

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera Otak Traumatik (COT) merupakan salah satu penyebab kematian (Vadan & Ilut, 2022). Penelitian Majdan *et al* (2016), menunjukkan bahwa pasien dengan COT memiliki harapan hidup yang lebih rendah dibandingkan dengan populasi umum, dan mereka juga mengalami peningkatan mortalitas atau kematian yang terjadi pada suatu populasi.

Terdapat 69 juta orang di seluruh dunia menderita COT setiap tahun, sebagian besar memiliki tingkat keparahan ringan dan sedang (Vadan & Ilut, 2022). Saat ini di Indonesia prevalensi kasus COT tidak didapatkan data yang lengkap mengenai angka kejadiannya secara nasional. Data Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Hasan Sadikin Bandung melaporkan dari 9006 pasien COT, periode 1 Januari 2012 sampai 31 Desember 2017, angka kejadian Cedera Otak Traumatik Ringan (COTR) 64,91%, COTS 23,44%, dan Cedera Otak Traumatik Berat (COTB) 11,65% (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

COT diartikan sebagai gangguan fungsi neurologis yaitu gangguan fisik, kognitif, psikososial baik sementara maupun permanen, nondegeneratif dan nonkongenital yang disebabkan oleh trauma mekanik terhadap jaringan otak baik langsung maupun tidak langsung (Kementerian Kesehatan RI, 2022). Menurut (Islamiyah & Inayah, 2023) Cedera otak traumatik merupakan gangguan fungsi otak yang diakibatkan oleh proses mekanik seperti benturan, pukulan atau trauma tembus kepala yang mengenai struktur serebri sehingga

menyebabkan terjadinya penurunan kesadaran dan gangguan fungsi otak pada penderitanya.

Menurut Shaikh & Waseem (2022) tanda dan gejala COT yaitu pada cedera otak ringan-sedang diantaranya disorientasi ringan, sakit kepala atau nyeri di kepala yang bisa muncul secara bertahap atau tiba-tiba dan mengalami kelemahan/keletihan. Pada cedera otak berat diantaranya yaitu somnolen/letargi adalah keadaan penurunan kewaspadaan dan kesadaran juga bisa ke stupor atau penurunan tingkat kesadaran. Menurut Mayo Clinic professionals (2021) tanda dan gejala dapat dikategorikan menjadi gejala fisik seperti kehilangan kesadaran, kognitif seperti kebingungan, emosional, dan perilaku seperti perubahan suasana hati.

Klasifikasi COT menurut Kementerian Kesehatan RI (2022) berdasarkan struktur atau patologi yaitu ; komosis serebri, laserasi serebri, hematoma epidural (hematom ekstradural), perdarahan intraparenkim (hematoma intraparenkim) dan salah satu nya yaitu perdarahan subdural (hematoma subdural). Subdural hematoma adalah akumulasi darah yang terjadi antara bagian dalam duramater dengan arachnoid (Andrian & Henny Putri Wahyuni, 2023). Hematoma subdural terbentuk karena penumpukan darah di bawah dura mater yaitu arachnoid, salah satu lapisan pelindung jaringan otak di bawah calvarium. Ini adalah salah satu cedera intrakranial yang berhubungan dengan trauma kepala. Pendarahan kecil bisa hilang secara spontan. Namun, perdarahan yang lebih besar dapat meningkatkan jarak antara vena penghubung dan menyebabkan sejumlah besar darah di sekitar otak, yang pada akhirnya

menyebabkan herniasi struktur otak (Louisdon Pierre & Noah P.K, 2023).

Subdural hematoma terjadi ketika darah terkumpul di bawah dura mater, salah satu lapisan pelindung otak. Tekanan ini dapat merusak jaringan otak dan mengganggu fungsi normalnya, sehingga bisa menyebabkan gejala seperti sakit kepala, mual, muntah, kebingungan, kelemahan, kejang, dan bahkan kehilangan kesadaran. Jika subdural hematoma tidak ditangani, bisa terjadi komplikasi serius seperti Hemiparese/hemiplegia, disfasia/afasia, epilepsi, hidrosepalus, subdural empyema, peningkatan tekanan pada otak, kerusakan otak permanen, bahkan kematian (Andrian & Wahyuni, 2023). Pada kasus yang lebih parah, terutama jika hematoma menyebabkan tekanan yang signifikan pada otak, tindakan operatif mungkin diperlukan (Pradana & Setyawati, 2022).

Tindakan operatif atau bedah untuk subdural hematoma tergantung pada ukuran dan lokasi hematoma, serta kondisi klinis pasien. Tindakan operatif yang umum digunakan yaitu; (1) *Burr Hole Evacuation* teknik ini sering digunakan untuk hematoma subdural kronis. (2) *Craniotomy*: biasanya digunakan untuk hematoma subdural akut yang besar dan menyebabkan tekanan intrakranial yang signifikan. (3) *Craniectomy*: Prosedur ini biasanya digunakan dalam kasus yang sangat parah. (4) *Endoscopic Evacuation*: Metode ini masih berkembang dan tidak selalu tersedia di semua fasilitas medis. Terapi operatif yang paling banyak dilakukan untuk perdarahan subdural kronik adalah *Burr-Holes craniotomy*. *Burr hole* merupakan tindakan terapi operatif yang baru serta *cost* yang lebih murah dan dengan teknik ini menunjukkan komplikasi yang minimal (Pradana & Setyawati, 2022).

Burr Hole craniotomi adalah sebuah prosedur operasi umum divisi bedah saraf yang melibatkan pembuatan lubang yang cukup pada tempurung kepala atau tengkorak (cranium) untuk akses optimal ke intrakranial. Setelah menjalani prosedur *Burr Hole craniotomi*, pasien dapat mengalami berbagai efek negatif dan resiko pasca operasi yaitu Infeksi: (1) Infeksi bisa terjadi di kulit, tulang tengkorak, atau bahkan dalam otak, seperti meningitis. (2) Pendarahan ulang: Ada kemungkinan hematoma kembali atau terjadi pendarahan lebih lanjut di otak setelah prosedur. (3) Kejang: Pasien dapat mengalami kejang pasca operasi, yang mungkin memerlukan pengobatan anti kejang. (4) Kerusakan Jaringan Otak: Meskipun jarang, ada risiko kerusakan pada jaringan otak di sekitar lokasi prosedur yang dapat menyebabkan defisit neurologis. (5) Nyeri: Nyeri pasca kraniotomi adalah komplikasi berulang dari prosedur bedah saraf dan sulit untuk dikelola (Pratama *et al.*, 2020).

Hasil penelitian Santos *et al* (2021) sebanyak 60-84% pasien yang menjalani kraniotomi mengalami nyeri yang bervariasi dari ringan hingga berat. Masalah keperawatan utama yang sering muncul pada pasien post kraniotomi yaitu nyeri akut (58,51%). Dalam penelitian A'la *et al* (2019) nyeri akut merupakan masalah keperawatan paling banyak terjadi pada pasien cedera kepala post kraniotomi yaitu sebanyak (38,18%). Penilaian nyeri di ruang perawatan intensif merupakan tantangan bagi tim medis, terutama pasien-pasien yang mendapat obat analgo-sedatif. Penilaian nyeri lebih sulit dilakukan apabila pasien dengan kondisi kritis. *Critical Pain Observation Tool* (CPOT) dapat digunakan untuk menilai nyeri pada pasien dengan kondisi kritis baik sadar

maupun tidak sadar yang menggunakan alat bantu pernafasan mekanik akan tetapi dengan perbedaan sensifitas dan spesifisitas (Jioe & Suwarman, 2018).

Manajemen nyeri akut sangat penting untuk menghindari terjadinya nyeri kronik serta komplikasi seperti nyeri akut dan muntah, yang dapat menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial maupun perdarahan intrakranial, outcome pasien yang tidak baik, dan perpanjangan masa rawat inap (Pratama *et al.*, 2020). Untuk mengurangi nyeri tersebut bisa dilakukan tindakan farmakologis yang dapat dibagi menjadi beberapa kelompok yaitu; opioid, non-opioid, *cyclooxygenase*, anestesi lokal, *NMDA receptor antagonist*, α -2 *adrenoreceptor agonist* (Pratama *et al.*, 2020). Penatalaksanaan nyeri yang efektif juga dengan mengombinasikan antara penatalaksaan farmakologis dan nonfarmakologis. Penatalaksanaan non farmakologis untuk pasien tidak sadar diantaranya terdapat; (1) terapi pijat kaki mengurangi intensitas nyeri yang berkaitan dengan perubahan posisi pada pasien trauma tak sadar yang dirawat di ICU (Oshvandi *et al.*, 2020). (2) Pemberian aroma terapi lemon dapat mengurangi nyeri pada pasien *post op* tak sadar (Darni & Ririen, 2020). (3) pemberian terapi musik dapat merubah intensitas nyeri melalui pemberian terapi music gamelan pada pasien di ICU dan (4) terapi murottal Al-Quran memiliki dampak positif dalam mengurangi nyeri dan memperbaiki respon fisiologis pasien : menurunkan tekanan darah, denyut nadi, laju pernapasan, dan meningkatkan saturasi oksigen pasien yang dirawat di ICU (Zahri Darni & Ririen Tyas Nur Khaliza, 2020).

Berdasarkan data-data diatas penulis tertarik untuk melakukan analisis

dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung”. Penulis tertarik memilih terapi murottal karena tentunya pasien beragama islam, terbukti efektif menurunkan nyeri, sederhana dan tidak sulit untuk diberikan pada pasien, serta belum diterapkan oleh perawat di RS.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimana Analisis Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung?

1.3 Tujuan

1. Tujuan Umum

Menganalisis Asuhan Keperawatan pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis Pengkajian pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung.
- b. Menganalisis Diagnosa Keperawatan pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung
- c. Menganalisis Intervensi Keperawatan pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung
- d. Menganalisis Implementasi keperawatan pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung
- e. Menganalisis Evaluasi Keperawatan pada Pasien *Post op Burr Hole* dengan Intervensi Terapi Murottal di Ruang ICU RSUD Kota Bandung

- f. Menganalisis Dokumentasi Keperawatan pada Pasien *Post op Burr Hole* di Ruang ICU RSUD Kota Bandung

1.4 Manfaat

1. Bagi keluarga pasien

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dalam menurunkan tingkat nyeri akut pada pasien *post op Burr Hole* dengan melakukan terapi murotal dan pemberian intervensi terkait terapi non farmakologi melalui bantuan orang terdekat.

2. Bagi perawat

Hasil asuhan keperawatan ini diharapkan menjadi referensi dan juga pilihan untuk perawat dalam menurunkan tingkat nyeri terhadap pasien *post op burr hole*.

3. Bagi penulis

Memperoleh pengalaman dan mengaplikasikan prosedur terapi Murotal pada Asuhan Keperawatan kritis dengan masalah Nyeri akut.