

# LAPORAN PENDAHULUAN Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Cedera Kepala

**LINK DOWNLOAD** [153.50 KB]

LAPORAN PENDAHULUAN

Asuhan Keperawatan Pasien Dengan Cedera Kepala  
di ROI 1

RSUD Dr. Soetomo Surabaya

11 ? 15 Juni 2001

Oleh :

SUBHAN, SKep

NIM : 010030170 B

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

S U R A B A Y A

2 0 0 1

CEDERA KEPALA

Oleh : SubhanS.Kep

A. PENGERTIAN

Cidera kepala yaitu adanya deformasi berupa penyimpangan bentuk atau penyimpangan garis pada tulang tengkorak, percepatan dan perlambatan (accelerasi - decelerasi ) yang merupakan perubahan bentuk dipengaruhi oleh perubahan peningkatan pada percepatan faktor dan penurunan kecepatan, serta notasi yaitu pergerakan pada kepala dirasakan juga oleh otak sebagai akibat perputaran pada tindakan pencegahan.

B. PATOFISIOLOGI

Otak dapat berfungsi dengan baik bila kebutuhan oksigen dan glukosa dapat terpenuhi. Energi yang dihasilkan didalam sel-sel saraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak mempunyai cadangan oksigen, jadi kekurangan aliran darah ke otak walaupun sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan oksigen sebagai bahan bakar metabolisme otak tidak boleh kurang dari 20 mg %, karena akan menimbulkan koma. Kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan glukosa tubuh, sehingga bila kadar glukosa plasma turun sampai 70 % akan terjadi gejala-gejala permulaan disfungsi cerebral.

Pada saat otak mengalami hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen melalui proses metabolik anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Pada kontusio berat, hipoksia atau kerusakan otak akan terjadi penimbunan asam laktat akibat metabolisme anaerob. Hal ini akan menyebabkan asidosis metabolik.

Dalam keadaan normal cerebral blood flow (CBF) adalah 50 - 60 ml / menit / 100 gr. jaringan otak, yang merupakan 15 % dari cardiac output.

Trauma kepala meyebabkan perubahan fungsi jantung sekuncup aktivitas atypical-myocardial, perubahan tekanan vaskuler dan udem paru. Perubahan otonom pada fungsi ventrikel adalah perubahan gelombang T dan P dan disritmia, fibrilasi atrium dan vebtrikel, takikardia.

Akibat adanya perdarahan otak akan mempengaruhi tekanan vaskuler, dimana penurunan tekanan vaskuler menyebabkan pembuluh darah arteriol akan berkontraksi . Pengaruh persarafan simpatik dan parasimpatik pada pembuluh darah arteri dan arteriol otak tidak begitu besar.

Cedera kepala menurut patofisiologi dibagi menjadi dua :

1. Cedera kepala primer

Akibat langsung pada mekanisme dinamik (acelerasi - decelerasi rotasi ) yang menyebabkan gangguan pada jaringan.

Pada cedera primer dapat terjadi :

1. Gegar kepala ringan

2. Memar otak

3. Laserasi

2. Cedera kepala sekunder

1. Pada cedera kepala sekunder akan timbul gejala, seperti :

2. Hipotensi sistemik
3. Hipoksia
4. Hiperkapnea
5. Udema otak
6. Komplikasi pernapasan
7. infeksi / komplikasi pada organ tubuh yang lain

### C. PERDARAHAN YANG SERING DITEMUKAN

#### 1. Epidural Hematoma

Terdapat pengumpulan darah di antara tulang tengkorak dan duramater akibat pecahnya pembuluh darah / cabang - cabang arteri meningeal media yang terdapat di duramater, pembuluh darah ini tidak dapat menutup sendiri karena itu sangat berbahaya. Dapat terjadi dalam beberapa jam sampai 1-2 hari. Lokasi yang paling sering yaitu di lobus temporalis dan parietalis.

Gejala-gejala yang terjadi :

Penurunan tingkat kesadaran, Nyeri kepala, Muntah, Hemiparesis, Dilatasi pupil ipsilateral, Pernapasan dalam cepat kemudian dangkal irreguler, Penurunan nadi, Peningkatan suhu

#### 2. Subdural Hematoma

Terkumpulnya darah antara duramater dan jaringan otak, dapat terjadi akut dan kronik. Terjadi akibat pecahnya pembuluh darah vena / jembatan vena yang biasanya terdapat diantara duramater, perdarahan lambat dan sedikit. Periode akut terjadi dalam 48 jam - 2 hari atau 2 minggu dan kronik dapat terjadi dalam 2 minggu atau beberapa bulan.

Tanda-tanda dan gejalanya adalah : nyeri kepala, bingung, mengantuk, menarik diri, berfikir lambat, kejang dan udem pupil

Perdarahan intracerebral berupa perdarahan di jaringan otak karena pecahnya pembuluh darah arteri; kapiler; vena.

Tanda dan gejalanya :

Nyeri kepala, penurunan kesadaran, komplikasi pernapasan, hemiplegia kontra lateral, dilatasi pupil, perubahan tanda-tanda vital

#### 3. Perdarahan Subarachnoid

Perdarahan di dalam rongga subarachnoid akibat robeknya pembuluh darah dan permukaan otak, hampir selalu ada pad cedera kepala yang hebat.

Tanda dan gejala :

Nyeri kepala, penurunan kesadaran, hemiparese, dilatasi pupil ipsilateral dan kaku kuduk

### ASUHAN KEPERAWATAN

#### A. PENGKAJIAN

Pengumpulan data klien baik subyektif atau obyektif pada gangguan sistem persarafan sehubungan dengan cedera kepala tergantung pada bentuk, lokasi, jenis injuri dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Data yang perlu didapati adalah sebagai berikut :

1. Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab): nama, umur, jenis kelamin, agama, suku bangsa, status perkawinan, alamat, golongan darah, penghasilan, hubungan klien dengan penanggung jawab.

2. Riwayat kesehatan :

Tingkat kesadaran/GCS (< 15), konvulsi, muntah, dispnea / takipnea, sakit kepala, wajah simetris / tidak, lemah, luka di kepala, paralise, akumulasi sekret pada saluran napas, adanya liquor dari hidung dan telinga dan kejang

Riwayat penyakit dahulu haruslah diketahui baik yang berhubungan dengan sistem persarafan maupun penyakit sistem sistemik lainnya. demikian pula riwayat penyakit keluarga terutama yang mempunyai penyakit menular.

Riwayat kesehatan tersebut dapat dikaji dari klien atau keluarga sebagai data subyektif. Data-data ini sangat berarti karena dapat mempengaruhi prognosa klien.

3. Pemeriksaan Fisik

Aspek neurologis yang dikaji adalah tingkat kesadaran, biasanya GCS < 15, disorientasi orang, tempat dan waktu. Adanya refleks babinski yang positif, perubahan nilai tanda-tanda vital kaku kuduk, hemiparese.

Nervus cranialis dapat terganggu bila cedera kepala meluas sampai batang otak karena udema otak atau perdarahan otak juga mengkaji nervus I, II, III, V, VII, IX, XII.

4. Pemeriksaan Penunjang

? CT-Scan (dengan atau tanpa kontras) : mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan ventrikuler, dan perubahan jaringan otak. Catatan : Untuk mengetahui adanya infark / iskemia jangan dilekukan pada 24 - 72 jam setelah injuri.

? MRI : Digunakan sama seperti CT-Scan dengan atau tanpa kontras radioaktif.

? Cerebral Angiography: Menunjukkan anomali sirkulasi cerebral, seperti : perubahan jaringan otak sekunder menjadi udema,

perdarahan dan trauma.

? Serial EEG: Dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis

? X-Ray: Mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis(perdarahan/edema), fragmen tulang.

? BAER: Mengoreksi batas fungsi korteks dan otak kecil

? PET: Mendeteksi perubahan aktivitas metabolisme otak

? CSF, Lumbal Pungsi :Dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subarachnoid.

? ABGs: Mendeteksi keberadaan ventilasi atau masalah pernapasan (oksigenisasi) jika terjadi peningkatan tekanan intrakranial

? Kadar Elektrolit : Untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai akibat peningkatan tekanan intrakranial

? Screen Toxicologi: Untuk mendeteksi pengaruh obat sehingga menyebabkan penurunan kesadaran.

Penatalaksanaan

Konservatif:

? Bedrest total

? Pemberian obat-obatan

? Observasi tanda-tanda vital (GCS dan tingkat kesadaran)

Prioritas Perawatan:

1. Maksimalkan perfusi / fungsi otak

2. Mencegah komplikasi

3. Pengaturan fungsi secara optimal / mengembalikan ke fungsi normal

4. Mendukung proses pemulihan koping klien / keluarga

5. Pemberian informasi tentang proses penyakit, prognosis, rencana pengobatan, dan rehabilitasi.

Tujuan:

1. Fungsi otak membaik : defisit neurologis berkurang/tetap

2. Komplikasi tidak terjadi

3. Kebutuhan sehari-hari dapat dipenuhi sendiri atau dibantu orang lain

4. Keluarga dapat menerima kenyataan dan berpartisipasi dalam perawatan

5. Proses penyakit, prognosis, program pengobatan dapat dimengerti oleh keluarga sebagai sumber informasi.

**B. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Diagnosa Keperawatan yang biasanya muncul adalah:

1. Tidak efektifnya pola napas sehubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.

2. Tidak efektifnya kebersihan jalan napas sehubungan dengan penumpukan sputum.

3. Gangguan perfusi jaringan otak sehubungan dengan udem otak

4. Keterbatasan aktifitas sehubungan dengan penurunan kesadaran (soporos - coma)

5. Resiko tinggi gangguan integritas kulit sehubungan dengan immobilisasi, tidak adekuatnya sirkulasi perifer.

**C. INTERVENSI**

Tidak efektifnya pola napas sehubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.

Tujuan :

Mempertahankan pola napas yang efektif melalui ventilator.

Kriteria evaluasi :

Penggunaan otot bantu napas tidak ada, sianosis tidak ada atau tanda-tanda hipoksia tidak ada dan gas darah dalam batas-batas normal.

Rencana tindakan :

? Hitung pernapasan pasien dalam satu menit. pernapasan yang cepat dari pasien dapat menimbulkan alkalosis respiratori dan pernapasan lambat meningkatkan tekanan Pa Co<sub>2</sub> dan menyebabkan asidosis respiratorik.

? Cek pemasangan tube, untuk memberikan ventilasi yang adekuat dalam pemberian tidal volume.

? Observasi ratio inspirasi dan ekspirasi pada fase ekspirasi biasanya 2 x lebih panjang dari inspirasi, tapi dapat lebih panjang sebagai kompensasi terperangkapnya udara terhadap gangguan pertukaran gas.

? Perhatikan kelembaban dan suhu pasien keadaan dehidrasi dapat mengeringkan sekresi / cairan paru sehingga menjadi kental dan meningkatkan resiko infeksi.

? Cek selang ventilator setiap waktu (15 menit), adanya obstruksi dapat menimbulkan tidak adekuatnya pengaliran volume dan menimbulkan penyebaran udara yang tidak adekuat.

? Siapkan ambu bag tetap berada di dekat pasien, membantu membarikan ventilasi yang adekuat bila ada gangguan pada ventilator. Tidak efektifnya kebersihan jalan napas sehubungan dengan penumpukan sputum.

Tujuan :

Mempertahankan jalan napas dan mencegah aspirasi

Kriteria Evaluasi :

Suara napas bersih, tidak terdapat suara sekret pada selang dan bunyi alarm karena peninggian suara mesin, sianosis tidak ada.

Rencana tindakan :

? Kaji dengan ketat (tiap 15 menit) kelancaran jalan napas. Obstruksi dapat disebabkan pengumpulan sputum, perdarahan, bronchospasme atau masalah terhadap tube.

? Evaluasi pergerakan dada dan auskultasi dada (tiap 1 jam ). Pergerakan yang simetris dan suara napas yang bersih indikasi pemasangan tube yang tepat dan tidak adanya penumpukan sputum.

? Lakukan pengisapan lendir dengan waktu kurang dari 15 detik bila sputum banyak. Pengisapan lendir tidak selalu rutin dan waktu harus dibatasi untuk mencegah hipoksia.

? Lakukan fisioterapi dada setiap 2 jam. Meningkatkan ventilasi untuk semua bagian paru dan memberikan kelancaran aliran serta pelepasan sputum.

Gangguan perfusi jaringan otak sehubungan dengan udem otak

Tujuan :

Mempertahankan dan memperbaiki tingkat kesadaran fungsi motorik.

Kriteria hasil :

Tanda-tanda vital stabil, tidak ada peningkatan intrakranial.

Rencana tindakan :

Monitor dan catat status neurologis dengan menggunakan metode GCS.

Refleks membuka mata menentukan pemulihan tingkat kesadaran.

Respon motorik menentukan kemampuan berespon terhadap stimulus eksternal dan indikasi keadaan kesadaran yang baik.

Reaksi pupil digerakan oleh saraf kranial oculus motorius dan untuk menentukan refleks batang otak.

Pergerakan mata membantu menentukan area cedera dan tanda awal peningkatan tekanan intracranial adalah terganggunya abduksi mata.

Monitor tanda-tanda vital tiap 30 menit.

Peningkatan sistolik dan penurunan diastolik serta penurunan tingkat kesadaran dan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial.

Adanya pernapasan yang irreguler indikasi terhadap adanya peningkatan metabolisme sebagai reaksi terhadap infeksi. Untuk mengetahui tanda-tanda keadaan syok akibat perdarahan.

Pertahankan posisi kepala yang sejajar dan tidak menekan.

Perubahan kepala pada satu sisi dapat menimbulkan penekanan pada vena jugularis dan menghambat aliran darah otak, untuk itu dapat meningkatkan tekanan intrakranial.

Hindari batuk yang berlebihan, muntah, magedan, pertahankan pengukuran urin dan hindari konstipasi yang berkepanjangan.

Dapat mencetuskan respon otomatis peningkatan intrakranial.

Observasi kejang dan lindungi pasien dari cedera akibat kejang.

Kejang terjadi akibat iritasi otak, hipoksia, dan kejang dapat meningkatkan tekanan intrakrania.

Berikan oksigen sesuai dengan kondisi pasien.

Dapat menurunkan hipoksia otak.

Berikan obat-obatan yang diindikasikan dengan tepat dan benar (kolaborasi).

Membantu menurunkan tekanan intrakranial secara biologi / kimia seperti osmotik diurutik untuk menarik air dari sel-sel otak

sehingga dapat menurunkan udem otak, steroid (dexametason) untuk menurunkan inflamasi, menurunkan edema jaringan. Obat anti kejang untuk menurunkan kejang, analgetik untuk menurunkan rasa nyeri efek negatif dari peningkatan tekanan intrakranial.

Antipiretik untuk menurunkan panas yang dapat meningkatkan pemakaian oksigen otak.

Keterbatasan aktifitas sehubungan dengan penurunan kesadaran (soporos - coma )

Tujuan :

Kebutuhan dasar pasien dapat terpenuhi secara adekuat.

Kriteria hasil :

Kebersihan terjaga, kebersihan lingkungan terjaga, nutrisi terpenuhi sesuai dengan kebutuhan, oksigen adekuat.

**Rencana Tindakan :**

Berikan penjelasan tiap kali melakukan tindakan pada pasien.

Penjelasan dapat mengurangi kecemasan dan meningkatkan kerja sama yang dilakukan pada pasien dengan kesadaran penuh atau menurun.

Beri bantuan untuk memenuhi kebersihan diri.

Kebersihan perorangan, eliminasi, berpakaian, mandi, membersihkan mata dan kuku, mulut, telinga, merupakan kebutuhan dasar akan kenyamanan yang harus dijaga oleh perawat untuk meningkatkan rasa nyaman, mencegah infeksi dan keindahan.

Berikan bantuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan.

Makanan dan minuman merupakan kebutuhan sehari-hari yang harus dipenuhi untuk menjaga kelangsungan perolehan energi.

Diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien baik jumlah, kalori, dan waktu.

Jelaskan pada keluarga tindakan yang dapat dilakukan untuk menjaga lingkungan yang aman dan bersih.

Keikutsertaan keluarga diperlukan untuk menjaga hubungan klien - keluarga. Penjelasan perlu agar keluarga dapat memahami peraturan yang ada di ruangan.

Berikan bantuan untuk memenuhi kebersihan dan keamanan lingkungan.

Lingkungan yang bersih dapat mencegah infeksi dan kecelakaan.

Kecemasan keluarga sehubungan keadaan yang kritis pada pasien.

**Tujuan :**

Kecemasan keluarga dapat berkurang

**Kriteri evaluasi :**

Ekspresi wajah tidak menunjang adanya kecemasan

Keluarga mengerti cara berhubungan dengan pasien

Pengetahuan keluarga mengenai keadaan, pengobatan dan tindakan meningkat.

**Rencana tindakan :**

? Bina hubungan saling percaya.

Untuk membina hubungan terpiutik perawat - keluarga.

Dengarkan dengan aktif dan empati, keluarga akan merasa diperhatikan.

? Beri penjelasan tentang semua prosedur dan tindakan yang akan dilakukan pada pasien.

Penjelasan akan mengurangi kecemasan akibat ketidak tahuan.

? Berikan kesempatan pada keluarga untuk bertemu dengan klien.

Mempertahankan hubungan pasien dan keluarga.

? Berikan dorongan spiritual untuk keluarga.

Semangat keagamaan dapat mengurangi rasa cemas dan meningkatkan keimanan dan ketabahan dalam menghadapi krisis.

Resiko tinggi gangguan integritas kulit sehubungan dengan immobilisasi, tidak adekuatnya sirkulasi perifer.

**Tujuan :**

Gangguan integritas kulit tidak terjadi

**Rencana tindakan :**

? Kaji fungsi motorik dan sensorik pasien dan sirkulasi perifer untuk menetapkan kemungkinan terjadinya lecet pada kulit.

? Kaji kulit pasien setiap 8 jam : palpasi pada daerah yang tertekan.

? Berikan posisi dalam sikap anatomi dan gunakan tempat kaki untuk daerah yang menonjol.

? Ganti posisi pasien setiap 2 jam

? Pertahankan kebersihan dan kekeringan pasien : keadaan lembab akan memudahkan terjadinya kerusakan kulit.

? Massage dengan lembut di atas daerah yang menonjol setiap 2 jam sekali.

? Pertahankan alat-alat tenun tetap bersih dan tegang.

? Kaji daerah kulit yang lecet untuk adanya eritema, keluar cairan setiap 8 jam.

? Berikan perawatan kulit pada daerah yang rusak / lecet setiap 4 - 8 jam dengan menggunakan H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>.

**DAFTAR KEPUSTAKAAN**

Doenges M.E. (1989) Nursing Care Plan, Guidelines for Planning Patient Care (2 nd ed ). Philadelphia, F.A. Davis Company.

Long; BC and Phipps WJ (1985) Essential of Medical Surgical Nursing : A Nursing Process Approach St. Louis. Cv. Mosby Company.

Asikin Z (1991) Simposium Keperawatan Penderita Cedera Kepala. Panatalaksanaan Penderita dengan Alat Bantu Napas, Jakarta.

Harsono (1993) Kapita Selekta Neurologi, Gadjah Mada University Press

## L A P O R A N

### PELAKSANAAN PRAKTEK KEPERAWATAN (KEPERAWATAN GAWAT DARURAT)

Di Ruang ROI 1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya

11JUNI - 15 JUNI 2001

Oleh : SUBHAN, S.Kep

NIM. 010030170 B

UNIVERSITAS AIRLANGGA SURABAYA

FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

2002

#### LEMBAR PENGESAHAN

Kasus ini saya ambil dari ruang ROI 1 RSUD Dr. Soetomo Surabaya, pada waktu mengikuti praktek keprofesian Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran

Universitas Airlangga Surabaya

Mahasiswa

SUBHAN, S.Kep

Nim 010030170 B

M e n g e t a h u i

Pembimbing Ruangan Pembimbing Akademik

Harmayeti, SKp

Nip. Nip.

ASUHAN KEPERAWATAN Tn. S DENGAN CEDERA OTAK BERAT

DI ROI 1 RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA

Nama Mahasiswa : SUBHAN, SKep

N I M : 010030170 B

Ruangan : ROI 1 No. reg : 1005458

Tanggal dikaji : 13 Juni 2001, Pkl. 08.20 BBWI

#### I. PENGKAJIAN

##### I. Identitas

Nama : Tn. S (Laki ? laki) Tgl. MRS : 12 Juni 2001

Umur : 43 thn. Diagnosa : Cedera Otak Berat

Suku/bangsa : Jawa/Indonesia

Agama : Islam Alamat : Lamongan

Pekerjaan : Tukang kayu

Pendidikan : SMP

Alasan MRS : Mengalami kecelakaan mobil

##### II. Nursing history

Tidak dapat dikaji karena pasien menggunakan alat bantu napas ventilator mekanik (respirator).

##### III. Observasi dan pemeriksaan fisik

###### 1. Keadaan umum

Pasien nampak sakit berat, lemah dan imobilisasi total karena terpasang infus, ventilator, dower kateter, NG tube dan post trepanasi.

###### 2. Tanda ? tanda vital

Suhu : 37,0 C per rectal, N : 114 x/menit, tidak teratur dan kuat, T : 112/68 mmHg RR : 34 x/menit, pernapasan cheyne ? stoke dan

GCS : 1 ? X ? 4 = 5 + X

###### 3. Body system

###### 3.1 Pernapasan (B1)

Hidung terpasang NG tube. Pasien terpasang endotrakeal, ada retraksi dada, sputum kental kadang bercampur darah, menggunakan respirator, pernapasan dangkal. Suara napas tambahan ronchi terdengar hampir di semua lapang paru. Bentuk dada tidak simetris dan

refleks batuk tidak ada.

### 3.2 Kardiovaskuler (B2)

Tidak ada kelainan.

### 3.3 Persarafan (B3)

Pasien koma, GCS : 1 ? X ? 4 : 5 + X (verbal tidak bisa dikaji karena menggunakan respirator). Sklera putih, pupil dilatasi/midriasis kanan.

Terjadi cedera kepala bagian kanan dan ada epidural hematoma kanan, post trepanasi.

### 3.4 Perkemihan ? Eliminasi uri (B4)

Pasien terpasang dower kateter dengan produksi urine + 1500 cc/hari

### 3.5 Pencernaan ? Eliminasi alvi (B5)

Untuk makan dan minum dibantu dengan susu per NG tube dan infus.

### 3.6 Tulang ? otot ? integument (B6)

Kemampuan pergerakan sendi terbatas, hemiplegi kiri. Ekstremitas atas dan bawah terdapat luka lecet. Akral hangat, turgor cukup, warna kulit agak pucat.

### 3.7 Sistem endokrin

Tidak bisa dikaji.

## 4. Pemeriksaan penunjang (tgl 12 Juni 2001)

- Darah lengkap : Hb : 13,5 g/dl

Leukosit : 20,7 X 10<sup>3</sup>

Trombosit : 287 X 10<sup>3</sup>

PCV : 0,36

GDA : 239

- Analisa gas darah

pH : 7,392 HCO<sub>3</sub> : 20,2

pCO<sub>2</sub> : 33,9 BE : - 4,8

pO<sub>2</sub> : 334,7

- O<sub>2</sub> sat. : 99,7 ctCO<sub>2</sub> : 21,2

## 5. Terapi

Infus RD5 1500/24 jam

Ceftriaxone 1 X 2 gr.

Phenitoin 3 X 10 mg

Manitol 4 X 100 cc

Cimetidin 3 X 1 ampul

Mahasiswa,

SUBHAN, Skep

NIM. 010030170 B

## ANALISA DATA dan DIAGNOSA KEPERAWATAN

D a t a Kemungkinan penyebab Masalah

1. DS : -

DO : sputum kental, ronchi hampir semua lapang paru, retraksi dada, RR 34 x/mnt, pernapasan cheynos stokes

2. DS : -

DO : perdarahan epidural, cedera pada temporalis kanan, pernapasan cheyne stokes, GCS 1 - X ? 4, dilatasi pupil, pernapasan dangkal.

3. DS : -

DO : nampak sakit berat, total imobilisasi, kesadaran menurun, GCS 1 ? X ? 4, terpasang ventilator, infus, dower kateter, NG tube.

4. DS : -

DO : refleks batuk tak ada, sputum kental dan menumpuk, akral hangat, suhu 37,8 0C, terpasang ventilator dengan ETT

Penumpukan sputum

Depresi pada pusat pernapasan di otak

Penurunan kesadaran

Pemasangan selang ETT

Tidak efektif bersihan jalan napas

Tidak efektif pola napas

Keterbatasan aktivitas

Resiko tinggi infeksi saluran napas

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

1. Tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sputum.

Tujuan :

Mempertahankan jalan napas dan mencegah aspirasi

Kriteria Evaluasi :

Suara napas bersih, tidak terdapat suara sekret pada selang dan bunyi alarm karena peninggian suara mesin, sianosis tidak ada, RR dalam batas normal

Rencana tindakan :

? Kaji dengan ketat (tiap 60 menit) kelancaran jalan napas. Obstruksi dapat disebabkan pengumpulan sputum, perdarahan, bronchospasme atau masalah terhadap tube.

? Evaluasi pergerakan dada dan auskultasi dada (tiap 1 jam ). Pergerakan yang simetris dan suara napas yang bersih indikasi pemasangan tube yang tepat dan tidak adanya penumpukan sputum.

? Lakukan pengisapan lendir dengan waktu kurang dari 15 detik bila sputum banyak. Pengisapan lendir tidak selalu rutin dan waktu harus dibatasi untuk mencegah hipoksia.

? Lakukan fisioterapi dada setiap 2 jam. Meningkatkan ventilasi untuk semua bagian paru dan memberikan kelancaran aliran serta pelepasan sputum.

2. Tidak efektifnya pola napas berhubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.

Tujuan :

Mempertahankan pola napas yang efektif melalui ventilator.

Kriteria evaluasi :

Penggunaan otot bantu napas tidak ada, sianosis tidak ada atau tanda-tanda hipoksia tidak ada dan gas darah dalam batas-batas normal.

Rencana tindakan :

? Hitung pernapasan pasien dalam satu menit. Pernapasan yang cepat dari pasien dapat menimbulkan alkalosis respiratori dan pernapasan lambat meningkatkan tekanan Pa Co<sub>2</sub> dan menyebabkan asidosis respiratorik.

? Cek pemasangan tube, untuk memberikan ventilasi yang adekuat dalam pemberian tidal volume.

? Observasi ratio inspirasi dan ekspirasi. Pada fase ekspirasi biasanya 2 x lebih panjang dari inspirasi, tapi dapat lebih panjang sebagai kompensasi terperangkapnya udara terhadap gangguan pertukaran gas.

? Perhatikan kelembaban dan suhu pasien. Keadaan dehidrasi dapat mengeringkan sekresi/cairan paru sehingga menjadi kental dan meningkatkan resiko infeksi.

? Cek selang ventilator setiap waktu (15 menit), adanya obstruksi dapat menimbulkan tidak adekuatnya pengaliran volume dan menimbulkan penyebaran udara yang tidak adekuat.

? Siapkan ambu bag tetap berada di dekat pasien, membantu membarikan ventilasi yang adekuat bila ada gangguan pada ventilator

3. Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran (coma)

Tujuan :

Kebutuhan dasar pasien dapat terpenuhi secara adekuat.

Kriteria hasil :

Kebersihan terjaga, kebersihan lingkungan terjaga, nutrisi terpenuhi sesuai dengan kebutuhan, oksigen adekuat.

Rencana Tindakan :

? Beri bantuan untuk memenuhi kebersihan diri. Kebersihan perorangan, eliminasi, berpakaian, mandi, membersihkan mata dan kuku, mulut, telinga, merupakan kebutuhan dasar akan kenyamanan yang harus dijaga oleh perawat untuk meningkatkan rasa nyaman, mencegah infeksi dan keindahan.

? Berikan bantuan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan. Makanan dan minuman merupakan kebutuhan sehari-hari yang harus dipenuhi untuk menjaga kelangsungan perolehan energi. Diberikan sesuai dengan kebutuhan pasien baik jumlah, kalori, dan waktu.



? Berikan bantuan untuk memenuhi kebersihan dan keamanan lingkungan. Lingkungan yang bersih dapat mencegah infeksi dan kecelakaan.

4. Resiko tinggi infeksi saluran pernapasan berhubungan dengan terpasang selang ETT

Tujuan :

Tidak terjadi infeksi selama pemasangan ETT atau ventilator.

Kriteria hasil :

Suhu tubuh normal ( $36.5 - 37.5$  OC), warna sputum jernih, kultur sputum negatif, tidak demam, panas, bengkak.

Rencana Tindakan :

? Evaluasi warna, jumlah, konsistensi dan bau sputum setiap kali pengisapan. Indikator untuk menilai adanya infeksi saluran napas

? Pertahankan teknik aseptik pada saat melakukan penghisapan atau suction. Mencegah infeksi nosokomial

? Lakukan pembersihan mulut, hidung dan rongga faring setiap shift. Lingkungan mulut, hidung dan faring kotor merupakan media pertumbuhan kuman.

? Berikan antibiotik sesuai dengan program dokter. Antibiotik bersifat baktericida.

? Monitor tanda ? tanda vital yang menunjukkan adanya infeksi. Deteksi dini.

? Berikan bantuan untuk memenuhi kebersihan dan keamanan lingkungan. Lingkungan yang bersih dapat mencegah infeksi dan kecelakaan.

#### TINDAKAN KEPERAWATAN

Tanggal/jam Tindakan keperawatn

13 Juni 2001

08.00

09.10

11.00

14 Juni 2001

08.00

09.00

09.30

10.00

11.00

12.00

Melakukan suction dan fisioterapi napas dengan memperhatikan teknik aseptik sambil memperhatikan jumlah, konsistensi dan warna sputum, membantu perawatan diri (mulut, perawatan kulit) yang dilakukan oleh rekan lain, mengkaji bunyi napas

Mengecek selang ventilator kemungkinan terisi air.

Melakukan suction dan fisioterapi napas dengan memperhatikan teknik aseptik sambil memperhatikan jumlah, konsistensi dan warna sputum, memperhatikan tanda ? tanda infeksi.

Melakukan suction dan fisioterapi napas dengan memperhatikan teknik aseptik sambil memperhatikan jumlah, konsistensi dan warna sputum, memonitor tanda ?tanda infeksi

Memberikan personal hygiene (mulut, kulit)

Memasang NG tube dan memberikan susu 100 cc per NG tube.

Memberi manitol 100 cc per infus

Injeksi Ceftriakson 2 gr. iv dan cimetidin 1 ampul iv

Melakukan suction dan fisioterapi napas dengan memperhatikan teknik aseptik.

#### EVALUASI

Tgl/jam Diagnosa keperawatan Evaluasi

13 Juni

12.30

14 Juni

08.45

13.00

1. Tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sputum.

2. Tidak efektifnya pola napas berhubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.

3. Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran (coma)
4. Resiko tinggi infeksi saluran pernapasan berhubungan dengan terpasang selang ETT
  1. Tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sputum.
  2. Tidak efektifnya pola napas berhubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.
3. Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran (coma)
4. Resiko tinggi infeksi saluran pernapasan berhubungan dengan terpasang selang ETT
  1. Tidak efektifnya bersihan jalan napas berhubungan dengan penumpukan sputum.
  2. Tidak efektifnya pola napas berhubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.
3. Resiko tinggi infeksi saluran pernapasan berhubungan dengan terpasang selang ETT  
Sputum kental, ronchi (+), tidak sianosis, sesak berkurang, RR 24 x/mnt. Intervensi dilanjutkan.  
Tidak ada sianosis, sesak berkurang, peninggian bahu berkurang. Intervensi dipertahankan.  
Kebutuhan nutrisi dan personal hygiene terpenuhi. GCS 1 ? X ? 4. Intervensi dipertahankan  
Tanda infeksi tidak ada : S 3750C, N 109 x/mnt, RR 24 x/mnt, T 108/64 mmHg, sputum agak kental. ETT pada posisinya .Intervensi dilanjutkan
- Sputum agak kental, ronchi (+), tidak sianosis, sesak berkurang, RR 20 x/mnt. Intervensi dilanjutkan.  
Tidak ada sianosis, sesak berkurang, peninggian bahu tak ada. Intervensi dipertahankan.  
Kebutuhan nutrisi dan personal hygiene terpenuhi. GCS 1 ? X - 5 Intervensi dipertahankan  
Tanda infeksi tidak ada : S 370C, N 100 x/mnt, RR 18 x/mnt, T 100/74 mmHg, sputum agak kental. ETT pada posisinya. Intervensi dilanjutkan
- Sputum kental, ronchi (+), tidak sianosis, sesak berkurang, RR 18 x/mnt. Intervensi dilanjutkan.  
Tidak ada sianosis, sesak berkurang, peninggian bahu berkurang. Intervensi dipertahankan.  
Tanda infeksi tidak ada : S 3750C, N 109 x/mnt, RR 24 x/mnt, T 108/644 mmHg, sputum agak kental. Intervensi dilanjutkan