



**GAMBARAN MASALAH KEPERAWATAN PADA KASUS
TRAUMA KAPITIS DI RUANG INSTALASI GAWAT
DARURAT (IGD) RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Agel Dinda Trianugraha
NIM 162310101201

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**GAMBARAN MASALAH KEPERAWATAN PADA KASUS
TRAUMA KAPITIS DI RUANG INSTALASI GAWAT
DARURAT (IGD) RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)

oleh
Agel Dinda Trianugraha
NIM 162310101201

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2020**



**GAMBARAN MASALAH KEPERAWATAN PADA KASUS
TRAUMA KAPITIS DI RUANG INSTALASI GAWAT
DARURAT (IGD) RSD BALUNG
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh
Agel Dinda Trianugraha
NIM 162310101201

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Mulia Hakam, M.Kep, Sp.Kep.MB.

PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala karunia dan ridho-Nya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan tugas akhir ini. Sholawat serta salam selalu tercurahkan kepada junjungan saya Nabi Muhammad SAW. Skripsi ini peneliti persembahkan untuk:

1. Orang tua yang saya cintai, ayah Agus Budi Purnomo dan ibu Wike Nurillah Darwiningsih. Kakak pertama Sigit Rafika Purwanda dan kakak kedua Farah Milla Dwi Purwasari dan seluruh keluarga besar yang telah memberikan semangat, dukungan serta doa untuk keberhasilan dan kesuksesan saya dalam proses pekerjaan tugas akhir ini;
2. Teman spesial Fantya Cerebella Aslamy yang telah menemani dalam proses pembuatan skripsi ini, sehingga dapat selesai sesuai target;
3. Teman seperjuangan Kholil Fadel dan Bayu Ilham yang selalu menasehati dalam pembuatan skripsi ini;
4. Seluruh angkatan 2016 di Fakultas Keperawatan Universitas Jember khususnya teman-teman kelas F. Terimakasih atas dukungan, dan doa serta bantuannya, semoga kompak selalu;

MOTTO

“Setiap masalah akan bertambah sesuai dengan kemampuan bagaimana dirimu mengatasi masalah tersebut, tidak ada yang tidak bisa untuk dilalui sesulit apapun jika dirimu mampu pasti akan terselesaikan”*

“kun fayakun”



* Agel Dinda Trianugraha. 2020

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Agel Dinda Trianugraha

TTL : Jember, 05 Januari 1998

NIM : 162310101201

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Jember, Januari 2020

Yang menyatakan,

Agel Dinda Trianugraha

Nim 162310101201

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi yang berjudul "Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember" karya Agel Dinda Trianugraha telah diuji dan disahkan pada:

Hari, tanggal : 17 Januari 2019

Tempat : Program Studi Sarjana Keperawatan, Fakultas Keperawatan,
Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota




Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19800412 200604 1 002




Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 19810319 201404 1 001

Penguji I

Penguji II





Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002



Ns. Dicky Endrian K., S.Kep., M.Kep.
NRP. 760016846

Mengesahkan
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Jember



Ns. Lantin Sulistyanti, S.Kep., M. Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002

Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember (*Description of Nursing Problems in the Cases of Head Injury in the Emergency Room at Balung Hospital Jember*)

Agel Dinda Trianugraha

Faculty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Nursing problems are decisions taken by a nurse with several considerations that must be decided is the actual nursing problems, risks, and health promotion or wellness. The purpose of this study is to analyze the description of nursing problems in cases of head injury in the Emergency Room at Balung Hospital. This type of research used a quantitative descriptive of the variable nursing problems using a retrospective study with a total sampling method. The sample of this study was 96 medical records of head injury patients. The results showed that the actual nursing problem was acute pain as many as 95 people (99.0%), nursing problem was the most problem is skin safety problems 60 people (62.5%). Age group (18-40) is 52 people (54.2%), in the male gender there are 55 people (74.2%), in the score (>13) 72 people (75.0%). Actual nursing problems due to acute become standardized decisions by a nurse especially in the emergency room because of the patient's main respons. Nursing problems are a component of the nursing process so that a nurse's decision needs to be standardized especially in cases of head injury. With the standardization, it is expected that nurses can more easily determine the right diagnosis for patients.

Keywords: *nursing problem, head injury, emergency room*

RINGKASAN

Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember; Agel Dinda Trianugraha, 162310101201; 2019; xx+126 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Masalah keperawatan merupakan sebuah keputusan yang harus diambil oleh seorang perawat pada pasien yang mengalami masalah-masalah kesehatan. Keputusan yang diambil seorang perawat dengan beberapa pertimbangan yang harus diputuskan yaitu masalah aktual, risiko, dan promosi kesehatan atau *wellness* (Carpenito, 2013; Potter *et al.*, 2017). Keputusan yang diambil seorang perawat terutama pada kasus trauma kapitis yang merupakan trauma mekanik secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak, dan kerusakan jaringan otak itu sendiri serta mengakibatkan gangguan neurologis (Miranda, 2014).

Trauma ini akan menimbulkan beberapa masalah keperawatan diantaranya ketidakefektifan bersihan jalan , pola tidak efektif, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, defisit volume cairan, risiko cedera, risiko infeksi, dan risiko gangguan integritas kulit, dalam hal ini perawat dituntut untuk memprioritaskan masalah yang dihadapi oleh pasien. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung.

Penelitian ini dilakukan di ruang rekam medik RSD Balung pada bulan Desember 2019. Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif kuantitatif. Metode penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan retrospektif. Pengumpulan data penelitian dilakukan secara retrospektif dengan melihat catatan rekam medis pasien mulai dari 1 September 2018-1 September 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah semua rekam medik dengan diagnosa

trauma kapitis. Teknik sampling yang digunakan dalam penelitian ini adalah *total sampling*. Pada keseluruhan sampel yang diambil sebanyak 96 responden trauma kapitis. Hasil penelitian menunjukkan Gambaran karakteristik responden yang pertama usia terbanyak adalah kelompok usia (18-40) tahun sebanyak 52 orang (54,2%), pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 55 orang (74,2%), pada skor (>13) sebanyak 72 orang (75,0%). pada masalah keperawatan aktual yaitu nyeri akut sebanyak 95 orang (99,0%), masalah keperawatan risiko terbanyak yaitu risiko kerusakan integritas kulit 60 orang (62,5%).

Masalah keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan pada keputusan seorang perawat pada standar asuhan keperawatan terutama pada kasus trauma kapitis. Pada masalah keperawatan aktual perawat dalam menentukannya di pengaruhi beberapa faktor-faktor sesuai dengan keadaan pasien selama proses pengkajian awal. Maka dari itu dengan adanya penelitian ini diharapkan perawat dapat lebih mudah dalam asuhan keperawatan terkait masalah-masalah keperawatan yang diambil sehingga diagnosa dan proses keperawatan lainnya tepat bagi pasien dengan trauma kapitis.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas segala rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember” skripsi ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat tugas akhir skripsi pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Penyusunan skripsi ini tidak lepas dari bantuan berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan terimakasih kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
2. Ns. Erti Ikhtiarini Dewi, M.Kep, Sp.Kep.J selaku Dosen Pembimbing Akademik selalu memberikan bimbingan dan motivasi selama melaksanakan studi di Fakultas Keperawatan;
3. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep, Sp.Kep.MB selaku Dosen Pembimbing Anggota atas bimbingan selama proses penyusunan tugas akhir;
4. Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep dan Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep selaku Penguji dalam tugas akhir skripsi;
5. Kedua orang tua dan kedua sodara kandung saya yang selalu memberikan dukungan dan doanya demi terselesaikannya skripsi ini, seluruh keluarga besar

yang telah memberikan semangat, dukungan serta doa untuk keberhasilan dan kesukseksan saya dalam proses pekerjaan tugas akhir ini.

6. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah memberikan bantuan serta dukungan selama proses pembuatan skripsi ini;

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini belum sempurna. Kritik dan saran diharapkan untuk penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini mendatangkan manfaat bagi semua khususnya dalam pengembangan ilmu keperawatan.

Jember, Januari 2020

Peneliti

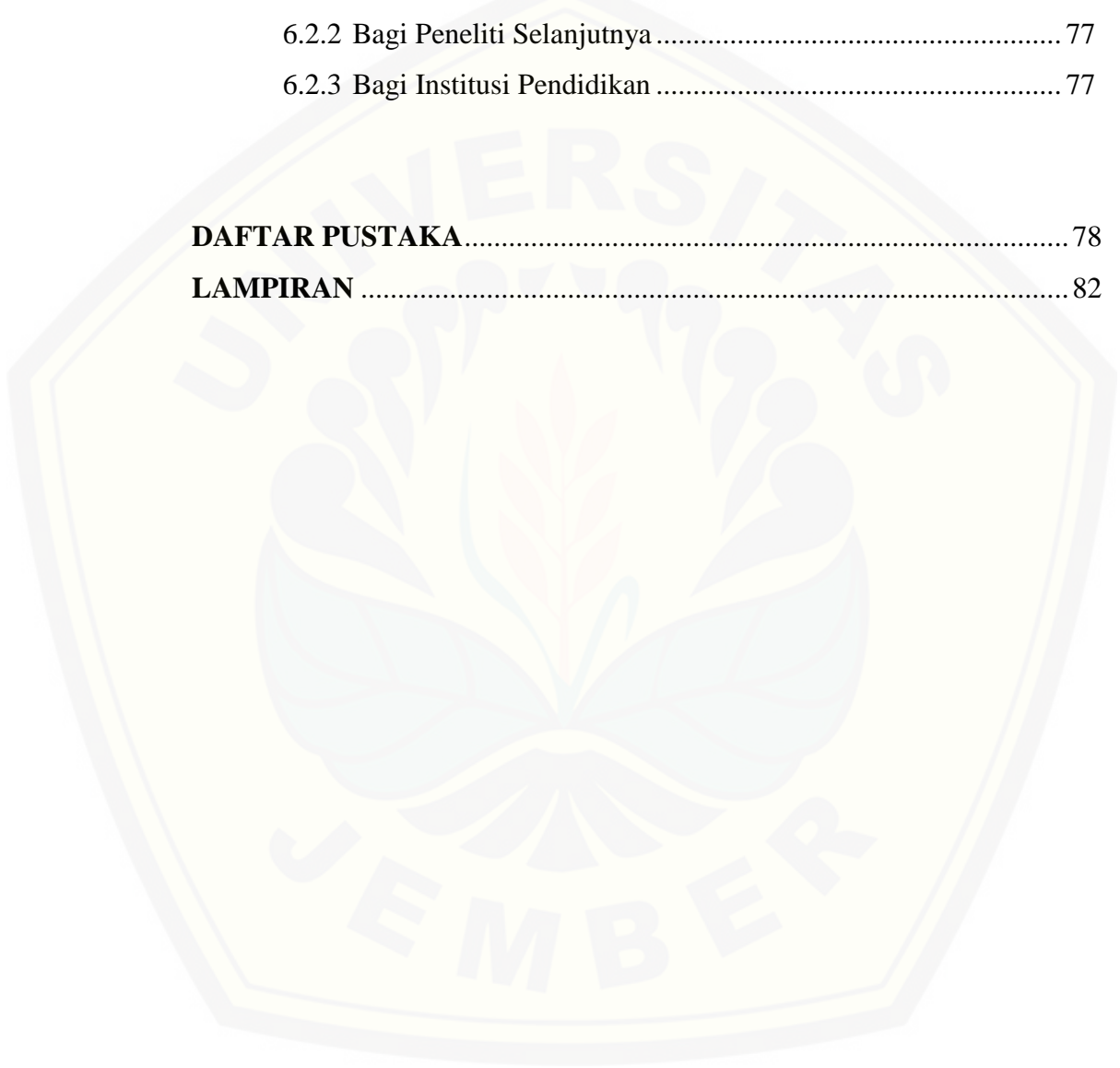
DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
PERSEMBAHAN	iv
MOTTO	v
PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRACT	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DARTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
DAFTAR SINGKATAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	4
1.3. Tujuan Penelitian	5
1.3.1 Tujuan Umum	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4. Manfat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Teoritis	5
1.4.2 Manfaat Praktis	5
1.5. Keaslian Penelitian	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1 Konsep trauma kapitis	9
2.1.1 Definisi.....	9

2.1.2	Epidemiologi.....	10
2.1.3	Etiologi.....	11
2.1.4	Klasifikasi	12
2.1.5	Patofisiologi	13
2.1.6	Manifestasi Klinis	14
2.1.7	Penatalaksanaan Umum	19
2.1.8	Komplikasi	23
2.1.9	Pemeriksaan Penunjang	24
2.2	Konsep perawat mengangkat masalah keperawatan.....	26
2.2.1	Pengkajian.....	26
2.2.2	Karakteristik Responden Pasien dengan Trauma kapitis.....	34
2.2.3	Jenis Masalah Keperawatan	34
2.2.4	Proses Penegakan Masalah Keperawatan	36
2.3	Dokumentasi instalasi gawat darurat.....	39
2.3.1	Proses Dokumentasi Keperawatan.....	39
2.3.2	Contoh Dokumentasi di Ruang IGD.....	43
2.4	Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis.....	45
2.4.1	Masalah Keperawatan	45
2.4.2	Intervensi Keperawatan.....	46
2.4.3	Implementasi Keperawatan.....	48
2.4.4	Evaluasi Keperawatan.....	48
2.4.5	<i>Pathway</i>	50
2.4.6	Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis.....	51
2.5	Kerangka Teori.....	53
BAB 3.	KERANGKA KONSEP	54
BAB 4.	METODE PENELITIAN	55
4.1	Desain Penelitian	55
4.2	Populasi dan Sampel Penelitian	55
4.2.1	Populasi Penelitian.....	55
4.2.2	Sampel Penelitian.....	56
4.2.3	Teknik Penelitian	56

4.3	Kriteria sampling	56
4.4	Tempat dan waktu penelitian	57
	4.4.1 Tempat Penelitian	57
	4.4.2 Waktu penelitian	57
4.5	Definisi Oprasional	58
4.6	Pengumpulan Data	58
	4.6.1 Sumber Data	58
	4.6.2 Teknik Pengambilan Data	58
	4.6.3 Alat Pengumpulan Data.....	60
4.7	Pengolahan Data	60
	4.7.1 Editing.....	60
	4.7.2 Coding	60
	4.7.3 Entry.....	61
	4.7.4 Cleanning	61
4.8	Analisis Data	62
4.9	Etika Penelitian	62
	4.9.1 Privasi dan Kerahasiaan (<i>privacy and confidentiality</i>)	62
	4.9.2 Keterbukaan dan Keadilan (<i>inclusiveness and justice</i>).....	63
	4.9.3 Tidak Membahayakan dan Merugikan (<i>Non-Maleficence</i>) ...	63
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN	64
5.1	Hasil Penelitian	64
	5.1.1 Karakteristik Pasien Trauma Kapitis	64
	5.1.2 Masalah Keperawatan Trauma kapitis.....	65
	5.1.3 Crosstab Masalah Keperawatan dengan Karakteristik Pasien Trauma Kapitis.....	66
5.2	Pembahasan Penelitian	69
	5.2.1 Gambaran Karakteristik Pasien Trauma Kapitis.....	69
	5.2.2 Gambaran Masalah Keperawatan Berdasarkan Trauma Kapitis	70
	5.2.3 Analisis Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis.	72
5.3	Keterbatasan Penelitian	74

5.4 Implikasi Keperawatan.....	75
BAB 6. PENUTUP	76
6.1 Kesimpulan	76
6.2 Saran.....	77
6.2.1 Bagi Instansi RSD Balung	77
6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	77
6.2.3 Bagi Institusi Pendidikan	77
DAFTAR PUSTAKA.....	78
LAMPIRAN	82



DAFTAR TABEL

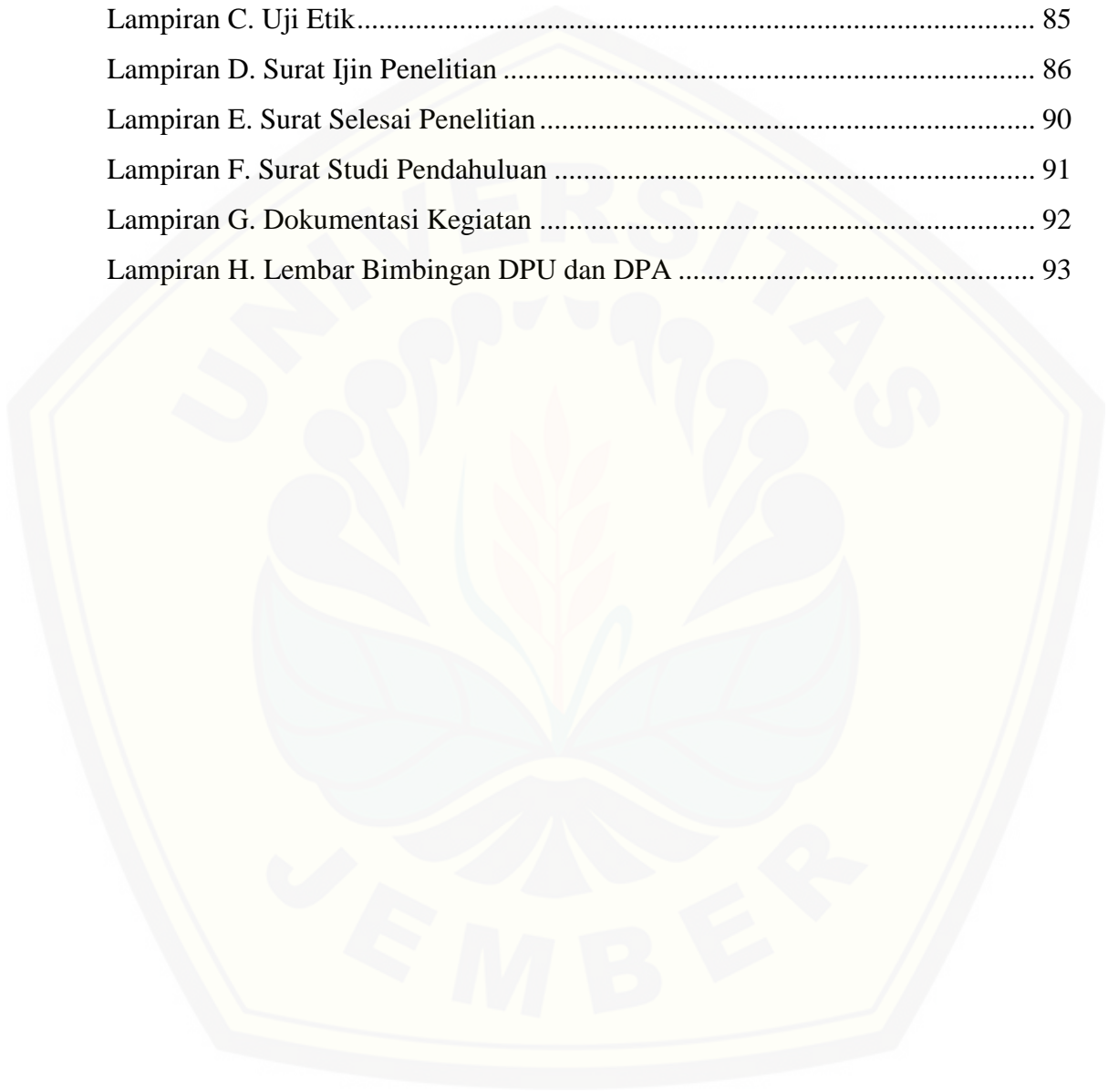
Tabel 1.1 Keaslian Penelitian.....	7
Tabel 2.1 Penilaian Tingkat Kesadaran dengan <i>Glasgow Coma Scale</i> (GCS).....	22
Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada Pasien Trauma Kapitis dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan perfusi Jaringan Serebral	46
Tabel 4.1 Definisi Oprasioanal	58
Tabel 4.2 <i>Coding</i>	61
Tabel 5.1 Karakteristik Pasien Trauma Kapitis	64
Tabel 5.2 Masalah Keperawatan Pasien Trauma Keperawatan	65
Tabel 5.3 Crosstab Masalah Keperawatan dengan Usia	66
Tabel 5.4 Crosstab Masalah Keperawatan dengan Jenis Kelamin.....	67
Tabel 5.5 Crosstab Masalah Keperawatan dengan Skor Awal GCS	68

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kasus Trauma Kapitis di Indonesia	10
Gambar 2.2 Patofisiologi	14
Gambar 2.3 Tahap Proses Penegakan Diagnosis (<i>Diagnostic Process</i>)	36
Gambar 2.4 Desain Formulir Assasment Awal Medis Gawat Darurat Lembar 1	43
Gambar 2.5 Desain Formulir Assasment Awal Medis Gawat Darurat Lembar 2	44
Gambar 2.6 <i>Pathway</i>	50
Gambar 2.5 Kerangka Teori.....	53
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	54
Gambar 4.1 Alur Pengambilan Data	59

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran A. Waktu Penelitian.....	83
Lampiran B. Lembar Observasi	84
Lampiran C. Uji Etik.....	85
Lampiran D. Surat Ijin Penelitian	86
Lampiran E. Surat Selesai Penelitian	90
Lampiran F. Surat Studi Pendahuluan	91
Lampiran G. Dokumentasi Kegiatan	92
Lampiran H. Lembar Bimbingan DPU dan DPA	93



DAFTAR SINGKATAN



IGD	: Instalasi Gawat Darurat
RSD	: Rumah Sakit Daerah
WHO	: <i>World Health Organization</i>
RSU	: Rumah Sakit Umum
PKU	: Pusat Kesehatan Umum
TKR	: Trauma Kapitis Ringan
TKS	: Trauma Kapitis Sedang
TKB	: Trauma Kapitis Berat
GCS	: <i>Glasgow Coma Scale</i>
CSS	: Cairan Serebrospinalis
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
DAI	: <i>Diffuse Axonal Injury</i>
TIK	: Kompensasi Tekanan Intracranial
CPP	: <i>Cerebral Perfusion Pressure</i>
MAP	: Rata-rata tekanan selama siklus kardiak
Hb	: Hemoglobin
PaO ₂	: Tekanan Parsial Oksigen
ABC	: <i>Airways Breathing Circulation</i>

BAB.1 PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Proses keperawatan terdiri dari lima fase yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Setiap fase dalam proses tersebut saling memengaruhi fase lain (Potter *et al.*, 2017). Pengkajian adalah langkah kritis dalam proses keperawatan, bila tidak diselesaikan dengan cara berpusat pada klien, perawat akan kehilangan kendali terhadap proses keperawatan selanjutnya (Herdman, 2018). Langkah kedua setelah pengkajian adalah diagnosis keperawatan. Dalam proses keperawatan, diagnosis keperawatan merupakan komponen yang digunakan sebagai acuan dalam menentukan intervensi yang terapeutik (Ferreira *et al.*, 2016). Pada diagnosis keperawatan pelaksanaannya terdapat beberapa masalah-masalah keperawatan yang harus diputuskan. Masalah keperawatan merupakan sebuah keputusan yang harus diambil oleh seorang perawat pada pasien yang mengalami masalah-masalah kesehatan. Keputusan yang diambil seorang perawat dengan beberapa pertimbangan yang harus diputuskan yaitu masalah aktual risiko dan promosi kesehatan atau *wellness* (Carpenito, 2013; Potter *et al.*, 2017).

Keputusan yang diambil seorang perawat terutama pada kasus trauma kapitis yang merupakan trauma mekanik secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, robekan selaput otak, fraktur tulang tengkorak, dan kerusakan jaringan otak itu sendiri serta dapat mengakibatkan gangguan neurologis (Miranda, 2014). Trauma ini akan

menimbulkan beberapa masalah keperawatan diantaranya ketidakefektifan bersihan jalan , pola tidak efektif, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, defisit volume cairan, risiko cedera, risiko infeksi, dan risiko gangguan integritas kulit, dalam hal ini perawat dituntut untuk memprioritaskan masalah yang dihadapi oleh pasien. Masalah-masalah keperawatan yang sering muncul dan menjadi prioritas penanganan terhadap pasien sangatlah penting bagi seorang perawat. Pada kasus ini ditemukan dalam berbagai tingkat kedaruratan, hal itu berpengaruh pada tingkat kesiapan tenaga kesehatan khususnya di IGD RSD Balung dalam menangani kasus trauma kapitis.

Trauma kapitis penyebab yang paling bermakna meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Salah satu risiko akibat trauma kapitis ialah kematian. Diperkirakan 1,7 juta orang di Amerika Serikat mengalami trauma kapitis setiap tahunnya 50.000 meninggal dunia, 235.000 dirawat di rumah sakit, dan 1.111.000 atau hampir 80% dirawat dan dirujuk ke Departemen Instalasi Gawat Darurat. Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 penyebab kematian dengan diagnosis trauma kapitis yaitu akibat kecelakaan lalu lintas (KLL) di urutan kesebelas seluruh dunia yang menelan korban jiwa sekitar 1,25 juta manusia setiap tahun. Secara global insiden trauma kapitis meningkat dengan tajam karena adanya peningkatan penggunaan kendaraan bermotor. Menurut WHO memperkirakan bahwa pada tahun 2020 kecelakaan lalu lintas akan menjadi penyebab penyakit trauma ketiga terbanyak di dunia. Di negara berkembang seperti Indonesia, perkembangan industri dan ekonomi memberikan dampak frekuensi trauma kapitis yang cenderung semakin meningkat dan

merupakan salah satu kasus yang sering ditemui di ruang Instalasi Gawat Darurat (IDG) (Miranda, 2014). Di Indonesia menjelaskan bahwa hasil Riskesdas 2018 insiden trauma kapitis dengan rata-rata 11,2 dengan provinsi Jawa Timur sebesar 11,12 yaitu 133.440 jiwa (RISKESDAS, 2018). penelitian yang dilakukan di RS Hasan Sadikin dari tahun 2008- 2010 didapatkan trauma kapitis sebanyak 3.578 kasus, kejadian pada lelaki (79,8%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (20,2%), dengan kelompok usia tertinggi 18-45 tahun (Zamzami *et al.*, 2013).

Kasus trauma kapitis dengan kerangka pikir seorang perawat dalam menentukan masalah keperawatan diantaranya mengenal masalah pasien, menyusun perencanaan secara sistematis, melaksanakan tindakan dan menilai hasil tindakan (Muhlisin, 2011). Dalam proses keperawatan pada kasus trauma kapitis, langkah awal yang dilakukan yaitu pemeriksaan atau pengkajian pada pasien oleh perawat, perawat IGD selanjutnya akan melakukan pemeriksaan yang harus diketahui terutama jalan napas, pernapasan, dan sirkulasi hal tersebut menjadi prioritas penanganan di ruang IGD. Selanjutnya setelah mengetahui masalah kesehatan pada pasien, langkah kedua perawat akan mendiagnosis keperawatan yaitu dengan menentukan masalah keperawatan yang nantinya akan ditentukan masalah apa yang akan menjadi prioritas dalam tindakan keperawatan. Terkait penentuan prioritas masalah keperawatan, pasien satu dengan pasien lainnya pun dapat berbeda-beda sesuai dengan kemampuan serta faktor-faktor yang mempengaruhi keputusan seorang perawat. Dari adanya faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan keputusan tentang masalah keperawatan terutama pada kasus trauma kapitis (cedera kepala) di ruang IGD. Masalah-

masalah keperawatan pada pasien trauma kapitis yang dapat berubah sesuai dengan pengkajian dan pemeriksaan yang dilakukan sehingga prioritas masalah keperawatan dapat berbeda-beda antara pasien satu dan yang lainnya. Maka dari itu dengan adanya penelitian ini diharapkan menjadi standarisasi serta pengetahuan terkait masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis.

Penelitian trauma kapitis yang telah dilakukan Ahmad Rofi'i (2019) di RSD dr. Soebandi Kabupaten Jember, dengan hasil berdasarkan rentang usia 11 sampai 20 tahun sejumlah 21 orang (23,6%), berdasarkan jenis kelamin terbanyak pada laki-laki sebanyak 66 orang (74,2%). Dari data tersebut peneliti tertarik meneliti di RSD Balung dikarenakan data pada kasus trauma kapitis belum diketahui, terutama terkait masalah keperawatan yang dapat menjadikan standarisasi oleh perawat yang berada di IGD RSD Balung.

Berdasarkan uraian permasalahan atau latar belakang yang telah dijelaskan diatas, maka dengan itu peneliti tertarik untuk lebih mengetahui tentang “gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember?”

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas maka rumusan masalah pada penelitian ini merupakan “bagaimanakah gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember”?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Identifikasi karakteristik responden pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung.
- b. Identifikasi masalah keperawatan aktual, risiko, dan promosi kesehatan atau *wellness* pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung.
- c. Menganalisis gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi atau masukan bagi perkembangan ilmu keperawatan dan praktek pekerjaan perawat serta dapat menambah kajian ilmu keperawatan khususnya masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini diharapkan bukti ilmiah dan memberikan informasi tentang gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis serta dapat mengembangkan penelitian tersebut di masa yang akan datang. Menambah data yang mungkin diperlukan terkait masalah keperawatan yang menjadi aktual serta risiko yang diambil oleh seorang perawat pada kasus trauma kapitis.

b. Bagi Institusi Pendidikan

Bagi institusi pendidikan keperawatan dapat bermanfaat sebagai informasi dan data mengenai masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis. Sehingga membantu rencana tindak lanjut pada kasus tersebut.

c. Bagi Instansi RSD Balung

Penelitian ini sebagai bahan evaluasi pelaksanaan pada pasien trauma kapitis di IGD. Dengan adanya penelitian ini akan menjadikan sumber data yang dapat digunakan terkait masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di IGD.

d. Bagi Peneliti

Peneliti dapat memperdalam ilmu dan menambah pengetahuan peneliti tentang penelitian kuantitatif sehingga dapat melaksanakan peran perawat terhadap masalah keperawatan pasien kegawatdaruratan khususnya pada pasien dengan masalah trauma kapitis.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian yang berjudul “gambaran penanganan pasien cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUD Muhammadiyah Bantul” oleh Satria Bagos Adi Putra tahun 2016 menjadi dasar yang dilakukan penelitian ini dengan judul “gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember”. Penelitian yang terdahulu membahas tentang penanganan pasien pada trauma kapitis di IGD, hal ini berbeda dengan penelitian Agel Dinda Trianugraha yang membahas tentang masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis. Pembaharuan yang dilakukan penelitian ini untuk mengetahui masalah keperawatan aktual maupun risiko dalam pengambilan keputusan oleh seorang perawat yang berada di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember.

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
1	Judul Penelitian	Gambaran penanganan pasien cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUD Muhammadiyah Bantul	Gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember
2	Peneliti	Satria Bagos Adi Putra	Agel Dinda Trianugraha
3	Tahun	2016	2019
4	Variabel Penelitian	Penanganan Pasien	Masalah Keperawatan
5	Jenis Penelitian	<i>Kuantitatif</i>	<i>Kuantitatif</i>
6	Intrumen Penelitian	Lembar Observasi	Lembar Observasi
7	Teknik <i>Sampling</i>	<i>Convenience Sampling</i>	<i>Total Sampling</i>

8	Analisis Penelitian	<i>Univariate</i>	<i>Univariate</i>
9	Hasil Penelitian	Berupa frekuensi dan persentase lama penanganan paling banyak 30 menit 5 orang (20%) dan paling sedikit 110 menit 1 orang (4%), umur <25 sebanyak 15 orang (60%) paling sedikit 36-45 2 orang (8%), responden laki-laki 18 orang (72%) perempuan 7 orang (28%), serta faktor karakteristik responden lainnya.	Hasil penelitian menunjukkan Gambaran karakteristik responden yang pertama usia terbanyak adalah kelompok usia (18-40) tahun sebanyak 52 orang (54,2%), pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 55 orang (74,2%), pada skor (>13) sebanyak 72 orang (75,0%). Pada masalah keperawatan aktual yaitu nyeri akut sebanyak 95 orang (99,0%), masalah keperawatan risiko terbanyak yaitu risiko kerusakan integritas kulit 60 orang (62,5%).

BAB. 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Trauma Kapitis

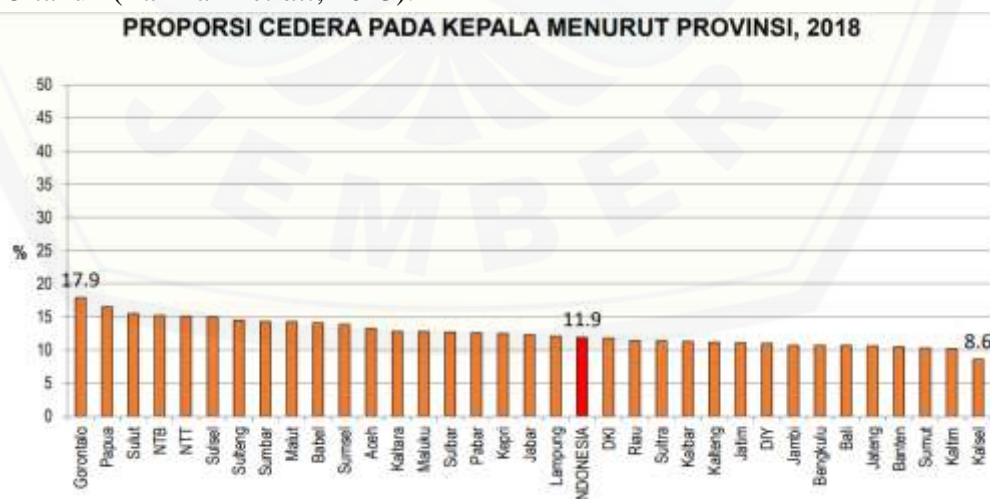
2.1.1 Definisi

Trauma kapitis merupakan cedera kepala atau otak yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung akibat dari insiden atau kecelakaan (Anurogo & Usman, 2014). Trauma ini menyebabkan terjadinya luka pada kulit kepala, robekan selaput otak, kerusakan jaringan otak, dan fraktur tulang tengkorak serta mengakibatkan gangguan neurologis (Miranda, 2014). Trauma kapitis merupakan proses deselerasi terhadap kepala yang mengakibatkan kerusakan tengkorak dan otak (Pierce & Neil, 2014). Trauma Kapitis menjadi penyebab kematian, disabilitas, dan defisit mental pada individu usia muda serta seringkali mengalami edema serebri seperti akumulasi kelebihan cairan intraseluler, ekstraseluler ataupun perdarahan intrakranial yang mengakibatkan tekanan intrakranial meningkat (Kumar, 2013). Respon lanjutan pada pasien trauma kapitis antara lain terjadinya peningkatan tekanan sistolik, bradikardi dan pelebaran pada tekanan pulsasi yang menunjukkan peningkatan tekanan intrakranial yang berat dengan hilangnya autoregulasi. Peningkatan tekanan intrakranial terjadi karena perubahan pola napas dari *cheyne-stokes* ke hiperventilasi neurogenik hingga kembali ke pola apneustik dan pernapasan ataksik (Black & Hawks, 2005).

2.1.2 Epidemiologi

Kejadian trauma kapitis di seluruh dunia diperkirakan 1,7 juta orang di Amerika Serikat mengalami trauma kapitis setiap tahunnya 50.000 meninggal dunia, 235.000 dirawat di rumah sakit, dan 1.111.000, atau hampir 80% dirawat dan dirujuk ke Departemen Instalasi Gawat Darurat. Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 penyebab kematian dengan diagnosis trauma kapitis yaitu akibat kecelakaan lalu lintas (KLL) di urutan kesebelas seluruh dunia yang menelan korban jiwa sekitar 1,25 juta manusia setiap tahun.

Di Indonesia data epidemiologi tentang trauma kapitis menjelaskan bahwa hasil Riskesdas 2018 insiden trauma kapitis dengan rata-rata 11,2 dengan provinsi Jawa Timur sebesar 11,12 yaitu 133.440 jiwa terlihat pada Gambar 2.1 (Depkes RI, 2018). penelitian yang dilakukan di RS Hasan Sadikin dari tahun 2008- 2010 didapatkan trauma kapitis sebanyak 3.578 kasus, kejadian pada lelaki (79,8%) lebih tinggi dibandingkan perempuan (20,2%), dengan kelompok usia tertinggi 18-45 tahun (Zamzami *et al.*, 2013).



Gambar 2.1 Kasus trauma kapitis di Indonesia (sumber: Depkes RI, 2018)

2.1.3 Etiologi

Etiologi trauma kapitis dapat diketahui dari berbagai sumber yaitu kekerasan tumpul, namun terdapat kasus yang paling sering menjadi etiologi ini contohnya kecelakaan, pembunuhan, atau dapat juga bunuh diri (Budiyanto *et al.*, 1979).

Sedangkan menurut Wijaya dan Putri (2013), penyebab trauma kepala yaitu:

- a. Trauma Tajam yaitu trauma oleh benda tajam menyebabkan trauma setempat dan menimbulkan trauma lokal. Kerusakan lokal meliputi hematom serebral, contusio serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan lesi, pergeseran otak, perluasan massa atau hernia.
- b. Trauma Tumpul yaitu benda tumpul dan menyebabkan trauma menyeluruh (difusi) kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam empat bentuk kerusakan otak hipoksia, trauma akson, pembengkakan otak menyebar hemoragik kecil multiple pada otak koma terjadi karena trauma menyebar pada hemisfer serebral, batang otak atau kedua-duanya.

Selain itu, kekerasan tajam adalah jenis kekerasan yang sering terjadi dengan menggunakan benda tajam dan menjadi penyebab utama trauma kapitis yaitu kayu runcing, batang besi, pecahan kaca, atau benda tajam lainnya. Trauma kapitis yang diakibatkan oleh tembakan juga merupakan penyebab kematian karena dapat menimbulkan kerusakan akibat kaliber peluru serta jenis peluru yang digunakan dan jarak tembakan sehingga peluru menembus sampai ke otak, dan deformitas akan terjadi antara tulang dengan peluru (Solmaz *et al.*, 2009). Trauma kapitis akibat gerakan mendadak juga dapat digolongkan menjadi salah satu etiologi lainnya yang dapat menyebabkan kematian meskipun tidak terdapat

kekerasan yang nampak secara langsung misalnya suatu perlambatan, percepatan, atau perputaran. Kerusakan dapat terjadi terutama pada pembuluh darah di otak dan jaringan disekitarnya (Weisberg dan Garcia, 1989).

2.1.4 Klasifikasi

Penilaian derajat berat tidaknya suatu trauma kapitis dapat dilakukan dengan menggunakan *glasgow coma scale* (GCS) yang diciptakan oleh Jennet dan Teasdale pada tahun (1974). GCS merupakan suatu skala yang digunakan untuk menilai kelainan neurologis dan tingkat kesadaran seseorang yang terjadi secara kuantitatif. Terdapat 3 aspek untuk menilai yaitu reaksi membuka mata (*eye opening*), reaksi berbicara (*verbal respons*), dan reaksi lengan serta tungkai (*motoric respons*).

Trauma kapitis diklasifikasikan menjadi 3 kelompok berdasarkan nilai GCS yaitu:

1. Trauma Kapitis Ringan (TKR)

Penilaian GCS >13 yang diartikan bahwa tidak ditemukan kelainan berdasarkan CT scan pada otak, tidak memerlukan tindakan operasi, dan lama dirawat di rumah sakit <48 jam.

2. Trauma Kapitis Sedang (TKS)

Penilaian dengan hasil GCS 9 hingga 13 diartikan bahwa dapat ditemukan kelainan pada CT scan otak, memerlukan tindakan operasi untuk lesi intrakranial, dan dirawat di rumah sakit setidaknya dalam waktu 48 jam.

3. Trauma Kapitis Berat (TKB)

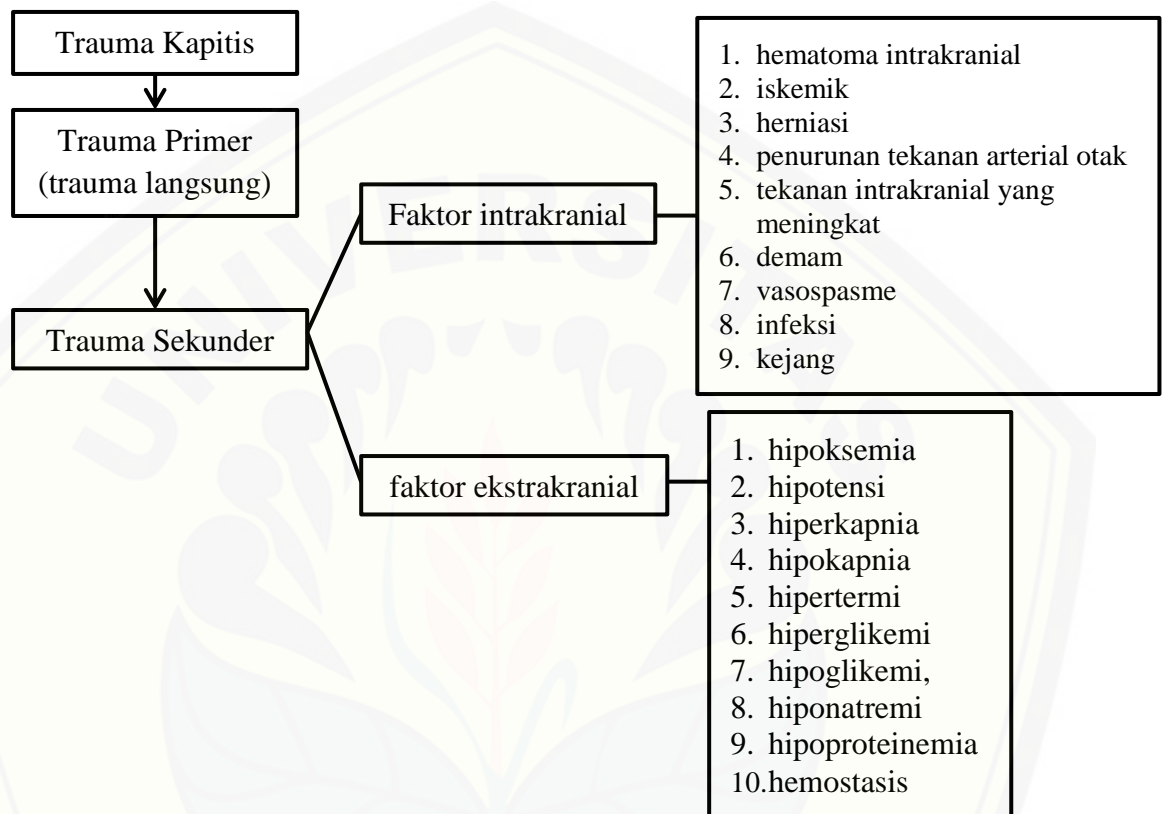
Penilaian GCS <9 dan terjadi bila dalam waktu >48 jam setelah trauma terjadi (George, 2009).

2.1.5 Patofisiologi

Secara umum, trauma kapitis terbagi menjadi trauma primer dan trauma sekunder. Trauma primer ini dapat berasal dari berbagai bentuk kekuatan seperti akselerasi, rotasi, kompresi, dan distensi sebagai akibat dari proses akselerasi dan deselerasi. Kekuatan-kekuatan ini menyebabkan tekanan pada tulang tengkorak yang dapat mempengaruhi glia, neuron, dan pembuluh darah. Selanjutnya menyebabkan kerusakan fokal, multifokal maupun difus pada otak. Trauma otak dapat melibatkan parenkim otak dan atau pembuluh darah otak. Trauma pada parenkim dapat berupa laserasi, kontusio, ataupun *diffuse axonal injury* (DAI), sedangkan trauma pada pembuluh darah otak dapat berupa perdarahan epidural, subaraknoid, subdural, dan intraserebral yang dapat dilihat pada CT-scan. Trauma sekunder merupakan lanjutan dari trauma otak primer. Hal ini dapat terjadi akibat adanya reaksi biokimia, peradangan, pengaruh neurotransmitter, gangguan autoregulasi, neuroapoptosis, dan inokulasi bakteri (Indharty, 2012).

Faktor intrakranial (lokal) yang mempengaruhi trauma otak sekunder adalah adanya hematoma intrakranial, iskemik otak akibat penurunan perfusi ke jaringan di otak, herniasi, penurunan tekanan arterial otak, tekanan intrakranial yang meningkat, infeksi, demam, vasospasme, dan kejang. Sebaliknya, faktor ekstrakranial (sistemik) yang mempengaruhi trauma otak sekunder dikenal dengan

istilah “*nine deadly H’s*” meliputi hiperkapnia, hipokapnia, hipoksemia, hipotensi, hipertermi, hiperglikemi dan hipoglikemi, hiponatremi, hipoproteinemia, serta hemostasis (Indharty, 2012).



Gambar 2.2 Patofisiologi Trauma Kapitis (sumber: Indharty, 2012)

2.1.6 Manifestasi Klinis

Konsep perawat untuk mengangkat masalah keperawatan pada umumnya berdasarkan tanda dan gejala pada trauma kapitis yang meliputi ada atau tidaknya tingkat kesadaran, fraktur tengkorak, dan kerusakan jaringan otak yaitu:

a. Fraktur tengkorak, memar, dan ada laserasi

Fraktur tengkorak menyebabkan kerusakan pada pembuluh darah, saraf-saraf otak, dan juga dapat merobek duramater yang mengakibatkan cairan

serebrospinalis merembes keluar. Jika terjadi fraktur tengkorak ada beberapa kemungkinan yang terjadi yaitu:

- 1) Keluarnya cairan serebrospinalis atau cairan lain yang berasal dari hidung (*rhinorrhoe*) dan telinga (*otorrhoe*).
- 2) Kerusakan saraf kranial.
- 3) Pendarahan dibelakang membran timpani pada telinga.
- 4) Ekimosis pada periorbital.

Namun, apabila terjadi fraktur basiler mengakibatkan kerusakan pada bagian dalam telinga karena adanya gangguan pada saraf kranial. Selanjutnya tanda dan gejalanya yaitu:

- 1) Perubahan pada ketajaman penglihatan akibat kerusakan nervus optikus.
- 2) Kehilangan kemampuan pendengaran akibat rusaknya nervus auditorius.
- 3) Kehilangan kemampuan pergerakan beberapa otot mata dan dilatasi pupil karena adanya kerusakan nervus okulomotorius.
- 4) Paresis wajah karena kerusakan nervus vasioalis
- 5) Vertigo karena adanya kerusakan otolith pada telinga bagian dalam.
- 6) Terjadi nistagmus karena kerusakan pada sistem vestibular pada telinga.
- 7) Hematoma pada periorbital dan diatas mastoid di bagian belakang telinga (*Battle sign*).

b. Riwayat kejadian trauma kapitis sebelumnya.

c. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran pasien sangat dipengaruhi oleh berat ringannya trauma kapitis, ada atau tidak adanya amnesia retrograde, dan ada atau tidaknya mual muntah.

d. Kerusakan jaringan otak.

Manifestasi klinis dari kerusakan jaringan otak berbeda-beda tergantung dari trauma kapitisnya. Kerusakan jaringan otak pada trauma kapitis perlu dilakukannya pemeriksaan lanjutan seperti MRI atau CT-scan. Trauma kapitis merupakan kerusakan terbesar yang terjadi pada otak bagian lobus frontal dan temporalis. Keduanya memiliki fungsi sebagai pusat mental, emosi, memori, kepribadian, dan kemampuan merespon. Bila terjadi gangguan, maka akan menyebabkan pasien mudah lupa, kebingungan dan emosi tidak stabil. Kejadian pada trauma kapitis ringan, pasien akan mengalami hilang ingatan akibat kejadian trauma, dan gangguan kesadaran. Tanda gejala lainnya yang didapatkan seperti vertigo, mual dan muntah, sakit kepala, bingung pasien dapat juga merasakan nyeri kepala, mudah lupa, mudah lelah, pergerakan lamban, gangguan keseimbangan, dan menjadi sangat peka terhadap rangsangan sinar dan suara.

Kejadian pada trauma kapitis sedang, tanda gejalanya tidak selalu dapat dikenali dengan jelas misalnya nyeri kepala, kepala pening, gangguan konsentrasi, mudah lupa, dan mudah mengantuk. Pada kejadian trauma kapitis berat akan terjadi kontusio otak (sel-sel otak mati, lalu terjadi pendarahan) dan peningkatan tekanan intrakranial yang mengakibatkan pusat pengaturan organ-organ vital terganggu, gangguan pernapasan, hemodinamik, kardiovaskular, dan gangguan kesadaran. Pada trauma kapitis berat juga terjadi *diffuse axonal injury* (DAI) yang

menjadi penyebab utama penurunan kesadaran. Iskemia juga dapat terjadi yang diakibatkan oleh menurunnya suplai oksigen ke jaringan otak. Pendarahan juga terjadi yang akan menekan jaringan otak dan mengakibatkan penurunan suplai oksigen (Anurogo dan Usman, 2014). Beberapa Faktor risiko yang terjadi pada pasien trauma kapitis sebagai berikut:

a. Usia

Pasien pada trauma kapitis banyak terjadi pada mereka dengan usia 0-44 tahun atau usia produktif dan lebih banyak pada usia 18-40 tahun, dimana pada usia tersebut seseorang memiliki kemampuan yang maksimal untuk beraktifitas sehingga menyebabkan tingkat mobilitas yang tinggi pula, baik dalam pekerjaan maupun aktifitas lain.

b. Skor awal GCS

Skor GCS merupakan tolak ukur kondisi klinis pasien trauma kapitis yang diperiksa pada pasien diawal trauma. Tingkat kesadaran atau skor GCS ini memiliki pengaruh yang kuat terhadap kesempatan hidup dan penyembuhan pada pasien trauma kapitis. kondisi pasien trauma kapitis dengan patah tulang tengkorak. Kondisi tersebut dijelaskan memiliki potensi sepuluh kali untuk mengalami defisit neurologi dan akan semakin buruk, yang bisa dinilai dengan menggunakan GCS.

c. Penyebab trauma

Penyebab trauma merupakan jenis truma yang menyebabkan pasien mengalami trauma kapitis. Penyebab trauma kapitis memiliki beberapa pengaruh terhadap outcome pasien. Pasien trauma kapitis yang meninggal, sebagian besar

disebabkan oleh kecelakaan sepeda motor. Selain itu juga dapat terjadi karena jatuh, terkena pukulan benda tumpul dan senjata api.

d. Gambaran CT_Scan kepala

Peran CT scan kepala pada pasien trauma kapitis merupakan salah satu informasi tambahan yang bisa digunakan untuk menentukan kondisi pasien menggunakan teknologi imaging. Pasien trauma kapitis dilakukan CT scan untuk mengetahui relevansi klinis jika ada temuan perdarahan intrakranial.

e. Tekanan darah sistolik

Trauma kapitis menyebabkan perubahan sistemik pada pasien. Perubahan sistemik yang sering terjadi adalah hipotensi, yaitu tekanan darah sistolik pasien <90 mmHg. Pasien yang mengalami hipotensi biasanya disebabkan karena kehilangan darah, sebagian mungkin karena trauma sistemik, sebagian lagi karena trauma langsung pada pusat refleks kardiovaskuler di medula oblongata. Pasien dengan hipotensi yang dirawat selama 24 jam memiliki tingkat mortalitas 45% dari pada mereka yang tidak mengalami hipotensi.

f. Suhu

Pasien trauma kapitis mengalami peningkatan suhu lebih dari 37,5°C sebanyak 31 orang atau 55,4% (lebih dari sebagian besar mengalami hipertermi). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Lunn dan Childs (2010), bahwa suhu tubuh yang meningkat berkaitan dengan kerusakan neurologi dan dapat memperburuk outcome pasien keterkaitan antara outcome buruk dengan hipertermi, dimana peningkatan suhu secara signifikan dapat memperburuk konsekuensi hispatologi pada trauma kapitis.

g. Nadi

Nadi pada pasien trauma kapitis diklaim bisa digunakan sebagai prediktor dalam menentukan kondisi pasien. Nadi lebih dari 130 kali per menit memiliki potensi outcome yang buruk. Hal ini terjadi karena trauma kapitis mengganggu pusat autoregulasi pada otak dan pusat sistem kardiovaskuler di batang otak, sehingga mekanisme pengaturan cardiac output terganggu.

2.1.7 Penatalaksanaan Umum

Tatalaksana untuk pasien trauma kapitis pada periode akut dapat dilakukan tergantung dengan adekuatnya bersihan jalan napas, dimana pada umumnya 30 sampai 60 menit post trauma kapitis pasien mengakibatkan muntah perlu dilakukannya tindakan intubasi atau suction. Keadaan status pernapasan harus diperhatikan, karena 60% dari pasien trauma kapitis mengalami hipoksia dengan PaO₂ kurang dari 50%. Tekanan darah sangat mempengaruhi tekanan perfusi otak maka dari itu sirkulasi darah pasien juga harus diperhatikan. Tekanan darah sistole pasien perlu dipertahankan pada >90 mmHg, kadar Hb dan hemotokrit yang normal akan mendukung kebutuhan oksigen pada otak.

a. Monitor Tekanan Intrakranial (TIK)

Pengontrolan pada tekanan perfusi dan tekanan intrakranial serebral merupakan hal utama yang penting pada trauma kapitis untuk menjaga oksigenasi otak tetap adekuat pada saat 6 jam pertama trauma. Pada umumnya trauma kapitis akut akan terjadi iskemia pada jaringan serebral lokal, regional maupun global (Steven Deem, 2006). Dalam mempertahankan perfusi jaringan serebral tetap

adekuat maka perlu menghindari menurunnya TIK dan tekanan darah yang rendah. Kebutuhan oksigen pada otak harus diturunkan dengan cara mencegah terjadinya kejang, demam, dan peningkatan aktivitas pasien.

b. Atasi Syok

Bila terdapat syok merupakan trauma kapitis ini telah menjadi keadaan kedaruratan karena tekanan darah pasien menjadi menurun yang menyebabkan perfusi jaringan pun juga terganggu.

c. Kontrol Tanda Vital

Tanda vital sangat perlu diperhatikan karena keadaan hipotensi dan hipertensi akan mempengaruhi aliran darah ke otak sehingga terjadi peningkatan TIK. Keadaan hipertermia akan meningkatkan konsumsi oksigen di otak dan meningkatkan metabolisme dari otak. Hipotensi yang biasanya terjadi pada pasien trauma kapitis akut ini sangat merugikan karena keadaan ini akan memperberat iskemia yang terjadi pada pasien trauma kapitis. Pada keadaan normal rata-rata MAP rentang 70 mmHg dan CPP sekitar 60 mmHg.

d. Operasi

Tindakan ini dilakukan untuk mengeluarkan darah pada intraserebral, kraniolasti, debridemen luka, prosedur shunting pada hidrosepalus, dan kraniotomi.

e. Pengobatan

Menurut Rendi dan Margareth (2012) dalam pengobatan atau penatalaksanaan konservatif pada pasien trauma kapitis berikut ini beberapa tindakan yang dapat dilakukan:

1. Bedrest Total

2. Pemberian Obat-Obatan

- a. Obat Anti Kejang

Profilaksis anti kejang yang efektif dapat diberikan pada 1 minggu pertama pasca trauma. Alternatif obat yang efektif merupakan fenitoin dan levetiracetam. Pengobatan profilaksis anti kejang lebih baik dilakukan setelah 7 hari setelah trauma karena pada pengobatan ini tidak menurunkan risiko kejang. Pemberian profilaksis seperti fenitoin yang efektif untuk mencegah kejang fase dini pasca trauma.

- b. Manitol dan Sodium Laktat Hipertonis

Manitol dapat membantu dalam menurunkan TIK sehingga pada pasien yang mengalami TKB. Pemberian secara bolus dengan dosis 0,25 sampai 1 gr/kgBB lebih baik daripada pemberian berulang.

- c. Antibiotika Profilaksis pada Pemasangan Kateter Ventrikel

Pemberian antibiotik untuk pemasangan dan penggantian kateter ventrikel di setiap 5 hari tidak mengurangi risiko terjadinya infeksi. Pada pemasangan kateter ventrikel tidak dapat menurunkan risiko terjadinya infeksi hanya dengan Penggunaan antibiotik lokal maupun sistemik.

- d. Analgetik Ketorolac dan acetaminophen

Pemberian obat ini dapat digunakan untuk pasien trauma kapitis. Ketorolac ini hanya boleh diberikan maksimal 5 hari. Pada obat jenis NSAID yaitu naproxen dan ibuprofen dapat diberikan secara per oral. Acetaminophen supp dan ketoprofen supp juga bermanfaat mengurangi nyeri pada TKR.

e. Kortikosteroid

Terapi kortikosteroid yang digunakan pada pasien edema otak secara statistic dengan hasil terapi tidak berbeda makna.

f. Sedatif/Tranquilizer

Midazolam digunakan cenderung aman dan efektif untuk anesthesia dan sedasi pasien dengan peningkatan ICP. Penggunaan propofol dapat memberikan hasil yang baik dalam fungsi sedasi serta memudahkan dalam evaluasi fungsi neurologis lebih awal. Dexmedetomidine merupakan sedasi tanpa efek neurologis dan memberikan efek proteksi pada otak (Wahyuhadi *et al*, 2014).

3. Observasi tanda-tanda vital (GCS dan tingkat kesadaran)

Berikut ini tabel penilaian tingkat kesadaran dengan *Glasgow Coma Scale (GCS)*

	Aspek yang Dinilai	Nilai
Respon <i>Eye</i> (E)	Spontan	4
	Dengan Perintah	3
	Dengan Nyeri	2
	Tidak Buka Mata	1
Respon Verbal (V)	Orientasi Baik	5
	Bicara Kacau	4
	Kata-kata yang Tidak sesuai	3
	Suara yang Tidak Jelas	2
	Tidak Ada	1
Respon Motorik	Mengikuti Perintah	6
	Melokalisasi Nyeri	5
	Fleksi untuk Menghindari Nyeri	4
	Fleksi Abnormal (Dekortikasi)	3
	Ekstensi (Deserebasi)	2
	Tidak ada	1

Tabel 2.3 Penilaian Tingkat Kesadaran dengan *Glasgow Coma Scale (GCS)*

(Sumber: Asyrofi, 2018)

2.1.8 Komplikasi

Menurut Anurogo dan Usman (2014) komplikasi pada trauma kapitis antara lain demam dan menggigil, kejang, mudah lelah, hidrosefalus, mudah tersinggung atau lebih sensitif, gangguan kognitif konsentrasi, gangguan tingkah laku, emosi tidak stabil, terganggunya daya ingat, dan gangguan kecepatan berpikir. Komplikasi kejang dapat terjadi sekitar 17% pasien trauma berat dalam waktu dua tahun setelah terjadinya trauma. Trauma pada sumsum tulang belakang juga dapat menyertai kasus trauma kapitis berat.

Menurut Wijaya dan Putri (2013) komplikasi dari trauma kapitis yaitu:

a. Epilepsi pasca trauma

Epilepsi pasca trauma merupakan suatu kelainan yang terjadi beberapa saat waktu setelah otak mengalami trauma akibat benturan pada kepala. Terdapat juga kejadian kejang yang baru terjadi setelah beberapa tahun kemudian setelah terjadinya trauma kapitis. Kejang terjadi sekitar 10% pasien yang mengalami trauma kapitis hebat tanpa adanya luka tembus di kepala dan terjadi sekitar 40% pasien yang memiliki luka tembus di kepala.

b. Afasia

Afasia merupakan suatu keadaan hilangnya kemampuan untuk menggunakan bahasa akibat terjadinya trauma kapitis pada area bahasa di otak. Pasien menjadi tidak mampu untuk memahami atau mengekspresikan kata-kata mereka.

c. Apraksia

Apraksia merupakan suatu keadaan dimana terjadi ketidakmampuan untuk melakukan tugas yang memerlukan ingatan atau serangkaian gerakan tubuh.

d. Agnosis

Agnosis merupakan suatu kelainan dimana pasien merasakan dan melihat benda namun tidak dapat menghubungkannya dengan peran dan fungsi normal dari benda tersebut.

e. Amnesia

Amnesia merupakan suatu keadaan kehilangan sebagian atau seluruhnya dalam kemampuan untuk mengingat suatu peristiwa yang terjadi sesaat sebelum terjadinya kecelakaan (amnesia retrograde) atau peristiwa yang terjadi segera setelah terjadinya kecelakaan (amnesia pasca trauma).

f. Edema serebral dan herniasi

Keadaan ini menjadi penyebab paling umum dari peningkatan intrakranial, puncak kejadian edema ini terjadi 72 jam setelah terjadinya trauma. Perubahan dari tekanan darah, frekuensi nadi, dan pernapasan yang tidak teratur merupakan manifestasi klinis adanya peningkatan intrakranial.

2.1.9 Pemeriksaan Penunjang

- a. CT scan pada kepala merupakan standar pemeriksaan dalam penatalaksanaan trauma kapitis. Pemeriksaan CT scan kepala dilakukan untuk memastikan adanya pendarahan, kelainan pada otak, patah tulang, dan pembengkakan jaringan otak.

- b. Pemeriksaan laboratorium dilakukan untuk para dokter yang umumnya akan merekomendasikan pasien melakukan pemeriksaan seperti pemeriksaan darah tetapi lengkap, gula darah sewaktu, pemeriksaan urea-kreatinin, analisis gas darah dan pemeriksaan elektrolit.
- c. Pemeriksaan neuropsikologis (sistem saraf kejiwaan) merupakan komponen penting pada penilaian dan penentuan penatalaksanaan terbaik untuk kasus trauma (Anurogo dan Usman, 2014).
- d. MRI digunakan sama seperti CT-Scan kepala dapat menggunakan atau tidak digunakannya kontras radioaktif. Serebral angiography berfungsi untuk menunjukkan anomalia sirkulasi serebral, seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema dan trauma.
- e. EEG dilakukan sebagai kegiatan melihat perkembangan gelombang patologis.
- f. X-Ray merupakan suatu pemeriksaan untuk mendeteksi perubahan struktur pada tulang apabila mengalami fraktur, fragmen tulang, dan adanya perubahan pada struktur garis (perdarahan/edema).
- g. BAER biasanya dilakukan untuk meninjau ulang batas dari fungsi otak kecil dan korteks otak.
- h. PET merupakan pemeriksaan untuk mendeteksi adanya perubahan dari aktivitas dari metabolisme otak.
- i. CSF dan lumbalis pungsi dapat dikerjakan apabila jika ada dugaan terjadinya perdarahan subarachnoid.
- j. ABGs merupakan pemeriksaan untuk mendeteksi keberadaan masalah pada peran (oksigenisasi) atau ventilasi jika terjadinya peningkatan TIK.

- k. Pemeriksaan kadar elektrolit sebagai pengkoreksian dari keseimbangan elektrolit sehingga terjadi peningkatan TIK.
- l. Screen toxicology dilakukan untuk mendeteksi pengaruh dari obat sehingga menyebabkan penurunan kesadaran (Rendi dan Margaret, 2012).

2.2 Konsep Perawat Mengangkat Masalah keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengumpulan data pasien baik secara subjektif atau objektif pada gangguan sistem persarafan berhubungan dengan trauma kapitis tergantung pada bentuk, jenis injuri, lokasi, dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Proses pendataan yang perlu didapat sebagai berikut:

a. Identitas Pasien dan Keluarga (Penanggung Jawab):

- 1) Umur usia 20 sampai 40 tahun merupakan usia produktif dengan mobilitas yang tinggi serta berkurangnya kesadaran dengan memakai alat pelindung diri atau keselamatan berkendara (Suparmadi, 2002 dalam Awaloei *et al*, 2016).

2) Jenis kelamin

Menurut Louis *et al* (2010), angka kejadian pada trauma kapitis yang terjadi pada laki-laki sekitar 3 atau 4 kali lebih sering dibandingkan perempuan.

b. Riwayat Kesehatan

Menurut Rendi dan Margareth (2012) tingkat kesadaran/GCS (<15), muntah, sakit kepala, konvulsi, kejang, dispnea/takipnea, akumulasi sekret pada saluran, adanya liquor dari hidung dan telinga, dan paralise.

c. Riwayat Penyakit Dahulu

Menurut Rendi dan Margareth (2012) harus diketahui baik yang berhubungan dengan sistem persarafan maupun penyakit sistem sistemik lainnya.

d. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik *Review of System* (ROS) yaitu pemeriksaan fisik yang meliputi sistem tubuh (*body system*) B1-B6 yang meliputi sebagai berikut:

1. Tanda-Tanda Vital

Pemeriksaan yang dilakukan seperti pengecekan suhu tubuh, respon inflamasi, dan trauma otak karena sangat berkaitannya. Respon tubuh terhadap trauma terutama pada respon neuroendokrin klasik terhadap trauma telah diteliti secara luas. Respon ini dimanifestasikan dengan adanya hipertermia. Mekanisme peningkatan dari suhu tubuh pada pasien yang mengalami trauma otak berisiko tinggi dan berhubungan dengan respon neuroinflamasi serta berhubungan dengan terganggunya pusat termolegulator di hipotalamus. Episode hipertermia pada pasien trauma otak mempunyai risiko tinggi juga yaitu dapat menjadi suatu reaksi inflamasi (Polapa *et al*, 2016).

2. Aspek neurologis

Aspek ini yang dikaji yaitu tingkat kesadaran pasien yang skala tingkat kesadaran umumnya GCS < 15, disorientasi orang, tempat dan waktu. Ditemukan adanya refleks babinski yang positif, perubahan nilai tanda-tanda vital seperti kaku kuduk, dan hemiparese.

3. Nervus cranialis

Nervus cranialis dapat terganggu bila trauma kapitis meluas sampai batang otak karena terjadi edema otak atau perdarahan pada otak juga yang dapat mengenai nervus I, II, III, V, VII, IX, XII.

a. Nervus I (Olfaktorius)

Memperlihatkan gejala adanya penurunan daya penciuman dan anosmia bilateral.

b. Nervus II (Optikus)

Terjadinya trauma frontalis yang memperlihatkan gejala berupa penurunan gejala penglihatan.

c. Nervus III (Okulomotorius), Nervus IV (Trokhlearis), Nervus VI (Abducens)

Kerusakan yang bila terjadi pada nervus-nervus ini akan menyebabkan penurunan lapang pandang, gangguan pada reflek cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah otak, dan anisokor.

d. Nervus V (Trigeminus)

Terjadinya gangguan yang ditandai dengan adanya anestesi pada daerah dahi.

e. Nervus VII (Fasialis)

Pada trauma kapitis yang mengenai neuron motorik atas unilateral dapat menyebabkan penurunan fungsi, tidak ada lipatan pada nasolabial, melemahnya penutupan kelopak mata, dan hilangnya perasa pada 2/3 bagian anterior lidah.

f. Nervus VIII (Akustikus)

Pada pasien trauma kapitis yang sadar biasanya gejala yang timbul berupa adanya penurunan daya pendengaran dan gangguan keseimbangan tubuh.

g. Nervus IX (Glasofaringeus). Nervus X (Vagus). Nervus XI (Assesorius)

Gejala yang timbul jika terjadi kerusakan pada nervus-nervus ini jarang ditemukan karena pasien akan meninggal apabila terdapat trauma mengenai saraf-saraf tersebut. Adanya hiccuping (Cekungan) biasanya karena terjadi kompresi pada nervus vagus yang menyebabkan kompresi spasmodik, diafragma, dan kompresi batang otak. Cekungan yang terjadi ini biasanya mempunyai risiko meningkatkan tekanan intrakranial.

h. Nervus XII (Hipoglosus)

Gejala yang biasa timbul jika terjadi kerusakan pada nervus ini yaitu jatuhnya lidah pada salah satu sisi, disfagia, dan disartria. Hal ini juga dapat mengakibatkan kesulitan menelan.

4. Keadaan Umum

Keadaan trauma kapitis umumnya mengalami penurunan kesadaran. Trauma kapitis ringan yaitu GCS 13 sampai 15, trauma kapitis sedang yaitu GCS 9 sampai 12, dan trauma kapitis berat bila GCS kurang atau sama dengan 8 dan terjadi perubahan pada tanda-tanda vital pasien (Muttaqin, 2011).

a. B1 (*Breathing*)

Perubahan yang terjadi pada sistem pernapasan tergantung pada gradasi dari perubahan jaringan serebral akibat trauma kepala. Pada beberapa keadaan dari hasil pemeriksaan fisik dari sistem ini akan didapatkan yaitu:

1. Inspeksi

pemeriksaan inspeksi didapatkan bahwa pasien batuk, produksi sputum meningkat, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan frekuensi napas meningkat. Ditemukan juga adanya retraksi dada, dan pengembangan paru yang tidak simetris. Ekspansi dada dapat menunjukkan adanya etelektasis, lesi pada paru, obstruksi pada bronkus, fraktur tulang iga, pneumotoraks atau penempatan endotrakeal dan tube trakeostomi yang kurang tepat. Pada observasi ekspansi dada juga perlu dinilai reaksi dari otot interkostae, substernal, pernapasan abdomen, dan retraksi abdomen saat pasien inspirasi. Pola napas ini dapat terjadi jika otot-otot interkostal tidak mampu lagi menggerakkan dinding dada.

2. Auskultasi

pemeriksaan ini didapatkan adanya bunyi tambahan seperti berbunyi, stridor, dan ronchi pada pasien dengan adanya peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun, juga sering ditemukan pada pasien trauma kapitis dengan penurunan tingkat kesadaran atau koma.

3. Palpasi

Fremitus yang menurun jika dibandingkan dengan sisi yang lain maka akan terlihat bila melibatkan trauma di rongga thoraks.

4. Perkusi

Pemeriksaan ini dapat ditemukan adanya suara redup hingga pekak pada keadaan yang melibatkan trauma pada thoraks/hemothoraks (Muttaqin, 2011).

b. B2 (*Blood*)

trauma kapitis dengan tipe sedang dan berat juga sering menyebabkan terjadinya syok hipovolemik pada sistem kardiovaskular. Hasil dari pemeriksaan kardiovaskuler pada pasien yang mengalami trauma kapitis pada beberapa keadaan pun dapat ditemukan bahwa tekanan darah normal atau dapat berubah menjadi bradikardi, takikardi, dan aritmia. Frekuensi nadi yang cepat dan lemah ini sangat berhubungan dengan homeostatis tubuh dalam upaya menyeimbangkan kebutuhan oksigen di daerah perifer. Nadi dengan tekanan bradikardi merupakan tanda dari perubahan perfusi jaringan otak, kulit yang terlihat pucat menandakan adanya perubahan penurunan dari kadar hemoglobin dalam darah. Hipotensi juga dapat menandakan adanya perubahan perfusi jaringan dan tanda awal dari adanya syok. Beberapa keadaan lain yang diakibatkan dari trauma kepala akan merangsang pelepasan *antidiuretik hormone* (ADH) yang menyebabkan kompensasi pada tubuh untuk melakukan retensi atau pengeluaran garam dan air oleh tubulus. Mekanisme ini akan meningkatkan konsentrasi kadar elektrolit sehingga berisiko terjadinya gangguan pada keseimbangan cairan dan elektrolit pada sistem organ lain (Muttaqin, 2011).

c. B3 (*Brain*)

Trauma kapitis juga dapat menyebabkan berbagai defisit neurologis trauma karena dipengaruhi oleh peningkatan TIK akibat adanya pendarahan, baik bersifat intrakranial, hematoma, subdural hematoma, dan epidural hematoma. Pengkajian B3 (*Brain*) merupakan pemeriksaan yang fokus dan lengkap dibandingkan pengkajian sistem yang lainnya (Muttaqin, 2011).

d. B4 (*Bladder*)

Keadaan urin pada pasien trauma kapitis dapat dikaji melalui warna, jumlah, dan karakteristik termasuk berat jenisnya. Penurunan jumlah urin dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat penurunan dari fungsi ginjal. Pasien trauma kapitis juga mungkin mengalami inkontinensia urin konfusi, ketidakmampuan untuk berkomunikasi tentang kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan bantuan urinal karena terjadi kerusakan pada kontrol motorik dan postural, juga terkadang dapat mengenai pada kontrol spinter urinarius eksternal yang berkurang (Muttaqin, 2011).

e. B5 (*Bowel*)

Didapatkan adanya keluhan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase trauma kapitis akut. Mual dan muntah dapat dihubungkan dengan adanya peningkatan dari produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah nutrisi pasien. Pola defekasi yang terganggu biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltik usus dan dengan adanya inkontinensia alvi yang menunjukkan neurologis luas (Muttaqin, 2011).

Pemeriksaan pada rongga mulut dapat dilakukan dengan penilaian ada tidaknya lesi pada mulut atau perubahan pada lidah yang menunjukkan adanya dehidrasi. Pemeriksaan bising usus dilakukan untuk menilai ada atau tidaknya bising usus dan kualitasnya yang harus dikaji sebelum melakukan palpasi pada abdomen, hasil bising usus yang cenderung menurun atau hilang dapat terjadi karena adanya peristaltik ileus dan peritonitis. Lakukan observasi bising usus dengan efektif selama kurang lebih 2 menit. Motilitas usus yang menurun juga

dapat terjadi karena tertelannya udara yang berasal dari sekitar selang endotrakeal dan nasotrakeal yang menghambat usus (Muttaqin, 2011).

f. B6 (*Bone*)

Disfungsi motorik paling umum terjadi karena kelemahan pada seluruh bagian tubuh ekstremitas. Pengkajian pemeriksaan bisa melalui warna kulit, suhu, kelembaban, dan turgor di kulit. Perubahan warna kulit yang terjadi seperti warna kebiruan yang menunjukkan adanya sianosis biasanya terjadi pada ujung kuku, ekstermitas, telinga, hidung, bibir, dan membran mukosa. Kepucatan pada wajah dan membran mukosa dapat berhubungan dengan kadar hemoglobin yang rendah atau hingga bisa terjadi syok. Pucat dan sianosis pada pasien yang menggunakan alat ventilator dapat terjadi akibat adanya hipoksemia. Penampakan warna kulit yang menguning pada pasien yang menggunakan respirator juga dapat terjadi akibat penurunan aliran darah portal karena penggunaan *packed red cells* (PRC) dalam jangka waktu yang lama. Pada pasien berkulit gelap, perubahan warna tersebut tidak terlihat terlalu jelas. Warna kulit yang kemerahan dapat menunjukkan adanya demam dan infeksi yang terjadi pada pasien. Integritas kulit dilakukan untuk penilaian ada tidaknya lesi dan dikubitus. Terdapat kesukaran beraktivitas yang dirasakan oleh pasien terjadi karena adanya kelemahan seperti kehilangan sensoris atau paralisis/hemiplegia, kelemahan ini pula dapat menyebabkan pasien lebih rentan mengalami masalah pada pola aktivitas dari istirahat (Muttaqin, 2011).

2.2.2 Karakteristik Responden Pasien dengan Trauma Kapitis

Beberapa karakteristik responden menurut suwaryo (2016) pada pasien trauma kapitis, diantaranya:

a. Jenis kelamin

bahwa pasien trauma kepala berat banyak terjadi pada laki-laki dikarenakan laki-laki memiliki aktivitas yang berisiko terhadap trauma

b. Pendidikan

Pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan dari seseorang, semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan akhirnya semakin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya ketika seseorang mempunyai tingkat pendidikan yang rendah, maka akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan, informasi dan nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

c. Pekerjaan

Dibandingkan dengan pegawai, proporsi kejadian trauma di bisnis/industri/konstruksi/pertanian lebih tinggi pada pekerja informal (petani, nelayan, dan buruh).

2.2.3 Jenis Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan merupakan bagian dari diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan dibagi menjadi dua yaitu diagnosis positif dan diagnosis negatif. Diagnosis positif akan membantu untuk memperlihatkan bahwa pasien dalam keadaan sehat dan mampu mencapai kondisi tubuh yang lebih sehat serta

optimal dari sebelumnya. Diagnosis positif terdapat masalah-masalah keperawatan terkait dengan promosi kesehatan. Diagnosis negatif ini bertujuan untuk memperlihatkan bahwa pasien berada dalam kondisi sakit atau pasien lebih berisiko akan mengalami sakit maka dari itu untuk penegakan diagnosis ini akan mengarahkan perawat untuk melakukan tahapan proses keperawatan berikutnya yaitu pemberian intervensi keperawatan yang bersifat pemulihan, penyembuhan, dan pencegahan. Diagnosis negatif ini terdapat masalah keperawatan aktual dan risiko (PPNI, 2017). Jenis-jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter *et al.*, 2017):

a. Diagnosis Aktual

Masalah ini akan menunjukkan atau memperlihatkan respon pasien pada kondisi kesehatan atau proses kehidupannya sehingga dapat menyebabkan pasien mengalami masalah kesehatan. Tanda atau gejala mayor dan minor juga dapat ditemukan dan divalidasi lebih lanjut pada pasien.

b. Risiko

Masalah ini akan menunjukkan atau memperlihatkan respon dari pasien pada kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan pasien berisiko untuk mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosis ini tidak adanya temuan tanda atau gejala mayor dan minor pada pasien, namun pasien memiliki faktor risiko mengalami masalah kesehatan.

c. Promosi Kesehatan atau *Wellness*

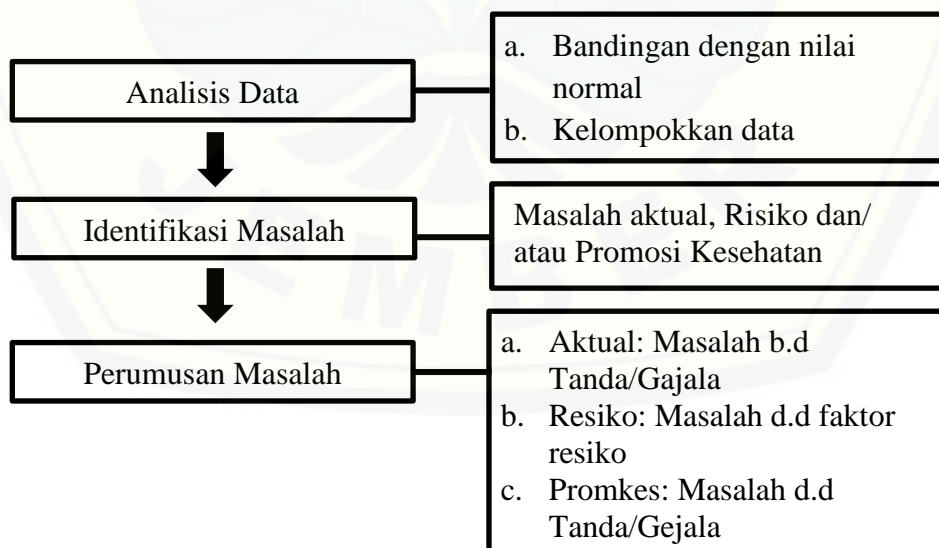
Masalah ini dapat ditegaskan untuk menunjukkan atau memperlihatkan bahwa pasien mulai bersemangat dan memiliki keinginan serta motivasi

kesembuhan pasien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya atau kesiapan pasien untuk mencapai kesehatan yang lebih baik dan optimal.

Untuk menyusun diagnosa keperawatan yang tepat dibutuhkan berbagai pengetahuan dan ketrampilan, diantaranya kemampuan dalam memahami beberapa masalah keperawatan, faktor yang menyebabkan masalah, batasan karakteristiknya, beberapa ukuran normal dari masalah tersebut, kemampuan dalam memahami mekanisme penanganan masalah, berpikir kritis, serta mengambil kesimpulan dari masalah (Aziz, 2006).

2.2.4 Proses penegakan masalah keperawatan

Proses dari penegakan suatu masalah keperawatan atau diagnosis (*diagnostic process*) yaitu proses yang sistematis dan memiliki tiga tahapan, yaitu analisis data, identifikasi masalah, dan perumusan diagnosis (PPNI, 2017)



Gambar 2.1 Tahap Proses Penegakan Diagnosis (*Diagnostic Process*)

(Potter dan Perry, 2010; Ackley *et al.*, 2017; Kozier *et al.*, 2018)

Bagi seorang perawat yang sudah memiliki pengalaman atau sudah ahli, proses ini dapat dilakukan secara simultan, namun pada perawat yang belum memiliki pengalaman yang memadai atau masih kurang ahli dalam melakukan penegakan diagnosis, maka perlu adanya pelatihan yang dilakukan secara rutin dan mulai membiasakan diri untuk melakukan proses penegakan diagnosis secara sistematis. Proses penegakan diagnosis dapat dijelaskan sebagai berikut:

1. Analisis Data

Analisis data ini dilakukan dengan beberapa tahapan antara lain:

a. Membandingkan data dengan nilai normal

Data yang diperoleh saat pengkajian kemudian akan dibandingkan dengan nilai normal dan identifikasi tanda atau gejala yang bermakna (*significant cues*).

b. Mengelompokkan data

Tanda atau gejala yang dianggap penting akan dikelompokkan sesuai dengan pola kebutuhan dasar meliputi respirasi, sirkulasi, nutrisi atau cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, seksualitas, nyeri atau kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan atau perkembangan, kebersihan diri, sumber informasi yang didapat, hubungan sosial, dan keamanan atau proteksi. Pengelompokan data juga dapat dilakukan secara induktif yaitu dengan memilah dengan benar data sehingga membentuk sebuah pola ataupun bisa juga dilakukan secara deduktif yaitu dengan menggunakan pengkategorian dalam pola kemudian mengelompokkan data sesuai dengan kategorinya.

2. Identifikasi Masalah

Setelah dilakukannya penganalisisan data, maka secara bersamaan perawat dan pasien akan melakukan pengidentifikasian masalah aktual, risiko, dan promosi kesehatan. Pernyataan masalah kesehatan akan merujuk ke label diagnosis keperawatan.

3. Perumusan Diagnosis Keperawatan

Perumusan atau penulisan diagnosis harus disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Menurut PPNI (2017) bahwa terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu:

a. Penulisan Tiga Bagian (*Three Part*)

Metode penulisan ini terdiri dari masalah, penyebab dan tanda atau gejala. Dan metode ini hanya dilakukan pada diagnosis aktual dengan formulasi sebagai berikut:

Masalah *berhubungan dengan* penyebab
dibuktikan dengan tanda/gejala

Atau dapat dituliskan dengan cara berikut:

Masalah *b.d* penyebab *d.d* tanda/gejala

Contoh penulisan :

Ketidakefektifan bersihan jalan berhubungan dengan benda asing dalam jalan ,
dibuktikan dengan, frekuensi berubah, batuk tidak efektif, sputum berlebih,
dispnea, dan gelisah.

b. Penulisan Dua Bagian (Two Part)

Metode penulisan ini biasanya dilakukan pada diagnosis risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formula sebagai berikut:

1) Diagnosis Risiko

Masalah *dibuktikan dengan faktor risiko*

Contoh penulisan diagnosis:

Risiko aspirasi dibuktikan dengan ketidakmatangan koordinasi menghisap, menelan dan ber.

2) Diagnosis Promosi Kesehatan

Masalah *dibuktikan dengan tanda/gejala*

Contoh penulisan diagnosis:.

Kesiapan peningkatan tidur dibuktikan dengan pasien ingin untuk meningkatkan tidur jumlah waktu tidur sesuai dengan pertumbuhan perkembangan

2.3 Dokumentasi Instalasi Gawat Darurat

2.3.1 Proses Dokumentasi Keperawatan

Langkah-langkah dalam proses keperawatan akan mengarah pada hasil spesifik. Karakteristik dari lima proses keperawatan yaitu pengumpulan data atau pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Rodashl & Kowalski, 2014).

Pengkajian primer akan dilakukan untuk menangani suatu masalah kesehatan yang mengancam jiwa yang harus segera dilakukan tindakan, sedangkan pengkajian sekunder bertujuan untuk mengidentifikasi semua penyakit atau masalah kesehatan yang berkaitan dengan keluhan pasien. Pengkajian yang dilakukan dengan cara terfokus dan berkesinambungan akan menghasilkan suatu data yang dibutuhkan untuk melakukan perawatan pada pasien dengan optimal. Dalam melakukan pengkajian ini dibutuhkan dalam kemampuan kognitif, psikomotor, interpersonal, etik, dan kemampuan untuk menyelesaikan masalah dengan baik dan benar. Perawat juga harus memastikan bahwa data yang dihasilkan tersebut harus dicatat dengan benar, dapat dijangkau, dan dikomunikasikan dengan petugas kesehatan yang lainnya. Tujuan pengkajian pasien ini merupakan untuk memberikan sebuah panduan pengkajian yang dapat diterapkan pada semua pasien yang dirawat di Instalasi Gawat Darurat (Kartikawati, 2011).

Setiap pasien harus dilakukan sebuah tindakan pemeriksaan dengan teliti untuk mengenali masalah kesehatan yang sedang dialami. Pengelolaan pasien berupa *primary survey*. Fokus pengkajian utama ini ialah *airway*, *breathing*, dan *circulation* (ABC). Perawat juga perlu menentukan apakah kondisi yang dialami pasien dapat mengancam jiwa atau tidak dan apakah perlu dilakukannya suatu tindakan segera atau tidak. Setelah kondisi mengancam jiwa dapat ditangani, perlu dilakukannya pengkajian sekunder. Pengkajian ini juga berdasarkan keluhan yang sedang dialami pasien, riwayat kesehatan, tingkatan gangguan yang terjadi, dan hasil pemeriksaan. Pengkajian yang spesifik dapat berhubungan dengan

perubahan fisiologis karena usia pasien juga perlu untuk disertakan dalam data pengkajian (Kartikawati, 2011).

Langkah kedua yang akan dilakukan dari proses keperawatan yaitu dengan mengidentifikasi masalah asuhan keperawatan atau dapat disebut diagnosis keperawatan yang berdasarkan analisis berbasis data. Selama pengumpulan data dan setelah pengumpulan data selesai pada saat pengkajian, setiap informasi harus diperiksa kembali secara kritis untuk menentukan relevansi terhadap masalah kesehatan pasien dan menentukan adakah hubungannya dengan informasi lainnya, pemeriksaan ini dilakukan melalui analisis data yang sistematis agar dapat ditarik kesimpulan mengenai masalah kesehatan pasien (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Perencanaan dari proses pengkajian ini yaitu pengembangan yang bertujuan untuk mencegah, mengurangi, atau mengatasi masalah dan mengidentifikasi intervensi keperawatan yang akan membantu pasien dalam memenuhi tujuan perencanaan. Cara untuk merealisasikan perencanaan ini dengan efektif yaitu menetapkan prioritas, menetapkan hasil yang diharapkan, dan memilih intervensi keperawatan yang akan menghasilkan rencana asuhan keperawatan (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Implementasi dari sebuah rencana keperawatan juga disebut sebagai pemberian intervensi keperawatan. Lakukan, informasikan, dan tuliskan merupakan frase dari tindakan implementasi. Asuhan keperawatan akan dilakukan dengan dan untuk pasien, hasil yang diinformasikan nantinya dengan cara berkomunikasi secara langsung dengan pasien dan anggota tim layanan kesehatan lainnya, secara individual atau dalam konferensi perencanaan yang telah diatur.

Informasi akan dituliskan dengan cara mendokumentasikannya sehingga penyedia layanan kesehatan selanjutnya akan dapat melakukan tindakan lanjutan dengan tujuan pemahaman perencanaan (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Evaluasi sangat dibutuhkan karena dengan ini perawat dapat menentukan pengukuran keefektifan dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, dan implementasi. Pasien merupakan fokus utama dari evaluasi. Langkah-langkah dalam mengevaluasi asuhan keperawatan yaitu dengan cara menganalisis respon balik dari pasien, mengidentifikasi faktor, kontribusi terhadap keberhasilan atau kegagalan, dan perencanaan untuk asuhan keperawatan di masa depan (Rosdahl & Kowalski, 2014).

Dokumentasi diperlukan dalam proses ini karena itu dokumentasi menjadi aspek yang penting. Ada beberapa jenis dokumentasi antara lain penilaian, intervensi, penilaian ulang, dan mencatat perawatan pasien gawat darurat pada waktunya. Penilaian pasien gawat darurat ini memerlukan usaha dari tim yang sistematis dan terkoordinasi dengan baik untuk memaksimalkan sumber daya dan memberikan perawatan terbaik untuk pasien (Kartikawati, 2011).

2.3.2 Contoh Dokumentasi di Ruang IGD

The image shows two pages of a medical emergency assessment form. The left page is titled 'ASSESSMENT AWAL PASIEN GAWAT DARURAT' and includes sections for 'PRIMARY SURVEY', 'Triage', and various vital signs and assessment points. The right page is titled 'PENANGANAN DAN PENILAIAN ULANG' and includes sections for 'Keputusan / Conclusion', 'Tindakan Lanjut / Further Action', and 'Tujuan / Objective'.

Gambar 2.4 Desain Formulir Assessment Awal Medis Gawat Darurat Lembar 1 (Deharja, 2017)

KUMAH SAKIT DAERAH BALUNG
 Jl. Rumpuq No. 19 Telp. (039) 421995-821877
 Tawang - Jember 68131

ASUNAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT

A. PRIMARY SURVEY

B. SECONDARY SURVEY

Assessment

Signature

Gambar 2.4 Desain Formulir Assessment Awal Medis Gawat Darurat Lembar 2 (Deharja, 2017)

2.4 Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis

2.4.1 Masalah keperawatan

Selain NANDA, beberapa acuan penegakan diagnosis/terminologi keperawatan internasional yang dipakai di berbagai negara diantaranya *clinical care classificatin (CCC)*, *systemized nomenclature of medicine clinical terms (SNOMED CT)*, *home health care classification (HHCC)*, *international classification of functioning, disability and health (ICF)*, *nursing diagnostic system of the centre for nursing and development and research (ZEFP)*, dan *omaha system* (Hardiker, Kim, Coenen, & Jansen, 2011). Instansi kesehatan lebih memilih menggunakan standar Internasional seperti NANDA yang telah dibakukan sebagai acuan penegakkan diagnosis keperawatan dan dalam menentukan masalah keperawatan (Company-Sancho, Estupinán-Ramírez, Sánchez-Janáriz, & Tristancho-Ajamil, 2017). Berikut ini masalah keperawatan yang sering muncul berdasarkan NANDA:

- a. Ketidakefektifan bersihan jalan
- b. Pola tidak efektif
- c. Perfusi jaringan serebral tidak efektif
- d. Gangguan mobilitas fisik
- e. Defisit volume cairan
- f. Ansietas
- g. Nyeri akut
- h. Risiko cedera
- i. Risiko infeksi

j. Risiko kerusakan integritas kulit

(Soetomo, 2002; Brain 2009).

2.4.2 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dapat direncanakan pada pasien trauma kapitis dengan salah satu masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral sebagaimana terdapat tabel di bawah ini.

Tabel 2.2 Intervensi Keperawatan pada Pasien Trauma Kapitis dengan Masalah Keperawatan Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Serebral.

Diagnosis Keperawatan Nanda	Hasil yang Dicapai NOC	Intervensi NIC
Ketidakefektifan Perfusi jaringan serebral	Perfusi jaringan: Serebral 1. Mempertahankan atau meningkatkan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik atau sensorik 2. Mendemonstrasikan tanda vital stabil dan tidak ada tanda peningkatan tekanan intrakranial	Pemantauan Neurologis: Independen 1. Tentukan faktor yang berhubungan dengan situasi individual, penyebab koma atau penurunan perfusi jaringan serebral dan potensial peningkatan tekanan intra kranial 2. Pantau dan dokumentasikan status neurologis dengan sering dan bandingkan dengan nilai dasar 3. Pantau GCS setiap 48 jam pertama evaluasi pembukaan mata, kaji respon verbal, kaji respon motorik 4. Pantau tanda-tanda vital: tekanan darah, pantau hipotensi, pantau irama jantung, pantau pernapasan 5. Evaluasi pupil, catat ukuran, bentuk, kesamaan, dan reaktivitas terhadap cahaya 6. Kaji posisi dan gerakan mata, catat apakah ada di posisi tengah ataukah menyimpang kesalah satu sisi atau turun ke bawah, catat terjadinya kehilangan reflek mata

boneka atau reflek okulosefalik

7. Catat ada atau tidaknya refleks berkedip, batuk, muntah dan babinski

Peningkatan Perfusi Serebral: Independen

1. Pantau suhu dan atur suhu lingkungan, sesuai indikasi. Batasi penggunaan selimut, beri mandi air hangat jika terjadi demam. Balut ekstermitas menggunakan selimut jika digunakan selimut hipotermia
 2. Pantau asupan dan haluaran, timbang sesuai indikasi, catat turgor kulit dan status membran mukosa
 3. Pertahankan kepala dan leher dalam posisi di tengah atau dalam posisi netral. Topang dengan gulungan handuk kecil dan bantal besar. Periksa posisi dan ketepatan kolar servikal atau tali trakeostomi jika di gunakan.
 4. Beri periode istirahat antara aktivitas asuhan dan batasi durasi prosedur
 5. Bantu pasien menghindari atau membatasi batuk, muntah dan mencejan. Posisikan pasien secara perlahan cegah pasien menekuk lutut dan menekankan tumit ke kasur untuk menaikkan tubuh ke bagian kepala tempat tidur
 6. Hindari atau batasi penggunaan restrain
 7. Batasi jumlah dan durasi pelaksanaan penghisapan (*suctioning*)
 8. Dorong orang dekat untuk berbicara pada pasien
 9. Investigasi peningkatan gelisah, mengerang, dan perilaku melindungi bagian tubuh yang sakit
-

-
10. Palpasi distensi kandung kemih, pertahankan kepatenan drainase kemih jika di gunakan, pantau konstipasi
 11. Observasi aktivitas kejang dan lindungi pasien dari trauma
-

2.4.3 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah tahap ketika perawat mengaplikasikan rencana asuhan keperawatan kedalam bentuk intervensi keperawatan guna membantu pasien mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kemampuan yang harus dimiliki perawat pada tahap implementasi adalah kemampuan komunikasi yang efektif, kemampuan untuk menciptakan hubungan saling percaya dan saling bantu, kemampuan melakukan teknik psikomotor, kemampuan melakukan observasi sistematis, kemampuan memberikan pendidikan kesehatan, kemampuan advokasi, dan kemampuan evaluasi.

Untuk melakukan perawatan pada pasien trauma kapitis sedang dengan masalah keperawatan risiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral yaitu memposisikan head up 15-30° sangat efektif menurunkan tekanan intrakranial tanpa menurunkan nilai CPP dengan kata lain posisi tersebut tidak merubah dan mengganggu perfusi oksigen ke serebral (Kusuma, 2012 dalam Heri, 2016).

2.4.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan terencana antara hasil akhir yang teramati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Evaluasi dilakukan

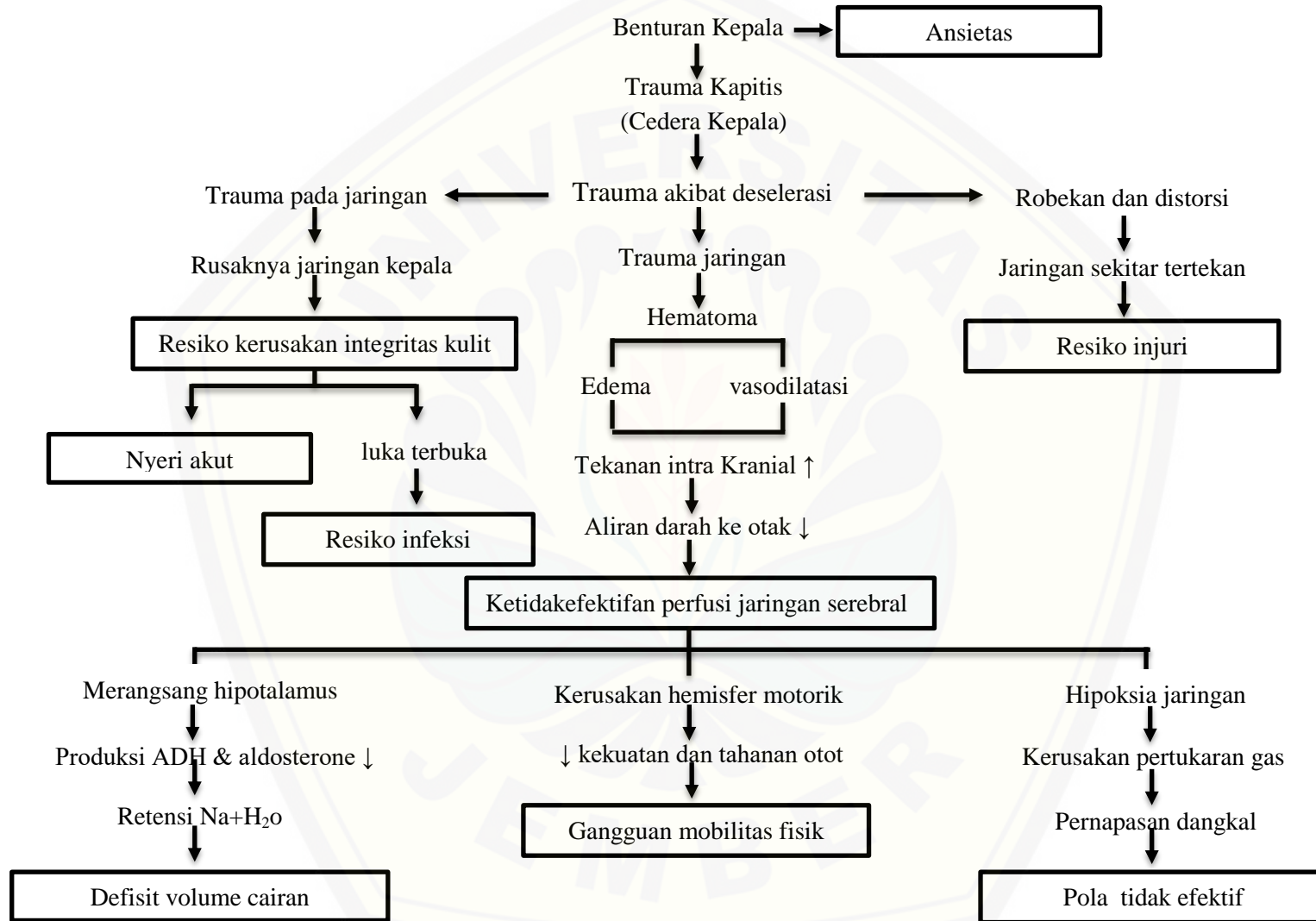
secara bersinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lainnya. Jika hasil evaluasi menunjukkan tercapainya tujuan dan kriteria hasil, pasien bisa keluar dari siklus proses keperawatan. Jika sebaliknya, pasien akan masuk kembali ke dalam siklus tersebut mulai dari pengkajian ulang (reassessment).

- a. Mempertahankan atau meningkatkan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik atau sensorik.
- b. Mendemonstrasikan tanda vital stabil dan tidak ada tanda peningkatan tekanan intrakranial.

Masalah keperawatan lain yang mungkin muncul menurut Rendi dan Margareth (2012) adalah sebagai berikut.

- a. Ketidakefektifan pola sehubungan dengan depresi pada pusat otak
- b. Gangguan mobilitas fisik sehubungan dengan penurunan kesadaran (soporossomnolen)
- c. Defisit volume cairan sehubungan dengan retensi natrium dan air
- d. Risiko terjadi gangguan integritas kulit sehubungan dengan immobilisasi, tidak adekuatnya sirkulasi perifer.
- e. Risiko cedera sehubungan dengan adanya robekan dan distorsi

2.4.5 Pathway



Gambar 2.6 Pathway

(Soetomo, 2002; Brain 2009)

2.4.6 Gambaran Masalah keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis

Langkah-langkah dalam proses keperawatan akan mengarah pada hasil spesifik. Karakteristik dari lima proses keperawatan yaitu pengumpulan data atau pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Rodashl & Kowalski, 2014). Dalam diagnosis keperawatan terdapat masalah keperawatan yang diputuskan dari masalah-masalah kesehatan yang terjadi pada pasien. Keputusan yang diambil seorang perawat dengan beberapa pertimbangan yaitu masalah aktual, risiko dan promosi kesehatan atau *wellness* (Carpenito, 2013; potter *et al.*, 2017).

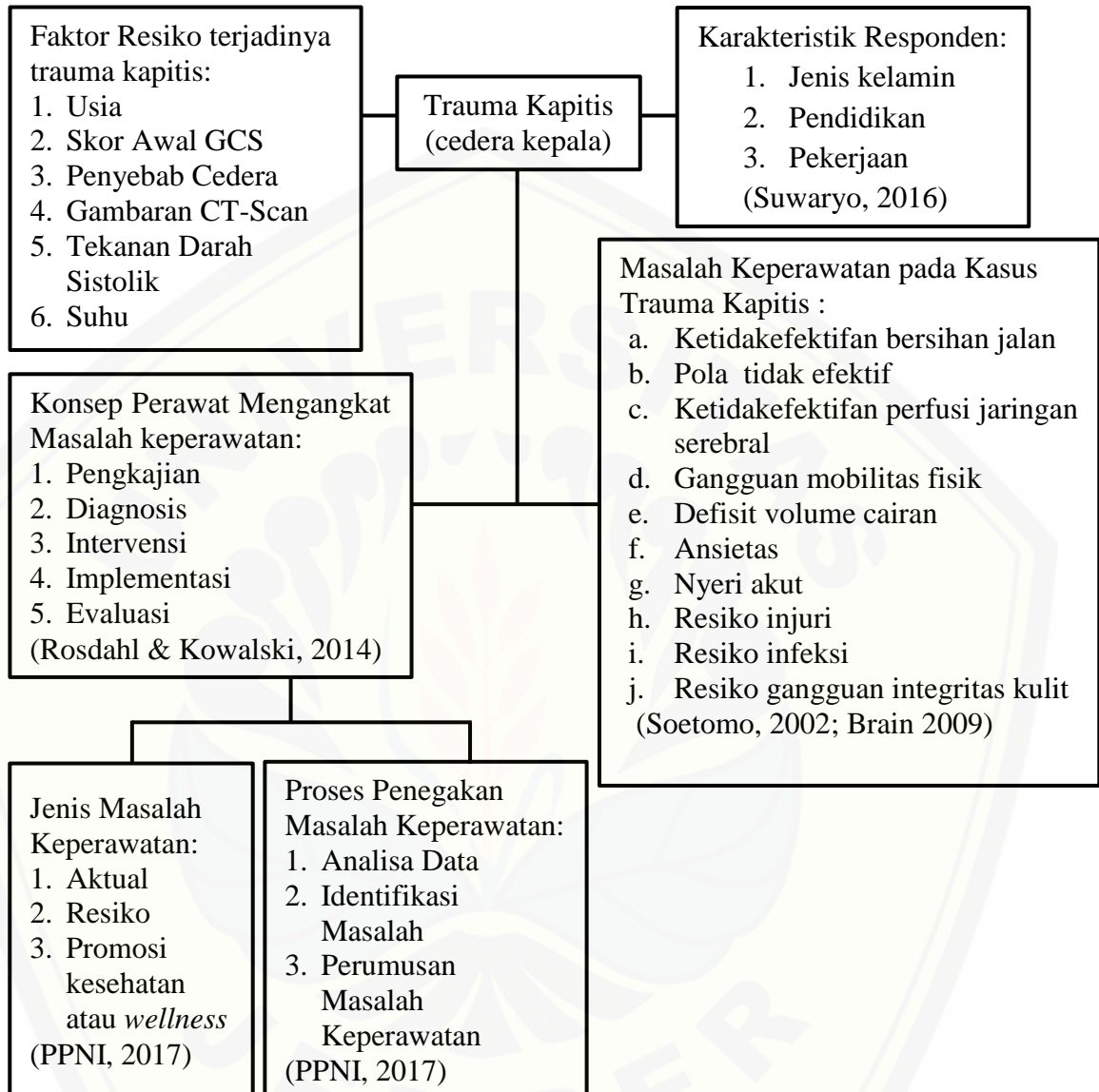
Masalah-masalah keperawatan terutama pada kasus trauma kapitis berbeda-beda sesuai faktor yang mempengaruhi terjadinya trauma kapitis. Menurut penelitian Muhammad Nasir (2012) menyimpulkan terjadi perbedaan pada penatalaksanaan truma kapitis sedang antara teori dan realita pada Ny A pada saat dilakukan tindakan keperawatan. Dengan hal ini sangatlah penting bagi perawat terkait masalah keperawatan yang dapat menjadi standarisasi pada kasus trauma kapitis.

Berdasarkan teori menurut *NICE Clinical Guideline* (2007) menyatakan bahwa penanganan gawat darurat pada pasien trauma kapitis adalah pertama, memprioritaskan kondisi jalan napas, pernapasan dan sirkulasi udara dibanding luka-luka lainnya. Kedua, memeriksa luka-luka yang ada terutama luka pada kepala dengan segala risiko yang ada, termasuk dilakukan CT-Scan, ketiga. Dilakukan pemeriksaan kesadaran dengan GCS untuk mengetahui kondisi berat ringan trauma kepalanya. Adapun teori lainnya ialah setiap pasien yang

mengalami trauma kapitis harus dilakukan penilaian GCS untuk mengetahui tingkat kesadaran dan penanganan selanjutnya, termasuk melakukan CT-scan atau rontgen untuk mengetahui adanya kelainan pada kepala pasien (otak) dan fisik pasien, seperti risiko adanya trauma tulang (Scottish, 2009). Dari teori tersebut terdapat beberapa masalah keperawatan yang dapat disesuaikan sehingga tercapainya intervensi atau tindakan dari suatu proses keperawatan.



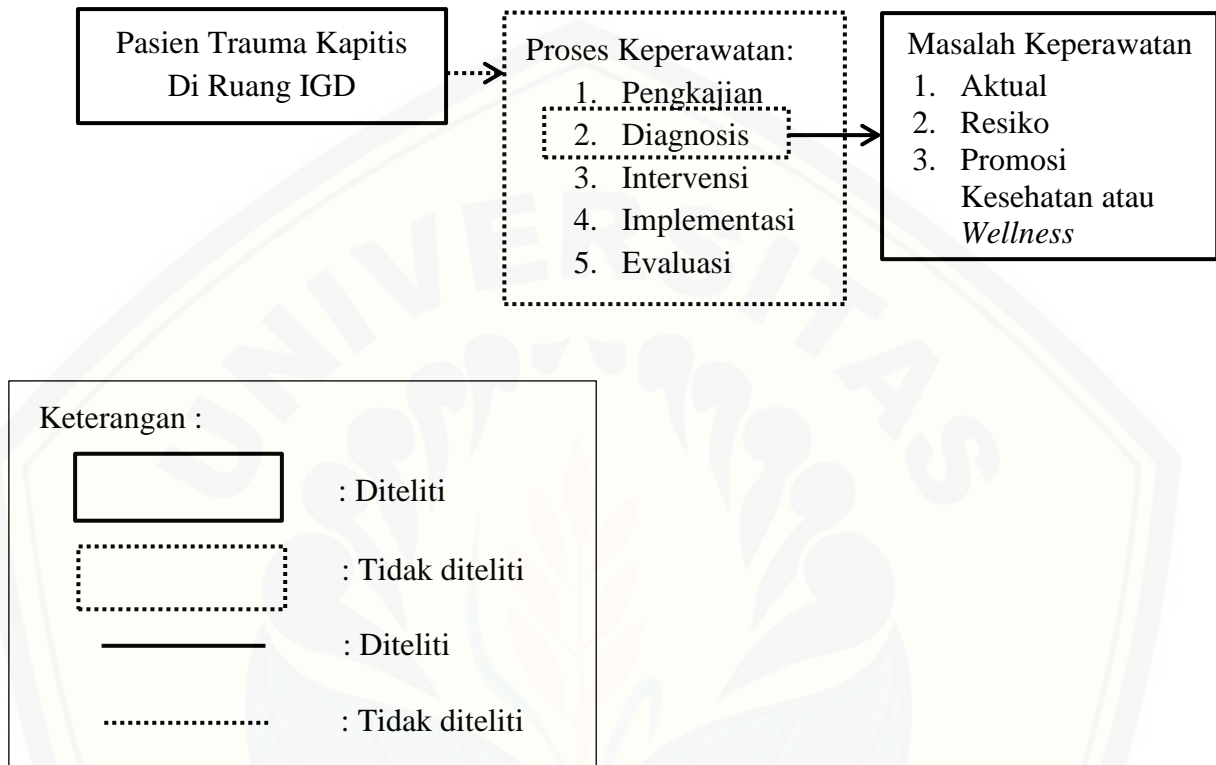
2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.7 Kerangka Teori

BAB. 3 KERANGKA KONSEP

Kerangka Konsep



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 Hipotesa

Tidak ada hipotesa yang dicantumkan dalam penelitian ini.

BAB. 5 HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1 Hasil Penelitian

Pada bab ini akan diuraikan hasil penelitian ini berupa frekuensi dan persentase yang terdiri dari karakteristik pasien trauma kapitis, masalah keperawatan, dan analisis masalah keperawatan pada pasien trauma kapitis. Berikut ini merupakan hasil dari pengolahan data yang di distribusikan berupa tabel sehingga diharapkan memudahkan pembaca dalam memahami hasil penelitian ini.

5.1.1 Karakteristik Pasien Trauma Kapitis

Karakteristik pasien dalam penelitian ini meliputi beberapa data yang diambil terkait dengan usia, jenis kelamin dan, skor awal GCS pada pasien trauma kapitis dapat dilihat pada tabel 5.1.

Tabel 5.1 Persentase gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis berdasarkan karakteristik di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember (n=96)

Karakteristik	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
<18	15	15,6
18-40	52	54,2
41-55	19	19,8
56-65	10	10,4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	55	74,2
Perempuan	41	25,8
Skor Awal GCS		
>13	72	75,0
9-13	21	21,9
<9	3	3,1

Sumber: Data Sekunder Rekam Medik 2018-2019

Berdasarkan tabel 5.1 data yang di dapatkan bahwa jumlah responden trauma kapitis dilihat berdasarkan usia di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember terbanyak adalah kelompok usia (18-40) tahun sebanyak 52 orang (54,2%). Berdasarkan jenis kelamin terbanyak pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 55 orang (74,2%) dan perempuan sebanyak 41 orang (25,8%). Berdasarkan skor awal GCS terbanyak pada skor (>13) sebanyak 72 orang (75,0%) dan paling sedikit adalah pada skor (<9) sebanyak 3 orang (3,1%).

5.1.2 Masalah Keperawatan Pasien Trauma Kapitis

Masalah keperawatan pasien trauma kapitis dalam penelitian ini ditemukan dalam satu pasien dapat menggunakan semua masalah keperawatan pada masalah aktual ketidakefektifan bersihan jalan , pola tidak efektif, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, defisit volume cairan, ansietas, dan nyeri akut. Serta masalah keperawatan risiko yaitu risiko cedera, risiko infeksi, dan risiko kerusakan integritas kulit seperti yang tercantum pada tabel 5.2

Tabel 5.2 Persentase gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis berdasarkan masalah keperawatan di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember (n=96)

Masalah Keperawatan	Frekuensi	Persentase (%)
Ketidakefektifan bersihan jalan	7	7,3
Pola tidak efektif	13	13,5
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	32	33,3
Gangguan mobilitas fisik	5	5,2
Defisit volume cairan	33	34,4
Ansietas	88	91,7
Nyeri akut	95	99,0
Risiko cedera	27	28,1
Risiko infeksi	57	59,4
Risiko kerusakan integritas kulit	60	62,5

Sumber: Data Sekunder Rekam medik 2018-2019.

Berdasarkan tabel 5.2 menunjukkan bahwa responden trauma kapitis dilihat berdasarkan masalah keperawatan di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember dari jumlah sampel 96 rekam medis terbanyak adalah pada masalah keperawatan aktual yaitu nyeri akut sebanyak 95 orang (99,0%), lalu peringkat kedua dengan masalah keperawatan ansietas sebanyak 88 orang (91,7%), dan yang paling sedikit dengan masalah keperawatan aktual hambatan mobilitas fisik yaitu 5 orang (5,2%). Lalu untuk masalah keperawatan risiko terbanyak yaitu risiko kerusakan integritas kulit 60 orang (62,5%).

5.1.3 Analisis Masalah Keperawatan dengan Karakteristik Pasien Trauma Kapitis

Analisis tabulasi silang merupakan analisis korelasional ini meliputi masalah keperawatan dengan karakteristik yang ada yaitu usia, jenis kelamin dan skor awal GCS seperti tabel 5.3, tabel 5.4 dan tabel 5.5.

Tabel 5.3 Analisis masalah keperawatan dengan usia kasus trauma kapitis di ruang IGD RSD Balung Kabupaten Jember (n=96)

Masalah Peperawatan	Usia							
	<18		18-40		41-55		56-65	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ketidakefektifan bersihan jalan	1	1,0	4	4,2	2	2,1	0	0
Pola tidak efektif	2	2,1	7	7,3	3	3,1	1	1,0
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	4	4,2	18	18,8	7	7,3	3	3,1
Gangguan mobilitas fisik	1	1,0	3	3,1	1	1,0	0	0
Defisit volume cairan	6	6,3	19	19,8	6	6,3	2	2,1
Ansietas	12	12,5	48	50,0	19	19,8	9	9,4
Nyeri akut	15	15,6	51	53,1	19	19,8	10	10,4
Risiko cedera	4	4,2	13	13,5	8	8,3	2	2,1
Risiko infeksi	10	10,4	31	32,3	13	13,5	3	3,1
Risiko kerusakan integritas kulit	10	10,4	31	32,3	13	13,5	6	6,3

Sumber: Data Sekunder Rekam medik 2018-2019.

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa responden masalah keperawatan dengan usia pada kasus trauma kapitis di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember dari jumlah sampel 96 rekam medis, masalah keperawatan yang sering digunakan pada rentang usia (18-40) tahun adalah nyeri akut yaitu 51 orang (53,1%).

Tabel 5.4 Analisis masalah keperawatan dengan jenis kelamin pada kasus trauma kapitis di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember (n=96)

Masalah Peperawatan	Jenis Kelamin			
	Laki-laki		Perempuan	
	n	(%)	n	(%)
Ketidakefektifan bersihan jalan	4	4,2	3	3,1
Pola tidak efektif	6	6,3	7	7,3
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	14	14,6	18	18,8
Gangguan mobilitas fisik	3	3,1	2	2,1
Defisit volume cairan	15	15,6	18	18,8
Ansietas	52	54,2	36	37,5
Nyeri akut	54	56,3	41	42,7
Risiko cedera	15	15,6	12	12,5
Risiko infeksi	31	32,3	26	27,1
Risiko kerusakan integritas kulit	33	34,4	27	28,1

Sumber: Data Sekunder Rekam medik 2018-2019.

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwa responden masalah keperawatan dengan jenis kelamin pada kasus trauma kapitis di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember dari jumlah sampel 96 rekam medis, masalah keperawatan yang sering digunakan pada laki-laki adalah nyeri akut yaitu 54 orang (56,3%) lalu sama dengan perempuan dengan masalah keperawatan nyeri akut yaitu 41 orang (42,7%).

Tabel 5.5 Crosstab masalah keperawatan dengan skor awal *Glasgow Coma Scale* (GCS) pada kasus trauma kapitis di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember (n=96)

Masalah keperawatann	Skor Awal GCS					
	<9		9-13		>13	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ketidakefektifan bersihan jalan	3	3,1	3	3,1	1	1,0
Pola tidak efektif	3	3,1	2	2,1	8	8,3
Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral	3	3,1	11	11,5	18	18,8
Gangguan mobilitas fisik	3	3,1	1	1,0	1	1,0
Defisit volume cairan	3	3,1	7	7,3	23	24,0
Ansietas	3	3,1	20	20,8	65	67,7
Nyeri akut	2	2,1	21	21,9	72	75,0
Risiko cedera	3	3,1	9	9,4	15	15,6
Risiko infeksi	3	3,1	13	13,5	41	42,7
Risiko kerusakan integritas kulit	3	3,1	13	13,5	44	45,8

Sumber: Data Sekunder Rekam medik 2018-2019.

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwa responden masalah keperawatan dengan skor awal *Glasgow Coma Scale* (GCS) pada kasus trauma kapitis di ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember dari jumlah sampel 96 rekam medis, masalah keperawatan yang sering digunakan pada trauma kapitis berat (TKB) dengan skor awal GCS (<9) yaitu 3 orang (3,1%) rata-rata menggunakan seluruh masalah keperawatan seperti ketidakefektifan bersihan jalan, pola tidak efektif, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, defisit volume cairan, ansietas, nyeri akut, risiko cedera, risiko infeksi, dan risiko kerusakan integritas kulit.

Selanjutnya pada kasus trauma kapitis sedang (TKS) dengan skor awal GCS (9-13) yaitu sering menggunakan masalah keperawatan aktual terutama nyeri akut 21 orang (21,9%), Sedangkan untuk trauma kapitis ringan (TKR) dengan skor awal GCS (>13) yaitu sering menggunakan masalah keperawatan aktual terbanyak adalah nyeri akut 72 orang (75,0%), dengan paling sedikit adalah

ketidakefektifan bersihan jalan dan hambatan mobilitas fisik memiliki persentase sama yaitu 1 orang (1,0%).

5.2 Pembahasan Penelitian

5.2.1 Gambaran Karakteristik Pasien Trauma Kapitis

Menurut penelitian yang dilakukan Rofi'i, (2019) trauma kapitis terbanyak pada usia rentang (11-20) tahun sebanyak 21 orang (23,6%). Pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 66 orang (74,2%). Namun pada penelitian lain di IGD RS Manado pada tahun 2017 oleh Habibie dkk, dengan hasil trauma kapitis terbanyak dialami oleh laki-laki sejumlah 29 orang (76,3%). Hal ini juga sama seperti penelitian yang dilakukan oleh Asyrofi (2018) di IGD RSUD Dr. H. Abdul Moeloek dengan sebanyak 160 pasien dengan trauma kapitis ringan (TKR) yaitu (68,8%), trauma kapitis sedang (TKS) yaitu (21,9%), dan untuk trauma kapitis berat (TKB) yaitu (9,4%). Kejadian seperti trauma kapitis seperti penelitian-penelitian sebelumnya juga telah menyatakan jika usia produktif pada rentang tersebut memiliki psikologi seperti kepercayaan diri yang megebu-gebu dibandingkan usia yang lain (Nugroho dkk, 2016). Kesadaran dalam berkendara dalam memakai alat pelindung diri atau keselamatan berkendara juga menjadi pengaruh terjadinya trauma kapitis (Supardi, 2002; Awaloi *et al*, 2016)

Peneliti menyimpulkan jika semakin seringnya aktivitas dan mobilisasi yang dilakukan setiap orang maka risiko yang akan dapat terjadi akan lebih besar. Bawasannya laki-laki dominan terhadap perempuan dalam beraktifitas sehingga rentang terhadap trauma kapitis dikarenakan aktivitas di bidang pekerjaannya

mengendarai sepeda motor, pekerja material, dan lain-lain. Hal ini membuktikan lebih banyak pasien yang mengalami trauma kapitis ringan (TKR) dibandingkan trauma kapitis lainnya. Maka dari itu, mengapa TKR lebih banyak dibandingkan yang lainnya karena setiap orang seringkali tidak menghiraukan risiko yang kecil sehingga banyak sekali mengabaikan terjadinya kecelakaan yang mengakibatkan trauma kapitis ringan (TKR).

5.2.2 Gambaran Trauma Kapitis Berdasarkan Masalah Keperawatan

Masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis sangatlah berbeda-beda dengan hasil penelitian yang di dapat untuk masalah keperawatan aktual nyeri akut terbanyak yaitu 95 orang (99,0%), lalu peringkat kedua dengan masalah keperawatan yaitu ansietas sebanyak 88 orang (91,7%), selanjutnya untuk masalah keperawatan risiko terbanyak risiko kerusakan integritas kulit yaitu 60 orang (62,5%). Trauma kapitis dapat menyebabkan berbagai defisit neurologis trauma karena dipengaruhi oleh peningkatan TIK akibat adanya pendarahan, baik bersifat intrakranial, hematoma, subdural hematoma, dan epidural hematoma (Muttaqin, 2011). Sistem saraf terbagi menjadi 2 yaitu sistem saraf pusat dan sistem saraf tepi. Sistem saraf pusat terdiri dari otak dan sumsum tulang belakang. Di otak terdapat batang otak yang persyarafannya terhubung langsung ke sumsum tulang belakang. Di dalam sumsum tulang belakang terdapat saraf sensorik, saraf motorik dan saraf penghubung yang fungsinya sebagai penghantar impuls dari otak dan ke otak serta sebagai pengatur gerak refleks. Sehingga rasa nyeri timbul akibat respon saraf yang menerima rasa nyeri baik dari dalam maupun dari luar

tubuh lalu membawa sensasi tersebut ke dalam otak (Bahrudin, 2017). Sesuai dengan studi kasus yang dilakukan oleh Wibowo (2012) mengatakan jika faktor-faktor fisiologis dan kognitif berinteraksi dengan faktor-faktor neurofisiologis sehingga dapat mempresepsikan nyeri sebagai keluhan utama pasien. Nyeri merupakan alasan tersering yang dikeluhkan pasien ketika berobat, banyak institusi sekarang menyebut nyeri sebagai tanda vital kelima (*fifth vital sign*), dan mengelompokkannya bersama tanda-tanda klasik seperti: suhu, nadi, dan tekanan darah (Bahrudin, 2017). Kecemasan pada data diatas terjadi karena dianggap suatu penyakit yang menakutkan dan mempunyai dampak negatif yang kompleks terhadap kelangsungan kualitas hidup individu. Kecemasan terjadi karena seseorang merasa terancam baik secara fisik maupun psikologis seperti: harga diri, ideal diri, *body image*, atau identitas diri (Smeltzer, 2002).

Maka dari itu peneliti berkesimpulan jika masalah keperawatan aktual nyeri akut sering menjadi keputusan utama oleh seorang perawat terutama di IGD dikarenakan nyeri pada trauma kapitis disebabkan karena adanya respon saraf. Lalu dengan adanya respon nyeri mengakibatkan ketakutan akan dampak yang terjadi sehingga timbul masalah keperawatan ansietas pada pasien. Melihat dari hasil serta teori yang didapatkan masalah keperawatan aktual yang menjadi standar asuhan bagi seorang perawat. Menurut data yang sering digunakan ketika ada pasien diagnosa medis trauma kapitis yaitu dapat menggunakan masalah keperawatan nyeri akut, ansietas, resiko kerusakan integritas kulit, resiko infeksi, dan defisit volume cairan.

5.2.3 Analisis Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis

Pada hasil yang telah diketahui pada masalah keperawatan yang sering digunakan pada rentang usia (18-40) tahun adalah nyeri akut yaitu 51 orang (53,1%). Masalah keperawatan dengan jenis kelamin yang sering digunakan masalah keperawatan aktual nyeri akut yaitu laki-laki sebanyak 54 orang (56,3%) dan pada perempuan 41 orang (42,7%). pada masalah keperawatan dengan skor awal GCS didapatkan hasil masalah keperawatan yang sering digunakan pada trauma kapitis berat (TKB) dengan skor awal GCS (<9) yaitu 3 orang (3,1%) dikarenakan pada pasien TKB tingkat mengancam jiwa sangatlah tinggi, sehingga masalah keperawatan aktual dan risiko dilakukan secara merata tidak ada yang mendominasi. Masalah keperawatan yang sering digunakan yaitu ketidakefektifan bersihan jalan , pola tidak efektif, ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, gangguan mobilitas fisik, defisit volume cairan, ansietas, nyeri akut risiko cedera, risiko infeksi, dan risiko kerusakan integritas kulit.

Namun pada skor awal GCS trauma kapitis sedang (TKS) dengan skor awal GCS (9-13) yaitu sering menggunakan masalah keperawatan aktual terutama nyeri akut 21 orang (21,9%), masalah keperawatan risiko sering digunakan risiko kerusakan integritas kulit dan risiko infeksi yaitu 13 orang (13,5%). Sedangkan untuk trauma kapitis ringan (TKR) dengan skor awal GCS (>13) yaitu sering menggunakan masalah keperawatan aktual terbanyak adalah nyeri akut 72 orang (75,0%), masalah keperawatan risiko lebih dominan risiko kerusakan integritas kulit yaitu 44 orang (45,8%).

Menurut Depkes RI (2009) usia memiliki peranan penting dalam mempresepsikan rasa nyeri. Pasien dewasa memiliki respon berbeda terhadap nyeri dibandingkan lansia. Sedangkan secara teori nyeri adalah respons terhadap impuls dari nervus perifer dari jaringan yang rusak atau berpotensi rusak. Dimana saraf tersebut dapat di pengaruhi oleh tingkatan usia pada usia lanjut (lansia) saraf perifer yang bertanggung jawab untuk menghubungkan sumsum tulang belakang dengan otak juga terdegradasi, yang menyebabkan refleks menjadi lambat. Sistem saraf pusat menunjukkan penurunan sel selnya berkurang akibat penuaan. Pengurangan volume dan massa otak pada penuaan yang normal tidak hanya diakibatkan oleh hilangnya jumlah neuron, tetapi juga karena adanya perubahan di dalam neuron: berkurangnya cabang-cabang neuron (spina dendrit), pengurangan kerapatan sinapsis, dan merosotnya lapisan myelin yang melapisi akson pada neuron (Nugroho & Nelson, 2008).

Pada jenis kelamin yang disebabkan oleh pengaruh hormon seks, yaitu estrogen dan testosteron, berpengaruh terhadap perbedaan kemampuan menahan nyeri antara laki-laki dan perempuan. Selama siklus menstruasi, perempuan lebih sering merasakan sakit atau nyeri yang biasa muncul pada sebelum, saat, atau setelah menstruasi. Penelitian yang dilakukan oleh *Stanford University School of Medicine* oleh Atul Butte (2012) menyatakan jika perempuan mengalami rasa sakit yang lebih besar dibandingkan laki-laki. Perempuan lebih sering merasakan nyeri sehingga bisa mengatasinya dengan lebih efektif dan lebih mampu menahan rasa sakit serta toleransi terhadap nyeri yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Trauma kapitis akan mengalami defisit neurologi yang akan merespon nyeri yang

akan semakin buruk, yang bisa dinilai menggunakan skor GCS (Joseph *et al.*, 2015).

Maka dari itu peneliti menyimpulkan jika usia dengan masalah keperawatan nyeri memiliki keterkaitan cukup jelas semakin bertambahnya usia respon nyeri semakin berkurang maka dari itu usia muda dapat dikatakan lebih baik dari pada lanjut usia. Jenis kelamin pada masalah keperawatan aktual yaitu nyeri akut dapat di pengaruhi oleh jenis kelamin berdasarkan pengalaman nyeri pada perempuan lebih banyak dari pada laki-laki. Semakin kecil nilai skor GCS yaitu (<9) atau TKB, pasien maka masalah keperawatan yang digunakan akan merata dalam kata lain masalah keperawatan aktual maupun risiko menjadi sebuah keputusan mutlak bagi perawat. Namun jika skor awal GCS pasien (9-13) dan (>13) masalah keperawatan yang di ambil akan berbeda-beda sesuai dengan tingkat keparahan pasien trauma kapitis.

5.3 Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa terdapat keterbatasan dalam pelaksanaannya. Peneliti hanya melakukan penelitian pada pasien yang berada di ruang IGD saja. Kemungkinan pada ruang rawat inap serta ruang perawatan lain berbeda dengan hasil yang didapatkan saat ini. Peneliti tidak mengidentifikasi faktor lain yang dapat mempengaruhi masalah keperawatan trauma kapitis seperti suhu, tekanan darah sistolik, dan gambaran CT-Scan. Lalu dalam pengambilan data rekam medik dalam penelitian ini ada nomer rekam medik yang tidak tercantum

sehingga data tidak dapat diambil, dalam hal ini dapat mempengaruhi sampel yang di dapatkan oleh peneliti.

5.4 Implikasi Keperawatan

Proses keperawatan dimulai ketika pasien masuk ke Rumah Sakit, terutama diawal penanganan ketika berada di IGD. Identifikasi pasien melalui pengkajian dan pemeriksaan fisik yang tepat menggambarkan kondisi pasien trauma kapitis pada saat itu dan menentukan jenis tindakan yang cepat dan tepat. Masalah keperawatan merupakan analisis dari perawat terhadap masalah kesehatan yang terjadi pada pasien, dengan adanya standarisasi masalah keperawatan dapat mempermudah proses keperawatan selanjutnya.

BAB. 6 PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil dan pembahasan pada penelitian ini yang telah dilakukan di RSD Balung Kabupaten Jember dengan sebanyak 96 sampel, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Gambaran karakteristik responden yang pertama usia terbanyak adalah kelompok usia (18-40) tahun sebanyak 52 orang (54,2%), pada jenis kelamin laki-laki sebanyak 55 orang (74,2%), pada skor (>13) sebanyak 72 orang (75,0%). Kasus trauma kapitis didominasi oleh usia produktif pada laki-laki dengan diagnosis medis TKR.
2. Gambaran masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis yaitu pada masalah keperawatan aktual yaitu nyeri akut sebanyak 95 orang (99,0%), masalah keperawatan risiko terbanyak yaitu risiko kerusakan integritas kulit 60 orang (62,5%).
3. Gambaran masalah keperawatan dengan karakteristik responden yaitu pada masalah keperawatan yang sering digunakan pada rentang usia (18-40) tahun adalah nyeri akut yaitu 51 orang (53,1%). Lalu masalah keperawatan yang sering digunakan pada laki-laki adalah nyeri akut yaitu 54 orang (56,3%). Dan masalah keperawatan yang sering digunakan pada trauma kapitis berat (TKB) dengan skor awal GCS (<9) yaitu 3 orang (3,1%) memiliki masalah keperawatan aktual dan risiko dilakukan secara merata tidak ada yang mendominasi. Trauma kapitis sedang (TKS) dengan skor awal GCS (9-13) yaitu sering menggunakan masalah keperawatan aktual terutama nyeri akut

21 orang (21,9%). Trauma kapitis ringan (TKR) dengan skor awal GCS (>13) yaitu sering menggunakan masalah keperawatan aktual terbanyak adalah nyeri akut 72 orang (75,0%).

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Instansi RSD Balung

Institusi dapat memperjelas data pasien masuk dalam IGD sehingga dalam pencarian data rekam medik dapat lebih mudah. Perawat dapat memperjelas dalam pendokumentasian hal masalah keperawatan yang akan diputuskan kepada pasien.

6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Peneliti selanjutnya sebaiknya memperluas kembali terkait karakteristik yang dapat mempengaruhi masalah keperawatan pada kasus trauma kapitis. Dan dapat mencari faktor hubungan antara karakteristik tersebut dengan masalah keperawatan yang terjadi pada pasien trauma kapitis.

6.2.3 Bagi Institusi pendidikan

Bagi institusi pendidikan keperawatan diharapkan hasil dari penelitian ini memberi wawasan dan bahan pembelajaran mengenai masalah keperawatan yang di gunakan dalam keputusan perawat pada kasus trauma kapitis.

DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, B. J., G. B. Ladwig, dan M. B. F. Makic. 2017. *Nursing Diagnosis Handbook: An Evidence-Based Guide to Planning Care*. Edisi 11th Editi. St Louis: Elsevier.
- Anurogo, D., dan F. S. Usman. 2014. *45 Penyakit dan Gangguan Syaraf*. Yogyakarta : Pustaka Ea.
- Asyrofi, M. Z. 2018. Hubungan Skor Glasgow Coma Scale (GCS) Dengan Jumlah Trombosit Pada Pasien Cedera Kepala Di Igd Rsud Dr. H. Abdul Moeloek. *Skripsi*. Bandar Lampung: Fakultas Kedokteran Univesitas Lampung.
- Awaloei, A. C., N. T. S. Mallo, dan D. Tomuka. 2016. Gambaran cedera kepala yang menyebabkan kematian di Bagian Forensik dan Medikolegal RSUP Prof Dr. R. D. Kandou periode Juni 2015- Juli 2016. *Jurnal e-Clinic (eCl)*. 4(2).
- Aziz A, H. 2006. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia: Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Salemba Medika.
- Bahrudin, M. 2017. Patofisiologi Nyeri (PAIN). Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Malang. *Ejournal.umm.ac.id*. Volume 13 no. 1.
- Budiyanto, A., W. Widiatmaka, S. Sudiono, T. W. A. Mun'im, Sidhi, S. Hertian, et al. 1997. *Ilmu Kedokteran Forensik*. Jakarta: Bagian Kedokteran Forensik FKUI. 37-41.
- Butte, A. 2012. Women report feeling pain more intensely than men, says study of electronic records. Stanford University School of Medicine.
- Black, J. M., dan J. H. Hawks. 2014. *Keperawatan Medikal Kedah*. Jakarta.
- Carpenito, L. J. 2013. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Edisi 14 ed. Philadelphia: Lippincons William & Wilkins.
- Deharja, A., Swari, S. J. 2017. Desain Formulir Assesment Awal Medis Gawat Darurat Berdasarkan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi 2012 di Rumah Sakit Daerah Balung Jember. *Seminar Nasional Hasil Penelitian*. Politeknik Negeri Jember.
- Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) (2018). Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.

- Dermawan, D. 2012. *Proses Keperawatan Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja*. Gosyen Publisng :Yogyakarta.
- Depkes RI. (2009). Sistem kesehatan nasional. Diperoleh tanggal 5 Juli 2014 dari <http://www.depkes.go.id>.
- Ferreira, A. M., Rocha, E. d., Lopes, C. T., Bachion, M. M., Lopes, J. d., & Barros, A. L. (2016). Nursing diagnoses in intensive care: cross-mapping and NANDA-I taxonomy. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Firdaus., dan F. Zamzam. 2018. *Aplikasi Metodologi Penelitian*. Jakarta: Deepublish.
- Ginsberg, L. 2008. *Lecture Notes Neurologi*. Jakarta : Erlangga.
- Herdman, T. Heather. 2018. NANDA-I Diagnosis Keperawatan : Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. Jakarta : EGC
- Indharty, R.S., 2012. Peran ACTH⁴-10PRO⁸ -GLY⁹ -PRO¹⁰ dan Inhibitor HMG-CoA Reductase dalam Peningkatan BCL-2 dan BDNF terhadap Hasil Akhir Klinis Penderita Kontusio Serebri. *Skripsi*. Sumatera: Universitas Sumatera Utara.
- Kartikawati. D. 2011. *Buku Ajar Dasar-Dasar Kegawatdaruratan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Kumar, R. 2013. *Dasar-dasar Patofisiologi penyakit*. Jakarta : Binarupa aksara.
- Kozier, B., G. Erb, A. Berman, S. Snyder, dan T. Levett-jones. 2018. *Kozier and Erb' Fundamentals of Nursing: Concept, Process and Practice*. Edisi 4th ed. London: Pearson Education. 1-3.
- Lapau, B. 2013. *Metode Penelitian Kesehatan: Metode Ilmiah Penulisan Skripsi, Tesis, dan Disertasi*. 2nd ed. Jakarta: Yayasan Pustaka Obor Indonesia.
- Louis, D. E., dan S. A Mayer. 2010. *Merrit's Neurology: Head Injury*. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins.
- Mallinckrodt Institute of Radiology. 2006. Epidural hematoma. <http://www.mir.wustl.edu/neurorad/internal.asp?NavID=89> [Diakses pada 21 September 2019].
- Medika., dan G. Patricia. 2012. *Keperawatan Kritis*. Volume 1. Jakarta: EGC.

- Miranda. 2014. Gambaran Ct Scan Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Di BLU RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado periode 2012-2013.
- Muhlisin, A. 2011. *Dokumentasi Keperawatan*. Penerbit Yogyakarta : Gosyen Publishing.
- Muttaqin, A. 2011. *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nugroho, A. A., dan K. Yulianti. 2016. Karakteristik luka pada korban kecelakaan lalu lintas di Instalasi Kedokteran Forensik RSUP. Sanglah Denpasar Bali 2012. *E-Jurnal Medika*. 5 (3).
- Nugroho & Nelson. 2008. *Keperawatan Gerontik & Geriatrik*. Edisi ke 3. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2015. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 4th ed. P. P. Lestari, Penyunt. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Pierce A. G., dan R. B. Neil. 2014. *At A Glance Ilmu Bedah*. Edisi 3. Surabaya: Airlangga University Press.
- Polapa, M. 2016. Hubungan antara dinamika suhu tubuh dan leukosit perifer dengan skala skor FOUR pasien cedera otak risiko tinggi. *Jurnal BioMedik*. 184-191.
- Potter, P. A., dan A. G. Perry. 2010. *Fundamental of Nursing*. Edisi 7th. Jakarta: Elsevier.
- Potter, P. A., A. G. Perry, A. P. A. Stockert, dan A. M. Hall. 2017. *Fundamentals of Nursing*. 9th ed. Missouri: Elsevier.
- PPNI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st ed. Jakarta: DPP PPNI.
- Rawis, J. E. O., V. V. J. Panelewen, A. D. Mirah. 2016. Analisis Keuntungan Usaha Kecil Kuliner Dalam Upaya Pembangunan UMKM Di Kota Manado. *Jurnal EMBA*. 4(2): 106-119.
- Rendi, C., dan Margaret. 2012. *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS). 2018. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI tahun 2018.

- Rosdahl, C. B., dan M. T. Kowalski. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Satyanegara, *et al.* 2010. *Ilmu Bedah Saraf*. Edisi 4. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Smeltzer, S. C., dan B. G. Bare. 2006. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth*. Edisi 8 Volume 2. Alih Bahasa H. Y. Kuncara, Monica Ester, Yasmin Asih, Jakarta : EGC.
- Solmaz, I., C. Kural, C. Temiz, dan H. Secer. 2009. Traumatic brain injury due to gunshot wounds: a single institution's experience with 442 consecutive patients. *Turkish Neurosurgery*. 19:217.
- Steven, D. M. D. 2006. Intensive Care Unit Acquired Muscle Weakness. *Respiratory Care*. 51(9): 1042-1052.
- Suwaroyo, P. A.W., Wihastuti, T.A., Fathoni, M. 2016. Analisis Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Outcome Pasien Cedera Kepala di IGD RSUD Prof. Dr. Margono Soekardjo. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*. Purwokerto: Fakultas Kedokteran Univesitas Brawijaya.
- Tarwoto. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: CV Sagung Seto.
- Wahyuhadi, J., W. Suryaningtyas, R. I. Susilo, M. Faris, dan T. Apriawan. 2014. *Pedoman Tatalaksana Cedera Otak*. Surabaya: Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
- Weisberg, L. A., dan C. A. Garcia. 1989. Strub RL. *Head truma*. In: *Essentials of Clinical Neurology*. Aspen Publishers. 3-4, 10.
- Wibowo, G. A. 2012. Hubungan Tingkat Kecemasan dengan Intensitas Nyeri pada Penderita Nyeri Punggung Bawah (Low Back Pain) di Poli Saraf RSUD Banyumas. *skripsi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Wijaya, P. 2013. *Buku Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Zamzami, N. M., I. Fuadi, dan A. M. Nawawi. 2013. Angka kejadian dan outcome cedera otak di Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung tahun 2008-2010. *Jurnal Neuroanestesi Indonesia*. 2(2): 89-94.



LAMPIRAN

Lampiran B. Lembar Observasi**FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
FORMAT PENELITIAN (*OBSERVATION*)
INSTALASI GAWAT DARURAT RSD BALUNG****A. Identitas Pasien**



Nama :
Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Diagnosis Medis :
Skor Awal GCS :

No	Masalah Keperawatan	keterangan
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Lampiran C. Uji Etik

	KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK) FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI UNIVERSITAS JEMBER (THE ETHICAL COMMITTEE OF MEDICAL RESEARCH FACULTY OF DENTISTRY UNIVERSITAS JEMBER)
ETHIC COMMITTEE APPROVAL	
No.671/UN25.8/KEPK/DL/2019	
Title of research protocol	: "Discription of Nursing Problem in The Case of Kapitas Trauma in The Emergency Room (IGD) at The Balung District Hospital Jember"
Document Approved	: Research Protocol
Principal investigator	: Agel Dinda Trianugraha
Member of research	: 1. Ns. Siswoyo., S.Kep., M.Kep. 2. Ns. Mulia Hakim S,Kep., M.Kep.MB 3.Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep., 4. Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep.,M.Kep
Responsible Physician	: Agel Dinda Trianugraha
Date of approval	: November-Desember 2019
Place of research	: RSD Balung
The Research Ethic Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember States That the above protocol meets the ethical principle outlined and therefore can be carried out.	
Jember, Nopember 27 th 2019	
 Dean of Faculty of Dentistry Universitas Jember (drg. R. Rahardyan P. M. Kes, Sp. Pros.)	 Chairperson of Research Ethics Committee Faculty of Dentistry Universitas Jember (Drg. I Dewa Ayu Ratna Dewanti, M.Si.)

Lampiran D. Surat Ijin Penelitian

	KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN UNIVERSITAS JEMBER FAKULTAS KEPERAWATAN Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp/ Fax. (0331) 323450 Jember	
Nomor	: 6639/UN25.1.14/LT/2019	Jember, 27 November 2019
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian	
Yth. Ketua LP2M Universitas Jember		
Dengan hormat,		
Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :		
nama	: Agel Dinda Trianugraha	
N I M	: 162310101201	
keperluan	: Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian	
judul penelitian	: Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember	
lokasi	: Rumah Sakit Daerah Balung Kabupaten Jember	
waktu	: satu bulan	
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.		
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.		
		
Lantini Sulistyorini, S.Kep., M.Kes. NIP. 19780323 200501 2 002		



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Email : penelitian.lp2m@unej.ac.id - pengabdian.lp2m@unej.ac.id

Nomor : 5066 /UN25.3.1/LT/2019
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

5 Desember 2019

Yth. Kepala
Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik
Kabupaten Jember
Di
Jember

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 6639/UN25.1.14/LT/2019 tanggal 27 November 2019 perihal Permohonan Ijin Penelitian,

Nama : Agel Dinda Trinugraha
NIM : 162310101201
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Alamat : Perum Alam Hijau A/2 Mangli-Jember
Judul Penelitian : "Gambaran Masalah Keperawatan Pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember"
Lokasi Penelitian : RSD Balung Kabupaten Jember
Lama Penelitian : 2 Bulan (6 Desember 2019-30 Januari 2020)

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenannya disampaikan terima kasih.



Dr. Susanto, M.Pd.

NIP. 196306161988021001

Tembusan Yth.
1. Direktur RSD Balung;
2. Dekan FKPEP Universitas Jember;
3. Mahasiswa ybs;
4. Arsip.



CERTIFICATE NO : QMS/173



**PEMERINTAH DAERAH KABUPATEN JEMBER
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan Letjen S Parman No. 89 ☎ 337853 Jember

Kepada
Yth. Sdr. Direktur RSD Balung Kab. Jember
di -
J E M B E R

SURAT REKOMENDASI

Nomor : 072/3252/415/2019

Tentang

PENELITIAN

- Dasar** : 1. Permendagri RI Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Permendagri RI Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi penelitian
2. Peraturan Bupati Jember No. 46 Tahun 2014 tentang Pedoman Penerbitan Surat Rekomendasi Penelitian Kabupaten Jember
- Memperhatikan** : Surat Ketua LP2M Universitas Jember tanggal 05 Desember 2019 Nomor : 5066/UN25.3.1/LT/2019 perihal Permohonan Penelitian

MEREKOMENDASIKAN

- Nama / NIM.** : Agel Dinda Trinugraha / 162310101201
- Instansi** : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
- Alamat** : Perum Alam Hijau A/2 Mangli, Jember
- Keperluan** : Mengadakan penelitian dengan judul :
"Gambaran Masalah Keperawatan Pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember"
- Lokasi** : RSD Balung Kabupaten Jember
- Waktu Kegiatan** : Desember 2019 s/d Januari 2020

Apabila tidak bertentangan dengan kewenangan dan ketentuan yang berlaku, diharapkan Saudara memberi bantuan tempat dan atau data seperlunya untuk kegiatan dimaksud.

1. Kegiatan dimaksud benar-benar untuk kepentingan Pendidikan
2. Tidak dibenarkan melakukan aktivitas politik
3. Apabila situasi dan kondisi wilayah tidak memungkinkan akan dilakukan penghentian kegiatan.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ditetapkan di : Jember
Tanggal : 10-12-2019
An. KEPALA BAKESBANG DAN POLITIK
KABUPATEN JEMBER



- Tembusan** :
Yth. Sdr. : 1. Ketua LP2M Universitas Jember;
2. Yang Bersangkutan.



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**

Jl. RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877
Email : balung_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com
Website : http://rsudbalung.6te.net
BALUNG - JEMBER

Jember, 16 Desember 2019

Nomor : 045/ 1147 /35.09.611/XII/2019
Sifat : Biasa
Lampiran : -
Perihal : Ijin Penelitian

Kepada :
Yth. Sdr. AGEL DINDA TRINUGRAHA

Di -

JEMBER

Menunjuk surat rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa Dan Politik Nomor : 072/3252/415/2019 tanggal, 10 Desember 2019 perihal melakukan Ijin Penelitian Saudara:

Nama : **AGEL DINDA TRINUGRAHA**
NIM : 162310101201
Program Studi : Fakultas Keperawatan Universitas Jember
Keperluan : Melaksanakan Ijin Penelitian tentang:
"Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat(IGD) Rumah Sakit Daerah Balung Kab. Jember"
Tanggal : 16-12-2019 s/d 16-01-2020

Dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami menyetujui Ijin Penelitian di RSD Balung dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Kegiatan Penelitian yang dilakukan tidak mengganggu pelaksanaan tugas pelayanan di RSD Balung.
2. Dalam melakukan Penelitian mematuhi ketentuan yang berlaku di RSD Balung.
3. Kegiatan Penelitian yang dilakukan sesuai dengan kepentingan dan tujuan yang telah di tentukan.
4. Hasil Penelitian disampaikan kepada Rumah Sakit secara tertulis.

Demikian untuk menjadikan maklum dan atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

**PIH. DIREKTUR
Rumah Sakit Daerah Balung**


Dr. NAFISAH, MMRS
Pejabat Tk. I / III d

NIP. 19660919 200701 2 010

Tembusan Yth.

1. Dekan Fak. Keperawatan Universitas Jember;
2. Sdr. Yang Bersangkutan;
3. Arsip;

Lampiran E. Surat Selesai Penelitian



**PEMERINTAH KABUPATEN JEMBER
RUMAH SAKIT DAERAH BALUNG**
JI.RAMBIPUJI NO.19 TELP. 0336 - 621017, 621595, 623789 FAX. 0336 - 623877
Email : balung_hospital@yahoo.com ; balunghospital@gmail.com
Website : http://rsudbalung.6te.net
BALUNG - JEMBER

SURAT KETERANGAN
Nomor: 800/ 85 /35.09.611/II/2020

Dengan ini yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : **drg. NAFISAH,MMRS**
NIP : 19660919 200701 2 010
Jabatan : Plt. Direktur Rumah Sakit Daerah Balung
Menerangkan :
Nama : **AGEL DINDA TRINUGRAHA**
NIM : 162310101201
Status : S1 Keperawatan Universitas Jember

Yang bersangkutan telah benar – benar melakukan Penelitian di Rumah Sakit Daerah Balung terhitung mulai tanggal 16-12-2019 s/d 06-01-2020.


Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk diketahui dan dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di : Balung
Pada tanggal : 07-01-2020

**Plt. DIREKTUR
Rumah Sakit Daerah Balung**



drg. NAFISAH,MMRS
Penata Tk. I / III d
NIP. 19660919 200701 2 010

Lampiran F. Surat Studi Pendahuluan

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp./ Fax. (0331) 323450 Jember

SURAT KETERANGAN

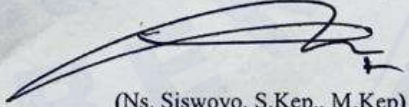
Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Dosen Pembimbing Utama, menerangkan bahwa mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember di bawah ini:

Nama : Agel Dinda Trianugraha
NIM : 162310101201
Jurusan : Ilmu Keperawatan
Fakultas : Keperawatan

Telah melakukan studi pendahuluan literatur untuk menyusun skripsi dengan judul **“Gambaran Masalah Keperawatan pada Kasus Trauma Kapitis di Ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSD Balung Kabupaten Jember”**.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan untuk dapat digunakan sebagaimana sebagaimana mestinya.

Jember, 4 November 2019
Dosen Pembimbing Utama,



(Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep)
NIP. 19800412 200604 1 002

Lampiran G. Dokumentasi Kegiatan



Gambar 1. Kegiatan pengambilan nomor rekam medis dari 1 September 2018 sampai 1 September 2019 di ruang IGD RSD Balung.












Gambar 2. Kegiatan pengambilan data pada rekam medik pasien trauma kapitis di ruang rekam medik RSD Balung.

Lampiran H. Lembar Bimbingan DPU dan DPA

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER






NAMA : AgelDindaTrianugraha
NIM : 162310101201
DosenPembimbing : Ns. SiswoyoM.kep

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
Jumat, 6 September 2019	- Judul	- Acc judul	
Senin, 9 September 2019	- B6 I	- Masalah de parting. - Kronologi total. - ke arah perunggu. - Sert	
Rabu, 11 September 2019	- M I	- Masalah de parting. - Kronologi di perunggu. - Sert	
Senin, 16 September 2019	- B6 I - III	- lanjut. Bab IV - Sert	
Rabu, 25 September 2019	- B6 I - IV	- final skripsi - Sert. - liter. Check list	
Kamis, 10 Oktober September 2019	- B6 I - V - Sert	- Acc. Sert - Persetujuan. - Sert	

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TID
3-01-2020	Bk V & VI	- Kerp + Kam - Opn dtkn - Ruk	
6-01-2020	Bk V & VI	- faktor pemb. tdkk. - Teori tdkk. - Sengt.	
7-01-2020	- Bk V - VI	- Kerd logy kerp - Antape Un - Umi - Pkt. Jk - Umi - Sam - Sengt	
8-01-2020	- kerp	- Acc. Soday Hand. - Sengt - Pertrape	

LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER

NAMA : Agel Dinda Trianugraha
NIM : 162310101201
Dosen Pembimbing : Ns. Mulia Hakam, M.Kep, Sp. Kep.MB

Tanggal	Aktivitas	Rekomendasi	TTD
14/10/19	BAB I - IV	- Typam khaw, Masalah kep (TK) - Masalah Vt dg (marlyn dongaer, Lynda hani (Banda) - 2 Masalah kep (Akhil & Baha) - Kerangka konsep & t. teor.	
22/10/19	BAB I - IV	- Typa khr 2 maza in akhir. - In Vt 100 - Baha dan B metode.	
5/11/19	Ace kupa	P' kupa g moka	
9/1/2020	BAB IV - VI	Bhs Populasi diale Pembahasan Abstrak & kupa	
10/1/2020	BAB IV - VI	Gak kembali bhr populasi - kupa	
13/1/2020		ditin	