

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Anak

1. Definisi anak

Menurut (Prasetyo S, 2022) secara umum dikatakan anak adalah seorang yang dilahirkan dari perkawinan antara perempuan dengan laki-laki meskipun tidak melakukan pernikahan tetap dikatakan anak. Menurut Prasetyo menyatakan bahwa berjalannya proses pertumbuhan dan perkembangan pada anak, anak masih dikatakan sebagai anak dan baru menjadi dewasa ketika proses pertumbuhan dan perkembangan itu selesai dan batas umur anak-anak adalah sama dengan permulaan menjadi dewasa yaitu 18 tahun untuk wanita dan 21 tahun untuk laki-laki.

2. Kategori umur

Menurut (Kemenkes, 2014) kategori umur anak yaitu :

- a. Anak ialah berusia 18 tahun, terhitung anak yang masih dalam kandungan.
- b. Bayi baru lahir ialah bayi umur sampai dengan 28 hari.
- c. Bayi ialah anak mulai umur 0 sampai 11 bulan.
- d. Anak balita ialah anak umur 12 bulan sampai dengan 59 bulan.
- e. Anak prasekolah adalah anak umur 60 bulan sampai 72 bulan.
- f. Anak usia sekolah ialah anak umur lebih dari 6 tahun sampai sebelum berusia 18 tahun.
- g. Remaja ialah kelompok usia 10 tahun sampai berusia 18 tahun.

3. Tahap perkembangan anak

Anak usia sekolah secara spesifik merujuk pada individu yang berada dalam rentang usia yang telah ditetapkan sebagai masa sekolah, yaitu antara 6 hingga 18 tahun. Pada tahap ini anak sedang menjalani proses pendidikan formal di sekolah yang meliputi tingkat pendidikan dasar (SD) dan menengah (SMP/SMA). Masa ini adalah periode penting dalam perkembangan mereka, di mana mereka mengalami perkembangan kognitif, sosial, dan emosional yang signifikan serta mulai membentuk identitas dan kemampuan akademik mereka (Rouleau et al., 2019).

B. Konsep Cedera Kepala

1. Definisi

Cedera kepala merupakan kasus trauma yang sering terjadi setiap harinya di Unit Gawat Darurat di setiap Rumah Sakit. Cedera kepala didefinisikan sebagai penyakit non degenerative 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 (Siahaya et al., 2020).

Cedera kepala merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas, penilaian dan tindakan awal di ruang gawat darurat sangat menentukan penatalaksanaan dan prognosis selanjutnya (Kolilati Noor, 2019).

2. Etiologi

Penyebab cedera kepala pada anak-anak yang sering terjadi terjatuh dan kecelakaan lalu lintas. Pada usia kurang dari 1 tahun anak sering terjatuh dari tempat tidur, gendongan, tempat bermain dan biasanya cedera kepala yang dialami relative ringan dan jarang memerlukan tindakan spesifik. Pada usia yang lebih besar cedera kepala akibat kecelakaan lalu lintas akan meningkat, perbedaan yang nyata dengan cedera kepala pada dewasa adalah pada anak masih terjadi proses perkembangan otak sehingga cedera kepala yang berlanjut menjadi cedera otak merupakan proses kronis progresif yang beresiko menyebabkan gangguan pada tumbuh kembang anak dari berbagai aspek dan berdasarkan hal tersebut perlu pemantauan jangka panjang (Erny et al., 2019).

Pada kasus cedera kepala memiliki etiologi yang bermacam macam seperti jatuh, tertembak, kecelakaan lalu lintas. Cedera kepala disebabkan oleh adanya benturan kepala secara langsung ataupun tidak langsung yang dapat terjadi dengan mekanisme benturan secara mendadak atau terus menerus oleh gaya akslerasi, deselerasi dan rotasi. Cedera kepala dapat memberikan efek secara fisik, fisiologis, kognitif emosi dan social, dan dapat mengakibatkan cedera pada otak dan perdarahan intrakranial yang meliputi perdarahan epidural, subdural, subarakhnoid, intraserebral serta intraventrikular. Cedera kepala dapat berakibat fatal, dapat menyebabkan disabilitas hingga mortalitas, Cedera otak primer dapat menimbulkan serangkaian peristiwa yang mengarah pada kerusakan sel

beberapa saat setelah terjadinya cedera kepala, yang disebut juga sebagai cedera/kerusakan otak sekunder. Cedera otak sekunder dapat diperparah oleh adanya secondary insult yang dapat menyebabkan penurunan asupan oksigen ke sel-sel dan metabolisme. Secondary insult ini antara lain hipotensi, hipoksia dan peningkatan tekanan intrakranial karena adanya lesi massa. Hal inilah yang dapat menyebabkan kematian pada pasien cedera kepala (Ramadhan et al., 2020).

3. Patofisiologi

Patofisiologi cedera kepala ialah suatu proses terjadinya cedera kepala pada seseorang. Menurut Sumarno (2016) sebagai berikut :

a. Pukulan langsung

Cedera kepala yang diakibatkan oleh pukulan langsung dapat menyebabkan cedera otak pada sisi yang berlawanan dari pukulan sehingga mengenai dinding yang berlawanan pada otak dalam tengkorak (*Countercoup Injury*).

b. Rotasi atau deselarisasi

Rotasi leher yang menimbulkan serangan pada otak menyerang titik-titik tulang dalam tengkorak seperti pada sayap dari tulang sfenoid. Rotasi yang berlebihan juga menyebabkan trauma pada substansi putih otak dan batang otak sehingga menyebabkan cedera aksonal dan bintik-bintik perdarahan intraserebral.

c. Kecelakaan

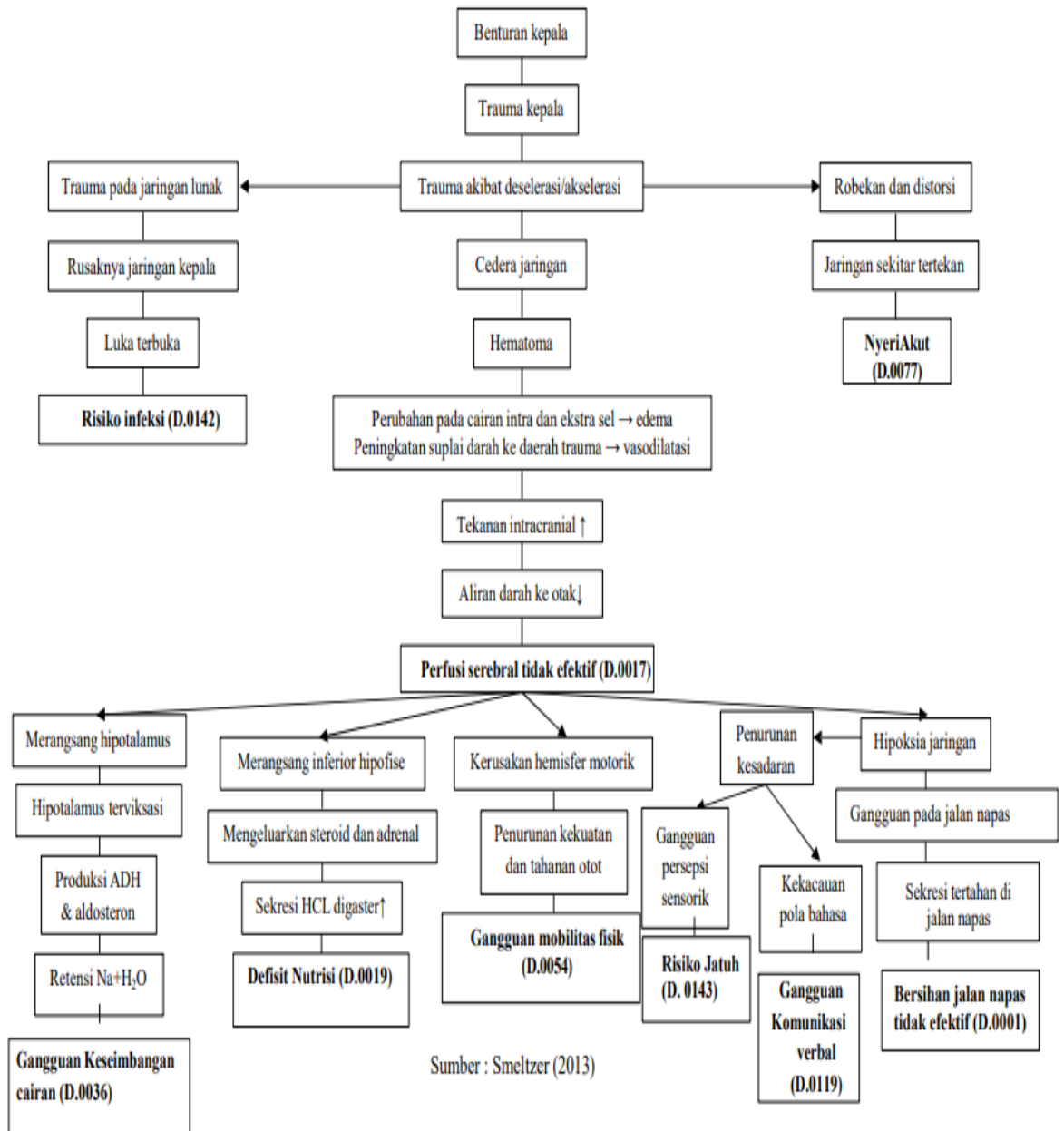
Kecelakaan yang mengenai kepala mampu menyebabkan cedera pada otak, namun sebenarnya otak dapat terhindar dari trauma

langsung, karena cedera pada otak dapat terjadi jika diakibatkan pada trauma berat terutama pada anak-anak dengan tengkorak yang elastis.

d. Peluru

Tembakan peluru mampu menyebabkan hilangnya jaringan pada kasus trauma. Karena munculnya pembengkakan pada otak akibat robeknya tengkorak yang secara otomatis akan menekan otak. Tingkat cedera otak primer secara langsung berkaitan dengan jumlah kekuatan yang mengenai kepala. Tingkat cedera otak sekunder akibat komplikasi pada system pernafasan seperti hipoksia, hiperkarbia, hambatan jalan nafas dan mampu menyebabkan syok hipovolemik serta perdarahan intracranial.

4. Pathway



Gambar 2. 1 Pathway Cedera Kepala

5. Klasifikasi

Menurut Tim Pusbankes (2018) Penilaian cedera kepala dapat dinilai dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale (GCS)* (Mawarni, 2020)

berdasarkan keparahan cedera yaitu :

- a. Cedera Kepala Ringan (CKR) GCS 13 - 15
 - 1) Tidak ada fraktur tengkorak
 - 2) Tidak ada kontusio serebri, hematoma
 - 3) Dapat terjadi kehilangan kesadaran < 30 menit
- b. Cedera kepala sedang (CKS) GCS 9 – 12
 - 1) Kehilangan kesadaran
 - 2) Muntah
 - 3) Dapat mengalami fraktur tengkorak, disorientasi ringan (bingung)
- c. Cedera kepala berat (CKB) GCS 3 – 8
 - 1) Hilang kesadaran > 24 jam
 - 2) Adanya kontusio *serebri*, laserasi / hematoma intrakranial

Tabel 2. 1 Klasifikasi Cedera Kepala

GCS	Cedera Kepala
3-8	Cedera kepala berat
9-12	Cedera kepala sedang
13-15	Cedera kepala ringan

Sumber : (KEMENKES, 2021)

6. Manifestasi klinis

Menurut (Mindayani, 2021) manifestasi klinis cedera kepala sebagai berikut :

a. Cedera kepala ringan – sedang

- 1) Disorientasi ringan pada mental seseorang yang berubah sehingga tidak mengetahui waktu atau tempat mereka berada saat itu, bahkan bisa lupa dengan diri sendiri.
- 2) Amnesia post traumatik yaitu tahap pemulihan setelah cedera otak traumatis ketika seseorang kehilangan kesadaran atau koma.
- 3) Nyeri kepala bisa terjadi secara mendadak atau bertahap.
- 4) Mual dan muntah, mual yaitu perasaan ingin muntah tetapi tidak mengeluarkan isi perut, sedangkan muntah adalah kondisi perut yang tidak dapat dikontrol sehingga menyebabkan perut mengeluarkan isinya secara paksa melalui mulut.
- 5) Gangguan pendengaran yaitu salah satunya keadaan umum yang disebabkan oleh faktor usia atau sering terpapar suara yang keras. Cedera kepala sedang – berat
- 6) Oedema pulmonal 11 edema paru adalah salah satu kondisi terjadi penumpukan cairan di paru-paru yang dapat mengganggu fungsi paru, yang biasanya ditandai dengan gejala sulit bernafas.
- 7) Kejang infeksi yang disebabkan oleh infeksi kuman di dalam saraf pusat
- 8) Tanda herniasi otak yaitu ketika kondisi jaringan otak bergeser dari posisi normalnya, dan biasanya kondisi ini dipicu oleh pembengkakan otak akibat cedera kepala, stroke, atau tumor otak.

9) Hemiparase yaitu ketika salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan yang dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah sehingga sulit untuk digerakan

b. Manifestasi klinis spesifik :

Derajat cedera dan lokasi trauma kapitis menentukan gejala klinis seperti tingkat gangguan kesadaran pasien kurang lebih sesuai dengan tingkat cedera otak. Dengan kategori ringan menyebabkan gegar otak hanya mengganggu kesadaran selama beberapa menit. Cedera kepala dapat digolongkan menjadi:

1) Cedera kepala ringan

- a) Nilai skor GCS 15
- b) Sadar penuh dan mampu berorientasi dengan baik
- c) Tidak ada mengkonsumsi alkohol atau obat terlarang
- d) Mampu mengeluh nyeri kepala dan pusing
- e) Mampu mengeluh abrasi, laserasi, atau hematoma pada kulit kepala

2) Cedera kepala sedang

- a) Skor GCS 9-14
- b) kontusi, latergi, atau stupor
- c) Amnesia pasca trauma
- d) Muntah
- e) Tanda kemungkinan fraktur cranium seperti keluarnya cairan cerebrospinal pada otonore atau rinore
- f) Kejang

- 3) Cedera kepala berat
 - a) Skor GCS 3-8 (koma)
 - b) Penurunan tingkat kesadaran secara progresif
 - c) Tanda neurologis fokal
 - d) Cedera kepala penetrasi atau serba fraktur depresi cranium

7. Komplikasi

Menurut Mawarni (2020) komplikasi dari cedera kepala sebagai berikut :

a. Epilepsy pasca cedera

Terjadinya kejang selama beberapa waktu setelah otak mengalami cedera karena benturan di kepala. Kejang bisa saja terjadi kembali pasca cedera.

b. Afasia

Hilangnya kemampuan untuk menggunakan bahasa karena terjadinya cedera pada lobus temporalis sebelah kiri dan bagian lobus frontalis di otak. Pada kasus ini biasanya penderita tidak mampu memahami atau mengekspresikan kata – kata dengan baik.

c. Apraksia

Ketidakmampuan untuk melakukan tugas yang menggunakan ingatan atau serangkaian gerakan. Kelainan ini terjadi karena adanya kerusakan pada lobus parientalis atau frontalis sehingga menyebabkan kelainan fungsi otak.

d. Agnosis

Suatu kelainan yang merasakan sebuah benda tetapi tidak dapat menghubungkannya dengan peran atau fungsi normal benda tersebut. Penyebabnya yaitu malfungsi pada lobus parientalis dan temporalis. Agnosis ini terjadi ketika cedera kepala atau stroke.

e. Amnesia

Suatu kondisi dimana seseorang tidak dapat mengingat kejadian yang baru saja terjadi atau kejadian yang sudah lama terjadi. Peranan lobus oksipitalis, parientalis dan temporalis otak yang bertugas untuk menerima dan mengingat kembali informasi dari memori ingatan.

f. Fistel *karotis-kavernosus*

Gejala seperti *eksoftalmus*, *kemosis*, dan *bruit orbita* dapat muncul setelah cederah atau beberapa hari setelah cedera.

g. Diabetes insipidus

Karena kerusakan traumatik pada tangkai hipofisis, sekresi hormone antideuritik berhenti. Pasien mengeluarkan banyak urine, depleksi volume urine dan menyebabkan hypernatremia.

h. Kejang pasca trauma

Dalam 24 jam pertama, pada minggu pertama atau setelah satu minggu seseorang memerlukan antikonvulsan.

i. Edema serebral dan herniasi

Puncak edema yang terjadi setelah 72 jam setelah cedera adalah penyebab peningkatan tekanan intracranial (TIK). Adanya peningkatan TIK ditandai dengan perubahan tekanan darah,

frekuensi nadi, dan pernafasan tidak teratur. Tekanan yang terjadi secara terus menerus menyebabkan aliran darah ke otak menurun sehingga terjadinya edema pada otak.

j. Defisit neurologis dan psikologis

Perubahan tekanan intra kranial (TIK) dalam kesadaran, nyeri kepala hebat, mual, dan muntah proyektil ialah tanda awal penurunan neurologis.

8. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang diindikasikan pada cedera kepala
Pemeriksaan penunjang meliputi :

a. Pemeriksaan laboratorium

Menurut (Sumarno, 2016) pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada pasien dengan cedera kepala yaitu :

1) Pemeriksaan hematologi

Pemeriksaan hematologi mencakup pemeriksaan kadar hemoglobin, hematokrit, hitung leukosit, trombosit, dan leukosit. Pada pasien trauma akan mengalami peningkatan hitung leukosit sebagai respon tubuh terhadap trauma, sedangkan pada pasien yang mengalami perdarahan yang besar akan mengalami penurunan leukosit. Jika diperlukan pembedahan, pemeriksaan ini bermanfaat sebagai persiapan.

2) Pemeriksaan kimia darah

Pemeriksaan elektrolit darah ialah bagian dari pemeriksaan kimia darah pada pasien dengan trauma kepala. Pemeriksaan ini

dilakukan untuk mengetahui keseimbangan elektrolit tubuh pasien, karena pasien trauma sering tidak mengetahui tentang kondisi mereka sebelum trauma dan kemungkinan terdapat gangguan keseimbangan elektrolit. Perdarahan intracranial lebih mungkin terjadi pada pasien trauma kepala sehingga mengalami penurunan kesadaran.

3) Pemeriksaan kadar gula darah

Salah satu pemeriksaan awal yang penting adalah pemeriksaan kadar gula darah, terutama pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran. Karena pada pasien dengan hipoglikemi dapat menyebabkan pasien tidak sadar dan pada pasien trauma cenderung mengalami hiperglikemia, tetapi kadar gula darah yang meningkat belum tentu menandakan diabetes mellitus.

4) Pemeriksaan analisa gas darah

Pemeriksaan analisa gas darah dilakukan untuk mengetahui apakah ada masalah dengan pernafasan pada pasien cedera kepala. Hasil pemeriksaan ini dapat digunakan untuk memberikan dukungan pernafasan yang tepat, yang mencakup pada jumlah oksigen yang diberikan kepada pasien, obat untuk memperbaiki asidosis, dan alat yang tepat untuk memberikan oksigen.

5) Pemeriksaan koagulasi

Untuk mengidentifikasi kelainan dalam plasma, perlu dilakukan pemeriksaan koagulasi untuk menilai factor pembekuan seperti kadar fibrinogen, uji masa prothrombin (PT), *uji thrombin time* (TT), dan *uji partial thromoplastin time* (APTT). Tujuan pemeriksaan ini yaitu untuk mengetahui penyebab perdarahan atau kelainan yang berpotensi menyebabkan perdarahan. Pemeriksaan radiologi

Menurut Sumarno, (2016) tujuan pemeriksaan ini pada pasien cedera kepala untuk mengetahui adanya fraktur pada tulang tengkorak, perdarahan intrakranial, edema serebri serta tanda tanda peningkatan tekanan intracranial, pemeriksaan radiologi yang dilakukan yaitu :

1) Foto polos

Untuk mengetahui apakah ada fraktur pada tulang tengkorak, foto polos atau otak digunakan, namun foto polos tidak dapat mendeteksi perdarahan intracranial. Pasien yang dicurigai mengalami perdarahan intracranial sebaiknya melakukan CT scan.

2) *Computed Tomografi Scanning* (CT scan)

Pemeriksaan ini dilakukan untuk mengetahui adanya perdarahan intracranial.

3) *Magnetic Resonan Imaging* (MRI)

Pemeriksaan ini menggunakan resonansi gelombang serta mampu mendeteksi perdarahan dan edema otak dan kelainan jaringan lunak di kepala dapat di deteksi dengan mudah dengan pemeriksaan ini daripada pemeriksaan CT scan, tetapi sulit untuk menemukan kelainan pada tulang tengkorak. Pemeriksaan ini membutuhkan waktu yang lebih lama, jadi tidak cocok untuk pasien dalam kondisi gawat darurat.

C. Konsep Stimulasi sensori Auditori

1. Pengertian

Stimulasi sensori adalah metode terapeutik yang merangsang system aktivasi retikuler di otak melalui pembuatan tautan saraf baru. Berbagai macam stimulasi sensori yang dapat diberikan, stimulasi sensori auditori yang paling berpengaruh dalam meningkatkan kesadaran, karena pendengaran merupakan fungsi indera yang paling akhir berfungsi pada keadaan penurunan kesadaran sehingga memberikan stimulasi auditori sangat penting untuk meningkatkan status kesadaran (Anita et al., 2022)

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh penulis lebih berfokus pada pemberian intervensi inovasi Stimulasi Auditori berupa suara anggota keluarga yang dapat meningkatkan kesadaran pasien dengan cedera kepala, selain itu stimulasi auditori ini dapat membantu meningkatkan kesadaran dengan cara memberikan rangsangan pada sistem Reticular Activating System (RAS) dan area kortek otak, stimulasi sensori auditori ini juga memiliki mekanis neuroprotektif yang mencegah

kerusakan sel otak akibat iskemi (Anita et al., 2022).

Tujuan neuroprotektor adalah menyelamatkan jaringan yang terkena iskemia, membatasi area yang infark agar tidak meluas dan menciptakan kestabilan status hemodinamika yang berdampak terhadap perbaikan perfusi jaringan serebral. Jika perfusi jaringan baik dan pemenuhan oksigen terpenuhi maka status hemodinamika pasien akan meningkat begitupun dengan nilai GCS dan tingkat kesadaran klien (Febriawati et al., 2023).

Oleh karena itu stimulasi sensori auditori ini dapat dijadikan intervensi inovasi keperawatan dalam upaya proses pemulihan pada pasien dengan cedera kepala untuk menaikkan skor GCS.

2. Manfaat Stimulasi Auditori

Stimulasi auditori adalah pemberian stimulasi audio melalui pendengaran (baik dalam bentuk suara langsung maupun melalui rekaman audio) ke satu sisi tubuh, sisi lain, atau kedua sisi sekaligus, pada orang yang dapat mengidentifikasi di mana suara itu terdengar. Stimulasi auditori merupakan salah satu terapi komplementer yang mempunyai cara kerja dengan mengantarkan gelombang suara sehingga menstimulasi perubahan reseptor (Irman et al., 2021).

Menurut Sari (2023) suara keluarga lebih dapat meningkatkan nilai GCS daripada suara perawat karena adanya kebisingan ruangan. Ternyata kesadaran pasien dapat meningkat ketika orang yang dicintai memberinya suara, seperti menyebutkan nama pasien setidaknya tiga kali, membuat kenangan manis, dan mengatakan harapan. (Sari et al.,

2023).

Tindakan non farmakologi dapat digunakan bersamaan dengan Tindakan farmakologi sebagai terapi tambahan untuk meningkatkan kondisi Kesehatan pasien. Mereka dapat membantu mengatur posisi kepala, mengontrol suhu, melakukan Gerakan ROM pasif pada pasien yang tidak memiliki kontraindikasi, memberikan stimulasi sensori dan akan mengaktifkan ARAS pada pasien sehingga terdapat perubahan tingkat kesadaran. Stimulasi sensori auditori seperti rangsangan suara keluarga tedekat berisi kata-kata menyebutkan nama, kata dukungan, berupa “cepat pulih, “terus semangat” “ pasti bisa berjuang menghadapi penyakit ini”, “cepat sehat supaya kita berkumpul kembali”. Selama 10 menit dan stimulasi tactile dilakukan dengan memberikan sentuhan dimulai dengan mengoleskan minyak kayu putih pada telapak kaki kemudian memberikan foot massage. Dilakukan secara bergantian kiri dan kanan. Selama 10 menit. Stimulasi sensori auditory dan tactile diberikan 1 kali sehari yang dilakukan selama 5 hari (Sari et al., 2023).

Berdasarkan hal tersebut didapatkan bahwa stimulasi sensori auditori menggunakan suara keluarga dapat meningkatkan kesadaran pasien, stimulasi tactile juga efektif dapat meningkatkan kesadaran pasien. Hal ini tidak lepas dengan Bantuan dan keterlibatan keluarga dalam merawat pasien sehingga mempercepat proses penyembuhan pasien di ruang intensif.

D. Konsep inovasi Stimulasi sensori taktil

1. Definisi Stimulasi sensori taktil

Stimulasi sensori taktil merupakan suatu rangsangan melalui sentuhan dan tekanan. Stimulasi ini pada prinsipnya menimbulkan kontraksi otot sehingga merangsang golgi tendon dan gelendong otot. Impuls yang berasal dari gelendong otot dan organ tendon dikirim oleh serat konduksi yang paling kaya bermielin. Impuls proprioseptif lain yang berasal atau bermula dari reseptor fasia, sendi dan jaringan ikat yang lebih dalam, berjalan kedalam serat yang kurang bermielin. Ketukan, Swiping tapping dan aproksimasi akan merangsang proprioseptor pada kulit dan persendian, gelendong otot akan bereaksi dengan dikirimnya impuls ke motoneuron anterior, perangsangan neuron ini menyebabkan peningkatan kontraksi secara singkat. Rangsangan pada gelendong otot dan golgi tendon akan diinformasikan melalui aferen ke susunan saraf pusat sehingga akan berkontribusi fasilitasi dan inhibisi (gracacinin). Rangsangan taktil yang selalu diulang-ulang akan memberikan informasi ke "supraspinal mekanisme" sehingga terjadi pola gerak yang terintegrasi dan menjadi gerakan-gerakan pola fungsional (Viani et al., 2021).

2. Manfaat Stimulasi sensori taktil

Teori impuls saraf mengatakan bahwa ada daerah refleksi pada kaki yang berfungsi sebagai sensor dan terhubung ke bagian tubuh. Rangsangan taktil juga dapat meningkatkan kesadaran. Stimulasi taktil dapat dicapai melalui pijat telapak kaki, yang dilakukan bersamaan dengan stimulasi auditori selama sepuluh menit, dimulai dengan

mengoleskan minyak kayu putih pada telapak kaki dan kemudian melakukan pijatan kaki selama sepuluh menit yang dilakukan secara bergantian dari kiri ke kanan. Metode ini tidak mahal dan tidak invasive dan dapat dilakukan oleh keluarga. (Sari et al., 2023).

Stimulasi auditory dan stimulasi taktil ialah Tindakan kombinasi stimulasi yang efektif untuk meningkatkan kesadaran. Stimulasi taktil juga merupakan stimulasi yang bagus untuk meningkatkan kesadaran. Stimulasi taktil dapat dilakukan dengan secara bergantian memijat lengan atau kaki pasien dengan kain berbagai tekstur.

E. Konsep Glasgow Coma Scale (GCS)

1. Definisi

Kesadaran merupakan keadaan kesadaran seseorang terjaga terjaga dan waspada, dimana sebagian besar manusia berfungsi saat tidur atau salah satu tahap tidur normal yang dikenali dari mana orang tersebut dapat segera dibangunkan . Keadaan seseorang yang terjaga dan waspada disebut juga dengan tingkat kesadaran dimana tingkat kesadaran menggambarkan seseorang dapat melakukan aktivitas, komunikasi, dan mengidentifikasi lingkungan sekitar (Reynolds, 2021).

Tingkat kesadaran seseorang dapat menurun sehingga mengakibatkan kewaspadaannya juga mengalami penurunan. Penurunan tingkat kesadaran dapat mengakibatkan terjadinya hal yang dapat mengancam jiwa yang berujung pada kematian. Tingkat kesadaran juga dapat menjadi tanda kegawatdaruratan neurologis akut yang ditandai dengan kerusakan otak dan memerlukan penanganan dan evaluasi yang

sangat cepat (Reynolds, 2021).

2. *Glasgow Coma Scale (GCS)*

Glasgow Coma Scale (GCS) ialah alat pemeriksaan neurologis yang digunakan oleh ahli saraf dan dokter untuk memberikan catatan yang dapat diandalkan dan objektif tentang tingkat kesadaran pasien. Pasien yang dicurigai mengalami cedera kepala dinilai dengan skor mulai dari 3 (tidak sadar dan tidak ada respon) hingga 15 (sadar penuh, respons dalam kondisi penuh)

Menurut Florida Traumatic Brain Injury, (2013) Glasgow Coma Scale merupakan penilaian yang digunakan untuk menilai respons pasien dengan gangguan neurologis terhadap rangsangan. Aspek yang dinilai yaitu reaksi membuka mata, reaksi verbal, reaksi motorik. (Sumarno, 2016).

3. Penilaian Nilai *Glasgow Coma Scale (GCS)*

GCS terdiri dari respon membuka mata (*Eye*), respon motorik (Motorik) dan respon suara (Verbal). penilaian komponen GCS dapat dilihat pada Tabel 2.2 Nilai Glasgow Coma Scale (GCS)

Tabel 2. 2 Nilai Glasgow Coma Scale (GCS)

Membuka mata	Skor	Verbal	Skor	Motorik	Skor
Spontan	4	Orientasi baik	5	Mengikuti perintah	6
Dengan perintah	3	Bingung	4	Melokalisi nyeri	5
Dengan nyeri	2	Kata kata tidak tepat	3	Menolak rangsang nyeri	4
Tidak berespon	1	Suara tidak lengkap	2	Fleksi abnormal	3
		Tidak berespon	1	Ektensi abnormal	2
				Tidak berespon	1

Sumber : (KEMENKES, 2021)

Tabel 2. 3 Interpretasi Glasgow Coma Scale (GCS)

Nilai GCS	Interpretasi
15 – 14	Composmentis
13-12	Apatis
11-10	Delirium
9-7	Somnolen
6-5	Sopor
4	Semi coma
3	Coma

Sumber : (KEMENKES, 2021)

Pada anak-anak usia dibawah dua tahun untuk menilai tingkat kesadaran digunakan indicator khusus yaitu *Pediatric – GCS (P-GCS)*. Komponen P- GCS dapat dilihat pada Tabel 2.3 Nilai Pediatric Glasgow Coma Scale (P- GCS):

Tabel 2. 5 Pediatric Glasgow Coma Scale (P-GCS)

Membuka mata	Skor	Verbal	Skor	Motorik	Skor
Spontan	4	Mendesis, mengoceh	5	Mengikuti perintah	6
Dengan perintah	3	Tangisan kuat	4	Melokalisi nyeri	5
Dengan nyeri	2	Menangis karena nyeri	3	Menolak rangsang nyeri	4
Tidak berespon	1	Mengerang karena nyeri	2	Fleksi abnormal	3
		Tidak berespon	1	Ektensi abnormal	2
				Tidak berespon	1

Sumber : (KEMENKES, 2021)

4. Prosedur melakukan pengukuran Nilai *Glasgow Coma Scale (GCS)*

a. Respon mata

- 1) Apabila mata pasien terbuka atau dapat membuka matanya secara spontan dan sadar, maka pasien akan diberi skor empat. Dan selama memeriksa respon mata, tidak seharusnya membuat suara keras atau bising untuk mencegah suara.
- 2) Perawat dapat berbicara dengan suara normal meyebutkan nama pasien, jika pasien membuka mata terhadap suara diberikan skor tiga. Namun jika pasien tidak merespon, perawat bisa

megeraskan suara dan menghindari menyentuh pasien untuk mencegah dua rangsangan berbeda pada waktu yang sama

- 3) Jika pasien tidak memberikan respon terhadap suara yang yang diberikan perawat maka memerlukan stimulus tambahan, seperti dengan memberikan stimulus nyeri pada pasien seperti memberikan tekanan pada ibu jari atau jari tangan pasien selama 10 detik, jika pasien membuka mata terhadap nyeri maka diberikan skor 2
- 4) Jika perawat telah melakukan Tindakan tersebut dan pasien tidak ada respon membuka mata, maka diberikan skor satu.

b. Respon verbal

- 1) Perawat dapat mengukur respon verbal pasien dengan mengajukan pertanyaan seperti identitas pasien, lokasi saat ini, waktu dan tanggal kejadian. Jika pasien mampu menjawab pertanyaan dengan benar maka diberikan skor lima.
- 2) Pasien yang menjawab salah pada satu atau lebih pertanyaan masih dapat berbicara dengan kalimat yang benar dianggap bingung dan diberikan dengan skor empat.
- 3) Pasien yang berusaha menjawab pertanyaan tetapi dia tidak dapat berbicara dengan kalimat yang benar dan jika pasien memiliki pengetahuan tentang pertanyaan dan jawaban pasien diberikan skor tiga
- 4) Pasien hanya mengerang dan menggunakan kata kata yang tidak lengkap maka pasien diberikan skor dua.

5) Pasien yang tidak dapat mengeluarkan suara disebut pasien tidak berespon dengan skor satu.

c. Respon motorik

1) Perawat memberikan instruksi dengan meminta pasien melakukan gerakan seperti, mengangkat lengan, membuka mulut, meremas tangan lalu lepaskan. Jika pasien tersebut mampu mematuhi perintah tersebut pasien diberikan skor 6.

2) Pasien yang tidak mampu mengikuti instruksi, pada pasien dengan selang *nasogastric tube* (NGT) dan masker oksigen dinilai mampu melokalisir nyeri diberi skor lima. Namun jika pasien tidak mampu mengikuti instruksi dan tidak melokalisir nyeri Ketika diberikan rangsangan nyeri. Keluarga diberi informasi terkait rangsang nyeri ii dengan menekan pada daerah supraorbital dan Ketika ditekan maka pasien akan melikalisir rasa sakit dan berusaha meindahkannya.

3) Pasien yang tidak dapat melokalisir nyeri menekuk lengannya dengan gerakan fleksi ke arah sumber nyeri tetapi tidak memindahkan sumber nyeri yang dikenal sebagai fleksi normal atau menghindar dari nyeri maka diberikan skor empat.

4) Pasien yang melakukan fleksi lengan pada siku dan mampu memutar jari disebut dengan fleksi abnormal maka diberikan skor tiga.

5) Pasien yang mampu melakukan gerakan ekstensi lengan yang disebabkan oleh rangsangan nyeri dengan meluruskan

lengannya dan memutarnya ke arah dalam disebut ekstensi maka diberikan skor dua.

- 6) Pasien yang tidak mampu melakukan gerakan apapun setelah dilakukan rangsangan nyeri diklasifikasikan sebagai tidak ada respon motoric maka diberikan skor satu.

F. Konsep Dasar Proses Keperawatan

Menurut Nabila (2023) menyatakan bahwa keperawatan adalah layanan yang menggabungkan seni dan pengetahuan. Beberapa waktu terakhir, terapi medis dikombinasikan dengan terapi komplementer. Terapi keperawatan ini menggunakan metode yang selalu digunakan oleh perawat yang mencakup seperti tahap pengkajian, identifikasi, diagnosa, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, serta evaluasi tindakan keperawatan.

Proses keperawatan antara lain yaitu :

1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data - data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan

sesuai dengan respon individu. Pengkajian yang sistematis dalam keperawatan dibagi dalam 3 tahap kegiatan, meliputi ; pengumpulan data, analisis data, dan penentuan masalah. Tahapan-tahapan pengkajian menurut Sinulingga, (2019) sebagai berikut :

a. Pengumpulan data

Data ini terdiri dari informasi klien yang dikumpulkan secara sistematis untuk menemukan masalah dan kebutuhan keperawatan dan kesehatan. Pengumpulan data dimulai saat klien masuk rumah sakit. Dimulai dari pengkajian awal dan dilanjutkan selama pengujian lanjutan dan diulang untuk menambah dan melengkapi data.

b. Analisa Data

Analisa data ialah kemampuan perawat dan alat untuk berpikir kritis dengan pengetahuan dan pengalaman yang rasional dan mengaitkan data dengan teori.

c. Tahap terakhir dari penelitian adalah identifikasi masalah, setelah itu dapat dibuat sejumlah masalah Kesehatan pasien. Dimana masalah tersebut dirumuskan, ada yang dapat ditangani dengan asuhan keperawatan, dan ada yang memerlukan tindakan medis.

2. Diagnosa keperawatan

Menurut Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2016 (Anindya, Mezha, made & Prabhaswari, 2020), diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung actual maupun

potensial. Tujuan diagnosa keperawatan yaitu untuk mengidentifikasi respon klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan.

Menurut Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (2016), menyatakan bahwa perumusan diagnosis keperawatan berbeda menurut jenisnya. Untuk diagnosis keperawatan aktual termasuk masalah, penyebab, dan tanda gejala untuk diagnosis risiko termasuk masalah dan faktor risiko dan untuk diagnosis promosi Kesehatan, termasuk masalah dan tanda gejala. (Anindya, Mezha, made & Prabhaswari, 2020).

Dalam komponen pernyataan diagnose keperawatan meliputi dari problem atau maslaah, meliputi etiologi atau penyebabnya, dan berikutnya adalah data berdasarkan SDKI DPP PPNI, (2016):

- a. Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d faktor risiko cedera kepala (D.0017)
- b. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)
- c. Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas tulang (D.0054)
- d. Risiko infeksi d.d faktor risiko prosedur infasif (D.0142)
- e. Risiko jatuh b. d penurunan tingkat kesadaran (D.0143)
- f. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)
- g. Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral (D.0119)
- h. Risiko ketidakseimbangan elektrolit d.d faktor risiko trauma (D.0037)
- i. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)

3. Rencana keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala perawatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran atau hasil yang diharapkan. Luaran hasil keperawatan adalah hal yang dapat dinilai seperti kondisi, perilaku atau persepsi pasien, keluarga, dan komunitas sebagai respon terhadap intervensi keperawatan. (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Kriteria hasil memberntuk luaran keperawatan. Label adalah kondisi perilaku atau persepsi pasien yang dapat diubah melalui intervensi keperawatan. Kriteria hasil dapat diamati dan diukur oleh perawat dan digunakan sebagai dasar untuk menilai pemcapaian hasil intevensi keperawatan. Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018) (Anindya, Mezha, made & Prabhaswari, 2020).

No	SDKI	SLKI	SIKI
1	Risiko perfusi serebral tidak efektif d.d cedera kepala (D.0017)	Perfusi Serebral (L. 02014) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan masalah perfusi serebral meningkat dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat dariskala (...) menjadi skala (...) Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan 2. Gelisah menurun dari skala (...) menjadi (...) Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun	Pemantauan Neurologis (I. 06197) Observasi 1.1 Monitor tingkat kesadaran (Glasgow Coma Scale) 1.2 Monitor tingkat orientasi 1.3 Monitor tanda – tanda vital 1.4 Monitor status pernapasan 1.5 Monitor parameter hemodinamika invasif, <i>jika perlu</i> 1.6 Monitor batuk dan reflek muntah 1.7 Monitor balutan craniotomi Terapeutik 1.8 Tingkatkan frekuensi pemantauan neurologis, <i>jika perlu</i> 1.9 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 1.10 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 1.11 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
2	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)	Bersihan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan masalah bersihan jalan napas meningkat dapat teratasi dengan kriteria hasil: 1. Frekuensi napas membaik dari skala (...) menjadi skala (...) 2. Pola napas membaik dari skala (...) menjadi skala (...) Keterangan: 1: Memburuk 2: Cukup memburuk 3: Sedang	Pemberian obat inhalasi (I. 06178) Observasi 2.1 identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontradiksi obat 2.2 Monitor tanda-tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, <i>jika perlu</i> 2.3 Periksa tanggal kadaluarsa obat 2.4 Monitor efek terapeutik obat 2.5 Monitor efek samping, toksilitas, dan interaksi obat

		4: Cukup membaik 5: Membaik	Terapeutik 2.6 Lakukan prinsip enam benar 2.7 Lepaskan penutup inhealer dan pegang terbalik 2.8 Posisikan inhealer di dalam mulut mengarah ke tenggorokan dengan bibir ditutup rapat
--	--	--------------------------------	--

3	Gangguan mobilitas fisik b.d kerusakan integritas struktur tulang (D.0054)	<p>Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan mobilitas fisik meningkat dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pergerakan ekstremitas meningkat dari skala (...) menjadi skala (...) 2. Kekuatan otot meningkat dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Kaku sendi menurun dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p>	<p>Pengaturan posisi (I.01019) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor status oksigenasi sebelum dan sesudah mengubah posisi 3.2 Monitor alat traksi agar selalu tepat <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.3 Tempatkan pada matras/tempat tidur terapeutik yang tepat 3.4 Atur posisi semi fowler 3.5 Posisikan pada kesejajaran tubuh yang tepat 3.6 Tinggikan tempat tidur bagian kepala 3.7 Berikan bantal yang tepat pada leher 3.8 Ubah posisi setiap 2 jam <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.9 Informasikan saat akan dilakukan perubahan posisi
4	Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)	<p>Tingkat Infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan tingkat infeksi menurun dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Demam menurun dari skala (...) menjadi skala (...) 2. Kemerahan dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p>	<p>Perawatan Luka (I.14564) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.1. Monitor karakteristik luka 4.2. Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4.3. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan 4.4. Cukur rambut di sekitar luka, <i>jika perlu</i> 4.5. Bersihkan dengan cairan Nacl atau pembersih nontoksik, <i>sesuai kebutuhan</i> 4.6. Bersihkan jaringan nekrotik 4.7. Berikan salep yang sesuai dengan ke kulit/lesi, <i>jika perlu</i> 4.8. Pasang balutan sesuai

			<p>jenis luka</p> <p>4.9. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi</p> <p>4.10. Jelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.11. Kolaborasi pemberian antibiotik, <i>jika perlu</i></p>
5	Risiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (D.0143)	<p>Tingkat Jatuh(L.14138)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan tingkat jatuh menurun dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jatuh dari tempat tidur menurun dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Menurun 2: Cukup menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan 	<p>Pencegahan Jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.1. Identifikasi faktor risiko jatuh 5.2. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (<i>Fall morse scale, Humpty dumpty scale</i>), <i>jika perlu</i> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 5.3. Orientasikan ruang pada pasien dan keluarga 5.4. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 5.5. Pasang <i>handrail</i> tempat tidur 5.6. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari <i>nurse station</i>
6	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (D.0077)	<p>Tingkat Nyeri (L.08066)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan tingkat nyeri menurun dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi membaik dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Memburuk 2: Cukup memburuk 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik 	<p>Manajemen nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 6.2. Identifikasi skala nyeri 6.3. Identifikasi respons nyeri non verbal 6.4. Monitor efek samping pemberian analgetik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.5. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri 6.6. Fasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.7. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 6.8. Kolaborasi pemberian

			analgetik, <i>jika perlu</i>
7.	Gangguan komunikasi verbal b.d penurunan sirkulasi serebral (D.0119)	<p>Status neurologis (L.06053)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan status neurologis membaik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat dari skala (...) menjadi skala (...) 2. Reaksi pupil meningkat dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>Dukungan pengobatan (I.12361)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1. Identifikasi kepatuhan menjalani program pengobatan <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.2. Buat jadwal pendampingan keluarga untuk bergantian menemani pasien selama menjalani pengobatan, <i>jika perlu</i> 7.3. Dokumentasikan aktifitas selama menjalani pengobatan 7.4. Libatkan keluarga untuk mendukung program pengobatan yang dijalani <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.5. Informasikan program pengobatan yang harus dijalani 7.6. Informasikan manfaat yang akan diperoleh jika teratur menjalani program pengobatan
8	Risiko ketidakseimbangan elektrolit d.d ketidakseimbangan cairan (D.0037)	<p>Keseimbangan elektrolit (L.03021)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan keseimbangan elektrolit membaik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Serum natrium meningkat dari skala (...) menjadi skala (...) 2. Serum kalium meningkat dari skala (...) menjadi skala (...) 3. Serum klorida meningkat dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan 	<p>Pemantauan elektrolit (I.03122)</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1. Identifikasi kemungkinan penyebab ketidakseimbangan elektrolit 8.2. Monitor kadar elektrolit serum 8.3. Monitor mual, muntah, diare 8.4. Monitor kehilangan cairan, <i>jika perlu</i> 8.5. Monitor tanda dan gejala hiponatremia 8.6. Monitor tanda dan gejala hipernatremia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.7. Dokumentasikan hasil pemantauan <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.8. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>

9	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan (D.0019)	<p>Status Nutrisi (L.03119) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam, maka diharapkan manajemen nutrisi membaik dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan membaik dari skala (...) menjadi skala (...) 2. Indeks Massa Tubuh membaik dari skala (...) menjadi skala (...) <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	<p>Manajemen nutrisi (L.03119) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1. Identifikasi status nutrisi 9.2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 9.3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastik 9.4. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.5. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 9.6. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 9.7. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.8. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, <i>jika perlu</i>
---	---	---	--

Tabel 2. 4 Rencana Asuhan Keperawatan

4. Implementasi keperawatan

Salah satu proses keperawatan dengan menerapkan intervensi keperawatan adalah implementasi. Selama tahap perencanaan, perawat melaksanakan tindakan keperawatan untuk intervensi. Tahap implementasi diakhiri dengan dokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien. Dalam proses implementasi hal – hal seperti mengkaji kembali pasien untuk menentukan kebutuhan bantuan perawat, perlu menerapkan intervensi keperawatan. (Kozier et al., 2010).

5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi adalah fase kelima dan fase terakhir proses keperawatan. Evaluasi adalah aktivitas yang direncanakan, berkelanjutan, dan terarah

ketika klien dan profesional kesehatan menentukan kemajuan klien menuju pencapaian tujuan/hasil dan keefektifan rencana asuhan keperawatan. Proses evaluasi sangat penting karena menentukan apakah intervensi keperawatan harus dihentikan, dilanjutkan, atau diubah.

Komponen evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (*subjective, objective, assesment, planning*). *Subjective* mengacu pada informasi yang didapat dari pasien setelah tindakan diberikan. *Objective* mengacu pada informasi yang didapat dari pengamatan, penilaian, dan pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan. *Assesment* mengacu pada membandingkan *subjective* dan *objective* dengan tujuan dan kriteria hasil. *Planning* mengacu pada rencana keperawatan yang mau dilakukan berdasarkan analisa.