis Kelamin : L

### PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : ..... TD : ...../..... mmHg Nadi : ..... x/menit

Pernafasan : ..... x/menit Suhu : ..... °C SpO<sub>2</sub> : ..... %

Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☐ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction

☐ Bidai ☐ DC ☐ Hecting ☐ Obat .....

☐ Lainnya: .....

A

- ☐ Obstruksi Jalan Nafas  
☐ Stridor, Gargling, Snoring

B

- ☐ SpO<sub>2</sub> < 80%  
☐ RR > 30 x/m atau < 14 x/m

C

- ☐ Nadi > 130 x/m  
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

D

- ☐ GCS ≤ 8

E

- ☐ Suhu > 40°C atau < 36°C  
☐ VAS = 7 – 10 (berat)  
☐ EKG : mengancam nyawa

- ☐ Obstruksi Jalan Nafas  
☐ Stridor, Gargling, Snoring

- ☒ SpO<sub>2</sub> 80 – 94 %  
☒ RR 26 – 30 x/m

- ☒ Nadi 121 – 130 x/m  
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg  
☐

- ☐ GCS 9 – 13

- ☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C  
☒ VAS = 4 – 6 (sedang)  
EKG : resiko tinggi

- ☒ Jalan Nafas Paten

- ☐ SpO<sub>2</sub> > 94 %  
☐ RR 14 – 26 x/m

- ☐ Nadi 60 – 120 x/m  
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

- GCS 14 – 15

- ☒ Suhu 36,5 – 37,5°C  
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)  
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIASE



MERAH  
HITAM ( Meninggal )



KUNING



HIJAU  
Petugas Triase

CATATAN : pasien masuk TRIASE Kuning

.....

(Amelia Onesti)



**FORM PENGKAJIAN**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)**  
*Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong*

Tanggal : 05 februari 2021, 09. 45 WIB

No RM : 408xxx  
Nama : Sdr. a  
Tanggal Lahir : 7 Juli 1998  
Jenis Kelamin : L

Keluhan Utama : nyeri pada alis bagian kiri

Anamnesa : Pasien mengalami kecelakaan lalu lintas tunggal dan langsung dibawa ke IGD RS PKU Muhammadiyah langsung. untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan data TD: 127/78 mmHg, N: 149 x/m, RR: 25 x/m, SpO<sub>2</sub> : 96%, GCS: E 3 V 4 M 3, pasien tampak gelisah, terdapat jejas pada tangan dan kaki kepala bagian belakang dan telinga, terpasang cervical collar, Terdapat hematoma pada mata kiri, pandangan sedikit kabur, nyeri pada alis kiri jejas pada alis sebelah kiri.

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada .....

Riwayat Penyakit Dahulu : Keluarga pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami kejadian yang serupa dan belum pernah dirawat di RS.

Riwayat Penyakit Keluarga : Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya tidak terdapat penyakit menurun seperti DM, hipertensi ataupun ASMA.

**PRIMARY SURVEY**

**Airways**

☒ Paten ☐ Tidak Paten ( ☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing )

Lain-lain .....

**Breathing**

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☒ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea

Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☒ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas : 25 x/menit

**Circulation**

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☒ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 127/78 mmHg Nadi : ☒ Teraba 149 x/m ☐ Tidak Teraba

Perdarahan : ☐ Ya ..... cc Lokasi Perdarahan : ..... ☒ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : - Diare Muntah Luka Bakar Perdarahan

Kelembaban Kulit : ☒ Lembab ☐ Kering

Turgor : ☒ Baik ☐ Kurang

Luas Luka Bakar : ..... % Grade : ..... Produksi Urine : ..... cc

Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

### Disability

Tingkat Kesadaran : ☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☒ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 4 V 5 M 3 Total : 12

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☒ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mm

Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

|                                  |                                                                       |          |   |   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------|---|---|
| Penilaian Ekstremitas : Sensorik | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | kekuatan | 4 | 4 |
| Motorik                          | <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | otot     | 4 | 4 |

### Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset : Pasien mengeluhkan nyeri.

Provokatif/Paliatif : untuk melihat terasa nyeri, berkurang saat memejamkan mata

Qualitas : tekan

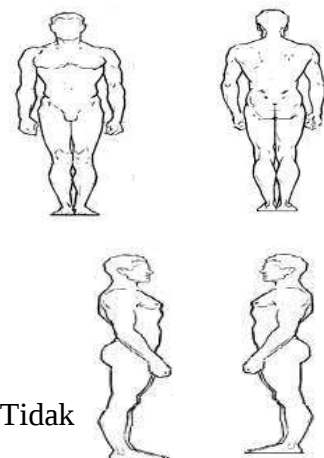
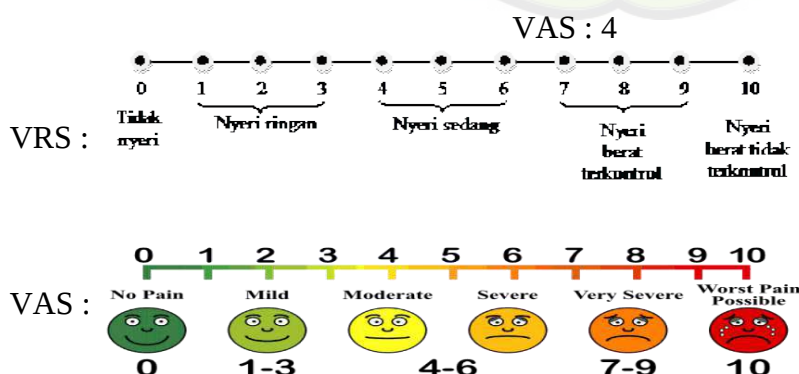
Regio/Radiation : alis bagian kiri

Scale/Severity : skala 4

Time : hilang timbul 3-4 menit

Apakah ada nyeri : ☒ Ya, skor nyeri VRS : 4 ☐ Tidak

Lokasi Nyeri: alis bagian kiri



Luka : ☐ Ya, Lokasi : ..... ☒ Tidak

Resiko Dekubitus : ☐ Ya ☒ Tidak

## Fahrenheit

Suhu Axila : 36,7 °C

Suhu Rectal : .....°C

Berat Badan : 63 kg

## Pemeriksaan Penunjang

CT Scaan kepala pada tanggal 05 februari 2021, 09. 45 WIB

hematoma pada subdural pada regio pariental kiri dan accipitol kanan

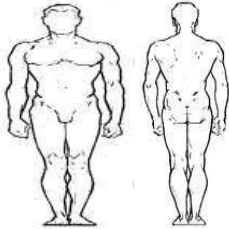
sphenoiditis

Laboratorium 05 februari 2021, 09. 45 WIB

| PEMERIKSAAN              | HASIL       | SATUAN              | NILAI NORMAL  |
|--------------------------|-------------|---------------------|---------------|
| Albumin                  | 3.96        | g/Dl                | 3.50-5.20     |
| APTT                     | 32.6        | Detik               | 26.4-37.5     |
| Biologi molecular        |             |                     |               |
| Pengambilan SWAB         |             |                     |               |
| Darah lengkap            |             |                     |               |
| Basophil                 | 0.2         | %                   | 0-1           |
| Batang                   | 0.2         | %                   | 3-5           |
| Eosinofi                 | 6.1         | %                   | 2-4           |
| Limfosit                 | 22.9        | %                   | 25-40         |
| Monosit                  | 8.8         | %                   | 2-8           |
| Neutrophil               | 62.0        | %                   | 50.0-70.0     |
| Segmen                   | 61.8        | %                   | 50-70         |
| Darah lengkap            |             |                     |               |
| Darah lengkap            |             |                     |               |
| Eritrosit                | 4.13        | 10 <sup>6</sup> /uL | 4.40-5.90     |
| Granulosit               | 3240.0      | /uL                 |               |
| Hernatokrit              | 38          | %                   | 40-52         |
| Hemoglobin               | 12.4        | g/dL                | 13.2-17.3     |
| Hitung jenis             |             |                     |               |
| Hitung jenis             |             |                     |               |
| Leukosit                 | 5230        | /Ul                 | 3800-10600    |
| MCH                      | 30.0        | Pg/cell             | 26-34         |
| MCHC                     | 32.9        | %                   | 32-36         |
| MCV                      | 91.3        | Fl                  | 80-100        |
| MPV                      | 10.1        | Fl                  | 9.4-12.4      |
| Neutrofil limfosit ratio | 2.70        |                     |               |
| RDW                      | 13.5        | %                   | 11.5-14.5     |
| Total limfosit count     | 1200        |                     |               |
| Trombosit                | 274000      | /Ul                 | 150000-440000 |
| Globulin                 | 2.63        | g/dl                | 2.70-3.20     |
| Glukosa sewaktu          | 109         | Mg/dL               | <140          |
| HBSAG                    | Non reaktif |                     | Non reaktif   |
| Kalium                   | 3.7         | mEq/L               | 3.4-4.5       |
| Klorid                   | 108         | mEq/L               | 96-108        |
| Kreatinin darah          | 1.00        | mEq/L               | 0.70-1.20     |
| Natrium                  | 14.4        | mEq/L               | 134-146       |

|               |       |       |             |
|---------------|-------|-------|-------------|
| PT            | 10.3  | Detik | 9.9-11.8    |
| SGOT          | 30    | U/L   | <45         |
| SGPT          | 22    | U/L   | <41         |
| Total protein | 6.59  | g/dL  | 6/60-8.80   |
| Urem darah    | 30.20 | Mg/dL | 19.00-44.00 |

### PEMERIKSAAN FISIK



**Kepala** : Mesocephal, terapat jejas dibagian alis kiri, terdapat hematoma pada mata sebelah kiri, *Onset*: Pasien mengeluhkan nyeri. *Provokatif/Paliatif* : untuk melihat terasa nyeri, berkurang saat memejamkan mata *Qualitas*: tekan, *Regio/Radiation*: alis bagian kiri, *Scale/Severity*: skala 4, *Time*: hilang timbul 3-4 menit

**Leher** : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, terpasang cervical collar.

**Dada** : Jantung = I: tidak terlihat pulsasi ictus cordis, Pa: pulsasi ictus cordis di ICS ke-5, Pe= terdengar bunyi pekak,, A= terdengar bunyi lub-dub, tidak ada gallop.

Paru-paru: I= terdapat retraksi dinding dada, tidak menggunakan otor bantu pernapasan, Pa= ekspansi dinding dada simetris, Pe= terdengar bunyi sonor, A= terdengar vesikuler.

**Perut** : I= simetris, tidak ada luka dan jejas, A: bising usus 13x/m, Pa: tidak ada nyeri tekan, Pe= terdengar bunyi thympani.

**Ekstremitas** : (*atas*) Kekuatan otot 4/4, CRT < 2 dtk, terpasang IVFD NS 18 tpm ditangan kiri, jejas pada ekstremitas awas dexter

(*bawah*) Kekuatan otot 3/3, CRT < 2 dtk, tidak terdapat luka, jejas ekstremitas sinistra, memar.

**Genitalia** : tidak ada masalah

### PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 05 februari 2021, 09. 45 WIB

| NO | NAMA OBAT        | DOSIS  | INDIKASI                   |
|----|------------------|--------|----------------------------|
| 1  | IVFD NS 500 ml   | 20 tpm | Mengganti cairan tubuh.    |
| 2  | Inj. Ranitidin   | 25 mg  | Mengatasi tungkak lambung. |
| 3  | Inj. Ondansetron | 4 mg   | Mengatasi mual dan muntah. |

## ANALISA DATA

| NO | DATA FOKUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ETIOLOGI             | PROBLEM                               |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|
| 1  | - Ds: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami KLL dan terdapat luka di kepala, tangan dan kaki.<br>- Do : Terdapat jejas di kepala bagian belakang. pelipis, terpasang cervical collar, terdapat hematoma, SpO2 96%                                                                                                                                                                                                                                                          | Cedera kepala        | Risiko perfusi serebral tidak efektif |
| 2  | Ds: pasien mengatakan nyeri pada mata sebelah kiri<br><i>Onset</i> : Pasien mengeluhkan nyeri.<br><i>Provokatif/Paliatif</i> : untuk melihat terasa nyeri, berkurang saat memejamkan mata<br><i>Qualitas</i> : tekan<br><i>Regio/Radiation</i> : mata bagian kiri<br><i>Scale/Severity</i> : skala 4<br><i>Time</i> : hilang timbul 3-4 menit<br>Do: didapatkan data TD: 127/78 mmHg, N: 149 x/m, RR: 25 x/m, SpO <sub>2</sub> : 96%, pasien tampak gelisah, pucat, berkeringat, | Agen pencedera fisik | Nyeri akut                            |

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala.
2. nyeri akut d.d agen pencedera fisik

## INTERVENSI KEPERAWATAN

| NO DX | SLKI                                                                                                                                                                                                                                                                                            | INTERVENSI (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | RASIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:<br><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b><br>1. TIK menurun.<br>2. Gelisah menurun.<br>3. Kecemasan menurun.<br>4. Kesadaran membaik<br>5. Nilai rata-rata tekanan darah membaik. | Menejemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)<br>1. Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil.<br>2. Monitor tingkat kesadaran.<br>3. Monitor tanda-tanda vital.<br>4. Monitor keluhan sakit kepala<br>5. Monitor status pernapasan.<br>6. Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.<br>7. Monitor status pernafasan<br>8. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang<br>9. Berikan posisi semi fowler | 1. Mengetahui status neurologis pasien.<br>2. Mengetahui status neurologis pasien.<br>3. Mengetahui kondisi pasien.<br>4. Mengatasi adanya peningkatan TIK.<br>5. Mencegah terjadinya obstruksi jalan napas yang mengganggu kepatenan jalan napas.<br>6. Mencegah peningkatan TIK. |
| 2     | Setelah dilakukan intervensi selama 1x6 jam maka tingkat nyeri dapat membaik dengan kriteria hasil:                                                                                                                                                                                             | Manajemen Nyeri (I.08238)<br>- Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | - Mengetahui tingkat nyeri pasien<br>- membantu pasien mengungkapkan perasaan nyerinya                                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                  |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Tingkat nyeri (L.08066) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keluhan nyeri menurun</li> <li>- Gelisah menurun</li> <li>- Merintih menurun</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</li> <li>- Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</li> <li>- Ajarkan tentang teknik non farmakologi</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengurangi nyeri pasien</li> <li>- membantu mengurangi rasa nyeri pasien</li> <li>- mengurangi nyeri dengan cara pengobatan non farmakologis</li> </ul> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## IMPLEMENTASI

| TGL/JAM                      | TINDAKAN                                                                              | RESPON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | TTD |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 05 februari 2021, 09. 45 WIB |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |
| 09. 45WIB                    | Memonitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil.                         | S : keluarga pasien mengatakan pasien korban kecelakaan lalu lintas tunggal dan langsung dibawa ke IGD RS PKU Muhammadiyah langsung<br>O : tekanan darah 127/78 mmHg, nadi 149 x/menit, RR 25 x/menit memberikan terapi oksigen (4L dengan <i>nasal kanul</i> ), SpO <sub>2</sub> 96%, kesadaran delirium dengan nilai GCS E3 V4 M3, pasien tampak gelisah, terdapat jejas pada tangan dan kaki kepala bagian belakang dan telinga, terdapat jejas pada dagu, terdapat hematoma pada mata kiri, pandangan sedikit kabur, nyeri pada alis kiri jejas pada alis sebelah kiri. |     |
| 09.50WIB                     | Melakukan monitor tingkat kesadaran.                                                  | S : -<br>O : TD: 127/78vmmHg, N: 149 x/m, RR: 25 x/m, S: 37°C SpO <sub>2</sub> : 96%, GCS: E 3 V 4 M 3,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |
| 10. 10WIB                    | Melakukan pemeriksaan penunjang laboratorium (darah lengkap dan ct scan kepala        | S : pasien mengatakan pandangan mata tidak jelas<br>O : tekanan darah 117/90 mmHg, nadi 102 x/menit, RR 26 x/menit, suhu 36,4°C, SpO <sub>2</sub> 96%, kesadaran delirium dengan nilai GCS E4 V4 M3 didapatkan hasil rontgen hematoma pada subdural pada regio parietal kiri dan accipitol kanan sphenoiditis, pasien mendapatkan terapi obat IVFD NS 500 ml dalam 20 tpm, injeksi intravena ranitidin 2 mg, injeksi intravena ondansentron 4 mg.                                                                                                                           |     |
| 11. 20WIB                    | Melakukan terapi head up 30 dan melatih terapi non farmakologi untuk mengurangi nyeri | S: pasien bisa melakukan terapi non farmakologi<br>O: pasien menyampaikan tahapan terapi npn farmakologi (nafas dalam ) dengan urut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |
| 12. 05WIB                    | Memonitor status pernapasan.                                                          | S : -<br>O : Takipnea, RR: 26 x/menit, terpasang O <sub>2</sub> NRM 5 lpm, retraksi dinding dada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |     |
| 13. 00WIB                    | Monitor keadaan pasien                                                                | S : pasien mengatn kadang nyeri saat melihat<br>O : takipnea, RR 26 x/menit, terpasang O <sub>2</sub> NRM 5 lpm, retraksi dinding dada, tekanan darah 129/85 mmHg, nadi 98 x/menit, RR 26 x/menit, suhu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |     |

|            |                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|            |                                                                                                                                                                            | 35,9°C, SpO <sub>2</sub> 96%, kesadaran delirium dengan nilai GCS E4 V4 M3.                                                                                                                                                               |  |
| 14. 10WIB  | melakukan monitor keadaan umum pasien dan melakukan <i>Head Aup 30°</i> ,                                                                                                  | S: keluarga pasien mengatakan pasien sudah lebih tenang dan mulai bisa istirahat<br>O: tekanan darah 121/87 mmHg, nadi 83x/menit, RR 26 x/menit, suhu 36°C, SpO <sub>2</sub> 99%, kesadaran delirium dengan nilai GCS E4 V4 M3.           |  |
| 15.05 WIB  | melakukan monitor keadaan umum pasien serta menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan, meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, | S : keluarga pasien mengatakan pasien bisa istirahat<br>O : pembatasi jumlah penunggu pasien, tekanan darah 117/90 mmHg, nadi 102 x/menit, suhu 36,1°C RR 26 x/menit, SpO <sub>2</sub> 96%, kesadaran delirium dengan nilai GCS E4 V4 M3. |  |
| 15.35 WIB  | Melatih teknik relaksasi memngontrol nyeri                                                                                                                                 | S : Pasien mengatakan kaku pada kedua tangannya.<br>O : Pasien dapat melakukan latihan nafas dalam melalui bimbingan perawat dan dilakukan secara mandiri.                                                                                |  |
| 16. 05 WIB | Memonitor keadaan umum pasien                                                                                                                                              | S : pasien mengatakan sudah lebih baik<br>O : kedua orang tua pasien tampak menemani pasien, tekanan darah 90/70mmHg, nadi 98 x/menit, RR 18 x/menit, suhu 37°C, SpO <sub>2</sub> 98%, kesadaran delirium dengan nilai GCS E4 V4 M3.      |  |

#### Tindakan Observasi

| Jam        | TD (mmHg)   | Nadi (kali/menit) | RR (kali/menit) | Suhu (°C) | SpO <sub>2</sub> (%) | GCS         | Keterangan |
|------------|-------------|-------------------|-----------------|-----------|----------------------|-------------|------------|
| 09.50WIB   | 127/78mmHg  | 149               | 25              | 37°C      | 96%,                 | E 3 V 4 M 3 |            |
| 10. 10WIB  | 117/90mmHg  | 102               | 26              | 36,4°C    | 96%,                 | E 4 V 4 M 3 |            |
| 13. 00WIB  | 129/85mmHg  | 98                | 26              | 35,9°C    | 96%,                 | E 4 V 4 M 3 |            |
| 14. 00WIB  | 121/87 mmHg | 83                | 26              | 36°C      | 99%,                 | E 4 V 4 M 3 |            |
| 15. 05WIB  | 117/90mmHg, | 102               | 26              | 36,1°C    | 96%,                 | E 4 V 4 M 3 |            |
| 16. 05 WIB | 90/70mmHg,  | 98                | 18              | 37°C      | 98%,                 | E 4 V 4 M 3 |            |

#### EVALUASI

| TGL/JAM                      | NO DX | EVALUASI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | TTD |
|------------------------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 05 februari 2021, 16. 05 WIB | 1     | S : Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami KLL dan terdapat luka di kepala, tangan dan kaki.<br>O : Terdapat jejas di kepala bagian belakang. pelipis, terpasang cervical collar, terdapat hematoma, SpO <sub>2</sub> 98%<br>1. Gelisah dan Kecemasan menurun.<br>2. Kesadaran membaik awal E3 V4 M3 menjadi E4 V4 M3 |     |

|  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|--|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |   | <p>3. Nilai rata-rata tekanan darah membaik. TD: 90/70vmmHg, N: 98 x/m, RR: 18 x/m, S: 37°C, SpO<sub>2</sub> : 98%</p> <p>A : Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi.</p> <p>P : Monitor KU, TTV, monitor adanya peningkatan TIK.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|  | 2 | <p>S : pasien mengatakan nyeri pada mata sebelah kiri</p> <p><i>Onset</i>: Pasien mengeluhkan nyeri.</p> <p><i>Provokatif/Paliatif</i>: untuk melihat terasa nyeri, berkurang saat memejamkan mata</p> <p><i>Qualitas</i>: tekan</p> <p><i>Regio/Radiation</i>: mata bagian kiri</p> <p><i>Scale/Severity</i> : skala 4</p> <p><i>Time</i>: hilang timbul 3-4 menit</p> <p>O : didapatkan data TD: 90/70vmmHg, N: 98 x/m, RR: 18 x/m, S: 37°C, SpO<sub>2</sub> : 98%, GCS: E 4 V 4 M 3pasien tampak gelisah, pucat, berkeringat, Keluhan nyeri menurun, Gelisah menurun, Merintih menurun</p> <p>A : Masalah keperawatan nyeri akut belum teratasi.</p> <p>P : Monitor KU, TTV, monitor nyeri, terapi non farmakologi</p> |  |

#### RENCANA TINDAK LANJUT

Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap: Bangsal Multazam.

Mengetahui,  
Pembimbing

Tanggal :  
Jam ..... WIB  
Mahasiswa,

.....

.....

**ASUHAN KEPERAWATAN An. V DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN UTAMA  
RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF PADA PASIEN CKS DI IGD RS PKU  
MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Disusun Guna Memenuhi Salah Satu Tugas Praktek Prodi Profesi Ners Keperawatan Stase  
Keperawatan Kegawatdaruratan



Disusun Oleh :  
Amelia Onesti  
NIM : A32020054

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS  
FAKULTAS KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**



## FORM PENGKAJIAN TRIASE

Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong  
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal: 19 Januari 2021, 16.20 WIB

No RM : 408xxx  
Nama : An. V  
Tanggal Lahir : 7 Juni 2003  
Jenis Kelamin : P

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma  
Cara Masuk : ☐ Sendiri ☒ Rujukan  
Status Psikologis : ☐ Depresi ☒ Takut  
: ☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

### PRE-HOSPITAL (jika ada)

Keadaan Pre Hospital : AVPU : ..... TD : 130/79. mmHg Nadi : 109 x/menit  
Pernafasan : 26 x/menit Suhu : 37.1 °C SpO<sub>2</sub> : 95 %  
Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☒ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction  
☐ Bidai ☐ DC ☐ Hecting ☐ Obat .....  
☐ lainnya: ..... ☐ ☐

**A**

☐ Obstruksi Jalan Nafas  
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☐ Obstruksi Jalan Nafas  
☐ Stridor, Gargling, Snoring

☒ Jalan Nafas Paten

**B**

☐ SpO<sub>2</sub> < 80%  
☐ RR > 30 x/m atau < 14 x/m

☒ SpO<sub>2</sub> 80 – 94 %  
☒ RR 26 – 30 x/m

☐ SpO<sub>2</sub> > 94 %  
☐ RR 14 – 26 x/m

**C**

☐ Nadi > 130 x/m  
☐ TD Sistolik < 80 mmHg

☒ Nadi 121 – 130 x/m  
☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

☐ Nadi 60 – 120 x/m  
☒ TD Sistolik > 90 mmHg

**D**

☐ GCS ≤ 8

☒ GCS 9 – 13

☐ GCS 14 – 15

**E**

☐ Suhu > 40°C atau < 36°C  
☐ VAS = 7 – 10 (berat)  
EKG : mengancam nyawa

☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C  
☒ VAS = 4 – 6 (sedang)  
EKG : resiko tinggi

☒ Suhu 36,5 – 37,5°C  
☐ VAS = 1 – 3 (ringan)  
☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIAS



MERAH



KUNING



HIJAU



HITAM ( Meninggal )

Petugas Triase

CATATAN : pasien masuk dalam TRIAS Kuning



**FORM PENGKAJIAN**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)**  
*Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong*

Tanggal : 19 Januari 2021, 16.20 WIB

No RM : 408xxx  
Nama : An. V  
Tanggal Lahir : 7 Juni 2003  
Jenis Kelamin : P

Keluhan Utama : Muntah lebih dari 5 kali.

Anamnesa : Pasien mengalami kecelakaan lalu lintas dan

langsung dibawa ke PKM Petanahan langsung mendapatkan perawatan karena pasien mengalami perdarahan lewat hidung dan mengalami muntah 5x, kemudian dirujuk ke RS PKU Muhammadiyah Gombong untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut. Setelah dilakukan pengkajian didapatkan data TD: 147/54 mmHg, N: 137 x/m, RR: 28 x/m, SpO<sub>2</sub> : 96%, GCS : E4 V 4 M 4, pasien tampak gelisah, terdapat bercak darah pada kepala bagian belakang dan telinga, terpasang cervical collar.

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada .....

Riwayat Penyakit Dahulu : Keluarga pasien mengatakan sebelumnya belum pernah mengalami kejadian yang serupa dan belum pernah dirawat di RS.

Riwayat Penyakit Keluarga : Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya tidak terdapat penyakit menurun seperti DM, hipertensi ataupun ASMA.

**Airways**

☒ Paten ☐ Tidak Paten ( ☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐ Benda Asing )

Lain-lain .....

**Breathing**

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur

Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐ Ronchi

Pola Nafas ☐ Apneu ☒ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐ Tachipnea

Orthopnea

Penggunaan Otot Bantu Nafas ☒ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung

Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut

Frekuensi Nafas : 28 x/menit

**Circulation**

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin

Pucat : ☐ Ya ☒ Tidak

Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak

CRT : ☒ <2 detik ☐ >2 detik

Tekanan Darah : 147/54 mmHg

Nadi : ☒ Teraba 137 x/m☐ Tidak TerabaPerdarahan : ☒ Ya  $\pm$  2 cc Lokasi Perdarahan : hidung☐ Tidak

Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar :

Diare

☒

Muntah

Luka Bakar

Perdarahan

Kelembaban Kulit : ☒ Lembab ☐ KeringTurgor : ☒ Baik ☐ Kurang

Luas Luka Bakar : ..... % Grade : ..... Produksi Urine : ..... cc

Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut**Disability**Tingkat Kesadaran : ☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☒ Somnolen ☐ Sopor ☐ Coma

Nilai GCS : E 3 V 3 M 5 Total : 11

Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☒ 2mm ☐ 3mm ☐ 4mmRespon Cahaya : ☒ + ☐ -

|                                  |                                        |                                |          |   |   |
|----------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|----------|---|---|
| Penilaian Ekstremitas : Sensorik | <input checked="" type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | kekuatan | 4 | 4 |
| Motorik                          | <input checked="" type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak | otot     | 3 | 4 |

**Exposure**

Pengkajian Nyeri

Onset :

Provokatif/Paliatif:

Qualitas :

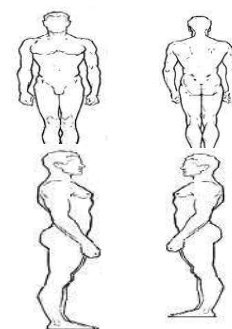
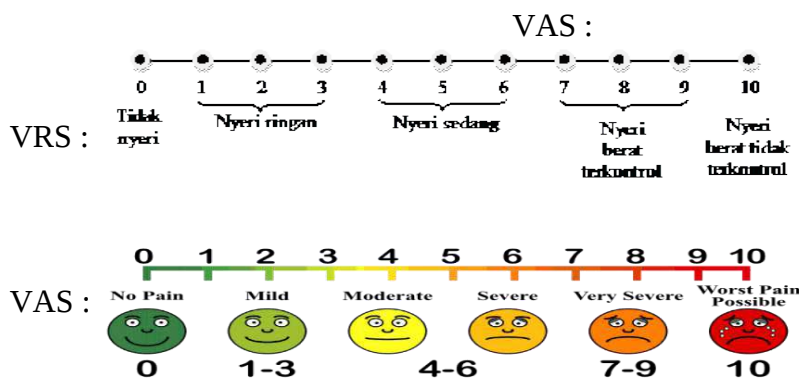
Regio/Radiation :

Scale/Severity :

Time :

Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri VRS : ☒ Tidak

Lokasi Nyeri:

Luka : ☐ Ya, Lokasi : ..... ☒ TidakResiko Dekubitus : ☐ Ya ☒ Tidak**Fahrenheit**

Suhu Axila : 36,7 °C

Suhu Rectal : .....°C

Berat Badan : 48 kg

**Pemeriksaan Penunjang**

EKG : Sinus rhytm

Radiologi :

1. RO Vert Cervicalis AP/Lateral

Kesan : - Kelengkungan vertebrae cervical baik, Tak tampak fractur/listhesis

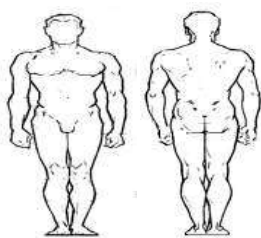
2. RO Thorax

Kesan : Tak tampak gambaran pneumothorax, hematothorax, fractur.

Laboratorium 19 Januari 2021, 16.20 WIB

| PEMERIKSAAN               | HASIL          | SATUAN              | NILAI NORMAL     |
|---------------------------|----------------|---------------------|------------------|
| Hemoglobin                |                |                     |                  |
| Darah Lengkap             |                |                     |                  |
| <b>Hemoglobin</b>         | <b>L 10.1</b>  | <b>g/dl</b>         | <b>12.8-16.8</b> |
| Leukosit                  | 7310           | /dL                 | 4500-13500       |
| <b>Hematokrit</b>         | <b>L 32</b>    | <b>%</b>            | <b>35-47</b>     |
| Eritrosit                 | 4.02           | 10 <sup>6</sup> /uL | 3,80-5,20        |
| Trombosit                 | 231000         | /uL                 | 154000-442000    |
| MCV                       | 80.6           | fL                  | 80-100           |
| <b>MCH</b>                | <b>L.25.1</b>  | <b>Pg/cell</b>      | <b>26-34</b>     |
| <b>MCHC</b>               | <b>L. 31.2</b> | <b>%</b>            | <b>32-36</b>     |
| RDW                       | 14.3           | %                   | 11.5-14.5        |
| MPV                       | 9.8            | fL                  | 9.4-12.3         |
| Hitung Jenis              |                |                     |                  |
| Basofil                   | 0.0            | %                   | 0-1              |
| <b>Eosinofil</b>          | <b>L 0.3</b>   | <b>%</b>            | <b>1-5</b>       |
| <b>Batang</b>             | <b>L 03</b>    | <b>%</b>            | <b>3-6</b>       |
| <b>Segmen</b>             | <b>H 73,6</b>  | <b>%</b>            | <b>25-60</b>     |
| <b>Limfosit</b>           | <b>L 19.2</b>  | <b>%</b>            | <b>25-50</b>     |
| <b>Monosit</b>            | <b>H. 6.6</b>  | <b>%</b>            | <b>1-6</b>       |
| <b>Neutrohi</b>           | <b>H 73.9</b>  | <b>%</b>            | <b>25.0-60.0</b> |
| Total Limfosit Count      | 1400           |                     |                  |
| Neutrofil Limfosit Ration | 3.86           |                     |                  |

## PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : Mesocephal, terapat jejas dibagian belakang. perdarahan dihidung  $\pm 2$  cc

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, terpasang cervical collar.

Dada : Jantung = I: tidak terlihat pulsasi ictus cordis, Pa: pulsasi ictus cordis di ICS ke-5, Pe= terdengar bunyi pekak, A= terdengar bunyi lub-dub, tidak ada gallop.

Paru-paru: I= terdapat retraksi dinding dada, tidak menggunakan otor bantu pernapasan, Pa= ekspansi dinding dada simetris, Pe= terdengar bunyi sonor, A= terdengar vesikuler.

Perut : I= simetris, tidak ada luka dan jejas, A: bising usus 12x/m, Pa: tidak ada nyeri tekan, Pe= terdengar bunyi thympani.

Ekstremitas : (*atas*) Kekuatan otot 4/4, CRT < 2 dtk, terpasang IVFD NS 20 tpm ditangan kiri, tidak luka atau jejas.

(*bawah*) Kekuatan otot 3/4, CRT < 2 dtk, terdapat luka maupun jejas pada ekstremitas sinistra.

Genitalia : Terpasang kateter urin no 16.

## PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 19 Januari 2021, 16.20 WIB

| NO | NAMA OBAT        | DOSIS  | INDIKASI                   |
|----|------------------|--------|----------------------------|
| 1  | IVFD NS 500 ml   | 20 tpm | Mengganti cairan tubuh.    |
| 2  | Inj. Ranitidin   | 25 mg  | Mengatasi tungkai lambung. |
| 3  | Inj. Ondansetron | 4 mg   | Mengatasi mual dan muntah. |

## ANALISA DATA

| NO | DATA FOKUS                                                                                                                                                                                                                                    | ETIOLOGI      | PROBLEM                               |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|
| 1  | Ds: Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami KLL dan terdapat luka bengkok di kepala, mengatakan sakit kepala<br>Do : Terdapat jejas di kepala bagian belakang, terpasang cervical collar. RR: 26x/m, SpO <sub>2</sub> : 96%, N : 137 x/m. | Cedera kepala | Risiko perfusi serebral tidak efektif |

|   |                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                                     |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| 2 | <p>Ds : Keluarga pasien mengatakan pasien sempat muntah lebih dari 5 kali, mengeluh sakit kepala, komunikasi tidak jelas,</p> <p>Do : Terpasang O<sub>2</sub> Nasal kanul 4 lpm, RR: 26x/m, SpO<sub>2</sub> : 96%, N : 137 x/m.</p> | Muntah             | Risiko ketidakseimbangan elektrolit |
| 3 | <p>Ds : Pasien mengeluhkan pusing, merasa khawatir dengan kondisinya.</p> <p>Do : Pasien tampak gelisah, tegang, RR: 26x/m, SpO<sub>2</sub> : 96%, N : 137 x/m.</p>                                                                 | Krisis situasional | Ansietas                            |

### DIAGNOSA KEPERAWATAN

3. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala.
4. Risiko ketidakseimbangan cairan d.d muntah.
5. Ansietas b.d krisis situasional d.d pasien tampak gelisah.

### INTERVENSI KEPERAWATAN

| NO DX | SLKI                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | INTERVENSI (SIKI)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RASIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:</p> <p>Perfusi Serebral (L.02014)</p> <p>TIK menurun.</p> <p>Gelisah menurun.</p> <p>Kecemasan menurun.</p> <p>Kesadaran membaik</p> <p>Nilai rata-rata tekanan darah membaik.</p> | <p>Menejemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)</p> <p>Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil.</p> <p>Monitor tingkat kesadaran.</p> <p>Monitor tanda-tanda vital.</p> <p>Monitor keluhan sakit kepala</p> <p>Monitor status pernapasan.</p> <p>Hindari aktivitas yang apat meningkatkan tekanan intrakranial.</p> <p>Monitor status pernafasan</p> <p>Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>Berikan posisi semi fowler</p> | <p>Mengetahui status neurologis pasien.</p> <p>Mengetahui status neurologis pasien.</p> <p>Mengetahui kondisi pasien.</p> <p>Mengatasi adanya peningkatan TIK.</p> <p>Mencegah terjadinya obstruksi jalan napas yang mengganggu kepatenan jalan napas.</p> <p>Mencegah peningkatan TIK.</p> |
| 2     | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan Fungsi Gastrointestinal (L.03019)</p>                                                                                                                                                                                                | <p>Pemantauan Elektrolit (I.03122)</p> <p>Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit.</p> <p>Monitor mual, muntah dan diare.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>Mengetahui status elektrolit pasien.</p> <p>Mencegah ketidakseimbangan</p>                                                                                                                                                                                                               |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                         |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | membaik dengan kriteria hasil:<br>Fungsi Gastrointestinal (L.03019)<br>Mual menurun.<br>Muntah menurun.<br>Dispnea menurun.<br>Frekuensi napas cukup membaik.                                                                                                                               | Monitor kehilangan cairan, jika perlu.<br>Atur interval waktu waktu pemantauan sesuai dengan kondisi pasien.                                                                                                                                         | elektrolit dalam tubuh pasien.<br>Mencegah ketidakseimbangan cairan dalam tubuh.<br>Mengetahui kondisi pasien secara berkala.                                                                                                                           |
| 3 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil:<br>Tingkat Ansietas (L.09093)<br>Perilaku gelisah menurun.<br>Perilaku tegang menurun.<br>Frekuensi pernapasan menurun.<br>Frekuensi nadi menurun.<br>Konsentrasi membaik. | Reduksi Ansietas (I.09314)<br>Identifikasi saat tingkat ansietas berubah.<br>Monitor tanda-tanda ansietas.<br>Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.<br>Latih teknik relaksasi.<br>Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. | Mencegah perilaku agresif pada pasien.<br>Mengetahui kondisi ansietas pada pasien.<br>Menenangkan pasien dan mencegah adanya perubahan ansietas.<br>Mengurangi tingkat stress pada pasien.<br>Menciptakan kenyamanan pasien dengan keluarga saat di RS. |

## IMPLEMENTASI

| TGL /JAM                   | TINDAKAN                                                                           | RESPON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TTD |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 19 Januari 2021, 16.20 WIB |                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |     |
| 16.20 WIB                  | melakukan <i>anamnesa</i> pasien dan mengidentifikasi tanda/gejala peningkatan TIK | S : keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kecelakaan lalu lintas dan langsung dibawa ke PKM Petanahan langsung mendapatkan perawatan karena pasien mengalami perdarahan lewat hidung dan mengalami muntah 5x, kemudian dirujuk ke RS PKU Muhammadiyah Gombong untuk mendapatkan perawatan lebih lanjut, dan data<br>O : Setelah dilakukan pengkajian didapatkan data tekanan darah 147/54 mmHg, nadi 137 x/menit, |     |

|                  |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|                  |                                                                                                                                                                                                                              | RR 28 x/menit, SpO <sub>2</sub> 96%, kesadaran apatis dengan nilai GCS E4 V4 M4, pasien tampak gelisah, terdapat bercak darah pada kepala bagian belakang dan telinga, terpasang cervical collar, memberikan terapi oksigen (7L dengan <i>simple mask</i> ), kolaborasi dengan farmakologi (Inj IV Ranitidin 25 mg, Inj IV Ondansentron 4mg). Pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+.            |  |
| 16.3<br>0<br>WIB | Melakukan identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit. melakukan pengambilan sampel darah untuk pemeriksaan laboratorium dan melakukan rontgen kepala, memonitor status pernapasan, melakukan head up 30° | S : keluarga pasien mengatakan pasien sempat muntah lebih dari 5 kali.<br>O : Pasien tampak lemas. Takipnea, RR: 28 x/menit, terpasang O <sub>2</sub> NRM 5 lpm, retraksi dinding dada.                                                                                                                                                                                                                     |  |
| 17.2<br>0<br>WIB | Memonitor keluhan sakit kepala                                                                                                                                                                                               | S : Keluarga pasien mengatakan pasien sempat mengeluhkan sakit kepala sebelum dirujuk ke RS PKU Muhammadiyah Gombong.<br>O : Pasien tampak gelisah.                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 17.4<br>0<br>WIB | Menghindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.                                                                                                                                                          | S : pasien mengatakan takut<br>O : pasien tampak gelisah, tekanan darah 117/95 mmHg, nadi 97 x/menit, RR 22 x/menit, SpO <sub>2</sub> 98%, kesadaran apatis dengan nilai GCS E4 V5 M4.                                                                                                                                                                                                                      |  |
| 18.2<br>0<br>WIB | Memonitor mual, muntah dan diare, melakukan terapi <i>Head Up</i> 30°                                                                                                                                                        | S : keluarga korban mengatakan pasien mengeluh lemas dan takut<br>O : pasien tampak lemas, tekanan darah 110/80 mmHg, nadi 137 x/menit, RR 20 x/menit, SpO <sub>2</sub> 98%, suhu 36,2 C                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 19.0<br>0<br>WIB | Mengidentifikasi saat tingkat ansietas berubah dan meminimalkan stimulus dengan menyediakan tempat yang tenang                                                                                                               | S : pasien mengatakan Mual ,Muntah kadang kadang terasa, keluarga pasien mengatakan anak lebih tenang jika didampingi keluarga<br>O : pasien tampak gelisah saat dilakukan tindakan keperawatan dan tidak didampingi keluarga, tekanan darah 117/90 mmHg, nadi 98 x/menit, RR 19 x/menit, SpO <sub>2</sub> 98%, suhu 36°C, kesadaran membaik kesadaran apatis dengan nilai GCS E4 V5 M4, pasien kooperatif. |  |
| 21.1<br>0<br>WIB | Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan.                                                                                                                                                                | S : keluarga mengatakan pasien sudah mulai tenang dan bisa istirahat<br>O : Membatasi jumlah penunggu pasien, tekanan darah 112/90 mmHg, nadi 101 x/menit, RR 21 x/menit, SpO <sub>2</sub> 96%, kesadaran apatis dengan nilai GCS E4 V5 M4, suhu 37 C.                                                                                                                                                      |  |
| 21.3<br>0<br>WIB | Melatih teknik relaksasi.                                                                                                                                                                                                    | S : Pasien mengatakan kaku pada kedua tangannya.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |

|           |                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|-----------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|           |                                                   | O : Pasien dapat melakukan latihan nafas dalam melalui bimbingan perawat dan dilakukan secara mandiri.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 22.10 WIB | Menganjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien. | <p>S : pasien mengatakan tidak mual tidak muntah, pasien meminta untuk terapi oksigen dikurangi karena merasa pegah/tekanan oksigen terlalu besar.</p> <p>O : kedua orangtua pasien tampak menemani pasien, pasien sudah lebih tenang, tidak gelisah, tekanan darah 109/87 mmHg, nadi 89 x/menit, RR 19 x/menit (memberikan terapi oksigen (awalnya 7L menjadi 5 dengan <i>simple mask</i>), SpO<sub>2</sub> 98%, kesadaran apatis dengan nilai GCS E4 V5 M4, suhu 37,3 C.</p> |  |

#### Tindakan Observasi

| Jam       | TD (mmHg) | Nadi (kali/menit) | RR (kali/menit) | Suhu (°C) | SpO <sub>2</sub> (%) | GCS        | Keterangan |
|-----------|-----------|-------------------|-----------------|-----------|----------------------|------------|------------|
|           | 147/54    | 137               | 28              | 36,7      | 96%                  | E4 V 4 M 4 |            |
| 17.40 WIB | 117/95    | 97                | 22              | 36,9      | 98%                  | E4 V 4 M 4 |            |
| 18.20 WIB | 110/80    | 137               | 20              | 36,2      | 98%,                 | E4 V 5 M 4 |            |
| 19.00 WIB | 117/90    | 98                | 19              | 36        | 98%,                 | E4 V 5 M 4 |            |
| 21.10 WIB | 112/90    | 101               | 21              | 37        | 96%,                 | E4 V 5 M 4 |            |
| 22.10 WIB | 109/87    | 89                | 19              | 37,3      | 98%,                 | E4 V 5 M4  |            |

#### EVALUASI

| TGL /JAM                   | NO DX | EVALUASI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TTD |
|----------------------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 19 Januari 2021, 22.10 WIB | 1     | <p>S : Pasien mengatakan pusing.</p> <p>O : kesadaran somnolen, pupil isokor 2/2, reflek cahaya +/+, gelisah (-), pasien tidak tampak cemas, tekanan darah 109/87 mmHg, nadi 89 x/menit, RR 19 x/menit, kesadaran membaik dari tingkat kesadaran apatis dengan nilai yang awalnya nilai GCS E4 V4 M4 dan mengalami peningkatan GCS pada jam observasi ke 2 dengan nilai GCS E4 V5 M4 dan dapat bertahan sampai jam observasi terakhir/ke 6 dengan nilai GCS E4V V5 M4 dari nilai saturasi oksigen (SpO<sub>2</sub>) yang awalnya 96%, mengalami peningkatan pada observasi ke 2 menjadi 98%, mengalami penurunan pada observasi ke 5 menjadi 96%, pada observasi terakhir/ ke 6 mengalami peningkatan menjadi 98%.</p> <p>A : Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi.</p> <p>P : Monitor KU, TTV, monitor adanya peningkatan TIK.</p> |     |
|                            | 2     | <p>S : Pasien mengatakan mual muntah berkurang.</p> <p>O : Pasien tampak lemas, muntah (-), mual (-), 109/87 mmHg, N: 89 x/m, SpO<sub>2</sub> : 98%, Frekuensi napas cukup membaik awal 28 x/m menjadi RR: 19 x/m</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |     |

|  |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|--|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |   | A : Masalah keperawatan risiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasi.<br>P : Monitor TTV, monitor elektrolit dan cairan, monitor mual muntah.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|  | 3 | S : Pasien mengatakan takut akan kondisinya dan saat diberikan tindakan keperawatan.<br>O : Pasien tidak tampak gelisah, dan tenang, pasien kooperatif, TD:109/87 mmHg, SpO <sub>2</sub> : 98%. Perilaku gelisah dan Perilaku tegang menurun. Frekuensi pernapasan menurun awalnya 28 x/m menjadi RR: 19 x/m, Frekuensi nadi menurun, awalnya N: 137 x/m menjadi N: 89 x/m.<br>A : Masalah keperawatan ansietas teratasi.<br>P : Ajarkan latihan relaksasi, berikan lingkungan yang nyaman, anjurkan keluarga untuk selalu menemani pasien. |  |

### RENCANA TINDAK LANJUT

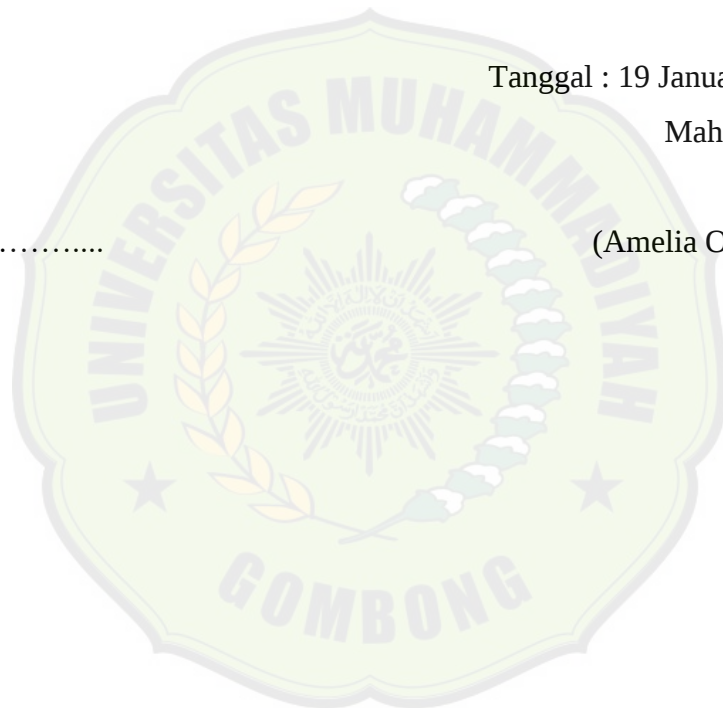
Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap: Bangsal Multazam.

Mengetahui,  
Pembimbing

Tanggal : 19 Januari 2021, 22.10 WIB

Mahasiswa,

(Amelia Onesti)



**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. S DENGAN DIAGNOSA MEDIS  
CEDERA KEPALA SEDANG PADA MASALAH KEPERAWATAN  
RISIKO PERFUSI SEREBRAL TIDAK EFEKTIF DI IGD RS PKU  
MUHAMMADIYAH GOMBONG**

Disusun Guna Memenuhi Salah Satu Tugas Praktek Prodi Profesi Ners  
Keperawatan Stase Keperawatan Kegawatdaruratan



Disusun Oleh :  
Amelia Onesti  
NIM : A32020009

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**FAKULTAS KESEHATAN**

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH GOMBONG**

**2021**



**FORM PENGKAJIAN TRIASE**

*Emergency Nursing Department | Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong*  
Program Studi Pendidikan Profesi Ners

Tanggal: 31 Januari 2021 jam 10.20 WIB

No RM : 438xxx

Nama : Ny S

Tanggal Lahir : 12 Juni 1968

Jenis Kelamin : p

Alasan Datang : ☒ Penyakit ☐ Trauma

Cara Masuk : ☒ Sendiri ☐ Rujukan

Status Psikologis : ☐ Depresi ☐ Takut

: ☐ Agresif ☐ Melukai diri sendiri

**PRE-HOSPITAL (jika ada)**

Keadaan Pre Hospital : AVPU : ..... TD : ...../..... mmHg Nadi : ..... x/menit

Pernafasan : ..... x/menit Suhu : ..... °C SpO<sub>2</sub> : ..... %

Tindakan Pre Hospital : ☐ RJP ☐ Oksigen ☐ IVFD ☐ NGT ☐ Suction

☐ Bidai ☐ DC ☐ Hecting ☐ Obat .....

☐ Lainnya: ..... ☐

☐

**A**

- ☐ Obstruksi Jalan Nafas
- ☐ Stridor, Gargling, Snoring

**B**

- ☐ SpO<sub>2</sub> < 80%
- ☐ RR > 30 x/m atau < 14 x/m

**C**

- ☒ Nadi > 130 x/m
- ☐ TD Sistolik < 80 mmHg

**D**

- ☐ GCS ≤ 8

**E**

- ☐ Suhu > 40°C atau < 36°C
- ☐ VAS = 7 – 10 (berat)
- EKG : bermacam nyawa

- ☐ Obstruksi Jalan Nafas
- ☐ Stridor, Gargling, Snoring

- ☒ SpO<sub>2</sub> 80 – 94 %
- ☒ RR 26 – 30 x/m

- ☐ Nadi 121 – 130 x/m
- ☐ TD Sistolik 80 – 90 mmHg

- ☒ GCS 9 – 13

- ☐ Suhu 37,5-40°C/32-36,5°C
- ☒ VAS = 4 – 6 (sedang)
- EKG : resiko tinggi

- ☒ Jalan Nafas Paten

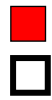
- ☐ SpO<sub>2</sub> > 94 %
- ☐ RR 14 – 26 x/m

- ☐ Nadi 60 – 120 x/m
- ☒ TD Sistolik > 90 mmHg

- ☐ GCS 14 – 15

- ☒ Suhu 36,5 – 37,5°C
- ☐ VAS = 1 – 3 (ringan)
- ☐ EKG : resiko rendah-normal

TRIAS  
HIJAU  
Petugas Triase



MERAH



✓ KUNING

HITAM ( Meninggal )



CATATAN :pasien masuk dalam TRIAS Kuning

..... (Amelia Onesti )



**FORM PENGKAJIAN**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Resume)**  
*Emergency Nursing Department | STIKes Muhammadiyah Gombong*

Tanggal : 31 januari 2021 jam 10.20 WIB

No RM : 438xxx

Nama : Ny S

Tanggal Lahir : 12 juni 1968

Jenis Kelamin : p

Keluhan Utama : pusing, pandangan mata kabur

Anamnesa : Pasien datang ke IGD RS PKU Muhammadiyah Gombong pada tanggal 31 januari 2021 jam 10.20 WIB, pasien mengatakan lemas post jatuh dari tangga, setelah dilakukan pengkajian didapatkan Pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+, TD: 100/64 mmHg, N: 74 x/m, RR: 16 x/m, SpO<sub>2</sub> : 94%, S: 36,7°C, pasien tampak pucat, mengeluh pusing dan pandangan kabur, GCS: E 4 V 4 M 4, luka robekan pada kepala bagian frontal

Riwayat Alergi : ☒ Tidak ada ☐ Ada .....

Riwayat Penyakit Dahulu : Keluarga pasien mengatakan sebelumnya pernah dirawat dirumah sakit karena GDS yang tinggi dan riwayat dm 2 tahun, untuk riwayat jatuh baru 1 kali ini

Riwayat Penyakit Keluarga : Keluarga pasien mengatakan didalam keluarganya ada yang memiliki penyakit menurun seperti DM, hipertensi (ibu kandung pasien)

SURVEY

**Airways**

☒ Paten ☐ Tidak Paten ( ☐ Snoring ☐ Gargling ☐ Stridor ☐

Benda Asing ) Lain-lain .....

**Breathing**

Irama Nafas ☒ Teratur ☐ Tidak Teratur  
Suara Nafas ☒ Vesikuler ☐ Bronchovesikuler ☐ Wheezing ☐  
Ronchi  
Pola Nafas ☐ Apneu ☒ Dyspnea ☐ Bradipnea ☐  
Tachipnea Orthopnea  
Penggunaan Otot Bantu Nafas ☒ Retraksi Dada ☐ Cuping hidung  
Jenis Nafas ☒ Pernafasan Dada ☐ Pernafasan Perut  
Frekuensi Nafas : 16 x/menit

### Circulation

Akral : ☒ Hangat ☐ Dingin Pucat : ☐ Ya ☒  
Tidak  
Sianosis : ☐ Ya ☒ Tidak CRT : ☒ <2 detik ☐ >2  
detik  
Tekanan Darah : 100/64 mmHg Nadi : ☒ Teraba 74 x/m ☐  
Tidak Teraba  
Perdarahan : ☒ Ya Lokasi Perdarahan : kepala ☐ Tidak  
Adanya riwayat kehilangan cairan dalam jumlah besar : - Diare Muntah  
Luka Bakar Perdarahan  
Kelembaban Kulit : ☒ Lembab ☐ Kering  
Turgor : ☒ Baik ☐ Kurang  
Luas Luka Bakar : ..... % Grade : ..... Produksi Urine :  
..... CC

Resiko Dekubitus : ☒ Tidak ☐ Ya, lakukan pengkajian dekubitus lebih lanjut

### Disability

Tingkat Kesadaran : ☐ Compos Mentis ☐ Apatis ☒ Somnolen ☐ Sopor ☐  
Coma  
Nilai GCS : E 4 V 4 M 4 Total : 12  
Pupil : ☒ Isokhor ☐ Miosis ☐ Midriasis Diameter ☐ 1mm ☒ ☐  
2mm 3mm 4mm  
Respon Cahaya : ☒ + ☐ -

# PRIMARY SURVEY

Penilaian Ekstremitas : Sensorik

☒ Ya

☐ Tidak

kekuatan

4 4

Motorik

Ya

☐ Tidak

otot

4 4

## Exposure

Pengkajian Nyeri

Onset :

Provokatif/Paliatif:

Qualitas :

Regio/Radiation :

Scale/Severity :

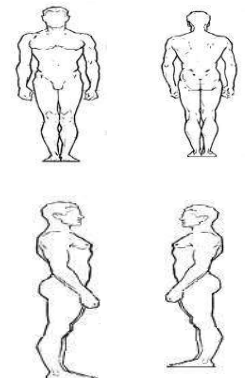
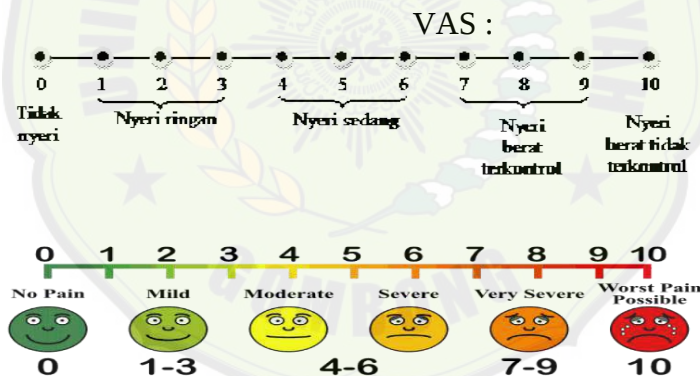
Time :

Apakah ada nyeri : ☐ Ya, skor nyeri VRS : ☒ Tidak

Lokasi

Nyeri:

VRS :



VAS :

Luka : ☐ Ya, Lokasi : ..... ☒ Tidak

Resiko Dekubitus : ☐ Ya ☒ Tidak

## Fahrenheit

Suhu Axila : 36,7 °C

Suhu Rectal : .....°C

Berat Badan : 45 kg

## Pemeriksaan Penunjang

EKG : Sinus rhytm

GDS pengkajian : . 153

Radiologi :

3. RO Vert Cervicalis AP/Lateral 31 januari 2021 jam 10.40 WIB

Kesan : - Tak tampak fractur/listhesis

Laboratorium 31 januari 2021 jam 10.40 WIB

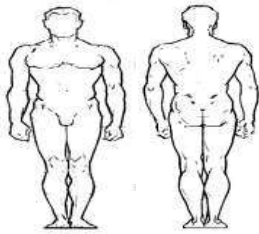
| PEMERIKSAAN               | HASIL   | SATUAN              | NILAI NORMAL  |
|---------------------------|---------|---------------------|---------------|
| Hemoglobin                |         |                     |               |
| Darah Lengkap             |         |                     |               |
| Hemoglobin                | 13.2    | g/Dl                | 12.8-16.8     |
| Leukosit                  | 12/30   | /dL                 | 4500-13500    |
| Hematokrit                | 41      | %                   | 35-47         |
| Eritrosit                 | H 5.24  | 10 <sup>6</sup> /uL | 3,80-5,20     |
| Trombosit                 | 319000  | /uL                 | 154000-442000 |
| MCV                       | L. 78.8 | fL                  | 80-100        |
| MCH                       | L.25.2  | Pg/cell             | 26-34         |
| MCHC                      | 32.0    | %                   | 32-36         |
| RDW                       | 14.5    | %                   | 11.5-14.5     |
| MPV                       | 10.0    | fL                  | 9.4-12.3      |
| Hitung Jenis              |         |                     |               |
| Basofil                   | 0.1     | %                   | 0-1           |
| Eosinofil                 | L 0.2   | %                   | 1-5           |
| Batang                    | L 0.4   | %                   | 3-6           |
| Segmen                    | H 81,6  | %                   | 25-60         |
| Limfosit                  | L 13.0  | %                   | 25-50         |
| Monosit                   | 4.5     | %                   | 1-6           |
| Neutrohi                  | H 82.2  | %                   | 25.0-60.0     |
| Total Limfosit Count      | 1650    |                     |               |
| Neutrofil Limfosit Ration | 6.35    |                     |               |
| PT                        | 10.7    | Detik               | 9.9-11.8      |
| SPTT                      | 29.9    | Detik               | 26.4-37.5     |
| Kimia Klinik              |         |                     |               |
| SGOT                      | H 95    | u/L                 | <31           |
| SGPT                      | H 44    | u/L                 | <31           |
| Ureum Darah               | 26.95   | mg/dL               | 15.00-40.00   |

Hasil peeriksaan laporatorium tanggal 31 januari 2021 jam 10.40 WIB

didapatkan hasil

| PEMERIKSAAN     | HASIL       | SATUAN | NILAI NORMAL |
|-----------------|-------------|--------|--------------|
| Treatinin darah | 0.66        | mEq/dL | 0.50-1.00    |
| Glukosa sewaktu | 140         | mEq/dL | <400         |
| Narium          | 135         | mEq/Dl | 134-146      |
| Kalium          | 3.7         | mEq/dL | 3.4-4.5      |
| Klorida         | 108         | mEq/dL | 96-108       |
| HBSAG           | Non Reaktif |        | Non reaktif  |

## PEMERIKSAAN FISIK



Kepala : Mesocephal, simetris, terapat jejas (-), luka robek pada frontal, perdarahan pada frontal  $\pm 3$  cc

Leher : Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid, terpasang cervical collar.

Dada : Jantung = I: tidak terlihat pulsasi ictus cordis, Pa: pulsasi ictus cordis di ICS ke-5, Pe= terdengar bunyi pekak,, A= terdengar bunyi lub-dub, tidak ada gallop.

Paru-paru: I= terdapat retraksi dinding dada, tidak menggunakan otor bantu pernapasan, Pa= ekspansi dinding dada simetris, Pe= terdengar bunyi sonor, A= terdengar vesikuler.

Perut : I= simetris, tidak ada luka dan jejas, A: bising usus 19 x/m, Pa: tidak ada nyeri tekan, Pe= terdengar bunyi thympani.

Ekstremitas : (atas) Kekuatan otot 4/4, CRT < 2 dtk, terpasang IVFD NS 18 tpm ditangan kiri, tidak luka atau jejas.

(bawah) Kekuatan otot 4/4, CRT < 2 dtk, memar dan jejas pada extremitas kiri

Genitalia :tidak terpasang DC.

## PROGRAM TERAPI

Tanggal/Jam : 31 januari 2021 jam 10.40 WIB

| NO | NAMA OBAT        | DOSIS  | INDIKASI                   |
|----|------------------|--------|----------------------------|
| 1  | IVFD NS 500 ml   | 20 tpm | Mengganti cairan tubuh.    |
| 2  | Inj. Ranitidin   | 25 mg  | Mengatasi tungkak lambung. |
| 3  | Inj. Ondansetron | 4 mg   | Mengatasi mual dan muntah. |
| 4  | Inj. ketorolak   | 3 mg   | Mengurangi nyeri           |
| 5  | Inj IM insulin   | 7 unit |                            |
| 6  | Inj lidokain     | 20 mg  |                            |

## ANALISA DATA

| NO | DATA FOKUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ETIOLOGI         | PROBLEM                               |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|
| 1  | Ds: pasien mengatakan lemas, pusing, sakit kepala<br>Do: pasien post jatuh dari tangga, setelah dilakukan pengkajian didapatkan Pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+, TD: 100/64 mmHg, N: 74 x/m, RR: 16 x/m, SpO <sub>2</sub> : 94%, S: 36,7°C, pasien tampak pucat, mengeluh pusing dan pandangan kabur, GCS: E4 V4 M4, luka robekan pada kepala bagian frontal                    | Cedera kepala    | Risiko perfusi serebral tidak efektif |
| 2  | Ds: -<br>Do: pasien mengatakan lemas post jatuh dari tangga, setelah dilakukan pengkajian didapatkan Pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+, TD: 100/64 mmHg, N: 74 x/m, RR: 16 x/m, SpO <sub>2</sub> : 94%, S: 36,7°C, pasien tampak pucat, mengeluh pusing dan pandangan kabur, GCS: E 4 V 4 M 4, luka robekan pada kepala bagian frontal, sekitar luka tampak bengkak dan kemerahan | Tindakan invasif | Risiko infeksi                        |

## DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala.
2. Risiko infeksi d.d Tindakan invasif

## INTERVENSI KEPERAWATAN

| NO DX | SLKI                                                                                                                                                    | INTERVENSI (SIKI)                                                                                                                                                                                             | RASIONAL                                                                                                                                                                       |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x6 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil:<br><b>Perfusi Serebral (L.02014)</b> | Menejemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil.</li> <li>• Monitor tingkat kesadaran.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengetahui status neurologis pasien.</li> <li>• Mengetahui status neurologis pasien.</li> <li>• Mengetahui kondisi pasien.</li> </ul> |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• TIK menurun.</li> <li>• Gelisah menurun.</li> <li>• Kecemasan menurun.</li> <li>• Kesadaran membaik</li> <li>• Nilai rata-rata tekanan darah membaik.</li> </ul>                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor tanda-tanda vital.</li> <li>• Monitor keluhan sakit kepala</li> <li>• Monitor status pernapasan.</li> <li>• Hindari aktivitas yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial.</li> <li>• Monitor status pernafasan</li> <li>• Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</li> <li>• Berikan posisi semi fowler</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengatasi adanya peningkatan TIK.</li> <li>• Mencegah terjadinya obstruksi jalan napas yang mengganggu kepatenan jalan napas.</li> <li>• Mencegah peningkatan TIK.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2 | <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatans selama 1x6 jam diharapkan Tingkat infeksi (D.14137) berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Demam menurun</li> <li>- Kemerahan menurun</li> <li>- Bengkak menurun</li> <li>- Sputum berwarna hijau menurun</li> </ul> | <p>Pencegahan infeksi (I.04152)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor keadaan umum klien</li> <li>- komunikasi terapeutik</li> <li>- berikan perawatan luka</li> <li>- cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan</li> <li>- pertahankan teknik aseptik</li> <li>- jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- ajarkan perawatan luka</li> <li>- Kolaborasi pemberian obat nyeri</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Untuk memantau adanya risiko infeksi</li> <li>- Mengetahui tanda-tanda vital klien</li> <li>- Menjalin komunikasi yang saling percaya</li> <li>- Mengedukasi mengenai konsumsi minuman pada klien</li> <li>- Mengetahui seberapa jauh pengetahuan keluarga tentang resiko infeksi</li> <li>- Mengurangi keluhan dengan kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat</li> <li>- Mengetahui asupan gizi untuk</li> </ul> |

## IMPLEMENTASI

| TGL/JAM                       | TINDAKAN                                                                                                            | RESPON                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TT |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 31 Januari 2021 jam 10.40 WIB |                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |
| 10.20 WIB                     | Memonitor keadaan pasien (ukuran, bentuk, kesimetrisan dan reaktifitas pupil), amnamesa                             | S : pasien mengatakan pandangan mata kabur, lemas post jatuh dari tangga<br>O : pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+, tekanan darah 100/64 mmHg, nadi 74 x/m, RR 16 x/menit, SpO <sub>2</sub> 94%, suhu 36,7°C, pasien tampak pucat, mengeluh pusing dan pandangan kabur, kesadaran apatis dengan nilai GCS E4 V4 M4, luka robekan pada kepala bagian frontal, memberikan terapi oksigen 2L dengan <i>nasal kanul</i> , melakukan perawatan luka dengan kolaborasi farmakologi (pemberian injeksi lidocain 20 mg dan injeksi ceterolak 3 mg, injeksi IM insulin 7 unit, injeksi IV ranitidin 25 mg, injeksi IV ondansentron 4 mg, IVFD NS 500 dalam 20 tpm). |    |
| 10.30 WIB                     | Melakukan perawatan luka.                                                                                           | S: pasien mengatakan pusing<br>O: luka robek pada frontal, perdarahan pada frontal ±3 cc, sepanjang ±15 cm dengan robekan melingkar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |
| 11.00 WIB                     | Melakukan monitor tingkat kesadaran. melakukan pemeriksaan darah lengkap dan ct scan kepala (pemeriksaan penunjang) | s: pasien mengatakan lemas post jatuh dari tangga<br>o: pupil isokor, ukuran pupil 2/2, respon cahaya +/+, tekanan darah 108/60 mmHg, nadi 98 x/menit, RR 16 x/menit (terpasang terapi oksigen 2 L menggunakan <i>nasal kanul</i> ), SpO <sub>2</sub> 94%, suhu 36°C, pasien tampak pucat, mengeluh pusing dan pandangan kabur, kesadaran apatis dengan nilai GCS E4 V4 M4, luka robekan pada kepala bagian frontal, sekitar luka tampak bengkak dan kemerahan.                                                                                                                                                                                                           |    |
| 11.25 WIB                     | Memonitor keadaan umum melakukan head up 30°                                                                        | S : pasien mengatakan lemas<br>O: pasien berkeringan, tekanan darah 110/98 mmHg, nadi 84 x/menit, RR 18 x/menit (terpasang terapi oksigen 2L menggunakan <i>nasal kanul</i> ), SpO <sub>2</sub> 98%, suhu 37°C, pasien tampak pucat, mengeluh pusing dan pandangan kabur, GCS E4 V4 M4. melakukan penambahan terapi oksigen (3L dengan <i>nasal kanul</i> ).                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |
| 12.25 WIB                     | Monitor keadaan umum pasien                                                                                         | S: pasien mengatakan tidak pusing dan tidak merasa sakit kepala<br>O: tekanan darah 93/60 mmHg, nadi 89 x/menit, RR 18 x/menit (menambahkan terapi oksigen 2L menjadi 3L menggunakan <i>nasal kanul</i> ), SpO <sub>2</sub> 93%, suhu 36,7°C, nilai GCS E4 V4 M4, nilai GDS 238.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |

|           |                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|-----------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 13.45 WIB | Memonitor keadaan umum pasien                                 | S: pasien mengatakan lebih baik, mengeluh oksigen tidak terasa,<br>O: tekanan darah 105/65 mmHg, nadi 98 x/menit, RR 21 x/menit (menambah terapi oksigen dari 3L menjadi 4L menggunakan nasal kanul, SpO <sub>2</sub> 96%, suhu 37°C, nilai GCS E4 V4 M4                       |  |
| 14.47 WIB | Menciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan. | S:-<br>O: TD: 110/90 mmHg, N: 80 x/m, RR: 18 x/m, SpO <sub>2</sub> : 99%, S: 36°C, GCS: E 4 V 4 M 4. pasien tampak kooperatif, mengeluh pandangan kabur, tidak mengeluh sakit pada luka robek dikepala                                                                         |  |
| 15.50 WIB | Melatih monitor keadaan umum pasien                           | S:-<br>O: TD: 120/78 mmHg, N: 85 x/m, RR: 18 x/m, SpO <sub>2</sub> : 98%, S: 36°C kabur, GCS: E 4 V 4 M 4,                                                                                                                                                                     |  |
| 16.51 WIB | Melatih monitor keadaan umum pasien                           | S: pasien mengeluh kadang terasa pegah dan minta rendahkan terapi oksigennya<br>O: TD: 110/98 mmHg, nadi 87 x/menit, RR 18 x/menit (mengurangi terapi oksigen dari 4L menjadi 3L menggunakan nasal kanul, SpO <sub>2</sub> 99%, suhu 37°C, nilai GCS E 4 V4 M4, nilai GDS 178. |  |

#### Tindakan Observasi

| Jam       | TD (mmHg) | Nadi (kali/menit) | RR (kali/menit) | Suhu (°C) | SpO <sub>2</sub> (%) | GCS          | Keterangan |
|-----------|-----------|-------------------|-----------------|-----------|----------------------|--------------|------------|
| 10.40 WIB | 100/64    | 74                | 16              | 36,7°     | 94%,                 | E 4 V 4 M 4  |            |
| 11.00 WIB | 108/60    | 98                | 16              | 36°       | 94%,                 | E 4 V 4 M 4, |            |
| 11.25 WIB | 110/98    | 84                | 18              | 37°       | 98%,                 | E 4 V 4 M 4  |            |
| 12.25 WIB | 93/60     | 89                | 18              | 36,7°     | 93%,                 | E 4 V 4 M 4  |            |
| 13.45 WIB | 105/65    | 98                | 21              | 37°       | 96%,                 | E 4 V 4 M 4  |            |
| 14.47 WIB | 110/90    | 80                | 18              | 36°C      | 99%,                 | E 4 V 4 M 4  |            |
| 15.50 WIB | 120/78    | 58                | 18              | 36°       | 98%,                 | E 4 V 4 M 4  |            |
| 16.51 WIB | 110/98    | 87                | 18              | 37°       | 99%,                 | E 4 V 4 M 4  |            |

#### EVALUASI

| TGL/JAM             | NO DX | EVALUASI                                                                                                                                                                                                                                   | TT |
|---------------------|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 31 januari 2021 jam | 1     | S : Pasien mengatakan pusing.<br>O : kesadaran apatis, pupil isokor 2/2, reflek cahaya +/+, nilai GDS 178 didapatkan tingkat kesadaran (GCS) yang awalnya E4 V4 M4 tidak mengalami perubahan (peningkatan/ penurunan) sampai jam observasi |    |

|           |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------|---|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16.51 WIB |   | ke 6 nilai GCS pasien masih E4 V4 M4 dari nilai saturasi oksigen (SpO2) yang awalnya 94% mengalami perubahan yang tidak stabil dinyatakan dengan observasi ke 4 nilai SpO2 pasien 94% pada jam observasi ke 4 mengalami penurunan nilai SpO2 dengan nilai SpO2 93 % dan saat observasi ke 5 dan 6 mengalami peningkatan, sampai akhir observasi nilai SpO2 99%. perubahan data subjektif dan objektif pasien, peneliti menentukan <i>assessment</i> pada masalah keperawatan risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi<br>A : Masalah keperawatan Risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi.<br>P : Monitor KU, TTV, monitor adanya peningkatan TIK. |
|           | 2 | S : Pasien mengatakan mual muntah berkurang.<br>O : Pasien tampak lemas, TD: 105/79 mmHg, N: 98 x/m, RR: 24 x/m, S: 36,7°C, Kemerahan (-), Bengkak (-), Sputum (-)<br>A : Masalah keperawatan Risiko infeksi belum teratasi<br>P : Monitor TTV, monitor elektrolit dan cairan, monitor mual muntah.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

#### RENCANA TINDAK LANJUT

Pasien dipindahkan ke ruang rawat inap: Bangsal Multazam

Mengetahui,

Tanggal :

Pembimbing

31 januari 2021

jam 16.51 WIB

Mahasiswa,

(amelia

.....  
onesti)