



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.M DENGAN CEDERA
KEPALA SEDANG DI RUANG NEUROLOGI LANTAI 11 GEDUNG D
KAMAR 1107 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

DENIS SYACHIRAN NINGSIH

2011010

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



Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.M DENGAN CEDERA
KEPALA SEDANG DI RUANG NEUROLOGI LANTAI 11 GEDUNG D
KAMAR 1107 RSUD KOJA
JAKARTA UTARA**

Laporan Tugas Akhir

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

DENIS SYACHIRAN NINGSIH

2011010

**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 : Denis Syachiran Ningsih

NIM : 2011010

Tanggal :

Tanda Tangan :

LEMBAR PERSETUJUAN

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M Dengan Cedera Kepala Sedang Di
Ruang Neurologi Lantai 11 Gedung D Kamar 1107 Rsud Koja Jakarta Utara**

Jakarta,

Pembimbing

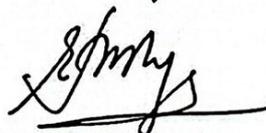


(Enni Juliani M.Kep)

LEMBAR PENGESAHAN

Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M Dengan Cedera Kepala Sedang Di Ruang Neurologi Lantai 11 Gedung D Kamar 1107 Rsud Koja Jakarta Utara

Pembimbing



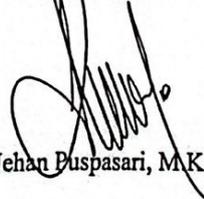
(Enni Juliani M.Kep)

Penguji I



(Ns. Feidy Yesayas, M.Kep)

Penguji II



(Ns. Jehan Puspasari, M.Kep)

Menyetujui

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada



(Ellynia, S.E., M.M)

Ketua

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis-penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini. Yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.M Dengan Cedera Kepala Sedang Di Ruang Neurologi Lantai 11 Gedung D Kamar 1107 Rsud Koja Jakarta Utara”. Penulisan Tugas Akhir ini dilakukan dalam rangka memenuhi persyaratan untuk menyelesaikan pendidikan Diploma Tiga Keperawatan di STIKes RS Husada. Penulis menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Laporan Tugas Akhir ini, sangat sulit bagi penulis untuk menyelesaikan Tugas Akhir ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ellynia, S.E.,M.M selaku Ketua STIKes RS Husada
2. Enni Juliani, M.Kep selaku dosen pembimbing yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk mengarahkan penulis dalam penyusunan Karya Tulis ilmiah ini.
3. Ns. Fendy Yesayas, M.Kep selaku penguji I dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ns. Jehan Puspasari, M.Kep selaku penguji II dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini.
5. Staf pendidikan yang telah banyak membantu dan memberi bimbingan selama menjalin pendidikan serta memberikan saya motivasi
6. Dr. Ida Bagus Nyoman Banjar , MKM selaku Direktur Umum RSUD Koja Jakarta Utara

7. Kepala ruangan neurologi dan para perawat yang telah memberikan bimbingan selama praktik di ruangan penyakit dalam.
8. Tn.M dan keluarga atas bantuan dan kerja samanya selama penulis memberikan Asuhan Keperawatan.
9. Orang Tua dan keluarga penulis yang telah memberikan bantuan material dan moral serta kasih sayang yang tidak pernah berhenti-henti nya penulis dapatkan sehingga penulis bisa berada di posisi saat ini, semoga selalu berada dalam lindungan ALLAH SWT.
10. Teman-teman angkatan 33 yang selama tiga tahun telah berjuang bersama-sama, terutama kelas A terima kasih atas kebersamaan dan bantuannya.
11. Dinda Mutiah, Enjelia Cindy, Audrey, Terimakasih selalu ada disamping saya.
12. Teman-teman Dunia Fantasi terutama warga Para Pencari Tunai (PPT) selama saya menyusun KTI sangat membantu karena lelucon-leluconnya yang membuat saya selalu bahagia.
13. Siapapun jodoh saya, saya bersemangat membuat KTI ini karena ingin cepat lulus dengan berbangga hati, supaya cepat dipinang oleh anda.

Akhir kata penulis berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu.

Jakarta, Juni 2023

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
LEMBAR PENGESAHAN	Error! Bookmark not defined.
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	x
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Tujuan Penulisan.....	4
C. Ruang Lingkup.....	5
D. Metode Penulisan.....	5
E. Sistematika Penulisan	5
BAB II TINJAUAN TEORITIS	7
A. Definisi.....	7
B. Etiologi.....	9
C. Patofisiologi.....	10
D. Manifestasi Klinik.....	14
E. Pemeriksaan penunjang	16
F. Pengkajian keperawatan.....	18
G. Diagnosa Keperawatan	23
H. Intervensi Keperawatan	25
I. Implementasi Keperawatan.....	40
J. Evaluasi Keperawatan.....	42
BAB III TINJAUAN KASUS	44
A. Pengkajian.....	44
B. Diagnosis Keperawatan	58
C. Perencanaan, Penatalaksanaan, Evaluasi	59
BAB IV PEMBAHASAN	73
A. Pengkajian Keperawatan.....	73

B. Diagnosa Keperawatan	74
C. Intervensi Keperawatan	76
D. Implementasi Keperawatan.....	80
E. Evaluasi Keperawatan.....	82
BAB V PENUTUP	84
A. Kesimpulan	84
B. Saran	85
DAFTAR PUSTAKA	87

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Pathway	89
Lampiran 2 Analisa Obat	90
Lampiran 2 Lembar Konsultasi.....	95

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak, cedera kepala biasanya diakibatkan salah satunya benturan atau kecelakaan. Sedangkan akibat dari terjadinya cedera kepala yang paling fatal adalah kematian (Hinkle & Cheever, 2017).

Berdasarkan GCS (*Glasgow Coma Scale*) cedera kepala dapat dibagi menjadi 3, yaitu cedera kepala ringan dengan GCS 13-15, cedera kepala sedang dengan GCS 9-12, dan cedera kepala berat dengan GCS kurang atau sama dengan 8. Cedera kepala sedang (CKS) merupakan cedera kepala dengan angka GCS 9-12, yang mengalami kehilangan kesadaran (*amnesia*) lebih dari 30 menit namun kurang dari 24 jam, dapat mengalami fraktur tengkorak, dan diikuti oleh contusia serebral, laserasi, dan hematoma intrakranial (Winkelman, 2016).

Cedera kepala akibat trauma sering kita jumpai di lapangan. Di dunia kejadian cedera kepala setiap tahunnya diperkirakan mencapai 500.000 kasus dari jumlah di atas 10% penderita meninggal sebelum tiba di rumah sakit dan lebih dari 100.000 penderita menderita berbagai tingkat kecacatan akibat cedera kepala tersebut. Dilaporkan 100.000 orang meninggal setiap tahunnya akibat cedera kepala, dan lebih dari 700.000 mengalami cedera

cukup berat yang memerlukan perawatan di rumah sakit. Dua per tiga dari kasus ini berusia di bawah 30 tahun dengan jumlah laki-laki lebih banyak dari wanita. Lebih dari setengah dari semua pasien cedera kepala sedang mempunyai signifikansi terhadap cedera bagian tubuh lainnya (Maas et al., 2022).

Menurut *Surveillance Report of Traumatic Brain Injury* tahun 2022, di Amerika Serikat terdapat sekitar 2,87 juta pasien cedera kepala. Diantaranya sekitar 2,53 juta orang datang ke Instalasi Gawat Darurat yang didalamnya lebih dari 812.000 pasien merupakan anak-anak. Terdapat sekitar 288.000 pasien cedera kepala yang mengalami rawat inap dan sekitar 23.000 diantaranya merupakan anak-anak. Pasien cedera kepala yang meninggal dunia terdapat sekitar 56.800 orang yang 2.529 didalamnya merupakan anak-anak (Bridgman & Asaolu, 2022).

Prevalensi kejadian cedera kepala di Indonesia berada pada angka 11,9%. Cedera pada bagian kepala menempati posisi ketiga setelah cedera pada anggota gerak bawah dan bagian anggota gerak atas dengan prevalensi masing-masing 67,9% dan 32,7%. Kejadian cedera kepala yang terjadi di provinsi Bali memiliki prevalensi sebesar 10,7%, dimana provinsi dengan cedera kepala tertinggi yaitu provinsi Gorontalo dengan prevalensi 17,9% (Kementerian Kesehatan RI, 2021)

Cedera kepala sedang memiliki tanda dan gejala sebagai berikut, yaitu disorientasi ringan, amnesia post traumatik, sakit kepala, mual muntah, vertigo dalam perubahan posisi, gangguan pendengaran. Selain tanda dan gejala tersebut, konfusi, kejang, serta adanya tanda kemungkinan fraktur

kranium (tanda battel, mata rabun, hemotmpanum, otore, atau rinore cairan serebrospinal) juga merupakan tanda dan gejala yang muncul pada pasien dengan cedera kepala sedang (Manurung, 2018).

Akibat trauma kepala pasien mengalami perubahan fisik maupun psikologis, asuhan keperawatan pada penderita cedera kepala memegang peranan penting terutama dalam pencegahan komplikasi. Komplikasi dari cedera kepala adalah infeksi, perdarahan. Cedera kepala berperan pada hampir separuh dari seluruh kematian akibat trauma-trauma. Cedera kepala merupakan keadaan yang serius. Oleh karena itu, diharapkan dengan penanganan yang cepat dan akurat dapat menekan morbiditas dan mortilitas penanganan yang tidak optimal dan terlambatnya rujukan dapat menyebabkan keadaan penderita semakin memburuk dan berkurangnya pemilihan fungsi (Lemone Priscilla, Karem M, Burke, 2015).

Peran perawat disini sebagai anggota tim kesehatan yaitu member asuhan keperawatan pada klien dengan penyakit cedera kepala sedang yang meliputi peran promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitas. Upaya promotif perawat berperan untuk memberikan pendidikan kesehatan yang berupa pengertian, penyebab, tanda dan gejala dari penyakit sehingga dapat mencegah bertambahnya jumlah pasien. Upaya preventif, perawat member pendidikan kesehatan mengenai cara-cara pencegahan agar klien tidak terpapar penyakit dengan membiasakan pola hidup sehat. Peran perawat dalam upaya kuratif memberikan tindakan keperawatan sesuai dengan masalah dan respon klien terhadap penyakit yang dialami. Lalu untuk peran perawat dalam upaya rehabilitative adalah memberikan pendidikan kesehatan kepada klien yang

sudah terkena penyakit agar tidak terjadi komplikasi yang tidak diinginkan (Budiono, 2016).

Berdasarkan latar belakang tersebut menjadi hal yang menarik bagi penulis untuk melakukan pengelolaan kasus keperawatan dalam bentuk karya tulis ilmiah, dengan judul asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang.

B. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Untuk menerapkan ilmu yang sudah di pelajari pada bangku kuliah secara langsung serta memperoleh pengalaman nyata dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Sedang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan Cedera Kepala Sedang.
- b. Mampu merumuskan masalah keperawatan yang ditemukan saat pengkajian pada pasien dengan Cedera Kepala Sedang.
- c. Mampu merencanakan asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Sedang.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai perencanaan.
- e. Mampu melakukan evaluasi pada pasien dengan Cedera Kepala Sedang.
- f. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor pendukung, penghambat, dan dapat mencari solusi dalam pemecahan masalah.

- g. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Sedang.

C. Ruang Lingkup

Dalam penyusunan karya ilmiah ini, penulis hanya membahas satu kasus mengenai “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Cedera Kepala Sedang di Ruang Neurologi Lantai 11 Gedung D Kamar 1107 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13-15 Maret 2023” menggunakan proses keperawatan dengan tahapan pengkajian, perumusan masalah perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

D. Metode Penulisan

Penyusun karya tulis ilmiah ini dibuat berdasarkan deskriptif yaitu metode yang sifatnya mengumpulkan data, menganalisa, mengidentifikasi dan menarik kesimpulan kemudian diajukan sebagai pembahasan. Adapun tehnik pengumpulan data dalam menyusun karya tulis ilmiah ini adalah dengan studi kasus seperti wawancara, pemeriksaan fisik, observasi selain itu juga menggunakan studi dokumentasi dengan cara mempelajari hasil pemeriksaan yang tertulis dan yang terakhir menggunakan metode studi kepustakaan yang didapatkan dengan mencari literatur keperawatan dan membaca serta mempelajari buku untuk mendapatkan keterangan dengan dasar-dasar teoritis yang berhubungan dengan Cedera Kepala Sedang.

E. Sistematika Penulisan

Laporan ini disusun secara sistematika yang terdiri dari lima bab yaitu pada BAB I: Pendahuluan yaitu menguraikan latar belakang, tujuan penulisan, ruang lingkup, metode penulisan, dan sistematika penulisan. BAB II:

Tinjauan teori, yaitu terdiri dari pengertian, patofisiologi (etiologi, proses perjalanan penyakit Cedera Kepala Sedang, manifestasi klinis, dan komplikasi), pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan (terapi dan tindakan medis), dan asuhan keperawatan (pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan). BAB III: Tinjauan kasus terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. BAB IV: Pembahasan kasus yaitu membahas kesenjangan antara teori dengan kasus pada pasien dengan penyakit Cedera Kepala Sedang, dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, penatalaksanaan keperawatan, dan evaluasi keperawatan serta faktor pendukung, faktor penghambat dan solusi pemecahan masalah. BAB V: Penutup meliputi kesimpulan dan saran.

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Definisi

Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak dan otak (Morton, 2012). Cedera kepala adalah cedera mekanik yang secara langsung atau tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka dikulit kepala, fraktur tulang tengkorak , robekan selaput otak, dan kerusakan jaringan otak itu sendiri, serta mengakibatkan gangguan neurologis serta cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak dan otak (Yanti & Leniwita, 2019).

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak, cedera kepala dibagi menjadi (terbuka & tertutup) terdiri dari fraktur tengkorak cranio serebri , kontusio/laserasi dan perdarahan serebral (subarachnoid, subdural, epidural, intraserebral batang otak). Trauma primer terjadi karena benturan langsung atau tidak langsung (akselerasi/deselerasi otak). Trauma sekunder akibat trauma syaraf (mil akson) yang meluas hipertensi intrakranial, hipoksia, hiperkapnea, atau hipertensi sistemik (Black & Hawks, 2014).

Cedera kepala adalah suatu injuri yang terjadi pada kulit kepala, tengkorak dan otak karena adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa penurunan kesadaran. Cedera kepala merupakan istilah luas yang

menggambarkan sejumlah cedera yang terjadi pada kulit kepala, tengkorak, otak, dan jaringan di bawahnya serta pembuluh darah di kepala (Lemone et al., 2016).

Berdasarkan pengertian diatas maka dapat disimpulkan bahwa cedera kepala sedang adalah cedera mekanik yang secara langsung atau tidak langsung mengenai kepala yang mengakibatkan luka dikulit kepala, fraktur tulang tengkorak , robekan selaput otak, dan kerusakan jaringan otak.

Berdasarkan beratnya, cedera kepala dibagi atas ringan, sedang dan berat. Pembagian ringan, sedang dan berat ini dimulai melalui *Glasgow coma scale* (GCS) merupakan instrument standar yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran pasien trauma cedera kepala (Wilkins & Williams, 2017).

Cedera kepala ringan dengan skala koma Glasgow (Glasgow coma scale, GCS) dapat terjadi kehilangan kesadaran, amnesia, tetapi kurang dari 30 menit, tidak ada fraktur tengkorak, tidak ada contusio dan hematoma. Sedangkan pada cedera kepala sedang GCS 9-13, kehilangan kesadaran. Amnesia lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam, dapat mengalami fraktur tengkorak, diikuti contusio serebral, laserasi dan hematoma intra cranial. Dan pada cedera kepala berat GCS 3-8. Kehilangan kesadaran dan atau terjadi amnesia lebih dari 24 jam, juga meliputi contusion cerebral, laserasi atau hematoma intra cranial.

Berdasarkan jenis cedera kepala dibagi menjadi dua bagian besar antara lain (Smeltzer & Bare, 2017): Cedera kepala terbuka dapat menyebabkan fraktur pada tulang tengkorak dan jaringan otak; dan Cedera kepala tertutup

dapat disamakan dengan keluhan geger otak ringan dan edema serebral yang luas.

B. Etiologi

Beberapa etiologi cedera kepala: Trauma tajam Trauma oleh benda tajam: menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera lokal. Kerusakan local meliputi contusion serebral, hematom serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia dan Trauma tumpul Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan cedera menyeluruh (difusi): kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk, yaitu cedera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar pada hemisfer serebral, batang otak atau kedua-duanya.

Mekanisme cedera kepala meliputi cedera akselerasi, deselerasi, akselerasi-deselerasi, *coup-contre coup*, dan cedera rotasional (Lewis et al., 2017). Cedera akselerasi terjadi jika objek bergerak menghantam kepala yang diam (misalnya, alat pemukul menghantam kepala atau peluru yang ditembakkan ke kepala). Berbeda dengan cedera deselerasi terjadi jika kepala yang bergerak membentur objek diam, seperti pada kasus jatuh atau tabrakan mobil ketika kepala membentur kaca depan mobil. Lalu pada cedera akselerasi-deselerasi sering terjadi dalam kasus kecelakaan kendaraan bermotor dan episode kekerasan fisik. Adapula cedera *coup-contre coup* terjadi jika kepala terbentur yang menyebabkan otak bergerak dalam ruang kranial dan dengan kuat mengenai area tulan tengkorak yang berlawanan serta area kepala yang pertama kali terbentur. Sebagai contoh, pasien dipukul dibagian kepala belakang. Dan ada pula cedera rotasional terjadi jika pukulan

atau benturan menyebabkan otak berputar dalam rongga tengkorak, yang mengakibatkan perenggangan atau robeknya pembuluh darah yang memfiksasi otak dengan bagian dalam rongga tengkorak.

C. Patofisiologi

Otak terbungkus oleh tengkorak yang tidak dapat ditembus, peningkatan tekanan intrakranial dapat menghambat aliran darah otak dan menyebabkan iskemia serebral. Peningkatan tekanan intrakranial merupakan penyebab penting cedera otak sekunder dimana derajat dan lamanya berkaitan dengan outcome setelah cedera kepala (Lemone et al., 2016).

Menurut Savitri, (2021), pasien yang mengalami perdarahan intraserebral (ICH) memiliki angka kematian tinggi. ICH cenderung terjadi di lokasi yang khas, dengan ICH hipertensif yang paling sering ditemukan di ganglia basal, thalamus, pons (batang otak), dan otak kecil. ICH akibat *angiopati amiloid serebral* (AVM) cenderung terjadi pada lokasi lobar.

Perdarahan intraserebral disebabkan karena adanya pembuluh darah intraserebral yang pecah sehingga darah keluar dari pembuluh darah dan masuk ke dalam jaringan otak. Keadaan tersebut menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial atau intraserebral sehingga terjadi penekanan pada pembuluh darah otak sehingga menyebabkan penurunan aliran darah otak dan berujung pada kematian sel sehingga mengakibatkan defisit neurologi (Smeltzer & Bare, 2017).

Perdarahan bisa berjalan dengan cepat atau lambat. Bertambah besarnya volume perdarahan mengakibatkan terjadinya peningkatan tekanan intrakranial yang ditandai dengan nyeri kepala, papil edema, dan muntah

yang seringkali bersifat proyektil. Pada tahap lebih lanjut, jika hematoma yang terbentuk lebih besar akan memicu terjadinya sindrom herniasi yang ditandai dengan penurunan kesadaran, adanya pupil yang anisokor dan terjadinya hemiparesis kontralateral (Winkelman, 2016).

Perdarahan intraserebral adalah perdarahan yang primer berasal dari pembuluh darah dalam parenkim otak dan bukan disebabkan oleh trauma. Perdarahan ini banyak disebabkan oleh hipertensi dan penyakit darah seperti hemofilia. Perdarahan intraserebral primer dan sekunder (antikoagulan) memiliki perubahan patologis yang sama. Perdarahan intracerebral umumnya mempengaruhi lobus serebral, ganglia basal, talamus, batang otak, dan serebelum sebagai akibat pembuluh pecah yang dipengaruhi oleh perubahan degeneratif terkait hipertensi atau jalur anggi amyloid serebral. Sebagian besar perdarahan pada perdarahan intra serebral yang berhubungan dengan hipertensi terjadi pada atau di dekat bifurkasi arteri kecil yang berasal dari penetrasi arteri basilar atau arteri serebral anterior, tengah, atau posterior (Lewis et al., 2017).

Perdarahan subaraknoid adalah salah satu kedaruratan neurologis yang disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah di ruang subaraknoid. Perdarahan subaraknoid sebagian besar terjadi di daerah permukaan oksipital dan parietal sehingga sering tidak dijumpai tanda-tanda rangsang meningeal. Adanya darah di dalam cairan otak akan mengakibatkan penguncupan arteri-arteri di dalam rongga subaraknoidea. Bila vasokonstriksi yang terjadi hebat disertai vasospasme, akan timbul gangguan aliran darah di dalam jaringan otak. Keadaan ini tampak pada pasien yang tidak membaik setelah beberapa hari

perawatan. Penguncupan pembuluh darah mulai terjadi pada hari ke-3 dan dapat berlangsung sampai 10 hari atau lebih (Wilkins & Williams, 2017).

Hematoma epidural dapat disebabkan oleh laserasi arteri atau vena yang berjalan di sepanjang bagian dalam tengkorak, dan cedera pada pembuluh ini sering disertai oleh fraktur tengkorak terkait. Perdarahan sekunder akibat cedera arteri diperkirakan menghasilkan pertumbuhan yang lebih besar dan lebih cepat daripada hematoma epidural yang terjadi akibat cedera vena. Karena perdarahan epidural terjadi antara tengkorak dan dura mater, perluasannya dibatasi oleh sutura yang berdekatan antara tulang tengkorak. Ketika volume perdarahan meningkat, darah epidural memanjang di sepanjang bagian dalam tengkorak hingga ke batas jahitan terdekat (Hinkle & Cheever, 2017).

Menurut Padila, (2019), Hematom subdural adalah koleksi darah ekstra aksial antara duramater dan arachnoid. Hematoma subdural terbentuk ketika menjembatani vena selama percepatan-perlambatan kepala. Karena pendarahannya adalah vena dan tekanan rendah, hematoma dapat tumbuh cukup lambat dan penyajiannya dapat ditunda. Hal ini terutama terjadi pada pasien dengan atrofi otak, yang pembuluh penghubungnya lebih rentan terhadap pergeseran dan yang lebih siap menampung volume darah intrakranial tambahan. Hematoma subdural memiliki spektrum klinis yang luas. Akumulasi cepat darah ekstra-aksial, tidak adanya atrofi yang sudah ada, dan adanya cedera otak traumatis lainnya berhubungan dengan status neurologis yang lebih buruk saat presentasi. Karena otak yang lebih muda

kurang atrofi, bahkan volume kecil dari darah ekstra-aksial dapat meningkatkan ICP dan menghasilkan defisit yang parah.

Organ otak dilindungi oleh rambut kepala, kulit kepala, tulang tengkorak, dan meningen atau lapisan otak, sehingga secara fisiologis efektif terlindungi dari trauma atau cedera. Cedera kepala terjadi karena adanya benturan atau daya yang mengenai kepala secara tiba-tiba. Cedera kepala dapat terjadi melalui dua mekanisme, yaitu ketika kepala secara langsung kontak dengan benda atau obyek dan mekanisme akselerasi-deselerasi. Akselerasi merupakan mekanisme cedera kepala yang terjadi ketika benda yang bergerak membentur kepala yang diam, sedangkan deselerasi terjadi ketika kepala bergerak membentur benda yang diam (Reichenbach et al., 2019).

Manurung (2018) membahas tentang terjadinya cedera kepala berdasarkan besarnya gaya dan lamanya gaya yang bekerja pada kepala manusia maka mekanisme terjadinya cedera kepala tumpul dapat dibagi menjadi dua yang pertama ada *Static loading* yaitu Gaya langsung yang bekerja pada kepala, lamanya gaya yang bekerja lambat, lebih dari 200 milidetik. Mekanisme *static loading* ini jarang terjadi sangat berat mulai dari cedera pada kulit kepala sampai kerusakan tulang kepala, jaringan dan pembuluh darah otak. Lalu ada *Dynamic loading* adalah Gaya yang bekerja pada kepala sangat cepat (kurang dari 50 milidetik). Gaya yang bekerja pada kepala dapat secara langsung (Impact Injury) ataupun gaya tersebut bekerja tidak langsung (accelerated-decelerated injury)

D. Manifestasi Klinik

Tanda dan gejala cedera kepala dapat menyebabkan gejala-gejala jangka panjang dicirikan oleh gangguan kognitif, emosional, dan fisik. Gejala ini disebut sebagai gangguan pasca gegar otak. Tanda dan gejala cedera kepala meliputi : Peningkatan TIK, Penurunan tingkat kesadaran, gelisah/irritable, papil edema, muntah proyektil, Penurunan fungsi neurologis, perubahan bicara, perubahan reaksi pupil, dan perubahan sensorik motoric, Sakit kepala, mual, pandangan kabur (*diplopia*). Fraktur tengkorak, CSF atau darah mengalir dari telinga dan hidung, Perdarahan dibelakang membran timpani (*Otorrhoe*), Perdarahan di hidung (*Rhinorrhoe*), *Periorbital ekhimiosis*, *Battle's sign* (memar di daerah mastoid), Komosio serebri dengan Sakit kepala – pusing, *Retrograde amnesia*, Tidak sadar lebih dari atau sama dengan 5 menit (Padila, 2019).

Tanda-tanda vital seharusnya diukur secara teratur, tanda-tanda vital mungkin memberikan petunjuk adanya perkembangan syok dan peningkatan TIK. Pasien tidak dapat atau dapat menuruti perintah pemeriksa, namun respon yang diberikan tidak sesuai, Kehilangan kesadaran >20 menit dan <36 jam, Amnesia post traumatik < 24 jam dan < 7 hari, Muntah dan Kejang (Reichenbach et al., 2019).

Gejala yang dialami penderita cedera kepala berbeda-beda, tergantung pada tingkat keparahan kondisi. Berdasarkan tingkat keparahannya, cedera kepala dibagi menjadi dua, yaitu cedera kepala ringan dan cedera kepala sedang hingga berat (Keogh, 2019; Lewis et al., 2017; Winkelman, 2016):

1. Cedera kepala ringan-sedang

Disorientasi adalah kondisi mental yang berubah dimana seseorang yang mengalami ini tidak mengetahui waktu atau tempat mereka berada saat itu, bahkan bisa saja tidak mengenal dirinya sendiri. Amnesia post-traumatik adalah tahap pemulihan setelah cedera otak traumatis ketika seseorang muncul kehilangan kesadaran atau koma. Sakit kepala atau nyeri dikepala, yang bisa muncul secara bertahap atau mendadak.

Mual adalah perasaan ingin muntah, tetapi tidak mengeluarkan isi perut, sedangkan muntah adalah kondisi perut yang tidak dapat dikontrol sehingga menyebabkan perut mengeluarkannya secara paksa melalui mulut. Gangguan pendengaran adalah salah satu keadaan yang umumnya disebabkan oleh factor usia atau sering terpapar suara yang nyaring atau keras.

2. Cedera kepala sedang-berat

Edema paru adalah suatu kondisi saat terjadi penumpukan cairan diparu-paru yang dapat mengganggu fungsi paru-paru. Biasanya ditandai dengan gejala sulit bernafas. Kejang infeksi adalah kejang yang disebabkan oleh infeksi kumandi dalam saraf pusat. Herniasi otak adalah kondisi ketika jaringan otak dan cairan otak bergeser dari posisi normalnya. Kondisi ini dipicu oleh pembengkakan otak akibat cedera kepala, stroke, atau tumor otak.

Hemiparase adalah kondisi ketika salah satu sisi tubuh mengalami kelemahan yang dapat mempengaruhi lengan, kaki, dan otot wajah sehingga sulit untuk digerakkan.

E. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan pada pasien dengan cedera kepala adalah (Harding, 2023; Hinkle & Cheever, 2017; Lewis et al., 2017; Smeltzer & Bare, 2017; Wilkins & Williams, 2017) :

1. Foto Rontgen Polos

Pada cedera kepala perlu dibuat foto rontgen kepala dan kolumna vertebralis servikalis. Film diletakkan pada sisi lesi akibat benturan. Bila lesi terdapat di daerah oksipital, buat foto anterior-posterior. Bila lesi terdapat di daerah frontal buat foto posterior-anterior. Bila lesi terdapat di daerah temporal, parietal atau frontal lateral kiri, film diletakkan pada sisi kiri dan dibuat foto dari kanan ke kiri. Kalau diduga ada fraktur basis kranii, maka dibuatkan foto basis kranii dengan kepala menggantung dan sinar rontgen terarah tegak lurus pada garis antar angulus mandibularis (tulang rahang bawah). Foto kolumna vertebralis servikalis dibuat anterior-posterior dan lateral untuk melihat adanya fraktur atau dislokasi. Pada foto polos tengkorak mungkin dapat ditemukan garis fraktur atau fraktur impresi. Tekanan intrakranial yang tinggi mungkin menimbulkan *impressions digitae*.

2. *Computerised Tomography* (CT Scan)

CT Scan diciptakan oleh Hounsfield dan Ambrose pada tahun 1972. Dengan pemeriksaan ini kita dapat melihat ke dalam rongga tengkorak. Potongan- potongan melintang tengkorak bersama isinya tergambar dalam foto dengan jelas. CT Scan kepala merupakan standar baku untuk mendeteksi perdarahan intrakranial.

Semua pasien dengan (GCS). CT Scan dilakukan hanya dengan indikasi tertentu seperti: nyeri kepala hebat, adanya tanda-tanda fraktur basis kranii, adanya riwayat cedera yang berat, muntah lebih dari satu kali, penderita lansia (>65 tahun) dengan penurunan kesadaran atau anamnesia, kejang, riwayat gangguan vaskuler atau menggunakan obat-obat anti koagulan, rasa baal pada tubuh, gangguan keseimbangan atau berjalan, gangguan orientasi, berbicara, membaca, dan menulis. Pemeriksaan CT Scan kepala masih merupakan gold standard bagi setiap pasien dengan cedera kepala. Berdasarkan gambaran CT Scan kepala dapat diketahui adanya gambaran abnormal yang sering menyertai pasien cedera kepala. Jika tidak ada CT Scan kepala pemeriksaan penunjang lainnya adalah X-ray foto kepala untuk melihat adanya patah tulang tengkorak atau wajah.

3. *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*

MRI adalah teknik pencitraan yang lebih sensitif dibandingkan dengan CT Scan. Kelainan yang tidak tampak pada CT Scan dapat dilihat dengan MRI. Namun, dibutuhkan waktu pemeriksaan lebih lama dibandingkan dengan CT Scan sehingga tidak sesuai dengan situasi gawat darurat.

4. *Electroencephalogram (EEG)*

EEG merupakan peran yang paling berguna dari pada cedera kepala untuk membantu dalam diagnosis status epileptikus nonkonvulsif. Dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis. Dalam sebuah studi landmark pemantauan EEG terus menerus pada pasien rawat inap dengan cedera otak traumatik. Kejang konvulsif dan nonkonvulsif tetap terlihat

dalam 22%. Sebuah studi melaporkan bahwa perlambatan yang parah pada pemantauan EEG terus-menerus berhubungan dengan gelombang delta atau pola penekanan melonjak dikaitkan dengan hasil yang buruk pada bulan ketiga dan keenam pada pasien dengan cedera otak traumatik.

5. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dasar harus mencakup: FBC termasuk trombosit, Serum elektrolit dan urea, Serum glukosa, Status koagulasi: PT, INR, activated PTT, Tingkat alkohol darah dan skrining toksikologi jika diindikasikan dan Analisa urin

Gas darah arteri biasanya tidak diindikasikan di cedera kepala, karena mengamankan jalan napas didasarkan pada temuan klinis dan perkiraan rawat inap di rumah sakit. Seorang pasien dengan GCS kepala yang tidak bernafas secara spontan, tidak dapat mempertahankan jalan nafas terbuka, atau tidak dapat mempertahankan >90% saturasi oksigen dengan oksigen tambahan pasti memerlukan jalan napas.

F. Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan. Tahapan pengkajian menurut Lewis et al., (2014) antara lain:

1. Kesadaran

Kuantitatif: pemeriksaan fungsi mental keseluruhan dan derajat kewaspadaan. Skala GCS: Respon membuka mata (Eye) jika membuka

mata spontan: 4, membuka mata dengan perintah: 3, membuka mata dengan rangsangan nyeri: 2, tidak bisa membuka mata sama sekali: 1. Pada respon berbicara verbal jika orientasi sempurna (diri, tempat, dan waktu): 5, disorientasi (tidak sesuai antara pertanyaan dan jawaban): 4, hanya mengeluarkan kata: 3, hanya mengeluarkan suara: 2, tidak bersuara sama sekali: 1. Lalu respon gerakan motorik jika bisa melakukan gerakan sesuai perintah: 6, melokalisasi nyeri: 5, withdrawing (menarik dari rangsangan nyeri): 4, posisi decorticate (posisi ekstermitas bawah kaku tegang posisi lurus dan ekstermitas atas fleksi): 3, posisi decerebrate (posisi ekstermitas atas dan bawah lurus dan kaku): 2, tidak bergerak sama sekali: 1

2. Tanda-tanda vital

Meliputi tekanan darah yang biasanya pada pasien yang memiliki riwayat hipertensi dengan tekanan sistole >140 dan diastole >80 . Nadi pasien biasanya dalam keadaan normal. Pernapasan terjadi gangguan pada jalan napas akibat penurunan kesadaran dan suhu biasanya dalam keadaan normal.

3. Rambut

Pada pemeriksaan rambut biasanya tidak ditemukan adanya masalah.

4. Wajah

Tampak simetris dan pucat. Pada pemeriksaan nervus V Trigeminal): bila pasien sadar maka pasien mampu menyebutkan lokasi yang diberikan usapan dan ketika pasien mengalami penurunan kesadaran, maka dilakukan usapan pada kornea mata dan pasien akan menutup kelopak

mata. Pada nervus VII (Facialis) : alis mata simetris, mampu mengangkat alis, mengernyitkan dahi dan hidung, pada pasien tertentu mereka tidak mampu untuk mengembung pipi atau terjadi ketidaksimetrisan pada saat mengembungkan pipi dan kesulitan untuk mengunyah.

5. Mata

Konjungtiva unanemis, sklera anikterik, pupil isokor dan kelopak mata tidak edema. Pada pemeriksaan nervus II (*Optikus*): lapang pandang pasien 90° dan visus 6/6. Pada nervus III (*Okulomotorius*): diameter pupil 2mm pada mata kanandan kiri pupil isokor terkadang unisokor, palpebra dan reflek kedip bisa dinilai jika pasien membuka mata. Nervus IV (*Troklearis*): pasien mampu mengikuti arahan tangan perawat ke atas dan ke bawah. Nervus VI (*Abdusen*): pasien mampu mengikuti arahan perawat untuk melihat ke kanan dan ke kiri.

6. Hidung

Pada pemeriksaan nervus I (*Olfaktorius*): pasien mampu menyebutkan bau yang diberikan perawat namun pasien yang mengalami gangguan penciuman tidak mampu untuk menyebutkan bau yang diberikan. Nervus VIII (*Akustikus*): pasien yang tidak mengalami kelemahahn ekstremitas atas mampu melakukan keseimbangan gerak tangan dan hidung.

7. Mulut dan gigi

Pada pasien dengan tingkat kesadaran apatis, supor, soporos koma hingga koma akan mengalami masalah bau mulut, gigi tampak kotor, dan mukosa bibir kering. Pada pemeriksaan nervus VII (*Facialis*): lidah mampu mendorong pipi ke kiri dan ke kanan, bibir simetris, dan mampu

menyebut rasa asam dan manis. Pada nervus IX (*Glossofaringeal*): ovule yang terangkat tidak simetris, mencong ke arah tubuh yang lemah. Pada nervus XII (*Hipoglasus*): ada pasien yang mampu menjulurkan lidah namun ada juga pasien yang tidak mampu menjulurkan lidah bahkan lidahnya mengalami lateralisasi.

8. Telinga

Daun telinga simetris. Pada pemeriksaan nervus VIII (*Akustikus*): pasien mampu mendengar suara gesekan tangan perawat.

9. Leher

Pada pemeriksaan nervus X (*Vagus*): adanya gangguan menelan. Pemeriksaan kaku kuduk (+) karena adanya tahanan atau nyeri dan burdzensky 1 positif, bila ada fleksi pada kedua tungkai dan sendi lutut.

10. Thorak

Paru-paru dilakukan inspeksi: simetris kiri dan kanan, palpasi: fremitus sama antara kiri dan kanan, perkusi: normal (sonor), auskultasi: vesikuler. Jantung dilakukan inspeksi: iktus cordis tidak terlihat, palpasi: iktus cordis teraba, perkusi: batas jantung normal dan auskultasi: vesikuler.

11. Abdomen

Inspeksi: simetris, tidak terdapat asites, palpasi: hepar tidak teraba, perkusi: suara timpani, auskultasi: bising usus pasien terdengar

12. Ekstremitas

Atas: terpasang infus bagian dextra/sinistra. CRT <2detik. Pada pemeriksaan nervus XI (*Aksesorius*): pada pasien dengan cedera kepala

sedang hemoragik tidak mampu melawan tahanan pada bahu yang diberikan pada perawat. Pada pemeriksaan refleksi, ketika siku diketuk tidak ada respon apa-apa. Tidak ada flexi maupun ekstensi pada pemeriksaan reflex bicep dan pada pemeriksaan tricep tidak ada fleksi dan supinasi. Sedangkan pada pemeriksaan reflek Hoffman Tromer jari tidak mengembang ketika diberi reflek.

Bawah: pada pemeriksaan reflek burdzensky I kaki kiri pasien fleksi pada kedua tungkai dan sendi lutut (+), pada pemeriksaan reflek babinsky (+) ditandai dengan timbul dorsum flexi ibu jari kaki, diikuti dengan pengembangan dan ekstensi jari-jari kaki (flanning). Pemeriksaan reflek caddock melakukan penggoresan melingkari meleolus sampai kulit dorsum pedis bagian lateral atau eksterna, hasil (+) sama dengan refleksi babinski. Menurut Munir (2017) Pasien dengan cedera kepala sedang biasanya mengalami kelumpuhan dan penurunan kekuatan otot, penilaian kekuatan otot:

- 1) 5: Normal (mampu melawan tahanan yang diberikan pemeriksa dengan kekutan penuh)
- 2) 4: Bisa melawan gravitasi, dapat mempertahankan gravitasi dan dapat melawan tahanan sedang
- 3) 3: Bisa melawan gravitasi, sulit mempertahankan gravitasi dan dapat tahanan ringan
- 4) 2: Tidak bisa melawan gravitasi, masih ada pergerakan sendi dan otot

- 5) 1: Tidak bisa melawan gravitasi, sendi tidak bergerak, masih ada gerakan kontraksi otot.
- 6) 0: Tidak bisa melawan gravitas, sendi tidak bergerak dan tidak ada gerakan kontraksi otot

G. Diagnosa Keperawatan

Menurut Tim Pokja DPP PPNI (2017) diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2017).

Menurut Bare & Smeltzer, 2017 Dan Winkelman, 2016 dan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017), diagnosa keperawatan yang sering muncul pada pasien cedera kepala sedang adalah sebagai berikut.

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler.
2. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas

fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori-persepsi.

3. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis, hambatan.
4. Defisit nutrisi yang berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, faktor psikologis.
5. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik, kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, outlet kandung kemih tidak lengkap, imaturitas.
6. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan/atau psikotik, penurunan motivasi/minat.
7. Risiko perfusi serebral tidak efektif faktor resiko keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksoma atrium, aneurisma serebri, koagulopati, dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme,

cidera kepala, hiperkolesteronemia, hipertensi, endokarditis infektif, katup prostetik mekanis, stenosis mitral, neoplasma otak, infark miokard akut, sindrom sick sinus, penyalahgunaan zat, terapi trombolitik, penyalahgunaan zat

8. Risiko konstipasi faktor risiko fisiologis, faktor risiko psikologis, faktor risiko situasional

H. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan atau perencanaan merupakan keputusan awal yang memberi arah bagi tujuan yang ingin dicapai, hal yang akan dilakukan, termasuk bagaimana, kapan dan siapa yang akan melakukan tindakan keperawatan, intervensi berdasarkan diagnosa pada pasien cedera kepala sedang adalah (Tim Pokja DPP PPNI, 2018):

1. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi, perubahan membran alveolus-kapiler.

Defenisi : gangguan pertukaran gas adalah kelebihan atau kekurangan oksigenasi dan/atau eliminasi karbondioksida pada membran alveolus-kapiler.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka pertukaran gas meningkat.

Kriteria hasil: sesak napas menurun, wheezing menurun, takikardia menurun, PCO₂ membaik, PO₂ membaik, pH arteri membaik.

Intervensi:

- a. Observasi

- 1) Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas

- 2) Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)
 - 3) Monitor kemampuan batuk efektif
 - 4) Monitor adanya produksi sputum
 - 5) Monitor adanya sumbatan jalan napas
 - 6) Palpasi kesimetrisan ekspansi paru
 - 7) Auskultasi bunyi napas
 - 8) Monitor saturasi oksigen
 - 9) Monitor nilai analisa gas darah
 - 10) Monitor hasil x-ray thoraks
- b. Terapeutik
- 1) Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien
 - 2) Dokumentasikan hasil pemantauan
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu.
2. Gangguan mobilitas fisik yang berhubungan dengan kerusakan integritas struktur tulang, perubahan metabolisme, ketidakbugaran fisik, penurunan kendali otot, penurunan massa otot, penurunan kekuatan otot, keterlambatan perkembangan, kekakuan sendi, kontraktur, malnutrisi, gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuscular, indeks masa tubuh diatas persentil ke-75 sesuai usia, efek agen farmakologis, program pembatasan gerak, nyeri, kurang terpapar informasi tentang aktivitas

fisik, kecemasan, gangguan kognitif, keengganan melakukan pergerakan, gangguan sensori-persepsi.

Definisi: Keterbatasan dalam gerakan fisik satu atau lebih ekstermitas secara mandiri (PPNI, 2017)

Tujuan: setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan mobilitas fisik (kemampuan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstremitas secara mandiri) meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil: Pergerakan ekstremitas meningkat, kekuatan otot, rentang gerak (ROM) meningkat. Nyeri, kecemasan, kaku sendi, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan kelemahan fisik menurun (PPNI, 2019)

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- 2) Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan
- 3) Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- 4) Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi

b. Terapeutik

- 1) Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur)
- 2) Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu
- 3) Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan

c. Edukasi

- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- 2) Anjurkan melakukan mobilisasi dini
- 3) Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)

3. Gangguan komunikasi verbal yang berhubungan dengan penurunan sirkulasi serebral, gangguan neuromuskuler, gangguan pendengaran, gangguan musculoskeletal, kelainan palatum, hambatan fisik, hambatan individu, hambatan psikologis, hambatan.

Definisi: penurunan, perlambatan, atau ketidakmampuan untuk menerima memproses, mengirim dan/atau menggunakan sistem simbol.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka komunikasi verbal (kemampuan menerima, proses, mengirim. Dan/atau menggunakan sistem simbol) meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil: kemampuan berbicara meningkat, kemampuan mendengar meningkat, kesesuaian ekspresi wajah/tubuh meningkat, kontak mata meningkat, afasia menurun, disfasia menurun, apraksia menurun, pelo menurun, respon perilaku membaik, pemahaman komunikasi membaik (PPNI, 2019)

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Monitor kecepatan, tekanan, kuantitas, volume, dan diksi bicara

- 2) Monitor progress kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berkaitan dengan bicara (mis: memori, pendengaran, dan Bahasa)
 - 3) Monitor frustrasi, marah, depresi, atau hal lain yang mengganggu bicara
 - 4) Identifikasi perilaku emosional dan fisik sebagai bentuk komunikasi
- b. Terapeutik
- 1) Gunakan metode komunikasi alternatif (mis: menulis, mata berkedip, papan komunikasi dengan gambar dan huruf, isyarat tangan, dan komputer)
 - 2) Sesuaikan gaya komunikasi dengan kebutuhan (mis: berdiri di depan pasien, dengarkan dengan seksama, tunjukkan satu gagasan atau pemikiran sekaligus, bicaralah dengan perlahan sambil menghindari teriakan, gunakan komunikasi tertulis, atau meminta bantuan keluarga untuk memahami ucapan pasien)
 - 3) Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bantuan
 - 4) Ulangi apa yang disampaikan pasien
 - 5) Berikan dukungan psikologis
 - 6) Gunakan juru bicara, jika perlu
- c. Edukasi
- 1) Anjurkan berbicara perlahan
 - 2) Ajarkan pasien dan keluarga proses kognitif, anatomis, dan fisiologis yang berhubungan dengan kemampuan bicara

d. Kolaborasi

1) Rujuk ke ahli patologi bicara atau terapis

4. Defisit nutrisi yang berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, ketidakmampuan mencerna makanan, ketidakmampuan mengabsorpsi nutrient, peningkatan kebutuhan metabolisme, faktor ekonomi, faktor psikologis.

Definisi: asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolisme.

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka status nutrisi (keadekuatan asupan nutrisi untuk memenuhi kebutuhan metabolisme) membaik (PPNI, 2019)

Kriteria hasil: kekuatan otot pengunyah meningkat pasien mampu mengunyah dengan normal, kekuatan otot menelan meningkat pasien tidak kesulitan saat menelan, serum albumin, meningkat. Berat badan membaik dengan tidak adanya penurunan berat badan lebih dari 10%, indeks massa tubuh (IMT) membaik dalam rentang 18,5-24,9, Frekuensi makan 3x perhari, nafsu makan membaik pasien menghabiskan 1 porsi makanya, bising usus normal 5-30 kali permenit dan membran mukosa membaik (PPNI, 2019)

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi status nutrisi
- 2) Identifikasi alergi dan intoleransi makanan
- 3) Identifikasi makanan yang disukai

- 4) Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi
 - 5) Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik
 - 6) Monitor asupan makanan
 - 7) Monitor berat badan
 - 8) Monitor hasil pemeriksaan laboratorium
- b. Terapeutik
- 1) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 - 2) Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan)
 - 3) Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai
 - 4) Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - 5) Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein
 - 6) Berikan suplemen makanan, jika perlu
 - 7) Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi
- c. Edukasi
- 1) Ajarkan posisi duduk, jika mampu
 - 2) Ajarkan diet yang diprogramkan
- d. Kolaborasi
- 1) Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu
 - 2) Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu
5. Gangguan eliminasi urine yang berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan

menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik, kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet, hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, outlet kandung kemih tidak lengkap, imaturitas.

Definisi: disfungsi eliminasi urine

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam makan konsinensia urine (pola kebiasaan buang air kecil) membaik (PPNI, 2019). Kriteria hasil: kemampuan berkemih meningkat, distensi kandung kemih menurun, frekuensi berkemih, dan sensasi berkemih membaik (PPNI, 2019).

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi tanda dan gejala retensi atau inkontinensia urin
- 2) Identifikasi faktor yang menyebabkan retensi atau inkontinensia urine
- 3) Monitor eliminasi urin (mis. frekuensi, konsistensi, aroma, volume, dan warna)

b. Terapeutik

- 1) Catat waktu-waktu dan haluaran berkemih
- 2) Batasi asupan cairan, jika perlu
- 3) Ambil sampel urin tengah (midstream) atau kultur

c. Edukasi

- 1) Ajarkan tanda dan gejala infeksi saluran berkemih
- 2) Ajarkan mengukur asupan cairan dan haluaran urin

- 3) Ajarkan mengambil spesimen urin midstream
- 4) Ajarkan mengenali tanda berkemih dan waktu yang tepat untuk berkemih
- 5) Ajarkan terapi modalitas penguatan otot-otot panggul/berkemihan
- 6) Anjurkan minum yang cukup, jika tidak ada kontraindikasi
- 7) Anjurkan mengurangi minum menjelang tidur

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat supositoria uretra, jika perlu

6. Defisit perawatan diri yang berhubungan dengan gangguan musculoskeletal, gangguan neuromuskuler, kelemahan, gangguan psikologis dan/atau psikotik, penurunan motivasi/minat.

Definis: ketidakmampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka perawatan diri (kemampuan melakukan atau menyelesaikan aktivitas perawatan diri) meningkat

Kriteria hasil: kemampuan mandi, kemampuan mengenakan pakaian, kemampuan makan, kemampuan toileting BAB/BAK, verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri, mniat melakukan perawatan diri, mempertahankan kebersihan diri dan mempertahankan kebersihan mulut meningkat (PPNI, 2019).

Intervensi:

- a. Observasi

- 1) Identifikasi diet yang dianjurkan
 - 2) Monitor kemampuan menelan
 - 3) Monitor status hidrasi pasien, jika perlu
- b. Terapeutik
- 1) Ciptakan lingkungan yang menyenangkan selama makan
 - 2) Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum
 - 3) Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu
 - 4) Letakkan makanan di sisi mata yang sehat
 - 5) Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan
 - 6) Siapkan makanan dengan suhu yang meningkatkan nafsu makan
 - 7) Sediakan makanan dan minuman yang disukai
 - 8) Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu
 - 9) Motivasi untuk makan di ruang makan, jika tersedia
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan posisi makanan pada pasien yang mengalami gangguan penglihatan dengan menggunakan arah jarum jam (mis: sayur di jam 12, rendang di jam 3)
- d. Kolaborasi
- 1) Kolaborasi pemberian obat (mis: analgesik, antiemetik), sesuai indikasi
7. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional, kebutuhan tidak terpenuhi, krisis maturasional, ancaman terhadap konsep diri, ancaman terhadap kematian, kekhawatiran mengalami kegagalan, disfungsi sistem

keluarga, hubungan orang tua-anak tidak memuaskan, faktor keturunan (temperamen mudah teragitasi sejak lahir), penyalahgunaan zat, terpapar bahaya lingkungan (mis. toksin, polutan, dan lain-lain) dan kurang terpapar informasi

Tujuan: ansietas dapat teratasi setelah dilakukan tindakan keperawatan

Kriteria hasil: tingkat ansietas menurun, ditandai dengan Verbalisasi kebingungan menurun; Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun; Perilaku gelisah menurun; Perilaku tegang menurun: Frekuensi nadi dan Tekanan darah dalam batas normal

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. kondisi, waktu, stressor)
- 2) Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- 3) Monitor tanda ansietas (verbal dan non verbal)

b. Terapeutik

- 1) Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan
- 2) Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan
- 3) Pahami situasi yang membuat ansietas
- 4) Dengarkan dengan penuh perhatian
- 5) Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- 6) Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan

- 7) Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

c. Edukasi

- 1) Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami
- 2) Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
- 3) Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien
- 4) Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
- 5) Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- 6) Latih kegiatan pengalihan, untuk mengurangi ketegangan
- 7) Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
- 8) Latih teknik relaksasi

d. Kolaborasi

- 1) Kolaborasi pemberian obat anti anxietas, jika perlu.

8. Resiko perfusi serebral tidak efektif faktor resiko keabnormalan masa protrombin dan/atau masa protrombin parsial, penurunan kinerja ventrikel kiri, aterosklerosis aorta, diseksi arteri, fibrilasi atrium, tumor otak, stenosis karotis, miksuma atrium, aneurisma serebri, koagulopati, dilatasi kardiomiopati, koagulasi intravaskuler diseminata, embolisme, cedera kepala, hiperkolesteronemia, hipertensi, endokarditis infeksi, katup prostetik mekanis, stenosis mitral, neoplasma otak, infark miokard akut, sindrom sick sinus, penyalahgunaan zat, terapi trombolitik, penyalahgunaan zat.

Definisi: risiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak (PPNI, 2017)

Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan perfusi jaringan serebral (keadekuatan aliran darah serebral untuk menunjang fungsi otak) meningkat (PPNI, 2019)

Kriteria hasil: kesadaran pasien meningkat dan kognitif meningkat. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, refleks saraf membaik, pasien tenang, tidak ada penambahan disfungsi neurologis, sakit kepala menurun.

Tanda- tanda vital dalam batas normal: tekanan darah 110/70 – 120/80 mmHg, nadi 60-100 x/menit, nafas 16-20 x/menit, suhu 36,5-37,5°C

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis: lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi cairan serebrospinal, hipertensi intracranial idiopatik)
- 2) Monitor peningkatan TS
- 3) Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD)
- 4) Monitor penurunan frekuensi jantung
- 5) Monitor ireguleritas irama napas
- 6) Monitor penurunan tingkat kesadaran
- 7) Monitor perlambatan atau ketidaksimetrisan respon pupil
- 8) Monitor kadar CO₂ dan pertahankan dalam rentang yang diindikasikan

- 9) Monitor tekanan perfusi serebral
 - 10) Monitor jumlah, kecepatan, dan karakteristik drainase cairan serebrospinal
 - 11) Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK
- b. Terapeutik
- 1) Ambil sampel drainase cairan serebrospinal
 - 2) Kalibrasi transduser
 - 3) Pertahankan sterilitas sistem pemantauan
 - 4) Pertahankan posisi kepala dan leher netral
 - 5) Bilas sistem pemantauan, jika perlu
 - 6) Atur interval pemantauan sesuai kondisi pasien
 - 7) Dokumentasikan hasil pemantauan
- c. Edukasi
- 1) Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan
 - 2) Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
9. Resiko konstipasi Faktor risiko fisiologis, Faktor risiko psikologis, Faktor risiko situasional
- Definisi: berisiko mengalami penurunan frekuensi normal defekasi disertai kesulitan dan pengeluaran feses tidak lengkap.
- Tujuan: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka eliminasi fekal (proses defekasi normal yang disertai dengan pengeluaran feses mudah dan konsistensi serta frekuensi dan bentuk feses normal) membaik (PPNI, 2019)

Kriteria hasil: kontrol pengeluaran feses meningkat, keluhan defekasi lama dan sulit, mencejan saat defekasi, distensi abdomen, nyeri abdomen, kram abdomen menurun. Konsistensi feses, frekuensi defekasi dan peristaltik usus membaik (PPNI, 2019)

Intervensi:

a. Observasi

- 1) Identifikasi faktor risiko konstipasi (mis: asupan serat tidak adekuat, asupan cairan tidak adekuat, aganglionik, kelemahan otot abdomen, aktivitas fisik kurang).
- 2) Monitor tanda dan gejala konstipasi (mis: defekasi kurang 2 kali seminggu, defekasi lama/sulit, feses keras, peristaltik menurun)
- 3) Identifikasi status kognitif untuk mengkomunikasikan kebutuhan
- 4) Identifikasi penggunaan obat-obatan yang menyebabkan konstipasi

b. Terapeutik

- 1) Batasi minuman yang mengandung kafein dan alkohol
- 2) Jadwalkan rutinitas BAK
- 3) Lakukan masase abdomen
- 4) Berikan terapi akupresur

c. Edukasi

- 1) Jelaskan penyebab dan faktor risiko konstipasi
- 2) Anjurkan minum air putih sesuai kebutuhan (1500 – 2000 ml/hari)

- 3) Anjurkan mengonsumsi makanan berserat (25 – 30 gram/hari)
 - 4) Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai kebutuhan
 - 5) Anjurkan berjalan 15 – 20 menit 1 – 2 kali/hari
 - 6) Anjurkan berjongkok untuk memfasilitasi proses BAB
- d. Kolaborasi
- 1) Kolaborasi dengan ahli gizi, jika perlu

I. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Implementasi merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Tipe implementasi keperawatan secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan antara lain (Budiono et al., 2015; Doenges & Yulianti, 2018):

1. Cognitive implementations yaitu meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.

2. Interpersonal implementations yaitu meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.
3. Technical implementations yaitu meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan, antara lain (Bare & Smeltzer, 2017; Lewis et al., 2017):

1. *Independent Implementations* adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-spiritual, perawatan alat invasive yang dipergunakan klien, melakukan dokumentasi, dan lain-lain.
2. *Interdependent Collaborative Implementations* adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain. Keterkaitan dalam tindakan kerjasama ini misalnya dalam

pemberian obat injeksi, jenis obat, dosis, dan efek samping merupakan tanggungjawab dokter tetapi benar obat, ketepatan jadwal pemberian, ketepatan cara pemberian, ketepatan dosis pemberian, dan ketepatan klien, serta respon klien setelah pemberian merupakan tanggung jawab dan menjadi perhatian perawat.

3. Dependent implementations adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada klien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.

J. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi, yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian proses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. Evaluasi dilakukan berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya dalam perencanaan, membandingkan hasil tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya dan menilai efektivitas proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian, perencanaan dan pelaksanaan, ada dua tipe evaluasi keperawatan (Doenges & Yulianti, 2018; Tim Pokja DPP PPNI, 2019).:

1. Evaluasi formatif

Evaluasi ini berisi hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien pada saat dilakukan tindakan keperawatan yang kemudian

dilakukan pendokumentasian. Perumusan evaluasi formatif meliputi empat kompone yang disebut istilah SOAP, yaitu S (subyektif) yang berisi keluhan pasien, O (Obyektif) yang berisi hasil pemeriksaan, A (analisa data) berisi perbandingan data dengan teori dan P (perencanaan) yang berisi rencana keperawatan lebih lanjut untuk pasien.

2. Evaluasi sumatif

Merupakan evaluasi akhir yang dilakukan setelah tindakan keperawatan selesai dilakukan. Evaluasi ini kesimpulan dari analisa dan observasi sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Metode yang digunakan dalam evaluasi sumatif ini adalah wawancara pada akhir layanan, menanyakan respon pasien dan keluarga setelah melakukan tindakan keperawatan, dan mengadakan pertemuan pada akhir layanan.

BAB III TINJAUAN KASUS

Pada bab ini penulis akan menguraikan asuhan keperawatan yang telah dilakukan penulis dan diberikan kepada Tn. M dengan Cedera Kepala Sedang di Ruang Neurologi Lantai 11 Kamar 1107 RSUD Koja Jakarta Utara. Penulis telah memberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam dimulai pada tanggal 20 Maret sampai dengan 22 Maret 2023. Asuhan keperawatan dilakukan sesuai dengan tahap proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian

Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023, data yang diperoleh penulis melalui pengamatan secara langsung, wawancara dengan pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik serta dari catatan rekam medis.

1. Identitas Pasien

Pasien bernama Tn. M berusia 27 tahun, jenis kelamin laki-laki, status perkawinan belum menikah, pasien beragama Islam, suku bangsa Sunda, pendidikan terakhir yang ditempuh adalah SMP, bahasa yang digunakan sehari-hari adalah Bahasa Indonesia, pasien bekerja sebagai montir, alamat tinggal pasien yaitu Gang Kasasih, Jakarta Utara, sumber biaya BPJS dan sumber informasi yang didapat berasal dari pasien, keluarga, dan rekam medis.

2. Resume

Pasien atas nama Tn. M umur 27 tahun dibawa ke IGD RSUD Koja Jakarta Utara pada tanggal 19 Maret 2023 pukul 16.00 WIB oleh keluarganya. Pasien mengalami penurunan kesadaran dan tampak edema pada kedua pelipis kiri. Setelah 1 jam berlalu pasien sadar dan mengeluh badannya terasa lemah dan kaki kiri dan tangan kiri sulit digerakkan, wajah pasien tampak pucat. Tanda-tanda vital tekanan darah 121/25 mmHg; frekuensi nadi 93x/menit; frekuensi pernafasan 20x/menit; suhu tubuh pasien 36,5°C.

Masalah keperawatan yang ada yaitu gangguan mobilitas fisik. Tindakan keperawatan mandiri yang telah dilakukan yaitu mengkaji keadaan umum, mengkaji tanda-tanda vital, memonitor mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan. Tindakan kolaborasi yang telah dilakukan yaitu memberikan memasang infus RL/ 12 tetesmenit, memberikan injeksi IV omeprazole 2x 20 mg, ceterolac 2x3mg, oxicobal 2x500 mg secara oral, seremig 1 x100 mg oral, estalex 2x1 mg oral. memasang kateter, melakukan pemeriksaan EKG, GDS, dan pemeriksaan darah laboratorium.

3. Riwayat Keperawatan

a Riwayat kesehatan sekarang

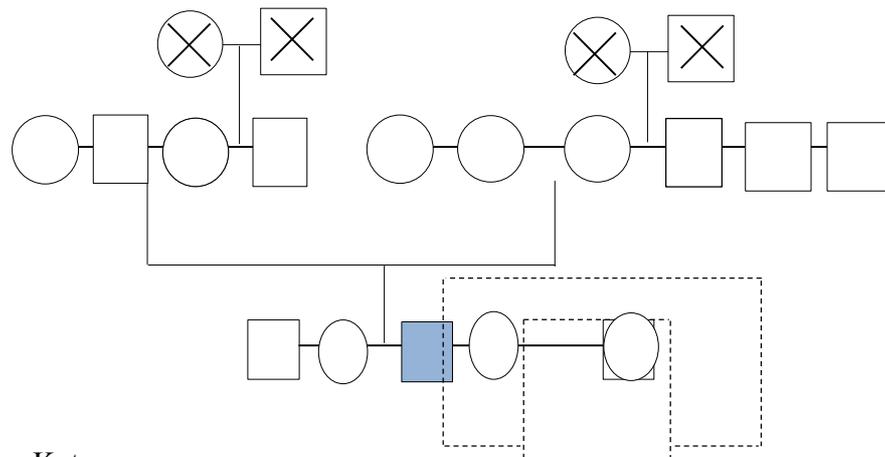
Keluhan utama saat ini, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepalanya, pasien mengeluh nyeri pada tulang rusuknya, pasien mengatakan nyeri pada tangan kirinya, pasien tampak meringis kesakitan, dan terdapat lesi pada pelipis kirinya. Keluhan yang

dialami pada pasien timbul mendadak dikarenakan adanya faktor penyakit.

b Riwayat kesehatan masa lalu

Pasien mengatakan tidak pernah memiliki riwayat penyakit apapun.

c Riwayat kesehatan keluarga



Keterangan

- ✕ : Sudah Meninggal
- : Laki-laki
- : Perempuan
- : Berhubungan
- : Pasien
- : Serumah

Pasien merupakan anak ke-4 dari 4 bersaudara. nenek, kakek, kedua orang tua pasien, kaka pertama dan kaka kedua pasien sudah meninggal. Pasien menikah dengan isterinya, isterinya merupakan anak ke-2 dari 2 bersaudara. kakek, nenek, dan kedua orang tua dari isteri pasien sudah meninggal. Pasien dan isteri dikaruniai 2 orang anak laki-laki dan perempuan. pasien tinggal bersama isteri dan kedua anaknya.

- d Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko

Tidak ada factor resiko yang mempengaruhi penyakit pada pasien.

- e Riwayat psikososial dan spiritual

Pasien mengatakan tinggal bersama adiknya di Jakarta. Orang tua pasien tinggal di Bogor. Pola komunikasi pasien dua arah, pengambilan keputusan keluarga dilakukan secara cepat atau tidak bermusyawarah yang terpenting berkomunikasi saja. Pasien tidak mengikuti kegiatan kemasyarakatan dan hanya bekerja sebagai montir di salah satu bengkel di Jakarta untuk mencari nafkah. Pasien menyanyakan dirinya sakit apa dan kapan bisa pulang kerumah, karena harus bekerja seperti biasanya. Perubahan yang di rasakan adalah tidak dapat menjalankan aktivitas bekerja. Tidak ada nilai yang bertentangan dengan kesehatan, pasien menjalankan ibadah dan berdoa kepada Allah SWT sebagai kepercayaannya.

- f Pola kebiasaan

- 1) Pola nutrisi

Sebelum sakit : pada saat dikaji pasien mengatakan saat di rumah pasien makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, pasien menghabiskan 1 porsi makanan, tidak ada makanan yang tidak disukai pasien, pasien tidak memiliki alergi terhadap makanan, tidak ada makanan pantangan dan diet, pasien tidak menggunakan obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak memakai alat bantu untuk makan.

Di rumah sakit : pasien mengatakan makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, menghabiskan 1 porsi makanan, pasien mengatakan menyukai semua makanan, pasien mengatakan tidak mengonsumsi obat-obatan sebelum makan dan pasien tidak menggunakan alat bantu untuk makan.

2) Pola eliminasi

Sebelum sakit : pasien mengatakan frekuensi berkemihnya 4-5 kali sehari, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan saat berkemih, tidak menggunakan alat bantu untuk berkemih. Pasien mengatakan buang air besar (BAB) 1 kali sehari di pagi atau malam hari, warna feses kuning kecoklatan, konsistensi lunak, tidak ada keluhan saat BAB dan pasien tidak menggunakan obat-obatan laxatif.

Di rumah sakit : pasien mengatakan frekuensi berkemihnya 3-4 kali dalam waktu yang tidak menentu, warna urine kuning jernih, tidak ada keluhan saat berkemih, pasien tidak menggunakan alat bantu kateter. Pasien mengatakan belum pernah BAB selama di rumah sakit.

3) Pola personal hygiene

Sebelum sakit : pasien mengatakan mandi 2 kali sehari setiap pagi dan sore hari. Pasien melakukan oral hygiene 2 kali sehari saat pagi dan sore hari setelah mandi. Pasien mencuci rambut 2 kali dalam seminggu.

Di rumah sakit : pasien tidak mandi, Pasien melakukan oral hygiene 1 kali sehari saat pagi hari dibantu oleh adiknya, selama di rumah sakit pasien tidak mencuci rambutnya.

4) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit : pasien mengatakan tidak pernah tidur siang, tidur malam selama 5 jam, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidur siang sekitar 2 jam menit, tidur malam sekitar 6 jam, pasien tidak memiliki kebiasaan sebelum tidur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit : pasien mengatakan waktu kerja tidak menentu, tidak berolahraga saat hari libur, tidak ada keluhan saat beraktivitas.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak bekerja dan tidak berolahraga. Keluhan dalam beraktivitas adalah terkadang merasa pusing, tulang rusuk dan tangan juga sakit jika ada pergerakan.

6) Kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan

Sebelum sakit : pasien mengatakan memiliki kebiasaan merokok 12 batang sehari sejak 12 tahun yang lalu, pasien tidak pernah minum minuman keras atau menggunakan obat-obatan terlarang.

Di rumah sakit : pasien mengatakan tidak merokok, tidak minum minuman keras dan tidak menggunakan obat-obatan terlarang.

4. Pemeriksaan Fisik

a. Pemeriksaan fisik umum

Berat badan pasien saat ini adalah 40 kg, sebelum sakit berat badan pasien adalah 40 kg. Tinggi badan pasien 153 cm. Tekanan darah 125/60 mmHg, frekuensi nadi 90 x/menit, frekuensi nafas 20x/menit dan suhu tubuh 36.5°C. Keadaan umum pasien sedang, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening.

b. sistem penglihatan

Posisi mata pasien simetris, kelopak mata normal, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis, kornea mata tampak normal, sklera mata anikterik, pupil isokor, tidak ada kelainan pada otot-otot mata, fungsi penglihatan mata pasien tampak jelas, tidak ada tanda-tanda radang, pasien mengatakan tidak memakai kacamata ataupun lensa kontak. Reaksi mata pasien terhadap cahaya baik yaitu pupil mengecil ketika diberikan rangsang cahaya dan pupil membesar ketika cahaya menjauh.

c. Sistem pendengaran

Daun telinga pasien normal, ada serumen pada telinga pasien warna kuning, kering, dan bau. kondisi telinga tengah normal, tidak ada cairan pada telinga pasien, pasien tidak merasakan penuh pada

telinganya, tidak terdapat tinitus, fungsi pendengaran normal, tidak ada gangguan keseimbangan, pasien tidak menggunakan alat bantu dengar.

d. Sistem wicara

Sistem wicara pasien normal.

e. Sistem pernafasan

Jalan nafas pasien bersih. Pasien tidak merasa sesak, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, frekuensi nafas pasien 20x/menit, irama teratur, jenis pernafasan spontan, kedalaman nafas dalam, tidak terdapat batuk, tidak ada sputum, tidak terdapat darah. Pada saat dilakukan palpasi dada tidak teraba benjolan pada dada pasien, hasil perkusi dada yaitu sonor. Suara nafas normal, pasien mengatakan tidak ada nyeri saat bernafas, pasien tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

1) Sirkulasi perifer

Frekuensi nadi pasien 90x/menit, irama teratur, denyut nadi teraba kuat, tekanan darah 125/60 mmHg, tidak terdapat distensi vena jugularis di kiri ataupun kanan, kulit teraba hangat, warna kulit kemerahan, pengisian kapiler <2 detik, terdapat edema pada pelipis kiri.

2) Sirkulasi jantung

Kecepatan denyut apical 90x/menit, irama teratur, tidak ada kelainan bunyi jantung, tidak ada rasa sakit pada dada pasien.

g. Sistem hematologi

Pasien tidak pucat, tidak terdapat perdarahan pada pasien.

h. Sistem syaraf pusat

Pasien mengatakan pusing, tingkat kesadaran apatis dengan *Glasgow Coma Scale* (GCS) total 12 yaitu E4 ; M4 ; V5. Tidak ada tanda-tanda peningkatan TIK, reflek fisiologis normal dan reflek patologis tidak ada.

i. Sistem pencernaan

Keadaan mulut pasien terdapat caries pada gigi, tidak ada penggunaan gigi palsu, tidak terdapat stomatitis, lidah pasien tidak kotor, saliva normal, tidak ada muntah, tidak ada nyeri pada daerah perut, bising usus pasien 17x/menit, pasien tidak mengalami diare, tidak ada konstipasi, hepar teraba, abdomen lembek.

j. Sistem endokrin

Tidak ada pembesaran kelenjar tiroid pada pasien, nafas pasien tidak berbau, tidak terdapat luka gangren.

k. Sistem urogenital

Balance cairan pasien dalam 24 jam dengan total intake 2400 ml dan total output 1800 ml. pasien tidak mengalami perubahan pola berkemih, urine pasien berwarna kuning jernih, tidak terdapat distensi pada kandung kemih, tidak terdapat keluhan sakit pinggang.

l. Sistem integumen

Turgor kulit pasien baik, temperatur kulit pasien 36°C, warna kulit kemerahan, keadaan kulit terdapat lesi pada pelipis, dan lengan kiri

kondisi kulit daerah pemasangan infus baik, tidak ada tanda-tanda phlebitis, keadaan rambut baik, tetapi tidak bersih ada bekas darah yang menempel pada rambut.

m. Sistem muskuloskeletal

Pasien nampak mengalami kesulitan dalam bergerak, tidak terdapat keluhan sakit pada tulang, sendi, dan kulit, tidak terdapat fraktur, tidak ada kelaianan pada struktur tulang belakang, keadaan tonus otot hipotoni, kekuatan otot ekstremitas atas pasien bagian kiri 2 2 2 2, bagian kanan 5 5 5 5. Kekuatan ekstremitas bawah pasien bagian kiri 2 2 2 2, bagian kanan 5 5 5 5.

5. Data Tambahan

Pada saat pengkajian pasien dan keluarga sering menanyakan tentang penyakitnya, pasien tampak kebingungan saat dikaji soal penyakitnya, pasien tampak tidak memahami penyakitnya.

6. Data Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 11 Maret 2023

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI			
Darah Lengkap			
Hemoglobin	*14.9	g/dL	13.5 – 18.0
Jumlah leukosit	*4.90	$10^3/uL$	4.00 – 10.50
Hematokrit	*40.9	%	42.0 – 52.0
Jumlah trombosit	*352	$10^3/uL$	163 – 337
Jumlah eritrosit	4.90	juta/uL	4.70 – 6.00
MCV	*84	fL	78 – 100
MCH	30	pg	27 – 31
MCHC	36	g/dL	32 – 36

BDW-CV	12.4	%	11.5 – 14.0
Hitung Jenis			
Basofil	0.2	%	0.2 – 1.2
Eosinofil	*3.3	%	0.8 – 7.0
Neutrofil	*81.2	%	34.0 – 67.9
Limfosit	*8.2	%	21.8 – 53.1
Monosit	*7.1	%	5.3 – 12.2
NLR % ALC			
NLR	9.90		
ALC	402	uL	

7. Penatalaksanaan

Infus RL 500cc/12jam 12 tetes/menit, Obat injeksi: Omeprazole 2x 20 mg (pukul 12.00 dan 20.00 WIB). Obat oral: Oxycobal 2x500 mg (pukul 12.00 dan 20.00 WIB), Seremig 1x100 (pukul 12.00 WIB), Estalex 2x1 mg oral (pukul 12.00 dan 20.00 WIB).

8. Data Fokus

a. Data subyektif :

Pada saat di kaji Pasien mengatakan jatuh dari atap bengkel tempat dia bekerja, pasien mengatakan tangannya sulit digerakan, kaki kirinya juga sulit di gerakan, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepalanya, pasien mengeluh nyeri pada tulang rusuknya, pasien mengatakan nyeri pada tangan kirinya, pasien mengatakan kaki kirinya juga terasa nyeri, pasien mengatakan merokok sejak 12 tahun yang lalu, pasien sering menanyakan tentang penyakitnya. Pada saat pasien jatuh dari atap bengkel, pasien langsung di larikan ke IGD RSUD Koja oleh adiknya. Terlihat ke khawatiran pasien pada saat di kaji dalam masalah pekerjaan pasien mengatakan tidak mau berlama-lama di rumah sakit

karena khawatir pekerjaannya tidak selesai. Untuk masalah saat ini, pasien belum menghubungi Ibu nya karena takut Ibunya khawatir.

b. Data obyektif :

Keadaan umum sakit sedang, GCS E4 M4 V5, kesadaran compos mentis. Tanda-tanda vital tekanan darah 125/60 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 36°C, frekuensi nafas 20x/menit, tidak ada batuk, jalan nafas bersih. Pasien terlihat lemas, pasien tampak kesakitan pada saat melakukan pergerakan di daerah tangan kiri dan kaki kirinya, terdapat edema pada pelipis kiri dan telinga kiri, pasien tampak cemas dan khawatir mengenai pekerjaannya, pasien tampak gelisah berada di rumah sakit, pasien tampak tidak tenang berada di rumah sakit. Saat ini pasien masih dalam pengawasan perawat. Aktivitas pasien masih dibantu oleh keluarga juga perawat. Nafsu makan pasien baik, tidak ada riwayat penyakit sebelumnya. Pasien nampak mengalami kesulitan dalam bergerak, , keadaan tonus otot hipotoni, kekuatan otot ekstremitas atas pasien bagian kiri 2 2 2 2, dan kekuatan ekstremitas bawah pasien bagian kiri 2 2 2 2.

9. Analisa Data

No	Data Fokus	Masalah	Etiologi
1.	Data Subyektif : a. pasien mengatakan nyeri pada bagian kepalanya b. Nyeri pada tulang rusuknya c. Nyeri pada tangan	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik

	<p>kirinya</p> <p>d. Kaki kirinya juga terasa nyeri</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>a. Pasien terlihat lemas</p> <p>b. pasien tampak kesakitan pada saat melakukan pergerakan di daerah tangan kiri dan kaki kirinya</p> <p>c. terdapat edema pada pelipis kiri, telinga kiri.</p>		
2.	<p>Data Subyektif : Pasien mengatakan tangannya sulit digerakan, kaki kirinya juga sulit di gerakan</p> <p>Data Obyektif :</p> <p>a. Pasien nampak mengalami kesulitan dalam bergerak</p> <p>b. kekuatan otot hipotoni: ekstremitas atas pasien bagian kiri 2 2 2 2, dan kekuatan ekstremitas bawah pasien bagian kiri 2 2 2 2</p>	Gangguan Mobilitas Fisik	Penurunan Kekuatan Otot
3.	<p>Data Subyektif : pasien mengatakan tidak mau berlama-lama di rumah sakit karena khawatir kerjanya tidak selesai.</p> <p>Data Obyektif :</p>	Ansietas	Krisis Situasional

	<ul style="list-style-type: none"> a. pasien tampak cemas dan khawatir mengenai pekerjaannya, b. pasien tampak gelisah berada di rumah sakit, c. pasien tampak tidak tenang berada di rumah sakit 		
4.	<p>Data Subyektif : pasien sering menanyakan tentang penyakitnya</p> <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien kebingungan pada saat dikaji tentang penyakitnya, b. pasien tampak tidak memahami penyakitnya 	Defisit Pengetahuan	Kurang Terpaparnya Informasi
4	<p>Data Subjektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pasien mengatakan jatuh dari atap bengkel tempat dia bekerja, b. Tangannya sulit digerakan, kaki kirinya juga sulit di gerakan, c. Nyeri pada bagian kepalanya. <p>Data Objektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keadaan umum sakit sedang b. GCS E4 M4 V5, kesadaran compos 	Resiko Perfusi Serebral Tidak Efektif	Cidera Kepala

	<p>mentis</p> <p>c. tekanan darah 125/60 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 36°C, frekuensi nafas 20x/menit.</p> <p>d. Tampak lemas,</p> <p>e. Tampak kesakitan pada saat melakukan pergerakan di daerah tangan kiri dan kaki kirinya,</p> <p>f. Terdapat edema pada pelipis kiri dan telinga kiri</p>		
--	--	--	--

B. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan analisa data, diagnose keperawatan yang muncul disusun prioritas sebagai berikut:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik trauma
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan Kurang terpapar informasi
5. Resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko cedera kepala

C. Perencanaan, Penatalaksanaan, Evaluasi

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik trauma

Data Subyektif : pasien mengatakan nyeri pada bagian kepalanya, pasien mengeluh nyeri pada tulang rusuknya, pasien mengatakan nyeri pada tangan kirinya, pasien mengatakan kaki kirinya juga terasa nyeri perawat mengidentifikasi karakteristik nyeri pada pasien dengan hasil P: jatuh dari atap Q: seperti di tekan R: di kepala S: skala 6 T: hilang timbul

Data Obyektif : pasien terlihat lemas, pasien tampak kesakitan pada saat melakukan pergerakan di daerah tangan kiri dan kaki kirinya, terdapat edema pada pelipis kiri, telinga kiri.

Tujuan : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun

Kriteria hasil : skala Nyeri 0 , Tampak tidak meringis menurun

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Berikan teknik non farmakologis (nafas dalam)
- d. Fasilitasi istirahat dan tidur
- e. Kontrol lingkungan yang memperbaiki nyeri dengan memberikan posisi semi fowler
- f. Kolaborasi pemberian obat Estalex 2x1mg, Oxicobal 2x500mg pukul 08.00 dan 18.00 WIB

Pelaksanaan tindakan :**Tanggal 20 Maret 2023**

pukul 06.00 WIB perawat dinas malam sudah memberikan obat oral Estalex 1x1 mg, Oxicobal 1x500 mg. Pada pukul 08.00 WIB; Td: 123/90 mmHg frekuensi nadi : 80, saturasi 98%, suhu 36,8C, Frekuensi napas: 22x/menit; pukul 08.30 WIB perawat mengidentifikasi karakteristik nyeri pada pasien dengan hasil: P: jatuh dari atap Q: seperti di tekan R: di kepala S: skala 6 T: hilang timbul; pada pukul 09.00 WIB pasien diberikan lingkungan yang nyaman; pada pukul 09.30 WIB pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya; pukul 13.00 WIB pasien diminta oleh perawat untuk istirahat yang cukup; pukul 18.00 WIB diberikan obat oral Estalex 2x1 dan Oxicobal 1x500 mg

Tanggal 21 Maret 2023

pukul 06.00 WIB perawat dinas malam sudah memberikan obat oral Estalex 1x1 mg Oxicobal 1x500 mg Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 130/54 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pada pukul 08.30 WIB perawat mengidentifikasi karakteristik nyeri pada pasien dengan hasil: P: jatuh dari atap Q: seperti di tekan R: di kepala S: skala 5 T: hilang timbul 09.00 WIB pasien diberikan lingkungan yang nyaman; pada pukul 09.30 WIB pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya; pukul 13.00 WIB pasien diminta oleh perawat untuk istirahat yang cukup; pukul 18.00 WIB diberikan

injeksi Omeprazole 1x20 mg dan obat oral Estalex 1x1 mg Oxibolal 1x500 mg

Tanggal 22 Maret 2023

Perawat dinas malam sudah memberikan obat oral Estalex 1x1 mg Oxibolal 1x500 mg Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 126/87 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pada pukul 08.30 WIB perawat mengidentifikasi karakteristik nyeri pada pasien dengan hasil: P: jatuh dari atap Q: seperti di tekan R: di kepala S: skala 4 T: hilang timbul 09.00 WIB pasien diberikan lingkungan yang nyaman; pada pukul 09.30 WIB pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya; pukul 13.00 WIB pasien diminta oleh perawat untuk istirahat yang cukup; pukul 18.00 WIB diberikan obat oral Estalex 1x1 mg Oxibolal 1x500 mg

Evaluasi tanggal 22 Maret 2023 pukul 15.00 WIB

Subyektif: pasien mengatakan skala nyeri 2 karena setiap nyeri menggunakan teknik rekalsasi nafas dalam

Obyektif : pasien tampak tidak menringis lagi, dan tidak mengeluh nyeri

Analisa : nyeri akut teratasi sebagian

Perencanaan : lanjutkan intervensi a,b

2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

Data Subyektif: pada saat di kaji Pasien mengatakan jatuh dari atap bengkel tempat dia bekerja, pasien mengatakan tangannya sulit digerakan, kaki kirinya juga sulit di gerakan

Data Obyektif: terlihat edema pada telinga, terlihat ada lesi pada pelipis pasien

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan 3x24 jam maka mobilitas fisik meningkat

Kriteria hasil: tampak pergerakan ekstremitas, kekuatan otot 6

Rencana tindakan :

- a. Monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas fisik
- b. Observasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya
- c. Fasilitasi melakukan pergerakan
- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien
- e. Anjurkan posisi nyaman semi fowler
- f. Ajarkan mobilisasi sederhana
- g. Kolaborasi pemberian obat Seremig 1x10 mg, pukul 23.00 dan omeprazole 2x20 mg pukul 06.00 dan 18.00

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 20 Maret 2023

Perawat dinas malam sudah memberikan seremig 1x10 mg pada pukul 23.00 WIB; pukul 06.00 WIB diberikan injeksi Omeprazole 1x20 mg

Pukul 08.00 WIB perawat dinas pagi mengobservasi KU pasien, Td: 123/90 mmHg frekuensi nadi : 80, saturasi 98%, suhu 36,8C, frekuensi napas: 22x/menit; pukul 08.05 WIB mengobservasi apakah ada nyeri dibagian lain atau tidak; pukul 08.10 WIB memberikan posisi Semi Fowler, pasien mengatakan nyaman dengan posisi Fowler; pukul 09.00 WIB memberikan RI 12 tetes /menit, pukul 12.00 WIB pasien melakukan latihan menggerakkan bagian kaki dengan cara menggeser kan kaki sedikit arah yang berlawanan, dan di waktu yang bersamaan pasien latihan menggerakkan tangan kirinya, dengan cara menggeserkan tangan kearah yang berlawanan. Pasien masih harus berlatih dan harus dalam pantauan keluarga atau perawat. Pukul 13.00 pasien diistiahtkan. pukul 18.00 WIB diberikan injeksi Omeprazole 1x20 mg

Tanggal 21 Maret 2023

Perawat dinas malam sudah memberikan seremig 1x10 mg pada pukul 23.00 WIB; pukul 06.00 WIB diberikan injeksi Omeprazole 1x20 mg Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 130/54 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit. Pada pukul 08.05 WIB pasien di observasi letak nyeri; pasien mengatakan tidak ada nyeri di bagian lain, hanya di tulang rusuk dan kepala saja. Pada pukul 09.00 WIB pasien latihan menggerakkan kaki dan tangan nya lagi, pada hari ini kaki dan tangan pasien sudah bisa bergerak seperti biasanya, ternyata setelah dikaji pasien berlatih secara mandiri di malam hari karena ingin cepat sehat. Pukul 11.00 WIB pasien diminta untuk mengangkat tangannya sendiri dan kakinya sendiri, dengan kekuatan otot yang berubah secara signifikan

pasien sudah bisa melakukan aktivitas dengan sendiri tidak dibantu oleh adiknya atau perawat lagi. pukul 18.00 WIB diberikan injeksi Omeprazole 1x20 mg

Tanggal 22 Maret 2023

Perawat dinas malam sudah memberikan seremig 1x10 mg pada pukul 23.00 WIB pukul 06.00 WIB diberikan injeksi Omeprazole 1x20 mg Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 126/87 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pada pukul 08.00 WIB mengobservasi letak nyeri, apakah masih ada atau tidak. Pukul 09.00 WIB mengobservasi aktivitas apa saja yang sudah dilakukan pasien; pukul 12.00 mengganti cairan infus RL 12tpm; pukul 13.00 memberikan posisi nyaman untuk pasien istirahat; pukul 18.00 WIB diberikan injeksi Omeprazole 1x20 mg

Evaluasi tanggal 22 Maret 2023 pukul 15.00 WIB

Subyektif: pasien mengatakan tangan dan kaki nya sudah bisa bergerak secara normal, sudah tidak sakit lagi

Obyektif: pasien tampak bisa melakukan aktivitas sendiri, seperti makan dan ketoilet tanpa dibantu oleh adik atau perawat

Analisa: gangguan mobilitas fisik teratasi

Perencanaan: intervensi pertahankan

3. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

Data Subyektif: pada saat di kaji dalam masalah pekerjaan pasien mengatakan tidak mau berlama-lama di rumah sakit karena khawatir kerjanya tidak selesai. Untuk masalah saat ini, pasien belum menghubungi Ibu nya karena takut Ibunya khawatir.

Data Obyektif: pasien tampak cemas dan khawatir mengenai pekerjaannya, pasien tampak gelisah berada di rumah sakit, pasien tampak tidak tenang berada di rumah sakit

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat ansietas menurun.

Kriteria hasil: verbalisasi terhadap kebingungan tidak ada, verbalisasi khawatir akibat kondisinya tidak ada, tidak tampak perilaku

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi penurunan tingkat energy
- b. Identifikasi teknik relaksasi
- c. Ciptakan lingkungan yang tenang
- d. Anjurkan posisi nyaman
- e. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 20 Maret 2023

pukul 08.00 WIB; Td: 123/90 mmHg frekuensi nadi : 80, saturasi 98%, suhu 36,8C, frekuensi napas: 22x/menit; pukul 08.10. WIB pasien diminta

untuk mengambi posisi nyaman atau semi fowler. pukul 10.00 WIB perawat membantu menciptakan lingkungan pasien tetap tenang Pukul 11.00 WB pasien mendengarkan alunan music untuk merileksasikan kecemasan yang ada di diri pasien; pukul 12.00 WIB perawat mengganti infus RL 12 tpm

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 130/54 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit pukul 08.10. WIB pasien diminta untuk mengambi posisi nyaman atau semi fowler. pukul 10.00 WIB perawat membantu menciptakan lingkungan pasien tetap tenang Pukul 11.00 WB pasien mendengarkan alunan music untuk merileksasikan kecemasan yang ada di diri pasien; pukul 12.00 WIB perawat mengganti infus RL 12 tpm

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 126/87 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pukul 08.10. WIB pasien diminta untuk mengambi posisi nyaman atau semi fowler. pukul 10.00 WIB perawat membantu menciptakan lingkungan pasien tetap tenang Pukul 11.00 WB pasien mendengarkan alunan music untuk merileksasikan kecemasan yang ada di diri pasien; pukul 12.00 WIB perawat mengganti infus RL 12 tpm

Evaluasi tanggal 22 Maret 2023 pukul 15.00 WIB

Subyektif: pasien mengatakan masih merasa cemas dan khawatir akan kondisi juga pekerjaanya

Obyektif: masih terlihat bingung dan sangat gelisah pada saat dikaji dan diberikan tindakan

Analisa: ansietas belum teratasi

Perencanaan: intervensi dilanjutkan a, b, c, d dan e

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi

Data Subyektif: pasien mengatakan merokok sejak 12 tahun yang lalu, pasien sering menanyakan tentang penyakitnya. Pada saat pasien jatuh dari atap bengkel, pasien langsung di larikan ke IGD RSUD Koja oleh adiknya

Data Obyektif: pasien kebingungan pada saat dikaji tentang penyakitnya, pasien tampak tidak memahami penyakitnya

Tujuan: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan KH

Kriteria hasil: perilaku sesuai anjuran meningkat, kemampuan menjelaskan tentang topik meningkat, perilaku sesuai dengan pengetahuan

Rencana tindakan :

- a. Identifikasi kesiapan menerima informasi
- b. Identifikasi factor yang meningkatkan motivasi

- c. Berikan pendidikan kesehatan
- d. Jelaskan factor resiko
- e. Berikan kesempatan bertanya

Pelaksanaan tindakan :

Tanggal 20 Maret 2023

pada pukul 08.00 WIB; Td: 123/90 mmHg frekuensi nadi : 80, saturasi 98%, suhu 36,8C, frekuensi napas: 22x/menit; pukul 09.15 WIB perawat menanyakan tentang penyakit pasien; pukul 10.10 WIB perawat menanyakan apa yang membuat pasien bersemangat untuk melawan penyakitnya; ; pukul 12.00 WIB perawat mengganti infus RL 12 tpm

Tanggal 21 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 130/54 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pukul 09.15 WIB perawat kontrak waktu dengan pasien untuk memberikan pendidikan kesehatan mengenai penyakitnya; pukul 11.30 WIB pasien diberikan pendidikan kesehatan tentang penyakitnya, dan juga menjelaskan factor resiko; pukul 11.45 WIB penkes sudah selesai dan pasien sedikit bertanya mengenai teknik relaksasi nafas dalam; pukul 13.00 pasien kembali diminta duduk di posisi nyamannya dan beristirahat

Tanggal 22 Maret 2023

Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 126/87 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pukul 10.15 WIB perawat

menanyakan tentang penyakitnya kepada pasien dan pasien menjawab dengan penuh keyakinan dan percaya diri, perawat bertanya mengenai teknik relaksasi nafas dalam dan pasien menjawab semua pertanyaan perawat dengan benar. pukul 12.00 WIB perawat mengganti infus RL 12 tpm

Evaluasi tanggal 22 Maret 2023 pukul 15.00 WIB

Subyektif: pasien mengatakan sudah mengetahui penyakitnya dan tindakan yang telah diberikan kemarin

Obyektif: pasien tampak tidak menanyakan lagi tentang penyakitnya

Analisa: defisit pengetahuan teratasi

Perencanaan: intervensi pertahankan

5. Risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala

Data Subyektif: pasien mengatakan jatuh dari atap bengkel tempat dia bekerja, tangannya sulit digerakan, kaki kirinya juga sulit di gerakan, nyeri pada bagian kepalanya.

Data Obyektif: keadaan umum sakit sedang, GCS E4 M4 V5, kesadaran compos mentis, tekanan darah 125/60 mmHg, frekuensi nadi 90x/menit, suhu 36°C, frekuensi nafas 20x/menit, pasien terlihat lemas, tampak kesakitan pada saat melakukan pergerakan di daerah tangan kiri dan kaki kirinya, terdapat edema pada pelipis kiri dan telinga kiri

Tujuan : setelah di lakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam di harapan resiko perfusi jaringan serebral menurun.

Kriteria hasil : sakit pada kepala belakang menurun dengan (skala 4), mempertahankan tingkat kesadaran, mempertahankan nilai GCS

Rencana tindakan :

- a. Monitor tekanan darah setiap 8 jam
- b. Monitor rasa nyeri setiap 4 jam
- c. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang setiap 8 jam
- d. Pertahankan suhu tubuh normal setiap 8 jam
- e. Berikan obat Oxicobal 2x500 mg pukul 08.00 dan 18.00 WIB, Seremig 1 x10 (pukul 23.00 WIB)

Pelaksanaan: 20 Maret 2023

Tanggal 20 Maret 2023

pukul 23.00 WIB perawat dinas malam sudah memberikan obat oral Seremig 1x10 mg, Oxicobal 1x500 mg. Pada pukul 08.00 WIB; Td: 123/90 mmHg frekuensi nadi : 80, saturasi 98%, suhu 36,8C, Frekuensi napas: 22x/menit; pukul 08.30 WIB perawat mengidentifikasi karakteristik nyeri pada pasien dengan hasil: P: jatuh dari atap Q: seperti di tekan R: di kepala S: skala 6 T: hilang timbul; pada pukul 09.00 WIB pasien diberikan lingkungan yang nyaman; pada pukul 09.30 WIB pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya; pukul 13.00 WIB pasien diminta oleh perawat untuk istirahat yang cukup; pukul 18.00 WIB diberikan obat oral Estalex 2x1 dan Oxicobal 1x500 mg

Tanggal 21 Maret 2023

pukul 23.00 WIB perawat dinas malam sudah memberikan obat oral Seremig 1x10 mg Oxicobal 1x500 mg Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 130/54 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pada pukul 08.30 WIB perawat mengidentifikasi karakteristik nyeri pada pasien dengan hasil: P: jatuh dari atap Q: seperti di tekan R: di kepala S: skala 5 T: hilang timbul 09.00 WIB pasien diberikan lingkungan yang nyaman; pada pukul 09.30 WIB pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya; pukul 13.00 WIB pasien diminta oleh perawat untuk istirahat yang cukup; pukul 18.00 WIB diberikan injeksi Omeprazole 1x20 mg dan obat oral Estalex 1x1 mg Oxicobal 1x500 mg

Tanggal 22 Maret 2023

Perawat dinas malam sudah memberikan obat oral Seremig 1x10 mg Oxicobal 1x500 mg Pukul 08.00 WIB mengobservasi Td: 126/87 frekuensi nadi: 82x/menit Saturasi:98% frekuensi napas: 22x/menit; pada pukul 08.30 WIB perawat mengidentifikasi karakteristik nyeri pada pasien dengan hasil: P: jatuh dari atap Q: seperti di tekan R: di kepala S: skala 4 T: hilang timbul 09.00 WIB pasien diberikan lingkungan yang nyaman; pada pukul 09.30 WIB pasien diberikan teknik relaksasi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyerinya; pukul 13.00 WIB pasien diminta oleh perawat

untuk istirahat yang cukup; pukul 18.00 WIB diberikan obat oral Estalex
1x1 mg Oxicobal 1x500 mg

Evaluasi pada 22 maret 2023 pukul 14.00

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

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

Analisa: diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif teratasi sebagian

Perencanaan : intervensi di lanjutkan oleh perawat neurologi

BAB IV PEMBAHASAN

Pada pembahasan kasus ini panulis akan membahas kesenjangan antara teori dengan laporan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Cedera Kepala Sedang di Ruang Neurologi Lantai 11 Gedung D Kamar 1107 RSUD Koja Jakarta Utara. Kegiatan pembahasan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

A. Pengkajian Keperawatan

Data yang dikumpulkan oleh penulis dikumpulkan melalui data primer dan data sekunder. Dalam data primer didapatkan melalui pengkajian fisik, observasi, wawancara yang dilakukan kepada pasien dan juga keluarga pasien. Dalam pengkajian data primer tidak didapatkan kesenjangan antara teori dan kasus yang penulis bahas. Di dalam data sekunder penulis memperoleh data dari rekam medis RSUD Koja dan juga tim tenaga medis yang ikut menangani masalah pasien. Dalam pengkajian ini penulis tidak melihat adanya kesenjangan antara teori dengan kasus yang penulis bahas.

Berdasarkan Smeltzer & Bare (2017) tanda dan gejala dari cedera kepala sedang yang biasa ditemukan dalam pengkajian adalah GCS 9-13, kehilangan kesadaran. Amnesia lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam, dapat mengalami fraktur tengkorak, diikuti contusio serebral, laserasi dan hematoma intra cranial. Hal ini tidak sesuai dengan kondisi yang ditemukan pada hasil pengkajian pasien menunjukkan pada pengkajian yang dilakukan

tidak ditemukan data kesadaran, tanda amnesia dan fraktur tulang tengkorak.

Faktor pendukung yang penulis rasakan saat pengkajian yaitu, pasien dan keluarga kooperatif ketika menjawab pertanyaan saat dikaji, penulis juga bisa memantau langsung fisik dan keadaan pasien serta dapat melihat langsung data untuk pengkajian melalui rekam medis, dan perawat ruangan dengan mudah.

Faktor penghambat yang penulis rasakan jika penulis tidak dapat mengkaji pasien dikarenakan pasien tidak konsen saat ditanya. Solusinya penulis dapat melihat data pasien dari Rekam Medis dan melanjutkan penulisan asuhan keperawatan kepada pasien. Penulis juga dapat melakukan pengkajian terhadap keluarga pasien terkait kondisi perkembangan pasien. Penulis tidak akan mengganggu waktu istirahat pasien dan akan melakukan pengkajian kembali saat pasien sudah bangun dari tidurnya.

B. Diagnosa Keperawatan

Dalam diagnosa keperawatan penulis akan membahas kesenjangan yang terjadi antara teori dan kasus yang penulis kembangkan. Menurut teori Smeltzer & Bare (2017) diagnosa yang muncul pada cedera kepala sedang yaitu: gangguan pertukaran gas, gangguan mobilitas fisik, gangguan komunikasi verbal, defisit nutrisi, gangguan eliminasi urine, defisit perawatan diri, resiko perfusi serebral tidak efektif, resiko konstipasi dan resiko perfusi serebral. Sedangkan penulis hanya menemukan lima diagnosa keperawatan

yang sesuai dengan kondisi pasien yaitu gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot; nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik; ansietas berhubungan dengan krisis situasional; defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi dan resiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan faktor resiko cedera kepala.

Menurut Standar Diagnosis Keperawatan, 2016 gangguan pertukaran gas dapat diangkat apabila ditemukan hasil pemeriksaan analisa gas darah, Takikardia dan adanya bunyi napas tambahan sedangkan pada kasus pasien tidak ditemuka adanya hasil pemeriksaan analisa gas darah serta tanda-tanda vital dalam batas normal dan tidak terdapat bunyi nafas tambahan.

Gangguan komunikasi verbal muncul apabila pasien tidak mampu berbicara atau mendengar serta menunjukkan respon tidak sesuai sedangkan pada pasien didapatkan bahwa pasien bisa berkomunikasi dengan baik serta menunjukan respon yang sesuai sehingga tidak memeunculkan diagnose

Defisit nutrisi dapat diangkat pada pasien apabila ditemukan adanya penurunan berat badan minimal 10% dibawah rentang ideal sedangkan pada kasus Tn.M berat badan sebelum dan sesudah sakit tidak mengalami penurunan, sehingga penulis tidak memasukkan kedalam penjabaran kasus.

Gangguan eliminasi urine dapat diangkat pada pasien apabila ditemukan adanya distensi kandung kemih, Berkemih tidak tuntas, serta volume residu urin meningkat sedangkan pada kasus pasien berat tidak ditemukan data tersebut, sehingga penulis tidak memasukkan kedalam penjabaran kasus.

Defisit Perawatan Diri dapat diangkat pada pasien apabila ditemukan kelemahan dibuktikan dengan menolak melakukan perawatan diri, tidak mampu mandi secara mandiri, minat melakukan perawatan diri kurang sedangkan pada kasus pasien berat tidak ditemukan data tersebut, sehingga penulis tidak memasukkan kedalam penjabaran kasus.

Faktor pendukung dalam penegakan diagnosa keperawatan yaitu sumber-sumber yang memadai di jurnal melalui database internet maupun di perpustakaan mengenai keperawatan medikal bedah tentang cedera kepala sedang dan juga buku SDKI, SLKI serta SIKI untuk penerapan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Faktor penghambat yang dirasakan penulis pada penyusunan diagnosa yaitu dimana data pasien tidak sesuai dengan diagnosa yang ada di dalam teori menurut (Smeltzer & Bare, 2017) yang sama hanya empat diagnosa dari delapan diagnosa. Untuk solusi penulis melakukan pengkajian lebih dalam, membandingkan data yang sesuai dengan keadaan pasien dan teori dengan membaca pembahasan teori menurut sumber lain, berkonsultasi dengan pembimbing, lebih memprioritaskan diagnosa dengan data saat pengkajian saat itu bukan yang lalu.

C. Intervensi Keperawatan

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang

dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Salah satu sistem yang disusun adalah dengan menyusun struktur pencatatan keperawatan dengan elektronik yang terintegrasi dengan standar keperawatan internasional untuk mendukung kecakapan dan keakuratan perencanaan keperawatan dalam clinical pathway process (Budiono, 2016).

Menurut teori Lewis et al (2017) rencana tindakan pada diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik setelah dilakukan intervensi keperawatan maka tingkat nyeri menurun ditandai dengan skala nyeri 1/10 keluhan nyeri tidak ditemukan, dan pasien tidak tampak meringis menurun. Dalam pengkajian diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi lokasi, karakteristik, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik non farmakologis, fasilitasi istirahat dan tidur, kontrol lingkungan yang memperbaiki nyeri dan pemberian analgetik estalex 2x1 mg. Hal ini sejalan dengan perencanaan tindakan sesuai SDKI dengan menyesuaikan kondisi yang ditemukan pada pasien.

Menurut teori Keogh (2019) Rencana tindakan pada diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan cedera kepala, dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien akan menunjukkan mobilitas membaik yang ditandai dengan tekanan darah dalam rentang yang diharapkan, status neurologik: otonomik juga membaik yang ditandai dengan tidak ada tanda- tanda peningkatan intrakranial, tidak mengalami hipertermi.

Dalam pengkajian diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot, intervensi yang dilakukan yaitu monitor keadaan umum selama melakukan mobilitas fisik, observasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya, fasilitasi melakukan pergerakan, libatkan keluarga untuk membantu pasien, anjurkan posisi nyaman, ajarkan mobilisasi sederhana dan kolaborasi pemberian estalex 2x1 mg. Hal ini sejalan dengan perencanaan tindakan sesuai SDKI dengan menyesuaikan kondisi yang ditemukan pada pasien.

Menurut teori Black and Hawks (2014) Rencana tindakan pada diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan maka tingkat ansietas menurun ditandai dengan pasien tidak lagi mengungkapkan kebingungan, pasien tidak lagi mengatakan khawatir akibat penyakit yang diderita, serta pasien tampak lebih tenang ditandai dengan tanda-tanda vital dalam batas normal. Dalam pengkajian diagnosa ansietas berhubungan dengan krisis situasional, intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi penurunan tingkat energy, identifikasi teknik relaksasi, ciptakan lingkungan yang tenang, anjurkan posisi semifowler, gunakan relaksasi nafas dalam dan kolaborasi pemberian analgetik estalex 2x1 mg. Hal ini sejalan dengan perencanaan tindakan sesuai SDKI dengan menyesuaikan kondisi yang ditemukan pada pasien.

Menurut teori (Andra & Yessie, 2015) defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi tujuan setelah dilakukan intervensi

keperawatan maka tingkat pengetahuan meningkat ditandai dengan pasien dapat melakukan tindakan terkait kesehatan sesuai anjuran serta pasien mampu menjelaskan tentang penyakitnya. Dalam pengkajian diagnosa defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpaparnya informasi, intervensi yang dilakukan yaitu identifikasi kesiapan menerima informasi, identifikasi faktor yang meningkatkan motivasi, berikan pendidikan kesehatan, jelaskan faktor resiko penyakit yang dialami pasien dan berikan kesempatan bertanya. Hal ini sejalan dengan perencanaan tindakan sesuai SDKI dengan menyesuaikan kondisi yang ditemukan pada pasien.

Faktor pendukung dalam perencanaan keperawatan adalah data pasien sinkron dengan data mayor minor pada buku SDKI. Sehingga mempermudah menentukan diagnosa dan merencanakan asuhan keperawatan sehingga dalam melakukan perencanaan keperawatan yaitu tersedianya literatur yang mendukung. Kondisi pasien saat dilakukan rencana asuhan keperawatan juga terlihat stabil dan bisa menerima perencanaan keperawatan yang diberikan. Untuk memilih sumber, penulis menggunakan standar intervensi keperawatan dari PPNI serta mencari sumber informasi dari buku serta jurnal-jurnal yang ada pada database internet.

Faktor penghambat pada perencanaan keperawatan, ada perencanaan yang tujuannya sama tetapi dengan kata berbeda. Sehingga solusi yang penulis lakukan hanya dengan memberikan salah satu perencanaan yang umum

sering dilakukan kepada pasien sesuai dengan kondisi yang dialami pasien saat ini.

D. Implementasi Keperawatan

Dalam tahap pelaksanaan keperawatan kepada pasien dilakukan selama 3x24 jam, sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya dan semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh penulis sudah dokumentasikan dalam catatan keperawatan.

Pada diagnosa utama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik dimana didapatkan bahwa pasien mengatakan nyeri pada bagian kepalanya, pasien mengeluh nyeri pada tulang rusuknya, pasien mengatakan nyeri pada tangan kirinya, pasien mengatakan kaki kirinya juga terasa nyeri dengan skala nyeri 6 pasien sudah diajarkan relaksasi nafas dalam, serta pasien sudah diberikan analgetik estalex 2x1 mg. Hal ini sejalan dengan panulisan Firmada, Kristianti, and Husain (2021) pemberian teknik relaksasi nafas dalam untuk menurunkan nyeri pada pasien cedera kepala sedang ditemukan terdapat perbedaan yang signifikan rata-rata nyeri sebelum dan sesudah dilakukan relaksasi napas dalam. Relaksasi secara umum akan membantu menyeimbangkan energi dan mencegah penyakit. Secara fisiologis, relaksasi merangsang dan mengatur tubuh, memperbaiki aliran darah dan kelenjer getah bening, sehingga oksigen, zat makanan, dan sisa makanan dibawa secara efektif ke dan dari jaringan tubuh anda. Dengan mengendurkan ketegangan dan membantu menurunkan emosi relaksasi juga merelaksasi dan

menenangkan saraf, serta membantu menurunkan tekanan darah. Bila kita sedang merasa tidak sehat, pijatan dapat meningkatkan kemampuan diri kita untuk menyembuhkan diri sendiri dan cara ini dapat digunakan untuk melengkapi terapi alami (LeMone et al., 2016).

Hal ini terjadi akibat terjadi akibat munculnya enzim endorphin dikenal sebagai zat yang banyak manfaatnya. Beberapa diantaranya adalah mengatur produksi hormon pertumbuhan dan mengendalikan rasa nyeri serta sakit yang menetap, mengendalikan perasaan stress, serta meningkatkan sistem kekebalan tubuh. Munculnya endorphin dalam tubuh bisa dipicu melalui berbagai kegiatan, seperti pernafasan yang dalam serta meditasi. Karena diproduksi oleh tubuh manusia sendiri, endorphin dianggap zat penghilang rasa sakit terbaik (J. Black & Hawks, 2014).

Faktor pendukung dalam pelaksanaan keperawatan dimana pasien kooperatif saat diberikan asuhan keperawatan, menerima dan mempraktekkan ulang. Sehingga pelaksanaan berjalan dengan baik dan memberikan efek baik.

Sedangkan faktor penghambat dalam pelaksanaan keperawatan dimana penulis dalam pelaksanaan tindakan keperawatan tidak semuanya dilaksanakan penulis, karena penulis tidak melakukan asuhan keperawatan selama 24 jam. Tetapi, penulis mengkolaborasikan rencana tindakan keperawatan tersebut pada perawat ruangan dan mahasiswa praktek yang sedang dinas di ruangan tersebut. Untuk melihat hasil dari tindakan yang dilakukan penulis melihat dan membaca buku laporan tindakan yang ditulis

oleh perawat yang bertugas diruangan tersebut. Sehingga bisa didapatkan data lengkap terkait pelaksanaan tindakan keperawatan selama 24 jam selama pasien dirawat.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah terakhir dari proses keperawatan untuk mengetahui sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai. Evaluasi ini dilakukan dengan cara membandingkan hasil akhir yang teramati dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat dalam rencana keperawatan. Evaluasi selalu berkaitan dengan tujuan, apabila dalam penilaian ternyata tujuan tidak tercapai, maka perlu dicari penyebabnya. Hal tersebut dapat terjadi karena beberapa faktor : tujuan tidak realistis, tindakan keperawatan yang tidak tepat dan terdapat faktor lingkungan yang tidak dapat diatasi (Doenges & Yulianti, 2018).

Pada tahap evaluasi pasien dilakukan sesuai dengan tujuan selama 3 x 24 jam, evaluasi dilakukan setelah penulis melakukan tindakan keperawatan setiap harinya. Empat diagnosa yang diangkat penulis, diagnosa gangguan mobilitas fisik dan defisit pengetahuan teratasi sedangkan diagnosa nyeri akut dan ansietas hanya tercapai sebagian dikarenakan terdapat beberapa pelaksanaan harus ada yang dilakukan berulang karna terkait kondisi pasien.

Faktor pendukung pada evaluasi keperawatan yaitu pasien tampak kooperatif, perkembangan pasien yang memungkinkan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan didapatkan perkembangan. Kerja sama perawat

dan tenaga medis lainnya yang berperan penting sehingga adanya perkembangan dengan kondisi pasien setiap harinya

Faktor penghambat pada evaluasi ini dimana keterbatasan waktu sehingga evaluasi dilakukan semaksimal mungkin. Tercapai sebagian tujuan asuhan keperawatan yang dipengaruhi juga dengan kondisi pasien serta waktu memberikan asuhan keperawatan. Solusinya dengan asuhan keperawatan dilanjutkan oleh perawat ruangan, dan menanyakan kondisi pasien langsung melalui komunikasi online.

BAB V PENUTUP

Pada pembahasan kasus ini penulis akan membahas kesimpulan laporan Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Cedera Kepala Sedang di Ruang Neurologi Lantai 11 Gedung D Kamar 1107 RSUD Koja Jakarta Utara dari tanggal 13-15 Maret 2023.

A. Kesimpulan

Penulis menemukan beberapa kesenjangan antara teori dan kasus dengan melakukan beberapa tahapan dari proses keperawatan yaitu pada tahap pengkajian dimana didapatkan kesenjangan antara teori dan hasil pengkajian, dimana pasien tidak mengalami penurunan kesadaran, tidak terdapat tanda amnesia pada pasien, serta tidak ditemukan adanya fraktur tulang tengkorak sesuai dengan teori yang ada.

Dalam diagnosa keperawatan penulis menemukan kesenjangan dimana data pasien tidak sesuai dengan diagnosa yang ada di dalam teori menurut (Smeltzer & Bare, 2017) yang sama hanya empat diagnosa dari delapan diagnosa. Untuk solusi penulis melakukan pengkajian lebih dalam, membandingkan data yang sesuai dengan keadaan pasien dan teori dengan membaca pembahasan teori menurut sumber lain, berkonsultasi dengan pembimbing, lebih memprioritaskan diagnosa dengan data saat pengkajian saat itu bukan yang lalu

Dalam perencanaan keperawatan penulis tidak menemukan kesenjangan hal ini disebabkan karena data pasien sinkron dengan data mayor minor pada buku SDKI. Sehingga mempermudah menentukan diagnosa dan merencanakan asuhan keperawatan sehingga dalam melakukan perencanaan keperawatan yaitu tersedianya literatur yang mendukung.

Dalam Pelaksanaan Keperawatan penulis dalam tidak dapat melakukan asuhan keperawatan selama 24 jam karna karena waktu dinas. Tetapi, penulis mendelegasikan rencana tindakan keperawatan tersebut pada perawat ruangan dan mahasiswa praktek yang sedang dinas diruangan tersebut. Untuk melihat hasil dari tindakan yang dilakukan penulis melihat dan membaca buku laporan tindakan yang ditulis oleh perawat yang bertugas diruangan tersebut.

Dalam evaluasia keperawatan penulis menemukan dari empat diagnosa yang diangkat penulis, diagnosa gangguan mobilitas fisik dan defisit pengetahuan teratasi sedangkan diagnosa nyeri akut dan ansietas hanya tercapai sebagian dikarenakan terdapat beberapa pelaksanaan harus ada yang dilakukan berulang karna terkait kondisi pasien

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, penulis memberikan saran sebagai berikut:

1. Bagi Perawat Ruangan

Studi kasus yang dilakukan pada pasien dengan memberikan relaksasi nafas dalam diharapkan dapat menjadi contoh tindakan asuhan keperawatan bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan serta perawat lebih memantau lagi perkembangan GCS dan memonitor adanya peningkatan TIK pada pasien cedera kepala.

2. Bagi pasien

Diharapkan keluarga dapat lebih menerapkan pola hidup sehat bagi seluruh anggota keluarganya dan menghindari berbagai hal yang dapat menyebabkan masalah kesehatan, serta mampu menerapkan pengetahuannya tentang perawatan pada penderita cedera kepala sedang dalam kehidupan sehari-hari agar tekanan darah berada di batas normal.

3. Bagi Institusi

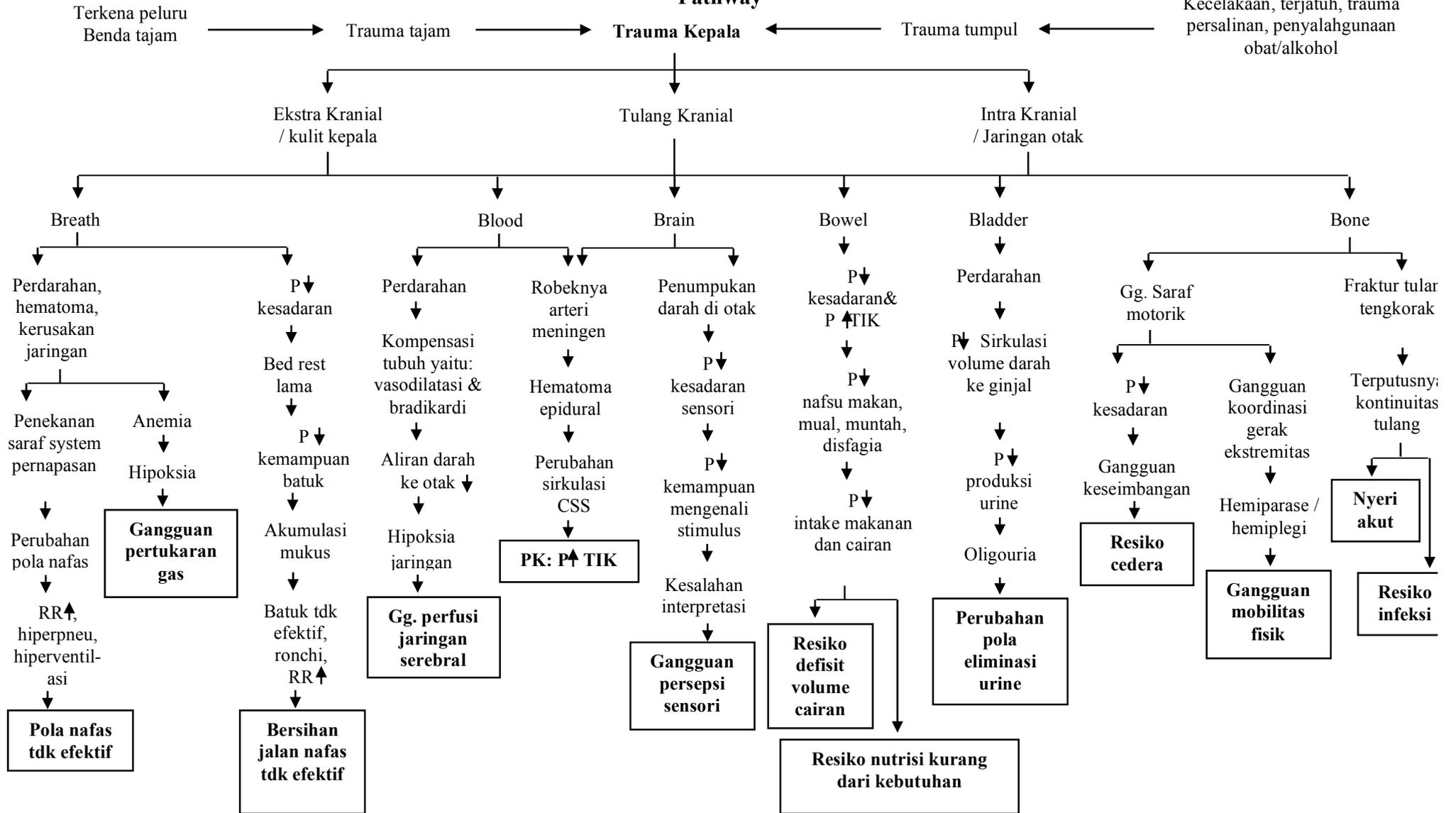
Diharapkan lebih memperbanyak literature terbaru serta kemudahan mengakses database literature online sehingga menambah wawasan pengetahuan tentang penyakit cedera kepala sedang serta mampu menerapkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Andra, & Yessie. (2015). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa). *Yogyakarta : Nuha Medika*.
- Bare, B. G., & Smeltzer, S. C. (2017). *Smeltzer & Bare's textbook of medical-surgical nursing*. North Ryde, NSW : Lippincott Williams & Wilkins.
- Black, J., & Hawks, J. (2014). Keperawatan Medikal Bedah. Edisi 8. In R. Nampira (Ed.), *Elsevier*.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan Medikal Bedah : Manajemen Klinis untuk Hasil yang Diharapkan, Edisi 8 - Buku 2* (8th, Buku 2 ed.). PT SALEMBA EMBAN PATRIA.
- Bridgman, A., & Asaolu, I. (2022). Traumatic Brain Injury Surveillance and Program Report 2020-2021. *Department of Health Authorization, 3*.
- Budiono. (2016). Konsep Dasar Keperawatan. *Pusat Pendidikan Sumber Daya Manusia Kesehatan*.
- Budiono, Pertami, B., & Sumirah. (2015). Konsep Dasar Keperawatan. In *Bumi Medika*. Jakarta.
- Doenges, M. E., & Yulianti, D. (2018). Rencana Asuhan Keperawatan: Pedoman Asuhan Klien Anak-Dewasa Volume 2 (Ed. 9). In *Jakarta: EGC*.
- Firmada, M. A., Kristianti, M., & Husain, F. (2021). Manajemen Nyeri dengan Guide Imagery Relaxation pada Pasien Cedera Kepala Ringan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) : Literature Review. *ASJN (Aisyiyah Surakarta Journal of Nursing)*, 2(1), 20–25. <https://doi.org/10.30787/asjn.v2i1.814>
- Harding, M. M. (2023). *Lewis's Medical-Surgical Nursing* (J. Kwong, D. Hagler, & C. Reinisch (eds.); 12th ed.).
- Hinkle, J. L., & Cheever, K. H. (2017). *Medical-Surgical Nursing*.
- Kementerian Kesehatan RI. (2021). PROFIL KESEHATAN INDONESIA TAHUN 2020. In *Kementerian Kesehatan RI*.
- Keogh, J. (2019). Medical Surgical Nursing Demystified. In *McGraw-Hill Education* (Vol. 3). McGraw-Hill Education eBooks.
- Lemone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). *buku ajar keperawatan medikal bedah gangguan neurologi* (M. Ester & P. wulandari, resti (eds.); 5th ed.). buku kedokteran egc.
- LeMone, P., Burke, K. M., & Bauldoff, G. (2016). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. In *EGC*. Jakarta.
- Lemone Priscilla, Karem M, Burke, G. B. (2015). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Ed. 5 Vol. 2* (5th ed.). EGC.
- Lewis, Dirksen, Heitkamper, & Bucher. (2017). *Medical Surgical Nursing: Assesment and Management Of Clinical Problem*. Elsevier Mosby.
- Lewis, S. L., Dirksen, S. R., Heitkemper, M. M., Bucher, L., & Harding, M. M. (2014). *MEDICAL-SURGICAL NURSING: ASSESSMENT AND MANAGEMENT OF CLINICAL PROBLEMS*. Elsevier Inc.
- Maas, A. I. R., Menon, D. K., Manley, G. T., Abrams, M., Åkerlund, C., Andelic, N., Aries, M., Bashford, T., Bell, M. J., Bodien, Y. G., Brett, B. L., Büki, A., Chesnut, R. M., Citerio, G., Clark, D., Clasby, B., Cooper, D. J., Czeiter, E., Czosnyka, M., ... Zemek, R. (2022). Traumatic brain injury: progress and challenges in prevention, clinical care, and research. *The Lancet Neurology*,

- 21(11), 1004–1060. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00309-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00309-X)
- Manurung, N. (2018). *Keperawatan Medikal Bedah Jilid 1*. Trans Info Medika.
- Padila. (2019). *Buku ajar : keperawatan medikal bedah : dilengkapi asuhan keperawatan pada sistem cardio, perkemihan, integumen, persyarafan, gastrointestinal, muskuloskeletal, reproduksi, dan respirasi*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Reichenbach, A., Bringmann, A., Reader, E. E., Pournaras, C. J., Rungger-Brändle, E., Riva, C. E., Hardarson, S. H., Stefansson, E., Yard, W. N., Newman, E. A., & Holmes, D. (2019). Keperawatan Medikal Bedah. In *Progress in Retinal and Eye Research* (Vol. 561, Issue 3).
- Savitri, E. W. (2021). Sebuah Study Kasus tentang Asuhan Keperawatan pada Pasien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan : Cedera Kepala Ringan. *Elisabeth Health Jurnal*, 6(2), 157–159. <https://doi.org/10.52317/ehj.v6i2.343>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2017). Textbook of Medical-Surgical Nursing. In *Wolters Kluwer Health* (Vol. 1). Lippincott Williams & Wilkins.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2017). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik. In *DPP PPNI*. Jakarta.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI): Definisi dan Tindakan Keperawatan (cetakan II). In *DPP PPNI*. Jakarta.
- Tim Pokja DPP PPNI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI): Definisi dan Kreteria Hasil Keperawatan (cetakan II). In *DPP PPNI*. Jakarta.
- Wilkins, & Williams, L. (2017). Textbook of Medical-Surgical Nursing. In *Lippincott*. Philadelphia.
- Winkelman, C. (2016). *Clinical Companion for Medical-Surgical Nursing_ Patient-Centered Collaborative Care, 8e*.
- Yanti, A., & Leniwita, H. (2019). *Modul Keperawatan Medikal Bedah II*. 1–323. <http://repository.uki.ac.id/2750/1/fmodulKMB2.pdf>

Pathway



Analisa Obat

1. Omeprazole

Omeprazole merupakan obat golongan proton pump inhibitor (PPI). Obat ini diindikasikan untuk tukak lambung dan tukak duodenum, tukak lambung dan duodenum yang terkait dengan AINS, lesi lambung dan duodenum, regimen eradikasi *H. pylori* pada tukak peptik, refluks esofagitis, Sindrom Zollinger Ellison.

a. Indikasi Umum

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

b. Komposisi

Omeprazole 20 mg

c. Dosis

Tukak Lambung/duodenum krn NSAID: Dewasa: 20 mg 1 kali sehari hingga 8 minggu Eradikasi *H.Pylori*: Dewasa: 20 mg 2 kali sehari/ 40 mg 1 kali sehari, selama 1 minggu (dikombinasi dengan antibiotik) Anak: > 4 tahun, 15-30 kg: 10 mg 2 kali sehari. > 4 tahun, 31-40 kg: 20 mg 1 kali sehari. selama 1 minggu (dikombinasi dengan antibiotik). Tukak Peptik/ Peptic Ulcer: Dewasa: Pengobatan: 20-40 mg 1 kali sehari, selama 4 minggu (ulkus duodenum) dan 8 minggu (ulkus lambung). Pemeliharaan: 10-20 mg 1 kali sehari, dapat ditingkatkan hingga 40 mg. Gastrooesophageal reflux Dewasa: Pengobatan: 20 mg 1 kali sehari, selama 4-8 minggu. Untuk kasus yang parah: 40 mg 1 x kali sehari selama 8 minggu. Pemeliharaan: 10 mg 1 kali sehari, dapat ditingkatkan menjadi 20-40 mg sekali sehari jika perlu. Anak: 1 tahun, berat 10-20 kg: 10 mg 1 x kali sehari, ditingkatkan menjadi 20 mg sekali sehari jika perlu. 2 tahun dengan berat badan >20 kg: 20 mg sekali sehari, ditingkatkan menjadi 40 mg sekali sehari jika perlu. Durasi pengobatan: 4-8 minggu. Sindrom Zollinger-Ellison Dewasa: Dosis awal: 60 mg 1 x sehari. Dosis biasa: 20-120 mg per hari. Dosis >80 mg harus diberikan dalam 2 dosis terbagi.

d. Aturan Pakai

Dikonsumsi sebelum makan

e. Kontra Indikasi

Omeprazole dikontraindikasikan untuk pasien yang diketahui hipersensitivitas terhadap obat ini atau bahan lain yang terdapat dalam formulasi. Penggunaan dengan nelfinavir.

f. Efek Samping

Pemakaian 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: Hipomagnasemia, lupus eritematosus kulit, SLE, fraktur terkait osteoporosis, polip kelenjar fundus, karsinoma, diare terkait *Clostridium difficile*, nefritis interstisial, Defisiensi vitamin B12 (terapi jangka panjang), infeksi gastrointestinal (mis. salmonella, *Campylobacter*). Gangguan gastrointestinal: Mual, muntah, diare, konstipasi, perut kembung, sakit perut. Gangguan umum dan kondisi tempat pemberian: Kelemahan, malaise. Gangguan hepatobilier: Peningkatan enzim hati. Gangguan sistem kekebalan: Urtikaria. Gangguan metabolisme dan nutrisi: Edema perifer. Gangguan muskuloskeletal dan jaringan ikat: Sakit punggung. Gangguan sistem saraf: Sakit kepala, pusing, mengantuk, parestesia, vertigo. Gangguan jiwa: Insomnia. Gangguan pernapasan, toraks dan mediastinum: Batuk. Gangguan kulit dan jaringan subkutan: Ruam, dermatitis, pruritus.

2. Oxicobal

Oxicobal 500 MCG merupakan obat yang di gunakan untuk mengatasi kondisi defisiensi vitamin B12. Oxicobal mengandung Mecobalamin yang merupakan senyawa vitamin yang larut dalam air dan merupakan vitamin esensial yang di butuhkan tubuh untuk menjalankan fungsinya dengan normal.

a. Indikasi Umum

Neuropati perifer, anemia megaloblastik karena defisiensi vitamin B12.

b. Komposisi

Mecobalamin 500 mcg

c. Dosis

3 x sehari 1 kapsul, dapat menyesuaikan dosis tergantung pada usia dan tingkat keparahan pasien

d. Aturan Pakai

Dapat diberikan bersama atau tanpa makanan

e. Kontra Indikasi

Hipersensitif

f. Efek Samping

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

3. Seremig

Seremig merupakan obat yang biasa digunakan untuk membantu pencegahan migrain , pencegahan gangguan perifer, serebrovaskular, pencegahan vertigo dan gangguan vestibular. Seremig mengandung Flunarizine. Flunarizine memiliki mekanisme kerja untuk memblokir reseptor H1 dan memblokir channel kalsium. Obat ini juga digunakan sebagai terapi tambahan untuk epilepsi untuk pasien yang kebal terhadap rejimen pengobatan standar.

a. Indikasi Umum

Profilaksis migren. Pengobatan & pencegahan gangguan vestibular, serebral & sistem sirkulasi perifer, misalnya pusing, tinitus, vertigo, gangguan konsentrasi, bingung, gangguan daya ingat, gangguan irama tidur, iritabilitas, konvulsi, parestesia, ekstremitas dingin, gangguan trofik.

b. Komposisi

Flunarizine HCl 10 mg

c. Dosis

1 tablet 1 x sehari

d. Aturan Pakai

Sesudah makan

e. Kontra Indikasi

Hipersensitivitas. Riwayat depresi, penyakit parkinson atau gangguan ekstrapiramidal lain, pemberian bersama beta-blocker.

f. Efek Samping

Mengantuk, lelah, reaksi ekstrapiramidal (bradikinesia, rigiditas, akatisia, diskinesia, tremor terutama pada pasien lanjut usia, nyeri ulu hati, mual, gastralgia, insomnia, kecemasan, galaktore, mulut kering, nyeri otot, ruam kulit.

4. Estalex

Estalex merupakan obat dengan kandungan Eperisone HCl 50 mg per tablet. Eperisone adalah obat antispasmodik yang bekerja sebagai relaksan otot/melemaskan otot rangka dan otot polos vaskular, yang menghasilkan pengurangan myotonia, peningkatan sirkulasi, dan penekanan refleks rasa

sakit. Obat ini digunakan untuk pengobatan simtomatik terhadap kondisi yang terkait dengan spasme muskuloskeletal.

a. Indikasi Umum

Terapi simtomatik untuk kondisi yang berhubungan dengan spasme/kram muskuloskeletal

b. Komposisi

Eperisone HCl 50 mg

c. Dosis

Dewasa : 3 x sehari 1 tablet (50 mg)

d. Aturan Pakai

e. Sebaiknya diberikan bersama makanan : Berikan sesudah makan.

f. Kontra Indikasi

Hipersensitivitas, ibu menyusui

g. Efek Samping

Pemakaian obat umumnya memiliki efek samping tertentu dan sesuai dengan masing-masing individu. Jika terjadi efek samping yang berlebih dan berbahaya, harap konsultasikan kepada tenaga medis. Efek samping yang mungkin terjadi dalam penggunaan obat adalah: Syok, reaksi anafilaksis (misalnya kemerahan, gatal, urtikaria, edema, dispnea), sindrom Stevens-Johnson, dan nekrolisis epidermal toksik.

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani M.Kep
 Nama Mahasiswa : Denis Syachiran Ningsih
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Cedera Kepala Sedang Di Ruang Neurologi Kamar 1107 Lantai 11 Rsud Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
1.	09 Maret 2023	Pemaraharan tentang pengambilan kasus rencana dan teknik ujian praktik.	
2.	18 April 2023	Konsultasi BAB I - Judul 4 baris - Halaman - Tanda baca setelah setiap.	
3.	13 Mei 2023	Konsultasi BAB I - Baris judul sama dengan delapan - perbaiki ketik setiap - Keterangan ditambahkan - Promatif, preventif, kuratif. dipisah	
4.	15 Mei 2023	Konsultasi BAB II - Judul penulis - Template BAB II - Teori menggunakan buku cetak - Evaluasi : proses akhir (formatif, sumatif)	
5.	17 Mei 2023	Konsultasi BAB I - penulisan nama (huruf kecil) (ACC)	
6.	19 Mei 2023	Konsultasi BAB II (ACC) - format dan sumber dituliskan di bagian penamaan	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani M.Kep
 Nama Mahasiswa : Denis Syachiran Ningsih
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Cedera Kepala Sedang Di Ruang Neurologi Kamar 1107 Lantai 11 Rsud Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
7.	22 Mei 2023	Konsultasi BAB III - Penatalaksanaan obat dan yang lainnya, dirinciin /dijabarkan - Diannosa 2 ; ditanya diambil asar sesuai dengan diannosa - Diannosa 4 ; data diutamakan karena tidak ada perintah /hubungan dengan cedera kepala - Membuktikan skala nyeri - perhatikan pemberian obat - Evaluasi diperhatikan waktunya - Htari perencanaan ditulis point saja .	
8.	24 Mei 2023	Konsultasi BAB III - Penulisan Ed diranti - POEST nya dibuat - penulisan obat , jamnya diperjelas . - penulisan RR jadi frekuensi napas .	
9.	26 Mei 2023	Konsultasi BAB IV - Template BAB IV - Ubah "keirambuman" tapi "kesengaman"	 
10.	29 Mei 2023	BAB III - penyusunan template (ACC)	
11.	31 Mei 2023	BAB IV - Tn. diganti paron	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Pembimbing : Enni Juliani M.Kep
 Nama Mahasiswa : Denis Syachiran Ningsih
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Tn. M Dengan Cedera Kepala Sedang Di Ruang Neurologi Kamar 1107 Lantai 11 Rsud Koja Jakarta Utara

No	Tanggal	Konsultasi (saran/perbaikan)	Tanda tangan
12.	02 Juni 2023	- Penjabaran pemantauan kasus - Jelaskan data kesenjangan	
13.	5 Juni 2023	BAB IV - Pembahasan turas mendalam - Muncul terjadi atau tidak - Tidak memunculkan diagnosis	
14.	7 Juni 2023	BAB V - saran bari perawat harus dijelaskan lagi. - laporan penulis selanjutnya tidak bisa di tulis karena belum teruji dan jadi acuan bari yang lain.	
15.	9 Juni 2023.	BAB IV - Kata 'mendemonstrasi' diganti "kolaborasi"	