



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN CEDERA
KEPALA RINGAN DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1107 LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

ELIN RUPIANI

2011013

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.P DENGAN CEDERA
KEPALA RINGAN DI RUANG NEUROLOGI
KAMAR 1107 LANTAI 11 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

**Diajukan sebagai persyaratan dalam menyelesaikan
Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan**

ELIN RUPIANI

2011013

**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 : Elin Rupiani

NIM : 2011013

Tanda tangan : 

Tanggal : 14 Juni 2023

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan pada Tn.P dengan Cedera
Kepala Ringan di Ruang Neurologi
Kamar 1107 Lantai 11 RSUD Koja
Jakarta Utara

Pembimbing



(Enni Juliani, M. Kep)

Penguji I



(Ns. Fendy Yesayas, M. Kep)

Penguji II



(Ns. Jehan Puspasari, M. Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan



(Ellynia, SE., M.M)

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 dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Saya menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari 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 terimakasih kepada :

1. Ibu Ellynia, S.E., M.M selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada Jakarta.
2. Ibu Enni Juliani, M. Kep., selaku dosen pembimbing yang telah banyak menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam menyusun Tugas Akhir ini.
3. Pak Ns., Fendy Yesayas, M.Kep., selaku dosen penguji dalam penulisan Tugas Akhir.
4. Ibu Ns. Jehan Puspasari, M.Kep., selaku dosen penguji dalam penulisan Tugas Akhir.
5. Ns. Tri Setyaningsih, M.Kep.,Sp.Kep.J., selaku Pembimbing Akademik, terimakasih untuk segala kasih sayang yang sudah ibu berikan.
6. Kepala ruangan, Perawat dan Seluruh Staff ruangan Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Koja yang telah memberikan kesempatan kepada saya untuk melakukan asuhan keperawatan diruangan.
7. Tn. P dan keluarga terima kasih atas bantuan dan kerjasamanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
8. Ibuku tersayang tercinta Empay Sapuroh dan Bapak Elan Rukanda (Alm), terima kasih yang sebesar besarnya atas do'a dan dukungannya dalam penyelesaian Tugas Akhir ini.

9. Kakaku Endang Rukmana S.TI dan Muhammad Tarmizi S.M yang telah mampu membiayai Pendidikan ku sampai selesai, terima kasih selalu memberikan semangat, dukungan dan motivasi untuk penulis dalam menyelesaikan Pendidikan di STIKes RS Husada.
10. Sahabatku Bety Siva Mahesa dan Faizah Husnul Khotimah yang selalu memberikan support dan dukungannya selalu sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir.
11. Teman-teman Alfina, Okta, Farah Raihani, Farah Raihana, Amelia Ramanda, Meisya yang selalu ada, selalu memberikan dukungan sehingga penulis dapat menyelesaikan Tugas Akhir ini.
12. Rekan-rekan mahasiswa/I kelas 3A STIKes RS Husada yang telah memberikan bantuan secara langsung maupun tidak langsung.
13. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu yang telah berperan dalam menyelesaikan Tugas Akhir ini.

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 ORISINILITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
DAFTAR LAMPIRAN	vii
BAB I : PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	4
C. Ruang Lingkup	4
D. Metode Penulisan.....	4
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II : TINJAUAN TEORI	
A. Pengertian	6
B. Patofisiologi	7
C. Penatalaksanaan	11
1. Terapi	11
2. Tindakan Medis Yang Bertujuan Untuk Pengobatan	12
D. Pengkajian Keperawatan	14
E. Diagnosa Keperawatan	20
F. Perencanaan Keperawatan	20
G. Pelaksanaan Keperawatan	28
H. Evaluasi Keperawatan.....	28
BAB III : TINJAUAN KASUS	
A. Pengkajian	29
B. Diagnosa	45
C. Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi	45
BAB IV: PEMBAHASAN	
A. Pengkajian	59
B. Diagnosa	63
C. Perencanaan	65
D. Pelaksanaan	67
E. Evaluasi	68
BAB V : PENUTUP	
A. Kesimpulan.....	71
B. Saran.....	73
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Gambar Pathway	76
Lampiran 2 : Analisa Obat	77
Lampiran 3 : Satuan Acara Penyuluhan.....	80
Lampiran 4 : Lembar Balik	87
Lampiran 5 : Leaflet.....	91
Lampiran 6 : Lembar Konsultasi	92

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera kepala adalah trauma yang mengenai kulit kepala, tulang tengkorak, atau otak dan terjadi akibat cedera langsung atau tidak langsung, dengan atau tanpa perdarahan, sehingga mengakibatkan gangguan fungsi otak (Szar, 2018). Cedera kepala ringan merupakan salah satu klasifikasi dari cedera kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya kerusakan pada fungsi persarafan serta penurunan kesadaran pada seseorang tanpa menimbulkan kerusakan pada organ lainnya. Selain itu cedera kepala ringan dapat disebabkan adanya trauma yang pada kepala dengan nilai GCS: 14-15, tidak terdapat penurunan kesadaran, biasanya terdapat keluhan pusing dan nyeri akut, serta lecet atau luka pada kepala maupun terjadi perdarahan di otak (Ada et al., 2019).

Sampai saat ini, kasus cedera kepala masih menjadi penyebab kematian dan kecacatan. Berdasarkan laporan dari sekitar (*World Health Organization, 2018*) 16.500 orang meninggal di seluruh dunia setiap hari yang diakibatkan oleh semua jenis cedera. Prevalensi kejadian cedera kepala di Indonesia berada pada angka 11,9 %. Cedera kepala pada anggota gerak bawah dan bagian anggota gerak atas dengan prevalensi masing-masing 67,9% dan 32,7%, dapat dikelompokkan juga sebagai cedera kepala ringan, 10% termasuk cedera kepala sedang, dan 10%

lainnya termasuk cedera kepala berat. Kejadian cedera kepala yang terjadi di Indonesia provinsi Bali memiliki prevalensi sebesar 10,7% , dimana provinsi dengan cedera kepala tertinggi yaitu provinsi Gorontalo dengan prevalensi 17,9% (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2019). Insiden cedera kepala di DKI Jakarta terdapat kasus cedera kepala sebanyak 33.900 jiwa (Riskesdas, 2018). Data hasil rekam medis RSUD Koja pasien rawat inap yang mengalami penyakit cedera kepala ringan dalam periode Januari 2022-2023 jumlah pasien cedera kepala ringan sebanyak 33 orang. Persentase di ruang rawat inap sekitar 16% dan kasus keseluruhan sekitar 18%.

Cedera kepala dapat berdampak buruk pada persarafan otak manusia, sehingga komplikasi dan gejala sistemik dapat menjadi kompleks. Gejala pada setiap pasien cedera kepala akan berbeda-beda berdasarkan tingkat keparahan cedera kepala dan dapat berupa pusing, sakit kepala, penurunan kesadaran, muntah, dan lainnya. Komplikasi yang terjadi timbul akibat anatomi dan fisiologi isi rongga tengkorak yang beragam dan kompleks. Komplikasi dari cedera kepala termasuk perdarahan tengkorak, peningkatan tekanan intrakranial, dan penurunan tekanan perfusi serebral. Jika semakin parah, bisa juga mengalami bradikardia (denyut nadi lemah) dan akan mengakibatkan berkurangnya respirasi. Jika tekanan dalam otak terus meningkat dan semua tanda vital terganggu maka akan mengakibatkan kematian (Safitri, 2021).

Tujuan utama dalam penatalaksanaan cedera kepala adalah untuk mengoptimalkan pemulihan dari cedera kepala primer dan mencegah cedera kepala sekunder. Oleh karena itu perawat sebagai salah satu tenaga kesehatan mempunyai peran penting dalam penatalaksanaan kasus ini yang meliputi upaya

promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative. Upaya promotif dilakukan dengan memberikan penjelasan kepada pasien tentang kondisi dan pengobatan penyakit serta perawatan di rumah pada pasien dengan cedera kepala. Upaya preventif dilakukan dengan mencegah komplikasi dari luka yang di timbulkan trauma seperti infeksi dengan melakukan perawatan secara aseptik serta komplikasi lain yang mungkin timbul misalnya edema serebral dengan mengontrol tekanan intrakranial. Upaya kuratif dilakukan dengan stabilitas kardiopulmoner yang mencakup prinsip-prinsip *Airway, Breathing, Circulation* (ABC), mengelola antibiotic, analgetic, anti edema serebri sesuai program dan upaya rehabilitative dilakukan dengan memantau status neurologis termasuk tanda-tanda vital (Ayudita, 2019).

Berdasarkan data dan penjelasan dari latar belakang di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan asuhan keperawatan langsung pada pasien dengan Cedera Kepala Ringan.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Penulis memperoleh pengalaman nyata dalam memberi asuhan keperawatan, serta dapat menerapkan ilmu dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKR

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus karya tulis ilmiah ini adalah, penulis mampu :

- a. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada pasien dengan CKR
- b. Mampu menentukan masalah pada pasien dengan CKR
- c. Mampu melakukan merencanakan masalah pada pasien dengan CKR

- d. Mampu melakukan Tindakan keperawatan pada pasien dengan CKR
- e. Mampu melakukan evaluasi keperawatan pada pasien dengan CKR
- f. Mampu mengidentifikasi kesenjangan yang terdapat antara teori dan kasus keperawatan pada pasien dengan CKR
- g. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat dan mencari pemecahan masalah atau solusi dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKR
- h. Mampu mendokumentasikan seluruh tahap proses keperawatan pada pasien dengan CKR

C. Ruang Lingkup

Penulisan karya tulis ilmiah ini hanya mencakup satu kasus kelolaan yaitu: Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.P Dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Neurologi Kamar 1107 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara yang dilakukan selama 3 x 24 jam dari tanggal 20 sampai dengan 22 Maret 2023.

D. Metode Penulisan

Metode dalam penulisan karya tulis ilmiah ini menggunakan metode deskriptif yang dilakukan dengan cara meneliti dengan cara mengumpulkan data, menganalisa dan menarik kesimpulan yang selanjutnya disajikan dalam bentuk narasi dengan pemecahan masalah sesuai masalah yang ditemukan. Strategi pendekatan yang dipakai adalah metode studi kasus. Data dan informasi dalam penulisan penelitian ini diperoleh melalui tanya jawab dan interaksi langsung dengan pasien, keluarga, perawat, dokter dan tim kesehatan lainnya. Studi kepustakaan yaitu suatu cara untuk memperoleh teori-teori penelitian baik dari aspek teori medis maupun aspek teori keperawatan yang berhubungan dengan

penyusunan penulisan. Studi kasus yaitu memberikan asuhan keperawatan secara langsung kepada klien, melalui pemecahan masalah yang ada untuk diberikan jalan keluar melalui proses keperawatan.

E. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan karya tulis ilmiah ini disusun secara sistematis yang terdiri dari BAB I, pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. Pada BAB II, tinjauan teori terdiri dari pengertian, patofisiologi, penatalaksanaan, konsep Kesehatan, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. BAB III, merupakan tinjauan kasus asuhan keperawatan pada pasien dengan dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Neurologi Rumah Sakit Umum Daerah Koja terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan . BAB IV, pembahasan terdiri dari perbandingan pada kasus dan teori yang meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. BAB V, penutup terdiri dari kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Pengertian

Cedera kepala yaitu 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 perdarahan yang mengakibatkan gangguan fungsi otak. Gangguan fungsi otak dapat berupa gangguan fisik, kognitif, dan psikososial baik temporer maupun permanen (Szar, 2018).

Cedera kepala (*trauma capitis*) merupakan cedera mekanik yang secara langsung maupun tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka di kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta mengakibatkan gangguan neurologis. Dengan demikian cedera kepala merupakan suatu proses terjadinya cedera langsung maupun deselerasi terhadap kepala yang dapat menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak (Mahardika, 2021).

Cedera kepala ringan adalah salah satu klasifikasi dari cedera kepala yang dapat mengakibatkan terjadinya kerusakan pada fungsi persarafan serta penurunan kesadaran pada seseorang tanpa menimbulkan kerusakan pada organ lainnya (Ada et al., 2019).

B. Patofisiologi

1. Etiologi

Penyebab terjadinya cedera kepala berdasarkan saat kejadiannya terdiri dari cedera kepala primer dan cedera kepala sekunder. Cedera kepala primer merusak jaringan otak langsung akibat trauma, sedangkan cedera kepala sekunder akibat peluasan kerusakan jaringan otak melalui proses patologis yang berkelanjutan (Szar, 2018).

Cedera kepala primer adalah akibat cedera langsung dari kekuatan mekanik (akselerasi rotasi, kompresio, dan peregangan akibat akselerasi atau deselerasi) yang merusak jaringan otak saat cedera terjadi (hancur, robek, memar dan pendarahan). Tekanan dapat memberi efek pada neuron, glia dan pembuluh darah, yang akan mengakibatkan kerusakan local, 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 traumatic dan DAI (Szar, 2018).

Berdasarkan *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), klasifikasi berdasarkan mekanismenya, cedera kepala dibagi menjadi (Szar, 2018).

- 1) Cedera kepala tumpul, biasanya disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor, jatuh ataupun terkena pukulan benda tumpul.
- 2) Cedera kepala tembus, biasanya disebabkan oleh luka tusukan atau luka tembak.

2. Proses

Benturan yang terjadi pada kepala dapat menyebabkan cedera akibat tekanan berlebihan pada otak dan jaringan pendukungnya. Cedera ini dapat terjadi pada kulit kepala, di bawah *aponeurosis galeal* (subgaleal), antara dura dan tengkorak (epidural), antara dura *arachnoid* (subdural), atau di otak (intraserebral). Kontusio serebri dapat terjadi pada permukaan kortikal. Selain pada titik benturan kerusakan fokal dapat pula terjadi pada kutub yang berlawanan dari otak sepanjang garis gaya (*contrecoup*), gerakan rotasi dan lateral otak di dalam tengkorak merupakan penyebab kerusakan utama otak. Gerakan ini memungkinkan otak bergerak dan bergesekan dengan permukaan kasar dasar tengkorak, sehingga menyebabkan tegangan dan regangan akson serta pembuluh darah (Szar, 2018).

3. Manifestasi Klinik

Menurut Szar, (2018) dan Heckman et al., (2019) mengatakan, cedera kepala dapat diklasifikasikan berdasarkan patologi, lokasi lesi, dan derajat kesadaran menurut *Glasgow Coma Scale* (GCS). Berdasarkan patologi, cedera kepala dibedakan menjadi :

a. *Komosio serebri*

Manifestasi klinis komosio serebri tidak berat, umumnya kesadaran menurun tidak lebih dari 30 menit. Setelah itu terjadi pemulihan seperti sebelum terjadi cedera kepala. Namun pada umumnya pasien akan mengalami amnesia pasca trauma. Gambaran CT scan dan MRI menunjukkan hasil normal, walaupun sebenarnya sudah terjadi kerusakan secara mikroskopik pada akson (Szar, 2018).

b. Kontusio serebri dan laserasio serebri

Kontusio dan perdarahan intraserebral ditemukan pada sebagian besar pasien yang tetap koma lebih dari 24 jam. Kontusio dan perdarahan intraserebral dapat ditemukan di bawah titik trauma (lesi *coup*), atau pada sisi kontra lateral titik trauma (lesi *contercoup*). Lesi *coup* umumnya terjadi pada kasus akselerasi cepat, berbeda dengan lesi *contercoup* yang terjadi pada deselerasi cepat. Kontusio serebri sering terjadi pada area lobus frontal dan temporal (Szar, 2018).

c. Cedera fokal akan terjadi kontusio dan laserasio serebri, terjadi juga perdarahan (hematom) intrakranial :hematom epidural, hematom subdural, dan hematom intraparenkim (Szar, 2018).

1) Hematom epidural

Perdarahan ini terjadi di antara tabula interna dan duramater. Hematom epidural dapat terjadi secara masif karena pecahnya arteri meningeal media atau sinus venosus yang disertai fraktur tulang temporal atau parietal. Secara klinis dapat ditandai dengan selang waktu antara keadaan sadar setelah kejadian dengan terjadinya penurunan kesadaran. Pada awal terjadinya cedera kepala, pasien dapat tetap sadar, atau kesadaran pasien akan menurun (pingsan), selanjutnya pasien akan sadar penuh, tetapi akan mengalami kehilangan kesadaran kembali beberapa saat kemudian karena membesarnya perdarahan. Gejala dan tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti nyeri kepala dan muntah dapat ditemukan karena terjadinya akumulasi darah akan meningkatkan volume di dalam

tengkorak, sementara tengkorak memiliki daya akomodasi yang terbatas. Dapat dijumpai juga efek cushing berupa *bradikardi* (frekuensi nadi < 60 kali/menit) dan meningkatnya tekanan darah (Heckman et al., 2019).

2) Hematom subdural

Perdarahan ini terjadi di antara durameter dan arachnoid. Gejala klinis mirip dengan hematoma epidural, namun pada hematoma subdural sering ditemui kejang. Hematom subdural ini umumnya berada kontralateral terhadap fraktur tengkorak. Kejadian trauma dapat tidak disadari, kemudian dalam beberapa minggu setelahnya muncul gejala dan tanda klinis berupa perubahan status mental (berpikir lambat, apatis), nyeri kepala deficit neurologis fokal, peningkatan tekanan intrakranial, dan kejang fokal. Berdasarkan derajat kesadaran cedera kepala dibedakan menjadi : Cedera kepala minimal : GCS 15, tidak ada pingsan, tidak ada defisit neurologis, *CT scan* otak normal. Cedera kepala ringan : GCS 13-15, pingsan kurang dari 10 menit, tidak ada defisit neurologis, *CT scan* normal. Cedera kepala sedang : GCS 9-12, pingsan lebih dari 10 menit sampai dengan 6 jam, terdapat defisit neurologis, *CT scan* otak abnormal. Cedera kepala berat : GCS 3-8, pingsan lebih dari 6 jam, terdapat defisit neurologis, *CT scan* abnormal (Heckman et al., 2019).

4. Komplikasi

Cedera kepala yang parah dapat menyebabkan komplikasi dan mengancam otak secara permanen. Dengan demikian, setiap komplikasi yang timbul harus

segera ditangani secara efektif. komplikasi yang terjadi antara lain (Debi et al., 2022) :

a. Gangguan kesadaran

Gangguan ini mempengaruhi kesadaran dalam kemampuan membuka mata dan refleks dasar, serta kesadaran (pikiran dan tindakan yang lebih kompleks, seperti mengikuti arahan, fungsi memori, dan berkomunikasi).

b. Kerusakan otak

Kerusakan otak dapat terjadi akibat peningkatan tekanan pada otak yang diakibatkan oleh bekuan darah antara tengkorak dan permukaan otak (hematoma subdural) atau perdarahan di dalam dan di sekitar otak (perdarahan subarachnoid). Setelah cedera otak, risiko epilepsi juga meningkat.

c. Kesadaran dalam kemampuan

Pasien cedera kepala mungkin akan merasa sulit untuk berpikir, memproses informasi dan memecahkan masalah. Pasien mungkin juga mengalami masalah pada ingatan, terutama memori jangka pendek, dan kesulitan berbicara dan berkomunikasi.

C. Penatalaksanaan

Menurut Szar, (2018) dan Yudawijaya, (2022) mengatakan terapi yang diberikan pada pasien cedera kepala ringan yaitu

1. Terapi

a. Cairan intravena

Pertahankan status cairan euvolemik, hindari dehidrasi, jangan menggunakan cairan hipotonis /glukosa (Szar, 2018).

b. Terapi nyeri

Pada CKR ada beberapa yang harus dipertimbangkan pada saat pemilihan obat pada nyeri akut yang biasanya bersifat nosiseptif, pilihan utama adalah golongan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS). OAINS bekerja terutama mengurangi sintesis prostaglandin, sehingga menghambat kaskade inflamasi dan sensitisasi reseptor nosiseptif. Golongan salisilat seperti parasetamol merupakan satu-satunya OAINS yang bekerja sentral dan tidak menghambat protaglandin, sehingga aman bagi lambung (Szar, 2018).

c. Terapi prevensi kejang

Pada kejang awal dapat mencegah cedera lebih lanjut, peningkatan TIK, penghantaran dan konsumsi oksigen, pelepasan neuro transmitter yang dapat mencegah berkembangnya kejang onset lambat (mencegah efek kindling). Pemberian terapi profilaksis dengan fenitoin, karbamazepin efektif pada minggu pertama. Harus dievaluasi adanya faktor-faktor yang lain misalnya: hipoglikemi, gangguan elektrolit, infeksi. Terapi suportif yang lain: pasang kateter, nasogastrik tube, koreksi gangguan elektrolit, kontrol ketat glukosa darah, regulasi temperatur, profilaksi DVT, ulkus stress, ulkus dekubitus, sedasi dan blok neuro muscular, induksi hipotermi (Yudawijaya, 2022)

2. Tindakan medis yang bertujuan untuk pengobatan

Pemeriksaan laboratorium darah, pemeriksaan kadar elektrolit, pada pasien koma sering ditemui hiponatremia akibat gangguan pengaturan hormon diuretik. Kadar magnesium juga dapat menurun pada fase akut

akibat proses eksitotoksik. Pemeriksaan faktor koagulasi (aPTT, PT, trombosit), pasien orang tua mungkin sedang dalam pengobatan dengan antikoagulan. Pemeriksaan ini juga bermanfaat untuk menilai risiko perdarahan intrakrania. Kadar alkohol dalam darah, untuk menyingkirkan penyebab penurunan kesadaran atau disorientasi (Lemone, 2015).

Prinsip tatalaksana awal semua kasus cedera kepala bertujuan menjaga kestabilan hemodinamik, penanganan segera cedera primer dan mencegah terjadinya cedera sekunder. Stabilisasi jalan napas, pernapasan dan sirkulasi, Intubasi dan ventilasi mekanik dilakukan jika terdapat : GCS kurang atau sama dengan 8, perburukan GCS yang signifikan, fraktur wajah yang tidak stabil, perdarahan massif dari mulut, pernafasan ireguler. Imobilisasi vertebra servikal. *Collar neck* diindikasikan pada cedera kepala dengan adanya salah satu tanda yaitu : GCS awal kurang dari 15, nyeri leher, defisit neurologis fokal, prestesi di ekstremitas, adanya kecurigaan cedera vertebra servikal. Observasi tanda vital dan status neurologis (standar minimal GCS, pupil, dan kekuatan motorik). Jika GCS < 15, observasi tiap 30 menit sampai GCS mencapai 15. Jika GCS 15, observasi yang pertama tiap 30 menit pada 2 jam pertama, tiap 1 jam pada 4 jam berikutnya, tiap 2 jam berikutnya (Lemone, 2015).

D. Pengkajian Keperawatan

Menurut Ayudita, (2019) mengatakan, asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala meliputi:

1. Pengkajian

a. Identitas pasien

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

b. Identitas penanggung jawab

Berisikan biodata penanggung jawab pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku, hubungan dengan pasien, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat.

c. Keluhan utama

Keluhan yang sering menjadi alasan pasien untuk memnita pertolongan kesehatan tergantung dari seberapa jauh dampak trauma kepala disertai penurunan tingkat kesadaran. Biasanya pasien akan mengalami penurunan kesadaran dan adanya benturan serta perdarahan pada bagian kepala pasien yang disebabkan oleh kecelakaan ataupun tinda kejahatan.

d. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat kesehatan sekarang

Berisikan data adanya penurunan kesadaran ($GCS < 15$), latergi, mual dan muntah, sakit kepala, wajah tidak simetris, lemah, paralysis, perdarahan,fraktur, hilang keseimbangan, sulit menggenggam, amnesia seputar kejadian, tidak bisa beristirahat, kesulitan mendengar, mengecap dan mencium bau, sulit mencerna atau menelan makanan

2) Riwayat kesehatan dahulu

Berisikan data pasien pernah mengalami penyakit system persyarafan, Riwayat trauma masa lalu, riwayat penyakit sistemik atau pernafasan

kardiovaskuler, riwayat hipertensi, riwayat cedera kepala sebelumnya, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, dan konsumsi alcohol.

3) Riwayat kesehatan keluarga

Berisikan data ada atau tidaknya riwayat penyakit turunan seperti hipertensi, diabetes melitus dan lain sebagainya

e. Pemeriksaan fisik

Menurut Fachruddin (2020) mengatakan, pemeriksaan fisik CKR yaitu terdiri dari :

1) Tingkat kesadaran

a) Kuantitatif dengan penilaian *Glasgow Coma Scale*

Mata :

Poin 1: mata tidak bereaksi dan tetap terpejam meski telah diberi rangsangan, seperti cubitan pada mata., Poin 2: mata terbuka setelah menerima rangsangan. Poin 3: mata terbuka hanya dengan mendengar suara atau dapat mengikuti perintah untuk membuka mata. Poin 4: mata terbuka secara spontan tanpa perintah atau sentuhan.

Suara :

Poin 1: tidak mengeluarkan suara sedikit pun meski sudah dipanggil atau diberi rangsangan. Poin 2: suara yang keluar berupa rintihan tanpa kata-kata. Poin 3: suara terdengar tidak jelas atau hanya mengeluarkan kata-kata, tetapi bukan kalimat yang

jelas. Poin 4: suara terdengar dan mampu menjawab pertanyaan, tetapi orang tersebut tampak kebingungan atau percakapan tidak lancar. Poin 5: suara terdengar dan mampu menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan benar serta sadar penuh terhadap lokasi, lawan bicara, tempat, dan waktu.

Verbal :

Poin 1: tidak mampu menggerakkan tubuhnya sama sekali walau sudah diperintahkan atau diberi rangsangan nyeri. Poin 2: hanya dapat mengepalkan jari tangan dan kaki atau meluruskan kaki dan tangan saat diberi rangsangan nyeri. Poin 3: hanya mampu menekuk lengan dan memutar bahu saat diberi rangsangan nyeri. Poin 4: mampu menggerakkan tubuh menjauhi sumber nyeri ketika dirangsang nyeri. Misalnya, orang tersebut merespons dengan menarik tangannya ketika dicubit. Poin 5: mampu menggerakkan tubuhnya ketika diberikan rangsangan nyeri dan orang tersebut dapat menunjukkan lokasi nyeri. Poin 6: mampu melakukan gerakan tubuh apa pun saat diperintahkan.

b) Kualitatif

Compos Mentis (conscious), yaitu kesadaran normal, sadar sepenuhnya, dapat menjawab semua pertanyaan tentang keadaan sekelilingnya, nilai GCS: 15 - 14. Apatis, yaitu keadaan kesadaran yang segan untuk berhubungan dengan sekitarnya, sikapnya acuh tak acuh, nilai GCS: 13 - 12. Delirium, yaitu gelisah, disorientasi (orang, tempat, waktu), memberontak,

berteriak-teriak, berhalusinasi, kadang berhayal, nilai GCS: 11-10. Somnolen (Obtundasi, Letargi), yaitu kesadaran menurun, respon psikomotor yang lambat, mudah tertidur, namun kesadaran dapat pulih bila dirangsang (mudah dibangunkan) tetapi jatuh tertidur lagi, mampu memberi jawaban verbal, nilai GCS: 9 – 7. Stupor (soporo koma), yaitu keadaan seperti tertidur lelap, tetapi ada respon terhadap nyeri, nilai GCS: 6 – 4. Coma (comatose), yaitu tidak bisa dibangunkan, tidak ada respon terhadap rangsangan apapun (tidak ada respon kornea maupun reflek muntah, mungkin juga tidak ada respon pupil terhadap cahaya), nilai GCS: ≤ 3

2) Disorientasi tempat atau waktu

Kehilangan kesadaran, amnesia, perubahan kesadaran sampai koma penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang.

3) Refleksi patologis dan fisiologis

Pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflex patologis

4) Perubahan status mental

Cedera kepala dapat menyebabkan cacat permanen, gangguan mental, dan bahkan kematian. Gegar otak menyebabkan perubahan status mental seseorang dan dapat mengganggu fungsi otak dari otak.

5) Nervus cranialis XII

NI: penurunan daya penciuman. Cara Pemeriksaan: pasien memejamkan mata, disuruh membedakan bau yang dirasakan.

NII: pada trauma frontalis terjadi penurunan penglihatan. Cara Pemeriksaan: Dengan snelend card, dan periksa lapang pandang

NIII, NIV, NVI: penurunan lapang pandang, reflex cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor. Cara Pemeriksaan: Tes putaran bola mata, menggerakkan konjungtiva, refleks pupil dan inspeksi kelopak mata.

NV: gangguan mengunyah. Cara Pemeriksaan: menggerakkan rahang kesemua sisi, pasien memejamkan mata, sentuh dengan kapas pada dahi atau pipi. menyentuh permukaan kornea dengan kapas.

NVII, NXII: lemahnya penutupan kelopak mata, hilangnya rasa pada 2/3 anterior lidah. Cara pemeriksaan: senyum, bersiul, mengangkat alis mata, menutup kelopak mata dengan tahanan, menjulurkan lidah untuk membedakan gula dan garam serta pasien disuruh menjulurkan lidah dan menggerakkan dari sisi ke sisi.

NVIII: penurunan pendengaran dan keseimbangan tubuh. Cara pemeriksaan: test webber dan rinne

NIX, NX, NXI: jarang ditemukan. Cara pemeriksaan: membedakan rasa manis dan asam, menyentuh faring posterior, pasien menelan saliva, disuruh mengucap ah, suruh pasien untuk menggerakkan bahu dan lakukan tahanan sambil pasien melawan tahanan tersebut (Morris, 2017).

6) Status motoric

Skala kelemahan otot : tidak ada kontrak

- 1 : ada kontraksi
- 2 : bergerak tidak bisa menahan gravitasi
- 3 : bergerak mampu menahan gravitasi
- 4 : normal

7) Perubahan kognitif

- a) Perubahan pupil atau penglihatan kabur, diplopia, foto pobhia, kehilangan sebagian lapang pandang.
- b) Perubahan tanda – tanda vital.
- c) Gangguan pengecap dan penciuman serta pendengaran.
- d) Peningkatan TIK

Tekanan Intra Kranial (TIK) adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intracranial dan cairan cerebrospiral di dalam tengkorak pada 1 satuan waktu. Keadaan normal dari TIK bergantung pada posisi pasien dan berkisar ± 15 mmHg. Karena keterbatasan ruang ini untuk ekspansi di dalam tengkorak, adanya peningkatan salah 1 dari komponen ini menyebabkan perubahan pada volume darah cerebral tanpa adanya perubahan, TIK akan naik. Peningkatan TIK yang cukup tinggi, menyebabkan turunnya batang otak (Herniasi batang otak) yang berakibat kematian.

- e) Sakit kepala dengan intensitas dan lokasi berbeda
- f) Respons menarik diri pada rangsangan nyeri yang hebat

f. Pemeriksaan diagnostic

- 1) X-ray/CT scan : Hematom serebral, Edema serebral, Perdarahan intracranial, Fraktur tulang tengkorak
- 2) MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) : Dengan/tanpa mempengaruhi kontras.
- 3) Angiografi serebral : menunjukkan kelainan sirkulasi serebral
- 4) EEG (*electroencephalography*) : memperlihatkan keberadaan atau berkembangnya gelombang patologis.
- 5) BAER (*Brain Auditory Evoked Respons*) : menentukan fungsi korteks dan batang otak.
- 6) PET (*Positron Emission Tomography*) : menunjukkan perubahan aktivitas metabolisme pada otak.

E. Diagnosa Keperawatan

Lemone (2015) dan PPNI (2017) mengatakan, kemungkinan Diagnosa Keperawatan yang bisa muncul pada pasien dengan CKR diantaranya:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif
3. Risiko Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna dan menelan makanan
4. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer
5. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit
6. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik
7. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

F. Perencanaan Keperawatan

Rencana keperawatan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosa keperawatan. Berikut intervensi yang dapat dilakukan menurut (Doenges, 2019).

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Tujuan : Tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun, Meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun, Frekuensi nadi membaik

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri

Rasional : untuk mengetahui lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri

- b. Identifikasi skala nyeri

Rasional : agar perawat mengetahui tingkat cedera yang dirasakan oleh pasien

- c. Identifikasi respon nyeri non verbal

Rasional : agar perawat mengetahui tingkatan nyeri yang sebenarnya dirasakan pasien

- d. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Rasional : agar perawat dapat mengurangi factor-faktor yang dapat memperparah nyeri yang dirasakan pasien

- e. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri

Rasional : agar perawat mengetahui sejauh mana pemahaman dan pengetahuan pasien terhadap nyeri yang dirasakannya

- f. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Rasional : untuk mencegah terjadinya penurunan kualitas hidup dari pasien itu sendiri

- g. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan

Rasional : agar perawat mengetahui sejauh mana kemajuan yang dialami pasien setelah dilakukan terapi komplementer

- h. Monitor efek samping penggunaan analgetic

Rasional : agar ketika timbul ciri-ciri abnormal pada tubuh pasien perawat dapat menghentikan pemberian obat analgetic itu sendiri

- i. Terapeutik : Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (mis: TENS, hypnosis, akupresur, terapi music, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, Teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)

Rasional : Mengurangi tingkat nyeri pasien/ mengalihkan pasien dari rasa nyerinya

- j. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)

Rasional : Mengurangi resiko factor yang dapat memperberat nyeri/menimbulkan nyeri

- k. Fasilitasi istirahat dan tidur

Rasional : Mengalihkan dan memenuhi kebutuhan istirahat pasien

- l. Edukasi : Jelaskan penyebab dan periode dan pemicu nyeri

Rasional : Memberikan informasi terkait nyeri yang dirasakan pasien

m. Kolaborasi : Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

Rasional : Mengurangi/ menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien

2. Risiko Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna dan menelan makanan

Tujuan : keadeguan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme membaik.

Kriteria hasil : Porsi makan yang dihabiskan meningkat, Berat badan membaik, Indeks massa tubuh (IMT) membaik

a. Identifikasi status nutrisi

Rasional : mengetahui kebutuhan nutrisi yang diperlukan sehingga dapat menentukan perencanaan yang akan diberikan

a. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan

Rasional : untuk mengetahui adanya alergi pada pasien

b. Identifikasi makanan yang disukai

Rasional : jika makanan yang disukai pasien dapat dimasukkan dalam perencanaan makanan, maka mempermudah dalam pemenuhan nutrisi

c. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient

Rasional : untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan pasien

d. Monitor adanya mual muntah

Rasional : mual muntah mempengaruhi pemenuhan nutrisi, dengan mengetahui karakteristik dan faktor-faktor penyebab mual maka dapat memudahkan dalam menentukan perencanaan yang akan diberikan

e. Monitor berat badan

Rasional : membantu dalam mengidentifikasi defisit nutrisi dan kebutuhan diet

3. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

Tujuan : tingkat infeksi menurun

Kriteria hasil : Demam menurun, Kemerahan menurun, Nyeri menurun, Bengkak menurun, Kadar sel darah putih membaik

a. Memonitor vital sign dan kaji adanya peningkatan suhu

Rasional : adanya peningkatan suhu menunjukkan adanya tanda- tanda infeksi

b. Lakukan prinsip steril dalam perawatan luka.

Rasional : untuk mencegah kontaminasi kuman masuk ke luka insisi sehingga menurunkan resiko terjadinya infeksi

c. Pantau hasil laboratorium pada pemeriksaan leukosit.

Rasional : angka leukosit yang tinggi, melebihi batas. normal menunjukkan tanda-tanda terjadinya infeksi

d. Kolaborasi dalam pemberian antibiotik sesuai advis dokter.

Rasional : untuk menurunkan terjadinya penyebaran organisme

4. Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit

Tujuan : Status kenyamanan meningkat berarti keseluruhan rasa nyaman dan aman secara fisik, psikologis, spiritual, sosial, budaya, dan lingkungan meningkat

Kriteria hasil : Keluhan tidak nyaman menurun, Gelisah menurun

- a. Identifikasi penurunan tingkat energy, ketidakmampuan berkonsentrasi atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
Rasional : Untuk mengetahui penyebab dari ketidakmampuan berkonsentrasi
- b. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
Rasional : Agar dapat membandingkan keefektifan relaksasi yang sebelumnya pernah digunakan dengan relaksasi yang akan diberikan
- c. Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan.
Rasional : Untuk mengevaluasi pengaruh relaksasi apabila pasien memiliki ketegangan otot sebelum dan sesudah latihan
- d. Monitor respon terhadap terapi relaksasi
Rasional : Mengetahui tingkat kecocokan pasien dengan terapi relaksasi yang diberikan
- e. Edukasi : Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia
Rasional : Agar pasien mengetahui jenis relaksasi yang sedang digunakan untuk mengatasi gangguan rasa nyaman yang pasien alami
- f. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik relaksasi
Rasional : Agar pasien mendapatkan manfaat yang optimal dengan melakukan relaksasi yang diberikan
- g. Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi
Rasional : Agar pasien mengetahui gerakan yang tepat sehingga akan mengoptimalkan manfaat yang akan didapat oleh pasien

5. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik

Tujuan : Mobilitas fisik meningkat berarti kemampuan dalam Gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri meningkat.

Kriteria hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat,

Rentang gerak (ROM) meningkat

a. Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi

Rasional : untuk mengetahui kemampuan pasien dalam melakukan aktivitasnya

b. Ajarkan pasien dan keluarga tentang teknik mobilisasi dini sesuai tahapannya

Rasional : meningkatkan proses penyembuhan dan kemampuan coping emosional pada pasien

c. Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan

Rasional : untuk mengetahui kondisi kesehatan pasien

d. Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan

Rasional : untuk mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan pasien

e. Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan.

Rasional : untuk memberikan pengetahuan kepada pasien mengenai perubahan posisi

- f. Dampingi dan Bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan pasien

Rasional : sebagai support system agar pasien semangat untuk segera pulih

6. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas

Tujuan : integritas kulit/jaringan meningkat

Kriteria hasil : Kerusakan jaringan menurun, Kerusakan lapisan kulit menurun

- a. Identifikasi penyebab gangguan integritas kulit (misalnya perubahan sirkulasi, perubahan status nutrisi, penurunan kelembaban, suhu lingkungan ekstrim, penurunan mobilitas)

Rasional : Mendeteksi penyebab dan tindakan yang diberikan dalam perawatan luka

- b. Terapeutik : Ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring

Rasional : Mencegah tekanan pada kulit

- c. Lakukan pemijatan pada area penonjolan tulang, jika perlu

Rasional : Memperlancar aliran darah

- d. Gunakan produk berbahan petroleum atau minyak pada kulit kering

Rasional : Menjaga kelembaban kulit

- e. Hindari produk berbahan dasar alkohol pada kulit kering

Rasional : Mencegah kekeringan pada kulit

G. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah penerapan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah di tetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan yang

meliputi pengumpulan data berkelanjutan, memantau pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru. Pelaksana harus mengetahui alasan bentuk-bentuk setiap intervensi, baik itu intervensi keperawatan maupun intervensi terapeutik, yaitu memahami respon fisiologis, psikologis normal dan abnormal, mampu mengidentifikasi kebutuhan dan pemulangan pasien, serta mengenali aspek-aspek promotif kesehatan pasien dan kebutuhan penyakitnya. Pada saat melaksanakan intervensi tersebut, harus berkomunikasi dengan jelas pada pasien, keluarganya dan anggota tim keperawatan kesehatan lainnya. Perhatian dan rasa saling percaya ditunjukkan ketika berkomunikasi secara terbuka dan jujur (Joyce M.Black, 2014).

H. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. Hal ini bertujuan untuk mengakhiri rencana tindakan keperawatan, memodifikasi rencana tindakan keperawatan serta meneruskan rencana tindakan keperawatan. Proses evaluasi dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses (formatif), merupakan evaluasi yang dilakukan setelah selesai tindakan, berorientasi pada etiologi, dilakukan secara terus-menerus sampai tujuan yang telah ditentukan tercapai. Evaluasi hasil (sumatif), merupakan evaluasi yang dilakukan setelah akhir tindakan keperawatan secara paripurna, berorientasi pada masalah keperawatan, menjelaskan keberhasilan atau ketidakberhasilan, rekapulasi dan kesimpulan status kesehatan pasien sesuai dengan jangka waktu yang ditentukan (Joyce M.Black, 2014).

BAB III

TINJAUAN KASUS

Dalam bab ini, penulis akan membahas mengenai Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.P Dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Neurologi Kamar 1107 Lantai 11 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 20-22 Maret 2023 dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dilakukan pada tanggal 21 Maret 2023 pukul 08.00 WIB.

Data yang diperoleh penulis dari hasil pengamatan langsung, wawancara, pengkajian, serta dari catatan medis dan catatan keperawatan.

1. Identitas Pasien

Berdasarkan hasil pengkajian diperoleh data pasien bernama Tn. P jenis kelamin laki-laki, lahir pada tanggal 3 Oktober 2005 , usia 17 tahun, status lajang, agama Islam suku bangsa Indonesia, pasien sedang menempuh Pendidikan Sekolah Menengah Kejuruan (SMK), alamat di Jl. Ancol Selatan Muara Bahari Rt 07/Rw 01. Sumber biaya BPJS, sumber informasi didapat dari pasien, keluarga, dan catatan rekam medis.

2. Resume

Pada tanggal 19 Maret 2023 pukul 22.00 WIB Tn.P masuk RSUD Koja rujukan dari Puskesmas Pademangan, melalui IGD dengan diagnosa CKR

(cedera kepala ringan). Pasien mengalami kecelakaan terserempet motor , kondisi saat dibawa ke IGD pasien tidak sadarkan diri, di IGD dilakukan tindakan jahit luka yang ada di daerah lutut nya sebanyak 4 jahitan kemudian dilakukan balut perban di daerah wajah yang memar dan luka-luka spesifik nya di daerah dahi, hidung dan daerah dagu. Saat dilakukan pengkajian kembali pada tanggal 21 Maret 2023 pasien mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya serta nyeri di luka memar pada wajahnya skala nyerinya 5 (dari skala nyaeri 1-10), pasien mengeluh pusing, mengeluh sulit tidur, luka di sekitar hidung terlihat kemerahan. Pasien tidak bisa melakukan aktifitas harian, aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat sebagaimana. Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki Riwayat asam lambung sudah dari 1 tahun yang lalu. Keadaan umum pasien sedang, kesadaran compos mentis (CM), GCS : E₄, V₅, M₆. Tanda-tanda vital : Tekanan Darah (TD) : 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C.

Masalah keperawatan yang muncul adalah nyeri akut, risiko defisit nutrisi, risiko infeksi, gangguan rasa nyaman, gangguan mobilitas fisik, gangguan integritas kulit/jaringan. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan adalah mengkaji keadaan umum pasien, mengukur tanda- tanda vital, memberikan posisi semi fowler, mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam, mengkaji ROM aktif dan pasif, membantu ADL pasien. Tindakan keperawatan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu melakukan pemeriksaan Photo Thorax, CT Scan Brain, pemeriksaan laboratorium darah, memberikan cairan intravena RL 1000 cc/24 jam, Cefixime 2 x 200 mg (06.00 WIB, 18.00

WIB)) melalui oral, Paracetamol 3x500 mg (06.00 WIB, 12.00 WIB, 18.00 WIB) melalui oral.

Hasil evaluasi berupa data subjektif : pasien mengatakan nyeri sudah berkurang dari skala 5 menjadi skala 4 (dari skala 1-10). Data objektif : Keadaan umum pasien sedang, GCS : E₄, V₅, M₆. Tanda-tanda vital : Tekanan Darah (TD) : 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C.

3. Riwayat Kesehatan

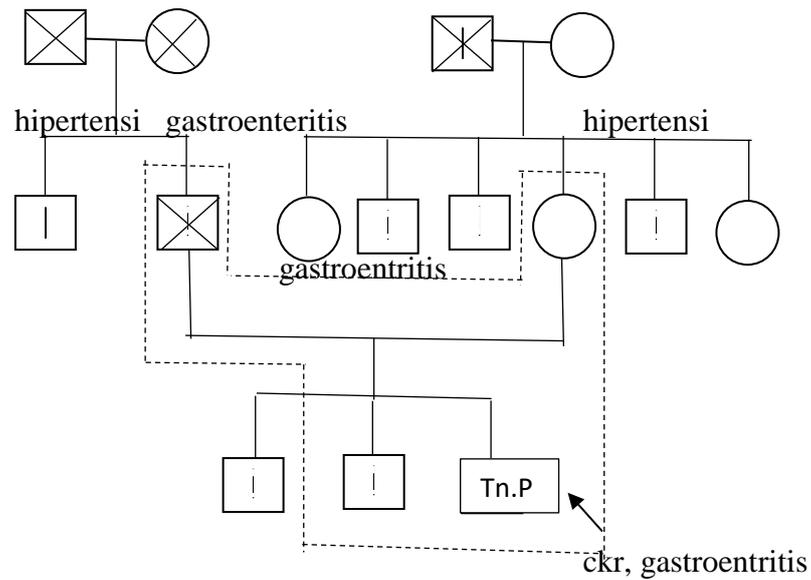
a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Keluhan diawali pada saat pasien datang ke RSUD koja karena kecelakaan yang dialaminya sejak 3 hari yang lalu, pasien mengatakan nyeri pada luka yang sudah di jahit skala nyeri nya 5 (dari skala 1-10) di daerah lutut dan nyeri pada luka memar daerah wajah, pada area dahi, hidung, dan dagu, pasien mengeluh pusing, mengeluh sulit tidur, luka di sekitar hidung terlihat kemerahan. Pasien tidak bisa melakukan aktifitas harian, aktifitas dibantu oleh keluarga dan perawat sebgaian.

b. Riwayat Kesehatan Masa lalu

Pasien mengatakan mempunyai riwayat penyakit asam lambung sudah sejak 1 tahun yang lalu, pasien tidak memiliki riwayat kecelakaan, pasien tidak ada riwayat alergi terhadap obat, makanan binatang, lingkungan dan pasien tidak mengkonsumsi obat sebelumnya.

c. Riwayat Kesehatan keluarga



Keterangan :



: laki-laki



: perempuan



: pasien



: laki-laki meninggal



: perempuan meninggal



: satu rumah

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

Pasien dan keluarga mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang sama namun memiliki riwayat penyakit hipertensi

e. Riwayat psikososial dan spiritual

Orang terdekat dengan pasien adalah ibu kandung dan kakak kandung

pasien. Pola komunikasi dalam keluarga dua arah dimana pasien dan keluarga sering berkomunikasi melalui telephone jika ingin membicarakan sesuatu. Pembuatan keputusan adalah ibu kandung pasien. Dampak penyakit terhadap keluarga adalah keluarga menjadi sedih dengan penyakit yang diderita oleh pasien sekarang. Masalah yang mempengaruhi pasien adalah pasien tidak dapat beraktivitas seperti biasanya. Pasien memiliki mekanisme koping positif dalam memecahkan masalahnya yaitu dengan cara tidur. Presepsi pasien dengan penyakitnya adalah pasien mengira penyakitnya ujian dari tuhan dan kelalaiannya dalam berkendara, harapan pasien setelah menjalani perawatan yaitu agar bisa cepat pulang ke rumah dan bisa beraktivitas kembali, perubahan yang dirasakan pasien setelah jatuh sakit adalah aktivitas pasien menjadi terbatas dari sebelumnya. Tidak ada nilai-nilai kesehatan yang bertentangan dengan kepercayaan pasien dan pasien selalu menjalani aktivitas keagamaannya di tempat tidur seperti beribadah 5 waktu.

f. Pola kebiasaan

1. Pola nutrisi

Sebelum sakit : pasien makan 3x/hari, menghabiskan 1 porsi makanan, tidak ada makanan yang membuat alergi, tidak ada makanan pantangan, tidak ada makanan diet, dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan.

Dirumah sakit : pasien makan 3x/hari, menghabiskan ½ porsi makanan, nafsu makan pasien menurun, pasien mendapatkan

makanan diit lunak dan pasien tidak menggunakan alat bantu makan
NGT

2. Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien BAK dirumah 6x/hari, warna kuning jernih, tidak ada keluhan BAK, pasien BAB 2x/hari, warna kuning kecoklatan dan tidak mnegggunakan laxative

Dirumah sakit : pasien BAK 4-3x/hari, warna kuning jernih, pasien tidak terpasang DC urine. Pola BAB 1X/hari, konsistensi padat, todak ada keluhan dalam BAB dan tidak ada penggunaan laxatif

3. Pola personal *hygiene*

Sebelum sakit : pasien mandi 2x/hari pasien melakukan oral hygiene 3x/hari dengan menggunakan pasta gigi waktunya tidak tentu dan mencuci rambut 8x/minggu

Dirumah sakit : pasien mandi dengan cara di lap menggunakan kain basah di bagian yang tidak luka 1x/hari waktunya tidak tentu, oral hygiene tidak karena rahang nya sakit/luka, sejak ke rumah sakit pasien belum mencuci rambut.

4. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien tidur siang 2 jam sehari, pasien tidur malam 6 jam/hari, tidak ada kebiasaan khusus sebelum tidur

Dirumah sakit : pasien tidur siang 3 jam/hari dan tidur malam 5-6 jam dan mengatakan terkadang sulit tidur atau terbangun tengah malam karena nyeri.

5. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : pasien mengatakan saat pagi berangkat sekolah dan pulang sore hari, olahraga 2x/minggu bermain voli dan basket di lapangan sekolah

Dirumah sakit : selama di rumah sakit pasien hanya istirahat dan berbaring saja

6. Kebiasaan yang mempengaruhi Kesehatan

Pasien tidak merokok, tidak memakai narkoba dari dulu hingga sekarang.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien sebelum sakit 50 kg dan sesudah sakit tetap 50 kg tidak ada penurunan berat badan, tinggi badan pasien 172 cm, tekanan darah : 120/84 mmHg, frekuensi nafas : 20x/menit, frekuensi nadi : 90x/menit, suhu tubuh : 36,5⁰C, keadaan umum tampak sakit ringan dan tidak terdapat pembesaran kelenjar getah bening.

b. Sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva merah muda, kornea normal tidak terdapat perdarahan, sklera anikterik, pupil mata isokor, tidak ada kelainan otot mata, fungsi penglihatan kedua mata baik, tidak terdapat tanda-tanda radang dikedua mata, pasien tidak menggunakan kacamata, tidak memakai lensa kotak dan reaksi terhadap cahaya positif.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal, karakteristik serumen warna kuning dengan kondisi serumen sedikit kental dan tidak berbau, bentuk telinga normal dan simetris, tidak ada cairan yang keluar dari telinga, tidak ada perasaan penuh ditelinga, fungsi pendengaran pasien baik, tidak terdapat gangguan keseimbangan dan pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pasien normal dan tidak bisu

e. Sistem pernafasan

Pernafasan pasien tidak sesak, nafas tidak berbau keton, frekuensi nafas 20x/menit dengan irama nafas teratur, jenis nafas spontan, kedalaman nafas dalam, suara nafas vesikuler, tidak ada nyeri saat bernafas dan pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

1. Sirkulasi perifer

Nadi 90x/menit dengan irama teratur dan denyut kuat, tekanan darah 120/84 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis, temperature kulit hangat, warna kulit normal : pengisian kapiler < 2 detik, tidak ada edema

2. Sirkulasi jantung

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

g. Sistem hematologi

Pasien tidak pucat dan tidak ada perdarahan

h. Sistem syaraf pusat

Terdapat keluhan sakit kepala pusing, kesaran compos mentis, tidak ada perubahan status mental, *Glaslow Coma Scale* (GCS) 15 : E :4, M :6, V : 5), tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial (TIK), pasien tidak pernah mengalami gangguan persarafan. Pemeriksaan reflek patologis dan fisiologis pasien normal.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut yairu tidak terdapat karies pada gigi, tidak ada pemakaian gigi palsu, tidak ada stomatitis, lidah pasien terlihat bersih, pengeluaran saliva normal dan saat pengkajian tidak terdapat muntah, pasien ada nyeri di bagian abdomen kanan bagian bawah skala nyeri 2 (dari skala 1-10), bising usus pasien 12x/menit, pasien tidak mengalami diare, hepar teraba dan abdomen pasien normal.

j. Sistem endokrin

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid, nafas tidak berbau keton, tidak terdapat luka gangren.

k. Sistem urogenital

Intake 1817 ml;

output : 1798 ml

Intake – output = 19

Jadi balance cairan pada pasien +19

l. Sistem integument

Turgor kulit baik dengan temperatur hangat, warna kulit pucat, keadaan kulit luka lokasi di lutut, dahi, hidung kondisi lukanya kemerahan, dagu. Insisi operasi lokasi nya di lutut 4 jahitan kondisi luka tertutup tidak ada REEDA. Area pemasangan infus baik tidak ada pembengkakan, keadaan rambut baik dan bersih.

m. Sistem musculoskeletal

Pasien kesulitan dalam pergerakan, sakit pada tulang, sendi, kulit tidak terdapat fraktur hanya luka-luka saja, tidak ada kelainan pada bentuk tulang, sendi dan tulang belakang, keadaan tonus otot kedua ekstremitas atas baik bagian kanan 5555 dan kiri 5555, ekstermitas bawah sebelah kanan 5333 dan kiri 5555.

5. Data tambahan (pemahaman pasien tentang penyakit)

Pasien mengatakan sudah mengetahui terkait penyakit yang di deritanya sekarang yaitu cedera kepala ringan akibat kecelakaan yang di alaminya, tanda dan gejalanya seperti apa, kemungkinan komplikasi yang akan terjadi jika tidak segera di tangani cedera kepala nya tersebut.

6. Data penunjang

Pemeriksaan laboratorium pada tanggal 19 Maret 2023

Hemoglobin 14.9 g/dL (13.5-18.0), Leukosit $17.57 \times 10^3/ \text{uL}$ (4.00-10.50), Hematokrit 42.9 % (42.0-52.0), Trombosit $248 \times 10^3/ \text{uL}$ (163-337), Eritrosit 5.16 juta/ uL (4.70-6.00), CV 83 fL (78-100), CH 29 pg (27-31), CHC 35 g/dL (32-26), DW-CV 13.2 % (11.5-14.0), Basofil 0.5 % (0.2-1.2), Eosinofil 0.2 % (0.8-7.0), Neutrofil 86.4 % (34.0-67.9), Limfosit 8.0 % (21.8-53.1),

Monosit 4.9 % (5.3-12.2), Natrium 141 mEq/L (135-147), Kalium 3.52 mEq/L (3.5-5.0), Klorida 96 mEq/L (96-100), Glukosa sewaktu 114 mg/dL (60-100).

Pemeriksaan CT-Scan Brain Non-Kontras pada tanggal 19 Maret 2023

Hasil : Masa dan ukuran otak dalam batas normal

Pemeriksaan Thorax PA/AP/RLD pada tanggal 19 Maret 2023

Hasil : batas jantung normal dan pernafasan normal

7. Penatalaksanaan

RL 1000 cc/24 jam, Cefixime 2 x 200 mg (06.00 WIB, 18.00 WIB) melalui oral, Paracetamol 3x500 mg (06.00 WIB, 12.00 WIB, 18.00 WIB) melalui oral.

8. Data Fokus

a. Data Subjektif

Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya serta nyeri di luka memar pada wajahnya terutama pada bagian dahi, hidung dan dagu, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus, pasien mengeluh pusing, pasien mengatakan mengeluh sulit tidur pada malam hari maupun siang hari karena nyeri yang dirasakannya, Pasien mengatakan tidak bisa melakukan aktifitas harian seperti ke kamar mandi dan dibantu keluarganya, pasien mengatakan sulit menelan makanan karena terdapat luka di dagu nya sehingga sulit mengunyah dan menelan, pasien mengatakan mengeluh tidak nyaman saat bergerak dan mengeluh sulit

menggerakkan ekstremitas sepenuhnya karena nyeri saat bergerak, pasien mengatakan cemas saat bergerak.

b. Data Objektif

Pasien terpasang infus RL, keadaan umum pasien sakit sedang, kesadaran pasien compos mentis, GCS E 4, M 6, V 5. Tanda-tanda vital Tekanan Darah (TD) : 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C, pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian luka nya, tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien bersikap protektif atau waspada menghindari nyeri, tampak kemerahan pada luka di bagian hidung, tampak terdapat jahitan luka yang ada di daerah lutut nya sebanyak 4 jahitan kemudian dilakukan balut perban di daerah wajah yang memar dan luka-luka spesifik nya di daerah dahi, hidung dan daerah dagu. pasien tampak menghabiskan makanannya hanya ½ porsi. Kekuatan tonus otot ekstremitas bawah bagian kanan 5333, aktivitas nya terlihat dibantu keluarga, balance cairan dalam 24 jam +19, pasien tidak terpasang cateter urine. Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap : Leukosit $17.57 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$ (4.00-10.50), Eosinofil 0.2 % (0.8-7.0), Neutrofil 86.4 % (34.0-67.9), Limfosit 8.0 % (21.8-53.1), Monosit 4.9 % (5.3-12.2).

Analisa data

NO	DATA	MASALAH	ETIOLOGI
1.	<p>Data subjektif</p> <p>Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya serta nyeri di luka memar pada wajahnya terutama pada bagian dahi, hidung dan dagu, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus.</p> <p>Data objektif</p> <p>Pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian luka nya, tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien bersikap protektif atau</p>	Nyeri Akut	Agen pencedera fisik

	<p>waspada menghindari nyeri, Tanda-tanda vital</p> <p>Tekanan Darah (TD) : 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C</p>		
2.	<p>Data subjektif</p> <p>Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus</p> <p>Data objektif</p> <p>Kekuatan tonus otot ekstremitas bawah bagian kanan 5333,</p>	<p>Gangguan Mobilitas Fisik</p>	<p>Penurunan kekuatan otot dan nyeri</p>

	<p>aktivitas nya terlihat dibantu keluarga, pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian luka nya, tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien bersikap protektif atau waspada menghindari nyeri</p>		
3.	<p>Data subjektif</p> <p>Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada luka memar pada wajahnya terutama pada bagian dahi, hidung dan dagu, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang</p>	Risiko infeksi	Ketidakefektifan pertahanan tubuh primer

	<p>nyerinya terasa terus menerus.</p> <p>Data objektif</p> <p>Pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian luka nya, tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien bersikap protektif atau waspada menghindari nyeri, tampak kemerahan pada luka di bagian hidung,</p> <p>Leukosit $17.57 \cdot 10^3/uL$ (4.00-10.50),</p> <p>Eosinofil 0.2 % (0.8-7.0), Neutrofil 86.4 % (34.0-67.9), Limfosit 8.0 % (21.8-53.1),</p> <p>Monosit 4.9 % (5.3-12.2).</p>		
--	---	--	--

B. Diagnosa keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot dan nyeri
3. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer

C. Perencanaan, Pelaksanaan, dan Evaluasi

1. **Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik** ditandai dengan:

Data subjektif : Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya serta nyeri di luka memar pada wajahnya terutama pada bagian dahi, hidung dan dagu, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus

Data objektif : Pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian lukanya, tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien bersikap protektif atau waspada menghindari nyeri, Tanda-tanda vital Tekanan Darah (TD) : 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : Keluhan nyeri menurun 2/10 scale numeric, keluhan meringis menurun, Sikap protektif menurun, Gelisah menurun, Kesulitan tidur menurun.

Rencana Tindakan :

- a. Kaji tanda-tanda vital

- b. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- c. Identifikasi skala nyeri
- d. Identifikasi respon nyeri non verbal
- e. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- f. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri
- g. Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- h. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- i. Monitor efek samping penggunaan analgetic
- j. Terapeutik : Berikan Teknik napas dalam untuk mengurangi nyeri
- k. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis: suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- l. Fasilitasi istirahat dan tidur
- m. Edukasi : Jelaskan penyebab dan periode dan pemicu nyeri
- n. Pemberian analgesik, Paracetamol 3x500 mg (06.00 WIB, 12.00 WIB, 18.00 WIB) melalui oral.

Penatalaksanaan

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 06. 00 WIB memberikan obat cefixime 1x200 mg melalui oral, mengganti cairan infus RL 1000 cc, kemudian memberikan obat oral paracetamol 1x500 mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 07.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit,

frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C kedalaman napas pasien tampak normal, upaya napas normal tanpa adanya sesak; Pukul 08.00 mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan intensitas nyeri, Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya serta nyeri di luka memar pada wajahnya terutama pada bagian dahi, hidung dan dagu, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus; Pukul 08.15 WIB mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri, pasien mengatakan factor yang memperberat nyeri nya yaitu saat ekstremitas nya di gerakan. Pukul 09.15 mengajarkan tehknik relaksasi napas dalam untuk memperingan rasa nyeri, pasien mengatakan lebih rileks dan nyaman; Pukul 10.00 WIB memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, pasien mengatakan nyeri nya sudah membaik dari sebelumnya; Pukul 10.15 WIB mengidentifikasi pengetahuan tentang nyeri, pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya berasal dari luka yang di alaminya saat kecelakaan dan untuk memperingan rasa nyeri nya yaitu dengan obat; Pukul 12.00 WIB memberikan obat oral paracetamol 1x500 mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 12.15 WIB memonitor tingkat kesadaran dengan GCS: E4M6V5; Pukul 12.30 WIB memonitor status neurologis 12 saraf kranial, refleks fisiologis, refleks patologis, dan kekuatan otot. Pada pemeriksaan nervus I (olfaktorius) tampak tidak ada kelainan pada penciuman pasien. Pada pemeriksaan nervus II (Optikus) lapang pandang pasien baik yaitu 90° ke samping, fungsi penglihatan baik, pasien tidak menggunakan kaca mata,

pasien tidak menggunakan lensa kontak, dan Pada pemeriksaan nervus III (Okulomotorius) saat diberi cahaya pupil mengecil 2mm pada kedua bola mata, reaksi terhadap cahaya baik, pada pemeriksaan nervus IV (Troklearis) tidak ditemukan adanya kelainan pada otot-otot mata. Pada pemeriksaan nervus VI (abducent) tidak terdapat penglihatan double. Pada pemeriksaan nervus V (trigeminus) kontraksi otot temporalis baik, dapat menyebutkan rangsangan halus dan kasar yang di berikan pada wajah, gangguan mengunyah bermasalah dikarenakan nyeri yang terdapat pada dagu nya. Pada pemeriksaan nervus VII (fasialis) wajah simetris, pasien tidak dapat mengkerutkan dahi karena ada luka dan memar, membuka dan menutup mata, mengkerutkan mulut tidak bisa karena ada luka pada dagu dan saat diminta untuk tersenyum bibir pasien tampak tidak simetris sedangkan indra perasa pasien tidak ada masalah. Pada pemeriksaan nervus VIII (auditorius) pendengaran pasien normal, tetapi keseimbangan tubuh tidak dilakukan karena pasien tidak bisa berdiri dengan sempurna. Pada pemeriksaan nervus XII (hipoglosus) pada saat diberikan instruksi oleh perawat untuk mendorong lidah ke pipi kiri, ke pipi kanan pasien mampu dan mampu menjulurkan lidah keluar secara maksimal, Nervus IX (Glossofaringeus) pasien masih mampu membedakan rasa asam dan manis. Pada pemeriksaan Nervus X (Vagus) terdapat kelainan reflek menelan karena terdapat luka di dagunya. Pada pemeriksaan nevus XI (aksesorius) saat pasien diminta untuk mengangkat bahu dan pasien dapat melakukannya pasien diminta untuk menoleh pasien bisa melakukannya. Pada pemeriksaan refleks fisiologis refleks patela dan refleks biseps pasien

kesulitan karena terdapat luka di tubuhnya. Kekuatan otot pasien dengan otot ekstremitas kanan 5333 dan ekstremitas kiri 5555; Pukul 15.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 130/100 mmHg, frekuensi nadi: 92x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,2°C; Pukul 18.00 WIB memberikan terapi injeksi cefixime 1x200 mg, memberikan obat oral paracetamol 1x500 mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital, TD: 123/95 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C; pukul 21.00 mengidentifikasi skala nyeri, pasien mengatakan skala nyeri 4/10 *skala numeric*; Pukul 22.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, pasien disediakan tempat tidur yang bersih dan nyaman agar istirahat nyaman dan tenang.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 06. 00 WIB memberikan obat oral paracetamol 1x500 mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 07.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C kedalaman napas pasien tampak normal, upaya napas normal tanpa adanya sesak; pukul 09.00 WIB mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, pasien

mengatakan Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya serta nyeri di luka memar pada wajahnya terutama pada bagian dahi, hidung dan dagu, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus; Pukul 09.30 WIB mengajarkan teknik relaksasi napas dalam untuk memperingan rasa nyeri, pasien mengatakan lebih rileks dan nyaman; Pukul 10.00 WIB memonitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan, pasien mengatakan nyeri nya sudah membaik dari sebelumnya; pukul 11.00 WIB mengidentifikasi skala nyeri , pasien memngatakan nyeri yang dirasakan dengan skala 5/10; pukul 11.15 WIB mengidentifikasi respon nyeri non verbal, pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian luka nya; pukul 11.30 WIB memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri, pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam; pukul 12.30 WIB mengajarkan teknik distraksi, pasien diberikan teknik distraksi dengan cara mendengarkan music; pukul 12.00 WIB memberikan obat paracetamol 500 mg melalui oral nyeri berkurang setelah 30 menit obat diberikan; Pukul 15.00 WIB memonitor tekanan darah, tanda-tanda vital, pelebaran tekanan nadi, penurunan frekuensi jantung, ireguleritas irama napas, dan status pernapasan. TD: 130/100 mmHg, frekuensi nadi: 92x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,2°C; Pukul 18.00 WIB memberikan terapi injeksi cefixime 1x200 mg, memberikan obat oral paracetamol 1x500 mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 20.00 WIB memonitor tanda-tanda vital,

TD:123/95 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu:36°C; pukul 21.00 mengidentifikasi skala nyeri, pasien mengatakan skala nyeri 4/10 *skala numeric*; Pukul 22.00 WIB memfasilitasi istirahat dan tidur, pasien disediakan tempat tidur yang bersih dan nyaman agar istirahat nyaman dan tenang.

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023 pukul 14.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan nyeri nya berkurang dengan skala 3/10 dari skala 5/10 *scale numeric*

Objektif : pasien tampak sudah tidak meringis dan tampak lebih nyaman dan rileks, sudah tidak terlihat gelisah, TD:123/95 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu:36°C

Analisa : tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : tindakan keperawatan dihentikan karena pasien pulang

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot dan nyeri ditandai dengan

Data subjektif

Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada jahitan luka di lututnya nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus

Data objektif

Kekuatan tonus otot ekstremitas bawah bagian kanan 5/5, aktivitas nya terlihat dibantu keluarga, pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian

luka nya, tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien bersikap protektif atau waspada menghindari nyeri

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat

Kriteria Hasil : Pergerakan ekstremitas meningkat, Kekuatan otot meningkat, Rentang gerak (ROM) meningkat

Rencana Tindakan :

- a. Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- b. Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- c. Identifikasi kekuatan otot
- d. Monitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai pergerakan
- e. Monitor keadaan umum sebelum melakukan pergerakan
- f. Fasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal
- g. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- h. Edukasi tujuan dan prosedur mobilisasi
- i. Anjurkan mobilisasi dini
- j. Anjurkan pergerakan sederhana duduk di tempat tidur dan menggerakkan ekstremitas

Penatalaksanaan

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 13.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa nyeri pada bagian lututnya karena

luka jahit, saat ekstremitas kanan di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan merasa nyeri pada luka memar di wajahnya; Pukul 13.20 WIB mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang baik dan konsisten, pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien mengalami hemiplegia kanan; Pukul 13.40 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5333 dan ekstremitas kiri 5555; Pukul 14.00 WIB memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai pergerakan dan keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, tekanan darah pasien 120/96 mmHg, frekuensi nadi: 95x/menit, frekuensi napas: reguler 21x/menit, saturasi 99%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,3°C keadaan umum pasien ringan; Pukul 14.15 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, karena pasien belum dapat dilatih rentang gerak (ROM) maka perawat mengajarkan keluarga pasien untuk mengubah posisi tidur pasien setiap 2 jam; Pukul 14.50 WIB mengedukasi pasien dan keluarga tujuan dan prosedur mobilisasi, keluarga dan pasien dapat mengerti bahwa mobilisasi bisa membantu pasien untuk lebih sehat karena mobilisasi bisa meningkatkan kembali kekuatan dan rentang gerak otot

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 13.00 WIB mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien, pasien mengatakan merasa nyeri pada bagian lututnya karena luka jahit, saat ekstremitas kanan di gerakkan terkadang terasa nyeri, dan merasa nyeri pada luka memar di wajahnya; Pukul 13.20 WIB

mengidentifikasi toleransi fisik pasien melakukan pergerakan, pasien memiliki tekanan darah yang baik dan konsisten, pernapasan pasien baik tidak ada masalah pasien mengalami hemiplegia kanan; Pukul 13.40 mengidentifikasi kekuatan otot, kekuatan otot ekstremitas kanan 5333 dan ekstremitas kiri 5555; Pukul 14.15 WIB memonitor frekuensi jantung dan TD sebelum memulai pergerakan dan keadaan umum pasien sebelum melakukan pergerakan, tekanan darah pasien 119/98 mmHg, frekuensi nadi: 95x/menit, frekuensi napas: reguler 20x/menit, saturasi 98%, kedalaman napas pasien tampak normal upaya, upaya napas normal tanpa adanya sesak, Suhu: 36,2°C; Pukul 14.30 WIB memfasilitasi aktivitas pergerakan dengan alat bantu pagar tempat tidur, kursi atau bantal. Perawat mengajarkan keluarga cara membantu pasien duduk dengan menggunakan pagar tempat tidur dan cara mengganti posisi tidur pasien setiap 2 jam keluarga dapat memahami contoh yang diberikan dan sudah mulai melakukan; Pukul 14.50 WIB melibatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan, perawat mengajarkan pasien dan keluarga pasien bagaimana cara membantu pasien duduk dengan bantuan pagar, cara mengubah posisi tidur pasien setiap 2 jam, dan cara melakukan latihan rentang gerak (ROM) pada pasien saat keadaan pasien telah membaik keluarga pasien tampak mengerti akan memberikan pelatihan rentang gerak; Pukul 15.00 WIB menganjurkan keluarga pasien membantu pasien melakukan mobilisasi dini seperti duduk dan melakukan pergerakan, keluarga pasien mengatakan akan lebih sering membantu pasien duduk dan membantu aktivitas lainnya seperti ke kamar mandi dan lain-lainnya.

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023 pukul 14.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya berkurang dan menurun dari skala 5/10 menjadi 3/10 *scala numeric*

Objektif : Kekuatan tonus otot ekstremitas bawah bagian kanan 5333, aktivitas nya terlihat masih dibantu keluarga, pasien meringis dan gelisah sudah membaik, pasien tampak rileks .

Analisa : tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : tindakan keperawatan diberhentikan karena pasien pulang.

3. Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan :

Data subjektif

Pasien mengatakan mengeluh nyeri pada luka memar pada wajahnya terutama pada bagian dahi, hidung dan dagu, nyerinya seperti ditusuk-tusuk, skala nyerinya 5 (dari skala nyeri 1-10) dan kadang nyerinya terasa terus menerus.

Data objektif

Pasien tampak meringis saat di palpasi pada bagian luka nya, tampak gelisah, pasien tampak lemah, pasien bersikap protektif atau waspada menghindari nyeri, tampak kemerahan pada luka di bagian hidung, Leukosit $17.57 \cdot 10^3 / \mu\text{L}$ (4.00-10.50), Eosinofil 0.2 % (0.8-7.0), Neutrofil 86.4 % (34.0-67.9), Limfosit 8.0 % (21.8-53.1), Monosit 4.9 % (5.3-12.2).

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun

Kriteria Hasil : Kemerahan menurun, Nyeri menurun, Bengkak menurun, Kadar sel darah putih membaik

Rencana Tindakan :

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- b. Monitor vital sign dan kaji adanya peningkatan suhu
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. Pertahankan tehnik aseptik pada dalam perawatan luka
- e. Edukasi : jelaskan tanda dan gejala infeksi
- f. Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- g. Pantau hasil labolatorim pada pemeriksaan leukosit
- h. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- i. Ajarkan meningkatkan asupan cairan
- j. Pemberian antibiotic Cefixime 2 x 200 mg (06.00 WIB, 18.00 WIB) melalui intravena.

Penatalaksanaan

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 06. 00 WIB memberikan terapi obat cefixime 1x200 mg oral, mengganti cairan infus RL 1000 cc, Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 07.00 WIB memonitor tanda-tanda vital dan peningkatan suhu, TD: 120/84 mmHg, frekuensi nadi : 90x/menit, frekuensi nafas : 20x/menit, suhu : 36,5°C Pukul 10.00 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, terdapat kemerahahan pada luka memar di hidungnya ; Pukul 10.30 WIB

melakukan prinsip steril dalam perawatan luka, pasien dibersihkan lukanya dengan prinsip steril dan bersih pada bagian wahnya; Pukul 11.00 memantau hasil laboratorium pada pemeriksaan leukosit, hasil pemeriksaan laboratorium leukosit $17.57 \times 10^3/ \mu\text{L}$ (4.00-10.50), Eosinofil 0.2 % (0.8-7.0), Neutrofil 86.4 % (34.0-67.9), Limfosit 8.0 % (21.8-53.1), Monosit 4.9 % (5.3-12.2), Pukul 12.00 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, pasien memahami apa yang dijelaskan oleh perawat; Pukul 12.30 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, keluarga mengatakan pasien sedikit demi sedikit dapat mengunyah makanan dan menelan makanan dengan baik; Pukul 13.00 WIB mengajarkan cara mencuci tangan dengan baik dan benar, pasien dan keluarga sudah bisa mempragakan dan melakukan cara mencuci tangan dengan benar dan mengatakan akan melakukannya sebelum dan sesudah melakukan kegiatan; Pukul 18.00 WIB memberikan terapi obat cefixime 1x200 mg oral, memberikan obat oral paracetamol 1x500 mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi.

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 06. 00 WIB memberikan terapi obat cefixime 1x200 mg oral, mengganti cairan infus RL 1000 cc, Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi; Pukul 10.00 WIB memonitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik, terdapat kemerahan pada luka memar di hidungnya ; Pukul 10.30 WIB melakukan prinsip steril dalam perawatan luka, pasien dibersihkan lukanya dengan prinsip steril dan bersih pada bagian wahnya; Pukul 11.00 memantau hasil laboratorium

pada pemeriksaan leukosit, hasil pemeriksaan laboratorium Leukosit $17.57 \times 10^3 / \mu\text{L}$ (4.00-10.50), Eosinofil 0.2 % (0.8-7.0), Neutrofil 86.4 % (34.0-67.9), Limfosit 8.0 % (21.8-53.1), Monosit 4.9 % (5.3-12.2), Pukul 12.00 WIB menjelaskan tanda dan gejala infeksi, pasien memahami apa yang dijelaskan oleh perawat; Pukul 12.30 WIB menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, keluarga mengatakan pasien sedikit demi sedikit dapat mengunyah makanan dan menelan makanan dengan baik; Pukul 13.00 WIB mengajarkna cara mencuci tangan dengan baik dan benar, pasien dan keluarga sudah bisa mempragakan dan melakukan cara mencuci tangan dengan benar dan mengatakan akan melakukannya sebelum dan sesudah melakukan kegiatan; Pukul 18.00 WIB memberikan terapi obat cefixime 1x200 mg oral, memberikan obat oral paracetamol 1x500 mg. Pasien sudah diberikan obat dan tidak menunjukkan gejala alergi.

Evaluasi

Tanggal 22 Maret 2023 pukul 14.00 WIB

Subjektif : pasien mengatakan nyeri nya berkurang dengan skala 3/10 dari skala 5/10 scale numeric

Objektif : terlihat kemerahan pada luka di wajanya membaik dari hari sebelumnya karena sudah dilakukan perawatan, kadar leukosit masih tinggi Leukosit $17.57 \times 10^3 / \mu\text{L}$ (4.00-10.50).

Analisa : tujuan tercapai sebagian

Perencanaan : tindakan keperawatan dihentikan karena pasien pulang.

BAB IV PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai kesenjangan yang mungkin terjadi dengan membandingkan teori cedera kepala ringan dengan kasus yang ada pada saat penulis memberikan asuhan keperawatan pada Tn.P dengan cedera kepala ringan di ruang neurologi 1107 lantai 11 rumah sakit umum daerah koja jakarta utara dari tanggal dari 21 Maret sampai 22 Maret 2023. Pembahasan disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data-data akurat dari pasien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada. Pengumpulan data yang sudah penulis lakukan meliputi anamnesa, observasi, dan pemeriksaan fisik. Sumber data diperoleh dari pasien, keluarga pasien, tim Kesehatan lain dan dari catatan rekam medis pasien. Menurut Szar (2018) menyatakan bahwa Cedera kepala ringan merupakan kerusakan jaringan otak langsung akibat trauma. Cedera kepala ringan adalah akibat cedera langsung dari kekuatan mekanik (akselerasi rotasi, kompresio, dan peregangan akibat akselerasi atau deselerasi) yang merusak jaringan otak saat cedera terjadi (hancur, robek, memar dan

pendarahan). Tekanan dapat memberi efek pada neuron, glia dan pembuluh darah, yang akan mengakibatkan kerusakan local, multifokal ataupun difus.

Berdasarkan *Advanced Trauma Life Support* (ATLS), klasifikasi berdasarkan mekanismenya, cedera kepala dibagi menjadi dua yaitu ada Cedera kepala tumpul, biasanya disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor, jatuh ataupun terkena pukulan benda tumpul yang kedua Cedera kepala tembus, biasanya disebabkan oleh luka tusukan atau luka tembak. Hal-hal yang disebutkan di atas sesuai dengan faktor yang mempengaruhi terjadinya cedera kepala ringan pada pasien yaitu termasuk ke dalam cedera kepala tumpul dan cedera kepala langsung yang mana pasien mengalami cedera kepala ringan disebabkan oleh kecelakaan kendaraan bermotor secara langsung sehingga mengakibatkan pendarahan akibat luka memar di wajahnya dan luka robek di lutunya.

Menurut Szar (2018) manifestasi klinis cedera kepala ringan yaitu terjadi *kosmosio serebri, Kontusio serebri dan laserasio serebri*, cedera fokal akan terjadi kontusio dan laserasi serebri, terjadi juga perdarahan (hematom) intrakranial, hematom epidural, hematom subdural, dan hematom intraparenkim. Cedera kepala ringan : GCS 13-15, pingsan kurang dari 10 menit, tidak ada defisit neurologis, CT *scan* normal, pemeriksaan fisik nervus cranialis dan syaraf normal.

Pada pasien tidak ditemukan semua manifestasi klinis yang di bahas di atas. Pada pasien hanya terjadi perdarahan pada luka memar di wajanya akibat benturan dan luka robek di lutunya, hasil CT *scan* normal masa dan ukuran otak

dalam batas normal tidak terjadi perdarahan pada otak, pasien datang ke igd dalam kondisi pingsan kurang dari 10 menit pasien sadar kembali. Tidak di temukan tanda-tanda peningkatan maupun perdarahan intrakranial tidak ada mual, muntah, tekanan darah dalam batas normal, denyut nadi dalam batas normal tidak terjadi *bradikardi*, skor GCS (*Glasgow coma scale*) pada saat pengkajian 15, tidak terjadi defisit neurologis pada saat pengkajian nervus dan persyarafan semuanya normal sesuai dengan teori manifestasi klinis yang di bahas di atas.

Menurut Yudawijaya (2022) penatalaksanaan yang dapat di berikan pada penderita cedera kepala ringan adalah cairan intravena, Terapi nyeri pada penderita CKR ada beberapa yang harus dipertimbangkan pada saat pemilihan obat pada nyeri akut yang biasanya bersifat nosiseptif, pilihan utama adalah golongan obat antiinflamasi nonsteroid (OAINS). OAINS bekerja terutama mengurangi sintesis prostaglandin, sehingga menghambat kaskade inflamasi dan sensitisasi reseptor nosiseptif. Golongan salisilat seperti parasetamol merupakan satu-satunya OAINS yang bekerja sentral dan tidak menghambat protaglandin, sehingga aman bagi lambung. Pada pasien diberikan obat anti nyeri yaitu paracetamol 500 mg dan diberikan juga obat anti infeksi yaitu cefixime. Pada pasien tidak diberikan obat terapi prevensi kejang karena tidak ada tanda-tanda kejang serta tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial. Pasien diberikan juga diit lunak dengan tujuan memberikan makanan lunak dan mudah ditelan dan dicerna karena pada kasus pasien mengalami luka pada dagunya sehingga sedikit sulit untuk mengunyah makanan.

Penatalaksanaan medis yang tidak dilakukan pada pasien yaitu pemasangan kateter, nasogastric tube karena pasien sudah sadar penuh sehingga bisa dilakukan secara mandiri, BAK menggunakan pispot dan diberikan diit lunak, stabilisasi jalan napas, pernapasan dan sirkulasi tidak dilakukan karena respirasi dan pernafasan dalam batas normal. Penatalaksanaan medis lain yang tidak dilakukan yaitu instubasi, imobilisasi vertebra servikal. Dimana menurut Szar (2018) indikasi intubasi dan ventilasi mekanik dilakukan jika terdapat : GCS kurang atau sama dengan 8, perburukan GCS yang signifikan, fraktur wajah yang tidak stabil, perdarahan massif dari mulut, pernafasan ireguler. Imobilisasi vertebra servikal. *Collar neck* diindikasikan pada cedera kepala dengan adanya salah satu tanda yaitu : GCS awal kurang dari 15, nyeri leher, defisit neurologis fokal, prestesi di ekstremitas, adanya kecurigaan cedera vertebra servikal.

Penatalaksanaan penunjang diagnostik yang tidak dilakukan pada pasien yaitu (*Magnetic Resonance Imaging*) MRI, angiografi serebral, (*electroencephalography*) EEG, BAER (*Brain Auditory Evoked Respon*s), PET (*Positron Emission Tomography*). Dimana menurut Szar (2018) Tidak dilakukaknya pemeriksaan MRI karena pemeriksaan ini hanya dapat dilakukan pada fase sub akut yang dapat memberikan gambaran yang lebih jelas serta membantu mengidentifikasi luas cedera sedangkan pada pasien cedera kepala yang dialaminya termasuk ke dalam sub cedera ringan.

Faktor pendukung dalam melakukan pengkajian adalah keluarga pasien baik 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. Solusinya penulis bertanya kepada perawat ruangan yang bisa membaca hasil CT scan brain dan photo thorax.

B. Diagnosis Keperawatan

Menurut Lemone (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) ada 7 diagnosa keperawatan yang mungkin ditegakkan pada pasien cedera kepala ringan yaitu, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, risiko perfusi serebral tidak efektif, Risiko Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna dan menelan makanan, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, Gangguan rasa nyaman berhubungan dengan gejala terkait penyakit, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot dan nyeri, Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas.

Terdapat 3 diagnosa yang ditemukan pada pasien sesuai dengan yang dikemukakan Lemone (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) yaitu, Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer, Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Penurunan kekuatan otot dan nyeri (luka

robek di jahit 4 jahitan di lutunya).

Pada diagnosis keperawatan cedera kepala ringan yang ditemukan pada teori namun tidak diangkat pada pasien yang dikemukakan yaitu resiko perfusi serebral tidak efektif merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak pada saat pengkajian penulis tidak menemukan tanda gejala terjadi penurunan sirkulasi darah ke otak dibuktikan dengan sirkulasi pasien normal.

Kemudian diagnosa resiko defisit nutrisi merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai berisiko mengalami asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme yang ditandai dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme pada pasien tidak ditandai rasa mual, muntah, penurunan nafsu makan dan IMT dalam batas normal, tidak terjadi penurunan berat badan.

Kemudian diagnosis yang tidak diangkat pada pasien yaitu gangguan rasa nyaman menurut (Fachruddin, 2020) Gangguan rasa nyaman merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai perasaan kurang senang, lega, dan sempurna dalam dimensi fisik, psikospiritual, lingkungan, dan sosial yang ditandai dengan gejala penyakit, kurang pengendalian lingkungan dan efek samping terapi pada pasien gangguan rasa nyaman terjadi karena gejala penyakit nya yaitu nyeri yang sudah termasuk pada diganosa pertama tindakan yang diberikan sudah termasuk mengobati gangguan rasa nyaman pasien, pengendalian lingkungan dilakukan dan pasien terlihat nyaman serta tidak adanya efek samping terapi yang diberikan.

Diagnosis yang tidak diangkat pada pasien yaitu gangguan integritas kulit menurut (Fachruddin, 2020) Gangguan integritas kulit/jaringan merupakan diagnosis keperawatan yang didefinisikan sebagai kerusakan kulit (dermis dan/atau epidermis) atau jaringan ditandai dengan Perubahan sirkulasi, Perubahan status nutrisi (kelebihan atau kekurangan), Kekurangan/kelebihan volume cairan pada pasien tidak ditandai dengan perubahan sirkulasi, tidak ditandai kekurangan atau kelebihan nutrisi nutrisi.

Faktor pendukung penegakkan diagnosis keperawatan yaitu mencari sumber-sumber jurnal yang terdapat di internet tentang penyakit cedera kepala ringa dan menggunakan buku SDKI, SLKI, dan SIKI untuk melakukan asuhan keperawatan. Faktor penghambat adalah ketika penulis menegakkan diagnosa yang akan diangkat, solusinya penulis mendiskusikan kepada pembimbing untuk menentukan penegakan diagnosis keperawatan yang tepat untuk pasien.

C. Perencanaan Keperawatan

Penulis menyusun rencana tindakan keperawatan berdasarkan prioritas masalah dalam teori dengan pasien waktu praktik yaitu seharusnya 3x24 jam tetapi karena ada kendala yang tidak bisa diprediksi dan keluarga pasien meminta pulang kemudian penulis hanya mampu dengan waktu 2x24 jam. Untuk kriteria hasil disusun secara spesifik, mampu diukur, dapat tercapai rasionalnya dan memiliki batas waktu yang telah diharapkan tercapai.

Menurut Menurut Lemone (2015) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) dalam perencanaan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan dengan diagnosa keperawatan Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan luka yang ada pada wajahnya dan lutunya semua rencana

keperawatan yang ada pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien dan dilakukan kepada pasien oleh penulis tetapi terdapat tindakan keperawatan tambahan yaitu pemeriksaan nervus cranialis XII dan pemeriksaan patologis dan fisiologis seperti yang terdapat pada teori cedera kepala ringan yang dikemukakan oleh Szar (2018), terdapat masalah pada nervus V dan nervus VIII yaitu terdapat gangguan mengunyah karena luka di dagunya dan penurunan keseimbangan tubuh yang tidak dapat dilakukan karena luka robek pada lututnya.

Pada perencanaan diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik ditandai dengan adanya luka robek pada lututnya di kemukakan oleh Fachruddin (2020) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) semua rencana keperawatan yang ada pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien dan dilakukan kepada pasien oleh penulis.

Pada perencanaan diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan kemerahan di luka hidungnya dan hasil leukosit tinggi sesuai dengan apa yang di kemukakan oleh Fachruddin (2020) dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) semua rencana keperawatan yang ada pada teori sesuai dengan yang ada pada pasien dan dilakukan kepada pasien oleh penulis.

Faktor pendukung terlaksananya penentuan perencanaan pada penulis adalah penulis mendapatkan sumber jurnal yang dapat dijadikan oleh penulis sebagai acuan dalam menentukan perencanaan sehingga sesuai dengan diagnosa yang ada. Faktor penghambat yaitu keterbatasannya waktu berdasarkan teori tujuan harus memenuhi kriteria hasil SMART (specific,

measurable, achievable, realistic, dan time).

D. Pelaksanaan

Pada tahap ini penulis tidak melakukan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang sebelumnya telah disusun yaitu 3x24 jam karena ada kendala yang tidak bisa diprediksi dan keluarga pasien meminta pulang jadi semua tindakan keperawatan dan pendokumentasian yang dilakukan oleh penulis hanya bisa 2x24 jam. Secara umum semua rencana keperawatan dapat dilaksanakan karena pasien kooperatif dan adanya kerja sama yang baik antara keluarga yang terlibat maupun dengan perawat ruangan. Penulis melakukan tindakan mulai dari pukul 07.30 WIB – 14.00 WIB dan selanjutnya dilakukan oleh perawat ruangan yang bertanggung jawab.

Pada diagnosa keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan luka yang ada pada wajahnya dan lutunya semua rencana tindakan keperawatan dilakukan kepada pasien terdapat hambatan pada saat memberikan pendidikan kesehatan terapi napas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya yaitu pasien tidak bisa berkonsentrasi karena ruangan tidak terlalu kondusif solusinya penulis mengajarkan tehnik napas dalam tersebut berulang kali sampai pasien paham dan mampu melakukannya sendiri pada saat nyerinya timbul.

Diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik ditandai dengan adanya luka robek pada lutunya semua rencana tindakan keperawatan dilakukan kepada pasien dan tidak ada hambatan. Diagnosa resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan kemerahan di luka hidungnya dan

hasil leukosit tinggi semua rencana tindakan keperawatan dilakukan kepada pasien terdapat hambatan yang didapat penulis yaitu hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak terdapat pembaruan karena pasien menolak untuk di cek kembali, solusinya penulis melakukan tindakan pengobatan hanya dengan melihat kemerahan dan luka terbuka pada wajah serta lututnya.

Faktor pendukung selama penulis melakukan tindakan keperawatan adalah pasien sangat kooperatif, keluarga pasien ikut serta untuk membantu, perawat ruangan yang banyak membantu dan memberikan informasi saat penulis melakukan pengkajian dan melakukan tindakan, sarana yang digunakan saat melakukan tindakan tersedia dengan lengkap, sehingga mempermudah penulis dalam melakukan asuhan keperawatan. Faktor penghambat pada saat penulis melakukan tindakan keperawatan yaitu ruangan yang kurang kondusif serta hasil pemeriksaan laboratorium yang tidak ada pembaruan terbaru.

E. Evaluasi

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 tiga diagnosa yang muncul pada pasien tidak terdapat diagnosa keperawatan yang telah teratasi, karena keterbatasan waktu dan pasien meminta pulang paksa dan akan dilakukan perawatan secara mandiri di rumah. Pada pasien semua diagnosa yang teratasi sebagian, yang pertama adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik ditandai dengan luka yang ada pada

wajahnya dan lutunya, hal ini di dukung oleh data pasien mengatakan nyeri nya berkurang dengan skala 3/10 dari skala 5/10 *scale numeric*. pasien tampak sudah tidak meringis dan tampak lebih nyaman dan rileks, sudah tidak terlihat gelisah, TD: 123/95 mmHg, frekuensi nadi: 90x/menit, frekuensi napas: 20x/menit, Suhu: 36°C.

Diagnosa kedua yang teratasi sebagian adalah gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan ketidakbugaran fisik ditandai dengan adanya luka robek pada lutunya hal ini dibuktikan oleh pasien mengatakan nyeri yang dirasakannya berkurang dan menurun dari skala 5/10 menjadi 3/10 *scala numeric*. Kekuatan tonus otot ekstremitas bawah bagian kanan 5333, aktivitas nya terlihat masih dibantu keluarga, pasien meringis dan gelisah sudah membaik, pasien tampak rileks.

Diagnosa ketiga yang teratasi sebagian adalah resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer ditandai dengan kemerahan di luka hidungnya dan hasil leukosit tinggi hal ini dibuktikan oleh pasien mengatakan nyeri nya berkurang dengan skala 3/10 dari skala 5/10 *scale numeric*. terlihat kemerahan pada luka di wajanya membaik dari hari sebelumnya karena sudah dilakukan perawatan, kadar leukosit masih tinggi Leukosit $17.57 \times 10^3 / \mu\text{L}$ (4.00-10.50).

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 laboratorium dan lain-lain dikarenakan kondisi pasien yang telah membaik. Solusinya penulis melakukan konsultasi dengan kepala ruangan sehingga didapatkan keterangan bahwa pasien telah membaik dan keluarga meminta pulang karena kondisi sudah membaik meskipun belum benar-benar pulih tetapi keluarga memaksa dan dokter penanggung jawabnya telah mengkonfirmasi untuk boleh pulang.

BAB V PENUTUP

Hasil pelaksanaan asuhan keperawatan pada Tn.P dengan CKR dapat dibuat beberapa kesimpulan yang berkaitan dengan BAB IV penulis juga mengemukakan saran demi perbaikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan penyakit CKR.

A. Kesimpulan

Pada tahap pengkajian penulis menemukan beberapa kesenjangan. Kesenjangan pada manifestasi klinik karena pada kasus tidak ditemukan perdarahan pada otak sedikit pun hasil CT *scan* menunjukkan masa dan ukuran otak dalam batas normal dan tidak terdapat perdarahan yang terjadi hanyalah luka memar pada wajahnya saja. Pada komplikasi tidak ditemukan komplikasi menurut teori yang sudah dikemukakan pada pasien karena pasien sadar penuh hanya pada saat datang ke igd pingsan kurang dari 10 menit, hasil CT *scan* tidak ditemukan kerusakan otak semuanya dalam batas normal, kesadaran dalam kemampuan mengingat tidak terjadi pada pasien.

Pada penatalaksanaan hampir semuanya sesuai teori tetapi pada pasien tidak diberikan obat anti kejang karena pada pasien tidak ditemukan tanda-tanda kejang, tidak terjadi peningkatan tekanan intrakranial, tekanan darah dan nadi dalam batas normal. Pada penatalaksanaan penunjang diagnostik medis tidak semuanya dilakukan yang dikemukakan oleh teori yang dilakukan

hanya pemeriksaan laboratorium, CT scan, photo thorax selebihnya pemasangan instubasi ventilator, Imobilisasi vertebra servikal *Collar neck*, MRI, pemasangan kateter, pemasangan nasogastric tube tidak dilakukan karena pasien sadar penuh dan kesadaran makin hari makin membaik. Pada saat pengakjian tidak ada hambatan semuanya berjalan lancar karena pasien sangat kooperatif, keluarga baik dan kooperatif, tenaga medis lainnya membantu tetapi penulis tetap mencari data tambahan dari rekam medis untuk melihat perkembangan kesehatannya dikarenakan keterbatasan waktu.

Diagnosis keperawatan pada kasus ditemukan tiga masalah, dimana semua masalah yang di angkat sesuai teori yang sudah dikemukakan masalah pertama yaitu nyeri akut, kedua gangguan mobilitas fisik, masalah ketiga yaitu risiko infeksi. Perencanaan keperawatan secara keseluruhan sudah sesuai dengan teori, namun ada kesenjangan dalam masalah waktu serta penambahan dua tindakan yang tidak sesuai dengan teori. beberapa diagnosis terdapat rencana keperawatan yang tidak dilakukan karena disesuaikan dengan kondisi pasien. Perencanaan yang sudah disusun secara keseluruhan dapat dilaksanakan dengan lancar berkat kerjasama yang baik antara penulis dengan perawat ruangan, serta pasien dan keluarga yang kooperatif dalam pelaksanaan tindakan keperawatan namun hambatan yang terjadi yaitu dalam masalah waktu yang tidak terkoordinasi.

Dari tiga diagnosis yang ditemukan pada kasus yaitu nyeri akut, gangguan mobilitas fisik dan risiko infeksi. Ketiga diagnosis tersebut semuanya tujuannya tercapai sebagian dikarenakan keterbatasan waktu dan

pasien meminta pulang paksa karena kondisinya sudah membaik meskipun belum benar-benar pulih semuanya.

B. Saran

Setelah memberikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan selama dua hari, banyak pengalaman nyata yang penulis dapatkan, sehingga berguna untuk meningkatkan mutu serta kualitas asuhan keperawatan dan kemudahan pelaksanaan tindakan keperawatan, penulis mencoba memberikan saran yang mungkin dapat berguna bagi semua pihak, diantaranya :

1. Bagi penulis

Untuk penulis sebaiknya dapat lebih membekali diri dengan mengembangkan ilmu pengetahuan dalam bidang Kesehatan dan keperawatan khususnya dalam mengaplikasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit cedera kepala ringan, seperti merumuskan diagnosa yang sesuai dengan keadaan pasien dan intervensi yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Lebih sering berlatih membaca rekam medis dan lebih sering mempelajari istilah-istilah medis, memperbanyak literatur melalui membaca buku, berkunjung ke perpustakaan dan mengikuti seminar sehingga mampu menguasai konsep teori dan menerapkannya secara langsung pada pasien dengan penyakit cedera kepala ringan.

2. Bagi ruangan

Untuk instansi ruangan diharapkan dapat mencantumkan hasil CT scan dalam rekam medis pasien, untuk kedepannya agar dapat memudahkan penulis mendapatkan informasi mengenai hasil radiologi pasien tetapi harus tetap selalu menjaga kerahasiaan. Untuk hasil

laboratorium diharapkan dapat pembaharuan setiap harinya karena dari hasil tersebut penulis dapat mengetahui perkembangan kesehatan pasien, dan ruangan rawat inap diharapkan dapat kondusif dan dibatasi pengunjung demi kenyamanan pasien.

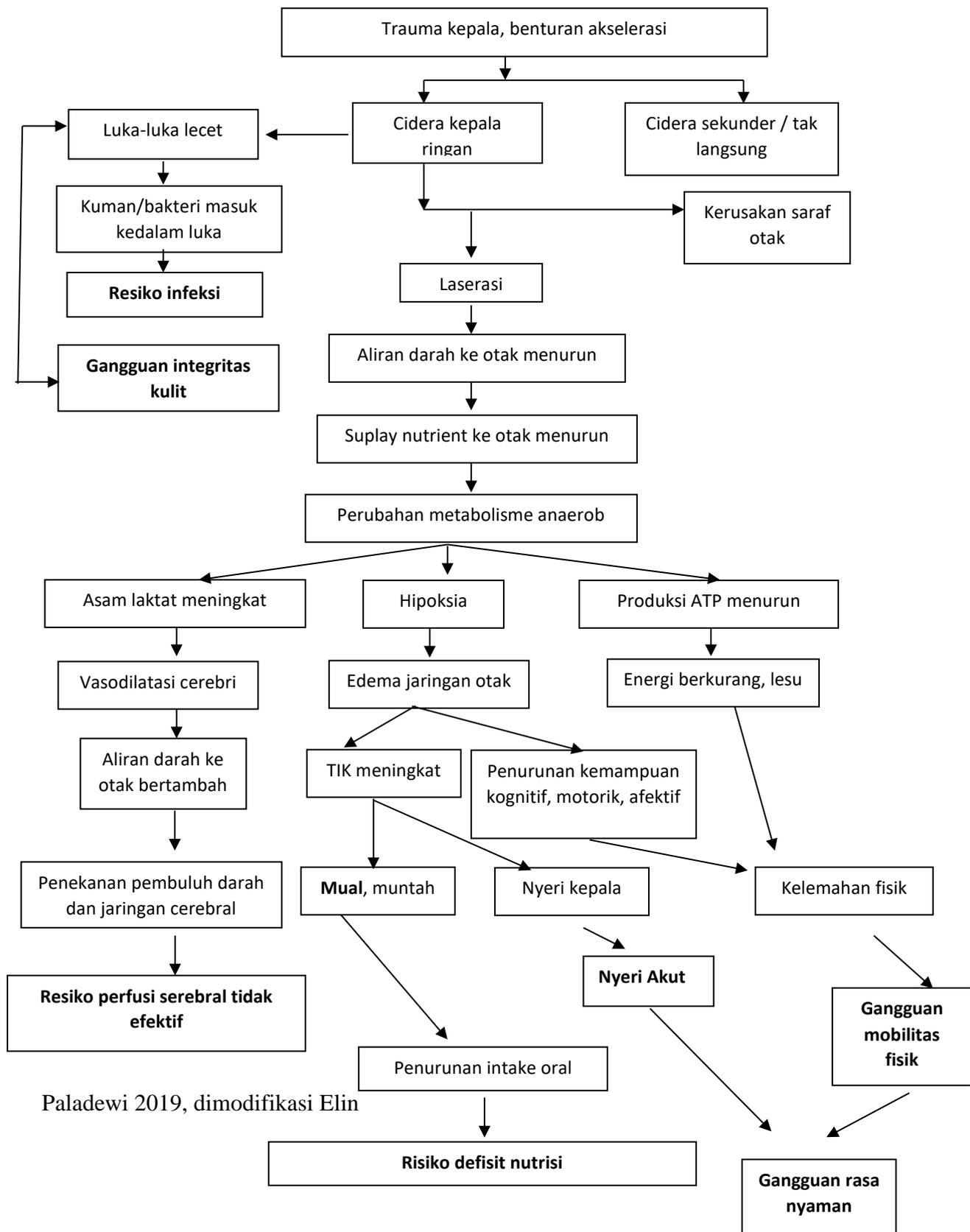
Daftar Pustaka

- Ada, K. E. P., Edera, P. A. C., & Ingan, K. E. R. (2019). *Pengaruh Posisi Head up 30 Derajat Terhadap Nyeri*. 10(2), 417–422.
- Ayudita, I. (2019). *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala*. 4(2), 1–7.
- Debi, O., Setiawan, A., Dwi Kustiyanti, D., Suandika, M., Kesehatan, F., & Harapan Bangsa, U. (2022). H Dengan Diagnosa Medis Cedera Kepala Ringan (Ckr) Di Ruang Antasena Rst Wijayakusuma Purwokerto. *JPM Jurnal Pengabdian Mandiri*, 1(7), 1175–1184. <http://bajangjournal.com/index.php/JPM>
- Doenges, M. E. (2019). *Nursing Care Plans: Guidelines for Individualizing Client Care Across the Life Span*. F.A. Davis. <https://doi.org/9780803694958>
- Fachruddin. (2020). Cedera Kepala. *Jurnal Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo*, July, 1–23.
- Heckman, J. J., Pinto, R., & Savelyev, P. A. (2019). Hubungan antara pediatrik trauma score dan mortalitas pada pasien cedera kepala. *Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 8–34.
- John Morris, J. J. (2017). *Pemeriksaan Klinis Neurologi* (Edisi 3). EGC.
- Joyce M.Black, J. H. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan* (Edisi 8 Bu). Elsevier.
- Lemone, P. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Ed. 5 Gangguan Neurologi* (Edisi 5). EGC.
- Mahardika, S. (2021). *Asuhan keperawatan pada pasien traumatic brain injury dengan masalah gangguan sirkulasi (perfusi serebral) di rsud labuang baji makassar: JPM Jurnal Pengabdian Mandiri*.
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia* (Edisi 1). DPP PPNI.
- Riskesdas. (2018). Laporan Riskesdas 2018 Nasional.pdf. In *Lembaga Penerbit Balitbangkes*.
- Safitri, 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>

Szar, D. horton. (2018). *Neurologi* (F. O. Diatri Nari Lastri (ed.); Crash Cour. Elsevier Singapore Pte Ltd.

Yudawijaya, A. (2022). *Bahan Kuliah Topik “ Tatalaksana Cedera Kepala ” Semester Genap 2021 / 2022 Penulis : dr . Agus Yudawijaya , Sp . S ., M . Si . Med Bagian Ilmu Penyakit Saraf Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia Jakarta 2022. 1–16.*

Pathway Cedera Kepala



Paladewi 2019, dimodifikasi Elin

ANALISA OBAT

1. Infus RL 1000 ml/ 24 jam (41 tetes per menit)

Indikasi :

Sebagai pengganti cairan ekstrasel yang hilang atau mengatasi dehidrasi isotonic, mengatasi kekurangan garam, mengatasi ketidakseimbangan antara asam dan basa (asidosis metabolik) (asidosis metabolik ringan), dan pengganti elektrolit pada luka bakar

Kontraindikasi :

Pasien yang mengalami kehilangan cairan lebih banyak dibanding kehilangan natrium dalam tubuh (dehidrasi hipertonik), pasien yang terlalu banyak minum sehingga kadar natrium lebih rendah (dehidrasi hipotonik), pasien dengan kondisi berkeringat berlebih yang tidak disebabkan suhu panas atau olahraga (hiperdehidrasi), pasien dengan kadar kalium tinggi dalam tubuh (hiperkalemia), pasien dengan penderitanya tekanan darah tinggi (hipertensi)

Efek samping :

Demam, iritasi, muntah, sakit perut, terjadi penggumpalan darah vena (thrombosis vena)

Dosis:

Dosis harian maksimum 40 ml/ kg BB/hari

2. Paracetamol 3x500 mg (oral)

Indikasi :

Obat ini digunakan untuk meredakan nyeri ringan hingga sedang seperti sakit kepala, sakit gigi, nyeri otot, serta menurunkan demam

Kontraindikasi :

Paracetamol jangan diberikan kepada penderita hipersensitif atau alergi terhadap paracetamol dan pada penderita gangguan fungsi hati berat.

Efek samping :

Pemakai obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebihan dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah penggunaan untuk jangka waktu lama dan dosis besar dapat menyebabkan kerusakan fungsi hati.

Dosis :

Dewasa : 1-2 kaplet, 3-4 kali per hari. Penggunaan maksimum 8 kaplet per hari

3. Cefixime 2x200 mg (iv)

Indikasi :

Merupakan antibiotik yang memiliki spektrum luas, aktif terhadap bakteri gram negatif maupun gram positif. Antibiotik ini digunakan untuk mengobati infeksi saluran kemih, infeksi bakteri akibat luka meradang, obat ini bekerja sebagai bakterisidal dengan mekanisme kerja obat dengan cara mengikat satu atau lebih penicillin-binding proteins (PBP) yang menghambat transpeptidasi tahap akhir dari sintesis peptidoglikan di dinding sel bakteri, sehingga menghambat biosintesis dan mencegah pembentukan dinding sel yang mengakibatkan kematian sel bakteri.

Kontraindikasi :

Hipersensitif terhadap sefalosporin, penisilin, atau antibiotik beta-laktam apapun.

Efek samping :

Sakit kepala pusing, sakit perut, diare kejang, gangguan kesadaran, mual dan muntah

Dosis :

30 – 50 kg 100 mg 2 x sehari , berat bisa dinaikkan sampai 200 mg 2 x sehari

SATUAN ACARA PEMBELAJARAN (SAP)

Pokok Bahasan	: Teknik Relaksasi Napas Dalam
Sub Pokok Bahasan	: Teknik Relaksasi Napas Dalam Mengurangi Nyeri
Sasaran	: Tn. P dan keluarga
Hari/Tanggal	: Selasa 21 Maret 2023
Tempat	: Ruang Neurologi lantai 11
Waktu	: 20 menit
Penyuluh	: Elin Rupiani

I. Tujuan Instruksional Umum (TIU)

Setelah mendapatkan penyuluhan selama 1 x 20 menit diharapkan Tn.P dan keluarga dapat menjelaskan tentang Teknik relaksasi nafas dalam guna mengurangi nyeri, serta Tn.P dan keluarga dapat mengungkapkan keinginan/kemauan untuk melakukan Teknik Napas Dalam, dengan demikian Tn.P dan keluarga mampu mendemonstrasikan kembali tentang Teknik Relaksasi Napas Dalam.

II. Tujuan Instruksional Khusus (TIK)

Setelah mendapatkan penyuluhan, keluarga diharapkan dapat :

1. Menyebutkan pengertian Nyeri
2. Menyebutkan pembagian nyeri
3. Mampu mengukur skala nyeri secara mandiri
4. Menyebutkan pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam dengan benar
5. Menyebutkan tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam
6. Menyebutkan prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam
7. Menunjukkan sikap positif/ Mengungkapkan keinginan untuk melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam
8. Mendemonstrasikan Teknik Relaksasi Napas Dalam dengan benar.

III. Materi Penyuluhan

1. Pengertian nyeri
2. Mengukur skala nyeri
3. Pembagian nyeri
4. Teknik manajemen nyeri (nonfarmakologis)
5. Pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam
6. Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam
7. Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam
8. Motivasi Rasional alasan harus melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam
9. Demonstrasikan Teknik Relaksasi Napas Dalam

IV. Metode Penyuluhan

- a. Ceramah
- b. Tanya jawab/Diskusi
- c. Demonstrasi dan redemonstrasi

V. Media Penyuluhan

- a. Leaflet

VI. Rencana Kegiatan Penyuluhan

No	Kegiatan	Uraian Kegiatan	
		Penyuluh	Audience
1	Pembukaan (5 Menit)	<ol style="list-style-type: none"> a. Mengucapkan salam b. Menyampaikan tujuan penyuluhan c. Melakukan apresiasi 	<ol style="list-style-type: none"> a. Menjawab salam b. Menyetujui tujuan penyuluhan c. Mengikuti apresiasi

2	Penyampaian Materi (10 menit)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pengetahuan sebelumnya mengenai konsep b. Memberikan penyuluhan dan berdiskusi bersama pasien tentang : c. Menyebutkan pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam d. Menyebutkan Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam e. Menyebutkan Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam f. Mendemonstrasikan Teknik Relaksasi Napas Dalam g. Memberikan kesempatan pada pasien untuk bertanya tentang hal yang belum dipahaminya. h. Mendemonstrasikan Teknik Relaksasi Napas Dalam i. Menjawab pertanyaan Tn.U dan keluarga 	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pengetahuan sebelumnya mengenai materi b. Menyimak materi dan berdiskusi c. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi d. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi e. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi f. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi g. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi h. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi i. Meredemonstrasikan Teknik Relaksasi Napas Dalam j. Menyimak penjelasan yang diberikan dan berdiskusi
---	-------------------------------	---	--

3	Penutup (5 menit)	a. Melakukan evaluasi b. Menyimpulkan materi penyuluhan dan hasil diskusi c. Mengucapkan salam	a. Menjawab pertanyaan b. Menyimak kesimpulan c. Menjawab salam
---	----------------------	--	---

VII. Evaluasi

1. Evaluasi Struktural
 - a. SAP dan media telah dikonsultasikan kepada pembimbing sebelum pelaksanaan
 - b. Pemberi materi telah menguasai seluruh materi
 - c. Tempat dipersiapkan sebelum pelaksanaan
 - d. Mahasiswa, dan pasien berada di tempat sesuai kontrak waktu yang telah disepakati
2. Evaluasi Proses
 - a. Proses pelaksanaan sesuai rencana
 - b. Keluarga aktif dalam diskusi dan tanya jawab
 - c. Keluarga mengikuti kegiatan dari awal sampai akhir
3. Evaluasi Hasil
 - a. Keluarga dapat menyebutkan pengertian dengan benar, tujuan, prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam
 - b. Keluarga menunjukkan antusias/ keinginan untuk melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam
4. Keluarga dapat mendemonstrasikan Langkah Teknik Relaksasi Napas Dalam
5. Pertanyaan evaluasi
 - a. Sebutkan pengertian Teknik Relaksasi Napas Dalam!
 - b. Sebutkan Tujuan Teknik Relaksasi Napas Dalam!
 - c. Sebutkan Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam!
 - d. Jelaskan alasan harus melakukan Teknik Relaksasi Napas Dalam!
 - e. Demonstrasikan ulang Teknik Relaksasi Napas Dalam!

VIII. Sumber

Kementrian kesehatan indonesia. (2022). *Teknik Relaksasi Napas Dalam*.
https://yankes.kemkes.go.id/view_artikel/1054/teknik-relaksasi-nafas-dalam#:~:text=Atur%20pernafasan%20dengan%20cara%20bernafas,b erulang%2Dulang%20selama%2010%20menit.

LAMPIRAN MATERI

Teknik Relaksasi Napas Dalam

A. Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman baik ringan maupun berat

B. Pembagian Nyeri

1. Nyeri akut (<6 bulan) Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.
2. Nyeri Kronik (>6 bulan) adalah nyeri konstan atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari 6 bulan

C. Skala Nyeri

- 0 (tidak nyeri) : Tidak Sakit
- 1-3 (Nyeri Ringan) : Sedikit Sakit
- 4-6 (Nyeri Sedang) : mengganggu aktivitas
- 7-9 (Nyeri Berat) : Sangat Mengganggu
- 10 (Nyeri Sangat Berat) : Tidak tertahan

D. Teknik Manajemen Nyeri

- Teknik distraksi
- Teknik imajinasi
- Teknik pijat
- Teknik kompres dingin atau hangat
- Teknik relaksasi nafas dalam

E. Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

F. Tujuan Teknik Relaksasi Napas

1. Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
2. Meningkatkan relaksasi

3. Mengurangi rasa nyeri
4. Meningkatkan kualitas tidur

G. Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

1. Ciptakan lingkungan yang tenang
2. Usahakan tetap rileks dan tenang
3. Menarik nafas dalam dari hidung dan mengisi paru-paru dengan udara melalui hitungan
4. Perlahan-lahan udara dihembuskan melalui mulut sambil merasakan ekstremitas atas dan bawah rileks
5. Anjurkan bernafas dengan irama normal 3 kali
6. Menarik nafas lagi melalui hidung dan menghembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan
7. Membiarkan telapak tangan dan kaki rileks
8. Usahakan agar tetap konsentrasi/ mata sambil terpejam
9. Pada saat konsentrasi pusatkan pada daerah nyeri
10. Anjurkan untuk mengulangi prosedur hingga nyeri terasa berkurang.

LEMBAR BALIK

MANAJEMEN
NYERI
Nonfarmakologis



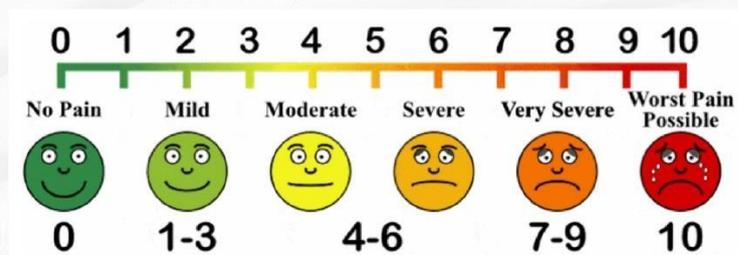
PENGERTIAN
NYERI

Nyeri adalah suatu
rasa yang tidak
nyaman baik ringan
maupun berat

PEMBAGIAN NYERI

1. Nyeri akut (<6 bulan) Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.
2. Nyeri Kronik (>6 bulan) adalah nyeri konstan atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari 6 bulan

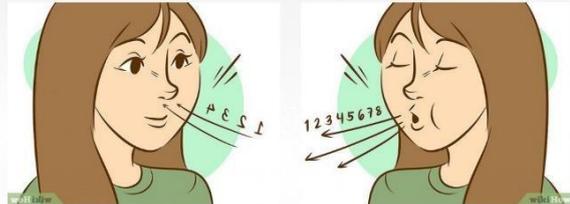
SKALA NYERI



- 0 (tidak nyeri) : Tidak Sakit
 1-3 (Nyeri Ringan) : Sedikit Sakit
 4-6 (Nyeri Sedang) : mengganggu aktivitas
 7-9 (Nyeri Berat) : Sangat Mengganggu
 10 (Nyeri Sangat Berat) : Tidak tertahan

PROSEDUR TEKNIK RELAKSAI NAFAS DALAM

1. Atur posisi senyaman mungkin
2. Tarik Napas sebanyak banyaknya melalui hidung
3. Tahan beberapa menit
4. Hembuskan udara melalui mulut
5. Lakukan beberapa kali sampai tubuh rileks dan nyeri berkurang (10-15 menit)



TEKNIK MANAJEMEN NYERI

- Teknik Distraksi



- Teknik Imajinasi



- Teknik Pijat



- Teknik kompres
airdingin atau hangat



• **TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM**



PENGERTIAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

TUJUAN TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

- 1 **MENINGKATKAN ALIRAN UDARA DAN OKSIGEN KE DALAM DARAG**
- 2 **MENINGKATKAN RELAKSASI**
- 3 **MENGIRANGI RASA NYERI**
- 4 **MENINGKATKAN KUALITAS TIDUR**



LEAFLET

Pembagian Nyeri

1. Nyeri akut (<6 bulan) Nyeri akut biasanya terjadi secara tiba-tiba dan umumnya berkaitan dengan cedera spesifik, nyeri akut merupakan nyeri yang berlangsung dari beberapa detik hingga enam bulan.

2. Nyeri Kronik (>6 bulan) adalah nyeri konstan atau menetap sepanjang suatu periode waktu. Nyeri kronik merupakan nyeri yang dirasakan lebih dari 6 bulan.

Skala Nyeri

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
No Pain Mild Moderate Severe Very Severe Worst Pain Possible
0 1-3 4-6 7-9 10

- 0 (tidak nyeri) : Tidak Sakit
- 1-3 (Nyeri Ringan) : Sedikit Sakit
- 4-6 (Nyeri Sedang) : mengganggu aktivitas
- 7-9 (Nyeri Berat) : Sangat Mengganggu
- 10 (Nyeri Sangat Berat) : Tidak tertahan

Pengertian Nyeri

Nyeri adalah suatu rasa yang tidak nyaman baik ringan maupun berat

Manajemen Nyeri (Nonfarmakologis)

Teknik Manajemen Nyeri

- **TEKNIK DISTRAKSI**
dimana merupakan teknik pengalihan terhadap hal-hal lain sehingga lupa terhadap nyeri yang dirasakan, contohnya membaca buku, menonton TV, mendengarkan musik
- **TEKNIK IMAJINASI**
Membayangkan sesuatu yang menarik dan menyenangkan
- **TEKNIK MASSAGE (PIJATAN)**
Menggosok atau mengusap usap permukaan kulit
- **KOMPRES HANGAT ATAU DINGIN**
Kompres area yang terasa nyeri

TEKNIK RELAKSASI NAFAS DALAM

Pengertian Teknik Relaksasi Nafas Dalam

Relaksasi merupakan suatu tindakan untuk membebaskan mental maupun fisik dari ketegangan dan stres sehingga dapat meningkatkan toleransi terhadap nyeri.

Tujuan Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- Meningkatkan aliran udara dan oksigen dalam darah
- Meningkatkan Relaksasi
- Mengurangi Rasa Nyeri
- Meningkatkan kualitas tidur

Prosedur Teknik Relaksasi Nafas Dalam

- Atur posisi nyaman mungkin
- Tarik napas sebanyak banyaknya melalui hidung
- Tahan beberapa menit
- hembuskan udara melalui mulut
- lakukan beberapa kali sampai tubuh rileks dan nyeri berkurang (10-15 menit)

Lembar Konsultasi

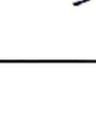
Nama Pembimbing : Enni Juliani, M. Kep

Nama Mahasiswa : Elin Rupiani

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn.P Dengan Cedera Kepala

Ringan Di Ruang Neurologi Kamar 1107 Lantai 11 Rsud Koja Jakarta Utara

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
1	Kamis 09-03-2023	Pengarahan tentang pengambilan kasus kelolaan dan teknik Urutan praktek.	h.
2	Selasa 28-03-2023	Perbaiki judul menjadi 4 baris, Inisial pasien diganti menjadi in.p. Gantikan kata sambung dan Parafase kalimat, prevelensi harus Deduktif, pada latar belakang Paragraf pertama harus ada (penertian, tanda gejala, penyebab) singkatan cedera kepala ringan (ckp) ke belakang singkat menjadi ckp.	(Bob I) h.
3	11/4/2023	Bab I : Ace dgn revisi minor	h.
4	11/4/2023	Bab II. Perbaiki sesuai masukan: - Gunakan referensi yg tepat (not blog/ wikipedia). - Tambahkan referensi.	h.
5	13/05/2023	BAB II: - Bahasa asing dalam paragraf dimiringkan - sitasi ditulis hanya nama belakang - sumber sdkt, SLKI tulis nama penulisnya.	h.

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
6	14/05/2023	<ul style="list-style-type: none"> - Rasional pada perencanaan titik sumbernya - Evaluasi keperawatan harus jelas menurut siapa <p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lengkapi prinsip diagram - Perhatikan penotagan 12 syarat transal - Balance catatan harus jelas penulisannya - Analisa data perbaiki dengan benar sesuai data 	
7	15/05/2023	<p>BAB III</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil lab pada data fokus masuk hanya yang abnormal saja - Analisa data revisi dan dengan benar data nya - Penataaksanaan harus 24 jam 	
8	20/5/2023	Bab. IV - Ace	
9.	21/5/2023	Bab II Perbaiki sesuai saran revisi	
10	24/5/2023	Bab II: Ace	
11	29/5/2023	Bab IV : Perbaiki sesuai saran revisi	

No.	Tanggal	Konsultasi (Saran/Perbaikan)	Tanda Tangan
12	30/5/2021	Bab 5 : tuntaslah dulu bab 4 dulu baru dapat muncul saran yg tepat di bab 5.	
13	2/6/2023	Bab IV : ACC	
14	5/6/2023	Bab V : ACC REVISI MINOR	
15	7/6/2023	ACC UNTUK MAJU SIDANG PENYUSUNAN RPP 4 sidang ✓	 

