

**KARYA TULIS ILMIAH**

**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY. J.R. DENGAN DIAGNOSA MEDIK  
CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG ASOKA RSUD PROF.DR.W.Z.JOHANES  
KUPANG”**

Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Studi Diploma III Keperawatan pada program studi D III  
Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang



**OLEH:**

**PETRONELA MALAUF KOSAT**

**NIM PO530320116371**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
JURUSAN KEPERAWATAN  
PRODI D III KEPERAWATAN  
2019**

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Petronela Malauf Kosat  
NIM : PO.530320116371  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa Laporan Karya Tulis Ilmiah yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Petronela Malauf Kosat Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan Studi Kasus ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Kupang, 10 Juni 2019

Pembuat Pernyataan



Petronela Malauf Kosat  
PO.530320116371

Mengetahui

Pembimbing



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep, Ns.MSN  
NIP. 19910212201922001

## LEMBAR PERSETUJUAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Petronela Malauf Kosat NIM: PO.530320116371  
dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny.J.R Dengan Cedera Kepala Ringan"  
di Ruang Asoka RSUD. PROF.DR.W.Z.JOHANNES KUPANG"


Disusun oleh



Petronela Malauf Kosat  
PO.530320116371

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Didepan Dewan Penguji Prodi D III  
Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang  
Pada tanggal, 10 Juni 2019

Pembimbing



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep, Ns, MSN  
NIP. 19910212201922001

## LEMBAR PENGESAHAN

Laporan Karya Tulis Ilmiah oleh Petronela Malauf Kosat dengan judul "Asuhan Keperawatan Pada Ny.J.R dengan Cedera Kepala Ringan" di Ruang Asoka RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 10 Juni 2019

### Dewan Penguji

Penguji I



Simon Sani Kleden, S.Kep,Ns.M.Kep  
NIP. 197409061997032005

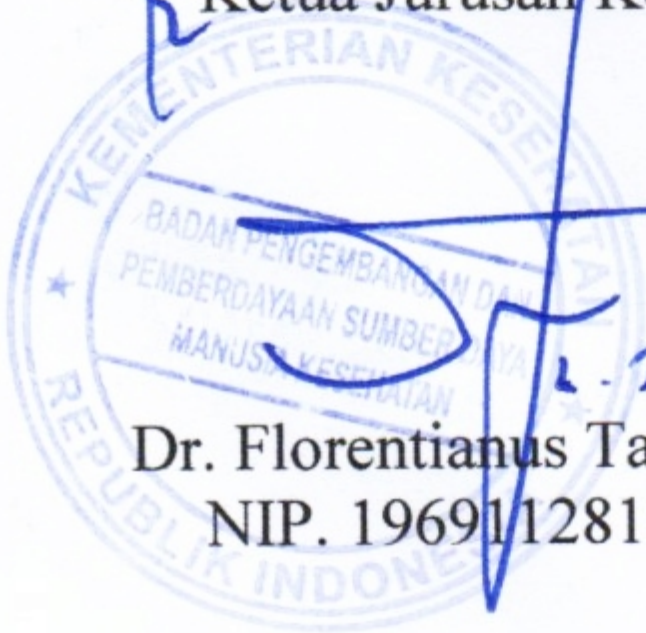

Penguji II



Febtian Cendradevi Nugroho, S.Kep,Ns.MSN  
NIP. 19910212201922001

Mengesahkan

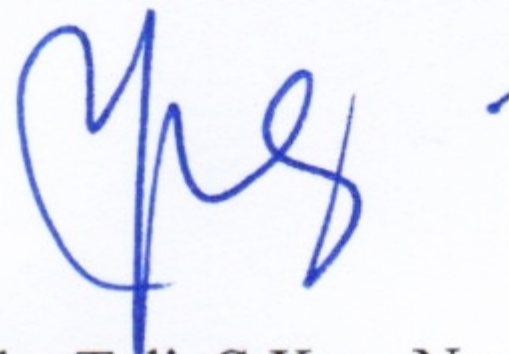
Ketua Jurusan Keperawatan



Dr. Florentianus Tat, SKp, M.Kes  
NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Program Studi



Margaretha Teli, S.Kep.,Ns.,MSc-PH  
NIP. 19770727 200003 2 002

## BIODATA PENULIS

Nama : Petronela Malauf Kosat  
Tempat, Tanggal Lahir : Bathias 21 Februari 1966  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Alamat : Jl. ukitau liliba  
Riwayat Pendidikan : 1. Tamat SD Yaperna Manufui 1 tahun 1981  
2. Tamat SMP Swasta St. Yosef Noemuti 1985  
3. Tamat SMA Swata Stella Maris Niki-Niki 1988  
4. Tamat SPK Depkes Dili Tahun 1998  
5. sejak tahun 2016, kuliah di jurusan keperawatan politeknik kesehatan Kemenkes kupang

### Motto:

**“bertolaklah sedikit ke dalam”**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan Ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmatnya penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah tentang asuhan keperawatan pada Ny. J.R, dengan diagnosa medis Cedera Kepala Ringan di ruangan Asoka RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang dengan baik dan tepat pada waktunya. Karya tulis ilmiah ini dibuat untuk menyelesaikan studi pada Diploma III Keperawatan dan mendapat gelar ahli madya keperawatan.

Laporan studi kasus ini berisikan tentang konsep dasar teori cederakepalaringan dan hasil pengkajian Cedar Kepala Ringan yang di dapat dari lahan praktik yang meliputi pengkajian data kesehatan pasien, analisis masalah kesehatan dari data yang diperoleh, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun rencana pemecahan masalah, melakukan implementasi dan evaluasi dari rencana pemecahan masalah yang dibuat.

Pada kesempatan ini penulis juga ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Direktur Poltekes Kemenkes Kupang Ibu R.H. Kristina, SKM,M.kes pada periode 2018/2022 selaku pelindung dalam ujian akhir program mahasiswa/mahasiswi Prodi DIII keperawatan.
2. Bapak Dr. Florentianus Tat SKp, M.kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi penanggung jawab kegiatan ujian akhir program.
3. Ibu Margareta Teli, S.Kep,NS,MSc, PH selaku Ketua Prodi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang bersedia menjadi koordinator kegiatan ujian akhir program.
4. Ibu Febtian Cendradevi Nugroho S.Kep,Ns, MSN selaku dosen pembimbing yang telah dengan sabar dan penuh tanggung jawab dalam membimbing penulis sejak ujian praktik, proses penyusunan studi kasus hingga pada saat ujian sidang.
5. Bapak Simon Sani Kleden S.Kep Ns, M.Kep selaku penguji institusi yang telah memberikan masukan sangat bermanfaat dan berguna untuk perbaikan studi kasus ini.
6. Bapak Irfan Skm M.kes selaku pembimbing akademik yang telah membantu membimbing, arahan, motivasi selama menjalankan studi di Poltekes Kemenkes

Kupang Jurusan Keperawatan Prodi DIII Keperawatan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan studi kasus ini.

7. Bapak ibu dosen Poltekes Kemenkes Kupang Jurusan Keperawatan Prodi DIII keperawatan yang telah memberikan materi dan praktik selama dalam proses perkuliahan sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan proses penyusunan studi kasus ini.
8. Suami Yosep Nitsae yang selalu memberikan motivasi, dukungan, dan doa sehingga pada akhirnya penulis dapat menyelesaikan study kasus ini dengan baik.
9. Kakak perawat di ruangan Asoka khususnya ibu Yanti Ataupah S.Kep, Ns yang sudah membantu dalam memberikan kasus untuk penulisan pada studi kasus.
10. Teman sepembimbing KTI, Edang Pajong, Wasti Rosinta yang telah membantu menyelesaikan studi kasus penulis.
11. Angkatan 25 Poltekes Kupang tahun 2016 khususnya TK III Karyawan, Yang Selalu setia memberi saran dukungan dan semangat buat penulis dalam menyelesaikan studi kasus ini

Akhir kata penulis ucapkan terima kasih dan mohon maaf jika dalam pembuatan laporan ini masih banyak kekurangan yang penulis lakukan. Penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna menyempurnakan studi kasus ini.

Kupang , 10 Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

Halaman Judul	
Lembar Pernyataan Keaslian.....	i
Lembar Persetujuan .....	ii
Lembar Pengesahan .....	iii
Pernyataan.....	iv
Biodata Penulis .....	v
Kata Pengantar .....	vi
Daftar Isi .....	vii
BAB 1 PENDAHULUAN .....	1
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Tujuan Penulisan.....	2
1.3 Manfaat .....	2
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA .....	3
2.1 Konsep Keperawatan Cedera Kepala Ringan .....	3
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala Ringan.....	8
BAB 3 HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN .....	21
3.1 Hasil .....	21
BAB 4 PENUTUP .....	31
4.1 Kesimpulan .....	31
4.2 Saran .....	34
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang Masalah

Cedera kepala merupakan proses patologis yang dapat menyerang kulit kepala, tulang tengkorak, meningen, atau otak akibat gaya mekanis (Wong, D.L, 2009). Cedera kepala merupakan salah satu penyebab kematian dan kecatatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas (Mansjoer,2007).

Di Indonesia, cedera kepala berdasarkan hasil Riskesdas 2013 menunjukkan insiden cedera kepala dengan CFR sebanyak 100.000 jiwa meninggal dunia (Depkes RI 2013). Prevalensi cedera secara nasional adalah 8,2%, dengan prevalensi tertinggi ditemukan di Sulawesi Selatan (12,8%) dan terendah di Jambi (4,5%) perbandingan hasil Riskesdas 2010 dengan Riskesdas 2013 menunjukkan kecenderungan peningkatan prevalensicedera dari 7,5% menjadi 8,2%. Penyebab cedera terbanyak, yaitu jatuh (40,9%) dan kecelakaan sepeda motor (40,6%). Nusa Tenggara Timur merupakan angka kecelakaan tertinggi (55,5%) dan terendah di Bengkulu (26,6%). Jenis cedera yang dialami terbanyak oleh penduduk adalah luka lecet/memar (70,9%), dan luka robek (23,2%). Adapun urutan proporsi terbanyak untuk tempat terjadinya cedera, yaitu di jalan raya (42,8%), rumah (36,5%), area pertanian (6,9%) dan sekolah (5,4%).

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa pasien cedera kepala ringan mengalami nyeri kepala, beberapa penelitian menemukan bahwa 38% pasien cedera mengalami *accute post traumatic headache* (ATPH) dengan gejala paling sering pada daerah frontal dan tidak ada hubungannya dengan berat luka cedera (Walter et al, 2005), juga dikatakan oleh Oshinsky (2009) bahwa pasien trauma kepala ringan akan mengalami nyeri pada minggu pertama setelah trauma, 12 dari 33 (36%), dari hasil penelitian sebelumnya juga menunjukkan bahwa dari 297 pasien cedera kepala mengalami nyeri kepala 3 hari sampai 1 minggu (33%) (Bekkelund and Salvesen, 2002).

Nyeri kepala pada pasien cedera ringan disebabkan oleh perubahan neurokimia meliputi depolarisasi saraf, pengeluaran asam amino pada neuron transmiter yang berlebihan, difungsi serotogenik, gangguan opiate endogen. Gejala klinis nyeri pada pasien cedera kepala ringan terdapat beberapa tipe yaitu : nyeri kepala migrain, nyeri kepala kluster, nyeri kepala cercicogenik. Dari hasil penelitian didapatkan dari hasil 37%

pasien mengalami nyeri kepala tension, 27% migrain dan 18% cervicogenik dan gejala nyeri akan terus dialami oleh pasien sampai 1 tahun (Lanaerts and Couch, 2004).

Dari permasalahan diatas maka penulis akan sadar akan tingginya angka kematian yang diakibatkan oleh cedera kepala oleh cedera kepala, maka penulis berminat untuk mengambil studi kasus pada pasien dengan cedera kepala ringan.

## **1.2 Tujuan Studi Kasus**

### **1.2.1 Tujuan umum :**

Menggambarkan asuhan keperawatan pada pasien Ny. J.R cedera kepala ringan (CKR) di Ruang Asoka RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

### **1.2.2 Tujuan khusus :**

1. Penulis mampu mengetahui tentang cara pengkajian pada pasien Ny. J.R dengan CKR di Ruang Asoka RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.
2. Penulis mampu mengetahui tentang cara membuat diagnosa keperawatan pada pasien Ny. J.R dengan CKR di Ruang Asoka RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.
3. Penulis mampu menyusun rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada pasien Ny. J.R dengan CKR di Ruang Asoka RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.
4. Penulis mampu melakukan implementasi pada pasien Ny. J.R dengan CKR di Ruang Asoka RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.
5. Penulis mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien Ny. J.R dengan CKR di Ruang Asoka RSUD Prof. W. Z. Johannes Kupang.

## **1.3 Manfaat Studi Kasus**

### **1. Bagi masyarakat**

Dengan adanya studi kasus yang dibuat ini masyarakat dapat mengetahui dan mengenal masalah kesehatan pada pasien yang mengalami sakit akibat cedera pada bagian kepala, sehingga masyarakat dapat mengambil langkah yang pasti dalam mengatasi masalah yang dihadapi.

### **2. Bagi pembangunan Ilmu dan Teknologi Keperawatan**

Dengan studi kasus yang dibuat dapat menjadi bahan pembelajaran, dan sebagai data dasar dalam pembangunan ilmu dan teknologi keperawatan yang modern dalam bidang keperawatan untuk mengatasi masalah keperawatan yang semakin kompleks.

### **3. Manfaat untuk penulis**

Dengan studi kasus yang dibuat penulis mampu mengetahui dan memahami tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami cedera kepala ringan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Dasar Cedera Kepala**

##### **2.1.1 Definisi Cedera Kepala**

Cedera kepala adalah suatu trauma yang mengenai daerah kulit kepala, tulang tengkorak atau otak yang terjadi akibat injury baik secara langsung maupun tidak langsung pada kepala (Suriadi dan Yuliani, 2001).

Menurut Brain Injury Assosiation of America (2001), cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan/benturan fisik dari luar, yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik.

Cedera kepala adalah gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul maupun trauma tajam. Defisit neurologis terjadi karena robekannya substansi alba, iskemia, dan pengaruh massa karena hemoragik, serta edema serebral di sekitar jaringan otak (Batticaca, 2008).

Menurut Doenges (2000), Cedera kepala yaitu adanya deformasi berupa penyimpangan bentuk atau penyimpangan garis pada tulang tengkorak, percepatan (akselerasi) dan perlambatan (deselerasi) yang merupakan perubahan bentuk dipengaruhi oleh perubahan peningkatan pada percepatan faktor dan penurunan kecepatan, serta rotasi yaitu pergerakan pada kepala dirasakan juga oleh otak sebagai akibat perputaran pada tindakan pencegahan

##### **2.1.2 Etiologi Cedera Kepala**

Mekanisme cedera kepala meliputi cedera akselerasi, deselerasi, akselerasi deselerasi, coup-countre coup, dan cedera rotasional.

1. *Cedera Akselerasi*: terjadi jika objek bergerak menghantam kepala yang tidak bergerak (misalnya, alat pemukul menghantam kepala atau peluru yang ditembakkan ke kepala)
2. *Cedera Deselerasi*: terjadi jika kepala yang bergerak membentur obyek diam, seperti pada kasus jatuh atau tabrakan mobil ketika kepala membentur kaca depan
3. *Cedera akselerasi-deselerasi*: sering terjadi dalam kasus kecelakaan kendaraan bermotor dan episode kekerasan fisik

4. *Cedera coup-countre coup*: terjadi jika kepala terbentur yang menyebabkan otak bergerak dalam ruang kranial dan dengan kuat mengenai area tulang tengkorak yang berlawanan serta area kepala yang pertama kali terbentur. Sebagai contoh pasien dipukuli di bagian belakang kepala.
5. *Cedera rotasional*: terjadi jika pukulan atau benturan menyebabkan otak berputar dalam rongga tengkorak, yang mengakibatkan peregangan atau robeknya neuron dalam substansi alba serta robeknya pembuluh darah yang memfiksasi otak dengan bagian dalam rongga tengkorak.

### **2.1.3 Klasifikasi Cedera Kepala**

Beratnya cedera kepala saat ini didefinisikan oleh *The Traumatik Coma Data Bank* berdasarkan Skore Scala Coma Glasgow (GCS). Penggunaan istilah cedera kepala ringan, sedang dan berat berhubungan dari pengkajian parameter dalam menentukan terapi dan perawatan. Adapun klasifikasinya adalah sebagai berikut :

#### **1. Cedera Kepala Ringan**

Nilai GCS 13-15 yang dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia akan tetapi kurang dari 30 menit. Tidak terdapat fraktur tengkorak serta tidak ada kontusio serebral dan hematoma.

#### **2. Cedera Kepala Sedang**

Nilai GCS 9-12 yang dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia lebih dari 0 menit tetapi kurang dari 24 jam. Dapat mengalami fraktur tengkorak.

#### **3. Cedera Kepala Berat**

Nilai GCS 3-8 yang diikuti dengan kehilangan kesadaran atau amnesia lebih dari 24 jam meliputi kontusio serebral, laserasi atau hematoma intrakranial

### **Patofisiologi Cedera Kepala**

Patofisiologis dari cedera kepala traumatic dibagi dalam proses primer dan proses sekunder. Kerusakan yang terjadi dianggap karena gaya fisika yang berkaitan dengan suatu trauma yang relative baru terjadi dan bersifat irreversible untuk sebagian besar daerah otak. Walaupun kontusio dan laserasi yang terjadi pada permukaan otak, terutama pada kutub temporal dan permukaan orbital dari lobus frontalis, memberikan tanda-tanda jelas tetapi selama lebih dari 30 tahun telah dianggap jejas akson difus pada substansi alba subkorteks adalah penyebab utama kehilangan kesadaran berkepanjangan, gangguan respon motorik dan pemulihan yang tidak komplis yang merupakan penanda pasien yang menderita cedera kepala traumatic berat.

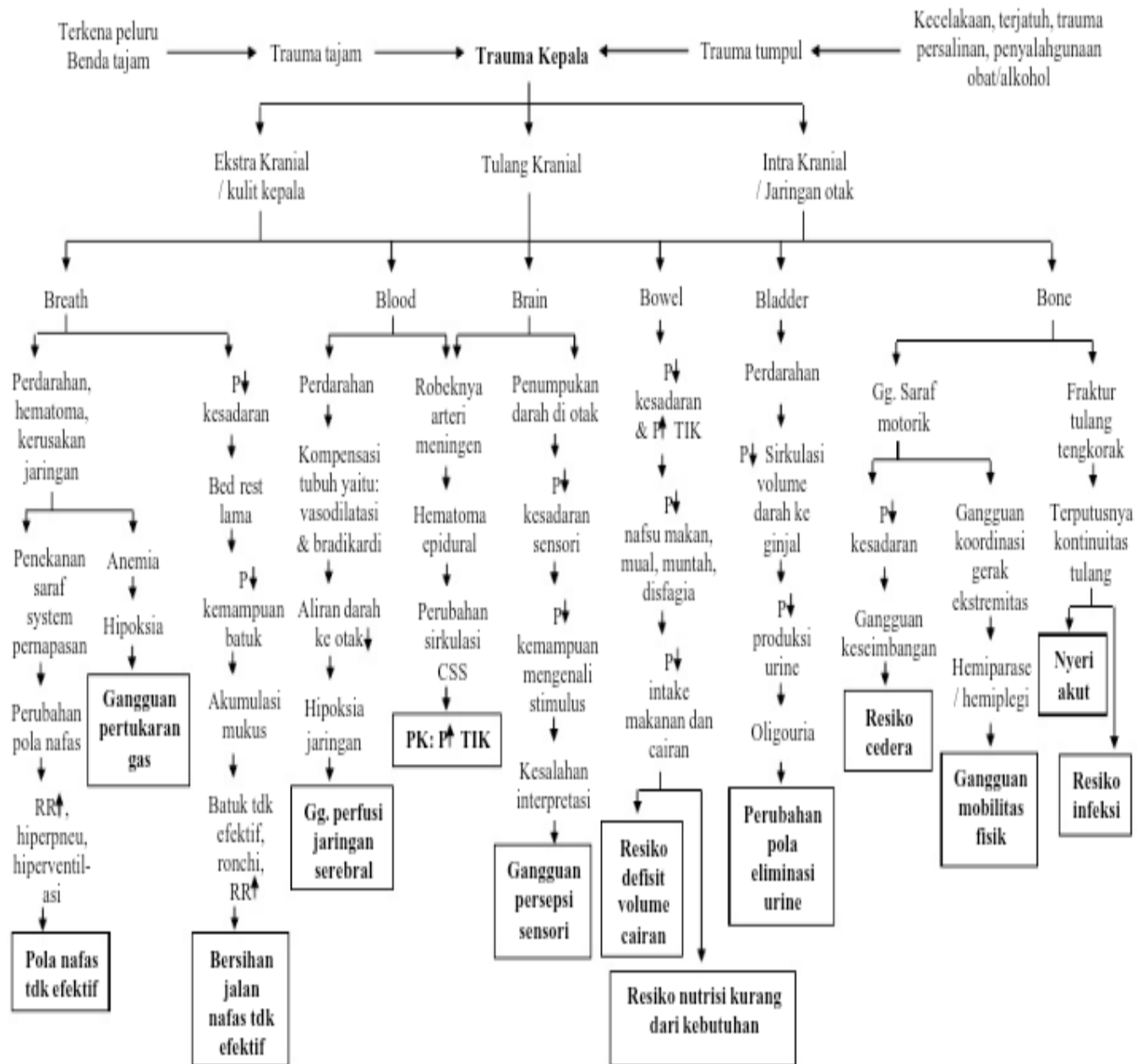
## **1. Proses Primer**

Proses primer timbul langsung pada saat trauma terjadi. Cedera primer biasanya vokal (perdarahan, konusi) dan difus (jejas akson difus). Proses ini adalah kerusakan otak tahap awal yang diakibatkan oleh benturan mekanik pada kepala, derajat kerusakan tergantung pada kuat dan arah benturan, kondisi kepala yang bergerak diam, percepatan dan perlambatan gerak kepala. Proses primer menyebabkan fraktur tengkorak, perdarahan segera intrakranial, robekan regangan serabut saraf dan kematian langsung pada daerah yang terkena.

## **2. Proses Sekunder**

Kerusakan sekunder timbul beberapa waktu setelah trauma menyusul kerusakan primer. Dapat dibagi menjadi penyebab sistemik dari intrakranial. Dari berbagai gangguan sistemik, hipoksia dan hipotensi merupakan gangguan yang paling berarti. Hipotensi menurunnya tekanan perfusi otak sehingga mengakibatkan terjadinya iskemi dan infark otak. Perluasan kerusakan jaringan otak sekunder disebabkan berbagai faktor seperti kerusakan sawar darah otak, gangguan aliran darah otak, metabolisme otak, gangguan hormonal, pengeluaran bahan-bahan neurotransmitter dan radikal bebas. Trauma saraf proses primer atau sekunder akan menimbulkan gejala-gejala neurologis yang tergantung lokasi kerusakan.

**Pathway Cedera Kepala**(Batticaca, 2008).



### 2.1.5 Tanda dan Gejala Cedera Kepala

1. Gangguan kesadaran
2. Konfusi
3. Abnormalitas pupil
4. Awitan tiba-tiba defisit neurologi
5. Perubahan tanda vital
6. Gangguan penglihatan dan pendengaran
7. Disfungsi sensori
8. Kejang otot
9. Sakit kepala

10. Vertigo
11. Gangguan pergerakan
12. Kejang

#### **2.1.4 Komplikasi Cedera Kepala**

1. Kebocoran cairan serebrospinal akibat fraktur
2. kejang-kejang paska trauma
3. DM insipidus disebabkan oleh kerusakan traumatic pada rangkai hipofisis penyakit (anonym, 2011)

#### **2.1.5 Pemeriksaan penunjang Cedera Kepala**

1. CT Scan dan Rontgen mengidentifikasi adanya hemoragik, menentukan ukuran ventrikuler, pergeseran jaringan otak
2. Angiografi serebral menunjukkan kelainan sirkulasi serebral, seperti pergeseran jaringan otak akibat edema, perdarahan, trauma
3. X-Ray mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang
4. Analisa gas darah mendeteksi ventilasi atau masalah pernapasan (oksigenasi) jika peningkatan tekanan intracranial.
5. Elektrolit untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai akibat peningkatan tekanan intracranial

#### **2.1.6 Penatalaksanaan Cedera Kepala**

1. Penatalaksanaan Keperawatan
  - a. Menjamin kelancaran jalan nafas dan kontrol vertebra cervicalis
  - b. Menjaga saluran nafas tetap bersih, bebas dari secret
  - c. Mempertahankan sirkulasi stabil
  - d. Melakukan observasi tingkat kesadaran dan tanda-tanda vital
  - e. Menjaga intake cairan elektrolit dan nutrisi jangan sampai terjadi hiperhidrasi
  - f. Menjaga kebersihan kulit untuk mencegah terjadinya dekubitus
  - g. Mengelola pemberian obat sesuai program
2. Penatalaksanaan Medis
  - a. Oksigenasi dan IVFD
  - b. Terapi untuk mengurangi edema serebri (anti edema)

Dexamethasone 10 mg untuk dosis awal, selanjutnya:

- 1) 5 mg/6 jam untuk hari I dan II
  - 2) 5 mg/8 jam untuk hari III
  - 3) 5 mg/12 jam untuk hari IV
  - 4) 5 mg/24 jam untuk hari V
- c. Terapi neurotropik: citicoline, piroxicam
  - d. Terapi anti perdarahan bila perlu
  - e. Terapi antibiotik untuk profilaksis
  - f. Terapi antipeuretik bila demam
  - g. Terapi anti konvulsi bila klien kejang
  - h. Terapi diazepam 5-10 mg atau CPZ bila klien gelisah
  - i. Intake cairan tidak boleh > 800 cc/24 jam selama 3-4 hari

## **2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala**

### **2.2.1 Pengkajian**

Data fokus yang perlu di kaji :

1. Biodata Pasien meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, tanggal MRS, no. RM, diagnosa medis, pekerjaan, suku/bangsa, tanggal pengkajian
2. Biodata penanggungjawab, meliputi : nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, suku/bangsa, hubungan dengan pasien
3. Riwayat kesehatan meliputi : keluhan utama, kapan cedera terjadi, penyebab cedera, riwayat tak sadar, amnesia, riwayat kesehatan yang lalu, dan riwayat kesehatan keluarga.
4. Pemeriksaan fisik
  - a. Keadaan umum
5. Pemeriksaan persistem
  - a. System persepsi dan sensori (pemeriksaan panca indra, penglihatan, pendengaran, penciuman, pengecap, dan perasa)
  - b. System persarafan (tingkat kesadaran/nilai GCS, reflek bicara, pupil, orientasi waktu dan tempat)
  - c. Sistem pernafasan (nilai frekuensi nafas, kualitas, suara, dan kepatenan jalan nafas)
  - d. Sistem kardiovaskuler (nilai TD, nadi, irama, kualitas dan frekuensi)
  - e. Sistem gastrointestinal ( nilai kemampuan menelan, nafsu makan/minum, peristaltik, eliminasi)



- f. Sistem integumen (nilai warna, turgor, tekstur dari kulit, luka/lesi)
- g. Sistem reproduksi
- h. Sistem perkemihan (nilai frekuensi b.a.k, volume b.a.k)
- i. Pola fungsi kesehatan
  - 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan (termasuk adakah kebiasaan merokok, minum alkohol, dan penggunaan obat-obatan)
  - 2) Pola aktivitas dan latihan (adakah keluhan lemas, pusing, kelelahan, dan kelemahan otot)
  - 3) Pola nutrisi dan metabolisme (adakah keluhan mual, muntah)
  - 4) Pola eliminasi
  - 5) Pola tidur dan istirahat
  - 6) Pola kognitif dan perceptual
  - 7) Persepsi diri dan konsep diri
  - 8) Pola toleransi dan coping stres
  - 9) Pola seksual dan reproduksi
  - 10) Pola hubungan dan peran
  - 11) Pola nilai dan keyakinan

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan NANDA 2015**

Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul pada klien dengan cedera kepala adalah sebagai berikut :

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplai oksigen ke otak
2. Nyeri akut b/d agen cedera fisik (trauma)
3. Ketidakefektifan Pola nafas berhubungan dengan hipoventilasi
4. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas yang lama
5. Defisit perawatan diri : makan/mandi, toileting berhubungan dengan kelemahan fisik dan nyeri
6. Risiko infeksi berhubungan dengan trauma/laserasi kulit kepala
7. PK: peningkatan TIK dengan proses desak ruang akibat penumpukan cairan /darah di dalam otak

### **2.2.3 Rencana Keperawatan Berdasarkan NOC & NIC 2013, Edisi Kelima**

**Diagnosa 1** : Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplai oksigen ke otak.

**Tujuan :** Pasien akan mempertahankan perfusi jaringan serebral yang efektif selama dalam perawatan.

**NOC :**

1. Circulation status (Status Sirkulasi)
2. Tissue Prefusion : Cerebral (Perfusi Jaringan : Serebral)

**Outcome/Kriteria Hasil :**

1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :
  - a. Tekanan sistole dan diastole dalam rentang yang diharapkan
  - b. Tidak ada ortostatikhipertensi
  - c. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial (tidak lebih dari 15 mmHg)
2. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan:
  - a. Berkomunikasi dengan jelas dan sesuai dengan kemampuan
  - b. Menunjukkan perhatian, konsentrasi dan orientasi
  - c. Memproses informasi
  - d. Membuat keputusan dengan benar
3. Menunjukkan fungsi sensori motori cranial yang utuh : tingkat kesadaran membaik, tidak ada gerakan-gerakan involunter

**NIC : Intrakranial Pressure (ICP) Monitoring (Monitor tekanan intrakranial)**

1. Berikan informasi kepada keluarga
2. Set alarm
3. Monitor tekanan perfusi serebral
4. Catat respon pasien terhadap stimulus
5. Monitor tekanan intrakranial pasien dan respon neurologi terhadap aktivitas
6. Monitor jumlah drainase cairan serebrospinal
7. Monitor intake dan output cairan
8. Restrain pasien jika perlu
9. Monitor suhu dan angka WBC
10. Kolaborasi pemberian antibiotik
11. Posisikan pasien pada posisi semifowler
12. Minimalkan stimulus dari lingkungan

**NIC : Peripheral Sensation Management (Manajemen sensasi perifer)**

1. Monitor adanya daerah tertentu yang hanya peka terhadap panas/dingin/tajam/tumpul

2. Monitor adanya paretese
3. Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada isi atau laserasi
4. Gunakan sarung tangan untuk proteksi
5. Batasi gerakan pada kepala, leher dan punggung
6. Monitor kemampuan BAB
7. Kolaborasi pemberian analgetik
8. Monitor adanya tromboplebitis
9. Diskusikan mengenai penyebab perubahan sensasi

**Diagnosa 2 :** Nyeri akut b/d agen cedera fisik (trauma).

**Tujuan :** Pasien akan mempertahankan rasa nyaman nyeri selama dalam perawatan

**NOC :** Pain Level (level nyeri), Pain control (control nyeri), dan Comfort level (level kenyamanan)

**Kriteria Hasil :**

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
5. Tanda vital dalam rentang normal

**NIC :** Pain Management (manajemen nyeri)

1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien
4. Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri
5. Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau
6. Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau
7. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan
8. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan
9. Kurangi faktor presipitasi nyeri

10. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi, non farmakologi dan inter personal)
11. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi
12. Ajarkan tentang teknik non farmakologi
13. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
14. Evaluasi keefektifan kontrol nyeri
15. Tingkatkan istirahat
16. Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil
17. Monitor penerimaan pasien tentang manajemen nyeri

**NIC : Analgesik Administration (Pengobatan. Administrasi analgetik)**

1. Tentukan lokasi, karakteristik, kualitas, dan derajat nyeri sebelum pemberian obat
2. Cek instruksi dokter tentang jenis obat, dosis, dan frekuensi
3. Cek riwayat alergi
4. Pilih analgesik yang diperlukan atau kombinasi dari analgesik ketika pemberian lebih dari satu
5. Tentukan pilihan analgesik tergantung tipe dan beratnya nyeri
6. Tentukan analgesik pilihan, rute pemberian, dan dosis optimal
7. Pilih rute pemberian secara IV, IM untuk pengobatan nyeri secara teratur
8. Monitor vital sign sebelum dan sesudah pemberian analgesik pertama kali
9. Berikan analgesik tepat waktu terutama saat nyeri hebat
10. Evaluasi efektivitas analgesik, tanda dan gejala (efek samping)

**Diagnosa 3 : Ketidakefektifan Pola nafas b/d hipoventilasi.**

**Tujuan :** Pasien akan mempertahankan pola napas yang efektif selama dalam perawatan

**NOC :**

1. Respiratory status : Ventilation (Status Respirasi : Ventilasi)
2. Respiratory status : Airway patency (Status Respirasi : Patensi Jalan Napas)
3. Vital sign Status (status TTV)

**Outcome/kriteria Hasil :**

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)
2. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)

3. Tanda-Tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)

**NIC :**

**Airway Management (Manajemen Jalan Napas)**

1. Buka jalan nafas, gunakan teknik chin lift atau jaw thrust bila perlu
2. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi
3. Identifikasi pasien perlunya pemasangan alat jalan nafas buatan
4. Pasang mayo bila perlu
5. Lakukan fisioterapi dada jika perlu
6. Keluarkan sekret dengan batuk atau suction
7. Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
8. Lakukan suction pada mayo
9. Berikan bronkodilator bila perlu
10. Berikan pelembab udara Kassa basah NaCl Lembab
11. Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.
12. Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub>

**Terapi Oksigen**

1. Bersihkan mulut, hidung dan secret trakea
2. Pertahankan jalan nafas yang paten
3. Atur peralatan oksigenasi
4. Monitor aliran oksigen
5. Pertahankan posisi pasien
6. Observasi adanya tanda-tanda hipoventilasi
7. Monitor adanya kecemasan pasien terhadap oksigenasi

**Diagnosa 4 :** Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan imobilitas yang lama.

**Tujuan :** Pasien akan mempertahankan integritas kulit yang utuh selama dalam perawatan

**NOC :** Tissue Integrity : Skin and Mucous Membran (integritas jaringan : kulit dan membrane mukosa)

**Kriteria Hasil :**

1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
2. Tidak ada luka/lesi pada kulit
3. Perfusi jaringan baik

4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya ccedera berulang
5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami

**NIC : Pressure Management (Manajemen Tekanan)**

1. Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar
2. Hindari kerutan pada tempat tidur
3. Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering
4. Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali
5. Monitor kulit akan adanya kemerahan
6. Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan
7. Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien
8. Monitor status nutrisi pasien
9. Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat

**Diagnosa 5** : Defisit perawatan diri : makan/mandi, toileting berhubungan dengan kelemahan fisik dan nyeri. **Tujuan** : Pasien akan meningkatkan aktivitas perawatan diri yang efektif selama dalam perawatan

**NOC** : Self care : Activity of Daily Living (ADLs) (Perawatan diri : Aktivitas sehari-hari)

**Kriteria Hasil :**

1. Klien terbebas dari bau badan
2. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs
3. Dapat melakukan ADLS dengan bantuan

**NIC** : Self Care assistane : ADLs (Asisten perawatan diri : Aktivitas sehari-hari)

1. Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.
2. Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.
3. Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.
4. Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.
5. Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.

6. Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.
7. Berikan aktivitas rutin sehari- hari sesuai kemampuan.
8. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.

**Diagnosa 6 :** Risiko infeksi berhubungan dengan trauma/laserasi kulit kepala.

**Tujuan :** Tidak terjadi risiko infeksi yang efektif selama dalam perawatan

**NOC :** Immune Status (status imun), Risiko control (control risiko)

**Kriteria Hasil :**

1. Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
2. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
3. Jumlah leukosit dalam batas normal
4. Menunjukkan perilaku hidup sehat

**NIC : Infection Control (Kontrol infeksi)**

1. Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain
2. Pertahankan teknik isolasi
3. Batasi pengunjung bila perlu
4. Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien
5. Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan
6. Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan
7. Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat pelindung
8. Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat
9. Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum
10. Gunakan kateter intermiten untuk menurunkan infeksi kandung kencing
11. Tingkatkan intake nutrisi
12. Berikan terapi antibiotik bila perlu

**Infection Protection (proteksi terhadap infeksi)**

1. Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal
2. Monitor hitung granulosit, WBC
3. Monitor kerentanan terhadap infeksi
4. Batasi pengunjung
5. Saring pengunjung terhadap penyakit menular

6. Pertahankan teknik aseptis pada pasien yang berisiko
7. Pertahankan teknik isolasi k/p
8. Berikan perawatan kulit pada area epidema
9. Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase
10. Inspeksi kondisi luka / insisi bedah
11. Dorong masukkan nutrisi yang cukup
12. Dorong masukan cairan
13. Dorong istirahat
14. Instruksikan pasien untuk minum antibiotik sesuai resep
15. Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi
16. Ajarkan cara menghindari infeksi
17. Laporkan kecurigaan infeksi
18. Laporkan kultur positif

**Diagnosa 7 :** PK: peningkatan TIK b/d proses desak ruang akibat penumpukan cairan/darah di dalam otak.

**Tujuan :** setelah dilakukan asuhan keperawatan selama...× 24 jam, dapat mencegah atau meminimalkan komplikasi dari peningkatan TIK.

**Kriteria hasil :** Kesadaran stabil (orientasi baik), pupil isokor, diameter 1 mm, reflek baik. tidak mual, tidak muntah.

**NIC :**

1. Pantau tanda dan gejala peningkatan TIK
  - a. Kaji respon membuka mata, respon motorik dan verbal, (GCS)
  - b. Kaji perubahan tanda-tanda vital
  - c. Kaji respon pupil
  - d. Catat gejala dan tanda-tanda: muntah, sakit kepala, letargi, gelisah, nafas keras, gerakan tak bertujuan, perubahan mental
2. Tinggikan kepala 30-40 derajat jika tidak ada kontra indikasi
3. Hindari situasi atau manuver sebagai berikut :
  - a. Masase karotis
  - b. Fleksi dan rotasi leher berlebihan
  - c. Stimulasi anal dengan jari, menahan nafas dan mengejan
  - d. Perubahan posisi yang cepat
4. Ajarkan klien untuk ekspirasi selama perubahan posisi



5. Konsul dengan dokter untuk pemberian pelunak feses, jika perlu
6. Pertahankan lingkungan yang tenang
7. Hindarkan pelaksanaan urutan aktivitas yang dapat meningkatkan TIK
9. Batasi waktu pengisapan pada tiap waktu hingga 10 detik
10. Hiperoksigenasi dan hiperventilasi klien sebelum dan sesudah pengisapan
11. Konsultasi dengan dokter untuk pemberian lidokain profilaktik sebelum pengisapan
12. Pertahankan ventilasi optimal melalui posisi yang sesuai dengan pengisapan yang teratur
13. Jika diindikasikan, lakukan protocol atau kolaborasi dengan dokter untuk terapi obat yang mungkin termasuk sebagai berikut:
  - a. Sedasi, barbiturat (menurunkan laju metabolisme serebral)
  - b. Antikonvulsan (mencegah kejang)
  - c. Diuretic osmotic (menurunkan edema serebral)
  - d. Diuretic non osmotic (mengurangi edema serebral)

### **2.1.1 Implementasi Keperawatan (NOC & NIC Edisi 5)**

Implementasi merupakan suatu tindakan keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah keperawatan yang ditemukan pada pasien untuk itu diharapkan harus sesuai dengan intervensi atau rencana yang telah dibuat.

### **2.1.2 Evaluasi Keperawatan**

#### **Diagnosa 1:**

*Perfusi jaringan serebral:*

1. Tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
2. Tekanan darah sistolik normal (120 mmHg) (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
3. Tekanan darah diastolik normal (80 mmHg) (*skala 5 = no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*)
4. Tidak ada sakit kepala (*skala 5 = none/tidak ada*)
5. Tidak ada gelisah (*skala 5 = none*)
6. Tidak ada agitasi (*skala 5 = none*)
7. Tidak ada syncope (*skala 5 = none*)
8. Tidak ada muntah (*skala 5 = none*)
9. Tidak ada gangguan kognisi (*skala 5 = none/tidak ada*)

## **Diagnosa 2 :**

### ***Pain level (Level nyeri):***

1. Klien tidak melaporkan adanya nyeri (skala 5 = *none*/ tidak ada)
2. Klien tidak merintih ataupun menangis (skala 5 = *none*)
3. Klien tidak menunjukkan ekspresi wajah terhadap nyeri (skala 5 = *none*)
4. Klien tidak tampak berkeringat dingin (skala 5 = *none*)
5. RR dalam batas normal (16-20 x/menit) (skala 5 = *normal*)
6. Nadi dalam batas normal (60-100x/menit) (skala 5 = *normal*)
7. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) (skala 5 = *normal*)

### ***Pain control (Kontrol Nyeri):***

1. Klien dapat mengontrol nyerinya dengan menggunakan teknik manajemen nyeri non farmakologis (skala 5 = *consistently demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan)
2. Klien dapat menggunakan analgesik sesuai indikasi (skala 5 = *consistently demonstrated* Secara konsisten ditunjukkan)
3. Klien melaporkan nyeri terkontrol (skala 5 = *consistently demonstrated*/ Secara konsisten ditunjukkan)

## **Diagnosa 3:**

### ***Status pernapasan: ventilasi***

1. Kedalaman pernapasan normal (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)
2. Tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)
3. Tidak tampak retraksi dinding dada (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

### **Tanda-tanda vital**

1. Frekuensi pernapasan dalam batas normal (16-20x/menit) (skala 5 = *no deviation from normal range*/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal)

#### **Diagnosa 4 :**

1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
2. Tidak ada luka/lesi pada kulit
3. Perfusi jaringan baik
4. Menunjukkan pemahaman dalam proses perbaikan kulit dan mencegah terjadinya cedera berulang
5. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami

#### **Diagnosa 5 :**

1. Klien terbebas dari bau badan
2. Menyatakan kenyamanan terhadap kemampuan untuk melakukan ADLs
3. Dapat melakukan ADLs dengan bantuan

#### **Diagnosa 6 :**

1. Tidak ada kemerahan (Skala 5 = *None/tidak ada*)
2. Tidak terjadi hipertermia (Skala 5 = *None*)
3. Tidak ada nyeri (Skala 5 = *None*)
4. Tidak ada pembengkakan (Skala 5 = *None*)
5. Suhu dalam batas normal ( $36,5^{\circ} - 37^{\circ}\text{C}$ ) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
6. Tekanan darah dalam batas normal (120/80 mmHg) (skala 5 = *no deviation from normal range*)
7. Nadi dalam batas normal (60-100 x/menit) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
8. RR dalam batas normal (12-20 x/menit) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
9. WBC dalam batas normal (4,6 – 10,2 k/ul) (skala 5 = *no deviation from normal range/Tidak ada penyimpangan dari rentang normal*).
10. Klien mampu menyebutkan faktor-faktor risiko penyebab infeksi ( Skala 5 = *Consistenly demonstrated/Secara konsisten ditunjukkan*).
11. Klien mampu memonitor lingkungan penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*)

12. Klien mampu memonitor tingkah laku penyebab infeksi (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan).
13. Tidak terjadi paparan saat tindakan keperawatan (Skala 5 = *Consistenly demonstrated*/Secara konsisten ditunjukkan).

**Diagnosa 7 :**

Kesadaran stabil (orientasi baik), pupil isokor, diameter 1 mm, reflek baik.  
tidak mual, tidak muntah

4.1.1 lain perfusi jaringan serebral efektif, nyeri terkontrol, dan mobilisasi pasien meningkat.

## **BAB 3**

### **HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

#### 3.1 HASIL STUDI KASUS

##### 3.1.1 Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada pasien berinisial Ny .J.R berjenis kelamin Perempuan, Ny. J.R berusia 64 tahun, beragama KristenProtestan, suku Sabu, dan bertempat tinggal di Fontein. Ny. J.R masuk rumah sakit pada tanggal 25-05-2019 dengan diagnosa medik CKR (Cedera kepala ringan)

Pengkajian dilakukan tanggal 27 Mei 2019 pada anak dan Ny. J.R karena Ny. J.R mengalami luka robek pada kepala bagian belakang karena terjatuh di lantai. Menurut hasil pengkajian yang dilakukan pada Ny. K didapatkan bahwa kondisi Ny. J.R mengalami nyeri pada kepala bagian belakang (skala nyeri 4). Hanya berbaring diatas tempat tidur, dan tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri. Pasien juga menambahkan kalau pasien mengalami struk sejak tahun 2014. Anak Ny. J.R. juga menambahkan bahwa pasien di bawah ke IGD RSUD Prof. Dr. W.Z. Johannes Kupang dengan alasan Ny. J.R. jatuh dilantai , dan Ny. J.R. juga merasakan nyeri pada kepala bagian belakang, dan lemas. Ny. J.R. tinggal serumah dengan suami dan kedua anaknya. Dalam keluarga tidak ada keluarga yang sakit sama seperti pasien.

Pada saat dilakukan pengkajian fisik didapatkan hasil bahwa, keadaan umum pasien tampak lemah, kesadaran composmentis didapatkan tekanan darah 180/100mmHg, pernapasan 21x/menit, nadi 82x/menit teraba kuat, suhu badan 36,2<sup>0</sup>c, konjungtiva anemis, skelerajaundice, mukosa bibir tampak kering dan pucat, CRT<3 detik, akral hangat, tidak ada pernapasan cuping hidung, tidak ada tarikan dinding dada, saat di auskultasi terdengar suara napas vesikuler.

Hasil pemeriksaan Ny. J.R pada tanggal 27 Mei 2019 jam 09:15 didapatkan Hb 13,2g/dl seharusnya Hb normal adalah 13,0-18,0. Jumlah eritrosit  $4.93 \times 10^6/\mu\text{l}$ . Nilai normalnya  $4,50-6,20 \times 10^6/\mu\text{l}$ . Hematokrit 38,6% dengan nilai normalnya adalah 40,0-54,0 %. MCV 78.3fl, dengan nilai normalnya 81.0 – 96.0. MCH 26.8pg, dengan nilai normal 27.0 – 36.0 pg. MCHC 34.2, g/l, dengan nilai normal 31,0 – 37,0. Jumlah lekosit  $11,21 \times 10^3/\mu\text{l}$ , dengan nilai normalnya  $4,0 – 10,0 \times 10^3/\mu\text{l}$ . Neutrofil 85.8 %, dengan nilai normalnya 50 – 70 %. Limfosit 9.6 %, dengan nilai normal 20 – 40 %. Monosit 3.8 %, dengan nilai normalnya 2 – 8 %. Jumlah neutrofil  $9.61 \times 10^3/\mu\text{l}$ , dengan nilai normalnya

1.50 – 7.00  $10^3/\mu\text{l}$ . Jumlah monosit  $0.43 \cdot 10^3/\mu\text{l}$ , dengan nilai normalnya 0.00 – 0.70  $10^3/\mu\text{l}$ .

Pasien mengatakan merasa nyeri pada kepala bagian belakang. Pengkajian nyeri PQRST : P : nyeri pada kepala belakang, Q : nyeri seperti tertekan, R : nyeri terasa pada bagian kepala, S : skala nyeri 4 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan pada saat beraktivitas, dengan durasi yang lama. Wajah pasien tampak meringis. TD 180/100 mmHg, RR: 21x/menit, nadi 82x/menit, suhu  $36,2^{\circ}\text{C}$ .

Saat dilakukan pengkajian didapatkan bahwa nafsu makan pasien baik, tidak ada mual dan muntah. pasien tampak lemas.

Pada saat dilakukan pengkajian didapatkan hasil bahwa, pasien tidak dapat membasuh tubuh, tidak dapat mengakses kamar mandi, pasien mengatakan badan lemas, tidak dapat melakukan aktivitas sendiri saat makan, minum dan mandi dibantu oleh keluarga (suami dan anak).

Pasien mengatakan tidak dapat melakukan aktivitas BAK dan BAB sendiri pasien tidak mampu ke toilet sendiri sehingga harus dibantu oleh keluarga. Pasien mengatakan dalam sehari minum air 400cc, pasien tampak lemas, mukosa bibir kering.

### 3.1.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan ditegakan berdasarkan data-data yang telah dikaji dan dengan menetapkan, masalah, penyebab, dan data penunjang. Masalah keperawatan yang ditemukan adalah:

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi suplai oksigen ke otak yang ditandai dengan pasien mengatakan merasa pusing dan lemas. Tanda – tanda vital TD : 180/110 mmHg N : 84 x/menit S : 36,2 RR : 23 x/menit.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik yang ditandai dengan pasien mengatakan sakit pada kepala bagian belakang, Pengkajian nyeri PQRST : P : nyeri pada kepala belakang, Q : nyeri seperti tertekan, R : nyeri terasa pada bagian kepala, S : skala nyeri 4 (nyeri sedang), T : nyeri dirasakan pada saat beraktivitas, dengan durasi yang lama.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang ditandai dengan pasien mengatakan badan lemas, tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri, pasien hanya berbaring diatas tempat tidur. Semua aktivitas dibantu.

### 3.1.3 perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan dibuat setelah menegakkan diagnosa keperawatan.

1. Untuk diagnosa pertama adalah dengan tujuan pasien mengalami perfusi jaringan serebral yang efektif selama dalam perawatan, dengan objektif dalam waktu 3x24jam pasien dapat mengalami perfusi jaringan serebral yang efektif, intervensi yang dapat diambil, mengkaji respon motorik terhadap perintah sederhana, pantau status neurologis secara teratur, berikan alat bantu jika perlu, monitor BAB dan BAK, monitor adanya tromboflebitis, monitor adanya peningkatan tekanan intra kranial, monitor cairan infus, kolaborasi pemberian terapi analgetik, berikan penjelasan mengenai penyebab perubahan sensasi pada pasien dan keluarga, mengambil darah untuk pemeriksaan elektrolit.
2. Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik tujuan nyeri yang dirasakan pasien akan berkurang selama dalam perawatan, dengan objektif dalam waktu 3x24jam pasien mengenali kapanonset nyeri terjadi, tindakan pertolongan non farmakologi, nyeri terkontrol, ekspresi nyeri : wajah, frekuensi nyeri. Intervensi yang diambil adalah : Kaji keluhan nyeri, lokasi,karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas dan beratnya nyeri, Observasi responketidaknyamanan secara verbal dan non verbal, Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri, Monitor Pastikan klien menerima perawatan analgetik dengan tepat, Sediakan lingkungan yang nyaman, Ajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsunganda, gejala dan efek samping obat.
3. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan Intoleransi aktivitas dengan tujuan dalam jangka waktu 3x24 jam pasien meningkat dalam aktivitas fisik, dan memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah.Bantu pasien untuk duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh, Bantu pasien untuk berpindah sesuai kebutuhan.

### **3.1.4. Implementasi keperawatan**

Merupakan tahap ke empat dari proses keperawatan, di buat setelah menetapkan intervensi pada diagnosa yang diambil. Pada tanggal 27 – 29 Mei 2019, tidak semua diagnosa dilakukan implementasi setiap harinya. untuk diagnosa pertamaketidakefektifanperfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penurunan suplai darah dan O<sub>2</sub> ke otak, implementasi yang dilakukan yaitu, memantau TTV: tekanan darah 180/110, nadi: 84x/menit, suhu: 36,2<sup>0</sup>c, pernafasan: 23x/menit tiap 4 jam mengkaji respon motorik terhadap perintah sederhana , memonitor kemampuan BAB/BAK, memonitor adanya tromboplebitis, memonitor adanya peningkatan tekanan intra kranial, memonitor jalan cairan infus, melayani pemberian ketorolac 30mg/iv dan ranitidin 50mg/iv, mengambil darah untuk pemeriksaan elektrolit.

Untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik dilakukan implementasi mengkaji keluhan nyeri, lokasi, karekteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas dan beratnya nyeri, mengobservasi responketidaknyamanan secara verbal dan non verbal, menganjurkan pasien istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri, memastikan klien menerima perawatan analgetik dengan tepat, menyediakan lingkungan yang nyaman, mengajarkan penggunaan teknik relaksasi napas dalam sebelum atau sesudah nyeri berlangsung tanda.

Untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas dilakukan implementasi membantu pasien untuk duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh, membantu pasien untuk berpindah sesuai kebutuhan.

### **3.1.5. Evaluasi**

Tahap evaluasi adalah tahap dimana mahasiswa menilai asuhan keperawatan yang telah di implementasikan kepada Ny. J.R. sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat atau di implementasikan. Berikut ini dipaparkan evaluasi hasil dari tindakan yang dilakukan oleh mahasiswa pada tanggal 27 – 29 Mei 2019

Evaluasi yang dinilai dari implementasi yang dilakukan pada tanggal 27 Mei 2019 untuk diagnosa pertamaKetidakefektifanperfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi suplai oksigen ke otak pasien tidak merasakan sakit tekanan darah dalam batas normal : 120/80mmHg .

Berdasarkan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk menyelesaikan diagnosa kedua nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik, pasien mengerti dan paham



dengan teknik relaksasi napas dalam dan distraksi yang sudah diajarkan oleh mahasiswa dan pasien dapat mempraktikkannya.

Selanjutnya evaluasi yang didapatkan untuk menilai hasil dan tindakan keperawatan yang dilakukan untuk diagnosa hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan intoleransi aktivitas, pasien dapat duduk disisi tempat tidur dengan bantuan keluarga.

### **3.2. PEMBAHASAN**

Keadaan umum (Arif Muttaqin, 2008) pada keadaan cedera kepala ringan umumnya tidak kehilangan kesadaran atau amnesia, pasien dengan cedera kepala ringan GCS:15 (sadar penuh), mengeluh pusing, dan nyeri kepala pada bagian belakang. Adanya perubahan pada tanda-tanda vital, meliputi bradikardi ( $N:<60x/menit$ ) dan peningkatan tekanan darah ( $TD: \geq 140/90$  mmHg). Berdasarkan hasil studi kasus yang didapat dilapangan Ny. J.R. di ruangan asoka pada proses pengkajian didapati keadaan umum tidak mengalami penurunan kesadaran (compos mentis dan GCS=15), tekanan darah 180/110mmHg, nadi 84x/menit, pasien juga mengeluh pusing dan nyeri kepala bagian belakang. Namun pasien mengalami bradikardi yaitu  $N:84x/menit$  dan mengalami peningkatan tekanan darah yaitu  $TD:180/110mmHg$ . Pada proses pengkajian yang didapatkan pada studi kasus Ny. J.R. di ruangan Asoka mendukung teori menurut Arif Muttaqin (2008) karena pasien Ny. J.R. dengan diagnosa medis Cedera kepala Ringan (CKR) mengeluh nyeri kepala pada bagian belakang, pusing, GCS 15 Kompos mentis. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan antara teori dan praktiknya pada kasus nyata. Hasil pengkajian yang didapatkan hasil bahwa pasien memiliki riwayat sakit stroke pada tahun 2014.

Menurut konsep teori, pada pasien dengan CKR ada beberapa pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa dan juga untuk mengetahui status kesehatan pasien. Pemeriksaan penunjang yang dilakukan antara lain adalah CT Scan, kadar elektrolit, x-ray, BAER, dan MRI. Namun pada kasus nyata pasien hanya melakukan tes darah elektrolit, dan CT Scan. Dalam hal ini terjadi kesenjangan antara teori dan praktik pada kasus nyata Dimana tidak semua periksaan dilakukan karena pasien baru melakukan pemeriksaan darah elektrolit dan CT Scan. Pasien sudah di rawat pada hari ketiga di ruangan, keadaan pasien sudah membaik.

Menurut definisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan muncul pada kasus cedera kepala ringan antara lain : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, nyeri akut, hipertermi, pola napas tidak efektif, defisit perawatan diri dan hambatan

mobilitas. Dalam hal ini tidak terjadi kesenjangan pada teori dan kasus nyata, karena pada saat pengkajian tidak didapatkan masalah lain yang muncul pada Ny. J.R.

Menurut teori NOC & NIC(2015, edisi kelima), Rencana tindakan keperawatan, yang disusun berdasarkan prioritas masalah kesehatan yaitu masalah keperawatan utama ketidakefektifanperfusi jaringan serebral. Semua intervensi untuk diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral sesuai dengan teori yang ada di buku NOC NIC 2015 yaitu diambil NOC (*Nursing Outcome Classification*) Intervensi dari NIC (*Nursing Intervention Classification*) .

### **3.2.1.Pengkajian Keperawatan**

Menurut Arif Mansjoer (2005) pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu.

Berdasarkan hasil pengkajian yang didapatkan pada tanggal 27 Mei 019, pasien mengatakan merasa pusing dan lemas, TTV : 180/110 mmHg, N : 94x/menit, S : 36,2°c, R : 22 x/menit, terdapat memar atau lebam pada kepala bagian kanan, Jumlah Lekosit 11,21 % (Nilai normalnya 4,0-10,0 %), glukosa sewaktu 296 mg/dl (Nilai normalnya 70-150 mg/dl), kalium darah 2,5 mmol/L (Nilai normalnya 3,5-4,5 mmol/L), kalsium ion 1.040 mmol/L (Nilai normalnya 1.120-1320 mmol/L). Pasien juga mengeluhkan nyeri terus menerus pada kepala, wajah tampak meringis kesakitan, tampak pasien sering memegang daerah kepala, pengkajian PQRTS didapatkan P : benturan dilantai setelah jatuh dilantai, Q : nyeri seperti tertekan, R : nyeri kepala, S : skala nyeri 4, T : hampir setiap saat. Pasien mengatakan badan terasa lemah, tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

Pada kasus Ny. J. R. meliputi : TTV : 180/110 mmHg, N : 94x/menit, S : 36,2°c, R : 22 x/menit, terdapat memar atau lebam pada kepala bagian kanan, Jumlah Lekosit 11,21 % (Nilai normalnya 4,0-10,0 %), glukosa sewaktu 296 mg/dl (Nilai normalnya 70-150 mg/dl), kalium darah 2,5 mmol/L (Nilai normalnya 3,5-4,5 mmol/L), kalsium ion 1.040 mmol/L (Nilai normalnya 1.120-1320 mmol/L).

Hasil tersebut sesuai dengan penjelasan bahwa ada peningkatan tekanan darah, lekosit dan ada penurunan kadar kalium dan kadar kalsium ion, dimanah hal ini sangat mempunyai

peranan penting di dalam tubuh. Dimana jika terjadi peningkatan tekanan darah karena adanya riwayat stroke, sedangkan penurunan kalium mengakibatkan hipokalemia, dan kadar kalsium ion akan menyebabkan hipokalsemia. Dengan demikian terjadilah gangguan pada perfusi jaringan serebral berhubungan dengan konsentrasi dan suplai oksigen ke otak.

### **3.2.1 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan memungkinkan perawat untuk menganalisis dan mensintesis data yang telah dikelompokkan, selain itu juga digunakan untuk mengidentifikasi masalah, faktor penyebab masalah, dan kemampuan klien untuk dapat mencegah atau memecahkan masalah (Mansjoer, Arif. 2005).

Sesuai dengan definisi NANDA 2015-2017 diagnosa keperawatan pada kasus cedera kepala ringan antara lain : ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, nyeri akut, dan hambatan mobilitas fisik.

Berdasarkan penjelasan tersebut di atas terdapat ketidaksesuaian antara teori dan kasus nyata yang dialami oleh Ny. J. R. yaitu pada kasus nyata ditemukan tiga (3) masalah keperawatan yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, nyeri akut, dan hambatan mobilitas fisik.

Dimana penulis mengangkat tiga (3) masalah keperawatan tersebut karena data pada Tn A. H. sangat mendukung antara lain : **1)** Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi atau suplai oksigen ke otak yang ditandai dengan pasien mengatakan merasa pusing dan lemas, TTV : 180/110 mmHg, N : 94x/menit, S : 36,2°C, R : 22 x/menit, terdapat memar atau lebam pada kepala bagian kanan. **2)** Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik (trauma) yang ditandai dengan pasien mengatakan sakit terus menerus pada kepala, wajah tampak meringis kesakitan, tampak pasien sering memegang daerah kepala, pengkajian PQRTS didapatkan P : benturan dilantai setelah jatuh dilantai, Q : nyeri seperti tertekan, R : nyeri kepala, S : skala nyeri 4, T : hampir setiap saat. **3)** Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal yang ditandai dengan pasien mengatakan badan terasa lemah, tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, semua ADLs (activity daily livings) atau aktivitas sehari-hari dibantu keluarga dan perawat.

Sedangkan masalah keperawatan ketidakefektifan Pola nafas, kerusakan integritas kulit, Ny. J. R. karena saat dikaji dan pemeriksaan fisik Pola nafas tidak efektif dan tidak ada kerusakan integritas kulit.

### 3.2.3 Intervensi Keperawatan

Berdasarkan **NOC & NIC 2013 edisi kelima**, perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dalam proses keperawatan. Diharapkan perawat mampu memprioritaskan masalah, merumuskan tujuan/hasil yang diharapkan, memilih intervensi yang paling tepat, menulis dan mendokumentasikan rencana keperawatan. Prioritas pertama di artikan bahwa masalah ini perlu mendapat perhatian, karena dapat mempengaruhi status kesehatan pasien secara umum dan memperlambat penyelesaian masalah yang lain. Pada kasus Ny. J. R.. dengan cedera kelapa ringan (CKR), tiga (3) masalah keperawatan yang berurutan sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yaitu ketidakefektifanperfusi jaringan serebral, nyeri akut dan hambatan mobilitas fisik. Tujuan dari masalah keperawatan 1 yaitu di harapkan perfusi jaringan serebral meningkat selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1)Monitor tanda-tanda vital 2)Monitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). 3) Batasi gerakan pada kepala dan leher. 4)Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. 5)Monitor adanya tromboplebitis (peradangan pada pembuluh darah balik/vena). 6)Diskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi. 7) Kolaborasi pemberian terapi obat.

Tujuan dari masalah keperawatan 2 yaitu di harapkan nyeri dapat terkontrol selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan faktor pencetus. (PQRST). 2) Observasi tanda-tanda vital. 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 5) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 6) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri. 7) Kolaborasi pemberian terapanalgetik

Tujuan dari masalah keperawatan 3 yaitu di harapkan pasien meningkat dalam mobilitas fisik selama dalam perawatan dengan rencana sebagai berikut : 1) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. 2) Monitor vital sign sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan. 3) latih pasien untuk duduk disisi tempat tidur 4) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien. 5) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Menurut teori NOC & NIC(2015, edisi kelima), Rencana tindakan keperawatan, yang disusun berdasarkan prioritas masalah kesehatan yaitu masalah keperawatan utama

ketidakefektifanperfusi jaringan serebral. Dengan demikian sesuai dengan prioritas masalah keperawatan yang dialami oleh Ny. J. R., yaitu ketidakefektifanperfusi jaringan serebral.

### 3.2.4 Implementasi Keperawatan

Pelaksanaan adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan, kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Arief & Mansjur, 2005).

Pada hari Senin, 27 Mei 2019 di lakukan implementasi keperawatan dengan diagnosa keperawatan ketidakefektifanperfusi jaringan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas pada Ny. J. R. dengan diagnosa medis Anemia yaitu :

**Diagnosa keperawatan 1** : Ketidakefektifanperfusi jaringan serebral yang berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplai oksigen ke otak. **Implementasi** : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital. Jam 08.05, Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). Jam 08.10, Membatasi gerakan pada kepala dan leher. Jam 08.15, Menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 08.20, Memonitor adanya tromboplebitis (peradangan pada pembuluh darah balik/vena). Jam 08.30, Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi. Jam 08.35, Melakukan kolaborasi pemberian terapi obat..

**Diagnosa keperawatan 2** : nyeri akut yang berhubungan dengan agens cedera fisik (trauma). **Implementasi** : Jam 08.40, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P** : benturan dilantai setelah jatuh dilantai, **Q** : nyeri seperti tertekan, **R** : nyeri kepala, **S** : skala nyeri 4, **T** : hampir setiap saat.. Jam 08.50, Observasi tanda-tanda vital. 08.55, Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 09.00, Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 09.05 Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 09.10, Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri. Jam 09.15, Kolaborasi pemberian terapyanalgetik

**Diagnosa keperawatan 3** : Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal. **Implementasi**: Jam 09.30 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Jam 09.35 Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan. Jam 09.45 Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien. Jam 10.00 Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi

dan berikan bantuan jika diperlukan, Jam 11.00 Memonitor vital sign sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.

Menurut Arief & Mansjoer (2005), Pelaksanaan keperawatan merupakan realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Hal ini sesuai dengan tindakan keperawatan pada Ny. J. R. dimana dalam pelaksanaan keperawatan semua intervensi yang sudah ditetapkan dilaksanakan berdasarkan prioritas masalah keperawatan utama yaitu ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan penurunan konsentrasi dan suplai oksigen berkurang ke otak.

### **3.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Menurut Arief & Mansjoer (2005), evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan kriteria yang dibuat pada tahap perencanaan mengenai masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan intoleransi aktivitas. Evaluasi yang diharapkan sebagian sesuai teori dan sebagian tidak sesuai dengan teori. Yang sesuai dengan teori antara lain perfusi jaringan perifer efektif, nyeri terkontrol dan mobilisasi fisik meningkat sehingga semua masalah keperawatan teratasi..

Setelah dilakukan evaluasi selama 3 hari dari tanggal 27-29 Mei 2019, pasien merasa nyaman, tidak merasakan nyeri dan pusing. Hal ini disebabkan karena suplai oksigen ke otak terpenuhi.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1.Kesimpulan**

Dari hasil kasus yang telah menguraikan tentang Asuhan Keperawatan pada Ny. J. R. dengan Cedera Kepala Ringan (CKR) di ruang Asoka RSUD. PROF. Dr. W. Z. Yohanes Kupang, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan Saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada Ny. J. R. dengan Cedera Kepala Ringan (CKR) sebagai berikut :

- 4.1.1. Pengkajian pada kasus Ny. J. R. dengan Cedera Kepala Ringan (CKR) yaitu keluhan utama : Ny. J. R. mengatakan merasa pusing dan lemas, TTV : 180/110 mmHg, N : 94x/menit, S : 36,2°C, R : 22 x/menit, terdapat memar atau lebam pada kepala bagian kanan, Jumlah Lekosit 11,21 % (Nilai normalnya 4,0-10,0 %), glukosa sewaktu 296 mg/dl (Nilai normalnya 70-150 mg/dl), kalium darah 2,5 mmol/L (Nilai normalnya 3,5-4,5 mmol/L), kalsium ion 1.040 mmol/L (Nilai normalnya 1.120-1320 mmol/L). Pasien mengatakan sakit terus menerus pada kepala, wajah tampak meringis kesakitan, tampak pasien sering memegang daerah kepala, pengkajian PQRTS didapatkan P : benturan dilantai setelah jatuh dilantai, Q : nyeri seperti tertekan, R : nyeri kepala, S : skala nyeri 4, T : hampir setiap saat. Pasien mengatakan badan terasa lemah, tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari, tampak pasien terbaring lemas di tempat tidur, semua aktivitas dibantu keluarga dan perawat.

4.1.2. Dalam diagnosa keperawatan, tidak semua diagnosa yang tercantum dalam tinjauan pustaka tercantum pada tinjauan kasus, tetapi penulis menetapkan diagnosa sesuai masalah yang di alami oleh Ny. J. R. dimana diagnosa yang muncul yaitu ketidakefektifanperfusi jaringan serebral, nyeri akut dan hambatan mobilitas fisik.

4.1.3. Intervensi yang disusun menggunakan *NursingOutcomeClssification*(NOC) dan *NursingIntervesionClassification* intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan sesuai dengan diagnosa ketidakefektifanperfusi jaringan serebral, nyeri akut, dan hambatan mobilitas fisik dengan intervensi yang di tetapkan yaitu: **Diagnosa 1 :**

- 1) Monitor tanda-tanda vital
- 2) Monitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri).
- 3) Batasi gerakan pada kepala dan leher.
- 4) Instruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan.
- 5) Monitor adanya tromboflebitis (peradangan pada pembuluh darah balik/vena).
- 6) Diskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi.
- 7) Kolaborasi pemberian terapi obat.

**Diagnosa 2 :**

- 1) Lakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas (beratnya) nyeri dan faktor pencetus. (PQRST).
- 2) Observasi tanda-tanda vital.
- 3) Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan.
- 4) Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya.
- 5) Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri.
- 6) Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri.
- 7) Kolaborasi pemberian terapi analgetik.

**Diagnosa 3 :**

- 1) Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi.
- 2) Monitor vital sign sebelum dan sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.
- 3) Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan.
- 4) Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi



kebutuhan ADLs pasien. 5) Berikan alat bantu jika diperlukan. 6) Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

4.1.4. Pada implementasi keperawatan dengan diagnosa nyeri kronis, kerusakan integritas kulit dan risiko perdarahan, tindakan yang dilakukan yaitu: **Implementasi** : Jam 08.00, Memonitor tanda-tanda vital. Jam 08.05, Memonitor adanya parestese. (adanya kesemutan pada kaki dan tangan tanpa nyeri). Jam 08.10, Membatasi gerakan pada kepala dan leher. Jam 08.15, Menginstruksikan keluarga untuk mengobservasi kulit jika ada sianosis atau kebiruan. Jam 08.20, Memonitor adanya tromboflebitis (peradangan pada pembuluh darah balik/vena). Jam 08.30, Mendiskusikan dengan pasien dan keluarga mengenai penyebab perubahan sensasi. Jam 08.35, Melakukan kolaborasi pemberian terapi obat. Jam 08.40, melakukan pengkajian nyeri komprehensif yang meliputi : **P** : benturan dilantai setelah jatuh dilantai, **Q** : nyeri seperti tertekan, **R** : nyeri kepala, **S** : skala nyeri 4, **T** : hampir setiap saat.. Jam 08.50, Observasi tanda-tanda vital. 08.55, Observasi adanya petunjuk non verbal mengenai ketidaknyamanan. 09.00, Berikan informasi mengenai nyeri, misalnya penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan dirasakan, dan antisipasinya. 09.05 Ajarkan tentang penggunaan teknik non farmakologi untuk pengurangan nyeri. 09.10, Anjurkan pasien dan keluarga untuk menghindari hal-hal yang menyebabkan nyeri. Jam 09.15, Kolaborasi pemberian terapi analgetik. **Implementasi**: Jam 09.30 Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi. Jam 09.35 Melatih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan. Jam 09.45 Mendampingi dan membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien. Jam 10.00 Mengajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan, Jam 11.00 Memonitor vital sign sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan.

4.1.5. Evaluasi yang dilakukan dengan menggunakan metode *subjektif, Objektif, Assesment* dan *Planning*(SOAP). Hasil yang didapatkan yaitu Ny. J. R. antara lain perfusi jaringan serebral efektif, nyeri terkontrol, dan mobilisasi pasien meningkat.

## **4.2.Saran**

### **4.2.1. Bagi Institusi Dan Pelayanan Kesehatan**

Bagi institusi dan pelayanan kesehatan RSUD Prof. W.Z. Johannes Kupang diharapkan dapat mempertahankan pelayanan yang baik yang sudah diberikan kepada pasien untuk mendukung kesehatan dan kesembuhan pasien dengan memberi pelayanan yang maksimal pada Cedera Kepala Ringan.

### **4.2.2. Bagi Pasien Dan Keluarga**

Diharapkan kerja sama dari keluarga untuk memberikan motivasi untuk kesembuhan Ny. J.R

### **4.2.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Diharapkan bagi institusi pendidikan menyediakan fasilitas berupa sumber buku-buku terbaru

### **4.2.4 Bagi Peneliti Selanjutnya**

Diharapkan peneliti selanjutnya lebih aktif lagi dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan masalah kesehatan Cedera Kepala Ringan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Arif Mansjoer. 2005. Kapita Selekta Kedokteran. Jilid 1. Jakarta : Media Aesculapius
- Brunner & Suddart . 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Jakarta : EGC.
- Carolyn M. Hudak. 2001. Critical Care Nursing : A Holistic Approach. Edisi VII. Volume II. Alih Bahasa : Monica E. D Adiyanti. Jakarta : EGC
- Carpenito, L.J. 1999. Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan dan Masalah Kolaborasi. Edisi 8. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Corwin, E.J. 2002. Handbook of Pathophysiology. Alih bahasa : Pendit, B.U. Jakarta: EGC
- Diagnosa NANDA (NIC & NOC) Disertai Dengan Discharge Planning. 2007-2008. Jakarta: EGC
- Price, S.A. & Wilson, L.M. 2002. Pathophysiology : Clinical Concept of Disease Processes. 4th Edition. Alih bahasa : Anugerah, P. Jakarta: EGC
- Sandra M. Nettina. 2002. Pedoman Praktik Keperawatan, Jakarta: EGC
- Smeltzer, S.C. & Bare, B.G. 2002. Brunner and Suddarth's Textbook of Medical- Surgical Nursing. 8th Edition. Alih bahasa : Waluyo, A. Jakarta: EGC
- Suyono, S, et al. 2001. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam. Edisi ketiga. Jakarta: Balai Penerbit F

Lampiran 1



**REPUBLIC OF INDONESIA  
DEPARTMENT OF HEALTH  
HUMAN RESOURCE DEVELOPMENT AND  
IMPROVEMENT**

**UPANG KUPANG POLYTECHNIC OF HEALTH**

Directorate: Jln. Piet A. Tallo Liliba - Kupang, Telp.: (0380) 8800256;  
Fax (0380) 8800256; Email: poltekkeskupang@yahoo.com



Name: PETRONELA KOSAT  
Student ID (NIM): PO. 530320116371

**Format Pengkajian Dewasa**

Name: Ny. J.R  
Room: ASOKA / B1  
Diagnosis: CKR  
No. Medical Record: 100442  
Date of Examination: 27 - 05 - 2019  
Time of Examination: 9.15 am  
Date of Admission: 25 - 05 - 2019  
Time of Admission: 08.05 am

**Identitas Pasien**

Name: Ny. J.R  
Age: 64 years / 1954  
Date of Birth: 25 - 06 - 1954  
Sex: Female  
Status: Married  
Perkawinan: [blank]  
Religion: Kristen Protestan  
Education: SMA  
Pendidikan Terakhir: SMA  
Address: Fontein  
Ethnicity: Sabu  
Suku Bangsa: Sabu  
Occupation: Pensiunan guru  
Pekerjaan: Pensiunan guru

**Identitas Penanggung**

Name: Tn.. C.K  
Sex: Male  
Address: [blank]  
Occupation: [blank]  
Hubungan dengan klien: Suami

## **RiwayatKesehatan**

### 1. KeluhanUtama

- Kapan: psien mengatakan masuk RS karena ada luka pada kepala bagian belakang karena jatuh di lantai, dan nyeri hebat
- Lokasi: pada :nyeri pada kepala

### 2. RiwayatKeluhanUtama

- Mulaitimbulnyakeluhan: sejak hari sabtu yang lalu
- Sifatkeluhan : nyeri terus menerus
- Lokasi : pada kepala bagian belakang
- Keluhanlain yang menyertai : pasien menyatakan lemas karena keterbatasan mobilitas
- Faktor pencetus yang menimbulkan serangan : pasien mengalami stroke
- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana) : keluarga mengatakan keluhn bertambah saat melakukan aktifitas
- Upaya yang dilakukanuntukmengatasimasalahkesehatan : keluarga membawa ke RS untuk mendapat pengobatan

### 3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

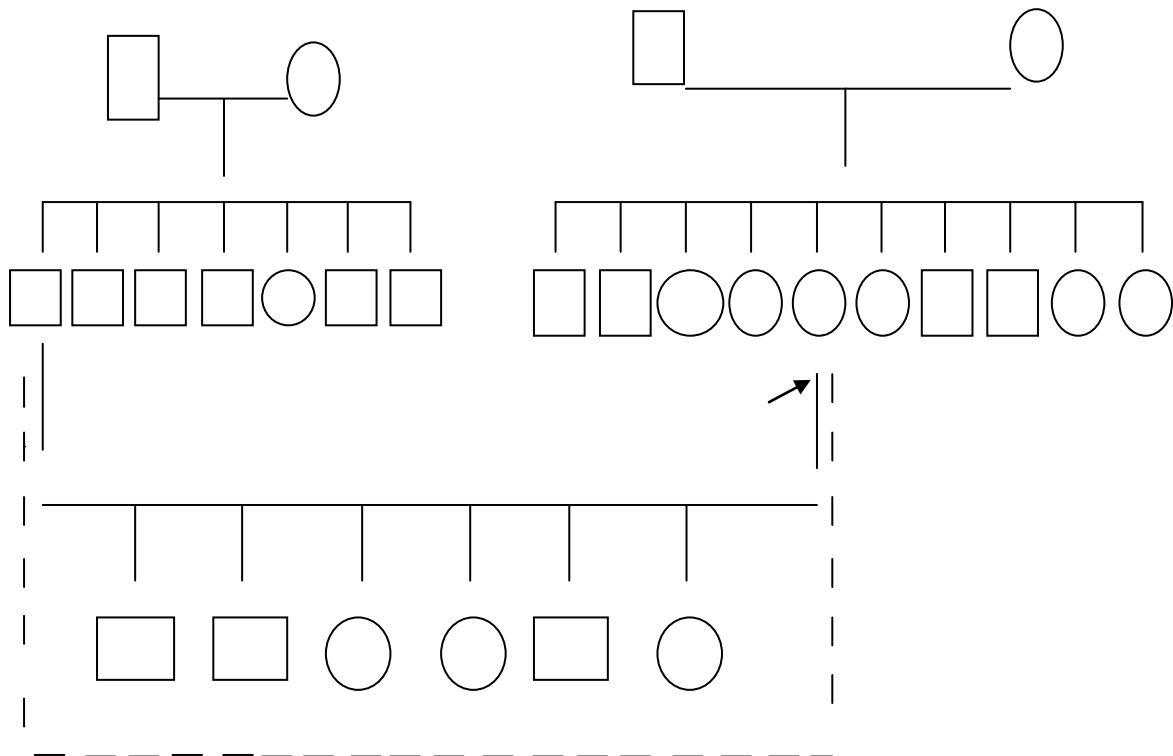
- Riwayat penyakit yang pernah diderita : struk (2014)
- Riwayat Alergi :tidak ada
- Riwayat Operasi: tidak pernah

### 4. Kebiasaan

- Merokok
  - tidak : pasien mengatakan ia tidak merokok
- Minumalkohol
  - Tidak : pasien tidak meminum alkohol
- Minum kopi :
  - Tidak : pasien tidak minum kopi
- Minumobat-obatan
  - Obat hipertensi :

**RiwayatKeluarga/ Genogram (diagram tigagenerasi) :**

Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.



- Keterangan :**
- = Laki-laki
  - = Perempuan
  - = Pasien
  - + = Meninggal
  - - - = Tinggal serumah

**PemeriksaanFisik**

1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanandarah : 180/110 mmHg      - Nadi      : 84x/ m
- Pernapasan    : 23x/m                              - Suhu      : 36,2°C

2. Kepala dan leher

- Kepala                              : simetris
  - Sakitkepala    : ya, pada kepala bagian yang terluka
  - P : jatuh dari tangga terkena benturan dilantai.
  - Q : nyeri seperti tertekan
  - R : nyeri kepala
  - S : skala nyeri 6

T : nyeri akut

- Bentuk, ukuran dan posisi:  
√  normal     abnormal, jelaskan :
- Lesi :  ada, √  tidak ada
- Masa :  ada, √  tidak ada
- Observasi Wajah : √  simetris     asimetri,

- Penglihatan :

- Konjungtiva : normal
- Sklera : normal
- Pakaian mata : tidak
- Penglihatan kabur : tidak
- Nyeri : tidak ada
- Peradangan : tidak ada
- Operasi : tidak pernah

- Pendengaran

- Gangguan pendengaran: Ya. Pada telinga bagian kanan
- Nyeri : tidak
- Peradangan : tidak

- Hidung

- Alergi Rhinitis :  Ya    √  tidak
- Riwayat Polip :  Ya,    √  tidak
- Sinusitis :  Ya,    √  tidak
- Epistaksis :  Ya,    √  tidak

- Tenggorok dan mulut

- Keadaangigi : kotor
- Caries :  Ya,    √  tidak
- Memakai gigi palsu :  Ya,    √  tidak
- Gangguan bicara :  Ya,    √  tidak

- Gangguanmenelan : Ya, tidak
- Pembesarankelenjarleher : Ya, tidak

### 3. SistemKardiovaskuler

- Nyeri Dada : tidak
  - Inspeksi :
    - Kesadaran/ GCS : composmentis= E 4. V= 5, M- 6 = 15
    - Bentuk dada : abnormal ,  normal
    - Bibir : sianosis  normal
    - Kuku : sianosis  normal
    - Capillary Refill :  Abnormal  normal > 3det
    - Tangan :  Edema  normal
    - Kaki :  Edema  normal
    - Sendi :  Edema  normal
  - Ictus cordis/Apical Pulse: Teraba tidakteraba
  - Vena jugularis : Teraba tidakteraba
  - Perkusi : pembesaranjantung: Normal
  - Auskultasi : BJ I :  Abnormal  normal  
BJ II :  Abnormal  normal
- Murmur :tidakada

### 4. SistemRespirasi

- Keluhan: tidakada
- Inspeksi :
  - Jejas : Ya, tidak
  - Bentuk Dada :  Abnormal,  Normal
  - JenisPernapasan :  Abnormal, normal
  - IramaNapas : teratur tidakteratur
  - Retraksiototpernapasan:Ya tidak
  - Penggunaanalat bantu pernapasan :Ya, tidak
- Perkusi: Cairan : Ya tidak
- Udara :Ya tidak
- Massa :Ya tidak



- Auskultasi :

Inspirasi :  Normal  Abnormal

Ekspirasi :  Normal  Abnormal

• Ronchi :  Ya  tidak

• Wheezing :  Ya  tidak

• Krepitasi :  Ya  tidak

• Rales :  Ya  tidak

Clubbing Finger :  Normal  Abnormal

5. Sistem Pencernaan

a. Keluhan : klien mengatakan buang air hanya cairan saja

b. Inspeksi :

- Turgor kulit :  Abnormal,  Normal

- Keadaan bibir :  lembab  kering

- Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : merah muda

Luka/ perdarahan :  Ya,  tidak

Tanda-tanda radang :  Ya,  tidak

Keadaan gusi :  Abnormal,  normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : sawo matang

Luka :  Ya,  tidak

Pembesaran : normal

- Keadaan rektal

Luka :  Ya,  tidak

Perdarahan :  Ya,  tidak

Hemoroid :  Ya,  tidak

Lecet/ tumor/ bengkak :  Ya,  tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/ Peristaltik :

d. Perkusi: Cairan :  Abnormal,  normal

Udara :  Abnormal, ( kembang)       normal

Massa :  Abnormal,       normal

e. Palpasi:

Tonus otot :  Abnormal,       normal

Nyeri      :  Abnormal,       normal

Massa      :  Abnormal       normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan      :

b. Tingkat kesadaran      : composmentis, GCS (E/M/V): E : 4 M : 5 V : 6

c. Pupil      :  Isokor       anisokor

d. Kejang      :  Abnormal,  normal

e. Jeniskelumpuhan      :  Ya,       tidak

f. Parasthesia      :  Ya,       tidak

g. Koordinasigerak      :  Abnormal,  normal

h. Cranial Nerves      :  Abnormal,  normal

i. Reflexes      :  Abnormal,  normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan      : tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri

b. Kelainan Ekstremitas      :  ada,       tidak ada

c. Nyeri otot      :  ada       tidak

d. Nyeri Sendi      :  ada       tidak ada

e. Refleksi sendi      :  abnormal,  normal

f. Kekuatan otot      :  Atropi       hiperthropi       normal

|  
3 5  
—|—  
3 5

8. Sistem Integument

a. Rash      :  ada,       tidak ada

b. Lesi      :  ada,       tidak ada

- c. Turgor : baik Warna : coklat
- d. Kelembaban :  Abnormal,  normal
- e. Petechie :  ada,  Tidakada
- f. Lain lain : tidak ada

9. SistemPerkemihan

- a. Gangguan :  kencing menetes  inkontinensia  retensi  
 gross hematuri  disuria  poliuri  
 oliguri  anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll)   tidak
- c. Kandung kencing : membesar  iya  tidak  
nyeri tekan  iya  tidak
- d. Produksi urine : baik
- e. Intake cairan :  oral :800 cc/hr  parenteral :1500cc
- f. Bentuk alat kelamin :   Normal  tidak normal,
- g. Uretra :  Normal Hiposadia/Epispadia  
Lain-lain : tidak ada

10. SistemEndokrin

- a. Keluhan : tidakada
- b. PembesaranKelenjar : tidakada
- c. Lain – lain : tidakada

11. SistemReproduksi

- a. Keluhan : tidakada
- b. Wanita : Siklusmenstruasi : -
  - Keadaanpayudara :  Abnormal,  normal
  - RiwayatPersalinan:-
  - Abortus:-
  - Pengeluaranpervagina:  Abnormal,  normal
  - Lain-lain:-
- c. Pria : Pembesaranprostat :  ada  tidakada
- d. Lain-lain:tidakada

## 12. PolaKegiatanSehari-hari (ADL)

### A. Nutrisi

#### 1. Kebiasaan :

- Polamakan :baik dan teratur
- Frekuensimakan : 3x sehari
- Nafsumakan : baik
- Makananpantangan : tidak ada
- Makanan yang disukai : buah buahan
- Banyaknyaminumandalamsehari : 800cc
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : tidakada
- SebelumsakitBB : 58 kg      TB :155cm
- PenurunanBB:

#### 2. Perubahan selama sakit :

### B. Eliminasi

#### 1. Buang air kecil (BAK)

##### a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari :3 – 5 kali

Bau : khas

##### b. Perubahan selama sakit :

#### 2. Buang air besar (BAB)

##### a. Kebiasaan : saatkaji 1-2 x sehari

Warna : kuning

Konsistensi : lembek

##### b. Perubahan selama sakit : 3 hari belum BAB

##### c. Olah raga danAktivitas

- Kegiatan olah raga yang disukai : pasien mengatakan jarang berolah raga
- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur : tidak

### C. Istirahatdantidur

- Tidur malam jam : 09.00 mlm  
Bangun jam : 05.00 pagi
- Tidur siang jam : 11.00

Bangun jam : 12

- Apakah mudah terbangun : sering terbangun
- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Tidak ada

### **Pola Interaksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : suami dan anak
2. Organisasi sosial yang diikuti :
3. Keadaan rumah dan lingkungan : baik  
Status rumah : milik sendiri  
Cukup/ tidak  
Bising/ tidak  
Banjir / tidak
4. Jika mempunyai masalah apakah dibicarakan dengan orang lain yang dipercayai/ terdekat : Ya ( suami dan anak )
5. Bagaimana anda mengatasi suatu masalah dalam keluarga : dengan berdiskusi mencari solusi
6. Bagaimana interaksi dalam keluarga : baik

### **Kegiatan Keagamaan/ Spiritual**

1. Ketaatan menjalankan ibadah :
2. Keterlibatan dalam organisasi keagamaan :

### **Keadaan Psikologis Selama Sakit**

1. Persepsi klien terhadap penyakit yang diderita : klien berharap ia cepat sembuh dari penyakitnya dan cepat pulang kerumah.
2. Persepsi klien terhadap keadaan kesehatannya : menerima keadaannya karena usia
3. Pola interaksi dengan tenaga kesehatan dan lingkungannya : baik

## Data Laboratorium&Diagnostik

### a. Pemeriksaan Darah

no	Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Hasil Pemeriksaan	
			Tanggal	
			5-05-2019	6-05-2019
.	MCU	78,3 FL		
.	MCH	26,8 pg		
.	Jumlah lekosit	11,21 $10^3$ /ul		
.	Eosinofil	0,4 %		
.	Neutrofil	85,8 %		
.	Lmfosit	9,6 %		
.	Jumlah neutrofil	9,61 $10^3$ /ul		
.	Glukosa sewaktu	296 mg/dl		
.	Kalium darah	2,5 mmol/L		
0.	Calcium ION	1,040 mmol/L		
1.	Glukosa darah puasa	27 mg/dl		

## Diagnostik Test

### 1. Foto Rontgen

- a. Fotogigidanmulut :
- b. Fotoesophagus, lambung, danusushalus :
- c. Cholescystogram :
- d. Foto colon :

### 2. Pemeriksaan-pemeriksaankhusus

Ultrasonographi :

Biopsy :

Colonoscopy :

DII :

### Penatalaksanaan/pengobatan

(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

- Pembedahan : tidakada
- Obat – obatan :
  1. Dextrose drip analgetik
  2. IVFD NS 0,9%. 100 Cc/24 jam = 20 tpm
  3. Ranitidin 2x50 mg. IV
  4. Ceftriaxon 2x1 amp
  5. Oral : - Captopril 25 mg 3x1 tab  
Amlopidin 5 mg ( 0,0,1)  
Aspar k 3x1 tablet

## A. Analisa data

no	Data-data	etiologi	Problem
	<p>Data subyektif Pasien mengatakan rasa kaku pada kaki dan tangan sejak tahun 2014</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sakit terus menerus</li> </ul> <p>Data obyektif Tanpa pasien kurang bergerak saat dilakukan respon kaku pada kaki dan tangan bagian kanan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wajah pasien meringis kesakitan</li> <li>- Skala nyeri 6</li> <li>- TTV : 180/110mmHg, N : 84x/menit, S : 36,2°C, R : 23 x/menit</li> </ul> <p>Data subyektif Pasien mengatakan nyeri pada luka di kepala</p>	<p>penurunan suplay darah dan O<sub>2</sub> ke otak</p>	<p>Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral.</p>
	<p>Data obyektif Pasien tampak lemah, meringis kesakitan skala nyeri nyeri 6,</p> <p>P : jatuh dari tangga terkena benturan dilantai.</p> <p>Q : nyeri seperti tertekan</p> <p>R : nyeri kepala</p> <p>S : skala nyeri 6</p> <p>T : nyeri akut</p>	<p>agen cedera fisik ; Trauma</p>	<p>Nyeri akut</p>
	<p>Datas subyektif Pasien mengatakan badan lemah, tidak mampu melakukan aktivitas sendiri seperti BAB, BAK, mandi, dan makan.</p> <p>Data obyektif Pasien tampak terbaring lemas dengan posisi terlentang, aktivitas dibantu keluarga dan perawat.</p>	<p>kelemahan fisik</p>	<p>Hambatan mobilisasi fisik</p>

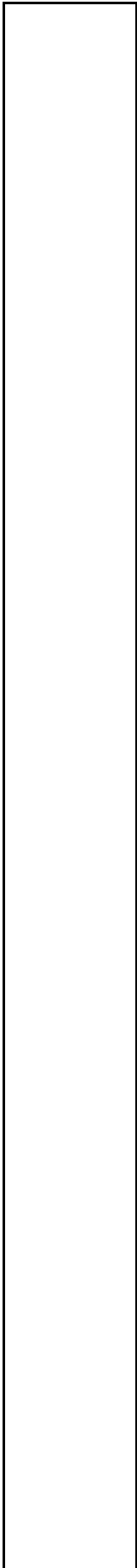
## B. Diagnosa keperawatan

1. Ketidak efektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penurunan suplay darah dan O<sub>2</sub> ke otak
2. Nyeri akut berhubungan denganagen cedera fisik
3. Hambatan mobilisasi fisik berhubungan dengan kelemahan fisik.



### C. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
	Ketidak efektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan penurunan supley darah dan O <sub>2</sub> ke otak	<p>Setalah melakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan pasien dapat mengalami perfusi jaringan cerebral yang efektif</p> <p>NOC :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Status sirkulasi</li> <li>b. Perfusi jaringan: cerebral</li> </ol> <p>OUT COME :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mendemonstrasikan status sirkulasi yang ditandai dengan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Tekanan sistole dan diestole dalam rentang normal</li> <li>b. Tidak ada otostatik hipertensi</li> <li>c. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK (lebih dari 15mmHg)</li> </ol> </li> <li>2. Mendemonstrasikan kemampuan kognitif yang ditandai dengan :               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. derkomunikasi dengan jelas dan sesuai kemampuan</li> <li>b. menunjukan perhatian, konsentrasi dan orientasi</li> <li>c. memproses informasi</li> <li>d. membuat keputusan dengan benar</li> </ol> </li> <li>3. menunjukan fungsi sensori .               <ul style="list-style-type: none"> <li>- motorik rianial yang utuh : tingkat kesadaran baik, tidak ada gerakan-gerakan infolunter</li> </ul> </li> </ol>	<p>Menejemen sensasi perifer. Aktifitas keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pantau TTV tiap 4 jam dan catat hsilnya</li> <li>2. Kaji respon motorik terhadap perintah sederhana</li> <li>3. Pantau status neotologis secara teratur</li> <li>4. Berikan alat bantu bila perlu</li> <li>5. Monitor kemampuan BAB/BAK</li> <li>6. Monitor adanya tromboplebitis</li> <li>7. Monitor adanya peningkatan tekanan intra kranial</li> <li>8. Monitor jalan cairan infus</li> <li>9. Kolaborasi pemberian terapi analgetik dan lainnya.</li> <li>10. Berikan penkes mengenai penyebab perubahan sensasi kepada pasien dan keluarga</li> </ol>
	Nyeri akut b/d agen cedera fisik	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Nyeri terkontrol</b></li> <li>2. <b>Tingkat dan sesuai kenyeri</b></li> <li>3. <b>Tingkat kenyamanan</b></li> </ol> <p>setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3× 24 jam, klien dapat:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Mengontrol nyeri:</b> dengan indikator           <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengenal faktor-faktor penyebab</li> <li>2. Mengenal onset nyeri</li> <li>3. Tindakan pertolongan non farmakologi</li> <li>4. Menggunakan analgetik</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Manajemen nyeri</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji keluhan nyeri, lokasi, karekteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas dan beratnya nyeri</li> <li>2. Observasi respon ketidaknyaman secara verbal dan non verbal</li> <li>3. Pastikan klien menerima</li> </ol>



5. Melaporkan gejala-gejala nyeri
6. Nyeri terkontrol

**Menunjukkan tingkat nyeri Dengan indikator**

1. Melaporkan nyeri
2. Frekuensi nyeri
3. Lamanya episode nyeri
4. Ekspresi nyeri; wajah
5. Perubahan respirasi rate
6. Perubahan tekanan darah

**Tingkat kenyamanan, Dengan indikator:**

Klien melaporkan kebutuhan tidur dan istirahat tercukupi

perawatan analgetik dengan tepat

4. Gunakan strategi komunikasi yang efektif u/ mengetahui respon penerimaan klien terhadap nyeri
5. Evaluasi keefektifan penggunaan

**control nyeri**

1. Monitoring perubahan nyeri baik actual maupun potensial
2. Sediakan lingkungan yang nyaman
3. Kurangi faktor-faktor yang dapat menambah ungkapan nyeri
4. Ajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung
5. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain untuk memilih tindakan selain obat untuk meringankan nyeri
6. Tingkatkan istirahat yang adekuat untuk meringankan nyeri

**Manajemen pengobatan**

1. Tentukan obat yg dibutuhkan klien dan cara mengelola sesuai dengan anjuran/dosis
2. Monitor efek terapeutik dan

			pengobatan
	Hambatan mobilitas fisik b/d intoleran aktifitas	Toleransi terhadap aktifitas : dipertahankan dari skala 2 banyak terganggu ditingkatkan ke skala 4 sedikit terganggu : 1. 000503 frekuensi pernafasan ketika beraktifitas 2. 000504 tekanan darah sistolik ketika beraktifitas 000505 tekanan diastolik ketika beraktifitas	<b>Terapi latihan : ambulasi</b> 1. Bantu pasien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi pasien untuk berjalan dan mencegah cedera 2. Bantu pasien untuk duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh 3. Bantu pasien untuk berpindah sesuai kebutuhan Do rong ambulasi independen dalam batas aman

#### D. Implementasi dan evaluasi

no.Dx	hari/tgl	jam	Implrmentasi	evaluasi	paraf
	enin. 27 mei 2019	9.07  9.13	1. mengkaji keluhan nyeri, lokasi, karekteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas dan beratnya nyeri 2. mengobservasi respon ketidaknyaman secara verbal dan non verbal 3. menggunakan strategi komunikasi yang efektif u/ mengetahui respon penerimaan klien terhadap nyeri 7. mengajarkan penggunaan	: pasien mengatakan nyeri pada luka di kepala  : pasien tampak lemah, meringis kesakitan, skala nyeri 6	

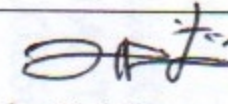

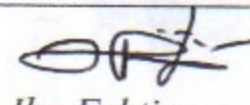
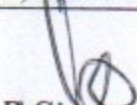
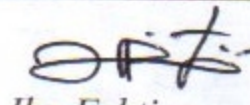

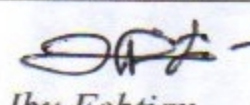

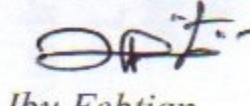
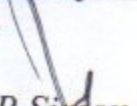
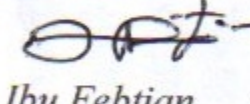
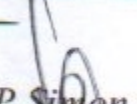
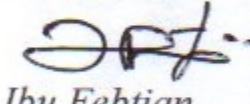

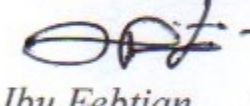
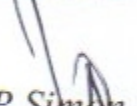
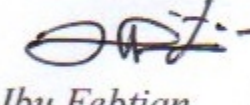
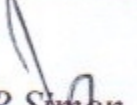
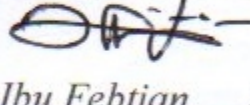
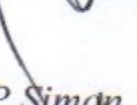
		0.00	teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung	: masalah belum teratasi	
		1.05	4. mengevaluasi keefektifan penggunaan 5. Mengobservasi TTV TD : 180/100 mmHg N : 89x/m RR : 21x/m S : 36,3	: lanjutkan intervensi yang dibuat	
	elasa 28 mei 2019	8.00	1. Mengkaji skala nyeri secara komperhensif	: pasien mengatak	
		8.10	2. Melayani injeksi ranitidine /IV 50mg dan ketorolak 30 mg/IV	n nyeri berkurang dan sudah mengerti	
		0.00	3. Mengajarkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung	tentang teknik relaksasi (napas dalam)	
		1.00	4. mengobservasi TTV	: skala nyeri 3, pasien tampak masih lemah.	
		2.15	5. memonitoring perubahan nyeri baik actual maupun potensial	: masalah teratasi sebagian	
				: lanjutkan intervensi	
I	elasa 28 mei 2019	0.00	1. membantu pasien untuk menggunakan alas kaki yang memfasilitasi pasien untuk bejalan dan mencegah cedera	: : pasien mengikuti	

		0.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. membantu pasien untuk duduk disisi tempat tidur untuk memfasilitasi penyesuaian sikap tubuh</li> <li>3. membantu pasien untuk berpinda sesuai kebutuhan</li> <li>4. mendorong ambulasi independen dalam batas aman</li> <li>5. Mengobservasi TTV</li> </ol>	<p>instruksi dan dapat duduk dengan baik di tempat tidur</p> <p>: masalah teratasi sebagian</p> <p>: pertahankan intervensi</p>	
	abu 29 mei 2019	8.30	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengkaji skala nyeri secara komperhensif</li> <li>2. Melayani injeksi ranitidine /IV 50mg dan ketorolak 30 mg</li> <li>3. mengajurkan penggunaan teknik relaksasi sebelum atau sesudah nyeri berlangsung</li> <li>4. mengobservasi TTV</li> </ol>	<p>: pasien mengatakan masih nyeri pada luka di kepala sudah berkurang, masih merasa pusing</p> <p>: pasien tampak tenang, skala nyeri 2</p> <p>: masalah teratasi, pasien</p>	
		9.00			
		1.00			

				pulang	
				: interfensi	
				di hentikan	

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG  
LEMBARAN KONSULTASI BIMBINGAN DOSEN**

Nama mahasiswa : PETRONELA MALALUP KOSAT  
 Nim : PO.530320116371  
 Jurusan : D III Keperawatan  
 Pembimbing : Febtian Cendradevi Nugroho,S.Kep,Ns.MSN  
 Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN  
CEDERA KEPALA RINGAN (CKRJ)

Imbingan ke	Hari / tgl	Materi bimbingan	Tanda Tangan
1	25-05-2019	Konsul Judul Kasus	 /  Ibu Febtian / P. Simon
2	27-05-2019	Konsul BAB 1	 /  Ibu Febtian / P. Simon
3	28-05-2019	Konsul BAB 2	 /  Ibu Febtian / P. Simon
4	30-05-2019	Konsul BAB 3	 /  Ibu Febtian / P. Simon
5	31-05-2019	Konsul perbaikan BAB 1-3	 /  Ibu Febtian / P. Simon
6	03-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	 /  Ibu Febtian / P. Simon
7	04-06-2019	Konsul KTI BAB 1-4	 /  Ibu Febtian / P. Simon
8	06-06-2019	Konsul jadwal ujian	 /  Ibu Febtian / P. Simon
9	07-06-2019	Konsul Perbaikan	 /  Ibu Febtian / P. Simon
10	09-06-2019	ACC KTI, siap cetak jilid	 /  Ibu Febtian / P. Simon

