

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. H**  
**DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG KELIMUTU**  
**RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG”**



**ARNOLDUS NUSREN TIKO**

**PO.530320116288**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KUPANG**  
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**2019**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. H  
DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG KELIMUTU  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANES KUPANG**

**Karya Tulis Ilmiah Ini Disusun Sebagai Salah Satu Persyaratan Untuk  
Menyelesaikan Program Pendidikan Diploma III Keperawatan Pada  
Program Studi D-III Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang**



**Disusun Oleh:**

**ARNOLDUS NUSREN TIKO**

**PO.530320116288**

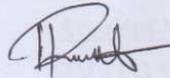
**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENTERIAN KESEHATAN KUPANG  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**

**2019**

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**Laporan Karya Tulis Ilmiah Oleh Arnoldus Nusren Tiko dengan judul  
"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. H. H Dengan Cedera Kepala Ringan  
Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang"**

**Disusun Oleh :**



**ARNOLDUS NUREN TIKO**

**NIM : PO. 530320116288**

Telah Disetujui Untuk Diseminarkan Di Depan Dewan Penguji  
Prodi D-III Keperawatan Kupang Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Pada  
Tanggal, 9 Juni 2019

**PEMBIMBING**



**ELISABETH HERWANTI, SKp.,M.Kes**

**NIP. 195809011985022001**

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH  
“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN. H. H  
DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG KELIMUTU  
RSUD PROF. DR. W. Z. JOHANNES KUPANG”

Disusun Oleh :

Arnoldus Nusren Tiko

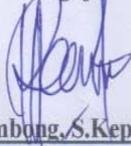
NIM : PO 530320116288

Telah Diuji Pada Tanggal, 10 Juni 2019

Dewan Penguji

Mengetahui

Penguji I

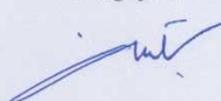


Kori Limbong, S.Kep.Ns., M.Kep

NIP. 197802151982011001

Mengetahui

Penguji II



Elisabeth Herwanti, SKp, M.Kes

NIP. 195809011985022001

Mengesahkan

Ketua Jurusan Keperawatan

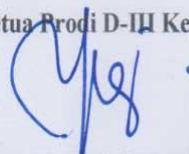


Dr. Florentiaus Tat, SKp., M.Kes

NIP. 196911281993031005

Mengetahui

Ketua Prodi D-III Keperawatan



Margareta Teli, S.Kep.Ns., MSc-PH

NIP. 197707272000032002

## PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

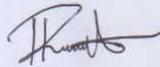
Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Arnoldus Nusren Tiko  
NIM : PO. 530320116288  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang

Dengan surat ini, penulis menyatakan bahwa dalam karya tulis ilmiah ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan sebagai tugas akhir demi mendapat gelar Ahli Madya Keperawatan disuatu perguruan tinggi atau sederajat dan sepanjang pengetahuan penulis, juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain kecuali tertulis diacuan dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

**Kupang, 9 Juni 2019**

**Pembuat Pernyataan**

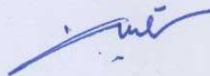


**Arnoldus Nusren Tiko**

**PO.530320116288**

**Mengetahui**

**Pembimbing**



**Elisabeth Herwanti, SKp, M.Kes**

**NIP. 195809011985022001**

## **BIODATA PENULIS**

Nama Lengkap : Arnoldus Nusren Tiko

Tempat tanggal lahir : Kupang, 20 Januari 1998

Jenis kelamin : Laki-laki

Riwayat Pendidikan :

1. Tamat TK St. Arnoldus Jansen Tambolaka Tahun 2004
2. Tamat SDK Marsudirini Tambolaka Tahun 2010
3. Tamat SMP Katolik St. Aloysius Weetabula Tahun 2013
4. Tamat SMK Kesehatan San Jose Tambolaka Tahun 2016
5. Sejak Tahun 2016 Kuliah di Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang

## **MOTTO**

**“ Pantang menyerah dengan suatu keadaan, ketika terjadi masalah dari pada bertanya kenapa, lebih baik mencari tahu bagaimana menyelesaikannya.”**

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas kasih dan rahmat-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah dalam bentuk Studi Kasus dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. H.H Dengan Cedera Kepala Ringan Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang”.

Penulis menyadari dalam menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis banyak mengalami hambatan. Melalui kesempatan ini penulis dengan tulus hati menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Ibu Elisabeth Herwanti., S.Kp.M.Kes selaku pembimbing yang dengan penuh kesabaran dan ketelitian telah membimbing penulis dengan segala totalitasnya sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat terselesaikan dengan baik.
2. Ibu Kori Limbong., S.kep., Ns., M.Kep selaku dosen penguji yang telah meluangkan waktu untuk menguji dan memberikan masukan demi penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Ibu R. H. Kristina, SKM., M.Kes selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang yang telah memberikan kesempatan dan mendukung saya menyelesaikan studi di Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Prodi D III Keperawatan Kupang.
4. Dr. Florentianus Tat, S.Kp.,M.Kes selaku ketua Jurusan Keperawatan Kupang yang telah mendukung dan membimbing selama perkuliahan di Jurusan Keperawatan Kupang.
5. Dosen dan staf Prodi D III Keperawatan Kupang yang telah membimbing selama perkuliahan dan banyak membantu selama kuliah.
6. Orang Tua terkasih, Bapak Sebastianus Baru dan Mama Emirensiana Teku Embu yang telah membesarkan dan mendidik saya serta memberikan dukungan baik moril maupun perhatian.

7. Pacar tersayang Anastasia Yanuarita Ninus yang selalu mendukung dan mendoakan dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Teman-teman terbaik KPS yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini..
9. Teman-teman angkatan XXV Mes Que Un Clase yang selalu memberi dukungan doa dan motivasi dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kakak terkasih Zakarias Paus Tola, yang selalu memberi motivasi, dukungan dan doa dalam menyelesaikan Karya Tulis ini.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunakan penulis untuk menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini selanjutnya.

Kupang, 10 Juni 2019

Penulis

## DAFTAR ISI

<b>Halaman Judul</b>	
<b>Lembar Persetujuan</b> .....	ii
<b>Lembar Pengesahan</b> .....	iii
<b>Pernyataan</b> .....	iv
<b>Biodata Penulis</b> .....	v
<b>Kata Pengantar</b> .....	vi
<b>Daftar Isi</b> .....	viii
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	2
1.3 Tujuan Studi Kasus.....	2
1.4 Manfaat Studi Kasus.....	3
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b> .....	4
2.1 Konsep Dasar Cedera Kepala Ringan.....	4
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan.....	10
<b>BAB 3 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	18
3.1 Hasil Studi Kasus.....	18
3.2 Pembahasan.....	26
3.3 Keterbatasan Studi Kasus.....	28
<b>BAB 4 PENUTUP</b> .....	29
4.1 Kesimpulan.....	29
4.2 Saran.....	30
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## ABSTRAK

*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. H. H Dengan Cedera Kepala Ringan Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang.*

Arnoldus Nusren Tiko (2019) Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Kupang Program Studi D-III Keperawatan  
Dibimbing oleh Ibu Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes.

**Tujuan** studi kasus ini dilakukan adalah untuk mengetahui gambaran asuhan keperawatan pasien cedera kepala ringan dalam pemenuhan kebutuhan perfusi jaringan serebral dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.

**Pengkajian** yang didapatkan yaitu pasien mengeluh pusing dan nyeri kepala menetap dengan GCS 15 (E4 M6 V5).

**Diagnosa** utama yang diambil ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial (TIK).

**Hasil** penelitian ini menunjukkan gambaran asuhan keperawatan pasien cedera kepala ringan dalam mengatasi masalah pemenuhan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dilakukan pemantauan status neurologis secara teratur, mencatat adanya nyeri kepala/pusing, meninggikan posisi kepala, mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus, memonitor tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas, mengajarkan pasien dan keluarga tentang cara meminimalkan factor resiko ketidakefektifan perfusi jaringan.

**Kesimpulan** tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien sangat berguna untuk membantu mempertahankan keefektifan perfusi jaringan serebral.

**Saran** dari penulis, untuk terus menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dan bekerja sesuai standar operasional prosedur dalam pemenuhan kebutuhan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.

**Kata Kunci :** *cedera kepala, perfusi jaringan serebral, asuhan keperawatan.*

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang Masalah**

Cedera kepala adalah cedera yang terjadi pada kulit kepala, tengkorak dan otak (Brunner dan Suddarth, 2013). Cedera kepala merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas. Disamping penanganan di lokasi kejadian dan selama transportasi korban ke rumah sakit, penilaian dan tindakan awal di ruang gawat darurat sangat menentukan penatalaksanaan dan prognosis selanjutnya. Tindakan resusitasi, anamnesis dan pemeriksaan fisik umum serta neurologis harus dilakukan secara serentak. Pendekatan yang sistematis dapat mengurangi kemungkinan terlewatnya evaluasi unsur vital. Tingkat keparahan cedera kepala menjadi ringan segera ditentukan saat pasien tiba di rumah sakit (Mansjoer Arif, 2000).

Menurut WHO setiap tahun di Amerika Serikat hampir 1.500.000 kasus cedera kepala. Dari jumlah tersebut 80.000 di antaranya mengalami kecacatan dan 50.000 orang meninggal dunia. WHO memperkirakan pada tahun 2020 kecelakaan lalu lintas akan menjadi salah satu penyebab penyakit dan trauma ketiga paling banyak di dunia. Setiap tahun diperkirakan terdapat 1,4 juta kasus cedera kepala, dengan lebih dari 1,1 juta yang datang ke Unit Gawat Darurat (*World Health Organization*, 2010). Di Indonesia, cedera kepala berdasarkan hasil Riskesdas 2013 menunjukkan insiden cedera kepala dengan CFR sebanyak 100.000 jiwa meninggal dunia (Depkes RI, 2013). Proporsi bagian tubuh yang terkena cedera kepala 11,9 % dan proporsi cedera kepala menurut provinsi, untuk Nusa Tenggara Timur sebesar 15%. (Riskesdas, 2018)

Akibat cedera kepala pasien mengalami perubahan fisik maupun psikologis. Cedera kepala merupakan keadaan yang serius, asuhan keperawatan pada penderita cedera kepala memegang peranan penting terutama dalam pencegahan komplikasi. Peran seorang perawat yaitu untuk merawat pasien agar mempercepat proses penyembuhan saat pasien dirawat di Rumah Sakit, sehingga perawat yang bertugas adalah perawat yang dituntut untuk tindakan kegawat daruratan secara cepat, tepat, dan tanggap khususnya penanganan pasien pada cedera kepala (Brunner dan Suddarth, 2013). Oleh karena itu, perawat diharapkan memiliki pengetahuan yang baik dalam menangani pasien dengan cedera kepala agar dapat menekan morbiditas dan mortalitas penanganan yang tidak optimal dan terlambatnya rujukan yang dapat menyebabkan keadaan penderita semakin memburuk dan berkurangnya pemulihan fungsi (Nurarif, 2002).

Berdasarkan latar belakang tersebut maka penulis tertarik untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan Pasien Cedera Kepala Ringan (CKR) Dalam Memenuhi Kebutuhan Perfusi Jaringan Serebral Akibat Peningkatan Tekanan Intrakranial.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Bagaimanakah gambaran asuhan keperawatan pasien cedera kepala ringan.

## **1.3 Tujuan Studi Kasus**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mendeskripsikan pengkajian pada pasien cedera kepala ringan.
- b. Merumuskan diagnosa kepeawatan pada pasien cedera kepala ringan.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan.

- d. Mengimplementasi rencana keperawatan pada pasien cedera kepala ringan.
- e. Mengevaluasi tindakan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan.

#### **1.4 Manfaat Studi Kasus**

##### **1.4.1 Masyarakat**

Membudayakan pengelolaan pasien dengan masalah Cedera Kepala Ringan.

##### **1.4.2 Perkembangan Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi Keperawatan**

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dalam perawatan Cedera Kepala Ringan.

##### **1.4.3 Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien cedera kepala ringan

##### **1.4.4 Penulis**

Memperoleh pengalaman dan mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya dalam perawatan Cedera Kepala Ringan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori**

##### **2.1.1 Definisi**

Cedera kepala adalah cedera yang terjadi pada kulit kepala, tengkorak dan otak. (Brunner dan Suddarth, 2013)

Cedera kepala merupakan proses dimana terjadi trauma langsung atau deselerasi terhadap kepala yang menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak. (Pierce & Neil, 2006)

Cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar, yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik. (Brain Injury Assosiation of America, 2009)

Beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan, bahwa cedera kepala adalah trauma pada kulit kepala, tengkorak, dan otak yang terjadi baik secara langsung ataupun tidak langsung pada kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya penurunan kesadaran bahkan dapat menyebabkan kematian.

##### **2.1.2 Klasifikasi**

Menurut Rosjidi (2007), trauma kepala diklasifikasikan menjadi derajat berdasarkan nilai dari Glasgow Coma Scale ( GCS ) nya, yaitu:

a. Ringan

- 1) GCS = 13 – 15
- 2) Dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia tetapi kurang dari 30 menit.
- 3) Tidak ada kontusio tengkorak, tidak ada fraktur cerebral, hematoma.

- b. Sedang
  - 1) GCS = 9 – 12
  - 2) Kehilangan kesadaran dan atau amnesia lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam.
  - 3) Dapat mengalami fraktur tengkorak.
- c. Berat
  - 1) GCS = 3 – 8
  - 2) Kehilangan kesadaran dan atau terjadi amnesia lebih dari 24 jam.
  - 3) Juga meliputi kontusio serebral, laserasi, atau hematoma intrakranial.

### **2.1.3 Etiologi Dan Predisposisi**

Menurut Rosjidi (2007), penyebab cedera kepala antara lain:

- a. Kecelakaan, jatuh, kecelakaan kendaraan bermotor atau sepeda, dan mobil.
- b. Kecelakaan pada saat olah raga, anak dengan ketergantungan.
- c. Cedera akibat kekerasan.
- d. Benda tumpul, kerusakan terjadi hanya terbatas pada daerah dimana dapat merobek otak.
- e. Kerusakan menyebar karena kekuatan benturan, biasanya lebih berat sifatnya.
- f. Benda tajam, kerusakan terjadi hanya terbatas pada daerah dimana dapat merobek otak, misalnya tertembak peluru atau benda tajam.

### **2.1.4 Patofisiologi**

Cedera memang peranan yang sangat besar dalam menentukan berat ringannya konsekuensi patofisiologis dari suatu kepala. Cedera percepatan aselerasi terjadi jika benda yang sedang bergerak membentur kepala yang diam, seperti trauma akibat pukulan benda tumpul, atau karena kena lemparan benda tumpul. Cedera perlambatan deselerasi adalah bila kepala

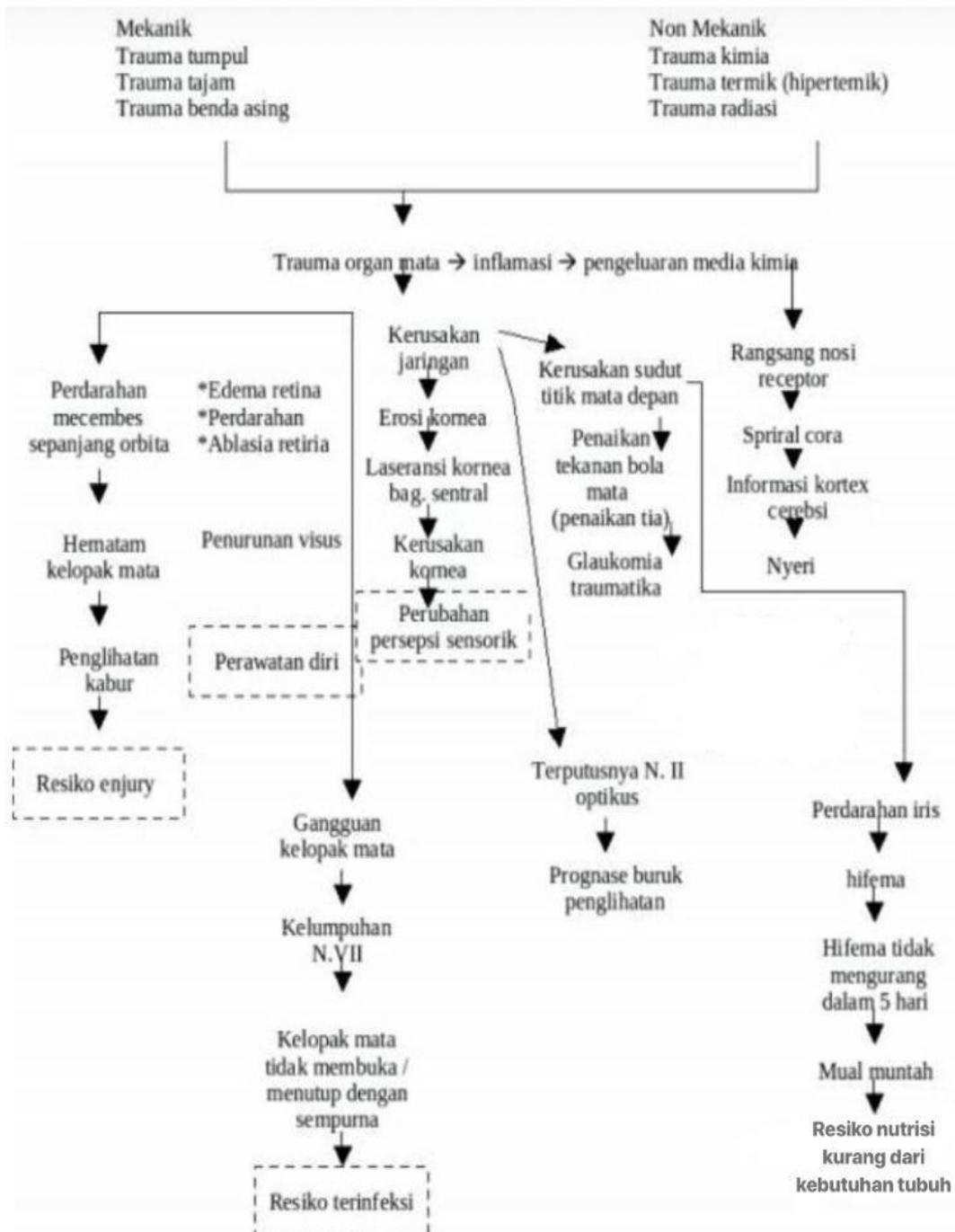
membentur objek yang secara relatif tidak bergerak, seperti badan mobil atau tanah. Kedua kekuatan ini mungkin terjadi secara bersamaan bila terdapat gerakan kepala tiba-tiba tanpa kontak langsung, seperti yang terjadi bila posisi badan diubah secara kasar dan cepat. Kekuatan ini bisa dikombinasi dengan pengubahan posisi rotasi pada kepala, yang menyebabkan trauma regangan dan robekan pada substansi alba dan batang otak (Price, 1995).

Berdasarkan patofisiologinya, kita mengenal dua macam cedera otak, yaitu cedera otak primer dan cedera otak sekunder. Cedera otak primer adalah cedera yang terjadi saat atau bersamaan dengan kejadian trauma, dan merupakan suatu fenomena mekanik. Umumnya menimbulkan lesi permanen. Tidak banyak yang bisa kita lakukan kecuali membuat fungsi stabil, sehingga sel-sel yang sedang sakit bisa mengalami proses penyembuhan yang optimal. Cedera primer, yang terjadi pada waktu benturan, mungkin karena memar pada permukaan otak, laserasi substansi alba, cedera robekan atau hemoragi karena terjatuh, dipukul, kecelakaan dan trauma saat lahir yang bisa mengakibatkan terjadinya gangguan pada seluruh sistem dalam tubuh. Sedangkan, Cedera sekunder merupakan hasil dari proses yang berkelanjutan sesudah atau berkaitan dengan cedera primer dan lebih merupakan fenomena metabolik sebagai akibat, cedera sekunder dapat terjadi sebagai kemampuan autoregulasi serebral dikurangi atau tak ada pada area cedera. (Price, 2005).

Cedera kepala terjadi karena beberapa hal diantaranya, bila trauma ekstra kranial akan dapat menyebabkan adanya leserasi pada kulit kepala selanjutnya bisa perdarahan karena mengenai pembuluh darah. Karena perdarahan yang terjadi terus- menerus dapat menyebabkan hipoksia, hiperemi peningkatan volume darah pada area peningkatan permeabilitas kapiler, serta vasodilatasi arterial, semua menimbulkan peningkatan isi intrakranial, dan akhirnya peningkatan tekanan intrakranial (TIK), adapun, hipotensi (Soetomo, 2002). Namun bila trauma mengenai tulang kepala akan menyebabkan robekan dan terjadi perdarahan juga. Cedera kepala

intra kranial dapat mengakibatkan laserasi, perdarahan dan kerusakan jaringan otak bahkan bisa terjadi kerusakan susunan syaraf kranial terutama motorik yang mengakibatkan terjadinya gangguan dalam mobilitas (Brain, 2009).

### 2.1.5 Pathway



### **2.1.6 Manifestasi Klinik**

- a. Cedera kepala ringan menurut Sylvia A. (2005)
  - 1) Kebingungan saat kejadian dan kebingungan terus menetap setelah cedera.
  - 2) Pusing menetap dan sakit kepala, gangguan tidur, perasaan cemas.
  - 3) Kesulitan berkonsentrasi, pelupa, gangguan bicara, masalah tingkah laku
- b. Cedera kepala sedang, Diane C. (2002)
  - 1) Kelemahan pada salah satu tubuh yang disertai dengan kebingungan atau bahkan koma.
  - 2) Gangguan kesadaran, abnormalitas pupil, awitan tiba-tiba deficit neurologik, perubahan TTV, gangguan penglihatan dan pendengaran, disfungsi sensorik, kejang otot, sakit kepala, vertigo dan gangguan pergerakan.
- c. Cedera kepala berat, Diane C. (2002)
  - 1) Amnesia tidak dapat mengingat peristiwa sesaat sebelum dan sesudah terjadinya penurunan kesehatan.
  - 2) Pupil tidak aktual, pemeriksaan motorik tidak aktual, adanya cedera terbuka, fraktur tengkorak dan penurunan neurologik.
  - 3) Nyeri, menetap atau setempat, biasanya menunjukkan fraktur.
  - 4) Fraktur pada kubah kranial menyebabkan pembengkakan pada area tersebut.

### **2.1.7 Pemeriksaan Penunjang**

- a. Scan CT (tanpa/denga kontras)

Mengidentifikasi adanya sol, hemoragik, menentukan ukuran ventrikuler, pergeseran jaringan otak.
- b. MRI

Sama dengan scan CT dengan atau tanpa kontras.
- c. Angiografi serebral

Menunjukkan kelainan sirkulasi serebral, seperti pengeseran jaringan otak akibat edema, perdarahan, trauma

d. Sinar X

Mendeteksi adanya perubahan struktur tulang (fraktur), pergeseran struktur dari garis tengah (karena perdarahan, edema), adanya fragmen tulang.

e. GDA (Gas Darah Artery)

Mengetahui adanya masalah ventilasi atau oksigenasi yang akan dapat meningkatkan TIK.

### **2.1.8 Penatalaksanaan**

- a. Dexamethason / kalmetason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma.
- b. Therapi hiperventilasi (trauma kepala berat) untuk mengurangi vasodilatasi.
- c. Pemberian analgetik.
- d. Pengobatan antiedema dengan larutan hipertonis yaitu; manitol 20%, glukosa 40% atau gliserol.
- e. Antibiotik yang mengandung barier darah otak (pinicilin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidazole.
- f. Makanan atau caioran infus dextrose 5%, aminousin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan) 2-3 hari kemudian diberikan makanan lunak.
- g. Pembedahan.

### **2.1.9 Komplikasi**

- a. Edema pulmonal
- b. Peningkatan TIK
- c. Kejang
- d. Kebocoran cairan serebrospinalis
- e. Infeksi

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

### 2.2.1 Pengkajian

a. Riwayat kesehatan

Waktu kejadian, penyebab trauma, posisi saat kejadian, status kesadaran saat kejadian, pertolongan yang diberikan segera setelah kejadian.

b. Sistem respirasi

Suara nafas, pola nafas (kasmaull, cheyene stokes, biot, hiperventilasi, ataksik), nafas berbunyi, stridor, tersedak, ronki, mengi positif (kemungkinan karena aspirasi).

c. Kardiovaskuler

Pengaruh perdarahan organ atau pengaruh PTIK.

d. Kemampuan komunikasi

Kerusakan pada hemisfer dominan, disfagia atau afasia akibat kerusakan saraf hipoglossus dan saraf fasialis.

e. Psikososial

Data ini penting untuk mengetahui dukungan yang didapat pasien dari keluarga.

f. Aktivitas/istirahat

S : Lemah, lelah, kaku dan hilang keseimbangan.

O : Perubahan kesadaran, letargi, hemiparese, quadriparese, goyah dalam berjalan (ataksia), cedera pada tulang dan kehilangan tonus otot.

g. Sirkulasi

O : Tekanan darah normal atau berubah (hiper/normotensi), perubahan frekuensi jantung nadi bradikardi, takhikardi dan aritmia.

h. Integritas Ego

S : Perubahan tingkah laku/kepribadian.

O : Mudah tersinggung, delirium, agitasi, cemas, bingung, impulsive dan depresi.

i. Eliminasi

O : BAB/BAK inkontinensia/disfungsi.

- j. Makanan/cairan
  - S : Mual, muntah, perubahan selera makan.
  - O : Muntah (mungkin proyektil), gangguan menelan (batuk, disfagia).
- k. Neurosensori
  - S : Kehilangan kesadaran sementara, vertigo, tinitus, kehilangan pendengaran, perubahan penglihatan, diplopia, gangguan pengecap/pembauan.
  - O : Perubahan kesadaran, koma. Perubahan status mental (orientasi, kewaspadaan, atensi dan kinsentarsi), perubahan pupil (respon terhadap cahaya), kehilangan penginderaan, pengecap dan pembauan serta pendengaran. Postur (dekortisasi, desebrasi), kejang. Sensitive terhadap sentuhan/gerakan.
- l. Nyeri/Keyamanan
  - S : Sakit kepala dengan intensitas dan lokai yang berbeda.
  - O : Wajah menyeringa, merintih, respon menarik pada rangsang nyeri yang hebat, gelisah.
- m. Keamanan
  - S : Trauma/injuri kecelakaan
  - O : Fraktur dislokasi, gangguan penglihatan, gangguan ROM, tonus otot hilang kekuatan paralysis, demam, perubahan regulasi temperatur tubuh.
- n. Penyuluhan/Pembelajaran
  - Riwayat penggunaan alcohol/obat-obatan terlarang.
- o. Pemeriksaan Penunjang
  - CT Scan, MRI, Angiografi Serebral, Sina X, GDA.

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

- a. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan edema serebral dan peningkatan tekanan intrakranial
- b. Gangguan pola nafas berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial, neurovaskuler, kerusakan medula oblongata neuromaskuler

- c. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pengeluaran urine dan elektrolit meningkat
- d. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan melemahnya otot yang digunakan untuk mengunyah dan menelan
- e. Gangguan rasa nyeri berhubungan dengan cedera fisik dan psikis
- f. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan perubahan persepsi sensori dan kognitif, penurunan kekuatan dan kelemahan
- g. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan kesadaran, peningkatan tekanan intra kranial
- h. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera otak dan penurunan kesadaran
- i. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan jaringan trauma, kerusakan kulit kepala.

### **2.2.3 Perencanaan**

- a. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan edema serebral dan peningkatan tekanan intracranial

*Tujuan:* Setelah dilalukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali normal dengan

*Kriteria Hasil:*

- 1) Klien melaporkan tidak ada pusing atau sakit kepala
- 2) Tidak terjadi peningkatan tekanan intracranial
- 3) Peningkatan kesadaran, GCS  $\geq$  13
- 4) Fungsi sensori dan motorik membaik, tidak mual, tidak ada mutah

*Intervensi:*

- 1) Kaji tingkat kesadaran.
- 2) Pantau status neurologis secara teratur, catat adanya nyeri kepala, pusing.
- 3) Tinggikan posisi kepala 15 - 30 derajat
- 4) Pantau TTV, TD, suhu, nadi, input dan output, lalu catat hasilnya.
- 5) Kolaborasi pemberian oksigen

6) Anjurkan orang terdekat untuk berbicara dengan klien.

- b. Gangguan pola nafas berhubungan dengan obstruksi trakeobronkial, neurovaskuler, kerusakan medula oblongata, hiperventilasi.

*Tujuan:* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pola nafas efektif dengan

*Kriteria hasil:*

- 1) Klien tidak mengatakan sesak nafas
- 2) Retraksi dinding dada tidak ada, dengan tidak ada otot-otot dinding dada.
- 3) Pola nafas reguler, RR. 16-24 x/menit, ventilasi adekuat
- 4) bebas sianosis dengan GDA dalam batas normal pasien,
- 5) kepatenan jalan nafas dapat dipertahankan.

*Intervensi:*

- 1) Kaji kecepatan, kedalaman, frekuensi, irama nafas, adanya sianosis. Kaji suara nafas tambahan
- 2) Atur posisi klien dengan posisi semi fowler 30<sup>0</sup>
- 3) Anjurkan pasien untuk minum hangat (minimal 2000 ml/hari).
- 4) Kolaborasi terapi oksigen sesuai indikasi

- c. Gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit berhubungan dengan pengeluaran urine dan elektrolit meningkat.

*Tujuan:* Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit dapat teratasi dengan

*Kriteria Hasil:*

- 1) Menunjukkan membran mukosa lembab
- 2) Tanda vital normal , haluaran urine adekuat dan bebas oedema.

*Intervensi:*

- 1) Kaji tanda klinis dehidrasi atau kelebihan cairan.
- 2) Catat masukan dan haluaran, hitung keseimbangan cairan, ukur berat jenis urine.

- 3) Berikan air tambahan sesuai indikasi
- 4) Kolaborasi pemeriksaan lab. kalium/fosfor serum, Ht dan albumin serum.

d. Pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan melemahnya otot yang digunakan untuk mengunyah dan menelan.

*Tujuan:* Pasien tidak mengalami gangguan nutrisi setelah dilakukan perawatan selama 3 x 24 jam dengan

*Kriteria Hasil:*

- 1) Tidak mengalami tanda- tanda mal nutrisi dengan nilai lab. Dalam rentang normal.
- 2) Peningkatan berat badan sesuai tujuan.

*Intervensi:*

- 1) Kaji kemampuan pasien untuk mengunyah dan menelan, batuk dan mengatasi sekresi.
- 2) Auskultasi bising usus, catat adanya penurunan/hilangnya atau suara hiperaktif.
- 3) Jaga keamanan saat memberikan makan pada pasien, seperti meninggikan kepala selama makan atau selama pemberian makan lewat NGT.
- 5) Berikan makan dalam porsi kecil dan sering dengan teratur.
- 6) Kolaborasi dengan ahli gizi.

e. Gangguan rasa nyeri berhubungan dengan cedera fisik dan psikis

*Tujuan:* Setelah dilakuan tindakan keperawatan selama 2x24 jam rasa nyeri dapat berkurang/ hilang dengan

*Kriteria Hasil:*

- 1) Sekala nyeri berkurang 3-1
- 2) Klien mengatakan nyeri mulai berkurang, ekspresi wajah klien Rileks

*Intervensi:*

- 1) Teliti keluhan nyeri, catat intensitasnya, lokasinya dan lamanya.
  - 2) Catat kemungkinan patofisiologi yang khas, misalnya adanya infeksi, trauma servikal.
  - 3) Berikan tindakan kenyamanan, misal pedoman imajinasi visualisasi, latihan nafas dalam, berikan aktivitas hiburan / pengalihan, kompres
  - 4) Kolaborasi dengan pemberian obat anti nyeri, sesuai indikasi misal dentren (dantrium) analgesik; antiansietas misal diazepam (valium).
- f. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan perubahan persepsi sensori dan kognitif, penurunan kekuatan dan kelemahan

*Tujuan:* Pasien dapat melakukan mobilitas fisik setelah mendapat perawatan dengan

*Kriteri Hasil:*

- 1) Tidak adanya kontraktur, footdrop.
- 2) Ada peningkatan kekuatan dan fungsi bagian tubuh yang sakit.
- 3) Mampu mendemonstrasikan aktivitas yang memungkinkan dilakukannya

*Intervensi:*

- 1) Periksa kembali kemampuan dan keadaan secara fungsional pada kerusakan yang terjadi.
- 2) Berikan bantu untuk latihan rentang gerak
- 3) Bantu pasien dalam program latihan dan penggunaan alat mobilisasi. Tingkatkan aktivitas dan partisipasi dalam merawat diri sendiri sesuai kemampuan

- g. Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan penurunan kesadaran, peningkatan tekanan intra kranial

*Tujuan:* Fungsi persepsi sensori kembali normal setelah dilakukan perawatan selama 3x 24 jam dengan

*Kriteria Hasil:*

- 1) Mampu mengenali orang dan lingkungan sekitar.
- 2) Mengakui adanya perubahan dalam kemampuannya.

*Intervensi:*

- 1) Kaji kesadaran sensori dengan sentuhan, panas/ dingin, benda tajam/tumpul dan kesadaran terhadap gerakan.
- 2) Evaluasi secara teratur perubahan orientasi, kemampuan berbicara, alam perasaan, sensori dan proses pikir.
- 3) Bicara dengan suara yang lembut dan pelan. Gunakan kalimat pendek dan sederhana. Pertahankan kontak mata.
- 4) Berikan lingkungan terstruktur rapi, nyaman dan buat jadwal untuk klien jika mungkin dan tinjau kembali
- 5) Kolaborasi pada ahli fisioterapi, terapi okupasi, terapi wicara dan terapi kognitif.

- h. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan cedera otak dan penurunan kesadaran

*Tujuan:* Kerusakan komunikasi verbal tidak terjadi dengan

*Kriteria hasil:* Mengidentifikasi pemahaman tentang masalah komunikasi dan klien dapat menunjukkan komunikasi dengan baik.

*Intervensi:*

- 1) Kaji derajat disfungsi
- 2) Mintalah klien untuk mengikuti perintah
- 3) Anjurkan keluarga untuk berkomunikasi dengan klien

- i. Resiko tinggi infeksi berhubungan dengan jaringan trauma, kerusakan kulit kepala.

*Tujuan:* Tidak terjadi infeksi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x 24 jam dengan

*Kriteria Hasil:*

- 1) Bebas tanda-tanda infeksi, Mencapai penyembuhan luka tepat waktu
- 2) suhu tubuh dalam batas normal (36,5-37,5OC)

*Intervensi:*

- 1) Berikan perawatan aseptik dan antiseptik, pertahankan teknik cuci tangan
- 2) Observasi daerah kulit yang mengalami kerusakan, kaji
- 3) keadaan luka, catat adanya kemerahan, bengkak, pus daerah yang terpasang alat invasi dan TTV
- 4) Anjurkan klien untuk memenuhi nutrisi dan hidrasi yang adekuat.
- 5) Batasi pengunjung yang dapat menularkan infeksi
- 6) Pantau hasil pemeriksaan lab, catat adanya leukositosis
- 7) Kolaborasi pemberian antibiotik sesuai indikasi

#### **2.2.4 Pelaksanaan**

Dilakukan sesuai intervensi tindakan telah direncanakan atau disusun dengan tepat dan akurat sesuai diagnosa.

#### **2.2.5 Evaluasi**

Menilai keefektifan intervensi yang telah direncanakan atau yang telah dibuat dan dilakukan dengan tepat dan akurat.

## **BAB 3**

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

#### **3.1 Hasil Studi Kasus**

##### **3.1.1 Karakteristik Pasien**

Pasien berinisial H.H berjenis kelamin laki-laki berusia 18 tahun, lahir pada tanggal 03 April 2001 menganut agama Kristen Protestan suku Timor, tinggal di Non Baun Sabu, Tanggal MRS 26 Mei 2019, pukul 16.20 WITA. Tanggal Perawatan 27-30 Mei 2019.

##### **3.1.2 Pengkajian**

1. Keluhan Utama

Kakak dari Tn H.H mengatakan pasien mengeluh nyeri pada kepala bagian belakang.

2. Riwayat Keluhan Utama

Kakak dari Tn. H.H. mengatakan : Pasien masuk rumah sakit tanggal 26 Mei 2019 pukul 16.20 WITA karena kecelakaan motor, posisi saat kejadian pasien dalam keadaan di bonceng, pertolongan yang diberikan yaitu langsung di bawa ke rumah sakit. Pasien masuk ke IGD ndengan keluhan nyeri di kepala disertai mual muntah, nyeri seperti tertusuk-tusuk, saat dibawa ke rumah sakit pasien dalam keadaan pingsan, pasien lupa kejadian, keluar darah dari hidung.

3. Riwayat Masa Lalu

Kakak dari Tn. H.H mengatakan sebelumnya pasien tidak pernah menderita penyakit yang berat dan tidak pernah dirawat di rumah sakit. Tuan H.H hanya sakit demam, batuk dan pilek biasa saja.

4. Riwayat Sosial

Adapun riwayat sosial, kakak Tn. H.H mengatakan pasien sering bersosialisasi dengan tetangga, dengan kerabat, dengan keluarga, dan teman-teman sebayanya. Pembawaan secara umum sebelum masuk rumah sakit Tn. H.H.

5. Riwayat Kesehatan Keluarga

Kakak Tn H.H mengatakan ada anggota keluarga yang pernah menderita penyakit lambung dan pernah dirawat dirumah sakit.

6. Keadaan Kesehatan Saat Ini

Kakak Tn. H.H mengatakan : Tn. H.H mengeluh sakit pada kepala bagian belakang, aktivitas terhambat karena nyeri pada kepala, kesulitan dalam menelan.

7. Pola-pola Kesehatan

a. Pola nutrisi metabolic

Kakak Tn H.H mengatakan sebelum sakit pasien biasa makan 3-4 kali dalam sehari dan selalu menghabiskan porsi makan, sedangkan selama sakit pasien tidak bisa menghabiskan porsi makan yang siberikan karena kesulitan dalam mengunyah dan menelan makanan. Saat ini pasien hanya minum air putih saja menggunakan sendok.

b. Pola Eliminasi

Kakak Tn H.H mengatakan sebelum sakit pasien biasa BAB sebanyak 1-2 kali dan BAK sebanya 3-4 kali dalam sehari. Sedangkan selama sakit pasien belum BAB sejak masuk rumah sakit dan BAK sebanyak 1 kali sejak masuk rumah sakit.

c. Pola Aktivitas dan Latihan

Kakak Tn H.H mengatakan sebelum sakit pasien bisa beraktivitas seperti biasa, sedangkan selama sakit pasien hanya berbaring saja dan lebih banyak tidur.

### 3.1.3 Pemeriksaan fisik

1. Tanda-tanda Vital

Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi: 72x/m, Suhu : 36,7 C, Pernapasan: 20x/m

## 2. Kepala dan Leher

### a. Kepala

Pasien mengeluh sakit kepala dan pusing, Bentuk, ukuran dan posisi: normal, Lesi: ada, pada daerah pelipis dan pipi kanan dengan luas 4-5 cm, Masa: tidak ada, Observasi Wajah: simetris, Penglihatan: baik, Konjungtiva: anemis, Sklera: putih, tidak pakai kacamata, tidak ada nyeri dan peradangan.

### b. Pendengaran

Gangguan pendengaran: tidak ada, Nyeri: tidak ada, Peradangan: tidak ada.

### c. Hidung

Alergi Rhinitis: tidak ada, Riwayat polip: tidak ada, Sinusitis: tidak ada, Epistaksis: tidak ada.

### d. Tenggorokan dan Mulut

Keadaan gigi: bersih dan rapi, Caries: tidak, Memakai gigi palsu: tidak, Gangguan bicara: tidak, Gangguan menelan: tidak.

## 3. Sistem Kardiovaskuler

Nyeri dada: tidak ada. Inpeksi: Kesadaran: composmentis, Bentuk dada: normal, Bibir: normal, Kuku: normal, Capillary Refill: normal, Tangan: normal, Kaki: normal, Sendi: normal. Ictus cordis/Apical pulse: teraba, Vena jugularis: teraba. Perkusi, Pembesaran jantung: tidak ada. Auskultasi, BJI BJII: normal.

## 4. Sistem Respirasi

Keluhan: tidak ada. Inspeksi, Jejas: tidak ada, Bentuk dada: normal, Jenis pernapasan: normal, Irama napas: teratur, Retraksi otot pernapasan: tidak ada, Penggunaan alat bantu pernapasan: tidak ada. Perkusi, Udara: tidak ada, Masa: tidak ada. Auskultasi, Inspirasi: normal, Respirasi: normal. Clubbing Finger: normal.

## 5. Sistem Pencernaan

Keluhan: tidak ada. Inspeksi: Turgor kulit: normal, Keadaan bibir, lembab, Keadaan rongga mulut, Warna: pucat, Luka atau perdarahan: tidak, Tanda-

tanda radang: tidak, Keadaan gusi: normal. Keadaan Abdomen, Warna kulit: normal, Luka: tidak ada, Pembesaran: tidak ada. Keadaan Rektal, Luka: tidak ada, Perdarahan: tidak, Hemmoroid: tidak, Lecet / tumor / bengkak : tidak ada.

6. Sistem Persyarafan

Keluhan: tidak ada, Tingkat kesadaran: composmentis, GCS: E4 M6 V5, Pupil: isokor, Kejang: normal, Jenis kelumpuhan: tidak ada, Parasthesia: tidak ada, Koordinasi gerak: normal, Cranial Nerves: normal, Reflexes: normal.

7. Sistem Musculodkeletal

Keluhan: tidak ada, Kelainan ekstremitas: tidak ada, Nyeri otot: tidak ada, Nyeri sendi: tidak ada, Refleks sendi: normal, Kekuatan otot: normal

8. Sistem Integumen

Rash: tidak ada, Lesi: ada, luka lecet pada wajah, kaki dan tangan, Turgor: normal, Kelembaban: normal, Petechie: tidak ada.

9. Sistem Perkemihan

Gangguan kencing: tidak ada, Alat bantu: tidak ada, Kandung kencing: tidak membesar dan tidak nyeri tekan, Intake cairan, Bentuk alat kelamin: normal, Uretra: normal.

10. Sistem Endokrin

Keluhan: tidak ada, Pembesaran kelenjar: tidak ada.

11. Sistem Reproduksi

Keluhan: tidak ada, Pembesaran prostat: tidak ada.

12. Terapi

Terapi yang didapat inf. NaCl 0,9 %, ceftriaxone 2x1 gr, ranitidin 2x1 gr, KTC 2x30 gr.

13. Laboratorium

Haemoglobin 14,5 g/dL, jumlah leukosit  $14,13 \times 10^3/\mu\text{l}$ , jumlah trombosit  $264 \times 10^3/\mu\text{l}$

14. Pemeriksaan penunjang

Hasil CT Scan kepala: depressed fracture at frontal.

### **3.1.4 Analisa data**

Berdasarkan hasil pengkajian pada Tn H.H dilakukan analisa data sebagai berikut:

Data subjektif: kakak Tn. H.H mengatakan pasien mengeluh pusing dan sakit kepala. Data objektif: TTV; TD: 120/80 mmHg, N: 72x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit, keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4,V5,M6), pasien nampak menahan sakit kepala. Berdasarkan data tersebut maka ditetapkan masalah keperawatan “Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial”.

Data subjektif : kakak dari Tn. H.H mengatakan pasien mengeluh nyeri pada daerah luka seperti tertusuk-tusuk. Data objektif : TTV; TD: 120/80 mmHg, N: 72x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit, terdapat luka lecet dan memar pada kepala bagian belakang (lokasi nyeri), skala nyeri 5 dari 10. Berdasarkan data tersebut ditetapkan masalah keperawatan “Nyeri akut yang berhubungan dengan cedera fisik”.

Data subjektif : kakak Tn. H.H mengatakan pasien kesulitan dalam melakukan aktivitas sederhana seperti makan dan minum. Data objektif : pasien nampak lemah dan hanya berbaring saja, sebagian aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat. Berdasarkan data tersebut maka ditetapkan masalah “Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik”

### **3.1.5 Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang muncul berdasarkan hasil analisa data yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial, nyeri akut berhubungan dengana cedera fisik, intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik.

### **3.1.6 Rencana keperawatan**

Dalam proses keperawatan, perencanaan meliputi menetapkan prioritas masalah, tujuan, intervensi dan rasional. Pada kasus Tn. H.H ditegakkan 3 diagnosa keperawatan, yaitu :

Diagnosa keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial. Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali normal dengan kriteria hasil: Klien melaporkan tidak ada pusing atau sakit kepala, tidak terjadi peningkatan tekanan intracranial, Fungsi sensori dan motorik membaik, tidak mual, tidak ada mutah, tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, respirasi), dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan, tidak mengalami nyeri kepala.

Intervensi: Pantau status neurologis secara teratur (1-2). jam pada awalnya kemudian 4 jam bila sudah stabil), catat adanya nyeri kepala/pusing, tinggikan posisi kepala 15-30 derajat, catat perubahan pasien dalam merespon stimulus, monitor tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas, pertahankan asupan nutrisi yang adekuat, pantau kadar hemoglobin pasien dan laporkan bila adanya abnoemalitas, ajarkan pasien dan keluarga tentang cara meminimalkan factor resiko ketidakefektifan perfusi jaringan.

Diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan cedera fisik. Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan selama 2x24 jam pasien akan terbebas dari nyeri dengan kriteria hasil: klien mengatakan nyeri berkurang atau hilang, pasien mengungkapkan perasaan nyaman, pasien dapat mengulang kembali latihan napas dalam yang diajarkan.

Intervensi: Kaji jenis dan tingkat nyeri pasien, kaji faktor yang mengurangi atau memperberat nyeri, lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri, minta pasien menggunakan skala 1-10 untuk menjelaskan tingkat nyerinya, atur periode istirahat tanpa terganggu, bantu pasien untuk mendapatkan posisi yang nyaman, ajarkan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, anjurkan pasien untuk menggunakan tindakan pengalihan (menonton, membaca koran, mendengarkan music, dll), berikan obat yang dianjurkan untuk mengurangi nyeri.

Diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan fisik. Tujuan: setelah dilakukan tindakan asuhan keperawatan diharapkan pasien dapat toleransi terhadap aktivitas dengan kriteria hasil: pasien menyatakan keinginannya

untuk meningkatkan aktivitas, klien mampu melakukan aktivitas sederhana (makan dan minum).

Intervensi: kaji kemampuan klien dalam aktivitas, identifikasi aktivitas pasien yang diinginkan dan sangat berarti bagi pasien, membantu pasien merencanakan aktivitas-aktivitas sederhana mengatur pola istirahat yang cukup, pantau respon fisiologis terhadap peningkatan aktivitas, bantu sebagian atau sepenuhnya kebutuhan klien.

### 3.1.7 Implementasi Keperawatan

#### 1. Senin, 27 Mei 2019

**Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.** Implementasi keperawatan: memantau status neurologis, mencatat adanya nyeri kepala dan pusing, meninggikan posisi kepala, memonitor TTV. Evaluasi, **S:** klien mengatakan nyeri kepala dan pusing, **O:** k.u lemah, kesadaran CM, nyeri kepala (+), saat ditanya klien tidak mampu mengingat kejadian, **A:** masalah belum teratasi, **P:** lanjutkan intervensi.

**Nyeri akut.** Implementasi keperawatan: mengkaji jenis dan tingkat nyeri, mengkaji faktor yang mengurangi atau memperberat nyeri, lokasi, durasi, intensitas dan karakteristik nyeri, memantau tanda vital, membantu klien mengatur periode istirahat, memberikan posisi yang nyaman, mengajarkan klien teknik non farmakologi. Evaluasi, **S:** klien mengatakan nyeri pada daerah sekitar luka, **O:** k.u lemah, kesadaran CM, nyeri (+) skala nyeri 4-5, pasien nampak gelisah. **A:** masalah belum teratasi, **P:** lanjutkan intervensi.

**Intoleransi aktivitas.** Implementasi keperawatan: mengkaji kemampuan aktivitas klien, mengidentifikasi aktivitas yang diinginkan klien, memantau tanda vital, membantu klien merencanakan aktivitas-aktivitas sederhana. Evaluasi: **S:** klien mengatakan susah untuk beraktivitas seperti biasa, **O:** k.u lemah, kesadaran CM, pasien nampak lemah, aktivitas dibantu perawat dan keluarga, pasien hanya berbaring saja, **A:** masalah belum teratasi, **P:** lanjutkan intervensi.

2. Selasa, 28 Mei 2019

**Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.** Implementasi: memonitor status neurologis, memantau nyeri kepala, meninggikan kepala 15-30 derajat, memantau tanda vital. Evaluasi: **S** : pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, **O** : k.u lemah, kesadaran CM, nyeri kepala (+), skala nyeri 2, TTV : TD : 120/80. S : 36,8, N : 78x/m, RR : 20x/m, **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: lanjutkan intervensi.

**Nyeri akut.** Implementasi: memonitor tingkat nyeri, memotivasi klien latihan napas dalam, memantau tanda vital, memotivasi klien meningkatkan periode istirahat, membantu memberikan posisi yang nyaman. Evaluasi: **S**: pasien mengatakan nyeri pada daerah sekitar luka berkurang, **O**: k.u lemah, kesadaran CM, nyeri (+) disekitar luka, skala nyeri 4, TTV : TD : 120/80. S : 36,8, N : 78x/m, RR : 20x/m, **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: lanjutkan intervensi.

**Intoleransi aktivitas.** Implementasi: memonitor kemampuan aktivitas klien, mengidentifikasi aktivitas yang diinginkan klien, memantau tanda vital, memotivasi klien melakukan aktivitas-aktivitas sederhana. Evaluasi: **S**: pasien mengatakan susah untuik beraktivitas, **O**: k.u lemah, pasien sudah mampu meiring kiri dan kanan, hanya berbaring, aktivitas dibantu sebagian, **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: lanjutkan intervensi.

3. Rabu, 29 Mei 2019

**Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral.** Implementasi: memantau status neurologis, mencatat adanya nyeri kepala, memantau tanda-tanda vital. Evaluasi: **S**: pasien mengatakan nyeri kepala berkurang, **O**: k.u baik, kesadaran CM, nyeri kepala (+) skala nyeri 2, TTV : TD : 120/80, S : 36,5, N : 76x/m, RR : 20x/m, **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: hentikan intervensi (pasien pulang).

**Nyeri akut.** Implementasi: memonitor tingkat nyeri, memotivasi klien melakukan teknik napas dalam, memonitor tanda-tanda vital, memberikan posisi yang nyaman. Evaluasi: **S**: pasien mengatakan nyeri

pada daerah sekitar luka berkurang, **O**: K.U baik, nyeri sekitar luka (+), skala nyeri 2, TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,5, N : 76x/m, RR : 20x/m, **A**: masalah teratasi sebagian, **P**: hentikan intervensi (pasien pulang).

**Intoleransi aktivitas.** Implimentasi: memantau kemampuan klien dalam beraktivitas, memonitor tanda-tanda vital, memotivasi klien meningkatkan periode istirahat, menganjurkan klien melakukan aktivitas sesuai kemampuan. Evaluasi: **S**: pasien mengatakan sudah mampu melakukan sebagian besar aktivitas, **O**: k.u baik, sudah mampu melakukan aktivitas (makan, minum, duduk) TTV : TD : 120/80 mmHg, S : 36,5, N : 76x/m, RR : 20x/m, **A**: masalah teratasi, **P** : hentikan intervensi (pasien pulang).

### 3.2 Pembahasan

Dalam pembahasan ini akan diuraikan kesenjangan-kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus nyata yang ditemukan saat memberikan asuhan keperawatan pada pasien Tn. H.H yang menderita Cedera Kepala Ringan di ruang Kelimutu RSUD Prof Dr. W. Z. Johannes Kupang. Pembahasan akan diuraikan sesuai proses keperawatan:

Menurut teori Bruner & Suddarth, 2001. Tingkat kesadaran pasien dikaji sebagai dasar dalam mengidentifikasi kriteria Skala Koma Glasglow. Pada kasus cedera kepala ringan pasien Tn. H.H dengan keluhan utama nyeri kepala dibagian belakang, dikaji GCS: respon membuka mata 4, respon motorik 6, dan respon verbal 5 dengan total yang diperoleh 15 menunjukkan indikasi pasien berespon dengan kesadaran penuh.

Diagnosa keperawatan menurut Cynthia M. Taylor, 2010 tentang ketidakefektifan perfusi jaringan serebral merupakan penurunan nutrisi dan respirasi sel karena penurunan aliran darah kapiler dengan batasan karakteristik pusing dan sakit kepala. Pada kasus Tn. H.H didapat Data subjektif: kakak Tn. H.H mengatakan pasien mengeluh pusing dan sakit kepala. Data objektif: TTV; TD: 120/80 mmHg, N: 72x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit, keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4,V5,M6), pasien

nampak menahan sakit kepala. Berdasarkan teori diatas, maka ditetapkan masalah keperawatan “Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial”.

Menurut Bruner & Suddarth, 2001. Peningkatan TIK merupakan kedaruratan sejati dan harus diatasi dea segera. Ketika tekanan meninggi substansi otak ditekan. Penatalaksanaan segera untuk mengurangi peningkatan TIK didasarkan pada penurunan ukuran otak dengan cara mempertahankan perfusi serebral. Tujuan ni diselesaikan dengan hiperventilasi dari pasien, mengontrol demam dan menurunkan kebuthan metabolisme sel. Pada kasus Tn. H.H,kriteria hasil yang diharapkan sejalan dengan teori diatas, antara lain: Kien melaporkan tidak ada pusing atau sakit kepala, tidak terjadi peningkatan tekanan intracranial, Fungsi sensori dan motorik membaik, tidak mual, tidak ada mutah, , tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi), dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan, tidak mengalami nyeri kepala.

Implementasi keperawatan menurut Potter & Perry, 1997 adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Pada kasus Tn. H.H implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan antara lain: Pantau status neurologis secara teratur (1-2). jam pada awalnya kemudian 4 jam bila sudah stabil), catat adanya nyeri kepala/pusing, tinggikan posisi kepala 15-30 derajat, catat perubahan pasien dalam merespon stimulus, monitor tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas, pertahankan asupan nutrisi yang adekuat.pantau kadar hemoglobin pasien dan laporkan bila adanya abnoemalitas, ajarkan pasien dan keluarga tentang cara meminimalkan factor resiko ketidakefektifan perfusi jaringan.

Menurut Wilkinson, 2007 evaluasi yang efektif tergantung pada langkah yang sebelumnya dilakukan dengan membandingkan respon pasien terhadap keefektifan kriteria hasil dari intervensi yang telah dibuat. Pada kasus Tn H.H intervensi yang telah dibuat di evaluasi selama tiga hari (Senin, 27 Mei 2019- Rabu, 29 Mei 2019) setiap pukul 14.00 WITA. Pada diagnosa Ketidakefekktifan perfusi jaringan serebral, hasil evaluasi: masalah teratasi sebagian. Diagnosa nyeri

akut, hasil evaluasi: masalah teratasi sebagian. Diagnosa intoleransi aktivitas, hasil evaluasi: masalah teratasi.

### **3.3 Keterbatasan Studi Kasus**

Dalam studi kasus ini, terdapat hal-hal yang menghambat jalannya studi kasus antara lain: waktu yang terbatas dalam membuat studi kasus, kesulitan untuk mencari referensi sebagai acuan dalam teori dan data yang dibutuhkan kurang lengkap.

## **BAB 4**

### **PENUTUP**

#### **4.1 Kesimpulan**

Hasil pengkajian pada kasus cedera kepala ringan pasien Tn. H.H dengan keluhan utama nyeri kepala dibagian belakang, dikaji GCS: respon membuka mata 4, respon motorik 6, dan respon verbal 5 dengan total yang diperoleh 15 menunjukkan indikasi pasien berespon dengan kesadaran penuh.

Diagnosa keperawatan utama yang diambil pada kasus Tn. H.H yaitu Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial. Data subjektif: kakak Tn. H.H mengatakan pasien mengeluh pusing dan sakit kepala. Data objektif: TTV; TD: 120/80 mmHg, N: 72x/menit, S: 36,7<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit, keadaan umum lemah, tingkat kesadaran composmentis dengan GCS 15 (E4,V5,M6), pasien nampak menahan sakit kepala. Kriteria hasil yang diharapkan sejalan dengan teori yang ada, antara lain: Klien melaporkan tidak ada pusing atau sakit kepala, tidak terjadi peningkatan tekanan intracranial, Fungsi sensori dan motorik membaik, tidak mual, tidak ada mutah, tanda vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, suhu, respirasi), dapat mentoleransi aktivitas, tidak ada kelelahan, tidak mengalami nyeri kepala.

Pada kasus Tn. H.H implementasi yang dilakukan berdasarkan intervensi yang telah ditetapkan antara lain: Pantau status neurologis secara teratur (1-2). jam pada awalnya kemudian 4 jam bila sudah stabil), catat adanya nyeri kepala/pusing, tinggikan posisi kepala 15-30 derajat, catat perubahan pasien dalam merespon stimulus, monitor tanda vital sebelum dan sesudah aktivitas, pertahankan asupan nutrisi yang adekuat. Pantau kadar hemoglobin pasien dan laporkan bila adanya abnormalitas, ajarkan pasien dan keluarga tentang cara meminimalkan factor resiko ketidakefektifan perfusi jaringan.

Evaluasi yang efektif tergantung pada langkah yang sebelumnya dilakukan dengan membandingkan respon pasien terhadap keefektifan kriteria hasil dari intervensi yang telah dibuat. Pada kasus Tn H.H intervensi yang telah dibuat,

dilaksanakan selama tiga hari (Senin, 27 Mei 2019 - Rabu, 29 Mei 2019). Pada diagnosa Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral, hasil evaluasi: masalah teratasi sebagian. Diagnosa nyeri akut, hasil evaluasi: masalah teratasi sebagian. Diagnosa intoleransi aktivitas, hasil evaluasi: masalah teratasi.

## **4.2 Saran**

### **4.2.1 Penulis**

Memperoleh pengalaman dan mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya dalam perawatan Cedera Kepala Ringan

### **4.2.2 Masyarakat**

Diharapkan masyarakat lebih memahami tentang pentingnya kesehatan untuk kesejahteraan dan meningkatkan pengetahuan tentang cedera kepala Ringan

### **4.2.3 Perkembangan Ilmu Pengetahuan Dan Teknologi Keperawatan**

Menambah keluasan ilmu dan teknologi terapan bidang keperawatan dan bekerja sesuai standar operasional prosedur dalam perawatn Cedera Kepala Ringan.

### **4.2.4 Bagi Institut RSUD. Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi serta buku pedoman yang diperlukan dalam pelaksanaan praktek keperawatan yang tepat terkhususnya untuk pasien cedera kepala ringan

## DAFTAR PUSTAKA

- Arif, Mansjoer, dkk, 200. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi ke-3. FKUI, Jakarta: Medica Aesculpalus
- Bruner & Suddarth. 2013. *Buku Ajar keperawatan Medikal Bedah*. Ed. 8 Volume 2. Jakarta; EGC.
- Bulechek, Butcher, Dochterman, Wagner. 2016. *Nursing Interventions Classifications (NIC)*. Ed. 6. Singapore: Elsevier.
- Moorhead, Johnson, Maas, Swanson. 2016. *Nursing Outcomes Classifications (NOC)*. Ed. 5, Singapore: Elsevier.
- Nurarif, Amin H., Kusuma H. 2015. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc*. Jilid 3. Jogjakarta : Mediaction.
- Price, Sylvia Anderson. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Ed. 6. Jakarta: EGC.
- Price Sylvia Anderson, Wilson L.M. 1995. *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit*. Edisi 4. Buku II. Jakarta : EGC.
- Profil Kesehatan NTT 2015 Dinas Kesehatan Provinsi Kupang.
- Riskesdas 2013 Kemeterian Kesehatan Republik Indonesia.
- Riskesdas 2018 Kemeterian Kesehatan Republik Indonesia.
- Satyanegara. 1998. *Ilmu Bedah Saraf / Satyanegara*. Ed. 3. Jakarta; Gramedia Pustaka Utama.

# LAMPIRAN

## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN STUDI KASUS

Kepada

Yth. Bapak Calon Responden Studi Kasus

Di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Politeknik Kesehatan  
Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan :

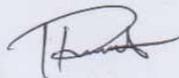
Nama : Arnoldus Nusren Tiko

NIM : PO.530320116288

Akan mengadakan studi kasus yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. H.H  
Dengan Cedera Kepala Ringan Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang".  
Studi kasus ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan responden. Informasi yang  
diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan studi kasus.  
Apabila responden menyetujui, maka dengan ini mohon kesediaan untuk menandatangani  
lembar persetujuan ini.

Atas perhatian dan kerjasamanya yang baik, saya ucapkan limpah terimakasih.

Pemohon



Arnoldus Nusren Tiko

NIM. PO. 530320116288

## LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Setelah membaca penjelasan pada lembar permohonan persetujuan maka saya bersedia untuk berpartisipasi dalam studi kasus yang dilakukan oleh Arnoldus Nusren Tiko dari Politeknik Kesehatan Kemenkes Kupang Program Studi D-III Keperawatan yang berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn. H.H Dengan Cedera Kepala Ringan Di Ruang Kelimutu RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang". Saya mengetahui bahwa informasi yang saya berikan akan bermanfaat bagi saya dan pemohon. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden.

Kupang, 27 Mei 2019

Responden



(Hendrik M. Hedo)

Lampiran 2



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG**

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



Nama Mahasiswa :  
NIM :

**Format Pengkajian Medikal - Bedah**

Nama Pasien : Tr. H. M. H  
Ruang/Kamar : Kalmubu  
Diagnosa Medis : CKR  
No. Medical Record : 513505  
Tanggal Pengkajian : 27-05-2019  
Masuk Rumah Sakit : 26-05-2019

Jam : 10.15  
Jam : 10.30

**Identitas Pasien**

Nama Pasien : Tr. H. M. H  
Umur/Tanggal Lahir : 03-04-2001

Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status : pelayar  
Perkawinan : belum kawin  
Suku Bangsa : Timor  
Pekerjaan :

Agama : K. P.  
Pendidikan Terakhir : SMA  
Alamat : NBS

**Identitas Penanggung**

Nama : Tr. D. H  
Jenis Kelamin : laki-laki

Pekerjaan : Buruh  
Hubungan dengan klien : Ayah kandung

Alamat : NBS

**Riwayat Kesehatan**

1. Keluhan Utama Nyeri kepala, pusing

- Kapan
- Lokasi kepala

2. Riwayat Keluhan Utama

- Mulai timbulnya keluhan : sejak MRS
- Sifat keluhan : bertusuk - tusuk
- Lokasi : kepala

• Keluhan lain yang menyertai :

• Faktor pencetus yang menimbulkan serangan :

- Apakah keluhan bertambah/berkurang pada saat-saat tertentu (saat-saat mana)  
Berkurang saat mendapat obat

- Upaya yang dilakukan untuk mengatasi masalah kesehatan.....

3. Riwayat Penyakit Sebelumnya

- Riwayat penyakit yang pernah diderita
  - Ya , Sebutkan .....
  - Tidak  
Cara Mengatasi : .....
- Riwayat Alergi
  - Ya , Jenis ....., Waktu .....
  - Tidak  
Cara Mengatasi : .....
- Riwayat Operasi
  - Ya , Jenis ....., Waktu .....
  - Tidak

4. Kebiasaan

- Merokok
  - Ya , Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak
- Minum alkohol
  - Ya , Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak
- Minum kopi : ..... Lamanya : .....
  - Ya , Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak
- Minum obat-obatan
  - Ya , Jenis, ..... Jumlah: ....., waktu .....
  - Tidak

Riwayat Keluarga/ Genogram (diagram tiga generasi) :  
Analisa keadaan kesehatan keluarga dan faktor resiko.

## Pemeriksaan Fisik

### 1. Tanda – Tanda Vital

- Tekanan darah:  $120/70$  - Nadi :  $72 \times/m$   
- Pernapasan :  $20 \times/m$  - Suhu badan :  $36,7^{\circ}C$

### 2. Kepala dan leher

#### • Kepala :

- Sakit kepala :  $Ya$  Pusing :  $Ya$

Ya  tidak

- Bentuk , ukuran dan posisi:

normal  abnormal, jelaskan : .....

- Lesi :  ada, Jelaskan :  $Julca lecah$   tidak ada

- Masa :  ada, Jelaskan : .....  tidak ada

- Observasi Wajah :  simetris  asimetri, Jelaskan .....

- Penglihatan :  $Baik$

- Konjungtiva:  $normis$

- Sklera:  $Normal$

- Pakai kaca mata :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Penglihatan kabur :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Iryen :  $Tidak ada$

- Peradangan :  $Tidak ada$

- Operasi :  $Tidak ada$

- Jenis : .....

- Waktu : .....

- Tempat : .....

#### - Pendengaran

- Gangguan pendengaran :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Nyeri :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Peradangan :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

#### - Hidung

- Alergi Rhinitus :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Riwayat Polip :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Sinusitis :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Epistaksis :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

#### - Tenggorokan dan mulut

- Keadaan gigi :  $Bersih$

- Caries :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Memakai gigi palsu :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Gangguan bicara :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Gangguan menelan :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

- Pembesaran kelenjar leher :  Ya, Jelaskan : .....  tidak

3. Sistem Kardiovaskuler

- Nyeri Dada :  Ya, Jelaskan : .....  tidak
- Inspeksi :
  - Kesadaran/ GCS : *compos mentis* .....
  - Bentuk dada :  abnormal, Jelaskan : .....  normal
  - Bibir :  sianosis  normal
  - Kuku :  sianosis  normal
  - Capillary Refill :  Abnormal  normal
  - Tangan :  Edema  normal
  - Kaki :  Edema  normal
  - Sendi :  Edema  normal
- Ictus cordis/Apical Pulse:  Teraba  tidak teraba
- Vena jugularis :  Teraba  tidak teraba
- Perkusi : pembesaran jantung : .....
- Auskultasi : BJ I :  Abnormal  normal  
BJ II :  Abnormal  normal
- Murmur : .....

4. Sistem Respirasi

- Keluhan : *Tidak ada* .....
- Inspeksi :
  - Jejas :  Ya, Jelaskan : .....  tidak
  - Bentuk Dada :  Abnormal, Jelaskan : .....  Normal
  - Jenis Pernapasan :  Abnormal, (Dispnea, Kussmaul, ..... )  tidak
  - Irama Napas :  teratur  tidak teratur
  - Retraksi otot pernapasan :  Ya  tidak
  - Penggunaan alat bantu pernapasan :  Ya, Jelaskan .....  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 : *Tidak ada* .....
- b. Inspeksi :
  - Turgor kulit :  Abnormal, Jelaskan : .....
  - Keadaan bibir :  lembab  kering
  - Keadaan rongga mulut

Warna Mukosa : Pucat.....

Luka/perdarahan :  Ya, Jelaskan .....  tidak

Tanda-tanda radang :  Ya, Jelaskan .....  tidak

Keadaan gusi :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

- Keadaan abdomen

Warna kulit : .....

Luka :  Ya, Jelaskan .....  tidak

Pembesaran :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

- Keadaan rektal

Luka :  Ya, Jelaskan .....  tidak

Perdarahan :  Ya, Jelaskan .....  tidak

Hemmoroid :  Ya, Jelaskan .....  tidak

Lecet/ tumor/ bengkak :  Ya, Jelaskan:.....  tidak

c. Auskultasi :

Bising usus/Peristaltik : 10<sup>+</sup>/m.....

d. Perkusi : Cairan :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

Udara :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

Massa :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

e. Palpasi:

Tonus otot:  Abnormal, Jelaskan .....  normal

Nyeri :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

Massa :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

6. Sistem Persyarafan

a. Keluhan : Tidak ada.....

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

c. Pupil :  Isokor  anisokor

d. Kejang :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

e. Jenis kelumpuhan :  Ya, Jelaskan .....  tidak

f. Parasthesia :  Ya, Jelaskan .....  tidak

g. Koordinasi gerak :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

h. Cranial Nerves :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

i. Reflexes :  Abnormal, Jelaskan .....  normal

7. Sistem Musculoskeletal

a. Keluhan : Tidak ada.....

b. Kelainan Ekstremitas :  ada, Jelaskan.....  tidak ada

c. Nyeri otot :  ada  tidak ada

d. Nyeri Sendi :  ada  tidak ada

e. Refleksi sendi :  abnormal, Jelaskan .....  normal

f. kekuatan otot :

g.  Atropi  hiperthropi  normal

4	4
4	4

8. Sistem Integumentari

- a. Rash :  ada, Jelaskan.....  tidak ada
- b. Lesi :  ada, Jelaskan.....  tidak ada
- c. Turgor : ..... Warna : .....
- d. Kelembaban :  Abnormal, Jelaskan .....  normal
- e. Petechie :  ada, Jelaskan.....  Tidak ada
- f. Lain lain:.....

9. Sistem Perkemihan

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

10. Sistem Endokrin

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Pembesaran Kelenjar :  ada, Jelaskan.....  tidak ada
- c. Lain - lain : .....

11. Sistem Reproduksi

- a. Keluhan : Tidak ada
- b. Wanita : Siklus menstruasi : .....  
• Keadaan payudara :  Abnormal, Jelaskan .....  normal  
• Riwayat Persalinan:.....  
• Abortus:.....  
• Pengeluaran pervagina:  Abnormal, Jelaskan .....  normal  
• Lain-lain:.....
- c. Pria : Pembesaran prostat :  ada  tidak ada
- d. Lain-lain:.....

12. Pola Kegiatan Sehari-hari (ADL)

A. Nutrisi

1. Kebiasaan : .....

- Pola makan : 3 x sehari
- Frekuensi makan : ~~2~~ banyak
- Nafsu makan : Baik
- Makanan pantangan : Tidak ada
- Makanan yang disukai : Semua
- Banyaknya minuman dalam sehari : .....
- Jenis minuman dan makanan yang tidak disukai : .....
- BB : ... kg TB : ... cm
- Kenaikan/Penurunan BB : ... kg, dalam waktu : .....

2. Perubahan selama sakit : .....

**B. Eliminasi**

1. Buang air kecil (BAK)

a. Kebiasaan

Frekuensi dalam sehari : 3-4 x sehari    Warna : kuning  
 Bau : Ya    Jumlah/hari : 5-6

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada

2. Buang air besar (BAB)

a. Kebiasaan : 1-2 x sehari    Frekuensi dalam sehari : 1-2 x sehari

Warna : .....    Bau : Ya  
 Konsistensi : .....

b. Perubahan selama sakit : Tidak ada

**C. Olah raga dan Aktivitas**

- Kegiatan olah raga yang disukai :  
 ..... Futsal .....

- Apakah olah raga dilaksanakan secara teratur :  
 Ya : 1-2 kali seminggu

**D. Istirahat dan tidur**

- Tidur malam jam : 21:00

Bangun jam : 05:00

- Tidur siang jam : 14:00

Bangun jam : 16:00

- Apakah mudah terbangun : Tidak

- Apa yang dapat menolong untuk tidur nyaman : Dengar musik

**Pola Interaksi Sosial**

1. Siapa orang yang penting/ terdekat : orang tua

2. Organisasi sosial yang diikuti : Tidak ada

3. Keadaan rumah dan lingkungan : .....

Status rumah : Milik pribadi

Cukup / tidak : cukup





2. Pemeriksaan-pemeriksaan khusus

Ultrasonographi :

Biopsy :

Colonoscopy :

Dll :

Penatalaksanaan/pengobatan  
(pembedahan, obat-obatan, dan lain-lain)

• Pembedahan

• Obat

- Ceftriaxon 1gr, 2x 24 jam, IV
- Ranitidin 50ml, 2x 24 jam, IV
- ketocorolax 80 ml, 2x 24 jam, IV

• Lain-lain



KEMENKES RI

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES KUPANG



Direktorat : Jln. El Tari II Liliba-Kupang, Telp (0380) 881880; 880880  
Fax (0380) 85534188; email: [poltekkeskupang@yahoo.com](mailto:poltekkeskupang@yahoo.com)

LEMBARAN KONSULTASI  
BIMBINGAN LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Arnoldus Nusren Tiko  
NIM : PO.530320116288  
Nama Pembimbing : Elisabeth Herwanti, SKp., M.Kes

Tanggal	Topik Bimbingan	Paraf Pembimbing
Minggu, 26 Mei 2019	1. Konsultasi judul studi kasus 2. Konsultasi studi kasus	
Senin, 27 Mei 2019	Ujian perawatan kasus di R. Kelimutu RSUD Prof Dr. W.Z. Johannes	
Rabu 28 Mei 2019	Konsultasi asuhan keperawatan dan BAB I	
Kamis 30 Mei 2019	Konsultasi BAB III	
Jumat 31 Mei 2019	Konsultasi perawatan kasus di R. Kelimutu RSUD Prof Dr. W.Z. Johannes	
Sabtu, 1 Juni 2019	Konsultasi BAB I, II, III dan IV (perhatikan aturan penulisan)	
Senin, 3 Juni 2019	Konsultasi Hasil revisi BAB III	
Minggu, 9 Juni 2019	Konsultasi Hasil Studi Kasus BAB I, II, III, IV, lembar pengesahan, lampiran dan Powerpoint (ACC untuk ujian sidang)	
Selasa, 11 Juni 2019	Revisi BAB IV (kesimpulan)	
Kamis 13 Juni 2019	Cover (ikuti penulisan pada kerangka acuan)	