

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Penyakit

1. Definisi

Cedera kepala sedang adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan jenis cedera kepala yang mencakup jaringan kulit kepala, tulang tengkorak, atau jaringan otak. Cedera kepala dapat dibagi menjadi tiga kategori utama, yakni ringan, sedang, dan berat, dengan tingkat keparahannya sering diukur dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), Skor GCS 13-15 dianggap sebagai tanda cedera kepala ringan, GCS 9-12 dianggap sebagai tanda cedera kepala sedang, dan GCS 8 dianggap sebagai tanda cedera kepala berat (Simanjuntak, 2020). Semakin parah cedera kepala yang dialami seseorang, semakin tinggi risiko kematian yang dihadapi oleh pasien tersebut (Marbun, Sinuraya, Amala & Simanjuntak, 2020). Cedera kepala adalah kerusakan pada kepala yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk jatuh tak disengaja, kecelakaan kendaraan bermotor, dampak dari objek tumpul atau tajam, benturan dengan objek bergerak, dan juga benturan kepala dengan benda diam atau tidak bergerak (Manurung, 2018).

2. Etiologi

Cedera kepala sedang adalah istilah yang mencakup beragam jenis cedera yang terjadi pada kulit kepala, tulang tengkorak, otak, serta jaringan

dan pembuluh darah di dalam kepala (Haryono & Utami, 2019). Cedera kepala disebabkan oleh trauma pada kepala, seperti jatuh tanpa sengaja, kejadian di jalan raya, efek dari objek tajam atau benda keras, tabrakan dengan objek yang bergerak, dan juga benturan kepala pada objek yang tidak bergerak (Manurung, 2018).

3. Tanda dan gejala

Tanda dan gejala cedera kepala sedang menurut Marbun et al. (2020), adalah sebagai berikut:

- a. Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dengan manifestasi sebagai berikut:
 - 1) Terjadinya trias TIK yang mencakup tingkat kesadaran yang menurun, kegelisahan, iritabilitas, perubahan ukuran pupil, adanya edema, serta muntah dengan proyektil.
 - 2) Terjadi penurunan fungsi neurologis, seperti perubahan dalam bicara, perubahan respons pupil, dan perubahan sensorik motorik.
 - 3) Pasien dapat mengalami sakit kepala, mual, dan gangguan penglihatan seperti penglihatan ganda (diplopia).
- b. Adanya fraktur pada tulang tengkorak, yang ditandai oleh:
 - 1) Keluarnya cairan cerebrospinal (CSF) atau darah dari telinga dan hidung.
 - 2) Terjadinya perdarahan di belakang membran timpani (Otorrhoe).
 - 3) Terjadinya perdarahan di dalam hidung (Rhinoorrhoe).

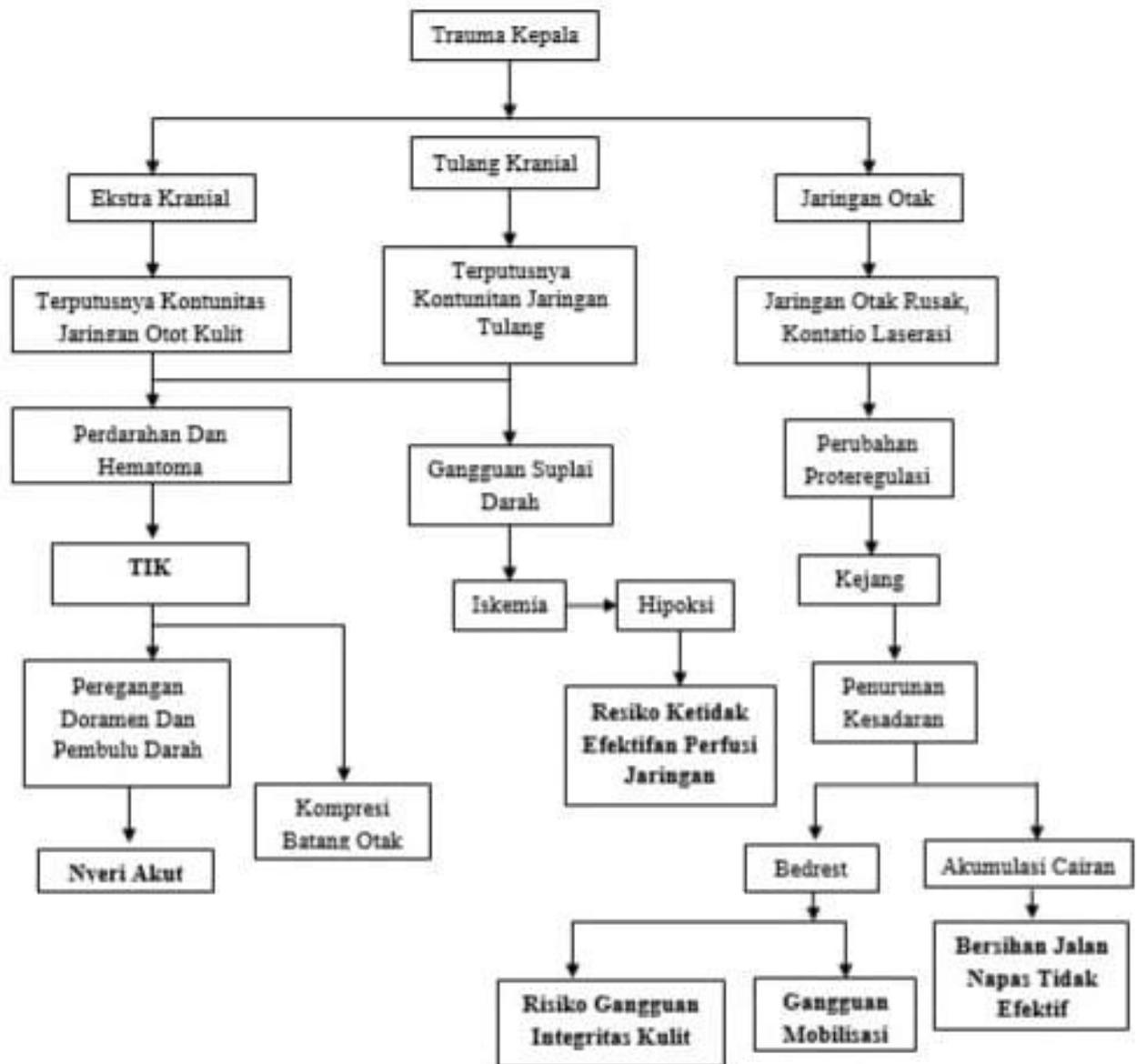
- 4) Adanya memar di sekitar mata (periorbital ekimosis).
 - 5) Terdapat memar di daerah mastoid yang dikenal sebagai Battle's sign.
- c. Komosiso serebri, yang gejalanya mencakup:
- 1) Terjadinya sakit kepala dan pusing.
 - 2) Mengalami amnesia retrograde.
 - 3) Kehilangan kesadaran selama lebih dari atau sama dengan 5 menit.
- d. Kontusio serebri, yang gejalanya meliputi:
- 1) Biasanya terjadi pada cedera kepala yang parah, termasuk fraktur tulang tengkorak.
 - 2) Terdapat peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
 - 3) Munculnya tanda dan gejala herniasi otak.
 - 4) Kontusio yang memengaruhi batang otak.

4. Patofisiologi

Cedera pada kepala bisa muncul akibat dampak dari benda tumpul, benda tajam, atau kecelakaan. Cedera kepala yang terjadi langsung setelah trauma disebut cedera kepala primer, dan cedera ini kemudian bisa mengarah pada cedera kepala sekunder. Akibat dari trauma, terjadi kelainan pada sel-sel otak dan peningkatan rangsangan sistem saraf simpatis, yang mengakibatkan peningkatan tahanan dalam sistem peredaran darah dan peningkatan tekanan darah.

Selain itu, terjadi penurunan tekanan di pembuluh darah paru-paru, yang mengakibatkan peningkatan tekanan hidrostatik dan potensial untuk kebocoran cairan dari kapiler. Cedera ini juga dapat mengakibatkan pembengkakan (edema) dan hematoma di otak, yang akan meningkatkan tekanan intrakranial. Akibatnya, pasien dapat mengalami gejala seperti pusing dan nyeri yang hebat di kepala (Lestari, 2021).

5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Cedera Kepala Sedang (Mawarni, 2020)

6. Klasifikasi

Penilaian tingkat keparahan cedera kepala dapat dilakukan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) sesuai pedoman Tim Pusat

Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (pusbankes, 2018). Berdasarkan tingkat keparahannya itu dapat dibagi menjadi:

- a. Cedera kepala ringan (CKR)
 - 1) Tanpa gejala kontusio pada tengkorak.
 - 2) Tanpa gejala kontusio serebri atau hematoma pada otak.
 - 3) Skor GCS antara 13-15.
 - 4) Mungkin mengalami kehilangan kesadaran, tetapi tidak melebihi 30 menit.
- b. Cedera kepala sedang (CKS)
 - 1) Pasien mengalami hilang kesadaran.
 - 2) Muntah.
 - 3) Skor GCS antara 9-12.
 - 4) Kemungkinan adanya fraktur pada tengkorak, serta mengalami kebingungan.
- c. Cedera kepala berat (CKB)
 - 1) Skor GCS antara 3-8.
 - 2) Tidak sadar selama lebih dari 24 jam.
 - 3) Terdapat tanda kerusakan otak, luka dalam otak, atau pembekuan darah di dalam otak.

7. Faktor resiko

Terdapat 4 faktor resiko, yaitu Faktor usia, Hipotensi, Hipoksia, dan juga Diameter pupil serta reaksi Cahaya.

8. Komplikasi

Pasien yang mengalami cedera kepala juga berpotensi mengalami cedera aksonal yang pada jangka panjang dapat menyebabkan gangguan fisik, kognitif, dan psikososial, ini sangat berisiko mengalami cedera dalam tengkorak yang serius. Menurut (Papa & Goldberg, 2018), terdapat beberapa macam komplikasi, yaitu: Sindrom Postconcussion, Kejang Pasca Trauma, Meningitis, Abses Otak, dan Edema Paru Neurologi.

9. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Manurung (2018), hasil pemeriksaan radiologi dengan foto polos kepala sering menunjukkan temuan berikut pada pasien dengan cedera kepala:

a. Foto Polos Kepala

Pemeriksaan radiografi kepala disarankan dalam situasi-situasi tertentu, seperti luka kepala dengan panjang lebih dari 5 cm, luka tembus yang disebabkan oleh peluru atau benda tajam, deformitas yang terlihat pada kepala saat pemeriksaan visual dan penekanan, keluhan nyeri kepala yang tidak mereda, adanya gejala neurologis yang spesifik, dan penurunan kesadaran.

b. CT-Scan Kepala

Pemeriksaan CT-Scan kepala merupakan standar dalam penanganan cedera kepala. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengidentifikasi

kemungkinan patah tulang tengkorak, perdarahan, pembengkakan jaringan otak, dan kelainan pada otak.

c. Pemeriksaan Laboratorium

Biasanya dilakukan pemeriksaan tes darah, pengukuran kadar gula darah saat ini, analisis ureum-kreatinin, analisis gas darah, dan pengukuran kadar elektrolit.

d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Pemeriksaan MRI umumnya dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan status mental dan ketika hasil CT-Scan tidak memberikan informasi yang memadai. MRI telah terbukti memiliki tingkat sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan CT-Scan, terutama dalam mengidentifikasi kerusakan non-hemoragik yang terkait dengan cedera aksonal.

e. X-Ray

Digunakan untuk menemukan perubahan dalam struktur tulang, seperti fraktur, serta perubahan dalam garis struktural yang dapat mengindikasikan perdarahan atau pembekakan. Pemeriksaan ini membantu dalam mendeteksi fragmen tulang.

f. Rontgen Thoraks Dua Arah (PA/AP dan Lateral)

Pemeriksaan rontgen thoraks dilakukan untuk menilai adanya akumulasi udara atau cairan di area pleura, yang dapat mengindikasikan masalah pada paru-paru.

g. Analisa Gas Darah (AGD/Astrup)

AGD merupakan salah satu uji diagnostik yang digunakan untuk menilai kondisi pernapasan. Dalam melakukan AGD, kita dapat mengevaluasi kondisi oksigenasi dan keseimbangan asam-basa dalam tubuh.

10. Penatalaksanaan

Menurut panduan pengelolaan cedera kepala (Lestari, 2021), langkah-langkah penanganan meliputi:

a. Keperawatan

1. Pengawasan selama 24 jam.
2. Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan evaluasi neurologis.
3. Stabilisasi Airway, Breathing, dan Circulation (ABCD).
4. Pemasangan kateter untuk memonitor produksi urine.
5. Pada pasien anak, disarankan istirahat dengan tiduran.

b. Medis

1. Pemberian infus dengan cairan non-osmotik, kecuali dextrose, disarankan karena dextrose dapat cepat di-metabolisme menjadi air dan karbon dioksida, yang bisa menyebabkan edema serebri.
2. Terapi obat-obatan
 - a) Dexamethasone atau methylprednisolone digunakan sebagai pengobatan anti-edema serebral. Dosisnya disesuaikan dengan tingkat keparahan trauma.

- b) Terapi anti-edema dapat dilakukan dengan menggunakan larutan hipertonik seperti mannitol 20%, glukosa 40%, atau gliserol 10%.
- c) Antibiotik yang memiliki kemampuan menembus sawar darah-otak, seperti penisilin, atau metronidazole jika terdapat infeksi anaerob.
- d) Pemberian obat simptomatik dapat diberikan melalui infus intravena atau supositoria.
- e) Analgetik dapat diberikan untuk mengatasi nyeri.
- f) Terapi hiperventilasi mungkin diperlukan pada pasien dengan trauma kepala berat untuk mengurangi vasodilatasi.
- g) Tindakan bedah dilakukan jika terjadi fraktur pada tengkorak atau laserasi.

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pada pasien cedera kepala, pengkajian difokuskan pada penilaian status neurologis, langkah utama yang perlu diambil sebelum pemberian pengobatan (Fachruddin, 2020).

a. Anamnesa

Pengumpulan informasi mengenai identitas pasien, termasuk nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status

perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosis medis (Fachruddin, 2020).

b. Pengkajian 13 Domain Nanda (Fachruddin, 2020).

1) Domain 1: Health promotion

a. Keluhan utama

Penderita cedera kepala umumnya mengalami penurunan tingkat kesadaran.

b. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit saat ini dapat mencakup berkurangnya kesadaran, ketidakseimbangan, mual, muntah, nyeri kepala, wajah yang asimetris, kelemahan, lumpuh, perdarahan, patah tulang, kesulitan mengendalikan tangan, amnesia tentang kejadian, gangguan tidur, gangguan pendengaran, perubahan dalam sensasi, dan kesulitan dalam menelan atau mencerna makanan.

c. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit sebelumnya termasuk riwayat penyakit sistem persyarafan, riwayat trauma masa lalu, serta riwayat penyakit sistemik seperti penyakit pernapasan, penyakit kardiovaskular, dan penyakit metabolik.

2) Domain 2: Nutrisi

a. Antropometri

- b. Biochemical
 - c. Clinical
 - d. Diet
 - e. Energi
 - f. Faktor
- 3) Domain 3: Elimination
 - 4) Domain 4: Activity rest
 - 5) Domain 5: Perception/Cognition
 - 6) Domain 6: Self perception
 - 7) Domain 7: Role Relationship
 - 8) Domain 8: Sexuality
 - 9) Domain 9: Coping/ stress tolerance
 - 10) Domain 10: Life Principles
 - 11) Domain 11: Safety / protection
 - 12) Domain 12: Comfort/Pain
 - 13) Domain 13: Growth / development
- c. Pengkajian fisik
 - 1) Kaji GCS
 - a) Cidera kepala ringan (CKR) terjadi ketika skor GCS berada di rentang 13-15, dengan kemungkinan hilang kesadaran selama sekitar 30 menit.

- b) Cidera kepala sedang (CKS) terjadi ketika skor GCS berada di rentang 9-12, dengan hilang kesadaran atau amnesia selama 30 menit hingga 24 jam.
 - c) Cidera kepala berat (CKB) terjadi ketika skor GCS adalah 3-8, dengan hilang kesadaran lebih dari 24 jam.
- 2) Disorientasi waktu dan tempat
- Kehilangan orientasi terhadap waktu dan tempat menyebabkan penurunan kesadaran, amnesia, perubahan kesadaran hingga mencapai kondisi koma, serta berpengaruh pada gangguan ingatan baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- 3) Refleksi patologis dan fisiologis
- Pada tahap awal, refleks fisiologis di sisi yang mengalami lumpuh akan menghilang. Beberapa hari kemudian, refleks fisiologis akan kembali muncul dengan adanya refleks patologis sebagai tanda awal.
- 4) Perubahan status mental
- Perubahan dalam kondisi mental dapat terjadi akibat cedera kepala, yang mungkin mengakibatkan kerusakan kekal, gangguan psikologis, dan bahkan fatas seperti kematian. Gagar otak juga dapat menghasilkan perubahan dalam status mental individu dan dapat mengganggu fungsi otak secara keseluruhan.

5) Nervus cranialis XII

NI: Berkurangnya kemampuan penciuman.

NII: Pada cedera kepala di bagian depan dapat terjadi penurunan kemampuan penglihatan.

NIII, NIV, NVI: Berkurangnya lapangan pandang, penurunan respons terhadap cahaya, ketidakmampuan mata untuk mengikuti perintah, dan adanya anisokoria.

NV: Kesulitan dalam mengunyah.

NVII, NXII: Kelumpuhan ringan dalam penutupan kelopak mata, kehilangan sensasi pada dua pertiga bagian depan lidah.

NVIII: Gangguan pendengaran dan keseimbangan tubuh.

NIX, NX, NXI: Jarang terjadi dalam kondisi seperti ini.

6) Status motoric

Penilaian kelemahan otot menggunakan skala berikut:

0: Tidak ada kontraksi otot.

1: Terdapat kontraksi otot.

2: Mampu bergerak, namun tidak dapat menahan berat tubuh (gravitasi).

3: Mampu bergerak dan menahan berat tubuh (gravitasi).

4: Kondisi normal.

7) Perubahan pupil atau penglihatan kabur, penglihatan ganda (diplopia), fotofobia, serta hilangnya sebagian lapangan pandang.

- 8) Perubahan dalam tanda-tanda vital.
- 9) Gangguan dalam kemampuan pengecap, penciuman, dan pendengaran.
- 10) Peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial).
- 11) Nyeri kepala dengan tingkat keparahan dan lokasi yang bervariasi.
- 12) Reaksi menghindar terhadap rangsangan nyeri yang sangat kuat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian medis tentang cara klien merespons masalah kesehatan atau aspek kehidupan yang mereka alami, baik yang sedang terjadi maupun yang berpotensi terjadi (PPNI, 2016). Kemungkinan diagnosis keperawatan yang dapat timbul pada pasien dengan cedera kepala meliputi:

- a. Nyeri akut yang terkait dengan dampak cedera fisik (D.0077)
- b. Kesulitan dalam menjaga jalur napas yang efektif yang terkait dengan
- c. peningkatan produksi lendir (D.0001).
- d. Gangguan dalam kemampuan bergerak fisik yang berkaitan dengan
- e. penurunan kekuatan otot (D.0054).
- f. Risiko ketidaksempurnaan dalam perfusi jaringan serebral yang terkait dengan cedera kepala (D.0017).
- g. Risiko gangguan integritas kulit yang berkaitan dengan penurunan aktivitas fisik (D.0129).

3. Perencanaan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut b.d agen pencederaan fisik	<p>Tingkat nyeri (L.08066) Setelah implementasi intervensi perawatan selama...x... jam, diharapkan tingkat nyeri mengalami penurunan, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan menuntaskan aktifitas <p>Ket: 1: Menurun 2: Cukup Menurun 3: Sedang 4: Cukup Sedang 5: Meningkatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri 2. Meringis 3. Sikap protektif 4. Gelisah 5. Kesulitan tidur 6. Menarik diri 7. Berfokus pada diri sendiri 8. Diaforesis 9. Perasaan depresi (tertekan) 10. Perasaan takut mengalami cedera berulang 11. Anoreksia 12. Perineum terasa tertekan 13. Uterus terasa membulat 14. ketegangan otot 15. Pupil dilatasi 16. Muntah 17. Mual <p>Ket: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun</p>	<p>Manajemen nyeri (I.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Menentukan lokasi, sifat, lamanya, berapa sering, jenis, dan seberapa kuat rasa sakit. 1.2 Menilai tingkat keparahan nyeri dengan menggunakan skala nyeri. 1.3 Mengenali respon non-verbal terhadap nyeri. 1.4 Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat memperburuk atau meredakan rasa sakit. 1.5 Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan individu terkait dengan rasa sakit. 1.6 Menilai bagaimana budaya memengaruhi cara individu merespons rasa sakit. 1.7 Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup individu. 1.8 Memantau perkembangan dari terapi komplementer yang telah diterapkan. 1.9 Memantau kemungkinan efek samping yang muncul akibat penggunaan analgetik. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.10 Menyediakan pendekatan alternatif non-obat untuk mengatasi nyeri. 1.11 Menyebutkan contoh teknik.

		<p>5: Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi 2. Pola Napas 3. Tekanan darah 4. Proses berfikir 5. Fokus 6. Fungsi berkemih 7. Perilaku 8. Nafsu makan 9. Pola tidur <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Memburuk 2: Cukup Memburuk 3: Sedang 4: Cukup Membaik 5: Membaik 	<p>1.12 Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat memperburuk rasa sakit, seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.</p> <p>1.13 Membantu pasien untuk mendapatkan istirahat dan tidur yang optimal.</p> <p>1.14 Menyesuaikan strategi meredakan rasa sakit sesuai dengan jenis dan sumber nyeri yang dialami oleh pasien.</p> <p>Edukasi</p> <p>1.15 Terangkan faktor yang memicu, lamanya, dan pemicu nyeri.</p> <p>1.16 Terangkan cara mengelola pemicu nyeri.</p> <p>1.17 Sarankan untuk melakukan pemantauan nyeri sendiri.</p> <p>1.18 Sarankan penggunaan analgesik sesuai kebutuhan.</p> <p>1.19 Berikan instruksi tentang teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa sakit.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.20 Kerjasama dalam memberikan analgesic jika diperlukan.</p>
2.	Resiko penurunan efektivitas peredaran darah di jaringan otak karena cedera kepala.	<p>Perfusi perifer (L. 02011)</p> <p>Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan selama ...x... jam, diharapkan peningkatan perfusi perifer sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Denyut nadi perifer 2. Penyembuhan luka 3. Sensari 	<p>Manajemen sensasi perifer (I.06195)</p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi akar faktor-faktor perubahan sensasi.</p> <p>2.2 Mendeteksi penggunaan perangkat pengikat, prosthesis, alas kaki, dan pakaian.</p> <p>2.3 Memeriksa perbedaan</p>

		<p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup Menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan</p> <p>1. Warna kulit pucat 2. Edema perifer 3. Nyeri ekstremitas 4. Parastesia 5. Kelemahan otot 6. Kram otot 7. Bruit femoralis 8. Nekrosis</p> <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p> <p>1. Pengisian kapiler 2. Akral 3. Turgor Kulit 4. Tekanan darah sistolik 5. Tekanan darah diastolic 6. Tekanan darah rata-rata 7. Indeks ankle-brachial</p>	<p>dalam sensasi tajam atau tumpul.</p> <p>2.4 Mengevaluasi perbedaan dalam sensasi panas atau dingin.</p> <p>2.5 Menilai kemampuan individu untuk mengenali lokasi dan tekstur objek.</p> <p>2.6 Memantau kemungkinan munculnya parestesia jika diperlukan.</p> <p>2.7 Memantau perubahan pada kondisi kulit.</p> <p>2.8 Memantau adanya tanda-tanda tromboflebitis dan tromboemboli vena.</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.9 Mencegah penggunaan benda-benda dengan suhu ekstrem (terlalu panas atau terlalu dingin).</p> <p>Edukasi</p> <p>2.10 Menganjurkan penggunaan termometer untuk mengukur suhu air.</p> <p>2.11 Menggalakkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak.</p> <p>2.12 Menganjurkan penggunaan sepatu yang nyaman dan berhak rendah.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.13 Bekerjasama dalam pemberian analgesik jika diperlukan.</p> <p>2.14 Bekerjasama dalam pemberian kortikosteroid jika diperlukan.</p>
3.	Gangguan dalam pembersihan jalan napas yang tidak efektif akibat	<p>Bersihan jalan napas (L. 01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam, diharapkan perbaikan dalam pembersihan jalan</p>	<p>Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi</p> <p>3.1 Pantau pola pernapasan, termasuk frekuensi, kedalaman, dan usaha</p>

	<p>hipersekreasi.</p>	<p>napas sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Menurun 2: Cukup Menurun 3: Sedang 4: Cukup Meningkat 5: Meningkat <ol style="list-style-type: none"> 1. Produksi sputum 2. Mengi 3. Wheezing (pada neonates) 4. Dispnea 5. Ortopnea 6. Sulit bicara 7. Sianosis 8. Gelisah <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Meningkat 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas 2. Pola napas <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Memburuk 2: Cukup Meningkat 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik 	<p>pernapasan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.2 Pantau adanya suara napas tambahan, seperti gurgling, mengi, mengi, ronki kering, dan lainnya. 3.3 Pantau sputum, termasuk jumlahnya, warnanya, dan baunya <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.4 Menjaga terbukanya jalan napas dengan melakukan head-tilt dan chin lift jika terdapat kecurigaan adanya cedera serviks. 3.5 Menyusun pasien dalam posisi semi-fowler atau fowler. 3.6 Memberikan minuman yang hangat. 3.7 Melakukan fisioterapi dada bila dibutuhkan. 3.8 Melakukan prosedur penghisapan lendir selama lebih dari 15 detik. 3.9 Melakukan hiperoksigenasi sebelum melakukan penghisapan endotrakeal. 3.10 Memberikan oksigen jika diperlukan. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.11 Sarankan untuk mengonsumsi 2.000 ml cairan setiap hari, kecuali ada kontraindikasi. 3.12 Berikan panduan tentang teknik batuk yang efektif. <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.13 Kerjasama dalam pemberian obat bronkodilator,
--	-----------------------	---	--

			ekspektoran, dan mukolitik jika diperlukan.
4.	Gangguan mobilisasi fisik disebabkan oleh penurunan kekuatan otot	<p>Mobilitas fisik (I.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas 2. Kekuatan otot 3. Rentang gerak (ROM) <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan <ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri 2. Kecemasan 3. kaku sendi 4. gerakan tidak terkoordinasi 5. gerakan tidak terkoordinasi 6. gerakan terbatas 7. kelemahan fisik <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup Menurun 5: Menurun 	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Mengenali keluhan rasa sakit atau gejala fisik lainnya. 4.2 Mengidentifikasi sejauh mana seseorang dapat mentoleransi aktivitas fisik atau pergerakan. 4.3 Memeriksa detak jantung dan tekanan darah secara berkala. 4.4 Memantau keadaan umum saat melakukan aktivitas mobilisasi. <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.5 Membantu aktivitas mobilisasi dengan menggunakan peralatan bantu seperti pagar tempat tidur. 4.6 Melibatkan keluarga untuk mendukung pasien dalam meningkatkan pergerakannya. <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.7 Terangkan maksud dan langkah-langkah dari prosedur mobilisasi 4.8 Sarankan untuk segera mulai melakukan mobilisasi 4.9 Instruksikan tentang langkah-langkah mobilisasi sederhana yang perlu dilakukan, seperti duduk di tempat tidur, duduk di pinggir tempat tidur, dan pindah dari tempat tidur ke kursi.
5.	Risiko gangguan	Integritas kulit dan jaringan (L.14125)	Perawatan luka (I.14564) Observasi

	<p>integritas kulit b.b penurunan mobilisasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x...jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Elastisitas 2. Hidrasi 3. Perfusi jaringan <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: meningkat <ol style="list-style-type: none"> 1. Kerusakan jaringan 2. Kerusakan lapisan kulit 4. Nyeri 5. Perdarahan 6. Kemerahan 7. Hematoma 8. Pigmentasi abnormal 9. Jaringan parut 10. Nekrosis 11. Abrasi komea <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun <ol style="list-style-type: none"> 1. Suhu kulit 2. Sensasi 3. Tekstur 4. Pertumbuhan rambut <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Memburuk 2: Cukup memburuk 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 5.1 Pantau ciri-ciri luka, seperti drainase, warna, ukuran, dan aroma. 5.2 Awasi gejala infeksi. <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3 Hapus balutan dan perban dengan hati-hati. 5.4 Gunting atau cukur rambut di sekitar area luka jika diperlukan. 5.5 Lakukan pembersihan dengan larutan garam (NaCl) atau pembersih non-toksik sesuai kebutuhan. 5.6 Bersihkan jaringan nekrotik jika ada. 5.7 Berikan salep yang sesuai ke kulit atau luka jika diperlukan. 5.8 Pasang jenis balutan yang sesuai untuk jenis luka. 5.9 Menjaga teknik steril. 5.10 Ganti perban sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase yang ada. 5.11 Jadwal perubahan posisi harus disesuaikan setiap 2 jam atau mengikuti kondisi pasien. 5.12 Diet yang diberikan seharusnya mengandung sekitar 30-35 kkal per kilogram berat badan per hari dan protein sekitar 1,25-1,5 gram per kilogram berat badan per hari. 5.13 Suplemen vitamin dan mineral, seperti vitamin A, vitamin C, zinc, dan asam amino, harus disediakan sesuai dengan indikasi. 5.14 Pemberian terapi TENS
--	--	---	--

			(stimulasi saraf transkutan) jika dibutuhkan.
			Edukasi
			5.15 Terangkan indikasi serta tanda dan gejala infeksi.
			5.16 Sarankan asupan makanan yang kaya kalori dan protein.
			5.17 Ajarkan cara merawat luka sendiri.
			Kolaborasi
			5.18 Bekerjasama dalam prosedur debridement jika diperlukan.
			5.19 Bekerjasama dalam pemberian antibiotik jika diperlukan.

a. Pengertian Perawatan luka

Perawatan luka merupakan suatu tindakan yang mencakup membersihkan, menutup, dan membungkus luka untuk membantu proses penyembuhan. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kesuksesan penyembuhan luka adalah penerapan teknik perawatan luka yang tepat. Saat ini, penanganan perawatan luka pasca operasi masih belum mencapai tingkat optimal, yang tercermin dari tingkat kepatuhan perawat dalam melaksanakan prosedur tersebut. Luka operasi merujuk pada luka yang timbul akibat tindakan operasi, seperti pada kasus operasi usus buntu, bekas luka di kepala setelah operasi, dan sejenisnya. Umumnya, luka jenis ini cenderung kecil dan terdiri dari sayatan yang telah dijahit bersama, sehingga luka biasanya tidak dalam keadaan terbuka. Dalam situasi seperti ini, yang terpenting adalah memastikan

bahwa luka tetap bersih dan perawatan lanjutan yang tepat. Kehygieisan luka harus dijaga dengan ketat karena hal ini sangat krusial untuk mempercepat proses penyembuhan luka (Verany Melinda Purba, dkk, 2021).

Menurut jurnal yang ditulis oleh Verany Melinda Purba dkk, (2021), kesimpulan dari penelitian mereka adalah untuk mengevaluasi hubungan antara pengetahuan perawat tentang teknik perawatan luka pasca operasi. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Castirih, (2021), kesimpulan yang dapat ditarik adalah bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat kepatuhan perawat dalam menjalankan prosedur operasional standar dengan tingkat penyembuhan luka pasca operasi. Sedangkan, jurnal yang ditulis oleh Desi Ari Madi Yanti dkk, (2021), menyimpulkan bahwa sebagian besar perawat memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam menjalankan teknik perawatan luka secara steril. Selain itu, sebagian besar perawat juga selalu mengikuti prosedur standar operasional dalam perawatan luka. Menurut penelitian Nurul Annisa Ramadhanti, dkk, (2022), simpulan dari penelitian ini adalah bahwa mereka menggunakan metode purposive sampling dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien pasca operasi. Sementara itu, dalam jurnal yang ditulis oleh Wahyuni Abd. Rahim, (2019), hasil penelitiannya menunjukkan bahwa perawatan luka pasca

operasi memiliki hubungan yang signifikan dengan pengetahuan perawatan luka.

Cara merawat luka seperti yang dijelaskan oleh Dahlia, (2022), adalah sebagai berikut: pertama, cuci tangan dengan baik. Kemudian, lepaskan perban atau lilitan dengan menyentuh bagian eksternalnya saja. Jika perban atau lilitan terpaku pada luka, rendam dengan larutan NaCl, kemudian buka setelah terlepas dengan mudah. Selanjutnya, letakkan perban atau lilitan yang telah digunakan ke dalam tempat sampah. Buka perban steril tanpa menyentuh bagian dalamnya, dan basahi dengan larutan NaCl. Selanjutnya, kenakan sarung tangan steril, dan hati-hati bersihkan luka, dimulai dari bagian terdekat dengan luka hingga mencapai tepi luka dengan satu gerakan. Tekan tepi luka untuk mengeluarkan cairan nanah, dan buang perban setiap kali selesai membersihkan luka. Setelah selesai, keringkan luka dengan perban kering, lalu tutup luka dengan perban atau lilitan, dan amankan dengan plester. Terakhir, pastikan untuk mencuci tangan.

4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatannya dan mencapai kondisi kesehatan yang sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan (Hidayat, 2021).

5. Evaluasi

Hidayat (2021), mengemukakan bahwa evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang melibatkan penilaian sejauh mana tujuan rencana perawatan telah tercapai atau belum. Evaluasi keperawatan dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Evaluasi formatif: Ini melibatkan pengamatan dan analisis perawat terhadap respons yang terjadi segera pada saat atau setelah tindakan keperawatan dilakukan.
- b. Evaluasi sumatif: Ini mencakup rangkuman dan kesimpulan dari pengamatan serta analisis status kesehatan yang dilakukan sesuai dengan jadwal tertentu, yang kemudian dicatat dalam catatan perkembangan.