

# **BAB 1. PENDAHULUAN**

## **1.1 Latar Belakang**

Semakin pesatnya era globalisasi membawa perubahan pada situasi lingkungan yang signifikan misalnya bertambahnya pengendara bermotor maupun mobil dan menjadikan kecelakaan semakin bertambah di jalan raya. Perubahan gaya hidup masyarakat tersebut tanpa disadari telah memberi pengaruh terhadap transisi dengan semakin meningkatnya kasus-kasus kecelakaan yang mengakibatkan cedera kepala. Cedera kepala adalah salah satu penyebab utama kematian terutama bagi pengguna kendaraan bermotor karena tingginya tingkat mobilitas dan kurangnya kesadaran untuk menjaga keselamatan di jalan raya (Baheram, 2007).

Menurut Miranda (2014) Cedera kepala yaitu cedera mekanik yang dapat terjadi secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robek selaput otak, dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta dapat mengakibatkan terjadinya perdarahan intrakranial (hematoma intracranial) dimana terdapat penimbunan darah didalam otak karna fraktur tulang tengkorak sehingga mengakibatkan epidural hematoma.

Kasus cedera kepala di Amerika Serikat telah mencapai 1,7 juta setiap tahunnya, dimana sebanyak 275.000 perlu perawatan medis dan 52.000 meninggal dunia, di eropa (denmark) sekitar 300 orang / 7.000.000 penduduk menderita cedera kepala sedang bahkan sampai berat dan sisanya memerlukan rehabilitasi. Riskesdas 2018 menunjukkan proporsi disabilitas pada umur 5-17 tahun sebesar 3,3% dan pada umur 18-59 tahun sebesar 22%. Pada umur 60 ke 2 atas 2,6% mengalami disabilitas berat dan ketergantungan total (Riset Kesehatan Dasar, 2018). Terdapat 16 provinsi dengan prevalensi tingkat nasional, Jawa Timur dalam hal ini menduduki angka ke – 6 dengan presentase 9,3% yaitu jatuh (40,9%) dan kecelakaan lalu lintas (40,6)%. Di negara berkembang seperti di Indonesia, perkembangan ekonomi dan industri merupakan salah satu yang dapat memberikan dampak frekuensi pada cedera

kepala sehingga menyebabkan semakin meningkat, dan merupakan salah satu kasus yang paling sering dijumpai di ruang gawat darurat Rumah Sakit (Miranda, 2014).

Pasien cedera kepala dapat menyebabkan kematian karena perdarahan intrakranial. Ada empat macam perdarahan intrakranial yaitu Subdural (SDH), Epidural (EDH), Subarachnoid (SAH) dan Intraserebral (ICH) Hematoma, dimana angka kejadian EDH maupun SDH sekitar 20-40% (Pascual JL et al, 2008). EDH menjadi perhatian bagi para klinisi dan peneliti karena merupakan kasus tertinggi diantara keempat jenis perdarahan tersebut, penegakkan diagnosis yang relatif mudah dan keberhasilan operasi yang cukup tinggi. Operasi EDH dianjurkan dilakukan sesegera mungkin setelah diagnosis ditegakkan, karena semakin cepat operasi dilakukan maka semakin besar manfaat yang diberikan (Perron, 2008).

Penanganan nutrisi juga memegang peranan penting dan disarankan sesegera mungkin diberikan pada pasien cedera kepala. (Gupta AK dkk, 2001) Jalur pemberian nutrisi disesuaikan dengan kondisi klinis pasien. Nutrisi enteral lebih dipilih Karena lebih fisiologi, tidak mahal dan resiko lebih kecil daripada nutrisi parenteral total, namun perlu pengawasan yang baik untuk mencegah efek samping seperti hiperglikemia, ketoasidosis, intoleransi gaster, diare yang menimbulkan dehidrasi dan hipovolemia relative yang mengganggu stabilitas hemodinamik (Debora Y, 2009)

Berbagai penelitian menyatakan bahwa adanya malnutrisi pada saat pasien masuk rumah sakit mengakibatkan pasien tersebut memiliki length of stay (LOS) yang lebih bila dibandingkan dengan pasien dengan status nutrisi baik, serta memiliki risiko lebih tinggi mengalami malnutrisi selama perawatan . Dukungan nutrisi merupakan komponen penting dalam perawatan masalah kritis.

Malnutrisi telah dikaitkan dengan hasil buruk yang dialami pasien di intensive care unit (ICU), antara lain peningkatan morbiditas, mortalitas dan lama rawat inap. Pasien dengan sakit kritis yang dirawat di ruang Intensive Care Unit (ICU) sebagian besar menghadapi kematian, mengalami kegagalan multi organ, menggunakan ventilator, dan memerlukan support teknologi.

Salah satu hal penting yang harus diperhatikan adalah pemenuhan kebutuhan nutrisi untuk melepas ketergantungan ventilator, mempercepat penyembuhan dan memperpendek lama rawat inap. Namun selama ini, pemenuhan kebutuhan nutrisi tersebut tidak banyak diperhatikan karena yang menjadi fokus perawatan adalah mempertahankan homeostatis tubuh.

Dukungan nutrisi enteral di rumah sakit tidak bisa di anggap ringan, terutama di ICU. Penyakit kritis biasanya dikaitkan dengan stress metabolic, disertai dengan komplikasi peningkatan infeksi, disfungsi multi organ, rawat inap yang berkepanjangan serta meningkatnya angka kematian . Pemberian early enteral nutrition pada pasien kritis terbukti dapat menurunkan angka mortalitas atau kematian, menurunkan angka infeksi, mengurangi lama rawat inap, serta mengurangi lama ketergantungan terhadap ventilator, dibandingkan dengan delayed enteral nutrition.

Pada pasien sakit kritis, baik yang menderita gizi kurang atau tidak, pemberian nutrisi harus dimulai sedini mungkin, yaitu antara 24-48 jam (1 hari). Keuntungan pemberian dini, menyebabkan hemodinamik pasien menjadi stabil, yang telah ditunjukkan dengan penurunan permeabilitas intestinal dan penurunan disfungsi organ multipel. Pemberian nutrisi pada kondisi sakit kritis bisa menjamin kecukupan energy dan nitrogen, namun harus dihindari overfeeding seperti uremia, dehidrasi, hipertoni, steatosis hati, gagal nafas, hiperglikemia serta hiperlipidemia

Proses Asuhan Gizi Terstandar adalah suatu metode pemecahan masalah yang sistematis, yaitu Dietisien menggunakan cara berpikir kritis dalam membuat keputusan untuk menangani berbagai masalah yang berkaitan dengan gizi, sehingga dapat memberikan asuhan gizi yang aman, efektif dan berkualitas tinggi. PAGT dilakukan dengan menggunakan metode International Dietetic & Nutrition Terminology (IDNT) selama 3 hari pada pasien *EDH SDH SAH post Evakuasi EDH, SDH dicompresi* di ruang ICU 1 RSUD dr. Iskak Tulungagung. Tujuan dari tatalaksana diet ini agar pemenuhan kebutuhan zat gizi untuk perbaikan organ tubuh dapat terpenuhi dan mencegah peningkatan risiko penyakit maupun komplikasi.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimana proses anamnese, diagnosa gizi, intervensi, monitoring dan evaluasi gizi pasien Tn. Dn dengan diagnosa *EDH SDH SAH post Evakuasi EDH, SDH dicompresi?*

## **1.3 Tujuan**

Mengetahui proses anamnese, diagnosa gizi, intervensi, monitoring dan evaluasi gizi pasien Tn. Dn dengan diagnosa *EDH SDH SAH post Evakuasi EDH, SDH dicompresi*

## **1.4 Manfaat**

Menambah wawasan mengenai ilmu penyakit dalam khususnya *EDH SDH SAH post Evakuasi EDH, SDH dicompresi* beserta Proses Asuhan Gizi Terstandar

## **1.5 Tempat dan Lokasi Magang**

Tempat mengambil kasus mendalam TN. Dn di Ruang *Intensif Care Unit* (ICU1). berlokasi di RSUD dr. Iskak Tulungagung Jl. Dr Wahidin Sudiro Husodo – Tlp (0355) 322609 Fax. (0355) 322165 [www.rsudtulungagung.com](http://www.rsudtulungagung.com)  
– Email: [rsu\\_iskak\\_ta@yahoo.com](mailto:rsu_iskak_ta@yahoo.com).