

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Epidural Hematoma (EDH) adalah penumpukan darah di antara tulang tengkorak dengan duramater, kejadiannya 1-5 % dari seluruh pasien cedera kepala (Ndoumbe, 2016). Tanda gejala EDH adalah penurunan kesadaran diikuti oleh *lucid interval* beberapa jam kemudian dan kadang disertai tanda neurologis fokal (Ndoumbe, 2016). Cedera otak sekunder akibat epidural hematoma diakibatkan iskemia atau hipoksia. Iskemia memungkinkan terjadinya penurunan ATP sehingga mengakibatkan kegagalan pompa membran sel. Sel akan mati dan menjadi bengkak (edema sitotoksik). Hipoksia menyebabkan kehilangan neuron yang akan menimbulkan atrofi kortek pada pasien. Hipoksia atau iskemia pada cedera kepala berat mengakibatkan tekanan intrakranial akan meningkat sehingga *cerebral perfusion pressure* akan berkurang. (Mendelow, 2010)

Dalam penelitian sebelumnya mortalitas pasien EDH berkisar 2,7 – 10,1 % (Gupta, 2016; Bir, 2015). Terdapat faktor yang menimbulkan mortalitas meskipun sudah dilakukan kraniotomi. Faktor tersebut seperti dilatasi pupil, nilai GCS pasien awal, usia pasien, kecepatan penambahan volume perdarahan, serta ukuran dan lokasi hematoma (Cheung, 2007).

Menurut Vik (2008), peningkatan tekanan intrakranial merupakan penyebab utama menyebabkan kematian dan disabilitas pasien cedera kepala,

peningkatan TIK ini menimbulkan iskemia, herniasi serebral dan kematian. Tindakan resusitasi, anamnesis, dan pemeriksaan fisik umum serta neurologis harus dilakukan secara serentak (Mansjoer, 2012). Kraniotomi merupakan operasi untuk membuka tengkorak (tempurung kepala) dengan maksud untuk mengetahui dan memperbaiki kerusakan otak (Stocchetti, 2015). Kraniotomi merupakan tindakan yang diindikasikan untuk mengatasi hematoma atau perdarahan otak, pengambilan sel atau jaringan intrakranial yang mengganggu sistem neurologik dan fisiologis, pembenahan letak anatomi intrakranial, dan mengatasi peningkatan tekanan intrakranial yang tidak terkontrol (Wani, 2008).

Menurut RISKESDAS tahun 2016 jumlah penderita cedera kepala di Sumatera Barat tepatnya di kota Padang menempati angka tertinggi yaitu 22%. Berdasarkan data rekam medis RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tahun 2018 sudah dilakukan kraniotomi evakuasi hematoma sebanyak 47 kasus atas indikasi epidural hematoma dengan mortalitas yang cukup tinggi yaitu 36%. Di ICU RSUP Dr. M.Djamil Padang, didapatkan data 2 bulan terakhir dari bulan Juli-Agustus 2019 terdapat 108 orang pasien, diantaranya 26 orang pasien kraniotomi, dan 8 orang pasien kraniotomi atas indikasi epidural hematoma.

Perawatan pasca bedah pada pasien kraniotomi dilakukan di ruang perawatan intensif (ICU). Faktor yang memperburuk keadaan pasien pasca kraniotomi selama di rawat di ICU seperti penurunan kesadaran, edema serebri, dilatasi pupil, peningkatan tekanan intrakranial, kejang, demam, nyeri

hebat, terjadinya cedera lain akibat penggunaan alat-alat *life support* (ventilator, monitor, CVP, dan lainnya), dan gangguan pernapasan akibat penggunaan sedasi selama proses operasi dilakukan (Urban, 2010). Maka dibutuhkan dilakukannya monitoring hemodinamik dan pernafasan yang intensif (Bir, 2015). Penatalaksanaan untuk memperbaiki perfusi serebral dan perbaikan aliran darah ke otak, dengan cara menurunkan tekanan intrakranial yang meningkat, mempertahankan volume intravaskuler normal, memelihara MAP (*Mean Arterial Blood Pressure*) yang normal, dan mempertahankan hiperventilasi (Urden, 2010).

Tindakan stabilisasi kardiovaskular dan fungsi pernapasan untuk mempertahankan perfusi serebral adekuat, hemoragi terkontrol, hipovolemia diperbaiki, dan nilai gas darah dipertahankan pada nilai yang diinginkan (Smeltzer, 2008). Pasien pasca operasi biasanya diberi obat sedasi untuk mengendalikan rasa sakit, gelisah, dan kejang yang berefek terjadinya penurunan kesadaran dan ketidaknyamanan akan peralatan *life support* pada tubuh pasien (Morton, 2009). Hal ini dapat memicu cedera lain yang dapat timbul akibat ketidaktepatan selama mengawasi pasien. Sehingga dibutuhkan alat untuk menjaga pasien dari resiko cedera atau komplikasi berkelanjutan dari penatalaksanaan perawatan yang dilakukan.

Restrain fisik adalah membatasi gerak yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kondisi (misalnya, hipoksemia) atau mencegah komplikasi dengan membatasi gerakan pasien atau akses ke tubuhnya (Gerald, 2003). Restrain dibutuhkan untuk mencegah terjadinya cedera,

pengecahan pencabutan alat yang tidak disengaja, dan pengendalian gelisah (Morton, 2009). Dalam penelitian Bir (2015), telah menunjukkan bahwa restrain yang tidak tepat dapat mengakibatkan cedera fisik dan psikologis pada pasien.

Restrain fisik mengacu pada pembatasan pergerakan pasien. Di unit perawatan intensif (ICU), restrain fisik adalah metode yang kontroversial digunakan untuk mengontrol perilaku pasien dengan delirium dan agitasi, mencegah pasien mengeluarkan perangkat medis melekat pada tubuh mereka (Kandeel, 2013). Dalam penelitian Acevedo (2018) menyatakan bahwa tanda vital dan perangkat pendukung (tabung dan saluran) dapat dipertahankan tanpa menggunakan pengekangan fisik pada pasien. Saat ini, metode baru sedang dikembangkan untuk mengurangi penggunaan pengekangan fisik.

Studi telah memperkirakan prevalensi restrain fisik sebanyak 50 per 1000 pasien di 40 ICU di Amerika Serikat 10% dan 76% di Kanada (Rose, 2018). Di Taiwan, penggunaan pengekangan fisik di ICU telah dilaporkan antara 39,1% dan 69,9% (Huang, 2009). Salah satu studi di Turki melaporkan bahwa 95% perawat menerapkan restrain fisik (Akansel, 2007). Penelitian lain menunjukkan bahwa tingkat penggunaan restrain fisik adalah 84,7% (Martin, 2005). Meskipun penggunaan restrain fisik meluas, sebelumnya penelitian telah mengidentifikasi masalah lain yang dapat muncul akibat penggunaan restrain. Masalah sirkulasi adalah salah satunya komplikasi yang dapat dipengaruhi oleh durasi penggunaan restrain dan jenis restrain yang digunakan (Konrad, 2005).

Penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Taha (2013) telah mengungkapkan bahwa sebagai konsekuensi dari restrain fisik yang berkepanjangan dapat menimbulkan komplikasi neurovaskular, seperti edema, kemerahan, mati rasa, keterbatasan gerakan, peningkatan suhu, warna kulit berubah, dan kerusakan saraf. Jika komplikasi neurovaskular tidak dinilai dan diobati secara memadai, hal itu dapat mengakibatkan pengembangan iskemia, nekrosis, dan defisit neurologis (Wall, 2010). Dalam penelitian Ertugrul (2019), restrain yang tidak dilakukan pengecekan berkala dan perawatan dapat menimbulkan komplikasi neurovaskuler.

Berdasarkan hasil observasi pada tanggal 12 Agustus – 7 September 2019 terdapat 5 orang pasien dirawat dengan post kraniotomi dari 35 pasien yang dirawat di ruang ICU RSUP Dr. M.Djamil Padang. Selama observasi, penulis telah diambil 2 kasus pasien dengan post kraniotomi. Pada pasien pertama telah dilakukan asuhan keperawatan secara menyeluruh dan perawatan restrain selama tiga hari. Namun pada hari rawatan ke empat pasien meninggal. Menurut penelitian Ertugrul (2019) perawatan restrain yang dilakukan harus selama minimal 4 hari. Sehingga perawatan restrain yang dilakukan pada pasien pertama belum bisa dievaluasi. Pada pasien kedua telah dilakukan asuhan keperawatan secara menyeluruh selama tujuh hari, sehingga perawatan restrain bisa dilakukan evaluasi secara menyeluruh.

Berdasarkan hasil observasi selama 8 hari yaitu dari tanggal 12–20 Agustus 2019 di ruang Intensive Care Unit (ICU) RSUP Dr. M.Djamil Padang ditemukan seluruh pasien yaitu sebanyak 20 orang menggunakan

restrain fisik, dimana 7 orang pasien menggunakan restrain di tangan dan kaki dan 13 orang pasien di tangan saja. Berdasarkan hasil observasi kepada 20 orang pasien, ditemukan dampak dari tidak adekuatnya penggunaan restrain dimana terjadi komplikasi neurovaskular (kemerahan, peningkatan nadi, tidak mampu bergerak, CRT, edema, warna kulit dan sensasi, dan peningkatan suhu). Pada 9 orang pasien pada rentang hari ketiga hingga kelima hari rawatan ditemukan kemerahan pada ekstremitas yang direstrain. Pada 4 orang pasien tidak mampu menggerakkan ekstremitas sama sekali. Pada 12 orang pasien pada rentang hari rawatan kedua hingga kedua belas terdapat edema pada area ekstremitas yang terpasang restrain. Kemudian ditemukan 7 orang pasien demam pada rentang hari rawatan kedua hingga kelima. Dari 20 orang pasien yang diobservasi kisaran nadi pasien berkisar dari 98x/m hingga 152 x/m yang relatif tidak stabil dan cenderung mengalami peningkatan, untuk CRT dan warna kulit serta sensasi relatif stabil, kulit pasien tampak normal dan CRT relatif di 2-3 detik.

Pada saat observasi ditemukan tidak adanya evaluasi setelah tindakan restrain beberapa waktu dilakukan oleh perawat diruangan. Tidak ada dilakukan perawatan pada restrain yang dipasang. Restrain dibuka dan dilihat setiap pagi saat sebelum pasien dimandikan dan dipasang kembali setelah pasien dimandikan. Restrain sering dicek pada pasien gelisah. Tidak adanya observasi perawat untuk melihat kondisi restrain atau melakukan pergerakan pada area ekstremitas yang di restrain. Perawat ada melakukan

pendokumentasian restrain yang dipasang, namun hanya berisi dimana restrain terpasang dan tanda-tanda vital pasien yang terpasang restrain.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka penulis tertarik untuk menjelaskan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Post Kraniotomi Atas Indikasi Epidural Hematoma dan Gagal Nafas Dengan Penerapan Perawatan Restrain Untuk Pencegahan Komplikasi Neurovaskuler Di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah mahasiswa mampu memaparkan hasil asuhan keperawatan pada pasien post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas dengan penerapan perawatan restrain untuk pencegahan komplikasi neurovaskuler di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.

2. Tujuan Khusus

- a. Menjelaskan hasil pengkajian pada pasien post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.
- b. Menjelaskan diagnosa keperawatan pada pasien post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas di *Intensive Care Unit (ICU)* RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.

- c. Menjelaskan rencana pencapaian asuhan pada pasien post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.
- d. Menjelaskan implementasi pada pasien dengan post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas dengan penerapan perawatan restrain untuk pencegahan komplikasi neurovaskuler di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.
- e. Menjelaskan evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan pada pasien dengan post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.

C. Manfaat

1. Bagi Profesi Keperawatan

Dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil kebijakan dalam upaya memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas dengan penerapan perawatan restrain untuk pencegahan komplikasi neurovaskuler di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.

2. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat memberikan masukan bagi bidang keperawatan umumnya dan para tenaga perawat di ruang ICU RSUP Dr. M. Djamil Padang, khususnya dalam memberikan asuhan keperawatan dan peningkatan

pemahaman perawat ICU RSUP Dr. M. Djamil, implementasi, dan aplikasi evaluasi terkait perawatan restrain terhadap pencegahan komplikasi neurovaskuler pada pasien dengan post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Dapat memberikan referensi dan masukan tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan post kraniotomi atas indikasi epidural hematoma dan gagal nafas dengan penerapan perawatan restrain untuk pencegahan komplikasi neurovaskuler di *Intensive Care Unit* (ICU) RSUP Dr. M.Djamil Padang Tahun 2019

