



**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN CEDERA  
KEPALA SEDANG DI RUANG NEUROLOGI  
KAMAR 1102 LANTAI 11 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**TRISNIDA APRIYATI**

**2011076**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**





**Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. S DENGAN CEDERA  
KEPALA SEDANG DI RUANG NEUROLOGI  
KAMAR 1102 LANTAI 11 RSUD KOJA  
JAKARTA UTARA**

**TRISNIDA APRIYATI**

**2011076**

**PRODI DIPLOMA TIGA KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN RS HUSADA  
JAKARTA, 2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Laporan Tugas Akhir ini adalah hasil karya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Trisnida Apriyati

NIM 2011076

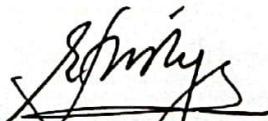
Tanda Tangan : 

Tanggal 2023

## LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan Cedera  
Kepala Sedang di Ruang Neurologi Kamar  
1102 Lantai 11 RSUD Koja  
Jakarta Utara

Pembimbing



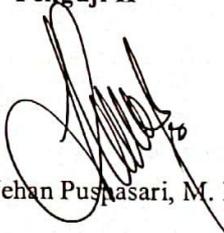
(Enni Juliani, M. Kep)

Penguji I



(Ns. Berdy Yesayas, M. Kep)

Penguji II



(Ns. Jehan Puspasari, M. Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



Ketua

## KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan Rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Penulisan tugas akhir ini dilakukan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan laporan Tugas Akhir ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, saya mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Ellynia., S.E., M.M selaku ketua STIKes RS Husada;
2. Ibu Enni Juliani, M. Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan Tugas Akhir ini;
3. Ns. Fendy Yesayas, M. Kep selaku dosen penguji I dan pembimbing yang telah membimbing penulis selama belajar di STIKes RS Husada dan memberikan kritik serta saran untuk kemajuan karya tulis ilmiah ini;
4. Ibu Ns. Jehan Puspasari, M. Kep selaku dosen penguji II yang telah memberikan kritik dan saran untuk kemajuan karya tulis ilmiah ini;
5. Seluruh staf dosen dan tenaga pendidikan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada yang telah membantu dalam kelancaran pembelajaran;
6. Pihak RSUD Koja yang telah banyak membantu dalam usaha memperoleh data yang saya perlukan;
7. Tn. S dan keluarga yang sudah bersedia meluangkan waktunya dan sudah memberikan data-data yang diperlukan oleh penulis;
8. Orang tua yang telah memberikan do'a yang tidak terhenti dan bantuan dukungan material dan moral, selalu memberikan motivasi, serta tak pernah lelah memberikan dukungan dan kasih sayang kepada penulis sehingga penulis mampu menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan;
9. Teman-teman seperjuangan Keperawatan Medikal Bedah 5 yang sudah berjuang bersama selama menyelesaikan Tugas Akhir ini

10. Seluruh teman-teman kelas 3B sudah menemani selama tiga tahun melewati suka duka bersama, memberikan motivasi satu sama lain, terima kasih telah memberikan suasana kelas yang menyenangkan dan penuh tawa
11. Teman-teman Angkatan 33 STIKes RS Husada yang telah berjuang bersama selama tiga tahun ini dan memberikan banyakan kenangan.
12. Teman-teman dekat saya Sekar, Evie, Indah, Chelin dan Sulis yang telah menemani dan membantu penulis melewati suka duka selama belajar STIKes RS Husada

Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga karya tulis ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Penulis

## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
DAFTAR ISI .....	v
DAFTAR LAMPIRAN .....	vi
<b>BAB I : PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Tujuan Penulisan .....	4
1. Tujuan Umum .....	4
2. Tujuan Khusus .....	4
C. Ruang Lingkup .....	5
D. Metode Penulisan .....	5
E. Sistematika Penulisan .....	6
<b>BAB II : TINJAUAN TEORI</b>	
A. Pengertian .....	7
B. Patofisiologi .....	8
C. Penatalaksanaan .....	12
1. Terapi .....	13
2. Tindakan Medis Yang Bertujuan Untuk Pengobatan .....	14
D. Pengkajian Keperawatan .....	14
E. Diagnosa Keperawatan .....	21
F. Perencanaan Keperawatan .....	21
G. Pelaksanaan Keperawatan .....	32
H. Evaluasi Keperawatan .....	33
<b>BAB III : TINJAUAN KASUS</b>	
A. Pengkajian .....	34
B. Diagnosa .....	52
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi .....	53
<b>BAB IV: PEMBAHASAN</b>	
A. Pengkajian .....	71
B. Diagnosa .....	73
C. Perencanaan .....	74
D. Pelaksanaan .....	75
E. Evaluasi .....	76
<b>BAB V : PENUTUP</b>	
A. Kesimpulan .....	90
B. Saran .....	92
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>91</b>



## **BAB I PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Cedera kepala merupakan istilah lain dari cedera otak traumatis yang merupakan cedera akut pada sistem saraf pusat, mukosa serebral, saraf kranial, termasuk patah tulang tengkorak, cedera primer atau cedera sekunder (Khairani, 2021). Cedera kepala biasanya terjadi akibat benturan secara langsung ataupun secara tidak langsung di daerah kepala ataupun batang leher (Fernandes et al., 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO), Sekitar 1,3 juta orang meninggal dalam kecelakaan lalu lintas setiap tahun. Lebih dari separuh kematian lalu lintas terjadi diantara pengguna jalan, meliputi: pejalan kaki, pengendara sepeda dan pengendara sepeda motor. Hampir dari 93% kematian di jalan terjadi di negara berpenghasilan rendah dan menengah, meskipun negara-negara ini memiliki sekitar 60% kendaraan dunia (WHO, 2022 ).

Sekitar 47.000 kematian akibat kecelakaan lalu lintas jalan raya diproyeksikan terjadi di Amerika Serikat pada tahun 2021, yang merupakan jumlah kematian terbesar yang tercatat di negara tersebut sejak tahun 2012 (Statista, 2023). Sementara itu 34.409 cedera terjadi karena transportasi sepeda motor, (40,9%) penyebab cedera paling tinggi ke dua adalah karena jatuh dan



(40,6%) cedera terjadi karena aktivitas dan bidang pekerjaan seperti buruh (sopir) (Risksdas, 2018). Proporsi cedera akibat kecelakaan lalu lintas di DKI Jakarta mencapai 22,2% diantaranya mengalami cedera pada bagian kepala, cedera pada dada, punggung, perut, ekstremita atas, serta ekstremitas bawah (Risksdas, 2018). Sehubungan dengan itu berdasarkan data statistik yang diperoleh dari data rekam medis RSUD Koja Jakarta Utara periode Januari 2022 sampai dengan Januari 2023 diketahui bahwa jumlah pasien rawat inap yang menderita cedera kepala sedang sebanyak 33 orang.

Menurut teori, pasien dengan cedera kepala sedang akan mengalami pembengkakan otak atau perdarahan di dalam tengkorak, peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi serebral (Savitri, 2021). Disamping itu menurut hasil penelitian (Utami et al., 2021), pasien dengan cedera kepala sedang juga dapat mengalami kehilangan kesadaran, kebingungan, kelemahan di bagian tubuh tertentu, mual, muntah, mengalami gangguan saraf seperti gangguan penglihatan dan pendengaran, tergantung letak luka atau pembengkakan yang terjadi di otak. Pasien juga dapat mengalami gangguan gerak saat mengalami hematoma akibat dari perdarahan atau pembengkakan pada tengkorak, yang akan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial.

Kemkes (2022) telah mengesahkan dan memberlakukan “pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana cedera otak traumatik” sebagai upaya untuk mengoptimalkan penanganan kasus cedera kepala. Selain itu Upaya untuk mengurangi terjadinya cedera kepala Strategi untuk mencegah cedera kepala yang disebabkan oleh jatuh meliputi peningkatan pencahayaan di dalam rumah, penggunaan pegangan tangga, dan penilaian keseimbangan

dan cara berjalan pada orang tua. Strategi untuk mencegah cedera kepala yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas dan tabrakan antara lain jalur sepeda yang terlindungi, helm untuk pengendara sepeda, pemakaian sabuk pengaman untuk penumpang mobil, dan penggunaan telepon bebas genggam untuk mengurangi gangguan saat mengemudi. Dalam olahraga dan rekreasi, risiko cedera kepala dapat dikurangi jika peserta menggunakan alat pelindung yang sesuai, terutama helm, dan permainan kompetitif yang aman diberlakukan. Selain itu, peserta yang mengalami benturan di kepala harus dievaluasi tanda-tanda gegar otaknya sebelum kembali bermain (Maas et al., 2017).

Peran perawat dalam mencegah komplikasi pada pasien dengan cedera kepala sedang sangat diperlukan dalam manajemen kasus seperti usaha promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Usaha promotif dan preventif yang dapat dilakukan oleh perawat adalah memberikan penjelasan tentang perawatan yang dapat dilakukan oleh keluarga di rumah pada pasien dengan cedera kepala seperti, menjaga jalan nafas tetap efisien, memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan, dan juga mencegah terjadinya komplikasi pada luka pasien dengan melakukan pengobatan aseptik. Selanjutnya untuk usaha kuratif yang dapat dilakukan oleh perawat adalah berkolaborasi dengan dokter, atau tenaga medis lain dalam terapi, kemudian selama masa rehabilitasi, perawat dapat memberikan pengetahuan dan keterampilan untuk pemulihan (Savitri, 2021).

Berdasarkan uraian diatas, penulis tertarik untuk mengambil kasus cedera kepala sedang sebagai karya tulis ilmiah, dan juga tertarik untuk membahas bagaimana cara memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala sedang menggunakan asuhan keperawatan.

## B. Tujuan

Tujuan dari penulisan karya tulis ini adalah sebagai berikut:

### 1. Tujuan Umum

Diperolehnya pengalaman nyata dalam memberikan asuhan keperawatan dengan masalah kesehatan cedera kepala sedang sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan pengalaman dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

### 2. Tujuan khusus

- a. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan cedera kepala sedang
- b. Mahasiswa mampu merumuskan masalah keperawatan dengan pasien dengan cedera kepala sedang.
- c. Mahasiswa mampu merumuskan rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala sedang.
- d. Mahasiswa mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan pada pasien dengan cedera kepala sedang.
- e. Mahasiswa mampu melaksanakan evaluasi pada pasien dengan cedera kepala sedang.
- f. Mahasiswa mampu mengidentifikasi masalah kesenjangan yang terdapat antara teori dan praktik.
- g. Mahasiswa mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, serta mencari solusi atau alternatif pemecahan masalah.
- h. Mahasiswa mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala sedang

### **C. Ruang Lingkup**

Penulisan karya ilmiah ini penulis memfokuskan pembahasan dan pemberian asuhan keperawatan kepada Tn. S dengan cedera kepala sedang di kamar 1102 ruang neurologi lantai 11 gedung D RSUD Koja Jakarta Utara, dari tanggal 17 Maret – 20 Maret tahun 2023. Asuhan keperawatan ini dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan meliputi tahapan pengkajian, perumusan masalah, perencanaan, implementasi, sampai dengan intervensi.

### **D. Metode Penulisan**

Metode penelitian yang digunakan penulis dalam karya tulis ilmiah ini adalah metode deskriptif, metode kepustakaan dengan membaca dan mempelajari buku sumber yang berhubungan terkait masalah asuhan keperawatan, penulis mengambil kasus mengenai penyakit cedera kepala sedang. Adapun teknik dokumentasi yang digunakan antara lain wawancara melalui tanya jawab dengan pasien, keluarga, dan perawat tentang penyakit yang dideritanya. Penulis juga menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi.

### **E. Sistematika Penulisan**

Penulisan karya ilmiah disusun secara sistematika terdiri dari 5 yaitu: Bab I berisi pendahuluan yang menguraikan latar belakang masalah, tujuan, lingkup ruangan, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Bab II, tinjauan teori berisi konsep masalah kesehatan yang meliputi definisi, patofisiologi

(terdiri dari etiologi, proses terjadinya penyakit, sampai timbul gejala dan komplikasi), penatalaksanaan medis. Konsep proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Bab III tinjauan kasus terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi. Bab IV yaitu pembahasan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Bab V yaitu penutup terdiri dari kesimpulan dan saran



## BAB II

### TINJAUAN TEORI

#### A. Pengertian

Menurut Black (2014) cedera otak traumatik adalah cedera otak yang mampu menimbulkan perubahan fisik, emosi, intelektual, sosial dan vokasional. Sementara menurut Brunner & Suddarth (2017) Cedera kepala meliputi luka kepala, tengkorak, dan otak.

Menurut Tsao (2013) cedera kepala adalah benturan pada kepala akibat kekuatan di luar tubuh. Dalam buku lain disebutkan *Traumatic Brain Injury* biasanya didefinisikan sebagai cedera pada otak yang diakibatkan oleh kekuatan eksternal, yang menyebabkan fungsi atau disfungsi neurologis permanen (Los, 2011). Sehubungan dengan itu menurut Yogarajah (2015) cedera kepala adalah suatu trauma yang mengenai kulit kepala, tulang tengkorak atau otak yang terjadi akibat cedera baik secara langsung maupun tidak langsung, dengan disertai atau tanpa disertai pendarahan yang mengakibatkan gangguan fungsi otak.

Sebagai kesimpulan, cedera kepala atau yang biasa disebut dengan *Traumatic Brain Injury* adalah cedera yang terjadi di kulit kepala, tengkorak kepala maupun jaringan lain, selain itu cedera kepala merupakan cedera yang tidak bersifat bawaan tetapi merupakan cedera yang terjadi karena adanya



serangan dari luar, baik secara langsung ataupun dengan perantara, oleh sebab itu cedera kepala merupakan penyebab utama kematian dan kecatatan di dunia.

## **B. Patofisiologi**

### **1. Etiologi**

Menurut buku ajar neurologi, terdapat enam penyebab cedera kepala antara lain: Kecelakaan atau jatuh dari kendaraan bermotor, sepeda, atau mobil, kecelakaan pada saat berolahraga (*ekstrim*), cedera akibat kekerasan, cedera akibat pukulan benda tumpul yang dapat menyebabkan terjadinya robekan pada otak, kerusakan berat pada kepala yang bersifat menyebar, cedera akibat benda tajam, kerusakan yang terjadi sampai merobek otak seperti: tertembak peluru (Rianawati et al.,2017), tambahan lagi kecenderungan meningkatnya cedera kepala dipengaruhi oleh beberapa faktor, seperti perubahan populasi di wilayah tersebut, pembangunan, sarana transportasi, budaya masyarakat dan perkembangan teknologi yang mempengaruhi gaya hidup masyarakat (Ichwanuddin, 2022).

### **2. Proses**

Yogarajah (2015) menyebutkan dalam bukunya, berdasarkan saat kejadiannya cedera kepala terdiri dari cedera kepala primer dan cedera kepala sekunder. Cedera kepala primer yaitu kerusakan jaringan otak langsung akibat trauma, sedangkan cedera kepala sekunder akibat perluasan kerusakan jaringan otak melalui proses patologis yang berkelanjutan.

Cedera kepala primer adalah akibat cedera langsung dari kekuatan mekanik (akselerasi rotasi, kompresio, dan peregangan akibat akselerasi

atau deselerasi) yang merusak jaringan otak saat trauma terjadi (hancur, robek, memar dan perdarahan). Tekanan dapat memberi efek pada neuron, glia dan pembuluh darah, yang akan mengakibatkan kerusakan lokal, multifokal ataupun difus. Cedera parenkim dapat berupa kontusio, laserasi atau *diffuse axonal injury* (DAI), sedangkan cedera pembuluh darah dapat berupa perdarahan epidural, subdural, subarachnoid dan intraserebral. Cedera difus dapat berupa kontusio serebri, perdarahan subaraknoid traumatik dan DAI.

Cedera kepala sekunder adalah rangkaian proses kerusakan sel yang terjadi setelah cedera kepala primer, meliputi kerusakan lanjut sel-sel saraf di otak dan akibat sekunder yang ditimbulkan oleh faktor ekstraserebral, misalnya hipotensi dan hipoksemia. Proses utama yang terjadi antara lain (a) iskemia, eksitotoksisitas, kaskade kematian sel; (b) pembengkakan otak; (c) kerusakan aksonal; (d) inflamasi dan regenerasi.

### **3. Manifestasi klinis**

Menurut Brunner & Suddarth (2017), gejala yang akan timbul bergantung pada tingkat keparahan dan lokasi terjadinya trauma, beberapa gejala yang timbul adalah: nyeri menetap dan terlokalisasi, biasanya mengindikasikan adanya fraktur. Fraktur pada kubah tengkorak bisa menyebabkan pembengkakan didaerah tersebut, tetapi bisa juga tidak. Fraktur pada dasar tengkorak yang sering kali menyebabkan perdarahan dari hidung, faring, dan telinga dan darah mungkin terlihat di bawah konjungtiva. Ekimosis terlihat di atas tulang mastoid (tanda Battle).

Pengeluaran cairan serebrospinal dari telinga dan hidung menunjukkan terjadinya fraktur dasar tengkorak.

Pengeluaran cairan serebrospinal dapat menyebabkan infeksi serius seperti meningitis yang masuk melalui robekan di dura mater. Cairan spinal yang mengandung darah menunjukkan laserasi otak atau memar otak. Cedera otak juga memiliki bermacam gejala, termasuk perubahan tingkat kesadaran, perubahan ukuran pupil, perubahan atau hilangnya refleks muntah atau refleks kornea, defisit neurologis, perubahan tanda vital seperti perubahan pola napas, hipertensi, bradikardia, hipertermia atau hipotermia, serta gangguan sensorik, penglihatan, dan pendengaran.

Menurut (Kumoro et al., 2019) berdasarkan klasifikasinya cedera kepala berbeda-beda mulai dari kondisi klinis dan tingkat kesadaran setelah cedera kepala dinilai menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS), merupakan skala universal untuk mengelompokkan cedera kepala dan faktor patologis yang menyebabkan penurunan kesadaran. Berdasarkan nilai GCS, maka penderita cedera kepala dengan nilai GCS <9 dikategorikan cedera kepala berat, GCS 9- 13 cedera kepala sedang, dan penderita dengan nilai GCS 14 - 15 sebagai cedera kepala ringan.

#### **4. Komplikasi**

Pasien dengan cedera otak traumatis dapat mengalami beberapa komplikasi pernapasan selama fase akut dan subakut. Komplikasi ini dapat menjadi kronis, tergantung pada tingkat cedera (Anghinah et al., 2018), komplikasi terburuk yang dapat terjadi adalah edema pulmonal dapat

disebabkan oleh gangguan neurologis atau gangguan pernafasan orang dewasa, edema paru muncul sebagai akibat dari refleks tindakan bantalan atau perlindungan untuk mempertahankan tekanan aliran dalam operasi terus menerus.

Dengan adanya tekanan intrakranial, membuat tekanan darah ditambahkan secara sistematis untuk menjaga aliran tetap berjalan darah ke otak, saat situasi kritis, denyut nadi turun bradikardia dan bahkan laju pernapasan yang lambat, tekanan darah meningkat berpotensi memperburuk keadaan, pertahankan tekanan perfusi setidaknya 70 mmHg membutuhkan tekanan sistolik 100-110 mmHg pada pasien sakit kepala. Peningkatan vasokonstriksi (mekanisme normal pembuluh darah) tubuh biasanya menyebabkan lebih banyak darah mengalir ke paru-paru, perubahan permeabilitas pembuluh darah, dan paru berperan dalam mengangkut cairan ke alveoli. Difusi oksigen menyebabkan karbon dioksida meninggalkan darah mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial (Dacosta, 2018), sehubungan dengan itu pasien dengan cedera kepala juga dapat mengalami peningkatan tekanan intrakranial dan penurunan tekanan perfusi serebral (Savitri, 2021).

Selanjutnya komplikasi yang dapat terjadi adalah kebocoran cairan serebrospinal, terjadinya fraktur di daerah sinus frontal fraktur dasar bagian petrosus tulang temporal akan membuka meninges sehingga memungkinkan cairan serebrospinal keluar. Area drainase tidak boleh dibersihkan, disiram, atau disedot, cukup diberi bantalan steril di bawah hidung atau telinga. Edukasi pasien untuk Jangan menyentuh hidung dan

telinga. Selanjutnya pasien juga dapat mengalami kejang pasca trauma, setelah keadaan traumatis yang dialami pasien kejang merupakan komplikasi utama. Angka kejadiannya mencapai 10%, terjadi pada 4-25% tahap awal cedera (dalam 7 hari setelah cedera) dan 9-42% tahap akhir (7 hari setelah trauma).

Faktor risiko menembus trauma, hematoma (subdural, epidural, parenkim), depresi fraktur tengkorak, gegar otak, *glasgow coma scale* (GCS) <10 (Dacosta, 2018), selain itu kerusakan otak karena cedera kepala menyebabkan hilang atau berubahnya kesadaran, amnesia progresif dan regresif, hidrosefalus serta efek fisik seperti demam dan menggigil, spastisitas, nyeri kepala, gangguan kognitif (Fernandes et al., 2018), selain itu pasien dengan cedera kepala juga dapat mengalami agitasi ( rasa cemas, gelisah ataupun kesal ) gangguan tidur, vertigo atau dizziness, mual, mudah lelah, sensitif terhadap suara dan cahaya (Dacosta, 2018). Tambahan lagi seseorang yang mengalami cedera kepala dapat mengancam nyawa, dari mulai cedera hingga dapat mengakibatkan kematian. Cedera kepala dapat memiliki efek fisik, fisiologis, kognitif, emosional, dan sosial, yang menyebabkan kerusakan otak dan perdarahan intrakranial, termasuk perdarahan epidural, subdural, subarachnoid, intraserebral, dan intraventrikular (Utami et al., 2021).

### **C. Penatalaksanaan**

Menurut Dacosta (2018), Tsao (2013), Lemone (2016), Harding (2023) dan Utami et al (2021). Penatalaksanaan cedera kepala meliputi:

## 1. Terapi

Memberikan terapi dexamethasone/calmethasone untuk mengobati edema otak, dosis sesuai dengan tingkat keparahan trauma, memberikan analgesik seperti ketorolac, memberikan pengobatan anti edema dengan larutan hipertonik yaitu: manitol 20% 40% glukosa atau gliserin, memberikan Infus makanan atau cairan 5% dextrose, aminousin, aminofel (18 jam kecelakaan pertama) 2-3 hari kemudian makanan lunak. Selanjutnya pasien dapat diberikan pengobatan antipiretik untuk demam, terapi antikonvulsan bila klien mengalami kejang, pengobatan dengan diazepam 5-10mg atau CPZ jika klien cemas, memantau manajemen oksigen dan jalan nafas, memantau manajemen hemodinamik memantau manajemen peningkatan tekanan intracranial.

## 2. Tindakan Medis

Kumoro et al (2019) mengatakan bahwa studi pendukung untuk pasien cedera kepala termasuk penilaian Skor *CT* Marshall, salah satu sistem penilaian gegar otak yang paling umum digunakan. Sistem penilaian ini terdiri dari enam kategori penilaian: lesi difus I, lesi difus II, lesi difus III, lesi IV difus, lesi massa yang dievakuasi (V), dan lesi massa yang tidak dievakuasi (VI). Berdasarkan penelitian Mbemba<sup>34</sup>, terdapat hubungan yang kuat antara skor *CT* Marshall dengan kematian dini. Ini karena sistem penilaian Marshall mengevaluasi apakah bintang basal terlihat atau tidak, adanya pergeseran garis tengah, dan juga massa hemoragik pada *CT*-Scan

pasien. Pada penelitian ini, sulit untuk mendapatkan data pasien cedera kepala difus I karena sebagian besar pasien cedera kepala sedang hingga berat memiliki kualitas citra *CT* kepala yang rendah. Selain *CT-Scan* pasien juga dapat diberikan sinar X-ray, angiografi serebral, rontgen yang digunakan untuk mendeteksi perubahan struktur tulang (patah tulang), perubahan struktur garis (perdarahan/pembengkakan), fragmen tulang, analisis gas darah mendeteksi masalah pernapasan atau masalah pernapasan (oksigenasi) saat peningkatan tekanan intrakranial. Pemeriksaan elektrolit untuk memperbaiki ketidakseimbangan elektrolit sebagai hasilnya tekanan intrakranial dan pemasangan *External Ventricular Drain* (EVD) Jika ada ada kekhawatiran untuk meningkatkan atau hidrosefalus yang relevan secara klinis pada pencitraan, EVD harus harus dipertimbangkan sebagai pilihan bedah awal untuk mengobati peningkatan tekanan intracranial.

#### **D. Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. Pengkajian yang lengkap dan sistematis sesuai dengan fakta atau keadaan pasien sangat penting dalam pembuatan diagnosis keperawatan dan pengorganisasian pekerjaan keperawatan menurut reaksi individu (Kartikasari et al., 2020). Menurut Mahardika (2018 ) dan Amirah (2021 ) pengkajian pada pasien dengan cedera kepala sedang meliputi:

##### **1. Identitas pasien**

Berisi informasi biodata pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin dan tanggal lokasi kelahiran, golongan darah, pendidikan terakhir, agama, suku, status perkawinan, pekerjaan, TB/BB, alamat.

## 2. Riwayat kesehatan

Waktu kejadian, penyebab trauma, tempat saat kejadian, kondisi sadar pada saat kejadian, pertolongan segera diberikan setelahnya insiden, riwayat ketidaksadaran, amnesia, riwayat medis sebelumnya dan riwayat medis keluarga.

## 3. Pengkajian fisik

### a. Tingkat kesadaran

#### 1) Kuantitatif dengan penilaian glasgow coma scale

Respon verbal: jika pasien membuka mata secara spontan maka mendapatkan nilai 4, apabila pasien membuka mata dengan perintah maka mendapatkan nilai 3, namun jika pasien harus diberi rangsangan nyeri maka mendapatkan nilai 2, terakhir pasien mendapatka nilai 1 jika tidak membuka mata sama sekali.

#### 2) Tingkat kesadaran kualitatif

Compos Mentis (sadar), yaitu, kesadaran normal, sadar lengkap, dapat menjawab semua pertanyaan tentang negara lingkungan, nilai GCS:15-14, selanjutnya ada apatis, yaitu keadaan kesadaran yang tidak mau mengadakan kontak terhadap lingkungan sikap acuh tak acuh, nilai GCS:13-12 sementara itu delirium, adalah kegelisahan, kebingungan (orang, tempat, waktu), memberontak, berteriak,

berhalusinasi, terkadang delusi, Nilai GCS:11 sampai 10, somnolen (Obtundasi, Letargi), yaitu gangguan kesadaran dan reaksi psikomotor lambat, mudah tertidur, tetapi kesadaran bisa pulih dari rangsangan (bangun dengan mudah) tetapi tertidur mampu memberikan respon verbal kembali dan skor dengan: GCS 9 sampai 7, stupor (soporocoma), yaitu keadaan seperti tidur lelap, tetapi tidak ada reaksi nyeri, nilai GCS:6 sampai 4, terakhir koma tidak bisa dibangunkan, tidak ada reaksi terhadap rangsangan apapun (tidak ada reaksi kornea atau dalam refleks muntah, mungkin juga tidak ada reaksi pupil ringan), nilai GCS: $\leq 3$

b. Fungsi motorik

Setiap ekstremitas diperiksa dan diberi skor sesuai dengan skala berikut digunakan secara internasional: kekuatan otot normal nilainya 5, kelemahan sedang, mampu mengangkat tetapi dapat menentang gravitasi tidak dapat menahan perlawanan, tidak dapat bergerak dikoordinasi mendapatkan nilai 4, kelemahan berat, terangkat kurang dari 45 derajat, dan tidak bisa melawan gravitasi bernilai 3, dapat digerakan dan terangkat sedikit mendapat nilai 2, tidak dapat di gerakan namun memiliki tonus otot nilainya 1, tidak dapat digerakan sama sekali nilainya 0. Biasanya, pasien dengan cedera kepala memiliki kekuatan otot bervariasi dari 0 sampai 4 tergantung pada tingkat keparahan cedera kepala dialami oleh pasien.

c. Pemeriksaan refleks fisiologis

1) Reflek bisep

Metode: Pemeriksaan dilakukan dengan pasien duduk dengan lengan bertumpu dipangkuan pasien atau sedikit lebih besar dari sudut  $90^\circ$  pada siku. Dalam hal ini, pasien diminta menekuk sikunya selama pemeriksaan dan palpasi pemeriksa. Fossa antecubital, tendon terlihat dan terasa seperti tali tebal, jari pemeriksa mengetuk tendon biceps brachii, posisi lengan setengah ditekan pada sendi siku, fleksi lengan normal pada sendi siku.

## 2) Refleks trisep

Metode: Pemeriksaan dilakukan dengan posisi pasien duduk, lengan ditarik perlahan menjauhi tubuh pasien sehingga membentuk sudut siku-siku pada bahu, atau lengan harus digantung lurus pada siku, dengan ketukan pada tendon otot trisep lengan ditekuk pada sendi siku dan sedikit ditekuk, biasanya merupakan perpanjangan lengan bawah pada sendi siku.

## 3) Refleks patela

Metode: Pemeriksaan dilakukan dalam posisi duduk berbaring telentang, tendon patela diketuk, jawab: plantar fleksi kaki karena kontraksi paha depan.

## 4) Refleks Achilles

Metode: Pemeriksaan dilakukan dengan pasien duduk kaki tergantung di tepi meja ujian atau berbaring telentang, satu kaki menyilang di atas kaki lainnya atau letakan kaki dalam posisi seperti katak untuk mengidentifikasi tendon minta pasien untuk melakukan fleksi plantar dengan mengetuk tendon dengan palu

achilles menjawab: fleksi telapak kaki dengan kontraksi m. Gastrocnemius.

d. Refleks patologis

Setelah deteksi, kelumpuhan anggota badan terjadi pada kasus-kasus tertentu.

1) Refleks babinski

Pasien terlentang, kedua tungkai lurus, tangan kiri pemeriksa memegang pergelangan kaki pasien untuk menahan kaki pada tempatnya, telapak kaki terbuka kesamping dari belakang ke depan, Jawab:positif jika ada dorsofleksi jari kaki dan perkembangan jari kaki lainnya.

2) Refleks Chaddock

Menggaruk kulit pada dorsum pedis secara lateral pergelangan kaki luar dari belakang ke depan, pastikan ada dorsofleksi falang dengan kipas jari kaki lainnya.

3) Refleks Oppenheim

Urutan cepat puncak tibialis anterior dari proksimal distal, amati dorsofleksi falang kaki dengan jari kaki lainnya melebar.

4) Refleks Gordon

Lihat bagaimana otot gastrocnemius (otot betis) diperas. ada atau tidak adanya dorsofleksi keluarga jari, inklusif mengipasi jari kaki lainnya.

5) Refleks Tromen Hofmen

Saat memasang klip ke kuku, perhatikan jari lain biasanya jari lainnya tidak bergerak

#### 4. Aspek neurologis

- a. Kaji GCS (cedera kepala ringan 14-15, cedera kepala sedang 9-13, cedera kepala berat 3-8).
- b. Kaji disorientasi tempat/waktu
- c. Kaji reflek patologis dan fisiologis
- d. Kaji perubahan status mental
- e. Kaji nervus Cranial XII (sensasi, pola bicara abnormal)
- f. Kaji perubahan pupil/penglihatan kabur, diplopia, fotophobia kehilangan sebagian lapang pandang
- g. Kaji perubahan tanda-tanda vital
- h. Kaji gangguan pengecap dan penciuman, serta pendengaran
- i. Kaji tanda-tanda peningkatan TIK

Tanda-tanda peningkatan TIK meliputi: penurunan kesadaran, gelisah letargi, sakit kepala, muntah proyektil, pupil edema, pelambatan nadi, pelebaran tekanan nadi, peningkatan tekanan darah systole.

#### 5. Aspek kardiovaskular

- a. Perubahan tekanan darah ( meningkat atau menurun )
- b. Denyut nadi (bradikardi, takikardi, irama tidak teratur )
- c. Peningkatan Tekanan intracranial

#### 6. Sistem pernafasan

Perubahan pola nafas, irama, kedalaman dan frekuensi, bunyi nafas ronki.

#### 7. Pengkajian pola aktivitas sehari-hari

a. Pola makan / cairan

Gejala : mual, muntah, dan mengalami perubahan selera

Tanda : kemungkinan muntah proyektil, gangguan menelan (batuk, air liur keluar, disfagia)

b. Aktivitas / istirahat

Gejala : merasa lemah, letih, kaku, kehilangan keseimbangan

Tanda : perubahan kesadaran, letargi, hemiparesis, kuadriplegia, ataksia, cara berjalan tak tegap, masalah keseimbangan, kehilangan tonus otot.

c. Integritas ego

Gejala : perubahan tingkah laku kepribadian ( terang atau dramatis )

Tanda : cemas mudah tersinggung , delirium, agitasi, bingung, depresi dan impulsif

d. Eliminasi

Gejala : inkontinensia kandung kemih / usus atau mengalami gangguan fungsi

e. Nyeri/kenyamanan

Gejala : Sakit kepala dengan intensitas dan lokasi berbeda dan gelisah

8. Nervus cranial

a. Nervus I : penurunan daya penciuman

b. Nervus II : pada trauma frontalis terjadi penurunan penglihatan

c. Nervus III, IV, VI : penurunan lapang pandang, reflek cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor

- d. Nervus V : gangguan mengunyah
- e. Nervus II, XII : lemahnya penutupan kelopak mata, hilangnya rasa pada 2/3 anterior lidah
- f. Nervus VIII : penurunan pendengaran dan keseimbangan tubuh
- g. Nervus IX, X, XI

### **E. Diagnosa keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah pengkajian klinis terhadap respons klien masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialami dan nyata serta berkelanjutan. Tujuan diagnosa keperawatan ini adalah untuk mengidentifikasi respon individu klien, keluarga dan masyarakat tentang situasi yang berhubungan dengan kesehatan. Jawaban Ini adalah respon terhadap masalah kesehatan klien dan proses kehidupan (Sabrina, 2018). Menurut Mahardika (2018) diagnosa yang terjadi pada pasien dengan cedera kepala adalah :

1. Risiko perfusi serebral tidak efektif
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif
3. Nyeri akut
4. Risiko defisit nutrisi
5. Resiko penurunan curah jantung
6. Defisit perawatan diri
7. Resiko infeksi
8. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial

### **F. Perencanaan keperawatan**

Perencanaan merupakan bagian dari langkah-langkah kerja keperawatan yang dapat menjadi pedoman bagi pengasuh dalam melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien. Perawat akan membuat rencana perawatan berdasarkan formula tersebut diagnosis keperawatan yang berfungsi sebagai panduan untuk penetapan tujuan dan langkah-langkah terapi untuk pencegahan, pengurangan dan eliminasi masalah kesehatan klien (Ernawati, 2019). Menurut (Mahardika, 2021), serta (PPNI, 2017), (PPNI, 2019) perencanaan keperawatan untuk pasien cedera kepala adalah :

### **1. Risiko perfusi serebral tidak efektif**

**Definisi :** Risiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak

**Tujuan:** Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi serebral meningkat, kriteria hasil: Tingkat kesadaran cukup meningkat, tekanan intrakranial cukup menurun, tekanan darah sistolik dan diastolic cukup membaik, tekanan nadi cukup membaik.

**Intervensi :**

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- c. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP)
- d. Monitor CVP (central venous pressure)
- e. Monitor PAWP, jika perlu

- f. Monitor PAP, jika perlu
- g. Monitor ICP (intra cranial pressure)
- h. Monitor gelombang ICP
- i. Monitor status pernapasan
- j. Monitor intake dan output cairan
- k. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)
- l. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- m. Berikan posisi semi fowler
- n. Hindari manuver valsava
- o. Cegah terjadinya kejang
- p. Hindari penggunaan PEEP
- q. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- r. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal
- s. Pertahankan suhu tubuh normal
- t. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- u. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- v. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

## **2. Bersihan jalan nafas tidak efektif**

**Defisini** : ketidak mampuan membersihkan sekret atau obstruksi jalan napas untuk mempertahankan jalan nafas tetap paten

**Tujuan** : Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka bersihan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil : produksi sputum menurun, wheezing menurun, Gelisah menurun

**Intervensi :**

- a. Identifikasi kemampuan batuk
- b. Monitor adanya retensi sputum
- c. Monitor tanda dan gejala infeksi saluran napas
- d. Monitor input dan output cairan (misal: jumlah dan karakteristik)
- e. Atur posisi semi-fowler dan fowler
- f. Pasang pernak dan bengkok di pangkuan pasien
- g. Buang sekret pada tempat sputum
- h. Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
- i. Anjurkan Tarik napas dalam melalui hidung selama 4 detik, ditahan selama 2 detik, kemudian keluarkan dari mulut dengan bibir mencucu (dibulatkan) selama 8 detik
- j. Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali
- k. Anjurkan batuk dengan kuat setelah Tarik napas dalam yang ke-3
- l. Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspektoran, jika perlu.

**3. Nyeri akut**

**Definisi :** nyeri akut merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

**Tujuan :** Setelah tindakan keperawatan, diharapkan pasien mampu menangani masalah nyeri dengan kriteria hasil : Rasa nyeri berkurang, tidak

kesulitan tidur, gelisah berkurang, frekuensi nadi membaik, pola nafas normal

**Intervensi :**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- f. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetik
- j. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- k. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- l. Fasilitasi istirahat dan tidur
- m. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri
- n. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri

- o. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- p. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- q. Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat
- r. Ajarkan Teknik farmakologis untuk mengurangi nyeri
- s. Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

#### 4. Risiko defisit nutrisi

**Definisi :** Risiko defisit nutrisi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : Porsi makanan yang dihabiskan, frekuensi makan cukup membaik, membran mukosa cukup membaik

**Intervensi :**

- a. Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori
- b. Timbang berat badan secara rutin
- c. Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik (termasuk olahraga) yang sesuai
- d. Lakukan kontrak perilaku (mis: target berat badan, tanggungjawab perilaku)
- e. Dampingi ke kamar mandi untuk pengamatan perilaku memuntahkan Kembali makanan

- f. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku
- g. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak
- h. Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis: medis, konseling)
- i. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)
- j. Ajarkan pengaturan diet yang tepat
- k. Ajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan
- l. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan

## **5. Resiko penurunan curah jantung**

**Definisi :** sebagai risiko mengalami pemompaan jantung yang tidak adekuat untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan tidak terjadi penurunan curah jantung dengan kriteria hasil : Kekuatan nadi perifer meningkat, edema menurun, dyspnea menurun, suara jantung s3 menurun, suara jantung s4 menurun, Tekanan darah membaik

### **Intervensi :**

- a. Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi: dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, PND, peningkatan CVP).

- b. Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi: peningkatan berat badan, hepatomegaly, distensi vena jugularis, palpitasi, ronkhi basah, oliguria, batuk, kulit pucat)
- c. Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)
- d. Monitor intake dan output cairan
- e. Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama
- f. Monitor saturasi oksigen
- g. Monitor keluhan nyeri dada (mis: intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri)
- h. Monitor EKG 12 sadapan
- i. Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)
- j. Monitor nilai laboratorium jantung (mis: elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)
- k. Monitor fungsi alat pacu jantung
- l. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah aktivitas
- m. Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis: beta blocker, ACE Inhibitor, calcium channel blocker, digoksin)
- n. Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman
- o. Berikan diet jantung yang sesuai (mis: batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)
- p. Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermitten, sesuai indikasi
- q. Fasilitasi pasien dan keluarga untuk modifikasi gaya hidup sehat
- r. Berikan terapi relaksasi untuk mengurangi stress, jika perlu

- s. Berikan dukungan emosional dan spiritual
- t. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen > 94%
- u. Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi
- v. Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap
- w. Anjurkan berhenti merokok
- x. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian
- y. Ajarkan pasien dan keluarga mengukur intake dan output cairan harian
- z. Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu

## 6. Defisit perawatan diri

**Definisi :** suatu kondisi pada seseorang yang mengalami kelemahan kemampuan dalam melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, berhias, makan dan BAK/BAB

**Tujuan :** Setelah dilakukan intervensi keperawatan maka defisit perawatan diri membaik dengan kriteria hasil : kemampuan mandi meningkat, kemampuan mengenakan pakaian meningkat, kemampuan makan meningkat, kemampuan toilet (BAB/BAK) meningkat.

### **Intervensi :**

- a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b. Monitor tingkat kemandirian
- c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan
- d. Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)

- e. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)
- f. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- g. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan
- h. Fasilitasi kemandirian, bantu melakukan perawatan diri
- i. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
- j. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

## 7. Resiko infeksi

**Definisi :** keadaan dimana seorang individu berisiko terserang oleh agen patogenik dan oportunistik (virus, jamur, bakteri, protozoa, atau parasit lain) dari sumber-sumber eksternal, sumber-sumber eksogen dan endogen

**Tujuan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan tidak terjadi infeksi

**Kriteria hasil :** Integritas kulit cukup meningkat, Integritas mukosa cukup meningkat, Infeksi tidak berulang, Suhu tubuh cukup membaik

**Intervensi :**

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
- b. Batasi jumlah pengunjung
- c. Berikan perawatan kulit pada area edema
- d. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- e. Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- f. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- g. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- h. Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi

- i. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- j. Anjurkan meningkatkan asupan cairan
- k. Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu

#### **8. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial**

**Definisi :** gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial.

**Tujuan :** Setelah dilakukan tindakan keperawatan kapasitas intracranial membaik dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, tekanan darah membaik

**Intervensi :**

- a. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (misalnya: lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)
- b. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (misalnya: tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- c. Monitor MAP (mean arterial pressure) (LIHAT: Kalkulator MAP)
- d. Monitor CVP (central venous pressure)
- e. Monitor PAWP, jika perlu
- f. Monitor PAP, jika perlu
- g. Monitor ICP (intra cranial pressure)
- h. Monitor gelombang ICP
- i. Monitor status pernapasan

- j. Monitor intake dan output cairan
- k. Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi)
- l. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- m. Berikan posisi semi fowler
- n. Hindari manuver valsava
- o. Cegah terjadinya kejang
- p. Hindari penggunaan PEEP
- q. Hindari pemberian cairan IV hipotonik
- r. Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal
- s. Pertahankan suhu tubuh normal
- t. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu
- u. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu
- v. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu

## **G. Implementasi**

Menurut Muhith (2018), implementasi adalah tindakan dimasukkan dalam rencana perawatan. Langkah-langkah perawatan termasuk tindakan mandiri (independen) dan tindakan bersama. Tindakan mandiri adalah aktivitas keperawatan yang dilakukan berdasarkan pengambilan keputusan diri sendiri atau inisiatif perawat dan bukan atas dasar instruksi atau perintah dari petugas kesehatan lain.

Sedangkan menurut (Rachman, 2018) Implementasi adalah kegiatan yang dilakukan dengan segera kepada pasien, perawat harus berinteraksi dengan langsung dengan pasien, pasien terlibat secara aktif dalam penerapan

implementasi ini. Contoh: seorang perawat memasukkan infus, memasukkan kateter, pemberian obat-obatan, dll. Walaupun pengobatan tidak langsung adalah suatu kegiatan diberikan tanpa partisipasi aktif dari klien, misalnya dengan batas waktu kunjungan, menciptakan lingkungan yang menguntungkan, bekerja sama dengan tim kesehatan.

## **H. Evaluasi**

Menurut Muhith (2018), untuk menilai perkembangan kesehatan pasien perawat bisa melihatnya dihasil. Tujuannya untuk mengetahui bentuk pengobatan apa yang ada dapat dihubungi dan memberikan umpan balik tentang pengobatan menghubungi dan memberikan umpan balik tentang pekerjaan keperawatan yang diterima. Evaluasi dapat berupa evaluasi yang terdiri dari struktur, prosedur, hasil evaluasi. Penilaian formatif adalah hasil umpan balik yang dikumpulkan selama pekerjaan keperawatan pada. Penilaian sumatif adalah penilaian proses pemeliharaan selesai dan perawat akan menerima informasi tentang ke efektifannya keputusan.

### **BAB III TINJAUAN KASUS**

Pada BAB ini, penulis akan menuliskan serta membahas asuhan keperawatan yang di lakukan pada Tn. S dengan cedera kepala sedang di ruang neurologi kamar 1102 RSUD Koja jakarta utara dari tanggal 17 maret 2023 sampai dengan tanggal 20 maret 2023 dengan menggunakan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi dan terakhir evaluasi.

#### **A. Pengkajian keperawatan**

##### **1. Identitas pasien**

Pasien berinisial Tn.S berumur 62 tahun, pasien berjenis kelamin laki-laki, pasien beragama islam, pasien sudah menikah, suku bangsa pasien sunda, pendidikan terakhir pasien sekolah menengah pertama (SMP), bahasa yang di gunakan untuk bahasa sehari-hari adalah bahasa indonesia, pasien bekerja sebagai tukang ojek online, pasien bertempat tinggal di jl. Lodan raya, kampung bandan, sumber biaya pasien ditanggung oleh BPJS, sumber informasi yang diterima oleh penulis berasal dari pasien dan keluarga pasien.

##### **2. Resume**

Pada tanggal 17 Maret 2023 pasien masuk ke ruang neurologi kamar 1102 pada pukul 12:30 dengan diagnosa cedera kepala sedang, sebelumnya

pasien dirawat di RSUD Pademangan, setelah mengalami kecelakaan, pasien mengaku sempat tidak sadarkan diri, saat dikaji pasien mengeluh kepalanya sangat sakit tetapi terasa hilang timbul, pasien mengatakan merasa sesak saat oksigennya dibuka, terdapat hematoma pada bagian pelipis mata sebelah kiri dan bagian belakang telinga sebelah kiri pasien, selain itu pasien juga mengatakan kaki sebelah kirinya terasa lemas dan sulit digerakkan, pasien mengatakan merasa mual dan telah muntah sebanyak 4x. Istri pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat darah tinggi sejak umur 45 tahun, selain itu istri pasien juga mengatakan pasien pernah mengalami stroke namun tidak terkaji untuk waktunya, karena pasien dan istri pasien mengatakan lupa kapan tepatnya pasien mengalami stroke. Istri pasien mengatakan rutin menemani suaminya kontrol darah tinggi ke puskesmas setelah pasien mengalami stroke.

Saat diobservasi keadaan umum pasien sedang, tekanan darah: 165/80mmHg, Suhu: 36°C GCS: E: 4 V: 6 M: 5 frekuensi nafas: 26x/menit, frekuensi nadi: 100x/menit, SpO<sub>2</sub>: 95%. Masalah keperawatan yang muncul yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik, risiko perfusi serebral tidak efektif, risiko defisit nutrisi tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan adalah mengkaji keadaan umum pasien, mengukur tanda-tanda vital, memberikan posisi semi fowler, mengkaji nervus pada pasien. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan adalah memberikan terapi cairan intravena asering 500cc/12jam, melakukan pemasangan kateter, memberikan terapi oksigen 5liter/menit, melakukan *CT-Scan*, *rontgen*, dan juga check lab.

### 3. Riwayat kesehatan

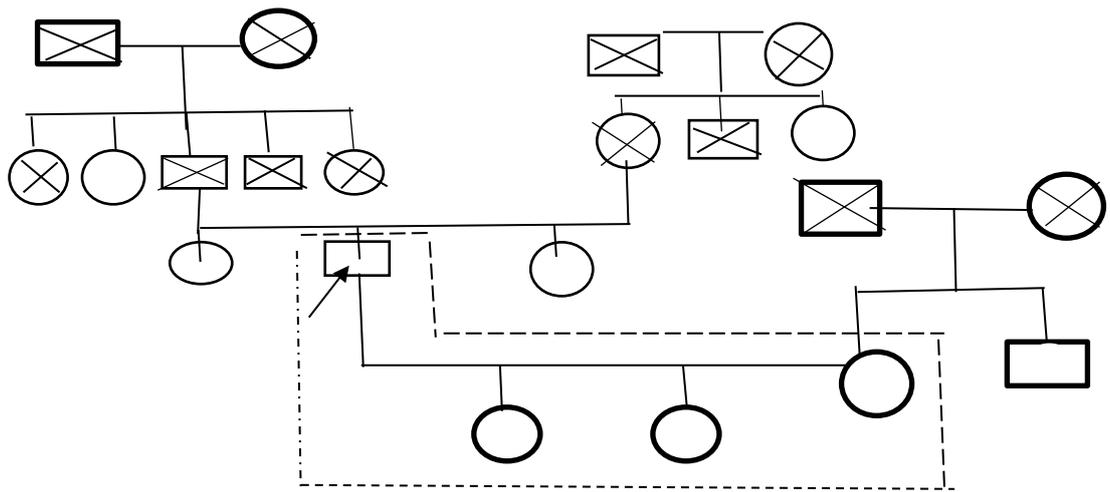
#### a. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat ini pasien memiliki keluhan utama pusing yang hilang timbul, sesak nafas, dan kelemahan pada bagian kaki kirinya setelah jatuh dari motor beberapa hari yang lalu, timbulnya secara mendadak, upaya untuk mengatasinya, beberapa warga membawa pasien ke RSUD Pademangan, kemudian dirujuk ke RSUD Koja Jakarta Utara.

#### b. Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit hipertensi sejak 17 tahun yang lalu, pasien juga mengatakan memiliki riwayat penyakit stroke, namun tidak terkaji dikarenakan pasien dan keluarga mengaku lupa. Pasien mengatakan rutin meminum obat hipertensi yang didapat dari puskesmas yaitu amlodipine. Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat, makanan, binatang maupun lingkungan.

#### c. Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan :

-  : laki-laki sudah meninggal
-  : perempuan sudah meninggal
-  : Tn. S 62 tahun
-  : laki-laki
-  : perempuan

- d. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor risiko.

Pasien mengatakan ibunya juga memiliki riwayat penyakit hipertensi sebelum meninggal.

- e. Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan orang terdekatnya adalah istrinya, pola komunikasi pasien baik, pasien sering berkomunikasi dengan anak-anaknya, pasien mampu membuat keputusan untuk dirinya sendiri, namun sebelum mengambil keputusan pasien juga sering bermusyawarah dengan istri dan anak-anaknya. Pasien mengatakan ia dan istrinya cukup aktif dalam mengikuti kegiatan kemasyarakatan seperti bekerja bakti, melaksanakan sholat 5 waktu di masjid bersama, dan mengikuti pengajian mingguan. Dampak dari penyakit pasien saat ini adalah pasien mengatakan sedih, kerana setelah jatuh selama dirawat pasien tidak dapat menjalankan perannya dengan baik yaitu mencari nafkah untuk anak dan istrinya. Masalah yang mempengaruhi klien, pasien mengaku

tidak memiliki masalah apapun, mekanisme koping pasien terhadap stress adalah diam.

Hal yang sangat dipikirkan saat ini oleh pasien adalah pasien ingin cepat sembuh, dan pulang agar dapat bekerja lagi. Harapan pasien setelah menjalani perawatan adalah pasien berharap dapat kembali sehat seperti sebelumnya. Perubahan yang pasien rasakan setelah jatuh sakit pasien merasa mudah pusing, dan kaki kiri sulit untuk digerakan.

Tidak ada nilai-nilai kepercayaan yang bertentangan dengan kesehatan pasien, aktivitas agama yang dilakukan sebelum sakit adalah sholat 5 waktu di masjid dan juga mengikuti pengajian mingguan tetapi selama di rumah sakit kegiatan aktivitas agama yang dilakukan pasien adalah mendengarkan murotal alquran setiap pagi. Lingkungan rumah pasien merupakan lingkungan padat penduduk, namun cukup terawat karena sering diadakan kerja bakti 2 minggu sekali.

f. Pola kebiasaan

a. Pola nutrisi

**Sebelum sakit:** pasien makan 3x sehari, nafsu makakn pasien baik, porsi makan yang dihabiskan satu porsi, tidak ada makanan yang tidak disukai, makan pantangan pasien adalah makanan tinggi garam, pasien tidak mengkonsumsi makanan diet, pasien tidak mengkonsumsi obat sebelum makan, dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

**Setelah sakit:** pasien makan 3x sehari, nafsu makan pasien menurun karena pasien merasa mual dan ingin muntah, porsi makan yang pasien habiskan

hanya 3-4 sendok, tidak ada makanan yang tidak disukai pasien, tidak ada makanan yang tidak disukai pasien, tidak ada jenis makanan yang membuat alergi pasien, makanan pantangan pasien adalah makanan tinggi garam, makanan diet pasien tidak ada, pasien mengkonsumsi omeprazole, pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

b. Pola eliminasi

**Sebelum sakit:** BAK kecil 7x sehari, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil, pasien tidak menggunakan alat bantu buang air kecil. Pasien BAB biasanya 1x sehari pada pagi hari, berwarna kuning kecoklatan, konsistensi padat, tidak ada keluhan saat BAB, tidak ada penggunaan laxatif.

**Setelah sakit:** BAK pasien 800ml, berwarna kuning jernih, tidak ada keluhan saat buang air kecil, pasien menggunakan kateter sebagai alat bantu. Pasien BAB 1x pada pagi hari, berwarna kecoklatan, tidak ada keluhan saat BAB, tidak ada penggunaan laxatif.

c. *Personal hygiene*

**Sebelum sakit:** Pasien mandi 2x sehari, pada pagi dan sore hari, pasien juga melakukakn *oral hygiene* 2x sehari pada pagi dan sore hari, dan pasien biasanya mencuci rambut 3x seminggu.

**Setelah sakit:** pasien selalu dilap badannya oleh istrinya 2x sehari pada pagi dan sore hari, membasuh muka menggunakan handuk basah, pasien belum melakukan *oral hygiene* selama dirawat di rumah sakit, pasien juga belum mencuci rambutnya selama dirawat di rumah sakit.

d. Pola istirahat

**Sebelum sakit:** pasien mengatakan tidak pernah tidur siang karena harus bekerja, lama tidur malam pasien 8 jam/hari, kebiasaan sebelum tidur pasien adalah meminum obat amlodipine sebelum tidur, dan mengobrol dengan istrinya

**Setelah sakit:** pasien tidur siang 2-3 jam dan tidur malam selama 8-9 jam / hari kebiasaan sebelum tidur pasien selalu ngobrol dengan istrinya.

e. Pola aktivitas dan latihan

**Sebelum sakit:** pasien bekerja dari pagi sampai sore hari, pasien tidak pernah melakukan olahraga, dan pasien tidak memiliki keluhan dalam beraktivitas.

**Setelah sakit:** pasien tidak bekerja, dan tidak melakukan olahraga, pasien mengeluh sulit menggerakkan kaki kirinya saat akan melakukan aktivitas.

f. Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

**Sebelum sakit:** pasien tidak merokok dan tidak meminum minuman keras dan juga tidak mengkonsumsi narkoba

**Setelah sakit:** pasien tidak merokok dan tidak meminum minuman keras dan juga tidak mengkonsumsi narkoba.

#### 4. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Sebelum sakit pasien memiliki berat badan 58kg, tapi setelah sakit pasien memiliki berat badan 57kg, tinggi badan pasien 160 cm, tekanan darah pasien 161/82 mmHg, nadi pasien 112x/menit, frekuensi nafas pasien 24x/menit, suhu

tubuh pasien 35,6°C, keadaan umum sedang, tidak ada perbesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Sisi mata pasien tampak simetris, kelopak mata pasien tampak normal, pergerakan bola mata pasien tampak normal, pupil pasien tampak isokor, otot-otot mata tampak tidak ada kelainan, fungsi penglihatan baik, tidak ada tanda-tanda radang, pasien tidak memakai memakai kacamata, pasien juga tidak memakai kontak lensa, reaksi pupil terhadap cahaya baik.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal kanan kiri, tidak ada serumen, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan dan tidak menggunakan alat bantu pendegaran.

d. Sistem Wicara

Pasien tidak memiliki gangguan dalam sistem bicara, pasien dapat berbicara dengan lancar. Tidak pelo, hanya saja mulut pasien sedikit miring ke kiri, tidak aphasia, tidak dysarthria tidak anarthia, dan sebagainya.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas pasien bersih, pasien merasa sesak, tidak menggunakan otot bantu pernafasan, frekuensi nafas 24x/menit, irama nafas teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman nafas dangkal, suara nafas wheezing, tidak ada nyeri saat bernafas, menggunakan alat bantu oksigen 5liter/menit

f. Sistem Kardiovaskuler

a). Sirkulasi Perifer

Frekuensi nadi 112x/menit irama teratur dan denyut kuat, tekanan darah 161/82mmHg tidak terdapat distensi vena jugularis, temperature kulit hangat, warna kulit normal, pengisian kapiler < 2 detik, tidak terdapat edema ditangan dan kaki.

b). Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut jantung 95x/menit irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, dan tidak terdapat nyeri dada.

g. Sistem Hematologi

Pasien ada perdarahan di daerah pelipis mata sebelah kiri, dan belakang kuping sebelah kiri

h. Sistem Saraf Pusat

Pasien mengeluh sakit kepala yang hilang timbul dengan skala 5, pasien juga mengeluh pada bagian ekstremitas bawah sebelah kiri pasien terasa lemas, kesadaran compos mentis, *Glasgow Coma Scale* (GCS) 15 (E: 4 M: 6 V: 5), terdapat tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK) yaitu mual, muntah, dan sakit kepala hilang timbul dengan skala 5, Saat dilakukan pemeriksaan 12 saraf kranial ditemukan hasil abnormal pada nervus VII

(fasialis) wajah tampak asimetris, bibir pasien tampak sedikit miring ke kiri pada saat pasien diam, pada pemeriksaan refleks patologis babinski dan oppenheim positif dibuktikan dengan jari kaki pasien tidak merespon dorsofleksi pada jempol kaki dan tidak ada respon jari kaki yang menyebar atau membuka, kaku kuduk positif, dibuktikan dengan adanya tahanan saat kepala ditekan ke arah dada pasien.

i. Sistem Pencernaan

Keadaan mulut pasien bersih, terdapat caries pada gigi pasien, tidak menggunakan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien bersih, salivasi pasien normal, pasien muntah, isi muntah cairan warna sesuai warna makanan yang dimakan, frekuensi 2-3x/hari jumlah < 50-100ml, tidak ada nyeri dibagian perut, bising usus pasien 20x/menit. Pasien BAB normal dengan frekuensi 1hari sekali, hepar dan abdomen teraba lembek.

j. Sistem Endokrin

Pasien tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, dan tidak ada luka gangren.

k. Sistem Urogenital

Balance cairan pasien per 24 jam pada tanggal 17 Maret 2023 pukul 12.00 WIB dengan intake 1.200ml (infus 500cc+ oral 700cc), output 935ml (urine 900ml + IWL 35ml) maka balance cairan pasien adalah +265 ml pasien menggunakan pampers urine berwarna kuning jernih pasien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak ada keluhan nyeri pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit pasien baik, temperature kulit hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit terdapat hematoma pada daerah pelipis mata dan belakang telinga pasien, tidak ada kelainan kulit, kondisi kulit didaerah pemasangan infus baik, tidak ada tanda flebitis, keadaan tekstur baik, kebersihan rambut tidak baik karena rambut pasien tampak berminyak, berketombe, dan kotor.

m. Sistem muskuloskeletal

Saat dikaji pasien merasa kesulitan dalam menggerakkan ekstremitas bawah sebelah kirinya, pasien mengalami kelemahan otot pada ekstremitas bawah sebelah kirinya, pasien mengatakan nyeri saat kaki kirinya diangkat atau digerakan. Tidak terdapat kelainan pada struktur tulang belakang dan tulang sendi pasien, keadaan tonus otot pasien hipertoni ( kaku ), kekuatan otot pasien pada ekstremitas atas bagian kanan 5555 dan kiri 5555, ekstremitas bawah sebelah kanan 3333 dan kiri 2222.

**5. Data Tambahan ( pemahaman tentang penyakit )**

Pasien mengatakan kurang mengerti tentang penyakit yang dideritanya, keluarga pasien mengatakan sebelumnya belum pernah ada keluarganya yang menderita cedera kepala sedang, sehingga pasien dan keluarga mengatakan tidak mengerti apa itu cedera kepala sedang, penyebab, tanda gejala, dan komplikasi dari cedera kepala sedang.

**6. Data Penunjang**

1. Hasil *CT*-scan intraventricular hemorrhage, pada lobus frontalis sinistra slice 9-12 tidak tampak perdarahan saat ini
2. Foto rg lumbosacral AP+ Lateral di temukan formasi osteofit di korpus

3. Hasil lab : Nilai kolesterol total 141 mg/dl, kolesterol HDL 41 mg/dl (41,5 – 67,3), Hemoglobin : 13.0 g/dl (13,5-20,0) leukosit  $15,25 \times 10^3/\mu\text{l}$  (4.00-10,50), hematokrit: 36,9 % (42,0-52,0). AGD nilai: PH: 7,496 (7,35-7,45) PCO<sub>2</sub>: 30,4mmHg (32,00-45,00) PO<sub>2</sub>: 78,7mmHg (95,0-100,0). Elektrolit nilai kalium: 2,70 mEq/L (3,5-5,0), kreatinin: 1,42 mg/dL (0,67-1,17) Egfr (CKD-EPI) 56,2 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>.

#### **7. Penatalaksanaan (terapi/pengobatan termasuk diet)**

1. Oxycobal 3x500mg (oral) pada pukul 06.00 WIB, pukul 12.00 WIB dan pukul 20.00 WIB
2. Estalex 2x100mg (oral) pada pukul 06.00 WIB dan pukul 12.00 WIB
3. Seremig 1x10mg (oral) pada pukul 12.00 WIB
4. Betahistine 3x6mg (oral) pada pukul 06.00 WIB, pukul 12.00 WIB dan pukul 20.00 WIB
5. Nimotop 4x60mg (oral) pada pukul 06.00 WIB, pukul 12.00 WIB, pukul 20.00 WIB dan pukul 24.00 WIB
6. Manitol 4x125 ml (diberikan sampai hari ke-5) pada pukul 06.00 WIB, pukul 12.00 WIB, pukul 20.00 WIB dan pukul 24.00 WIB
7. Asering 500cc/12jam (iv) pada pukul 06.00 WIB dan pukul 24.00 WIB
8. Ondansetron 2x4mg (iv) pada pukul 06.00 WIB dan pukul 18.00 WIB
9. Omeprazole 1x20mg (iv) pada pukul 12.00 WIB
10. Citicolin 2x500g (iv) pada pukul 06.00 WIB dan pukul 18.00 WIB
11. Tranexamic 3x500g (iv) pada pukul 06.00 WIB, pukul 12.00 WIB dan pukul 20.00 WIB
12. Katorolac 2x30mg (iv) pada pukul 06.00 WIB dan pukul 18.00 WIB

## 8. Data fokus

**Pada tanggal 20 Maret 2023**

### **Data Subyektif :**

Pasien mengatakan merasa nyeri hilang timbul seperti ditiban benda berat di kepala bagian belakang nya dengan skala 5, pasien mengatakan frekuensi sakit kepalanya 10-15menit, pasien megeluh sulit tidur karena sakit kepala yang dirasakannya, pasien mengatakan kaki kirinya terasa sangat sulit digerakan kaku dan lemas, keluarga pasien mengatakan untuk duduk, merubah posisi dan melakukan aktivitas sehari-hari pasien harus dibantu oleh perawat dan keluarga.

pasien mengeluh nafsu makannya menurun dan hanya mampu makan 2-4 sendok /porsi karena mual, pasien mengatakan sempat muntah 2x saat pagi hari. Pasien mengatakan belum menggosok gigi atau membersihkan rambut sejak dirawat di rumah sakit.

Pasien mengatakan sudah memiliki riwayat hipertensi sejak 17 tahun yang lalu, pasien mengatakan pernah memiliki riwayat stroke namun tidak terkaji karena pasien dan keluarga lupa kapan tepatnya pasien mengalami stroke. Istri pasien mengatakan rutin mengantar suaminya pergi ke puskesmas untuk mengontrol hipertensinya dan pasien rutin meminum amlodipine sebelum tidur.

### **Data Objektif :**

Tekanan darah 161/82 mmHg, frekuensi nadi 112x/menit, frekuensi nafas 24x/menit, suhu tubuh pasien 35,6 °C, spo2: 98% GCS: E: 4 V: 5 M: 6 jumlah nya 15, pasien tampak meringis saat terasa sakit pada kepalanya, kesadaran pasien compos mentis, keadaan umum pasien sedang, pasien terlihat gelisah, pasien

tampak kesulitan dan enggan menggerakkan ekstremitas bawahnya, terutama pada kaki kirinya, saat dikaji pengetahuan pasien dan keluarga mengenai cedera kepala sedang pasien dan keluarga tampak bingung, pasien dan keluarga pasien hanya mengetahui jika pasien terkena stroke setengah badan seperti dulu.

Terdapat hematoma pada bagian belakang telinga pasien dan juga pelipis mata sebelah kiri pasien, berat badan pasien turun 1kg semenjak dirawat di rumah sakit, pasien tampak mual dan muntah, saat dikaji muntah berisi makanan yang pasien makan, berwarna sama dengan makanan. Kulit kepala pasien terlihat kotor, rambut pasien tampak lepek, gigi dan mulut pasien tampak kotor.

Saat dilakukan pemeriksaan refleks patologis babinski dan oppen heim positif dibuktikan dengan jari kaki pasien tidak merespon dorsofleksi pada jempol kaki dan tidak ada respon jari kaki yang menyebar atau membuka, kekuatan tonus otot pasien pada ekstremitas atas bagian kanan 5555 dan kiri 5555, ekstremitas bawah sebelah kanan 3333 dan kiri 2222, kaku kuduk positif dibuktikan dengan adanya tahanan saat kepala ditekan ke arah dada pasien. Saat dilakukan pemeriksaan 12 saraf kranial ditemukan hasil abnormal pada nervus VII (fasialis) wajah tampak asimetris, bibir pasien tampak sedikit miring ke kiri pada saat pasien diam.

Hasil lab: Nilai kolesterol total 141 mg/dl, kolesterol HDL 41 mg/dl (41,5 – 67,3), Hemoglobin: 13.0 g/dl (13,5-20,0) leukosit  $15,25 \cdot 10^3/\mu\text{l}$  (4.00-10,50), hematokrit: 36,9 % (42,0-52,0). AGD nilai: PH: 7,496 (7,35-7,45) PCO<sub>2</sub>: 30,4mmHg (32,00-45,00) PO<sub>2</sub>: 78,7 mmHg (95,0-100,0). Elektrolit nilai kalium: 2,70 mEq/L (3,5-5,0), kreatinin: 1,42 mg/dL (0,67-1,17) Egfr (CKD-EPI) 56,2

MI/min/1,73 m<sup>2</sup>. Hasil CT-scan intraventricular hemorrhage, pada lobus frontalis sinistra slice 9-12 tidak tampak perdarahan saat ini.

## 9. Analisa Data

Data	Masalah	Etiologi
<p>Ds:</p> <p>Pasien mengatakan merasa nyeri hilang timbul seperti ditiban benda berat di kepala bagian belakang nya pasien mengatakan sudah memiliki riwayat hipertensi sejak 15tahun yang lalu, dan pasien mengatakan rutin meminum amlodipine sebelum tidur.</p> <p>Do:</p> <p>Tekanan darah 161/82 mmHg, kesadaran</p>	<p>Resiko perfusi serebral tidak efektif</p>	<p>Cidera kepala</p>

compos mentis, keadaan  
 umum pasien sedang,  
 pasien terlihat gelisah,  
 refleks patologis  
 babinski dan oppen  
 heim positif dibuktikan  
 dengan jari kaki pasien  
 tidak merespon  
 dorsofleksi pada jempol  
 kaki dan tidak ada  
 respon jari kaki yang  
 menyebar atau  
 membuka, kaku kuduk  
 positif dibuktikan  
 dengan adanya tahanan  
 saat kepala ditekan ke  
 arah dada pasien. pada  
 nervus VII (fasialis)  
 wajah tampak asimetris,  
 bibir pasien tampak  
 sedikit miring ke kiri  
 pada saat pasien diam.  
 hasil *Ct*-scan braind  
 pasien menunjukkan  
 terdapat sedikit  
 perdarahan pada intra  
 ventrikel kanan.

DS:

Gangguan pertukaran  
 gas

ketidakseimbangan  
 ventilasi-perfusi

Pasien mengatakan  
merasa sesak pada saat  
selang oksigen dibuka

Do:

Frekuensi nadi pasien  
112x/menit, frekuensi  
nafas pasien 24x/menit,  
saat ini pasien terpasang  
oksigen 5liter/menit,  
hasil AGD abnormal  
PH: 7,496 (7,35-7,45)  
PCO<sub>2</sub>: 30,4mmHg  
(32,00-45,00) PO<sub>2</sub>:  
78,7mmHg (95,0-100,0)

Ds :

Pasien mengatakan  
merasakan nyeri yang  
hilang timbul dengan  
skala 5, pasien  
mengatakan frekuensi  
sakit kepalanya 10-  
15menit, pasien  
megeluh sulit tidur

Nyeri akut

Agen pencedera  
fisiologis

karena sakit kepala yang  
di rasakannya

Do:

pasien tampak meringis  
saat rasa nyeri timbul,

frekuensi nadi  
meningkat: 112x/menit

pasien tampak sulit  
tidur, pasien tampak  
gelisah

Ds:

Pasien mengatakan jika  
kaki sebelah kanannya  
lemas tetapi masi bisa  
digerakan, selain itu  
pasien juga mengatakan  
kaki kirinya terasa  
sangat kaku dan lemas,  
keluarga pasien  
mengatakan untuk  
duduk, merubah posisi  
dan melakukan aktivitas  
sehari-hari pasien harus  
dibantu oleh perawat  
dan keluarga

Gangguan mobilitas  
fisik

Gangguan  
neuromuscular

Do:

Pasien tampak kesulitan  
menggerakkan

ekstremitas bawahnya,  
 pasien terlihat enggan  
 menggerakkan kaki  
 kirinya, kekuatan tonus  
 otot ekstremitas bawah  
 sebelah kanan 3333 dan  
 kiri 2222

Ds:

Pasien mengatakan  
 belum mandi sejak  
 dirawat di rumah sakit,  
 hanya dilap saja oleh  
 istrinya menggunakan  
 tisu basah saat pagi hari.

Defisit perawatan diri

Kelemahan pada  
 ekstremitas kiri

Do:

Kulit kepala pasien  
 terlihat kotor, rambut  
 pasien tampak lepek,  
 gigi dan mulut pasien  
 tampak kotor serta  
 tercium bau tidak sedap  
 dari tubuh pasien.

Ds:

pasien mengeluh nafsu  
 makannya menurun dan  
 hanya mampu makan 2-  
 4 sendok /porsi karena

Resiko defisit nutrisi

Ketidakmampuan  
 mencerna makanan

mual, pasien  
mengatakan sempat  
muntah 2x saat pagi  
hari.

Do:

Berat badan pasien  
turun 1kg semenjak  
dirawat di rumah sakit,  
pasien tampak mual dan  
muntah, saat dikaji  
muntah berisi makanan  
yang pasien makan,  
berwarna sama dengan  
makanan, pasien hanya  
makan 2-4 sendok/porsi.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan analisa data di atas, diagnosa yang muncul diurutkan sesuai dengan prioritas sebagai berikut:

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi
2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuscular
4. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan pada ekstremitas kiri

5. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko cedera kepala
6. Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan mencerna makanan

### C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi Keperawatan

#### 1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi

**Subjektif:** Pasien mengatakan merasa sesak pada saat selang oksigen di buka

**objektif:** Frekuensi nadi pasien 112x/mnt, frekuensi nafas pasien 24x/mnt, Saat ini pasien terpasang oksigen 5liter/menit, hasil AGD abnormal PH : 7,496 (7,35-7,45) PCO<sub>2</sub>: 30,4mmHg (32,00-45,00) PO<sub>2</sub>: 78,7mmHg (95,0-100,0)

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan gangguan pertukara gas menurun dengan kriteria hasil: Dispnea menurun dalam 3x24 jam, frekuensi nafas normal menjadi 20x/menit, hasil nilai PCO<sub>2</sub> meningkat dengan nilai rata rata (32,00-45,00mmHg), PO<sub>2</sub> meningkat dengan nilai rata-rata (95,0-100,0 mmHg) pH arteri menurun pada rentang nilai normal (7,35-7,45)

**Rencana tindakan:**

- a. Monitor frekuensi nafas, irama, upaya, dan kedalaman,
- b. Monitor saturasi oksigen
- c. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan setiap
- d. Monitor tingkat kecemasan
- e. Pertahankan kepatenan jalan napas
- f. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen

- g. Edukasi untuk tetap mempertahankan posisi semi fowler
- h. Kolaborasi penentuan dosis oksigen
- i. Kolaborasi penggunaan oksigen saat aktivitas dan/atau tidur

**Pelaksanaan: Pada tanggal 20 Maret 2023**

Pada pukul 07.30 WIB memonitor frekuensi nafas, irama, upaya, dan kedalaman, frekuensi nafas pasien 23x/menit, pola nafas reguler, irama nafas teratur, nafas dalam, pasien memakai oksigen 5liter/menit, palpasi dada normal; pada pukul 09.00 WIB monitor tingkat kecemasan pasien, hasil pasien tampak tenang dan kooperatif; pada pukul 11.30 WIB mengedukasi keluarga agar tetap mempertahankan posisi semi fowler; pada pukul 12.30 WIB memonitor kemampuan pasien melepaskan oksigen saat makan, pasien mengatakan sesak saat oksigen dibuka; pada pukul 14.30 WIB memberikan kolaborasi dosis oksigen 5 liter/menit.

Pada pukul 16.30 WIB kolaborasikan penggunaan oksigen saat beraktivitas, pada pukul 17.00 WIB monitor saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 98%; Pukul 21.30 WIB memonitor frekuensi nafas, irama, upaya, dan kedalaman, hasilnya frekuensi nafas pasien 20x/menit, pola nafas reguler, irama nafas teratur, nafas dalam, palpasi dada normal; pukul 01.00 monitor tingkat kecemasan, hasil pasien terlihat tenang, dan kooperatif; Pukul 06.30 WIB mempertahankan kepatenan jalan nafas tidak terdapat batuk ataupun sputum.

**Pada tanggal 21 Maret 2023**

Pada pukul 07.00 WIB mengkolaborasikan dosis pemberian oksigen, hasil diberikan oksigen 4liter/menit; pada pukul 09.30 WIB mempertahankan kepatenan jalan nafas tidak terdapat batuk ataupun sputum; pada pukul 11.00 WIB memonitor tingkat kecemasan pasien, pasien terlihat tenang dan kooperatif; pada pukul 14.30 WIB memberikan kolaborasi dosis oksigen 3 liter/menit.

pada pukul 15.30 WIB memonitor frekuensi nafas, irama, upaya, dan kedalaman, hasil nya frekuensi nafas pasien, 19x/menit, pola nafas reguler, irama nafas teratur, nafas dalam; pukul 17.00 WIB memonitor saturasi oksigen, hasil saturasi oksigen 100%

Pukul 21.30 WIB mengkolaborasikan penggunaan oksigen saat tidur; pukul 03.00 monitor tingkat kecemasan, hasil pasien terlihat tenang, dan kooperatif; pukul 06.00 WIB memonitor frekuensi nafas, irama, upaya, dan kedalaman, hasil nya frekuensi nafas pasien, 18x/menit, pola nafas reguler, irama nafas teratur, nafas dalam.

**Pada tanggal 22 Maret 2023**

Pada pukul 09.30 WIB memonitor frekuensi nafas, irama, upaya, dan kedalaman, frekuensi nafas pasien 20x/menit, pola nafas reguler, irama nafas teratur, nafas dalam; pada pukul 09.00 WIB mengkolaborasikan dosis penggunaan oksigen, hasil telah diberikan oksigen 2liter/menit; pada pukul 11.25 WIB mengukur saturasi oksigen hasil, saturasi oksigen 100%; pada pukul 14.30 WIB membantu melepaskan selang oksigen pasien.

pada pukul 15.30 memonitor frekuensi nafas, irama, upaya, dan kedalaman hasil, frekuensi nafas pasien, 20x/menit, pola nafas reguler, irama nafas teratur, nafas dalam, palpasi dada normal; pukul 17.00 WIB mempertahankan kepatenan jalan nafas, hasilnya tidak ditemukan adanya sputum maupun batuk.

**Evaluasi dilakukan pada tanggal 22 Maret 2023 pada pukul 16.00 WIB**

**Subjektif :** Pasien mengatakan sudah tidak sesak

**Objektif:** pasien tampak sudah tidak menggunakan oksigen, Frekuensi nafas pasien 20x/menit

**Analisa:** Gangguan pertukaran gas teratasi

**Perencanaan:** intervensi dihentikan

## 2. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis

**Subjektif:** pasien mengatakan nyeri hilang timbul pada bagian kepala belakangnya dengan skala 5, pasien mengatakan frekuensi sakit kepalanya 10-15menit, pasien megeluh sulit tidur karena sakit kepala yang dirasakannya

**Objektif:** Pasien tampak meringis saat rasa nyeri timbul, frekuensi nadi meningkat: 112x/menit, pasien tampak sulit tidur, pasien tampak gelisah

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri akut menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, kesulitan tidur menurun, frekuensi nadi membaik.

**Rencana tindakan :**

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, skala nyeri
- b. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

- c. Identifikasi efektivitas obat
- d. Fasilitasi istirahat dan tidur
- e. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis:suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- f. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- g. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- h. Berikan kolaborasi obat : Betahistine 3 x 6mg dan Nimotop 4 x 60mg

### **Pada tanggal 20 Maret 2023**

Pada pukul 06.00 WIB melakukan pemberian obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pada pukul 06.10 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri terdapat pada bagian kepala belakang, seperti tertimpa beban berat, nyeri terasa selama 10-15 menit, skala nyeri 5; pukul 09.00 WIB identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, hasilnya pasien mengatakan rasa nyeri bertambah parah jika ruangan berisik.

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pukul 19.20 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, telah diberikan ruangan yang nyaman, tenang, dan sejuk; Pukul 20.00 WIB memberikan obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pukul 21.20 WIB pukul 23.40 menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri, pasien telah melakukan teknik relaksasi nafas dalam saat nyeri terasa; pada pukul 24.00 WIB memberikan obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg.

### **Pada tanggal 21 Maret 2023**

Pada pukul 06.30 WIB melakukan pemberian obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pada pukul 09.25 WIB memfasilitasi tidur pasien dengan memberikan ruangan yang tenang dan nyaman; pukul 11.10 WIB mengidentifikasi efektivitas obat, pasien mengatakan rasa nyerinya berkurang setelah minum obat;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pukul 13.45 WIB mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri, hasil telah diberikan pencahayaan yang sesuai dengan keinginan pasien; pukul 20.00 WIB memberikan obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pukul 21.20 WIB menganjurkan pasien memonitor rasa nyeri secara mandiri; pukul 23.40; pada pukul 24.00 WIB memberikan obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pukul 04.30 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri terdapat pada bagian kepala belakang, seperti tertimpa beban berat, nyeri terasa selama 8 menit, skala nyeri 4; pukul 04.45 WIB mengevaluasi kemampuan pasien dalam melakukan teknik relaksasi nafas dalam.

### **Pada tanggal 22 Maret 2023**

Pada pukul 05.00 WIB melakukan pemberian obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pada pukul 06.10 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien mengatakan nyeri terdapat pada bagian kepala belakang, seperti tertimpa beban berat, nyeri terasa selama 5 menit, skala nyeri 3;

Pukul 12.00 WIB memberikan terapi obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pukul 19.20 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, telah diberikan ruangan yang nyaman, tenang, dan sejuk; pukul 19.30 WIB menganjurkan pasien memonitor rasa nyeri secara mandiri.

Pukul 20.00 WIB memberikan obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg; pukul 21.20 WIB mengidentifikasi riwayat alergi obat, pasien mengatakan tidak memiliki alergi obat; pada pukul 24.00 WIB memberikan obat betahistine 1 x 6mg, dan nimotop 1 x 60mg.

**Evaluasi pada 22 maret 2023 pada pukul 14.00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengatakan sakit kepalanya berkurang dari pada hari sebelumnya

**Objektif:** meringis berkurang, pasien terlihat lebih tenang, tidur pasien lebih nyenyak

**Analisa:** diagnosa nyeri akut belum teratasi

**Perencanaan:** intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

**3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan pada ekstremitas kiri**

**Subjektif :** Pasien mengatakan jika kaki sebelah kanannya lemas tetapi masi bisa digerakan, selain itu pasien juga mengatakan kaki kirinya terasa sangat kaku dan lemas, keluarga pasien mengatakan untuk duduk, merubah posisi dan melakukan aktivitas sehari-hari pasien harus dibantu oleh perawat dan keluarga

**Objektif:** Tekanan darah pasien sudah berada pada rentang normal < 140/90mmHg pasien compos mentis, keadaan umum pasien sedang, pasien terlihat lebih tenang, kekuatan tonus otot pasien pada ekstremitas kiri bawah 2222 dan ekstremitas kanan bawah 4444

**Tujuan :** setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan mobilitas fisik membaik dengan kriteria hasil: pergerakan ekstremitas kiri meningkat (dapat melawan gravitasi, dapat duduk dan memiringkan badan secara mandiri), kekuatan otot meningkat dengan skor 3, rentang gerak (ROM) meningkat (dapat melakukan ROM aktif pada ekstremitas bawah)

**Rencana tindakan :**

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan ambulasi
- c. Monitor kondisi umum selama melakukan ambulasi
- d. Fasilitasi aktivitas ambulasi dengan alat bantu (mis: tongkat, kruk)
- e. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan ambulasi
- f. Jelaskan tujuan dan prosedur ambulasi
- g. Anjurkan melakukan ambulasi dini
- h. Ajarkan ambulasi sederhana yang harus dilakukan (mis: berjalan dari tempat tidur ke kursi roda, berjalan dari tempat tidur ke kamar mandi, berjalan sesuai toleransi)
- i. Memberikan kolaborasi obat estalex 2x100mg dan seremig 1x10mg

**Pada tanggal 20 Maret 2023**

Pada pukul 05.10 WIB memberikan terapi oral estalex 1x100mg; pada pukul 06.45 WIB mengidentifikasi kelemahan atau nyeri pada pasien, pasien mengatakan kesulitan menggerakkan ekstremitas kiri bawahnya, pasien mengatakan kakinya terasa lemas dan kaku; pukul 08.45 WIB membantu pasien melakukan ambulasi dini dengan merubah posisinya dari telentang menjadi miring ke arah kanan; Pukul 10.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot pasien, kekuatan otot ekstremitas bawah kanan pasien 3333 dan ekstremitas kiri bawah pasien 2222.

Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat: estalex 1 x 100mg , seremig 1 x 10mg; pukul 13.10 WIB memfasilitasi aktivitas ambulasi, telah difasilitasi pemberian pagar tempat tidur, kursi atau bantal dan melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan; pukul 14.00 WIB perawat menjelaskan pada keluarga dan pasien tujuan melakukan perubahan posisi, dan mobilisasi sederhana; pukul 14.10 WIB melakukan latihan ambulasi sederhana yaitu melatih pasien untuk duduk di tempat tidur;

Pada pukul 22.00 WIB mengidentifikasi kekuatan otot pasien, hasil nya kekuatan otot kekuatan otot ekstremitas bawah kanan pasien 3333 dan ekstremitas kiri bawah pasien 2222.

### **Pada tanggal 21 Maret 2023**

Pada pukul 06.10 WIB memberikan terapi oral estalex 1x100mg; Pada pukul 06.45 WIB mengidentifikasi kekuatan otot pasien, hasil nya kekuatan otot kekuatan otot ekstremitas bawah kanan pasien 3333 dan ekstremitas kiri bawah pasien 2222; pukul 08.45 WIB melakukan latihan ambulasi sederhana yaitu

melatih pasien untuk duduk di tempat tidur; Pukul 10.00 WIB memonitor keadaan umum pasien, hasil keadaan umum sedang

Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat: estalex 1 x 100mg , seremig 1 x 10mg; pukul 13.10 WIB mengedukasi keluarga untuk membantu pasien melakukan ambulasi; pukul 16.00 WIB perawat melakukan latihan ambulasi sederhana yaitu melatih pasien untuk duduk di tempat tidur

Pada pukul 20.30 WIB membantu merubah posisi pasien untuk miring kanan, miring kiri; pada pukul 24.30 WIB memonitor kondisi umum pasien, hasil kondisi umum pasien sedang

### **Pada pukul 22 Maret 2023**

Pada pukul 05.30 WIB memberikan terapi oral estalex 1x100mg; Pada pukul 06.25 WIB perawat melakukan latihan ambulasi sederhana yaitu melatih pasien untuk duduk di tempat tidur; pukul 09.45 WIB mengidentifikasi kekuatan otot pasien, hasilnya kekuatan otot kekuatan otot ekstremitas bawah kanan pasien 3333 dan ekstremitas kiri bawah pasien 2222; Pukul 10.00 WIB memonitor kondisi umum pasien, hasil kondisi umum pasien sedang

Pada pukul 12.00 WIB memberikan obat: estalex 1 x 100mg, seremig 1 x 10mg; pukul 13.10 WIB mengevaluasi kemampuan keluarga membantu pasien untuk melakukan ambulasi; pukul 14.00 WIB perawat melakukan latihan ambulasi sederhana yaitu merubah posisi pasien miring kanan dan kiri.

### **Evaluasi pada tanggal 22 Maret 2023 pada pukul 14.00 WIB**

**Subjektif :** pasien mengatakan kaki sebelah kirinya sudah bisa di angkat sedikit demi sedikit, rasa kaku dan lemasnya sudah sedikit menghilang

**Objektif :** pasien terlihat sudah bisa mengangkat kaki kirinya

**Analisa :** gangguan mobilitas fisik belum teratasi

**Perencanaan:** intervensi dilanjutkan oleh perawat di ruang neurologi

**4. Defisit perawatan diri (mandi) berhubungan dengan kelemahan pada ekstremitas kiri**

**Subjectiv:** Pasien mengatakan belum mandi sejak dirawat di rumah sakit, hanya dilap saja oleh istrinya menggunakan tisu basah saat pagi hari.

**Objectiv:** Kulit kepala pasien terlihat kotor, rambut pasien tampak lepek, gigi dan mulut pasien tampak kotor serta tercium bau tidak sedap dari tubuh pasien.

**Tujuan:** Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24jam diharapkan defisit perawatan diri meningkat dengan kriteria hasil: kemampuan mandi meningkat (dapat membersihkan diri secara mandiri), kemampuan mengenakan pakaian meningkat, minat melakukan perawatan diri meningkat, kemampuan ke toilet meningkat, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat, mempertahankan kebersihan mulut meningkat.

**Rencana tindakan:**

- a. Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- b. Monitor tingkat kemandirian
- c. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi)
- d. Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi)
- e. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri
- f. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri

- g. Jadwalkan rutinitas perawatan diri
- h. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

### **Pada tanggal 20 Maret 2023**

Pada pukul 09.30 WIB mengidentifikasi aktivitas perawatan diri sesuai usia, pasien mengatakan selama di rumah sakit pasien belum pernah mandi, hanya dilap saja badannya menggunakan tisu basah dan membasuh muka menggunakan handuk basah, kulit kepala pasien terlihat kotor dan rambut pasien terlihat lepek, gigi pasien tampak kotor, bibir pasien tampak kering, dan tercium bau dari mulut pasien;

pukul 11.30 WIB monitor tingkat kemandirian, pasien mengatakan tidak bisa melakukan perawatan diri secara mandiri, pasien mengatakan memerlukan bantuan keluarga dan perawat untuk berganti baju dan membasuh mukanya; pukul 16.30 memfasilitasi kemandirian, telah diberikan fasilitas alat makan dari rumah sakit; pukul 17.50 WIB jadwalkan rutinitas untuk menjaga kebersihan diri.

pukul 05.05 WIB mengidentifikasi kebutuhan alat kebersihan, pasien memerlukan baju dan celana bersih, sikat gigi dan odol, pampers, shampo; Pukul 05.15 WIB menyiapkan keperluan pribadi pasien, keluarga telah menyiapkan keperluan pribadi pasien seperti, pampers, minyak zaitun, sikat gigi dan odol dan baju pasien; pada pukul 05.30 WIB mendampingi serta membantu pasien dalam melakukan perawatan diri, perawat telah membantu pasien dalam membasuh muka, mengelap badan pasien, membantu menggosok gigi pasien, menggantikan pampers pasien, membuang urine pasien dan juga membantu menggantikan baju pasien.

### **pada tanggal 21 Maret 2023**

Pada pukul 05.50 WIB mengevaluasi perasaan pasien setelah melakukan *oral hygiene*, pasien mengatakan badannya terasa lebih segar dan nyaman setelah mandi; pukul 16.30 monitor tingkat kemandirian, pasien mengatakan bisa makan, minum, membasuh muka dan gosok gigi secara mandiri di tempat tidur; pukul 17.50 WIB mendampingi serta membantu pasien dalam melakukan perawatan diri, perawat telah membantu pasien dalam membasuh muka, mengelap badan pasien, membantu menggosok gigi pasien, menggantikan pampers pasien, membuang urine pasien dan juga membantu menggantikan baju pasien.

**pada tanggal 22 Maret 2023**

Pada pukul 04. 30 WIB mendampingi serta membantu pasien dalam melakukan perawatan diri, perawat telah membantu pasien dalam membasuh muka, mengelap badan pasien, membantu menggosok gigi pasien, menggantikan pampers pasien, membuang urine pasien dan juga membantu menggantikan baju pasien; pukul 11.30 WIB menyiapkan keperluan pribadi pasien, keluarga telah menyiapkan keperluan pribadi pasien seperti, pampers, minyak zaitun, sikat gigi dan odol dan baju pasien; pukul 17.50 WIB membantu pasien mengganti baju, celana dan seprei pasien serta membantu membuang urine pasien.

**Evaluasi pada tanggal 22 Maret 2023 pada pukul 14.00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengatakan merasa lebih bersih setelah dilakukan defisit perawatan diri, pasien mengatakan rambut, muka, dan badannya tidak terasa lengket dan berminyak lagi, pasien mengatakan lebih segar.

**Objektif:** pasien tampak lebih nyaman setelah dilakukannya tindakan defisit perawatan diri, pasien tampak lebih bersih, rambut muka dan badannya tidak lagi terlihat berminyak, tidak lagi tercium bau kurang sedap dari mulut pasien.

**Analisa:** diagnosa defisit perawatan diri teratasi sebagian

**Perencanaan:** intervensi dilanjutkan oleh perawat ruangan

#### 5. Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

**Subjektif :** Pasien mengatakan merasa nyeri hilang timbul seperti ditiban benda berat di kepala bagian belakang nya dengan skala 5, pasien mengatakan frekuensi sakit kepalanya 10-15menit, pasien mengeluh sulit tidur karena sakit kepala yang dirasakannya, pasien mengatakan sudah memiliki riwayat hipertensi sejak 17 tahun yang lalu, dan pasien mengatakan rutin meminum amlodipine sebelum tidur.

**Objektif :** Tekanan darah 161/82 mmHg, kesadaran compos mentis, keadaan umum pasien sedang, pasien terlihat gelisah, refleks patologis babinski dan oppenheim positif dibuktikan dengan jari kaki pasien tidak merespon dorsofleksi pada jempol kaki dan tidak ada respon jari kaki yang menyebar atau membuka, kaku kuduk positif dibuktikan dengan adanya tahanan saat kepala di tekan ke arah dada pasien. pada nervus VII (fasialis) wajah tampak asimetris, bibir pasien tampak sedikit miring ke kiri pada saat pasien diam. hasil *Ct*-scan braind pasien menunjukkan terdapat sedikit perdarahan pada intraventricular hemorrhage.

**Tujuan:** setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral meningkat dengan kriteria hasil: sakit pada bagian kepala belakang menurun dengan (skala 4), mempertahankan tingkat kesadaran, tekanan intrakranial membaik, tekanan darah menurun dalam 1x24 jam (<140/90 mmHg),

refleks saraf membaik (refleks babinski, oppen heim, kaku kuduk ),  
mempertahankan nilai GCS

**Rencana tindakan :**

- a. Monitor tekanan darah
- b. Monitor TIK
- c. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang
- d. Pertahankan suhu tubuh normal
- e. Kolaborasikan pemberian obat oxicobal 3 x 500mg pada pukul 06.00 WIB  
pukul 12.00 WIB dan pukul 20.00 WIB, manitol 4 x 125 ml (diberikan sampai  
hari ke 5 ) pada pukul 06.00 WIB, 12.00 WIB, 20.00 WIB dan pukul 24.00  
WIB, citicolin 2 x 500g pada pukul 06.00 WIB dan pukul 20.00 WIB,  
tranexamic 3 x 500g pada pukul 06.00 WIB 12.00 WIB dan 20.00 WIB.

**Pelaksanaan: pada tanggal 20 Maret 2023**

Pada pukul 06.00 WIB memberikan therapi obat Oxicobal 1 x 500mg,  
manitol 1x 125 ml, citicolin 1x500g, tranexamic 1x500g; Pada pukul 08:00 WIB  
memonitor tekanan darah dan mengukur suhu : Tekanan darah: 161/82 mmHg,  
suhu 36,9°C; Pukul 08.00 WIB memonitor rasa sakit, pasien mengatakan merasa  
nyeri hilang timbul seperti ditiban benda berat di kepala bagian belakang nya  
dengan skala 5, pasien mengatakan frekuensi sakit kepalanya 10-15 menit, kedua  
pupil isokor, simetris, reaksi terhadap cahaya baik;

Pada pukul 12.00 WIB memberikan therapi obat :oxicobal 1 x 500mg,  
manitol 1x125 ml, tranexamic 1 x 500g; pada pukul 13:00 WIB memonitor  
Tekanan darah dan mengukur suhu : Tekanan darah 157/90, suhu : 36,5°C.

Pada pukul 19.00 WIB mempertahankan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, sudah diberikan ruangan yang tenang; Pada pukul 20.00 WIB memberikan terapi obat : oxicobal 1 x 500mg, manitol 1 x 125 ml, citicolin 1 x 500g, tranexamic 1 x 500g.

Pukul 21.00 WIB memonitor tekanan darah dan suhu pasien, tekanan darah 150/70 mmHg suhu pasien 35,5°C; pukul 24.00 WIB memberikan terapi obat manitol 1x125 ml, nimotop 1 x 60mg, dan asering 500cc/12 jam

### **Pada tanggal 21 Maret 2023**

Pada pukul 05.00 WIB memberikan terapi obat oxicobal 1 x 500mg, manitol 1x 125 ml, citicolin 1x500g, tranexamic 1x500g, katerolac 1x30mg; Pada pukul 08:00 WIB memonitor tekanan darah dan mengukur suhu : Tekanan darah: 157/80 mmHg, suhu 35,6°C; Pukul 09.00 WIB memonitor TIK, pasien mengatakan merasa nyeri hilang timbul seperti ditiban benda berat di kepala bagian belakangnya dengan skala 5, pasien mengatakan frekuensi sakit kepalanya 10-15 menit, kedua pupil isokor, simetris, reaksi terhadap cahaya baik.

Pada pukul 12.00 WIB memberikan terapi obat: oxicobal 1 x 500mg, manitol 1x125 ml, tranexamic 1 x 500g; pada pukul 13:00 WIB memonitor Tekanan darah: Tekanan darah 150/82mmHg.

Pada pukul 19.00 WIB mempertahankan suhu tubuh pasien tetap normal, suhu tubuh pasien 35,0°C; Pada pukul 21.00 WIB memberikan terapi obat: oxicobal 1 x 500mg, manitol 1 x 125 ml, citicolin 1 x 500g, tranexamic 1 x 500g.

Pukul 21.00 mempertahankan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, sudah diberikan ruangan yang tenang; pukul 24.30 WIB memberikan terapi obat manitol 1x125 ml, nimotop 1 x 60mg, dan asering 500cc/12 jam

### **Pada tanggal 22 Maret 2023**

Pada pukul 05.30 WIB memberikan terapi obat oxicobal 1 x 500mg, manitol 1x 125 ml, citicolin 1x500g, tranexamic 1x500g; pada pukul 08:00 WIB memonitor tekanan darah dan mengukur suhu: tekanan darah: 140/70 mmHg, suhu 36.0°C; pukul 10.00 WIB memonitor TIK, pasien mengatakan merasa nyeri hilang timbul seperti ditiban benda berat di kepala bagian belakang nya dengan skala 5, pasien mengatakan frekuensi sakit kepalanya 10-15 menit, kedua pupil isokor, simetris, reaksi terhadap cahaya baik.

Pada pukul 12.00 WIB memberikan terapi obat: oxicobal 1 x 500mg, manitol 1x125 ml, tranexamic 1 x 500g; pada pukul 13.00 WIB memonitor tekanan darah dan mengukur suhu: tekanan darah 145/85mmHg, suhu: 36,7°C.

Pada pukul 14.00 WIB mempertahankan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, sudah diberikan ruangan yang tenang.

### **Evaluasi pada tanggal 22 Maret 2023 pukul 14.00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengatakan mual masi ada namun sudah berkurang, pasien mengatakan sudah tidak muntah lagi, pasien mengatakan sakit kepalanya sudah berkurang, skala nyeri 3, frekuensi 5 menit

**Objektif:** pasien tampak tidak meringis lagi, pasien tampak lebih tenang, tidur pasien tampak lebih nyenyak.

**Analisa:** diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

**Perencanaan:** intervensi dilanjutkan oleh perawat neurologi

### **6. Resiko defisit nutrisi dibuktikan dengan faktor resiko ketidakmampuan mencerna makanan**

**Subjektif** : pasien mengeluh nafsu makannya menurun dan hanya mampu makan 2-4 sendok /porsi karena mual, pasien mengatakan sempat muntah 2x saat pagi hari.

**Objektif** :berat badan pasien turun 1kg semenjak di rawat di rumah sakit, pasien tampak mual dan muntah, saat dikaji muntah berisi makanan yang pasien makan, berwarna sama dengan makanan, pasien hanya makan 2-4 sendok/porsi

**Tujuan** : setelah dilakukakn tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan resiko defisit nutrisi menurun dengan kriteria hasil : porsi makan yang dihabiskan meningkat ( 7-8 sendok ) Berat badan naik (58 kg) Indeks massa tubuh (IMT) membaik, mual dan muntah menurun

**Perencanaan :**

- a. Monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori
- b. Lakukan kontrak perilaku (mis: target berat badan, tanggungjawab perilaku)
- c. Berikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku
- d. Berikan konsekuensi jika tidak mencapai target sesuai kontrak
- e. Rencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis: medis, konseling)
- f. Anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan)
- g. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan

**Pada tanggal 20 Maret 2023**

Pada pukul 06.00 WIB memberikan terapi obat ondansetron 1x4mg, dan asering 500cc /12 jam; pukul 06.30 WIB anjurkan membuat catatan harian tentang perasaan dan situasi pemicu pengeluaran makanan (mis: pengeluaran yang disengaja, muntah, aktivitas berlebihan) hasil, pasien mengatakan sudah muntah 2x pada pagi hari ini; pada pukul 10.10 WIB kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan hasil, telah dilakukan kolaborasi; pukul 12.05 WIB, melakukan pemberian obat omeprazole 1 x 20mg; pada pukul 15.45 WIB lakukan kontrak perilaku (mis:target berat badan, tanggung jawab perilaku) hasil, pasien mengatakan mau mengikuti kontrak menaikkan untuk berat badan; pada pukul 20.00 memberikan terapi obat ondansetron 2 x 4mg; pada pukul 06.00 WIB memberikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku, telah diberikan penguatan positif kepada pasien.

### **Pada tanggal 21 Maret 2023**

Pada pukul 05.30 WIB memberikan terapi obat ondansetron 1x4mg, dan asering /12 jam; pukul 07.40 WIB memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan, pasien mengatakan sudah minum 1500 air mineral merasa mual, muntah 1x sebanyak 100ml, urine pasien 500, mendapatkan cairan asering 500cc/12 jam; pada pukul 10.10 WIB mengidentifikasi makanan yang disukai, tidak disukai oleh pasien, pasien sangat suka makan gorengan pisang pada pagi hari, pasien tidak memiliki makanan yang tidak disukai; pukul 12.05 WIB, melakukan pemberian obat omeprazole 1 x 20mg; pada pukul 15.45 WIB memberikan penguatan positif terhadap keberhasilan target dan perubahan perilaku, telah diberikan

penguatan positif kepada pasien; pada pukul 20.00 WIB memberikan terapi obat ondan sentron 2 x 4mg.

**Pada tanggal 22 Maret 2023**

Pada pukul 06.20 WIB memberikan terapi obat ondan centron 1x4mg, dan asering 500 cc/12 jam; pukul 11.30 WIB mengevaluasi hasil catatan monitor keluar masuknya makanan; pada pukul 12.10 WIB melakukan pemberian obat omeprazole 1 x 20mg; pada pukul 14.45 WIB merencanakan program pengobatan untuk perawatan di rumah (mis: medis, konseling); pada pukul 20.00 memberikan terapi obat ondan sentron 2 x 4mg.

**Evaluasi pada tanggal 22 Maret 2023 pukul 14.00 WIB**

**Subjektif:** pasien mengatakan mual nya berkurang, pasien mengatakan sudah tidak muntah, pasien mengatakan dapat makan lebih banyak

**Objektif:** pasien dapat menghabiskan 1 porsi, mual pasien berkurang, pasien tampak lebih bertenaga.

**Analisa:** diagnosa resiko defisit nutrisi teratasi sebagian

**Perencanaan:** intervensi dilanjutkan oleh perawat neurologi



## **BAB IV PEMBAHASAN**

Dalam BAB ini penulis akan membahas kesenjangan antara teori di BAB sebelumnya dengan pasien nyata pada saat memberikan “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan cedera kepala sedang di ruang neurologi kamar 1102 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal dari 17 Maret sampai 20 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

### **A. Pengkajian Keperawatan**

Menurut Brunner (2017), gejala yang akan timbul bergantung pada tingkat keparahan dan lokasi terjadinya trauma, beberapa gejala yang timbul adalah : nyeri menetap dan terlokalisasi, biasanya mengindikasikan adanya fraktur. Fraktur pada kubah tengkorak bisa menyebabkan pembengkakan di daerah tersebut, tetapi bisa juga tidak. Fraktur pada dasar tengkorak yang sering kali menyebabkan perdarahan dari hidung, faring, dan telinga dan darah mungkin terlihat dibawah konjungtiva. Ekimosis terlihat diatas tulang mastoid (tanda Battle). Pengeluaran cairan serebrospinal dari telinga dan hidung menunjukkan terjadinya fraktur dasar tengkorak.

Sebaliknya pada kasus tidak ditemukan adanya fraktur pada tulang tengkorak, namun ditemukan hematome di pelipis mata dan belakang kuping sebelah kiri.

Menurut Kumoro et al (2019) klasifikasi cedera kepala berbeda-beda mulai dari kondisi klinis dan tingkat kesadaran setelah cedera kepala dinilai menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS), merupakan skala universal untuk mengelompokkan cedera kepala dan faktor patologis yang menyebabkan penurunan kesadaran. Berdasarkan nilai GCS, maka penderita cedera kepala dengan nilai GCS <9 dikategorikan cedera kepala berat, GCS 9- 13 cedera kepala sedang, dan penderita dengan nilai GCS 14 - 15 sebagai cedera kepala ringan. Namun sebaliknya penulis menemukan kesenjangan pada teori ini karena pada kasus GCS pasien adalah 15.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien baik anak, istri, dan pasien sendiri sangat kooperatif saat pengkajian sehingga memudahkan penulis dalam pengumpulan data-data yang diperlukan dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian. Faktor penghambat saat ditahap pengkajian adalah kesulitan mendapatkan hasil *CT-Scan* karena hampir semua pasien di RSUD Koja tidak ada bukti cetak tertulis kesan *CT-Scan* oleh ahli radiologi direkam medis dan hanya terdapat di komputer data pasien, penulis menemukan hambatan dalam mendapat hasil *CT-Scan* saat pertama kali pasien masuk ke RSUD Koja.

Menurut informasi dari kepala perawat ruangan bahwa pada saat ini hasil *CT-Scan* tidak dicantumkan direkam medis dan hanya dibacakan oleh dokter penanggung jawab apabila keluarga pasien ada yang ingin mengetahui hasil dari *CT-Scan* pasien. Sebagai solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala perawat ruangan yang kemudian berkonsultasi dengan dokter penanggung jawab pasien.

Hambatan lainnya adalah saat akan melengkapi dan memverifikasi data pengkajian penulis dengan data rekam medis pasien, penulis mengalami kesulitan membaca tulisan perawat ruangan dan dokter karena kurang jelas dan sulit dipahami sebagai solusinya maka penulis berdiskusi, mengklarifikasi kembali dan banyak bertanya dengan perawat ruangan tentang data-data rekam medis yang kurang jelas dan tidak penulis pahami.

## **B. Diagnosa Keperawatan**

Menurut Mahardika (2018) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada 8 diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada pasien cedera kepala yaitu, Risiko perfusi serebral tidak efektif, Bersihan jalan nafas tidak efektif, Nyeri akut, Risiko defisit nutrisi, Defisit perawatan diri, Risiko infeksi, Penurunan kapasitas adaptif intracranial, Risiko penurunan curah jantung.

Namun terdapat empat diagnosa yang tidak ditemukan penulis, meliputi: Bersihan jalan nafas tidak efektif, Risiko infeksi, Penurunan kapasitas adaptif intracranial, Risiko penurunan curah jantung.

Tetapi, penulis menemukan satu diagnosa yang terdapat pada pasien namun tidak ada dalam teori Mahardika (2018) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu, Gangguan mobilitas fisik.

Faktor pendukung dalam melakukan perumusan diagnosa keperawatan yaitu tersedianya banyak referensi seperti text book maupun jurnal online yang cukup banyak tentang gangguan neurologi khususnya cedera kepala sedang, dan data pasien yang lengkap. Hambatan yang dialami penulis saat melakukan perumusan diagnosa adalah pasien yang sudah dalam keadaan membaik setelah 3 hari perawatan di rumah

sakit dengan manifestasi klinis yang sedikit sehingga saat dilakukan perumusan diagnosa data yang diperoleh kurang dari 80% untuk memenuhi kriteria diangkatnya sebuah diagnosa. Sebagai solusi yang dilakukan oleh penulis adalah mengumpulkan data lebih banyak lagi dari keluarga dan pasien hingga penulis akhirnya mendapatkan 6 diagnosa yang dirumuskan.

### **C. Perencanaan keperawatan**

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien yang sudah disesuaikan dengan waktu praktik yaitu 3x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai.

Pada perencanaan diagnosa gangguan mobilitas fisik sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Mahardika (2018) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) namun juga dimodifikasi dimana penulis membatasi latihan mobilisasi, dan tidak melakukan latihan rentang gerak pada pasien karena tekan darah pasien tinggi.

Dalam melakukan penyusunan perencanaan tindakan keperawatan penulis menemukan hambatan yaitu kondisi pasien yang mengalami tekanan darah tinggi terus menerus membuat penulis kesulitan untuk menentukan perencanaan yang sesuai dengan kondisi pasien. Sebagai solusi penulis berkonsultasi dengan pembimbing hingga akhirnya penulis memodifikasi perencanaan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik dan memutuskan untuk membuat perencanaan edukasi manajemen cedera kepala pada keluarga.

#### **D. Pelaksanaan keperawatan**

Pada tahap ini penulis melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sebelumnya telah disusun dan semua tindakan keperawatan dilakukan pendokumentasian selama 3x24 jam. Dalam pelaksanaannya penulis mengalami beberapa kendala namun sudah ditemukan alternatif dan solusi dengan bantuan kepala ruangan dan perawat ruangan.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang sangat kooperatif selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dan mampu bekerja sama baik dengan penulis serta kepercayaan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan. Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah Pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan pada ekstremitas kiri, penulis mengalami hambatan dalam melaksanakan intervensi mobilisasi sederhana yang harus dilakukan solusi penulis mengajarkan pada keluarga cara membantu pasien melakukan miring kanan dan kiri agar dapat melakukannya secara mandiri.

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi yang dilakukan penulis, dilakukan sesuai dengan teori meliputi evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses dilakukan pada saat setelah dilakukan tindakan yaitu respons pasien setelah dilakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil lebih mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang telah disusun.

Dari enam diagnosa yang muncul pada pasien terdapat 1 diagnosa keperawatan yang telah teratasi, yaitu gangguan pertukaran gas, hal ini dibuktikan dengan pasien

mengatakan sudah tidak sesak, pasien tampak sudah tidak menggunakan oksigen, frekuensi nafas pasien 20x/mnt.

Pada pasien terdapat 5 diagnosa yang teratasi sebagian, yang pertama adalah risiko perfusi serebral tidak efektif, hal ini didukung oleh data pasien mengatakan mual masi ada namun sudah berkurang, pasien mengatakan sudah tidak muntah lagi, pasien mengatakan sakit kepalanya sudah berkurang, dengan skala nyeri 3, frekuensi 5 menit, pasien tampak tidak meringis lagi, pasien tampak lebih tenang, tidur pasien tampak lebih nyenyak..

Diagnosa kedua yang teratasi sebagian adalah nyeri akut, hal ini didukung oleh data pasien mengatakan sakit kepalanya berkurang dari pada hari sebelumnya dan meringis berkurang, pasien terlihat lebih tenang, tidur pasien lebih nyenyak.

Diagnosa ketiga yang teratasi sebagian adalah gangguan mobilitas fisik, hal ini dibuktikan oleh pasien mengatakan kaki sebelah kirinya sudah bisa diangkat sedikit demi sedikit, rasa kaku dan lemasnya sudah sedikit menghilang.

Diagnosa keempat yang teratasi sebagian adalah defisit perawatan diri, hal ini didukung oleh pasien mengatakan merasa lebih bersih dan segar setelah dilakukan defisit perawatan diri, pasien mengatakan rambut, muka, dan badannya tidak terasa lengket dan berminyak lagi, dan pasien tampak lebih nyaman setelah dilakukan tindakan defisit perawatan diri.

Diagnosa kelima yang teratasi sebagian adalah resiko defisit nutrisi, hal ini didukung oleh pasien mengatakan mual nya berkurang, pasien mengatakan sudah tidak muntah, pasien mengatakan dapat makan lebih banyak dan pasien dapat menghabiskan 1 porsi, mual pasien berkurang, pasien tampak lebih bertenaga.

Faktor pendukung penulis dalam melakukan evaluasi keperawatan adalah tujuan dan kriteria hasil yang tersusun dengan jelas, pasien dan keluarga pasien yang kooperatif saat dilakukan tindakan keperawatan sehingga penulis bisa mendapatkan luaran yang jelas dari hasil evaluasi pasien. Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam evaluasi keperawatan adalah tidak adanya perbaruan data pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan kolesterol pasien dan lain-lain dikarenakan kondisi pasien yang telah membaik. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien-pasien yang telah membaik dan tidak diperlukan tindakan lebih lanjut biasanya memang tidak dilakukan pemeriksaan penunjang lagi.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Dalam BAB ini penulis akan membahas kesimpulan dari “Asuhan Keperawatan pada Tn. S dengan cedera kepala sedang di ruang neurologi 1102 Rumah Sakit Umum Daerah Koja Jakarta Utara” dari tanggal dari 20 Maret sampai 22 Maret 2023.

#### **A. Kesimpulan**

Menurut Brunner (2017), gejala yang akan timbul bergantung pada tingkat keparahan dan lokasi terjadinya trauma, beberapa gejala yang timbul adalah : nyeri menetap dan terlokalisasi, biasanya mengindikasikan adanya fraktur. Fraktur pada kubah tengkorak bisa menyebabkan pembengkakan di daerah tersebut, tetapi bisa juga tidak. Fraktur pada dasar tengkorak yang sering kali menyebabkan perdarahan dari hidung, faring, dan telinga dan darah mungkin terlihat dibawah konjungtiva. Ekimosis terlihat diatas tulang mastoid. Pengeluaran cairan serebrospinal dari telinga dan hidung menunjukkan terjadinya fraktur dasar tengkorak. Sebaliknya pada kasus tidak ditemukan adanya fraktur pada tulang tengkorak, namun ditemukan hematome di pelipis mata dan belakang kuping sebelah kiri.

Berdasarkan nilai GCS, maka penderita cedera kepala dengan nilai GCS <9 dikategorikan cedera kepala berat, GCS 9- 13 cedera kepala sedang, dan penderita dengan nilai GCS 14 - 15 sebagai cedera kepala ringan. Sebaliknya penulis tidak menemukan semua manifestasi klinis karna GCS

pasien 15. Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien baik anak, istri, dan pasien sendiri sangat kooperatif saat pengkajian sehingga memudahkan penulis dalam pengumpulan data-data yang diperlukan dan adanya kerja sama yang baik dengan perawat ruangan dan kepala ruangan yang membimbing dari awal hingga akhir proses pengkajian.

Menurut Mahardika (2018) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada 8 diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada pasien cedera kepala yaitu, Risiko perfusi serebral tidak efektif, Bersihan jalan nafas tidak efektif, Nyeri akut, Risiko defisit nutrisi, Defisit perawatan diri, Risiko infeksi, Penurunan kapasitas adaptif intracranial, Risiko penurunan curah jantung.

Namun terdapat empat diagnosa yang tidak ditemukan penulis, meliputi: Bersihan jalan nafas tidak efektif, Risiko infeksi, Penurunan kapasitas adaptif intracranial, Risiko penurunan curah jantung.

Tetapi, penulis menemukan satu diagnosa yang terdapat pada pasien namun tidak ada dalam teori Mahardika (2018) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu, Gangguan mobilitas fisik.

Perencanaan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan diagnosa keperawatan risiko perfusi serebral hampir semua rencana keperawatan yang ada pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien. Pada perencanaan diagnosa gangguan mobilitas fisik dimodifikasi oleh penulis dimana penulis membatasi latihan mobilisasi, ambulasi dan tidak melakukan latihan rentang gerak pada pasien, untuk mengatasi defisit pengetahuan tentang manajemen cedera kepala, penulis memberikan edukasi kepada keluarga agar keluarga dapat mengetahui pengetahuan

dasar tentang cedera kepala sehingga tidak terjadi lagi perilaku menyimpang dalam manajemen cedera kepala pasien.

Faktor pendukung dalam melakukan tindakan keperawatan adalah pasien dan keluarga yang sangat kooperatif selama proses pelaksanaan asuhan keperawatan dilakukan dan mampu bekerja sama baik dengan penulis serta kepercayaan yang diberikan oleh kepala perawat ruangan kepada penulis dalam melakukan tindakan keperawatan yang direncanakan. Sedangkan hambatan yang dialami penulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan adalah pada diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik, penulis mengalami hambatan dalam melaksanakan intervensi ajarkan ambulasi dan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan solusi penulis mengajarkan pada keluarga cara melakukan miring kanan kiri agar dapat melakukannya secara mandiri.

Dari enam diagnosa yang muncul pada pasien terdapat 1 diagnosa keperawatan yang telah teratasi, yaitu gangguan pertukaran gas, hal ini dibuktikan dengan pasien mengatakan sudah tidak sesak, pasien tampak sudah tidak menggunakan oksigen, frekuensi nafas pasien 20x/mnt. terdapat 5 diagnosa yang teratasi sebagian, yang pertama adalah risiko perfusi serebral tidak efektif, diagnosa kedua yang teratasi sebagian adalah nyeri akut, diagnosa ketiga yang teratasi sebagian adalah gangguan mobilitas fisik, diagnosa keempat yang teratasi sebagian adalah defisit perawatan diri, diagnosa kelima yang teratasi sebagian adalah resiko defisit nutrisi.

## **B. Saran**

Setelah memberikan pada Tn. S dengan cedera kepala sedang di ruang neurologi 1102 banyak pengalaman yang penulis dapatkan. Untuk meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan, maka penulis mencoba memberikan saran yang dapat berguna bagi semua pihak, diantaranya:

### 1. Mahasiswa

Mahasiswa dapat meningkatkan ilmu pengetahuan mengenai kesehatan pada cedera kepala sedang dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan sesuai dengan teori kepada masyarakat.

### 2. Rumah Sakit

Penulis berharap RSUD Koja khususnya ruang neurologi dapat mencantumkan hasil lab, *CT-Scan* ataupun rontgen dibuku rekam medis pasien agar tidak terdapat kesulitan dalam mencari hasil pemeriksaan tersebut.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anghinah, R., Paiva, W., Battistella, L. R., & Amorim, R. (2018). Topics in Cognitive Rehabilitation in the TBI Post-Hospital Phase. In *Topics in Cognitive Rehabilitation in the TBI Post-Hospital Phase*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-95376-2>
- Brunner & suddarth.2017.Keperawatan Medical-Bedah Brunner & Suddarth, Edisi 12.Jakarta:EGC.
- Dacosta, J. (2018). Asuhan Keperawatan Pada Sdr. P.P Dengan Cedera Kepala Sedang Di Ruang Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Prof. Dr. W. Z. Johannes Kupang Joaquim. *Jurnal Kesehatan*, 51(1), 51.
- Debora, Y., Villyastuti, Y. W., & Harahap, M. S. (2019). Nutrisi Pada Pasien Cedera Kepala. *JAI (Jurnal Anestesiologi Indonesia)*, 1(1), 56–64. <https://doi.org/10.14710/jai.v1i1.6298>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2019). Nursing Care Plan Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span 10 TH EDITION. *Usa*, 569–581.
- Ernawati, N. (2019). Modul 2 Diagnosis Dan Perencanaan Keperawatan. *Respiratory ITSK RS Dr. Soepraoen Malang*, 4(1), 1–23.
- Fernandes, F. A. O., Alves de Sousa, R. J., & Ptak, M. (2018). Head Injury Simulation in Road Traffic Accidents. In *Springer Briefs in Applied Sciences and Technology*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-89926-8>
- Harding, M. M. (2023). *Lewis's Medical-Surgical Nursing* (J. Kwong, D. Hagler, & C. Reinisch (eds.); 12th ed.).
- Ichwanuddin, I., & Nashirah, A. (2022). Cedera Kepala Sedang. *AVERROUS: Jurnal Kedokteran Dan Kesehatan Malikussaleh*, 8(2), 1. <https://doi.org/10.29103/averrous.v8i2.8726>
- Tsao. (2013). Jack W. Injury T.B: Traumatic Brain Injury: A Clinician's Guide to Diagnosis, Management, and Rehabilitation. In *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* (Vol. 164, Issue 05). <https://doi.org/10.4414/sanp.2013.00148>
- Kartikasari, F., Yani, A., & Azidin, Y. (2020). Pengaruh Pelatihan Pengkajian Komprehensif Terhadap Pengetahuan Dan Keterampilan Perawat Mengkaji Kebutuhan Klien Di Puskesmas. *Jurnal Keperawatan Suaka Insan (Jksi)*, 5(1), 79–

89. <https://doi.org/10.51143/jksi.v5i1.204>

Khairani, Y., & Makmur, T. (2021). Hubungan Antara Cedera Kepala Dan Terjadinya Vertigo Di Rsud Dr Pirngadi Medan Periode Januari-Desember 2019. *Jurnal Kedokteran Ibnu Nafis*, 10(1), 26–32. <https://doi.org/10.30743/jkin.v10i1.140>

Kementrian Kesehatan RI. (2022). Pedoman nasional pelayanan kedokteran tata laksana cedera otak traumatik [https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh\\_1681539971\\_246974.pdf](https://yankes.kemkes.go.id/unduh/fileunduh_1681539971_246974.pdf) diakses pada 18 juni 2023.

Kumoro, T. A. C., Saragih, S. G. R., & Natalia, D. (2019). Korelasi Marshall CT score sebagai prediktor mortalitas pada penderita cedera kepala di RSUD dr Abdul Aziz Singkawang. *Jurnal Cerebellum*, 5(4A), 1507. <https://doi.org/10.26418/jc.v5i4a.43260>

Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *buku ajar keperawatan medikal bedah gangguan neurologi* (M. Ester & P. wulandari, resti (eds.); 5th ed.). buku kedokteran egc.

Mapagresuka, I., Wahid, A., & Hafifah, I. (2020). Comparison of National Early Warning Score (News) and Revised Trauma Score (Rts) in the Outcome Prediction of Head Injury Patients. *Journal of Nursing Science Update (JNSU)*, 7(2), 145–159. <https://doi.org/10.21776/ub.jik.2019.007.02.4>

Maas A, Menon DK, Adelson PD, Andelic N, Bell MJ, Belli A, Bragge P. Cedera otak traumatis: pendekatan terintegrasi untuk meningkatkan pencegahan, perawatan klinis, dan penelitian. *Neurologi Lancet*. 2017; 16 (12):987–1048. [ PubMed ] [ Daftar Referensi ]

Muhith. (2018). Perilaku Kekerasan Untuk Mengatasi Risiko Perilaku Kekerasan Pada Pasien Skizofrenia. *Jurnal Ilmu Keperawatan*, 1, 1–476.

Nur amirah. (2021). *Indonesia Politeknik Kesehatan*.

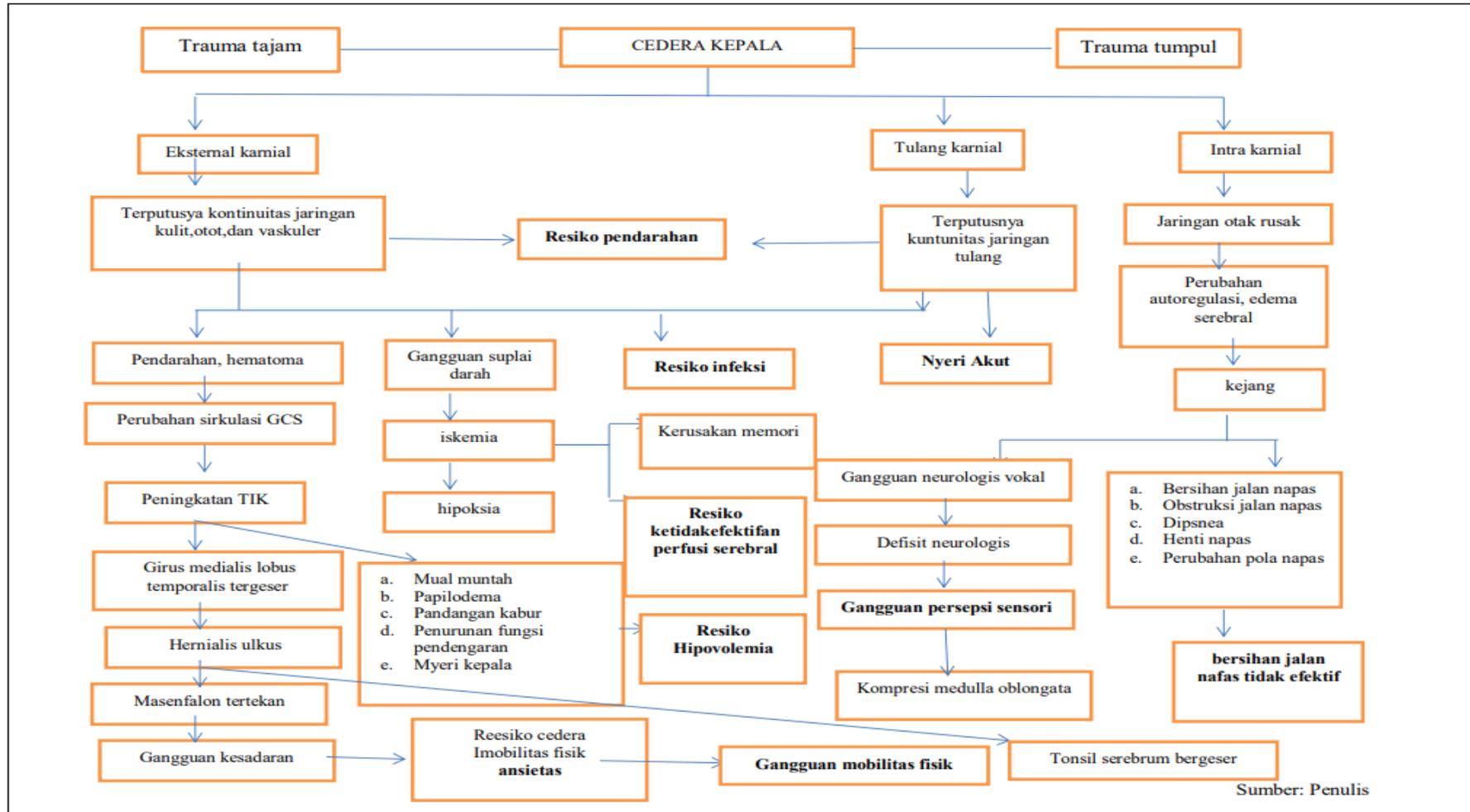
PPNI. (2017). *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesian Definisi dan Indikator Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.

Reichenbach, A., Bringmann, A., Reader, E. E., Pournaras, C. J., Rungger-Brändle, E., Riva, C. E., Hardarson, S. H., Stefansson, E., Yard, W. N., Newman, E. A., & Holmes, D. (2019). *Jurnal Keperawatan Medikal Bedah* (Vol. 561, Issue 3).

- Sabrina, A. (2018). *Kinerja keperawatan dalam asuhan keperawatan*. 9.
- Savitri, E. W. (2021). Sebuah Study Kasus tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan : Cedera Kepala Ringan. *Elisabeth Health Jurnal*, 6(2), 157–159. <https://doi.org/10.52317/ehj.v6i2.343>
- Statista. (2023). Number of road traffic fatalities in the United States from 2012 to 2022 <https://www.statista.com/statistics/192575/road-traffic-fatalities-in-the-united-states/> diakses pada 18 juni 2023.
- Ulfa, A., Aklima, & Amni, R. (2022). *Nursing Care Of Traumatic Brain Injury In Emergency Installations : A Case Study Keywords : Nursing care , traumatic brain injury , decreased consciousness*. I(Ges 8), 1–7.
- Utami, M. P. S., Rahayu, N. W., & Astuti, N. W. (2021). Perubahan Tingkat Kesadaran Pada Pasien Cedera Kepala Sedang ( Cks ) Dengan Terapi Oksigen Dan Posisi Head Up 30 ° : Literatur Review. *Jurnal Keperawatan Notok Usumo (JKN)*, 9, 52–57.
- World Health Organization (WHO).(2022). *Road Trafic Injury* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries> diakses pada 15 april 2023.
- Yogarajah, M. (2015) *Crash Course Neurology*. 4<sup>th</sup> edn. Elseiver.

## Lampiran: Analisa Obat



## LAPORAN PENDAHULUAN OBAT

### 1. Ondansentron

**Indikasi :** mengobati mual dan muntah yang bisa disebabkan oleh efek samping kemoterapi, radioterapi, atau operasi.

**Kontraindikasi :** Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipersensitivitas.

**Efek samping :** sembelit, lelah dan lemah, meriang, mengantuk dan pusing

### 2. Oxicobal

**Indikasi :** Obat yang di gunakan untuk mengatasi kondisi defisiensi vitamin B12.

**Kontraindikasi :** Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien dengan hipersensitivitas

**Efek Samping :** Mual, muntah, diare, sakit perut, Anoreksia, Sakit kepala. Jarang, reaksi hipersensitivitas mis. ruam, dispnea.

### 3. Estalex

**Indikasi :** Estalex di gunakan untuk meredakan rasa sakit, kaku, dan tegang pada otot.

**Kontraidikasi :** Tidak boleh digunakan pada pasien yang sudah diketahui hipersensitif dan wanita hamil

**Efek samping :** Gangguan fungsi hati atau ginjal, ruam kulit, insomnia (susah tidur), sakit kepala, mengantuk, kekakuan, mati rasa, dan gemetar pada ekstremitas(anggota gerak pada tubuh), mual, muntah, anoreksia (gangguan makan yang menyebabkan kehilangan berat badan), ketidaknyamanan lambung, mulut kering, sembelit, diare tinja lunak, gangguan urin.

#### 4. Seremig

**Indikasi :** Untuk pencegahan/profilaksis migren, pengobatan dan pencegahan gangguan vestibular, serebral dan sistem sirkulasi perifer, misalnya pusing, tinitus, vertigo, gangguan konsentrasi, bingung, gangguan daya ingat, gangguan irama tidur, iritabilitas, konvulsi, parestesia, ekstremitas dingin, gangguan trofik

**Kontraindikasi:** Pasien dengan riwayat depresi atau penyakit parkinson dan ibu hamil.

**Efek samping :** Rasa kantuk, penambahan berat badan, muntah, heartburn, mulut kering, cemas, ruam kulit, depresi, nyeri otot, tremor, sulit bergerak

#### 5. Betahistine

**Indikasi :** untuk menangani vertigo dan gangguan pendengaran pada pasien berusia 18 tahun ke atas.

**Kontraindikasi :** pasien yang hipersensitif terhadap zat aktif atau komponen lain obat ini, pasien dengan ulkus peptikum, dan pheochromocytoma. Peringatan diperlukan jika betahistine diberikan pada pasien dengan asthma.

**Efek samping :** Mual, muntah, dispepsia. kembung, distensi atau nyeri perut, kelelahan, malaise, reaksi hipersensitivitas, sakit kepala, pusing, kejang, mengantuk, konfusi, halusinasi, sesak napas, bronkospasme, ruam, prurit, vasodilatasi

#### 6. Nimotop

**Indikasi :** mengurangi masalah yang disebabkan oleh perdarahan pada otak

**Kontraindikasi :** obat ini tidak boleh digunakan Pengguna bersama dengan rifampisin, obat antilepsi, fenobarbital, fenotion, dan karbamazepin

**Efek samping :** hipotensi, muka merah, sakit kepala, gangguan saluran cerna, mual, berkeringat.

## 7. Manitol

**Indikasi :** untuk mengurangi pembengkakan di otak dan mengurangi tekanan intrakranial

**Kontraindikasi :** hindari penggunaan manitol pada pasien dengan indikasi gagal jantung, edema paru, dehidrasi

**Efek samping :** gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit, mudah haus, sakit kepala, mual, muntah, demam, takikardi, hipertensi, nyeri dada, hiponatremi.

## 8. Citicoline

**Indikasi :** untuk melindungi dan mempertahankan fungsi otak serta mengatasi masalah degenerasi neurologis (perubahan saraf) melalui perlindungan saraf pada penyakit mata

**Kontraindikasi :** citicoline tidak boleh di berikan pada pasien dengan hipersesitif dan ibu hamil

**Efek samping :** mual, muntah, kemerahan pada kulit, sakit kepala, insomnia, kejang, perubahan tekanan darah sementara, sakit perut

## 9. Tranexamic acid

**Indikasi:** membantu mengontrol perdarahan dengan cara memicu terjadinya penggumpalan darah.

**Kontraindikasi:** Hipersensitivitas terhadap asam traneksamat. Riwayat tromboemboli seperti deep vein thrombosis (DVT), emboli paru, thrombosis serebri. Riwayat trombosis arteri atau vena.

**Efek samping:** nyeri kepala, hidung berair dan tersumbat, diare, mual, muntah, kram otot, anemia, demam, gangguan penglihatan, nyeri otot, kejang, sakit perut, nyeri muskuloskeletal, kram otot.

## 10. Omeprazole

**Indikasi:** mengobati tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan

duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi H. pylori pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.

**Kontraindikasi:** Obat ini tidak boleh diberikan pada pasien yang mempunyai reaksi alergi terhadap obat.

**Efek samping:** nyeri perut dan sakit kepala, rendahnya kadar kalium dalam darah, yang menimbulkan gejala berupa kram otot, detak jantung yang tidak normal (lambat, cepat, atau tidak beraturan), dan kejang. Bertambah parahnya gejala pada penderita lupus, gangguan pencernaan, seperti diare yang berkelanjutan serta adanya darah atau lendir pada tinja. Kekurangan vitamin B12, yang menyebabkan keluhan lemas, sariawan, mati rasa, dan kesemutan pada tangan atau kaki dan reaksi alergi obat, seperti munculnya ruam, pusing, hingga sesak napas

#### 11. **Ketorolac**

**Indikasi :** mengobati nyeri akut sedang sampai berat setelah prosedur bedah.

**Kontraindikasi :** obat ini tidak boleh di berikan kepada penderita asma, stroke, diabetes, kaki atau tangan bengkak, penyakit jantung, gangguan ginjal, penderita penyakit jantung

**Efek samping :** mengantuk, pusing, sakit kepala, demam, nyeri dada, kejang, perubahan mental dan sensorik, berkeringat, mulut kering, mudah haus.

### Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Trisnida Apriyati

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan cedera kepala sedang di Ruang Neurologi Kamar 1102 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1.	Kamis, 9 Maret 2023	Pengarahan mengenai pengam- bitan kasus kelolaan dan ujian praktik	
2.	Senin, 20 Maret 2023	BAB I :- Benar Format - margin 4,5,3 - pembahasan jangan terlalu luas	
3.	Senin, 10 April 2023	BAB I :- Tambahkan keterta- rikan pengambilan kasus - peran perawat di tambahkan - Perbaiki sitasi	
4.	Senin, 8 Mei 2023	BAB I Acc	
5.	Rabu, 17 Mei 2023	BAB II :- Tambahkan kational - Tambahkan nervus - Perbaiki format	



### Lembar Konsultasi

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Trisnida Apriyati

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan cedera kepala sedang di Ruang Neurologi Kamar 1102 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
6	Rabu, 24 Mei 2023	BAB II ACC minor - Perbaiki vitaf	
7	Rabu, 31 Mei 2023	BAB III: Penempatan data sesuai Diagnosa - Benarkan cara penulisan Obat	
8	Kamis, 1 Juni 2023	BAB III: - Ubah cara penulisan waktu pada implementasi	
9	Senin, 5 Juni 2023	BAB III ACC	
10	Selasa, 6 Juni 2023	BAB IV : - Perbaiki semua Saran	
11	Rabu, 7 Juni 2023	BAB IV : - Perbaiki Analisa data	
12	Kamis, 8 Juni 2023	BAB IV ACC	

**Lembar Konsultasi**

Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Trisnida Apriyati

Judul : Asuhan Keperawatan pada Tn.S dengan cedera kepala  
sedang di Ruang Neurologi Kamar 1102 Lantai 11 RSUD  
Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
13	Jum'at 9 Juni 2023	BAB 4 : - semua catatan harus sesuai kasus	
14	sabtu, 10 Juni 2023	BAB 4 ACE	
15	Sabtu, 10 Juni 2023	Perhatikan untuk sidang	