

STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN
GANGGUAN RASA NYAMAN NYERI
DI RUANG BOUGENVILLE BRSUD TABANAN**



Diajukan oleh :

I WAYAN NEMU ARTHA YASA
16E11579

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI BALI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
DENPASAR
2019**

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
CEDERA KEPALA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN
GANGGUAN RASA NYAMAN NYERI
DI RUANG BOUGENVILLE BRSUD TABANAN**

**Studi Kasus ini diajukan sebagai salah satu persyaratan dalam mendapatkan
gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep)
STIKES BALI**



Diajukan oleh :

I WAYAN NEMU ARTHA YASA
16E11579

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN BALI BALI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
DENPASAR
2019**

PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : I Wayan Nemu Artha Yasa

NIM : 16E11579

Program Studi : Diploma III Keperawatan

Institusi : STIKES BALI

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa studi kasus yang saya tulis ini adalah benar-benar merupakan hasil karya sendiri dan bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya aku sebagai hasil tulisan atau pikiran saya sendiri.

Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan proposal ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Denpasar, 11 Maret 2019

Pembuat Pernyataan

I Wayan Nemu Artha Yasa

NIM:16E11579

Motto

***“ Pengetahuan tidak hanya didasarkan atas kebenaran saja,
tetapi juga kesalahan “***

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah oleh I Wayan Nemu Artha Yasa NIM: 16E11579 dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG BOUGENVILLE BRSUD TABANAN”** telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Denpasar, 11 Maret 2019

Pembimbing

(Ns. LG Nita Sri Wahyuningsih, S.Kep, MM.)
NIDN.0831018803

LEMBAR PENGESAHAN

Studi Kasus oleh I Wayan Nemu Artha Yasa dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG BOUGENVILLE BRSUD TABANAN”. Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal Mei 2019

Denpasar,

Disahkan oleh :

Dewan Penguji Ujian Akhir Program

1. Ns. A.A.A. Yuliati Darmini, S.Kep.,MNS.
NIDN. 0821076701
2. Ns. I ketut sulawa, S.Kep.....
NIP.19680231989021004
3. Ns.L.G Nita Sri Wahyuningsih, S.Kep., MM......
NIDN. 0831018803

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali
Ketua,

I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kp.,M.Ng.,Ph.D.

NIDN. 0823067802

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan ke hadapan Ida Sang Hyang Widhi Wasa / Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat rahmat-Nyalah Karya Tulis Ilmiah dengan judul : **“ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG BOUGENVILLE BRSUD TABANAN”** dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Karya tulis ilmiah ini disusun sebagai salah satu persyaratan dalam menyelesaikan pendidikan pada Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Bali.

Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini, penulis banyak mendapat masukan dan bimbingan baik materi maupun teknik penulisan dari berbagai pihak, untuk itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada :

1. Bapak I Gede Putu Darma Suyasa, S.KP.,M.Ng.,pHD.,selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bali yang telah memberikan izin dan petunjuk kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah .
2. Bapak Dr. I Nyoman Susila,M.Kes., selaku direktur utama BRSU Tabanan beserta staf yang telah memberikan izin dan kesempatan pada penulis untuk mengambil data dalam rangka penyusunan karya tulis Ilmiah ini.
3. Bapak I Gede Satria Astawa, S.Kep., selaku ketua program studi DIII keperawatan STIKES Bali beserta staf yang telah memberikan berbagai ilmu pengetahuan dan ketrampilan kepada penulis khususnya yang terkait dengan karya tulis ilmiah ini.
4. Ns, AAA Yuliaty Darmi,S.Kep.,MNS., selaku dosen pengajar dalam karya tulis ilmiah ini yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberi masukan kepada penulis.

5. Ibu Ns. LG Nita Sri Wahyuningsih,S.Kep,MM., selaku dosen pembimbing dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini yang telah banyak meluangkan waktunya untuk memberikan bimbingan, petunjuk, teori, dan motivasi kepada penulis.
6. Bapak Ns. I Ketut Sulawa,S.Kep., selaku pembimbing ruangan yang telah banyak membantu dan mengarahkan penulis dalam penyusunan karya tulis Ilmiah ini.
7. Bapak, ibu, adik, serta keluarga tercinta yang telah memberikan dukungan dan semangat kepada penulis dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa program studi DIII Keperawatan STIKES Bali yang telah membantu penulis baik secara langsung ataupun tidak langsung dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa laporan Karya Tulis Ilmiah ini belum sempurna, oleh karena itu saran dan kritik yang bersifat membangun sangat diharapkan untuk kesempurnaan selanjutnya, dan semoga laporan proposal ini bermanfaat bagi kita semua

Denpasar, 11 Maret 2019

Penulis

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)
DI RUANG BOUGENVILLE BRSUD TABANAN

DISUSUN OLEH :
I Wayan Nemu Artha Yasa
Program Studi D-III Keperawatan STIKES BALI
Nemuartha8@gmail.com

ABSTRAK

Latar belakang : Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak dan otak. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menunjukkan insiden cedera kepala dengan sebanyak 11,9 per 100.000 populasi dengan prevelensi cedera laki-laki sebanyak 11 dan perempuan sebanyak 7,4. Data usia menurut Riskesdas yang paling banyak mengalami kejadian cedera kepala 9,2% pada usia 75 tahun keatas, 12,2% pada usia 15-24 tahun selebihnya diatas 25-74 tahun.

Tujuan Umum : Dapat membandingkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Bougenville BRSU Tabanan.

Metode : Metode yang digunakan adalah metode pengumpulan data yang digunakan dalam studi kasus ini adalah wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Studi dokumentasi berupa hasil dari pemeriksaan diagnostik dan rekam medik. Sumber data dalam studi kasus ini berasal klien, keluarga, catatan medik, dan perawat lainnya.

Hasil : Asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan ditemukan masalah keperawatan cedera kepala seperti nyeri akut, asuhan keperawatan selama 2x24 jam dengan hasil perkembangan pasien menbaik.

Kesimpulan : Masalah asuhan keperawatan pada pasien Cedera Kepala Ringan teratasi dengan baik.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan.

DAFTAR ISI

Halaman

SAMPUL DEPAN	
SAMPUL DALAM.....	i
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN.....	ii
MOTTO.....	iii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iv
LEMBAR PENGESAHAN.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR BAGAN.....	xiii
DAFTAR GAMBAR.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Studi Kasus.....	5
D. Manfaat Studi Kasus.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
A. Tinjauanteori kasus.....	7
1. Definisi Cedera Kepala.....	13

a. Anatomi Fisiologi Kepala.....	7
b. Definisi Cedera Kepala.....	13
2. Klasifikasi Cedera Kepala.....	14
3. Patofisiologi Cedera Kepala.....	16
a. Etiologi.....	16
b. Proses Terjadi.....	16
c. Komplikasi.....	18
d. Manifestasi Klinis.....	21
4. Pemeriksaan Diagnostic.....	24
5. Penatalaksanaan Medis.....	25
B. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	29
1. Pengkajian.....	29
2. Diagnosa.....	35
3. Perencanaan.....	35
4. Pelaksanaan.....	37
5. Evaluasi.....	38
C. Cedera Kepala Ringan.....	38
1. Definisi.....	38
2. Gangguan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri.....	39
3. Pengaturan Pemenuhan Kebutuhan Rasa Nyaman Nyeri.....	40
4. Edukasi Pemenuhan Kebutuhanrasa Nyaman Nyeri.....	42
Web Of Caution (WOC).....	43

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Studi Kasus.....	45
B. Subyek Studi Kasus.....	45
C. Fokus Studi.....	45
D. Definisi Operasional Focus Studi.....	45
E. Instrument Studi Kasus.....	46
F. Lokasidan Waktu Studi Kasus.....	46
G. Analisis Data dan Penyajian Data.....	46
H. Etika Studi Kasus.....	48

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN49

A. Hasil	49
1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data	49
2. Karakteristik Partisipan	50
3. Data Asuhan Keperawatan	50

A. Pengkajian	50
B. Diagnosa	76
C. Perencanaan	80
D. Pelaksanaan	83
E. Evaluasi	103
B. Pembahasan	105
1. Pengkajian Keperawatan	105
2. Diagnose Keperawatan	109
3. Perencanaan Keperawatan	109
4. Pelaksanaan Keperawatan	110
5. Evaluasi Keperawatan	111
BAB V PENUTUP	113
A. Kesimpulan	113
B. Saran	114
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR BAGAN

BAGAN	Halaman
1. Web Of Causation (WOC).....	43

DAFTAR GAMBAR

GAMBAR	Halaman
1. Anatomi Fisiologi Kepala.....	7

DAFTAR TABEL

TABEL	Halaman
1. Klasifikasi Glasgow Coma Scale (Gcs).....	33
2. Identitas Pasien	51
3. Riwayat Penyakit.....	52
4. Perubahan Pola Kesehatan.....	55
5. Pemeriksaan Fisik.....	62
6. Pemeriksaan Diagnostik.....	73
7. Analisa Data.....	75
8. Analisa Masalah.....	77
9. Rencana Keperawatan.....	80
10. Penatalaksanaan Keperawatan.....	83
11. Evaluasi.....	102

Daftar Singkatan

1. BRSUD : badan rumah sakit umum daerah
2. CKR : cedera kepala ringan
3. CKS : cedera kepala sedang
4. CKB : cedera kepala berat
5. MAP : mean arterial pressure
6. MmHg: mili meter Hekto gram
7. MRI : magnetic reconance imaging
8. TIK : tekanan intra kranial
9. TD : tekanan daran
10. WHO : World Health Organization

Daftar Lampiran

1. Lampiran 1 PSP
2. Lampitan 2 informd concent
3. Bukti proses bimbingan

4. POA (planning of action)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Era moderen seperti sekarang ini sangat mudah untuk menemukan alat transportasi, contohnya yang paling sering kita temukan adalah kendaraan roda dua dan roda empat. Dinegara-negara maju maupun berkembang sangat membutuhkan alat tranfortasi untuk keperluan tertentu. Di negara berkembang sepertiIndonesia alat transportasi yang sering digunakan adalah transportasi darat contohnya kendaraan roda dua dan roda empat. Banyaknya pengguna alat transportasi roda dua khususnyasering kali tanpa disertai dengan pengaman diri, seperti berkendara tanpa memakaihelm.Pada kasus kecelakaan akan menyebabkan cedera, khususnya pada daerah kepala. Cedera kepala dapat terjadi akibat pukulan, benturan maupun tabrakan saat berkendara. Kecelakaan merupakan penyebab utama dari kasus cedera kepala khususnya pada negara-negara berkembang. Prevelensi kasus cedera kepala dilaporkan di negara-negara berkembang khususnya yang dirawat di rumah sakit masih belum baik (Riky Teguh dkk, 2018).

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatic dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai pendarahan interstill dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. Cedera kepala merupakan suatu kondisi terjadinya cedera pada kepala yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak akibat adanya trauma. Cedera kepala merupakan penyakit neurologis yang paling

sering terjadi diantara penyakit neurologis lainnya yang biasa disebabkan oleh kecelakaan(Morton, 2012 dalam NANDA NIC-NOC, 2015).

World Health Organization(WHO) tahun 2015, menjelaskan bahwa setiap tahunnya di seluruh dunia terdapat sekitar 1,2 juta orang meninggal akibat kecelakaan lalu lintas dan 50 juta lainnya mengalami luka-luka. Cedera karena trauma atau benturan merupakan penyebab kematian utama pada usia di bawah 44 tahun di Amerika Serikat, sekitar 5,3 juta orang mengalami cedera kepala pada tahun 2013. Sedangkan di Uni Eropa sekitar 7,7 juta orang hidup dengan disabilitas akibat cedera kepala(Fitriana, 2018).

Badan Pusat Statistik Indonesia tahun 2014 menjelaskan bahwa angka kecelakaan di Indonesia pada tahun 2013 lebih dari 100.000, sekitar 26.000 warga meninggal dunia akibat kecelakaan lalu lintas. Selain korban jiwa, lebih dari 139.000 warga mengalami luka luka akibat kecelakaan lalu lintas sepanjang tahun 2013. Di Indonesia kejadian cedera kepala setiap tahunnya diperkirakan mencapai 500.000 kasus. Dari jumlah diatas, 10% penderita meninggal sebelum tiba di rumah sakit. Dari pasien yang sampai di rumah sakit , 80% dikelompokan sebagai cedera kepala ringan, 10 % termasuk cedera kepala sedang, dan 10 % termasuk cedera kepala berat (Fitriana, 2018).

Angka kejadian cedera kepala di Bali sekitar 10,05 %. Tempat kejadian yang paling tinggi yaitu di rumah dan lingkungannya sebesar 44,7%, jalan raya 31,4%, tempat kerja 9,1%, lainnya 8,3% dan di sekolah 6,5% (Risksedas, 2018). Provinsi Bali ,khususnya kabupaten Tabanan terdapat salah satu rumah sakit terbesar yaitu BRSUD Tabanan. Berdasarkan catatan medis 10 penyakit terbanyak

di BRSU Tabanan tepatnya di ruang Bougenvile dalam 1 tahun belakangan ini periode 2018 sebanyak 798 orang dan dari sekian banyak kasus, cedera kepala menempati peringkat kedua yaitu sebanyak 162 kasus.

Adapun komplikasi yang timbul akibat dari cedera kepala adalah epilepsy pasca trauma, afasia, apraksia, agnosis, amnesia, diabetes insipidus, kebocoran cairan serebrospinal, edema serebral, dan herniasi, deficit neurologist dan psikologis yang apabila pasien tidak mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat akan membahayakan jiwa si penderita (Wijaya&Putri, 2015).

Asuhan keperawatan memegang peranan penting terutama pencegahan komplikasi yang ditimbulkan oleh cedera kepala, salah satu komplikasi yang ditimbulkan dari cedera kepala yaitu peningkatan tekanan intra kranial (TIK), yang dapat menyebabkan gangguan perfusi jaringan otak semakin berat, sehingga salah satunya terjadinya penurunan kesadaran pada pasien cedera kepala. Adapun cara penanganan cedera kepala di rumah sakit yaitu, observasi meliputi keadaan umum pasien, memonitor nilai GCS, pemberian therapy oksigen untuk mencegah terjadinya hipoksia, mempertahankan kepatenan jalan nafas, menjaga agar kepala / leher agar tetap pada posisi yang netral, mengevaluasi reaksi pupil, berikan cairan melalui intra vena sesuai dengan indikasi dan berikan obat diuretic contohnya : monnitol dan furoscide(Rendi & Margareth, 2012).

Maka dari itu perawat sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan agar tidak menimbulkan komplikasi yang lebih. Sehingga dapat menyebabkan waktu perawatan menjadi lama dan biaya yang semakin mahal, selain itu dapat memperparah kondisi si penderita. Adapun perawatan yang dapat

diberikan antara lain observasi keadaan umum pasien selama 24 jam, kaji kepatenan jalan nafas pasien, berikan therapy oksigen sesuai indikasi, dan periksa nilai GCS untuk menilai respon.

Berdasarkan angka kejadian tersebut dan komplikasi yang ditimbulkan pada pasien cedera kepala harus mendapatkan penanganan yang cepat dan tepat. Sehingga penulis tertarik untuk mengambil kasus dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG BOUGENVILLE BRSUD TABANAN”. Dengan harapan dapat bermanfaat dalam memberikan asuhan keperawatan secara umum dan khusus pada pasien cedera kepala ringan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah diatas maka rumusan masalah dalam karya tulis ilmiah ini adalah: Bagaimana asuhan keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Ringan (CKR) di Ruang Bougenville BRSU Tabanan.

C. Tujuan Studi Kasus

1. Tujuan Umum
Untuk mengetahui perbandingan asuhan keperawatan pada pasien 1 dengan pasien 2 dengan CKR di Ruang Bougenville BRSUD Tabanan.
2. Tujuan Khusus
 - a. Untuk mengetahui perbedaan pengkajian keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan CKR di Ruang Bougenville BRSUD Tabanan
 - b. Untuk mengetahui perbedaan diagnosa keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan CKR di Ruang Bougenville BRSUD Tabanan
 - c. Untuk mengetahui perbedaan perencanaan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan CKR di Ruang Bougenville BRSUD Tabanan

- d. Untuk mengetahui perbedaan tindakan keperawatan keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan CKR di Ruang Bougenville BRSUD Tabanan
- e. Untuk mengetahui perbedaan evaluasi keperawatan pada pasien 1 dan pasien 2 dengan CKR di Ruang Bougenville BRSU Tabanan

D. Manfaat studi kasus

1. Manfaat Studi Kasus

Untuk mengembangkan ilmu keperawatan khususnya dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien yang mengalami CKR. Harapan kedepan, hasil dari studi kasus ini dapat dijadikan panduan serta acuan bagi profesi keperawatan dalam merawat pasien dengan CKR.

2. Manfaat Praktis

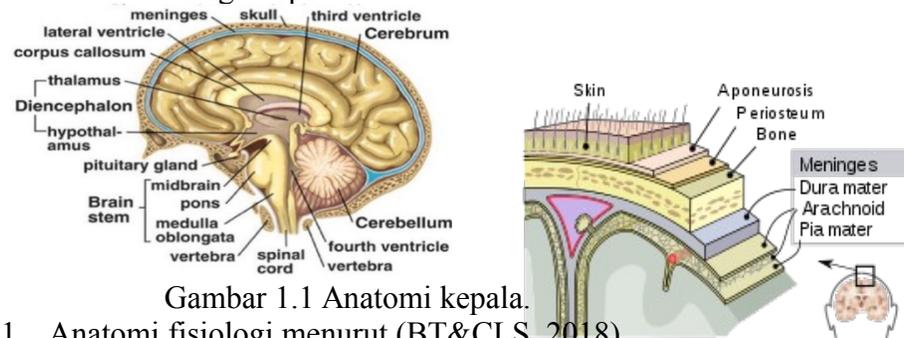
- a. Bagi perawat
Dapat memperoleh pengetahuan dan pengalaman dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKR serta mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama menempuh pendidikan.
- b. Bagi Rumah Sakit
Agar tetap memberikan dan mempertahankan pelayanan keperawatan pada pasien dengan CKR khususnya sehingga mutu pelayanan rumah sakit menjadi semakin baik.
- c. Bagi Institusi Pendidikan
Untuk memberikan gambaran dari data dasar yang dapat digunakan untuk penelitian dan bahan perkembangan penelitian terbaru tentang apa yang didapat.
- d. Pasien dan Keluarga
Diharapkan agar pasien dan keluarga dapat menambah wawasan mengenai penyakit CKR, merawat dan cara pengobatan dan memberi dukungan dalam merawat dan penyembuhan pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

Anatomi Fisiologi Kepala



Gambar 1.1 Anatomi kepala.

1. Anatomi fisiologi menurut (BT&CLS, 2018).
 - a. Kulit kepala (SCALP) terdiri dari 5 lapisan yaitu:
 - 1) Skin atau kulit kepala
 - 2) Connective tissue atau jaringan penyambung
 - 3) Aponeurosis atau jaringan ikat yang berhubungan langsung dengan tengkorak.
 - 4) Loose areolar tissue atau jaringan penunjang longgar
 - 5) Perikranium
 - a. Kulit kepala memiliki banyak pembuluh darah, sehingga bila terjadi pendarahan akibat lateralisasi kulit kepala akan menyebabkan kehilangan pembuluh darah, trauma yang terjadi pada bayi dan anak serta orang dewasa yang cukup lama sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama untuk mengeluarkan darah tersebut. Vaskularisasi kepala sangat baik sehingga bila luka kecil saja akan banyak mengeluarkan darah.
 - b. Tulang kepala (Kranium)

Terdiri dari kalvaria (atap tengkorak), dan basis cranium (dasar tengkorak). Basis kranii berbentuk tidak rata dan tidak teratur sehingga

bila terjadi cedera kepala dapat menyebabkan kerusakan pada bagian dasar tengkorak yang bergerak akibat cedera akselerasi dan deselerasi.

Rongga dasar tengkorak dibagi menjadi 3 fosa yaitu:

- 1) Fosa anterior / lobus frontalis
 - 2) Fosa media / lobus temporalis
 - 3) Fosa posterior / ruang batang otak dan cerebellum
- c. Lapisan pelindung otak (Meningen)
- 1) Meningen terdiri dari 3 lapisan, yakni duramater adalah selaput yang keras (menempel ketat pada bagian dalam tengkorak), terdiri atas jaringan ikat fibrosa melekat erat bagian dalam cranium. Namun duramater tidak melekat pada selaput arakhoid dibawahnya sehingga potensial terdapat ruangan yang dapat menyimpan darah yang disebut ruang subdural atau perdarahan subdural
 - 2) Lapisan kedua arachnoid yang tipis dan tembus pandang
 - 3) Lapisan ketiga adalah piamater (menempel ketat pada permukaan korteks serebri). Cairan serebro spinal bersirkulasi diantara selaput arachnoid dalam pia mater dalam ruang subarachnoid. Bila terjadi pendarahan subarachnoid maka darah bebas akan berada di dalam ruangan ini, perdarahan ini umumnya disebabkan oleh pecahnya aneurysma intra cranial atau akibat cedera kepala. Rongga tengkorak tidak besar, dan tertutup oleh tengkorak yang keras. Perdarahan yang terjadi di rongga tengkorak sebanyak 100cc mungkin sudah dapat menimbulkan kematian. Dengan demikian sering dikatakan perdarahan pada penderita cedera kepala tidak dapat menyebabkan syok karena terbatasnya ruang kosong yang dapat menyimpan darah pada tulang tengkorak kepala lebih

dari 100cc, apabila mendapat trauma kapitis dalam keadaan syok, maka syok tersebut biasanya bukan berasal dari perdarahan di kepala akan tetapi berasal dari tempat lain (rongga toraks, abdomen, tulang pelvis atau tulang panjang).

d. Otak

Otak terdiri dari serebrum, serebelum, dan batang otak. Serebrum terdiri atas hemisfer kanan dan hemisfer kiri yang di pisahkan oleh falk serebri, yaitu lipatan duramater yang berada di sinus sagitalis superior. Pada hemisfer kiri terdapat pusat bicara manusia yang bekerja dengan menggunakan tangan kanan, juga 85% pada orang yang bekerja dengan tangan kidal/kiri. Lobus frontalis berkaitan dengan fungsi emosi, fungsi motoric dan pada posisi dominan mengandung pusat ekspresi bicara (area bicara motorik). Lobus parietalis berhubungan dengan fungsi sensorik dan orientasi ruang. Lobus temporalis mengatur fungsi memori tertentu. Pada semua orang yang bekerja dengan tangan kanan dan sebagian besar orang kidal atau kiri, lobus temporalis kiri tetap merupakan lobus dominan karena bertanggung jawab terhadap kemampuan bicara. Lobus oksipitalis berukuran lebih kecil dan berfungsi untuk penglihatan.

Otak dapat mengalami pembengkakan (edema), baik karena trauma langsung (primer) ataupun setelah trauma (sekunder). Pembengkakan otak ini dikenal sebagai edema serebri, dan karena tengkorak merupakan ruangan tertutup rapat, maka edema ini akan

peningkatan tekanan dalam rongga tengkorak (peningkatan tekanan intrakranial).

1) Batang otak

Terdiri dari mesensefalon, pons dan medulla oblongata. Mesensefalon dan pons bagian atas berisi system aktivasi retikulasi yang berfungsi mengatur fungsi kesadaran dan kewaspadaan. Pada medulla oblongata terdapat pusat vital kardiorespiratorik sampai medulla spinalis di bawahnya (kauda inguina). Lesi yang kecil saja pada batang otak sudah dapat menyebabkan deficit neurologis yang berat, namun pada pemeriksaan CT Scan kepala lesi di batang otak sering tidak tampak dilihat. Serebrum berfungsi mengatur fungsi koordinasi dan keseimbangan dan terletak dalam fosa posterior, berhubungan dengan medulla spinalis batang otak dan kedua hemisfer serebri.

2) Cairan cerebrospinal

Cairan cerebrospinal/ liquid cerebro spinal (LCS) dihasilkan oleh pleksus khorioideus dengan kemampuan produksi sebanyak 30ml/jam. Pleksus khorioideus terletak pada ventrikel lateralis baik sebelah kanan maupun sebelah kiri, mengalir melalui foramen Monroe ke ventrikel ketiga. Selanjutnya pada ventrikel kedua mengalir melalui akuaduktus dari sylvius menuju ventrikel keempat. Selanjutnya keluar melalui ventrikel dan masuk kedalam ruang subarachnoid yang berada diseruluh permukaan otak dan medulla spinalis. Cairan serebrospinal akan diserap kedalam sirkulasi vena melalui granulasio arakhnoidyang

terdapat pada sinus sagitalis superior. Adanya darah dalam LCS dan dapat menyebabkan kenaikan tekanan intra kranial (Hidrosefalus komunikans).

3) Tentorium

Tentorium serebri membagi rongga tengkorak menjadi ruang supratentorial (fosa kranii anterior dan fosa kranii media) dan ruang infratentorial (fosa kranii posterior). Mesensefalon (midbrain) menghubungkan hemisfer serebri dan batang otak (pons dan medulla oblongata) dan berjalan melalui celah insisura tentorial. Nervus okulomotorius (saraf otak ketiga) berada disepanjang tentorium, dan saraf ini dapat tertekan dalam keadaan herniasi otak disebabkan adanya massa supratentorial atau edema otak.

Serabut-serabut parasimpatik berfungsi melakukan kontriksi pada pupil mata, berada dipermukaan nervus okulomotorius. Paralisis serabut-serabut parasimpatis ini dapat menyebabkan dilatasi pupil karena adanya penekanan akibat aktifitas serabut tersebut tidak dihambat.

4) Tekanan intra-kranial

Berbagai proses patologis yang mengenai bagian otak dapat mengakibatkan kenaikan tekanan intra kranial yang selanjutnya akan mengganggu fungsi otak dan berdampak buruk terhadap kondisi penderita cedera kepala. Tekanan intra kranial (TIK) tidak hanya merupakan adanya indikasi masalah serius dalam otak tetapi justru sering merupakan masalah utamanya cedera kepala. TIK normal dalam

keadaan istirahat kira-kira 10 mmHg (136 mmH₂O), TIK lebih dari 20 mmHg dianggap tidak normal dan lebih dari 40 mmHg termasuk dalam kenaikan TIK yang berat. Semakin tinggi TIK setelah cedera kepala maka semakin buruk prognosis penderita dengan cedera kepala berat.

1. Kasus (Cedera Kepala Ringan)

a. Definisi

Cedera kepala merupakan terputusnya kontinuitas otak yang menyebabkan gangguan traumatic dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan *intersitital* dalam substansi otak (Hudak dan Gallo, 1997 dalam Wijaya & Putri 2013).

Cedera kepala adalah cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. Cedera kepala (terbuka dan tertutup) terdiri dari fraktur tengkorak Cranio serebri (geger), kontusio (memar) / Laserusi dan perdarahan serebral (subarakhoid, subdural, epidural intraserebral batang otak). Trauma primer terjadi secara langsung maupun tidak langsung (akselerasi atau deselerasi otak). Trauma sekunder akibat trauma syaraf (mil akson) hipertensi intracranial, hipoksia, hiperkapneu atau hipertensi sistemik. Cedera kepala ringan adalah cedera yang diakibatkan karena tekanan, benturan benda-benda tumpul yang dapat menyebabkan hilangnya fungsi neurologi sementara atau menurunnya kesadaran sementara, tidak ada fraktur tengkorak, tidak ada hematoma dan juga nilai GCS 13-15 (Morton, 2012 dalam NANDA NIC-NOC, 2015).

Berdasarkan definisi diatas dapat disimpulkan bahwa cedera kepala merupakan suatu gangguan dari fungsi otak yang disebabkan oleh benturan secara langsung atau tidak langsung yang mungkin dapat merusak atau terauma pada kulit kepala, tengkorak, dan juga otak dan mengakibatkan luka terbuka maupun luka tertutup.

b. Klasifikasi

Menurut Wijaya & Putri tahun 2013 klasifikasi cedera kepala dapat dibagi menjadi:

- 1). Berdasarkan keparahan cedera:
 - a) Cedera Kepala Ringan(CKR)
 - 1) Tidak ada fraktur tengkorak
 - 2) Tidak ada kontusio serebri dan hematoma
 - 3) GCS : 13-15
 - 4) Dapat terjadi kehilangan kesadaran tetapi <30 menit
 - b) Cedera Kepala Sedang(CKS)
 - 1) Kehilangan kesadaran (amnesia) >30 menit kurang dari 24 jam
 - 2) Muntah
 - 3) GCS 9-12
 - 4) Dapat mengalami fraktur tengkorak, disorientasi ringan (bingung)
 - c) Cedera Kepala Berat(CKB)
 - 1) GCS 3-8
 - 2) Hilang kesadaran >24 jam
 - 3) Adanya konstusio serebri, laserasi atau hematoma intrakrania
 - 2). Menurut jenis cedera
 - a) Cedera kepala terbuka dapat menyebabkan fraktur pada tulang tengkorak dan jaringan otak
 - b) Cedera kepala tertutup dapat disamakan dengan keluhan geger otak ringan danoedem serebral yang luas
- Glasgow Coma Scale (GCS)
Untuk mendapatkan keseragaman dari penilaian tingkat kesadaran secara kuantitatif, maka dilakukan pemeriksaan dengan skala kesadaran secara

glasgow, ada 3 macam indicator yang diperiksa yaitu reaksi membuka mata, reaksi verbal, dan motorik (Padila, 2015).

1. Reaksi membuka mata

Reaksi membuka mata	Nilai
Membuka mata spontan	4
Buka mata dengan rangsangan suara	3
Buka mata dengan rangsangan nyeri	2
Tidak membuka mata dengan rangsangan nyeri	1

2. Reaksi verbal

Reaksi verbal	Nilai
Komunikasi baik, jawaban tepat	5
Bingung disorientasi waktu, tempat dan ruang	4
Dengan rangsangan nyeri keluar kata kata	3
Keluar suara tetapi tak berbentuk kata-kata	2
Tidak keluar suara dengan rangsangan apapun	1

3. Reaksi motorik

Reaksi motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Melokalisir rangsangan nyeri	5
Menarik tubuhnya bila ada rangsangan nyeri	4
Reaksi fleksi abnormal dengan rangsangan nyeri	3
Reaksi ekstensi abnormal dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada gerakan dengan rangsangan nyeri	1

c. Patofisiologi

1) Etiologi

Mekanisme cedera kepala meliputi cedera akselerasi,

deselerasi, akselerasi-deselerasi, *coup-countre coup*, dan cedera rotasional (NANDA NIC-NOC,2015).

- a) Cedera akselerasi terjadi jika objek bergerak menghantam kepala yang tidak bergerak (mis., alat pemukul menghantam kepala atau peluru yang ditembakkan ke kepala.
- b) Cedera deselerasi terjadi jika kepala yang bergerak membentur obyek diam, seperti pada kasus jatuh atau tertabrak mobil ketika kepala membentur kaca depan mobil.
- c) Cedera akselerasi-deselerasi terjadi dalam kasus kecelakaan kendaraan bermotor dan episode kekerasan fisik.
- d) Cedera *coup-countre coup* terjadi jika kepala terbentur yang menyebabkan otak bergerak dalam tulang cranial dan dengan kuat mengenai area tulang tengkorak.

2) Proses terjadi

CKR disebabkan karena kecelakaan, perkelahian, jatuh, benturan sehingga terjadi trauma kepala, muncul perdarahan pada otak, edema serebri, dan akan terjadi penekanan tulang tengkorak dan timbul masalah peningkatan tekanan intra cranial (TIK) sehingga muncul mual, muntah dan terjadi perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Dari peningkatan TIK dapat terjadi herniasi dan penekanan pada medulla oblongata sehingga terjadi pola nafas tidak efektif dan dapat terjadi disfungsi serebral area frontal, pada area motorik akan terjadi hilangnya fungsi motorik hingga terjadi apraksia, lemah, sehingga dapat terjadi intoleransi aktivitas. Hemifirase, quadrifase yang dapat menyebabkan

kerusakan mobilitas fisik, dan penekanan tulang tengkorak akan mempengaruhi sirkulasi darah ke otak serebral menurun dan terjadi vasodilatasi dan eksodasi cairan sehingga dapat menyebabkan kebocoran cairan serebrospinal, penurunan kesadaran muncul tanda seperti pusing. TD menurun, nadi meningkat, MAP < 80 mmHg dan muncul masalah perubahan perfusi jaringan serebral. Dari trauma kepala dapat menyebabkan robekan dan lecet pada kepala sehingga terjadi pelepasan mediator histamine brodikinia dan prostalgradin dapat merangsang stimulus nyeri, nervus aferen dan kortek serebri sehingga muncul nyeri akut. Pada luka robekan dapat memudahkan invasi bakteri pathogen sehingga muncul diagnose resiko infeksi, pasien gelisah, pasien tampak bertanya-tanya tentang penyakitnya sehingga muncul diagnose masalah kurang pengetahuan. Bila cedera kepala tidak segera ditanggulangi akan mengakibatkan komplikasi tekanan intra cranial dan herniasi pada otak.

3) Komplikasi
a) Epilepsi Pasca Trauma

Suatu kelainan dimana kejang terjadi beberapa waktu setelah otak mengalami cedera karena benturan di kepala. Kejang bisa saja baru terjadi beberapa tahun kemudian setelah cedera. Kejang terjadi pada sekitar 10% penderita yang mengalami cedera kepala hebat tanpa adanya luka tembus di kepala dan pada sekitar 40% penderita yang memiliki luka tembus di kepala.

b) Afasia

Hilangnya kemampuan untuk menggunakan bahasa karena terjadinya cedera pada area bahasa di otak. Penderita tidak mampu memahami atau mengekspresikan dirinya lewat kata-kata karena rusaknya lobus temporalis sebelah kiri dan lobus frontalis disebelahnya . kerusakan pada bagian tersebut mengakibatkan stroke, tumor dan cedera kepala atau infeksi yang mampu mempengaruhi beberapa aspek dari fungsi bahasa.

c) Apraksia

Ketidakmampuan untuk melakukan tugas yang memerlukan ingatan atau serangkaian gerak. Kelainan ini jarang terjadi dan biasanya disebabkan olehb kerusakan pada lobus parietalis atau lobus frontalis.

d) Agnosic

Suatu kelainan dimana penderita dapat melihat dan merasakan sebuah benda tetapi tidak dapat menghubungkannya dengan peran atau fungsi normal dari benda tersebut. Penderita tidak dapat mengenali barang-barang sebelumnya. Biasanya penderita mengalami hal tersebut pada saat setelah terkena stroke atau cedera kepala.

e) Amnesia

Hilangnya sebagian atau seluruh kemampuan untuk mengingat peristiwa yang baru saja terjadi atau peristiwa yang sudah lama berlalu. Penyebabnya masih belum dapat sepenuhnya dimengerti, amnesia hanya berlangsung beberapa menit atau beberapa jam tergantung dari beratnya cedera.

f) Fistel Karotis-kavernosus

Ditandai oleh trias gejala : eksoftalmus , kemosis, dan bruit orbita, dapat timbul segera atau beberapa hari setelah cedera.

g) Diabetes insipidus

Disebabkan oleh kerusakan traumatik pada tangkai hipofisis, menyebabkan penghentian sekresi hormone antideuretik.

g) Kejang pasca trauma

Dapat segera terjadi (dalam 24 jam pertama), dini (minggu pertama) atau lanjut (setelah satu minggu). kejang segera tidak merupakan prediposisi untuk kejang lanjut; kejang dini menunjukan resiko yang meningkatkan untuk kejang lanjut , dan pasien ini harus dipertahankan dengan antikonvulsan.

h) Kebocoran cairan serebrospinal dapat disebabkan oleh rusaknya leptomeningen dan terjadi pada 2-6% pasien dengan cedera kepala tertutup. Kebocoran ini berhenti spontan dengan elevasi kepala setelah beberapa hari pada 85% pasien.

i) Edema serebral dan herniasi

Penyebab paling umum dari peningkatan TIK, puncak edema terjadi 72 jam setelah cedera. Perubahan TD, Frekuensi nadi, pernafasan tidak teratur merupakan gejala klinis adanya peningkatan TIK. Peningkatan tekanan terus menerus menyebabkan aliran darah ke otak menurun dan perfusi tidak adekuat, terjadi vasodilatasi dan edema otak.

j) Defisit neurologi dan psikologis

Tanda awal penurunan fungsi neurologi : perubahan TK kesadaran, nyeri kepala berat, muak/muntah proyektil(tanda dari peningkatan TIK).

4) Manifestasi Klinis

Pada pemeriksaan klinis yang dipakai untuk menentukan cedera kepala menggunakan pemeriksaan GCS yang dikelompokkan menjadi cedera kepala ringan, cedera kepala sedang dan cedera kepala berat. Nyeri yang menetap atau setempat, biasanya menunjukkan adanya fraktur (Zmeltzer, Suzanna, 2002 pada NANDA NIC-NOC, 2015).

- a) Fraktur kubah cranial menyebabkan bengkak pada sekitar fraktur
- b) Fraktur dasar tengkorak dicurigai ketika CCS keluar dari telinga dan

hidung

- c) Laserasi atau kontusio otak ditunjukkan oleh cairan spinal berdarah
- Kondisi cedera kepala yang dapat terjadi antara lain:

(1). Komosis serebri

Tidak ada jaringan otak yang rusak, tetapi hanya kehilangan fungsi otak sesaat (pingsan <10 menit) atau amnesia pasca cedera kepala

(2). Kontusio serebri

Adanya kerusakan jaringan otak dan fungsi otak (pingsan >10 menit) atau terdapat lesi neurologic yang jelas. Kontusio serebri sering terjadi dan sebagian besar terjadi dilobus frontal dan lobus temporal, walaupun dapat juga terjadi pada setiap bagian dari otak. Kontusio serebri dalam waktu beberapa jam atau hari, dapat berubah menjadi pendarahan intra serebral yang membutuhkan tindakan operasi (Brain Injury Association of Michigan dalam NANDA NIC-NOC, 2015).

(3). Laserasi serebri

Kerusakan otak yang luas disertai robekan duramater serta fraktur terbuka pada Kranium(Brain Injury Association of Michigan dalam NANDA NIC-NOC, 2015).

(4). Epidural hematom(EDH)

Hematom antara duramater dan tulang, biasanya sumber perdarahannya adalah robeknya arteri meningeal media. Ditandai dengan penurunan kesadaran dengan ketidak samaan neurologis sisi kiri dan kanan (Hemiparesis/plegi, pupil unisokor, reflek patologis satu sisi). Gambaran CT scan area hiperdans dengan bentuk inkonvek atau lentikuler diantara dua sutura. Jika pendarahan >20 cc atau >1 cm *midline shift* >5 mm dilakukan operasi untuk menghentikan perdarahan.

(5). Subdural hematom (SDH)

Hematom dibawah lapisan duramater dengan sumber pendarahan dapat berasal dari Bridging vein, a/v cortical, sinus venous. Subdural hematom adalah berkumpulnya darah antara duramater dengan jaringan otak, dapat terjadi akut dan kronik. Terjadi akibat pecahnya pembuluh darah vena, pendarahan lambat dan sedikit. Periode akut dapat terjadi dalam 48 jam- kurang dari dua hari, dua minggu atau beberapa bulan. Gejalanya adalah nyeri kepala, bingung, mengantuk, berfikir lambat, kejang dan udem pupil, dan secara klinis ditandai dengan penurunan kesadaran, disertai adanya lateralisasi yang paling sering berupa hemiparesis atau plegi. Pada pemeriksaan CT scan didapatkan gambaran hiperdans yang berupa bulan sabit(*crescent*). Indikasi operasi

jika pendarahannya tebalnya $>1\text{cm}$ dan terjadi pergeseran garis tengah lebih besar dari 5mm .

(6). SAH (Subarachnoid hematoma)

Merupakan pendarahan local didaerah subarachnoid. Gejala klinisnya menyerupai kontusio cerebri. Pada pemeriksaan CT Scane didapatkan lesi hiperdens yang mengikuti arah girus-girus serebri didaerah yang berdekatan dengan hemato. Hanya diberikan terapi konservatif, tidak memerlukan terapi operatif (Misulis KE, head TC).

(7). ICH (intracerebral hematoma)

Pendarahan intra serebral adalah pendarahan yang terjadi pada jaringan otak biasanya akibat robekan pembuluh darah yang ada dalam jaringan otak. Pada pemeriksaan CT Scane didapatkan lesi perdarahan diantara neuron otak yang relative normal. Indikasi dilakukan operasi adanya daerah hiperdens, diameter $>3\text{cm}$, perifer, adanya pergeseran garis tengah.

(8). Fraktur basis kranii (Misulis KE, head TC)

Fraktur dari dasar tengkorak, biasanya melibatkan tulang temporal, oksipital, sphenoid. Terbagi menjadi basis kranii anterior dan posterior. Pada fraktur anterior melibatkan tulang ednoid dan sphenoid, sedangkan pada fraktur posterior melibatkan tulang temporal, oksipital dan beberapa bagian tulang sphenoid. Tanda terdapat fraktur basis kranii antara lain:

(a). Ekimosis periorbital (Raccoon's eyes)

(b). Ekimosis mastoid (battle's sign)

(c). Keluar darah beserta cairan serebrospinal dari hidung maupun

telinga (rinore atau otore)

(d). kelumpuhan nervus kranial

d. Pemeriksaan diagnostik

- a) Foto polos tengkorak (skull x-ray) untuk mendeteksi adanya pergeseran jaringan otak, oedem.
- b) Angiografi serebral untuk menunjukkan adanya kelainan sirkulasi serebral seperti pengenceran jaringan otak akibat oedem, perdarahan atau trauma.
- c) Gas darah arteri untuk mengetahui adanya masalah ventilasi atau oksigenasi yang dapat meningkatkan tekanan intra cranial.
- d) Pemeriksaan MRI (Magnetic Resonance Imaging)
- e) EEG untuk memperlihatkan keberadaan atau berkembangnya gelombang patologis.
- f) Sinar X untuk mendeteksi adanya perubahan struktur tulang, perubahan struktur dan garis tengah (karena perdarahan, odema) adanya fragmen tulang.
- g) CT Scane: indikasi ct scane nyeri kepala atau muntah-muntah GCS >1 point, adanya lateralisasi, bradikardi (<60 x atau menit), fraktur impresi dengan lateralisasi yang tidak sesuai, tidak ada perubahan selama 3 hari perawatan dan luka tembus akibat benda tajam atau peluru.

e. Penatalaksanaan

Kondisi yang mungkin memerlukan pembedahan antara lain hemtoma subdural dan epidural, fraktur depresi pada tengkorak, dan benda asing yang menembus. Bekuan epidural dapat dikeluarkan dengan pembedahan melalui lubang burr atau kraniotomi. Selama pembedahan luka tersebut mungkin harus didrainasi dan pembuluh yang mengalami perdarahan harus diikat (diligasi). Depresi tengkorak sederhana diobati secara elektif dengan

pembedahan yang mengangkat jaringan tulang yang terdepresi, membuang fragmen, dan memperbaiki dura yang mengalami laserasi (Black & Hawks, 2014).

Fraktur majemuk depresi pada tengkorak diobati segera dengan pembedahan. Kulit kepala, tengkorak, dan otak yang mengalami devitalisasi akan didebridema, serta luka dibersihkan secara menyeluruh. Kecuali semua benda asing sudah dibuang, abses otak atau kejang dapat terjadi. Debridema luka tembus atau fraktur depresi pada tengkorak sering meninggalkan defek kranial tidak sedap dipandang dari segi kosmetik. Defek tersebut nantinya dapat dikoreksi dengan pembedahan yaitu dengan kranioplasti (Black & Hawks, 2014).

Sebelum pembedahan, TIK diturunkan sebanyak mungkin. Data dasar neurologis didokumentasikan. Persetujuan (*informed consent*) harus diperoleh dari keluarga jika pasien tidak sadar atau bingung. Setelah pembedahan, berikan asuhan keperawatan pada klien sesuai pedoman untuk kraniotomi (Black & Hawks, 2014).

Penanganan cedera kepala :

- a) Stabilisasi kardiopulmoner mencakup prinsip-prinsip ABC(Air way-Breathing-Circulation). Keadaan hipoksemia, hipotensi, anemia akan cenderung memperhebat peningkatan TIK dan menghasilkan prognosis yang lebih buruk.

- b) Semua cedera kepala berat memerlukan tindakan intubasi pada kesempatan pertama.
- c) Pemeriksaan umum untuk mendeteksi berbagai macam cedera atau gangguan dibagian tubuh lainnya.
- d) Pemeriksaan neurologis, mencakup respon mata, motorik, verbal, pemeriksaan pupil , reflek okulosefalik dan reflek okuloves tubeler.

Penilaian neurologis kurang bermanfaat bila tekanan darah penderita rendah(syok)
- e) Penanganan cedera-cedera pada bagian lainnya.
- f) Pemberian pengobatan seperti ,antiedemaserebri, anti kejang, dan natriumbikarbonat.
- g) Pemeriksan diagnostic seperti: scane tomografi computer otak, angiografi serebral dan lain-lain.

Indikasi rawat inap pada penderita dengan cedera kepala ringan adalah:

- a) Amnesia antegrade/pasca-traumatik
- b) Adanya keluhan nyeri kepala mual dari derajat yang moderat sampai berat
- c) Adanya riwayat penurunan kesadaran atau pingsan
- d) Indikasi alcohol atau obat-obatan lainnya
- e) Adanya fraktur tulang tengkorak
- f) Adanya kebocoran pada likuor serebro-spinalis(ottore/rinore)
- g) Cedera berat pada bagian tubuh lainnya
- h) Indikasi social(tidak ada keluarga atau pendamping (Satyanegara, 2010 dalam NANDA NIC-NOC, 2015).

Dari cedera kepala ringan dapat berlanjut menjadi sedang atau berat dengan catatan bila ada tanda atau gejala seperti:

- a) Mengantuk dan sukar dibangunkan
- b) Mual, muntah dan pusing hebat

- c) Salah satu pupil melebar atau adanya tampilan gerakan mata yang tidak biasa
 - d) Kelumpuhan anggota gerak salah satu sisi dan kejang
 - e) Nyeri kepala hebat atau bertambah hebat
 - f) Kacau atau bingung (confuse) tidak mampu berkonsentrasi, terjadi perubahan personalitas
 - g) Gaduh atau gelisah
 - h) Perubahan denyut nadi atau pola nafas
- Kriteria sederhana sebagai patokan indikasi operasi adalah:
- a) Lesi masa intra atau ekstra aksial yang menyebabkan pergeseran garis tengah (pembuluh darah serebral anterior) yang melebihi 5mm
 - b) Lesi masa ekstra aksial yang tebalnya melebihi 5mm dari tabula interna tengkorak dan berkaitan dengan pergeseran arteri serebri anterior atau media
 - c) Lesi massa ekstra aksial bilateral dengan tebal 5mm dari tabula eksternal (kecuali bila ada atrofi otak)
 - d) Lesi massa intra aksial lobus temporalis yang menyebabkan elevasi hebat dari arteri serebri media atau menyebabkan pergeseran garis tengah.

2. Asuhan keperawatan pasien dengan cedera kapala ringan (CKR)

a. Pengkajian

Merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis baik subjektif atau objektif pada gangguan system persyarafan sehubungan dengan trauma kepala adalah sebagai berikut (Rendi & Margareth, 2012).

Pengumpulan data pada pasien dengan cedera kepala yaitu :

- 1) Identitas pasien dan keluarga (penanggung jawab)
 - Pengkajian ini meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama/suku bangsa, status perkawinan, alamat, golongan darah, penghasilan, hubungan pasien dengan penanggung jawab dan lain lain.
- 2) Riwayat kesehatan

Pada umumnya pasien dengan cedera kepala datang kerumah sakit dengan penurunan tingkat kesadaran (GCS dibawah 15), bingung, muntah, dispnea/takipnea, sakit kepala, wajah tidak simetris, lemah, pralise, hemiparise, luka dikepala, akumulasi sputum pada saluran nafas, adanya liquor dari hidung dan telinga, dan adanya kejang.

3) Riwayat penyakit dahulu

Haruslah untuk diketahui baik yang berhubungan dengan system persarafan maupun penyakit system sistemik lainnya. Demikian pula riwayat penyakit keluarga, terutama yang memiliki penyakit menular. Riwayat kesehatan tersebut dapat dikaji dari pasien atau keluarga yang mendampingi atau mengantar sebagai data subjektif. Data-data ini sangat penting dan berarti karena dapat mempengaruhi pronosa pasien.

4) Pemeriksaan fisik

a) Aspek neurologis

Yang dikaji adalah tingkat kesadaran, biasanya GCS kurang dari 15, disorientasi orang, tempat dan waktu, adanya reflex babinski yang positif, perubahan nilai tanda-tanda vital, adanya gerakan decebrasui atau dekortikasi dan kemungkinan didapatkan kaku kuduk dengan brudzinki positif, adanya hemiparese.

Pada pasien tidak sadar, dia tidak dapat membedakan berbagai jenis rangsangan/stimulus rasa, raba, suhu dan getaran. Terjadi gerakan involuter, kejang dan ataksia, karena gangguan koordinasi. Pasien juga tidak dapat mengingat kejadian sebelum dan sesudah trauma. Gangguan keseimbangan dimana pasien sadar, dapat terlihat limbung atau tidak dapat mempertahankan keseimbangan tubuh.

Nervus kranialis dapat terganggu bila trauma kepala meluas sampai batang otak karena edema otak atau perdarahan otak. Kerusakan nervus I (olfaktorius) : memperlihatkan gejala penurunan daya penciuman dan anosmia bilateral. Nervus II (optikus) pada trauma frontalis : memperlihatkan gejala berupa penurunan fungsi penglihatan. Nervus III (okulomotorius), nervus IV (trokhlearis) dan nervus VI (abducens), kerusakan akan menyebabkan penurunan lapang pandang, reflek cahaya menurun, perubahan ukuran pupil, bola mata tidak dapat mengikuti perintah, anisokor.

Nervus V (trigeminus), gangguan yang ditandai dengan adanya anestesi daerah dahi. Nervus VII (fasialis) pada trauma kapitis yang mengenai neuron motorik atas unilateral dapat menurunkan fungsinya, tidak adanya lipatan nasolabia, melemahnya penutupan kelopak mata dan hilangnya rasa pada 2/3 bagian dari lidah anterior lidah.

Nervus VIII (akustikus) pada pasien sadar gejalanya berupa menurunnya daya pendengaran dan keseimbangan tubuh. Nervus IX (glossofaringeus). Nervus X (vagus) dan nervus XI (aksesorius) gejala jarang ditemukan karena penderita akan meninggal apabila trauma mengenai saraf tersebut. Adanya hiccapping (cekungan) karena kompresi pada nervus vagus., yang menyebabkan kompresi spasmodik dan diafragma. Hal ini terjadi kerana kompresi batang otak. Cekungan yang terjadi biasanya yang beresiko peningkatan tekanan intracranial.

Nervus XII (hipoglosus) gejala yang biasanya muncul adalah jatuhnya lidah ke salah satu sisi, disfagia dan disartria. Hal ini menyebabkan penderita kesulitan untuk menelan.

b) Aspek kardio vaskuler

Dapat terjadi perubahan tekanan darah menurun, kecuali apabila terjadi peningkatan tekanan intracranial maka tekanan darah akan meningkat, denyut nadi bradikardi, kemudian takhikardi atau iramanya tidak teratur. Selain itu pengkajian yang perlu dikumpulkan adalah adanya perdarahan atau cairan yang keluar dari mulut, hidung, telinga dan mata. Adanya hiperekresi pada rongga mulut. Terjadi perdarahan pada bagian tubuh lainnya. Dilakukan pengkajian mulai dari kepala hingga kaki.

c) Aspek sistem pernafasan

Perubahan pola nafas , baik irama, kedalaman maupun frekuensi yaitu cepat dan dangkal. Iramanya tidak teratur, bunyi nafas wheezing, ronchi atau stridor. Adanya peningkatan suhu akibat respon atau infeksi hipotalamus tubuh dan juga terdapat secret pada trachea bronkiolus.

b) Aspek system eliminasi

Dalam eleminasi akan didapatkan retensi atau inkontinen dalam buang air kecil maupun buang air besar. Adanya ketidakseimbangan elektrolit dan juga cairan tubuh. Terdapat hiponatremia dan hipokalmia. Perlu dikaji tanda-tanda penurunan fungsi pencernaan dalam gastri-intestinal seperti bising usus, mual atau muntah. Hal ini penting dalam pemberian makanan (Rendi & Margareth, 2012).

Glow Coma Scale (GCS)

1. Reaksi membuka mata

Reaksi membuka mata	Nilai
Membuka mata spontan	4
Buka mata dengan rangsangan suara	3
Buka mata dengan rangsangan nyeri	2
Tidak membuka mata dengan rangsangan nyeri	1

2. Reaksi verbal

Reaksi verbal	Nilai
Komunikasi baik, jawaban tepat	5
Bingung disorientasi waktu, tempat dan ruang	4
Dengan rangsangan nyeri keluar kata kata	3
Keluar suara tetapi tak berbentuk kata-kata	2
Tidak keluar suara dengan rangsangan apapun	1

3. Reaksi motorik

Reaksi motorik	Nilai
Mengikuti perintah	6
Melokalisir rangsangan nyeri	5
Menarik tubuhnya bila ada rangsangan nyeri	4

Reaksi fleksi abnormal dengan rangsangan nyeri	3
Reaksi ekstensi abnormal dengan rangsangan nyeri	2
Tidak ada gerakan dengan rangsangan nyeri	1

Setiap ekstremitas diperiksa dan dinilai dengan skala berikut yang digunakan secara internasional :

Respon	Skala
Kekuatan normal	5
Kelemahan sedang	4
Kelemahan berat (anti gravity)	3
Kelemahan berat (not anti gravity)	2
Gerakan trace	1
Tidak ada gerakan	0

- 5) Pengkajian psikologis
Gangguan emosi/apatis dan delirium. Perubahan tingkah laku atau kepribadian
- 6) Pengkajian sosial
Hubungan pasien dengan kerabat, kemampuan komunikasi , afasia motorik atau sensorik, bicara tanpa arti.
- 7) Pengkajian nyeri
Sakit kepala dengan intensitas dan lokasi berbeda, respon menarik pada rangsangan nyeri yang hebat dan gelisah.

b. Diagnosa keperawatan

Adalah masalah kesehatan potensial dan aktual di mana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu dan memiliki kewenangan untuk memberikan asuhan keperawatan. Kewenangan tersebut dapat diterapkan berdasarkan standar praktik keperawatan dan kode etik perawat (Nursalam, 2013).

1) Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik

c. Perencanaan

Tahap selanjutnya yaitu menyusun rencana tindakan sesuai dengan diagnosa keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menetapkan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi. Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. (Nursalam, 2013)

1) Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan

terjadinya penurunan aliran darah ke otak, edema serebral, penurunan

tekanan darah dan hipoksia

Tujuan : perfusi jaringan serebral adekuat

Kriteria hasil : tidak terjadi edema serebral, CRT < 2 detik, tidak terjadi

peningkatan TIK, tanda-tanda vital normal/stabil dan GCS dalam rentan

normal (14-15).

Intervensi :

a) Kaji GCS pasien

Rasional : dapat menentukan tingkat kesadaran pasien

b) Kaji tanda-tanda peningkatan TIK

Rasional : untuk mengetahui perkembangan pasien terutama jika

ada peningkatan TIK

c) Kaji respon motorik terhadap perintah sederhana

Rasional : dapat menilai kesadaran menyeluruh

d) Observasi tanda-tanda vital pasien

Untuk mengetahui keadaan umum pasien terutama TD dan suhu

tubuh

- e) Observasi tingkat kesadaran pasien
Rasional : untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien
- f) Berikan posisi elevasi 15-45° atau posisi netral
Rasional : agar aliran darah dalam tubuh dapat mengalir secara maksimal
- g) Monitor reflek pupil dan reflek terhadap cahaya
Rasional : mengetahui reflek pupil pasien
- h) Kolaborasi dalam pemberian oksigen
Rasional : agar tidak terjadi hipoksia
- i) Kolaborasi dalam pemberian obat-obatan anti edema, gliserol dan losix
Rasional : gliserol merupakan cairan hipertonis yang berguna untuk menarik cairan dari intraseluler dan ekstraseluler

d. Pelaksanaan

Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan diajukan pada *nursing orders* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan spesifik. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2013).

e. Evaluasi

Evaluasi sebagai sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana, dan implementasi. Evaluasi diletakkan pada

akhir proses keperawatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada

setiap proses keperawatan.

Hasil yang ingin dicapai setelah dilakukan tindakan keperawatan pada pasien

dengan CKR antara lain :

- 1) Agar tingkat kesadaran klien menjadi pulih
- 2) Tidak terjadi peningkatan TIK pada klien
- 3) Memastikan tanda-tanda vital klien menjadi dalam batas normal
- 4) Menghindari klien agar tidak terjadi hipoksia
- 5) Perfusi jaringan serebral klien menjadi adekuat
- 6) Membantu mempercepat pasien pulih seperti semula dengan obat-obatan

3. Asuhan keperawatn keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Ringan

dengan pemenuhan Nyaman Nyeri.

a. Definisi Nyeri

Menurut (International Association for the Study of Pain (IASP) dalam

Buku konsep dan penatalaksanaan dalam praktik keperawatan berbasis

bukti 2015) nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak

menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau

potensial, atau di gambarkan dalam ragam yang menyangkut kerusakan,

atau sesuatu yang di gambarkan dengan terjadinya kerusakan.

b. Gangguan Pemenuhan kebutuhan Nyaman Nyeri

Menurut (Black, 2014) tingkat ansietas yang di alami klien juga

mungkin mempengaruhi repon terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan

persepsi nyeri Ansietas sering sekali di kaitkan dengan pengartian atas

nyeri. Jika penyebab nyeri tidak di ketahui, ansietas cenderung lebih tinggi

dan nyeri semakin memburuk.

c. Pengaturan pemenuhan kebutuhan Nyaman Nyeri

Menurut (asmadi,2008) metode dan tehnik yang dapat di lakukan

dalam upaya untuk mengatasi nyeri adalah:

1) Distraksi

Distraksi adalah mengalihkan perhatian dari nyeri. Tehnik distraksi

yang dapat di lakukan diantaranya adalah :

- 1) Bernafas lambat dan berirama secara teratur
- 2) Menyanyi berirama dan menghitung ketukannya
- 3) Mendengarkan music
- 4) Mendorong untuk menghayal yaitu melakukan bimbingan yang

baik kepada klien untuk menghayal. Tehniknya sebagai

berikut:

- a) Atur posisi yang nyaman pada klien
- b) Dengan suara yang lembut, mintakan klien untuk

memikirkan hal hal yang menyenangkan atau pengalaman

yang membantu oengunaan semua indra

- c) Mintakan klien untuk tetap berfokus pada bayangan yang

menyenangkan sambil merelaksasikan tubuhnya

- d) Bila pasien merasa rileks, perawat tidak perlu bicara lagi
- e) Jika klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah, atau

tidak nyaman, perawat harus menghentikan latihan dan

memulainya lagi ketika klien siap

5) Massage (pijatan)

Ada beberapa tehnik massage yang dapat di lakukan

untuk distraksi antara lain:

- a) Remasan, usap otot otot bahu yang dikejakan secara

bersamaan

- b) Selang seling tangan. Memijat punggung denga

tekanan pendek, cepat, dan dan bergantian tangan

- c) Gesekan. Memijat punggung dengan ibu jari, gerakannya memutar sepanjang tulang dari sacrum ke bahu
- d) Eflurasi. Memijat punggung dengan kedua tangan tekanan lebih halus dengan gerakan ke atas untuk membantu aliran balik vena
- e) Petriasi. Menekan punggung secara horizontal, pindah tangan anda dengan arah yang berlawanan menggunakan gerakan meremas
- f) Tekanan menyikat. Secara halus tekan punggung dengan ujung jari untuk mengakhiri pijatan

2) Teknik Relaksasi

Teknik relaksasi didasarkan kepada keyakinan bahwa tubuh berespons pada ansietas yang merangsang pikiran karena nyeri atau kondisi penyakitnya. Teknik relaksasi dapat menurunkan ketegangan fisiologis. Teknik ini dapat dilakukan dengan kepala ditopang dalam posisi berbaring atau duduk di kursi. Hal utama yang dibutuhkan dalam pelaksanaan teknik relaksasi adalah klien dengan posisi yang nyaman, klien dengan pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang. Teknik relaksasi banyak jenisnya salah satunya adalah relaksasi autogenic. Teknik ini mudah dilakukan dan tidak beresiko, prinsipnya klien harus mampu berkonsentrasi sambil membaca mantra / doa / zikir dalam hati seirig dengan ekspirasi udara paru.

3) Hipnotis

Suatu tehnik yang menghasilkan suatu keadaan tidak sadar diri yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang di sampaikan oleh penghipnotis.

4) Obat Analgesik

Obat analgetik mengurangi persepsi seseorang tentang rasa nyeri terutama lewat daya kerjanya atas system saraf sentral dan mengubah respon seseorang terhadap rasa sakit.

d. Edukasi Pemenuhan Kebutuhan Nyaman Nyeri

- a. Ajarkan kepada pasien dan keluarga pasien cara untuk mengatasi nyeri dengan tehnik distraksi dan relaksasi
- b. Ajarkan kepada pasien dan keluarga pasien cara untuk mengatasi nyeri dengan tehnik nafas dalam

BAB III

METODE STUDI KASUS

A. Jenis / Desain / Rancangan Studi Kasus

Studikamus ini adalah studi untuk mengeksplorasikan masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Cedera Kepala Ringan di ruang Bougenville BRSUD Tabanan.

B. Subyek Studi Kasus

Subyek dalam studi kasus ini adalah dengan membandingkan pasien 1 dan pasien 2 dengan diagnose medis Cedera Kepala Ringan (CKR).

C. Fokus Studi

Memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Ringan secara komperhensif, dengan diagnose keperawatan gangguan rasa nyaman nyeri.

D. Definisi Operasional Fokus Studi

Cedera kepala ringan adalah cedera yang diakibatkan karena tekanan, benturan benda-benda tumpul yang dapat menyebabkan hilangnya fungsi neurologi sementara atau menurunnya kesadaran sementara, tidak ada fraktur

tengkorak, tidak ada hematoma dan juga GCS 13-15 (Morton, 2012 dalam NANDA NIC-NOC, 2015).

E. Instrument Studi Kasus

Instrument adalah alat yang digunakan oleh peneliti untuk mengumpulkan data (Notoatmojo, 2012). Instrument yang akan digunakan dalam pengambilan data pada pasien Cedera Kepala Ringan (CKR) dengan gangguan rasa nyaman nyeri menggunakan format asuhan keperawatan setelah itu mempelajari data yang telah didapat oleh penulis baik dari catatan medis maupun tim kesehatan lain yang berhubungan dengan kasus, sebagai bahan untuk menunjang tindakan keperawatan dan perkembangan pasien.

F. Lokasi dan Waktu Studi Kasus

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Bougenville BRSU Tabanan.

Lama waktu pasien dirawat dirumah sakit adalah 3 hari.

G. Analisis Data dan Penyajian Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti di BRSUD Tabanan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara dan observasi. Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan data.

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen). Hasil ditulis dalam, kemudian disalin dalam bentuk catatan lapangan, bentuk catatan lapangan kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2. Mereduksi data.
Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subyektif dan obyektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan nilai normal.
3. Penyajian data.
Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.
4. Kesimpulan
Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil – hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan tindakan, dan evaluasi.

H. Etika Studi Kasus

Dalam studi kasus asuhan keperawatan pada pasien di Ruang

Bougenville BRSUD Tabanan, etika yang perlu diperhatikan adalah :

1. Information Sheet

Bukti persetujuan yang dibuat oleh pasien atau keluarga untuk dilakukan tindakan medis.

2. Inform Consent

Infom concent yaitu suatu lembaran yang berisikan tentang permintaan persetujuan kepada keluarga pasien bahwa bersedia untuk menjadi narasumber pada studi kasus ini dengan membuktikan lembaran inform concent tersebut.

3. Anonymity (tanpa nama)

Penulis tidak akan mencantumkan identitas dari pasien. Pasien

cukup mencantumkan inisial.

4. Confidentiality (kerahasiaan)

Penulis akan menjaga kerahasiaan tentang penyakit yang dialami

pasien.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran lokasi pengambilan data

Lokasi penelitian dilakukan di Badan Rumah Sakit Umum Daerah (BRSUD) Kabupaten Tabanan yang merupakan rumah sakit milik pemerintah kabupaten daerah tingkat II Tabanan, berdiri pada tanggal 24 November 1953, terletak di jantung kota diatas tanah seluas 1,6 hektar. BRSUD Kabupaten Tabanan merupakan Rumah Sakit Tipe B Pendidikan Regional Bali Barat dengan kapasitas 225 tempat tidur. Terhitung tanggal 10 Agustus 2016 BRSUD Kabupaten Tabanan telah lulus akreditasi paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sejak tahun 200 dan lulus sertifikasi Internasional Organization for Standardization (ISO) versi 9001:2015 sejak tahun 2005. Adapun jenis ruangan yang di sediakan adalah :

- 1 Rawat jalan : 22 poli spesialis (layanan penyakit dalam, bedah umum, bedah urologi, bedah orthopedic, bedah saraf, kandungan dan kebidanan, anak, jantung, paru, saraf, jiwa, THT, mata, gigi dan mulut, kulit dan kelamin, anastesi, rehabilitasi medic dan VCT. Poliklinik gizi, laktasi, medical check up, eksekutif dan geriatric)
- 2 Rawat intensif dan tindakan medik: ICU, ICCU, HCU, Kamar OK dan VK
- 3 IGD dengan pelayanan 24 jam
- 4 Rawat Inap : Ruang Anggrek, Bakung, Bougenville, Cempaka, Dahlia GT, Gryatama, Kemuning dan Sandat.

Dari salah satu ruang rawat lanjut, Bougenville merupakan tempat pengambilan kasus KTI. Bougenville merupakan ruang rawat inap yang memiliki pelayanan bedah, yang kepala ruangan, wakil kepala ruangan, 3 perawat primer dan perawat pelaksana. Ruang bougenville memiliki 8 kamar yang terdiri dari : kamar observasi, kamar combustion, kamar isolasi dan kamar kelas I. II dan III.

2. Karakteristik Partisipan

Pasien dalam penelitian ini berjumlah 2 orang, yang pertama adalah pasien Ny. MM umur 73 tahun beragama hindu, alamat Br.Puseh, Desa Kediri,Kecamatan Tabanan dan pasien yang kedua adalah pasien Tn. ML umur 68 tahun beragama hindu, alamat Br. Nagosari, Desa Lumbung Kauh Selemadeg Barat, Kecamatan Tabanan.

3. Data Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Pengkajian pada pasien 1 dilakukan pada tanggal 18Maret 2019 pukul 13.20 witadan pasien 2 pada tanggal 26 Maret 2019 pukul 19.30 wita di ruang Bougenville BRSU Tabanan dengan teknik wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan rekam medis.

1) Identitas Pasien

Tabel 4.1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny.MM	Ny.ML

Umur	73 tahun	68 tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
Status	Kawin	Kawin
Pekerjaan	Pedagang	Petani
Pendidikan	SD	SD
Agama	Hindu	Hindu
Suku/Bangsa	Indonesia	Indonesia
Alamat	Br. Puseh, Desa Kediri, Kecamatan Tabanan	Br. Nagasari, Desa Lumbug Kauh Selemadeg Barat, Kecamatan Tabanan
No.Telp	081237587264	-
No.CM	518171	100160
Tanggal MRS	17 Maret 2019	26 Maret 2019
Diagnose medis	Cedera Kepala Ringan	Cedera Kepala Ringan
Tanggal pengkajian	18 Maret 2019 Pukul 13.20 wita	26 Maret 2019 Pukul 19.30 wita

2) Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit

Riwayat Penyakit	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan Utama		
a. Saat MRS	Pasien mengatakan nyeri dibagian kepala	Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang
b. Saat Pengkajian		

	Pasien mengatakan nyeri pada kepala	Pasien mengatakan nyeri pada kepala, bahu dan juga pinggul bagian kanan
Riwayat Penyakit	<p>Pada tanggal 17 Maret 2019 pasien diantar ke IGD BRSU Tabanan dengan keluhan nyeri dikepala dan sudah terdapat luka robek di kepala bagian belakang setelah ditabrak oleh pengendara sepeda motor saat sedang berbelanja dipasar. Pada tanggal 17 Maret 2019 pukul 08.45 wita pasien tiba di IGD BRSU Tabanan. Kesadaran pasien compos mentis, pasien mengeluh nyeri dikepala, mual (+), muntah (+), sempat pingsan selama ± 5 menit. Di IGD pasien dilakukan penjahitan pada luka dikepala dan diperiksa nilai GCS dan TTV oleh perawat di ruangan dengan hasil GCS E4,V5,M6 TTV, TD: 160/80 mmHg, Nadi: 85 x/menit, RR: 22 x/menit, S: 36,5⁰C. Pada saat di IGD pasien mendapat</p>	<p>Pada tanggal 26 Maret 2019 pukul 15.10 wita di antar ke UPTD Puskesmas Selemadeg Barat setelah terjatuh dari motor saat berboncengan dengan cucu tanpa menggunakan helm. Di Puskesmas pasien mengatakan nyeri padakepala , bahu dan pinggul kanan nyeri sempat pingsan kurang lebih 5 menit , muntah. Kesadaran pasien compos mentis kemudian dilakukan pemeriksaan GCS E4,V5,M6, TD:110/70, N:56x/mnt,S:36⁰C, RR:24 x/mnt. Pasien sempat diberikan terapi O²nasal kanul 3lpm (@15.30 wita), IVFD RL 20 tpm (@15.30 wita), ketrolac inj 1 amp (@15.35 wita), ranitidine inj 1 amp (15.35 wita) rawat luka (15.40 wita). Pada tanggal 26 Maret 2019 pukul 16.45 wita pasien dirujuk</p>

	<p>terapi obat IVFD RL 18 tpm, sanmol tab 3 x 1 mg, ondancentron 3x8 mg inj, citicoline 2x500 mg inj</p> <p>Padapukul 12.10 wita pasien dirujuk ke ruang Bougenville agar rawat inap untuk pemulihan. Pasien di rawat di ruang Bougenville kelas iii. Saat dilakukan pengkajian (hari ke-2) pasien mengatakan ditabrak motor, pasien mengatakan lupa kejadian persis setelah ditabrak, pasien mengeluh nyeri pada bagian kepala, tidak ingat kejadian yang dialaminya, nilai GCS E4, V5, M6</p>	<p>ke IGD BRSU Tabanan untuk mendapatkan penanganan lebih lanjut. Setelah tiba di IGD pada pukul 17.15 wita pasien mengatakan terjatuh dari motor saat berboncengan dengan cucu tanpa menggunakan helm, pasien mengeluh nyeri pada bagian kepala, bahu dan pinggul pingsan selama ± 5 menit, muntah(+). Kemudian dilakukan pemeriksaan ttv dengan hasil TD: 130/90, N: 84 x/mnt, S: 36°C, RR: 20 x/mnt. Di IGD pasien diberikan terapi IVFD RL 16 x/mnt, sanmol flash 3x1g, ondancentron 3x8 mg, citicolin 2x 500 mg. Kemudian pasien disarankan rawat inap di Ruang Bougenville kelas 3. Setelah pasien tiba di Ruang Bougenville dilakukan pengkajian (hari ke-1). Pasien mengatakan terjatuh saat berboncengan naik motor dengan cucu tanpa menggunakan helm, pasien</p>
--	---	---

		lupa kejadian dan tempat pasca kecelakaan, mengeluh nyeri pada kepala, bahu dan pinggul, sempat pingsan ± 5 menit, dan sempat muntah, nilai GCS E4,V5,M6, kesadaran CM
Riwayat Penyakit Sebelumnya	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronis dan menular.	Pasien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit kronis dan menular.
Riwayat Penyakit Keluarga	Pasien mengatakan di keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama yang diderita oleh pasien dan juga penyakit knois maupun menular.	Pasien mengatakan di keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit yang sama yang diderita oleh pasien dan juga penyakit knois maupun menular.

3) Perubahan Pola Kesehatan

Tabel 4.3 perubahan pola kesehatan

Pola Kesehatan	Pasien 1	Pasien 2
Bernafas	Sebelum sakit pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat bernafas baik itu menarik maupun menghembuskan nafas, saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat bernafas baik itu menarik nafas maupun	Sebelum sakit pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat bernafas baik itu menarik maupun menghembuskan nafas, saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat bernafas baik itu menarik nafas maupun

	menghembuskan nafas	menghembuskan nafas
Makan dan minum	<p>Makan: sebelum pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat makan, pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan menu nasi, sayur dan lauk. Saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat makan, pasien makan dengan menu yang di sediakan di rumah sakit</p> <p>Minum: sebelum pengkajian pasien mengatakan ia biasa minum 8-9 gelas sehari ($\pm 2000\text{cc}$) Saat pengkajian pasien mengatakan ia biasa minum 4-5 gelas sehari ($\pm 1400\text{ cc}$)</p>	<p>Makan: sebelum pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat makan, pasien biasanya makan 3 kali sehari dengan menu nasi, sayur dan lauk. Saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat makan, pasien makan dengan menu yang di sediakan di rumah sakit</p> <p>Minum: sebelum pengkajian pasien mengatakan ia biasa minum 8-9 gelas sehari ($\pm 2000\text{cc}$) Saat pengkajian pasien mengatakan ia biasa minum 4-5 gelas sehari ($\pm 1400\text{ cc}$)</p>
Eliminasi	<p>BAB: Sebelum pengkajian pasien mengatakan biasa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses. Saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah saat BAB pasien biasanya BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek,</p>	<p>BAB: Sebelum pengkajian pasien mengatakan biasa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, warna kuning dan bau khas feses. Saat pengkajian pasien mengatakan belum dapat BAB</p> <p>BAK: sebelum pengkajian pasien mengatakan tidak ada</p>

	<p>bau khas feses.</p> <p>BAK: sebelum pengkajian pasien mengatakan tidak ada masalah untuk BAK Saat pengkajian pasien dibantu dalam BAK dengan warna kuning jernih dan bau khas urine.</p>	<p>masalah untuk.</p> <p>Saat pengkajian pasien tampak dibantu dalam pemenuhan BAK jumlah urine 1400 cc dengan warna kuning jernih dan bau khas urine.</p>
Istirahat dan Tidur	<p>Sebelum pengkajian pasien mengatakan istirahat dan tidurnya tidak terganggu, pasien biasa tidur siang pukul 14.00 – 15.00 wita dan tidur malam pukul 22.00 – 06.00 wita.</p> <p>Saat pengkajian pasien mengatakan istirahat tidak terganggu pasien biasa tidur siang pukul 15.00 – 16.30 wita dan tidur malam pukul 21.30 – 05.30 wita.</p>	<p>Sebelum pengkajian pasien mengatakan istirahat dan tidurnya tidak terganggu, pasien biasa tidur siang pukul 13.00 – 14.00 wita dan tidur malam pukul 22.30 – 06.00 wita.</p> <p>Saat pengkajian pasien mengatakan istirahat tidak terganggu pasien biasa tidur siang pukul 14.00 – 15.30 wita dan tidur malam pukul 21.30 – 05.00 wita.</p>
Gerak dan Aktivitas	<p>Sebelum pengkajian pasien mengatakan gerak dan aktivitasnya tidak terganggu, pasien biasa pergi ke pasar pada pagi hari.</p> <p>Saat pengkajian pasien mengatakan hanya bisa</p>	<p>Sebelum pengkajian pasien mengatakan gerak dan aktivitasnya tidak terganggu, pasien biasa pergi ke pantai mencari ikan pada pagi hari.</p> <p>Saat pengkajian pasien mengatakan hanya bias</p>

	berbaring ditempat tidur ,merasa lemas, tidak bisa beraktivitas secara noemal, pusing saat beraktifitas seperti saat ADL	berbaring ditempat tidur, mengatakan pusing saat beraktifitas seperti saat ADL
Kebersihan Diri	Sebelum sakit pasien mengatakan biasa mandi 2 x sehari menggunakan sabun mandi, jarang gosok gigi. Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bisa mandi sendiri hanya di lap basah di atas tempat tidur	Sebelum sakit pasien mengatakan biasa mandi 2 x sehari menggunakan sabun mandi dan juga gosok gigi Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bisa mandi sendiri hanya di lap basah di atas tempat tidur
Berpakaian	Sebelum sakit pasien mengatakan bisa mengganti baju sendiri sebanyak 2kali dalam sehari dengan baju yang bersih. Saat pengkajian pasien hanya menggunakan sarung dan baju, pasien dibantu untuk memakai pakaian oleh keluarga.	Sebelum sakit pasien mengatakan bisa berganti pakian sebanyak 1-2 kali dengan pakiaian bersih secara mandiri Saat pengkajian pasien dibantu dalam menggunakan pakian, pasien hanya menggunakan baju dan celana, diganti sekali pasca masuk ke ruang Bougenville.
Pengaturan suhu tubuh	Sebelum dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak pernah mengalami peningkatan suhu tubuh.	Sebelum dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak pernah mengalami peningkatan suhu tubuh.
Data Psikologis Rasa nyaman	Sebelum sakit pasien tidak pernah mengalami nyeri	Sebelum sakit pasien tidak pernah mengalami nyeri

	<p>yang hebat Saat pengkajian pasien mengatakan nyeri P: nyeri pada bagian kepala, Q: nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri dirasakan hanya di kepala, S : skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri T : nyeri dirasakan terus menerus, saat pasien diam maupun bergerak</p>	<p>yang hebat Saat pengkajian pasien mengatakan P: nyeri pada bagian kepala , bahu kanan dan juga pinggul bagian kanan, Q: nyeri seperti ditusuk-tusuk, R: nyeri dirasakan pada bagian kepala, bahu kanan dan pinggul kanan, S: skala nyeri 4 dari 0-10 skala nyeri. T : nyeri dirasakan terus menerus, saat pasien diam maupun bergerak</p>
Rasa aman	<p>Sebelum pengkajian pasien mengatakan merasa aman dengan dirinya. Saat pengkajian pasien mengatakan aman karna keluarga dan kerabat dekat datang menemui pasien memberikan dukungan untuk sembuh.</p>	<p>Sebelum pengkajian pasien mengatakan merasa aman dengan dirinya. Saat pengkajian pasien mengatakan aman karna keluarga dan kerabat dekat datang menemui pasien memberikan dukungan untuk sembuh.</p>
Data Sosial Social	<p>sebelum sakit dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada masalah dengan keluarga maupun orang lain. Menjalin komunikasi baik dengan anggota keluarga dan</p>	<p>sebelum sakit dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak ada masalah dengan keluarga maupun orang lain. Menjalin komunikasi baik dengan anggota keluarga dan</p>

	pasien yang lainnya di ruangan yang sama.	pasien yang lainnya di ruangan yang sama .
Bermain dan Rekreasi	Sebelum sakit dan saat pengkajian pasien mengatakan jarang untuk berekreasi karena kesibukan sehari-hari.	Sebelum sakit dan saat pengkajian pasien mengatakan jarang untuk berekreasi karena kesibukan untuk bertani di sawah.
Prestasi	Sebelum pengkajian dan saat pengkajian pasien mengatakan kebahagiaannya adalah dapat berkerja secara mandiri dan melihat anak-anaknya yang telah berhasil berumah tangga.	Sebelum pengkajian dan saat pengkajian pasien mengatakan kebahagiaannya adalah dapat berkerja secara mandiri di sawah dan melihat anak-anaknya yang telah berhasil berumah tangga.
Pengetahuan belajar	Sebelum pengkajian dan saat pengkajian pasien mengatakan jarang belajar dan hampir tidak pernah.	Sebelum dan saat pengkajian pasien mengatakan jarang belajar dan jika mencari informasi menggunakan media televise dan radio
Data Spiritual	Sebelum sakit pasien mengatakan sembahyang di merajan setiap hari Saat pengkajian pasien hanya bisa berdoa dalam hati memohon kesembuhan	Sebelum sakit pasien mengatakan sembahyang di padmasana setiap hari Saat pengkajian pasien hanya bisa berdoa dalam hati memohon kesembuhan

4) Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik

Observasi	Pasien 1	Pasien 2
-----------	----------	----------

a. Keadaan umum		
1. Kesadaran	CM	CM
2. Postur tubuh	Sedang	Sedang
3. Bangun tubuh	Berbaring	Berbaring
4. Gerak motorik	Terkodinir	Terkodinir
5. Keadaan kulit	Warna kulit sawo matang, lembab, tidak ada sianosis, turgor kulit sedang dan kebersihan cukup	Warna kulit sawo matang, lembab, tidak ada sianosis, turgor kulit sedang dan kebersihan cukup
B. Gejala cardinal		
1. Suhu	36.7°C	36.1°C
2. Tekanan darah	120/70 mmHg	110/80 mmHg
3. Respirasi	22x/mnt	20x/mnt
4. Nadi	86x/mnt	84x/mnt
C. Ukuran lain-lain		
1) BB	59kg	61 kg
2) TB	161 cm	157 cm
D. Keadaan fisik		
1) Kepala	Inspeksi bentuk simetris, terdapat luka robekan sepanjang 3cm di bagian kiri, rambut tidak rontok, warna rambut hitam keputihan, kebersihan kulit kepala cukup, terdapat perban untuk menutupi luka. Palpasi terdapat nyeri tekan pada bagian kepala yang terluka	Inspeksi bentuk simetris, terdapat edema serebri (benjolan) pada bagian kepala frontal bagian kanan, rambut tidak rontok, warna rambut hitam keputihan, kebersihan kulit kepala cukup Palpasi terdapat nyeri tekan pada bagian kepala yang membesar akibat benturan
2) Wajah	Inspeksi bentuk wajah oval, tidak ada lesi, oedem tidak ada, tidak ada benjolan Palpasi tidak ada nyeri tekan	Inspeksi bentuk wajah oval, tidak ada lesi, oedem tidak ada, tidak ada benjolan Palpasi tidak ada nyeri tekan

3) Mata	Inspeksi bentuk simetris, pergerakan terkordinasi, reflek pupil baik, pupil isokor, konjungtiva merah muda, seklera putih Palpasi tidak ada nyeri tekan Pengelihatian baik	Inspeksi bentuk simetris, pergerakan terkordinasi, reflek pupil baik, pupil isokor, konjungtiva merah muda, seklera putih Palpasi tidak ada nyeri tekan Pengelihatian baik
4) Hidung	Inspeksi bentuk simetris, kebersihan baik, tidak ada darah yang keluar dari hidung, tidak ada lesi Palpasi tidak ada nyeri tekan Penciuman baik	Inspeksi bentuk simetris, kebersihan baik, tidak ada darah yang keluar dari hidung, tidak ada lesi Palpasi tidak ada nyeri tekan Penciuman baik
5) Telinga	Inspeksi bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada darah yang keluar dari telinga, kebersihan cukup Palpasi tidak ada nyeri tekan Pendengaran baik	Inspeksi bentuk simetris, tidak ada lesi, tidak ada darah yang keluar dari telinga, kebersihan cukup Palpasi tidak ada nyeri tekan Pendengaran baik
6) Mulut	Inspeksi bentuk simetris, mukosa bibir kering, tidak ada pembesaran tonsil, kebersihan mulut baik, tidak ada lesi Palpasi tidak ada nyeri tekan Perasa baik	Inspeksi bentuk simetris, mukosa bibir lembab, tidak ada pembesaran tonsil, kebersihan mulut baik, tidak ada lesi Palpasi tidak ada nyeri tekan Pendengaran baik
7) Leher	Inspeksi pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, tidak ada lesi, tidak ada bendungan vena jugularis Palpasi tidak ada nyeri tekan	Inspeksi pembesaran kelenjar tiroid tidak ada, tidak ada lesi, tidak ada bendungan vena jugularis Palpasi tidak ada nyeri tekan
8) Thorax a. Paru-paru	Inspeksi bentuk dada	Inspeksi bentuk dada

	<p>simetris, retraksi dada tidak ada, tidak ada jejas</p> <p>Auskultasisuara paru vesikuler, weezing tidak ada, snoring tidak ada, ronchi tidak ada</p> <p>Palpasitidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi suara paru sonor</p>	<p>simetris, retraksi dada tidak ada, tidak ada jejas</p> <p>Auskultasisuara paru vesikuler, weezing tidak ada, snoring tidak ada, ronchi tidak ada</p> <p>Palpasitidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi suara paru sonor</p>
b. Jantung	<p>Inspeksi bentuk dada simetris, itus kordir tidak nampak, tidak ada jejas</p> <p>Auskultasisuara jantung lup dup</p> <p>Palpasitidak ada nyeri tekan, tidak ada kardio megali</p> <p>Perkusi suara jantung dullness</p>	<p>Inspeksi bentuk dada simetris, itus kordir tidak nampak, tidak ada jejas</p> <p>Auskultasisuara jantung lup dup</p> <p>Palpasitidak ada nyeri tekan, tidak ada kardio megali</p> <p>Perkusi suara jantung dullness</p>
9) Abdomen	<p>Inspeksi bentuk simetris, tidak ada jejas</p> <p>Auskultasi bising usus baik</p> <p>Palpasitidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi suara timpani</p>	<p>Inspeksi bentuk simetris, tidak ada jejas</p> <p>Auskultasi bising usus baik</p> <p>Palpasitidak ada nyeri tekan</p> <p>Perkusi suara timpani</p>
10) Genetalia	Kebersihan cukup	Kebersihan cukup
11) Anus	Tidak terkaji	Tidak terkaji
12) Ekstremitas - Atas	<p>Tidak ada edema, sianosis pada jari tidak ada, tidak ada lesi, pergerakan tangan kanan dan kiri terkordinasi, CRT <2 detik</p> <p>Terpasang infuse pada tangan kiri</p>	<p>Tidak ada edema, sianosis pada jari tidak ada, tidak ada lesi, pergerakan tangan kanan dan kiri terkordinasi, CRT <2 detik</p> <p>Terpasang infuse pada tangan kiri</p>
- Bawah	<p>Terdapat lesi pada kaki bagian kiri, CRT <2 detik,</p>	<p>Tidak ada lesi pada kaki, CRT <2 detik, reflek patella</p>

	reflek patella baik, reflek babinski baik Kekuatan otot : 555,555 555 555	baik, reflek babinski baik Kekuatan otot : 555 555 555555
--	--	---

a. Aspek Neurologis

1. Saraf I (Nervus Olfactorius)

Saraf ini berasal dari epithelium olfaktori mukosa nasal. Berkas sarafnya menjalar ke bulbus olfaktorius dan melalui traktus olfaktori sampai ke ujung lobus temporal (girus olfaktori). Nervus Olfaktorius adalah jenis saraf sensoris. Fungsinya adalah untuk menerima rangsang dari hidung dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau.

2. Saraf II (Nervus Optikus)

Saraf ini bekerja membawa impuls (rangsangan) dari sel kerucut dan sel batang di retina mata untuk dibawa ke badan sel akson yang membentuk saraf optic di bola mata. Lalu, setiap saraf optic keluar dari bola mata pada bintik buta dan masuk ke rongga kranial melalui foramen optic. Nervus Optikus adalah jenis saraf sensoris. Fungsinya

adalah untuk menerima rangsang dari mata lalu menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai persepsi visual (penglihatan)

3. Saraf III (Nervus Oculomotorius)

Merupakan saraf gabungan, yaitu jenis saraf sensoris dan motoris, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik. Neuron motorik berasal dari otak tengah dan membawa impuls ke seluruh otot bola mata (kecuali otot oblik superior dan rektus lateral), ke otot yang membuka kelopak mata dan ke otot polos tertentu pada mata. Serabut sensorik membawa informasi indera otot (kesadaran perioperatif) dari otot mata yang terinervasi ke otak. Fungsinya adalah untuk menggerakkan sebagian besar otot bola mata

4. Saraf IV (Nervus Trochlearis)

Merupakan saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik dan merupakan saraf terkecil dalam saraf kranial. Neuron motorik berasal dari langit-langit otak tengah dan membawa impuls ke otot oblik superior bola mata. Serabut sensorik dari spindle (serabut) otot menyampaikan informasi indera otot dari otot oblik superior ke otak. Fungsinya adalah untuk menggerakkan beberapa otot bola mata

5. Saraf V (Nervus Trigeminus)

Saraf cranial terbesar, merupakan saraf gabungan tetapi sebagian besar terdiri dari saraf sensorik. Bagian ini membentuk saraf sensorik

utama pada wajah dan rongga nasal serta rongga oral. Nervus trigeminus memiliki 3 cabang, yaitu :

Cabang optalmik membawa informasi dari kelopak mata, bola mata, kelenjar air mata, sisi hidung, rongga nasal dan kulit dahi serta kepala.

Cabang maksilar membawa informasi dari kulit wajah, rongga oral (gigi atas, gusi dan bibir) dan palatum.

Cabang mandibular membawa informasi dari gigi bawah, gusi, bibir, kulit rahang dan area temporal kulit kepala.

Fungsi Nervus trigeminus adalah :

a. Sensoris untuk menerima rangsangan dari wajah lalu diproses di

otak sebagai rangsang sentuhan

b. Motorik untuk menggerakkan rahang

6. Saraf VI (Nervus Abdusen)

Merupakan saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik. Neuron motorik berasal dari sebuah nucleus pada pons yang menginervasi otot rektus lateral mata. Serabut sensorik membawa pesan proprioseptif dari otot rektus lateral ke pons. Fungsinya adalah untuk melakukan gerakan abduksi mata.

7. Saraf VII (Nervus Fasialis)

Merupakan saraf gabungan. Neuron motorik terletak dalam nuclei pons. Neuron ini menginervasi otot ekspresi wajah, termasuk kelenjar air mata dan kelenjar saliva. Neuron sensorik membawa informasi dari

reseptor pengecap pada dua pertiga bagian anterior lidah. Fungsinya adalah :

- a. Sensorik untuk menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai persepsi rasa
- b. Motorik untuk mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi wajah

8. Saraf VIII (Nervus Vestibulocochlearis)

Hanya terdiri dari saraf sensorik dan memiliki dua cabang, yaitu :

Cabang koklear atau auditori menyampaikan informasi dari reseptor untuk indera pendengaran dalam organ korti telinga dalam ke nuclei koklear pada medulla, ke kolikuli inferior, ke bagian medial nucleigenikulasi pada thalamus dan kemudian ke area auditori pada lobus temporal.

Cabang vestibular membawa informasi yang berkaitan dengan ekuilibrium dan orientasi kepala terhadap ruang yang diterima dari reseptor sensorik pada telinga dalam.

Fungsinya adalah :

- a. Sensoris sistem vestibular untuk mengendalikan keseimbangan tubuh
- b. Sensoris koklea untuk menerima rangsang dari telinga untuk diproses di otak sebagai suara

9. Saraf IX (Nervus Glosfaringeal)

Merupakan saraf gabungan. Neuron motorik berawal dari medulla dan menginervasi otot untuk bicara dan menelan serta kelenjar saliva parotid. Neuron sensorik membawa informasi yang berkaitan dengan rasa dari sepertiga bagian posterior lidah dan sensasi umum dari faring dan laring. Neuron ini juga membawa informasi mengenai tekanan darah dari reseptor sensorik dalam pembuluh darah tertentu. Fungsinya adalah :

- a. Sensoris untuk menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa
- b. Motoris untuk mengendalikan organ-organ dalam

10. Saraf X (Nervus Vagus)

Merupakan saraf gabungan. Neuron motorik berasal dari dalam medulla dan menginervasi hampir semua organ toraks dan abdomen. Neuron sensorik membawa informasi dari faring, laring, trakea, esophagus, jantung dan visera abdomen ke medulla dan pons. Fungsinya adalah :

- a. Sensoris untuk menerima rangsang dari organ-organ dalam
- b. Motoris untuk mengendalikan organ-organ dalam

11. Saraf XI (Nervus Asesorius)

Merupakan saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari serabut motorik. Neuron motorik berasal dari dua area : bagian cranial berawal dari medulla dan menginervasi otot volunteer faring dan

laring, bagian spinal muncul dari medulla spinalis serviks dan menginervasi otot trapezius dan sternokleidomastoideus. Neuron sensorik membawa informasi dari otot yang sama yang terinervasi oleh saraf motorik ; misalnya otot laring, faring, trapezius dan otot sternokleidomastoid. Fungsinya adalah untuk Mengendalikan pergerakan kepala.

12. Saraf XII (Nervus Hipoglossus)

Termasuk saraf gabungan, tetapi sebagian besar terdiri dari saraf motorik. Neuron motorik berawal dari medulla dan mensuplai otot lidah. Neuron sensorik membawa informasi dari spindel otot di lidah. Fungsinya adalah untuk mengendalikan pergerakan lidah.

5) Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Diagnostik

Pasien 1

Hasil pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada tanggal 17 maret

2019 pukul 10:09 WITA

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Hemoglobin	11.3	gr/dL	11.7 – 15.5
Hematokrit	33.9	%	35.0 – 47.0
Leukosit	10.7	$10^3/uL$	3.6-11.0
Trombosit	205	$10^3/uL$	150-440
Eritrosit	3.80	$10^3/uL$	3.8 – 5.2
NEU%	40.0	%	40.0 – 74.0
LIM%	39.3	%	19.0 – 48.0
MONO%	4.72	%	3.40 – 9.00
EOS%	14.4	%	06. – 0.7
BASO%	1.49	%	0.0 – 1.5
MCV	89.3	fL	82 – 92
MCH	29.9	Pg	27 – 31
MCHC	33.4	g/dL	32 – 36
RDW	12.1	%	11.6 – 14.8
MPV	6.85	fL	6.8 – 10.0
Glukosa	109	mg/Dl	74 – 106

Pasien 2

Hasil Pemeriksaan laboratorium darah lengkap pada tanggal 26 maret

2019 pukul 21:07 WITA

Jenis pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Natrium	137	mmol/l	135-137
Kalium	3.5	mmol/l	3.5 – 5.0
Chloride	111	mmol/l	95 - 105
Hemoglobin	9.10	gr/dL	11.7 – 15.5

Hematokrit	26.0	%	35.0 – 47.0
Leukosit	16.3	$10^3/uL$	3.6 - 11.0
Trombosit	214	$10^3/uL$	150 - 440
Eritrosit	3.02	$10^3/uL$	3.8 – 5.2
NEU%	89.1	%	40.0 – 74.0
LIM%	5.76	%	19.0 – 48.0
MONO%	3.52	%	3.40 – 9.00
EOS%	1.21	%	06. – 0.7
BASO%	0.371	%	0.0 – 1.5
MCV	86.0	fL	82 – 92
MCH	30.2	Pg	27 – 31
MCHC	35.1	g/dL	32 – 36
RDW	13.9	%	11.6 – 14.8
MPV	6.50	fL	6.8 – 10.0
Glukosa	129	mg/dL	74 – 106

b. Analisa Data

**TABEL ANALISA DATA KEPERAWATAN PADA PASIEN Ny.MM dan
Ny.ML DENGAN CEDEsRA KEPALA RINGAN DI RUANG
BOUGENVILLE BRSU TABANAN**

Tabel 4.6 Analisa data

Pasien 1			
No	Data Subjektif	Data objektif	Kesimpulan
1	<ul style="list-style-type: none"> - Nyeri pada bagian kepala, - Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk - Nyeri dirasakan hanya pada bagian kepala, - Skala nyeri 5 dari 0-10 	<ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Nadi : 86x/menit - Skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri 	Nyeri akut

	skala nyeri - Nyeri dirasakan terus menerus saat diam maupun bergerak		
--	--	--	--

c. Rumusan Masalah Keperawatan

Tabel 4.7 Rumusan Masalah Keperawatan

Pasien 1 Nyeri akut b/d agens cedera fisik disertai adanya robekan pada bagian kulit kepala ditandai dengan pasien merasa nyeri di bagian kepala belakang, nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk , nyeri hanya pada bagian kepala blakang, skala nyeri 5 dari 0-10 nilai skala nyeri, nyeri dirakan terus menerus, pasien tampak meringis, N:86x/menit
--

Pasien 2

Nyeri akut b/d agens cedera fisik disertai dengan adanya benjolan pada kepala ditandai dengan pasien merasa nyeri pada kepala, nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada bagian kepala, bahu dan pinggul kanan, skala nyeri 4 dari 0-10 nilai skala nyeri, nyeri dirakan terus menerus, pasien tampak meringis, N:84x/menit

d. Analisa masalah

Tabel 4.8 Analisa Masalah

Problem	Etiologi	Symptom	Proses terjadi
Pasien 1			

Nyeri akut	Agens cedera fisik	<p>Nyeri pada bagian kepala,</p> <p>Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk</p> <p>Nyeri dirasakan hanya pada bagian kepala,</p> <p>Skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri</p> <p>Nyeri dirasakan terus menerus</p> <p>Pasien tampak meringis</p> <p>Nadi : 86x/menit</p> <p>Skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri</p>	<p>Akibat dari benturan di kepala, edema serebri dan trauma jaringan sekunder</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Implus nyeri dikirim melalui serabut saraf perifer</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Serabut nyeri memasuki medulla spinalis</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Stimulasi nyeri mencapai korteks serebral</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Pasien meringis, pasien mengeluh nyeri, nadi meningkat</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>Nyeri akut</p>
Pasien 2			

Nyeri akut	Agens cedera fisik	<p>Nyeri pada bagian kepala, bahu dan pinggul bagian kanan</p> <p>Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk,</p> <p>Nyeri dirasakan pada kepala, bahu kanan dan pinggul kanan</p> <p>Skala nyeri 4 dari 0-10 skala nyeri</p> <p>Nyeri dirasakan datang dan hilang</p> <p>Pasien tampak meringis</p> <p>Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 0-10 nilai skala nyeri</p> <p>Nadi : 84x/menit</p>	<p>Akibat dari benturan di kepala, trauma jaringan sekunder dan edema serebri</p> <p>Implus nyeri dikirim melalui serabut saraf perifer</p> <p>Serabut nyeri memasuki medulla spinalis</p> <p>Stimulasi nyeri mencapai korteks serebral</p> <p>Pasien meringis, pasien mengeluh nyeri, nadi meningkat</p> <p>Nyeri akut</p>
------------	--------------------	---	---

e. Rencana Keperawatan

**PERENCANAAN KEPERAWATAN PADA
PASIEN DENGAN FRAKTUR
DI RUANG BOEGENVILLE BRSU TABANAN
Tabel 4.9 Rencana Keperawatan**

DIAGNOSA KEPERAWATAN (Tujuan, Kriteria Hasil)	INTERVENSI	RASIONAL
PASIEN 1		
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik disertai dengan adanya robekan pada kulit kepala akibat benturan dibagian kepala. Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Skala nyeri 2 dari 1-10 skala yang ada 3. Pasien tidak tampak meringis 4. Pasien tampak tenang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital pasien 2. Observasi skala nyeri pasien 3. ajarkan teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam 4. kolaboratif dalam pemberian obat analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perkembangan pasien 2. dengan mengkaji skala nyeri pasien berdasarkan PQRST dapat menentukan nilai dari rasa nyeri yang dirasakan 3. agar pasien mampu meminimalisir rasa nyeri 4. membantu pasien untuk mengurangi rasa nyeri dan membantu proses penyembuhan

	5. berikan posisi semi fowler	5. membantu pasien merasa nyaman dan aliran darah menjadi baik
	6. kaji nilai GCS	6. untuk mengetahui tingkat kesadaran pasien

PASIEN 2		
<p>Nyeri akut berhubungan dengan agens cedera fisik disertai dengan adanya benjolan akibat benturan pada bagian kepala Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri pasien berkurang dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien mengatakan nyeri berkurang 2. Skala nyeri 2 dari 0-10 skala yang ada 3. Pasien tidak tampak meringis 4. Pasien tampak tenang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi tanda-tanda vital pasien 2. observasi skala nyeri pasien 3. ajarkan teknik distraksi dan relaksasi nafas dalam 4. kolaboratif dalam pemberian obat analgetik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui perkembangan pasien 2. dengan mengkaji skala nyeri pasien berdasarkan PQRST dapat menentukan nilai dari rasa nyeri yang dirasakan 3. agar pasien mampu meminimalisir rasa nyeri 4. membantu pasien untuk mengurangi rasa nyeridan membantu proses penyembuhan

	5. berikan posisi semi fowler	5. agar pasien merasa nyaman
	6. kaji nilai GCS pasien	6. untuk mengetahui tingkat kesadaran

d. Implementasi

**PELAKSANAAN KEPERAWATAN PADA PASIEN
DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN**

Table 4.10

Pasien 1 pada tanggal 19 Maret s/d 21 Maret 2019

Hari / Tgl / Jam	DX	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
Senin, 19 Maret 2019 Pukul 06.00 wita	1	Mengobservasi keadaan umum pasien, TTV dan mengkaji nyeri	- S: Pasien mengatakan nyeri pada kepala , nyeri di rasakan nyut- nyutyuan, nyeri di rasakan hilang timbul, skala nyeri pasien 5 dari 0- 10 skala yang di berikan, nyeri di rasakan ketika pasien bergerak, - O: pasien tampak meringis TD: 120/80 mmHg S: 36,2°C RR: 24 x/menit N: 86x/menit	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 06.15	1	Delegatif dalam pemberian obat: - Paracetam ol flash 1g - citicoline 2x500 mg inj iv/set	- S: pasien mengatakan kepalanya masih nyeri - O: obat sudah diberikan tidak ada reaksi alergi	Nemu
06.40 wita	1	Memberikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler).	- S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. - O: pasien tampak nyaman dan tenang	Perawat
06.55	1	Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam.	- S: pasien mengatakan bisa melakukannya - O: pasien tampak mengikuti perintah dengan baik	Nemu
07.30	1	Mengkaji skala nyeri pasien	- S: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala - O: skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan	Nemu
08.00 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	- S: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan sedikit mual - O: N: 85x/menit TD : 110/70 mmHg	Perawat

1	2	3	4	5
08.20 wita	1	Mendelegatitkan dalam pemberian obat : -ondacentron 2mg inj iv/set	-S: pasien mengatakan sedikit mual -O: obat telah masuk melalui injeksi iv/set	Nemu
09.10 wita	1	Menganjurkan pasien untuk latihan nafas dalam dalam	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mampu melakukannya	Nemu
11.00 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri hanya pada bagian kepala blakang, S: skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak -O: TD: 125/80 mmHg N: 84 x/menit	Nemu
11.30 wita	1	Memberikan posisi nyaman untuk pasien(semi fowler)	-S: pasien mengatakan bosan tiduran saja -O: pasien tampak berbaring	Nemu

1	2	3	4	5
12.30 wita	1	Mengobservasi TTV pasien	-S: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala -O: TD: 120/80 mmHg N: 85x/menit S: 37.0°C RR: 22x/mnt	Nemu
13.10 wita	1	mendelegatif kan dalam pemberian obat analgetik - paracetamol flash 1g - ondancetr on 3x8 mg	-S: pasien mengatakan nyerinya masih -O: obat sudah dipasang dan masuk melalui iv/set	Nemu
14.00	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: pasien mengatakan masih nyeri pada bagian kepala dan sedikit mual -O: pasien tampak berbaring, TD: 120/70mmHg, muntah tidak ada	Nemu
14.30 wita	1	Mengajarkan pasien tehnik distraksi dengan cara mengajak berbincang – bincang	-S: pasien mengatakan mengerti cara melakukannya -O: pasien tampak kooperatif	Nemu

1	2	3	4	5
15.00 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri hanya pada bagian kepala blakang, S: skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak -O: N: 85x/mnt	Nemu
16.00 wita	1	Memberikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler).	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. -O: pasien tampak nyaman	Nemu
17.40 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: pasien mengatakan masih nyeri pada bagian kepala dan sedikit mual -O: pasien tampak berbaring TD: 120/75 mmHg	Perawa
18.20 wita	1	Mendelegatikan dalam pemberian obat analgetik -paracetamol flash 1g	-S: pasien mengatakan nyerinya masih -O: obat sudah dipasang dan masuk melalui iv/set	Perawat

1	2	3	4	5
19.00 wita	1	Mengajarkan pasien teknik nafas dalam	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mampu melakukannya	Perawat
19.20 wita	1	Memberikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler).	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. -O: pasien tampak nyaman	Perawat
20.50	1	Mengobservasi TTV pasien	-S: pasien mengatakan badanya terasa hangat -O: TD:120/70mmHg S: 37.0°C RR: 24x/mnt N: 85x/mnt	Perawat
21.30 wita	1	Mengkaji nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri hanya pada bagian kepala blakang, S: skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak -O: N: 85x/mnt	Perawat

1	2	3	4	5
22.30 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: pasien mengatakan masih nyeri pada bagian kepala dan sedikit mual -O: pasien tampak berbaring TD: 120/80 mmHg	Perawat
23.20	1	Mengajarkan teknik nafas dalam	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mampu melakukannya	Perawat
23.50 wita	1	Memberikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler).	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. -O: pasien tampak nyaman	Perawat
Selasa, 20 maret 2019 pukul 14.00 wita	1	Mengobservasi keadaan umum pasien TTV	- S: pasien mengatakan bersedia untuk di TTV - O: TD:110/70mmHg S: 36.5°C RR: 24x/mnt N: 84x/mnt	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 14.20 wita	1	Mengkaji nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri hanya pada bagian kepala blakang, S: skala nyeri 3 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak -O: pasien mengatakan nyerinya berkurang N: 85x/mnT	Nemu
Pukul 14.50	1	Delegatif dalam pemberian obat: -Paracetamol flash 1g -Ondacentron 3x8 mg	-S: pasien mengatakan nyerinya sudah berkurang sedikit -O: obat sudah diberikan tidak ada reaksi alergi	Nemu
Pukul 15.30 wita	1	Memberikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler).	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. -O: pasien tampak nyaman	Nemu
Pukul 15.40 wita	1	Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam.	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mengeti cara melakukannya	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 16.30 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: Pasien mengatakan nyeri dikepala sudah berkurang, tidak ada mual dan muntah -O: pasien tampak tenang, mual dan muntah tidak ada TD : 110/80 mmHg N: 86 x/mnt	Nemu
Pukul 17.00 wita	1	Memberikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler).	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. -O: pasien tampak tenang	Nemu
Pukul 17.30 wita	1	Mengkaji nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri hanya pada bagian kepala blakang, S: skala nyeri 3 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak O: pasien mengatakan nyerinya berkurang N: 85x/mnT	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 18.00 wita	1	Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam.	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mengeti cara melakukannya	Nemu
pukul 20.30 wita	1	Mengobservasi memeriksa keadaan umum pasien TTV	-S: pasien mengatakan bersedia untuk di TTV -O: TD:110/70mmHg S: 36.3°C RR: 22x/mnt N: 84x/mnt	Nemu
Pukul 21.30 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: Pasien mengatakan nyeri dikepala sudah berkurang, tidak ada mual dan muntah -O: pasien tampak tenang, mual dan muntah tidak ada TD : 110/80 mmHg N: 86 x/mnt	Nemu
Pukul 22.30 wita	1	Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam.	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mengeti cara melakukannya	Perawat
Pukul 23.30 wita	1	Memberikan posisi nyaman untuk pasien (semi powler)	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. -O: pasien tampak tenang	Perawat

1	2	3	4	5
Rabu 21 maret 2019 pukul 07.00	1	Mengobservasi memeriksa keadaan umum pasien TTV	-S: pasien mengatakan bersedia untuk di TTV -O: TD:110/70mmHg S: 36.8°C RR: 22x/mnt N: 80x/mnt	Nemu
pukul 8.10 wita	1	Mengkaji nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, Q: nyeri dirasakan nyut- nyutan, R: nyeri hanya pada bagian kepala blakang, S: skala nyeri 2 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak sudah berkurang -O: pasien mengatakan nyerinya berkurang N: 82x/mnT	Nemu
Pukul 09.30	1	Mengkaji tanda- tanda peningkatan TIK	- S: Pasien mengatakan nyeri dikepala sudah berkurang, tidak ada mual dan muntah - O: pasien tampak tenang, mual dan muntah tidak ada TD : 120/80 mmHg N: 80 x/mnt	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 10.20	1	Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam.	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mengeti cara melakukannya	Nemu
Pukul 11.30	1	Memberikan posisi nyaman untuk pasien (semi powler)	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman dan sebentar lagi diperbolehkan pulang oleh dokter -O: pasien tampak tenang	Nemu
Pukul 12.20 wita	1	Mengobservasi TTV pasien	-S: pasien mengatakan bersedia untuk di TTV -O:TD:110/70mmHg S: 36.5°C RR: 22x/mnt N: 78x/mnt	Nemu

Pasien 2 pada tanggal 27 Maret s/d 29 maret 2019

Hari / Tgl / Jam	D x	Tindakan Keperawatan	Evaluasi	Paraf
-----------------------------	----------------	---------------------------------	-----------------	--------------

1	2	3	4	5
Selasa, 27 Maret 2019 Pukul 07.30 wita	1	Mengkaji nilai gcs	-S: pasien mengatakan sedikit lemas -O : nilai GCS E4V5M6	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 08.30	1	Memberikan pasien posisi yang nyaman (semi fowler).	-S: pasien mengatakan posisinya sudah nyaman. -O: pasien tampak nyaman dan tenang	Nemu
Pukul 09.30 wita	1	Mengajarkan pasien tehnik relaksasi nafas dalam.	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tampak mengikuti perintah	Nemu
Pukul 10.00	1	Mengkaji nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala,bahu dan pinggul kanan Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri pada kepala,bahu dan pinggul, S: skala nyeri 4 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak O: N: 84x/mnt	Nemu
Pukul 12.00 wita	1	Mengobservasi TTV pasien	-S: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, bahu dan pinggul -O: TD: 120/70 mmHg N: 84x/menit S: 36.5°C RR: 22x/mnt	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 13.00 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala dan tetapi tidak ada mual, muntah -O: N: 85x/menit TD : 120/70 mmHg	Nemu
Pukul 14.00 wita	1	Mendelegatikan dalam pemberian obat - citicoline 2x500 mg - ondancentr on 3x8mg	-S: pasien mengatakan sedikit perih saat obat dimasukkan -O: obat telah masuk melalui injeksi iv/set	Nemu
Pukul 14.30 wita	1	Mendelegasikan pemberian obat analgetik paracetamol flash 1gr	-S: pasien mengatakan bersedia dimasukan obat -O: obat sudah terpasang melalui infuse three ways	Nemu
Pukul 15.30 wita	1	Mengajarkan pasien teknik nafas dalam	-S: pasien mengatakan bisa melakukannya -O: pasien tambak mampu melakukannya	Nemu
Pukul 16.30 wita	1	Memberikan posisi nyaman untuk pasien(semi fowler)	-S: pasien mengatakan bosan tiduran saja -O: pasien tampak berbaring	Perawat

1	2	3	4	5
Pukul 18.00	1	Mengobservasi TTV pasien	-S: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala -O: TD: 120/80 mmHg N: 86x/menit S: 36.8°C RR: 22x/mnt	Perawat
Pukul 20.30 wita	1	mendelegatif kan dalam pemberian obat analgetik - paracetam ol flash 1 gr - ondencentr on 3x8 mg	-S: pasien mengatakan nyerinya masih -O: obat sudah dipasang dan masuk melalui iv/set	Perawat
Pukul 21.30 wita	1	Mengkaji nilai GCS	S: pasien mengatakan sedikit lemas O : nilai GCS E4V5M6	Perawat
Pukul 22.30 wita	1	Mengajarkan pasien tehnik distraksi dengan cara mengajak berbincang – bincang	-S: pasien mengatakan mengerti cara melakukannya -O: pasien tampak kooperatif	Perawat
Pukul 23.30	1	Mengkaji skala nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala,bahu dan pinggul kanan Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri pada kepala,bahu dan pinggul, S: skala nyeri 4 dari 0-10	Perawat

1	2	3	4	5
			skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak -O: N: 85x/mnt	
Rabu 28 maret 2019 Pukul 05.00 wita	1	Mengobservasi TTV	-S: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, bahu dan pinggul O: TD: 110/70 mmHg N: 95x/menit S: 36.5°C RR: 22x/mnt	Nemu
Pukul 5.30 wita	1	Mengkaji skala nyeri pasien	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala, bahu dan pinggul kanan Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri pada kepala, bahu dan pinggul, S: skala nyeri 3 dari 0-10 skala nyeeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak -O: N: 85x/mnt	Perawat

1	2	3	4	5
Pukul 05.50 wita	1	Mendelegatifkan dalam pemberian obat analgetik -Paracetamol 1gr	-S: pasien mengatakan nyerinya masih -O: obat sudah dipasang dan masuk melalui iv/set	Nemu
Pukul 08.00 wita	1	Memberikan posisi nyaman untuk pasien(semi fowler)	-S: pasien mengatakan sudah merasa nyaman -O: pasien tampak berbaring	Nemu
Pukul 09.30 wita	1	Mengkaji nilai GCS	-S: pasien mengatakan sudah tidak mual dan muntah lagi -O : nilai GCS E4V5M6	Nemu
Pukul 11.30	1	Mengajarkan teknik relaksasi nafas dalam	-S: pasien mengatakan mengerti cara melakukannya -O: pasien tampak sedang memperagakannya	Nemu
Pukul 14.00 wita	1	Mendelegatifkan dalam pemberian obat analgetik -Paracetamol 1gr -ondacentron 3x8mg	-S: pasien mengatakan nyerinya masih -O: obat sudah dipasang dan masuk melalui iv/set	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 16.30 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: pasien mengatakan nyeri pada kepaqlanya sudah berkurang, mual dan muntah tidak ada -O: TD: 110/70 mmHg	Nemu
Pukul 18.00 wita	1	Mengobservasi TTV pasien	-S: pasien mengatakan badanya terasa hangat -O: TD:110/70mmHg S: 36.8°C RR: 22x/mnt N: 85x/mnt	Perawat
Pukul 20.00 wita	1	Memberikan posisi semi powler agar pasien merasa nyaman	-S: pasien mengatakan ingin duduk saja -O: pasien tampak duduk di tempat tidur	Perawat
Pukul 21.00 wita		Mendelegatifkan dalam pemberian obat analgetik - Paracetamol 1gr	-S: pasien mengatakan nyerinya masih terutama pada bagian kepala -O: obat sudah dipasang dan masuk melalui iv/set	Perawat
Pukul 22.00 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: pasien mengatakan nyeri pada kepaqlanya sudah berkurang, mual dan muntah tidak ada -O: TD: 110/70 mmHg Pasien tidak ada mual dan muntah	Perawat

1	2	3	4	5
Pukul 22.30 wita	1	Mengajarkan pasien teknik relaksasi nafas dalam	-S: Pasien mengatakan merasa lebih nyaman -O: pasien tampak tenang	Perawat
Kamis 29 maret 2019 pukul 07.00 wita	1	Mengkaji nilai GCS	-S: pasien mengatakan sudah membaik -O : nilai GCS E4V5M6 Kesadaran compos mentis	Perawat
Pukul 07.30 wita	1	Mengkaji tanda-tanda peningkatan TIK	-S: pasien mengatakan nyeri pada kepalanya sudah berkurang, mual dan muntah tidak ada -O: TD: 110/70 mmHg Pasien tidak ada mual dan muntah	Nemu
Pukul 8.30 wita		Mengkaji skala nyeri	-S: P: pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala,bahu dan pinggul kanan Q: nyeri dirasakan nyut-nyutan, R: nyeri pada kepala,bahu dan pinggul, S: skala nyeri 1 dari 0-10 skala nyeri, T: nyeri dirasakan saat bergerak O: N: 76x/mnt	Nemu
Pukul 09.00 wita	1	Memberikan posisi nyaman (semi powler)	-S: pasien mengatakan ingin duduk saja -O: pasien tampak tenang	Nemu

1	2	3	4	5
Pukul 09.15 wita	1	Mengkaji nilai GCS	-S: pasien mengatakan sudah membaik dan sudah diperbolehkan untuk pulang -O : nilai GCS E4V5M6 Kesadaran compos mentis	Nemu

e. Evaluasi

**EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN NY.MM DAN NY.ML
DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG BOUGENVILL
BRSUD TABANAN**

Pasien 1

Diagnose keperawatan	Hari ke-1 Senin 19 maret 2019	Hari ke-2 Senin 20 maret 2019	Hari ke-3 Senin 21 maret 2019
Nyeri akut b/d, agens cedera fisik disertai dengan adanya robekan pada bagian kulit kepala ditandai dengan pasien merasa nyeri di bagian kepala belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri hanya pada bagian kepala blakang, skala nyeri 5 dari 0-10 nilai skala nyeri, nyeri dirakan terus menerus, pasien tampak meringis,	S: Nyeri pada bagian kepala, Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk Nyeri dirasakan hanya pada bagian kepala, Skala nyeri 5 dari 0-10 skala nyeri Nyeri dirasakan terus menerus O: Pasien tampak meringis Nadi : 85x/menit A: tujuan 1,2,3,4	S: Nyeri pada bagian kepala, Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk Nyeri dirasakan hanya pada bagian kepala, Skala nyeri 4 dari 0-10 skala nyeri Nyeri dirasakan terus menerus O: Pasien tampak meringis Nadi : 80x/menit A: tujuan 1,2,3,4	S: Nyeri pada bagian kepala sudah berkurang Nyeri seperti ditusuk-tusuk sudah berkurang Nyeri dirasakan hanya pada bagian kepala, Skala nyeri 2 dari 0-10 skala nyeri Nyeri dirasakan terus menerus O: Pasien tampak tenang Nadi : 78x/menit A: tujuan 1,2,3,4

N:86x/menit	belum tercapai	belum tercapai	tercapai
	P: lanjutkan renpra	P: lanjutkan renpra	P: pertahankan kondisi pasien

Pasien 2

Diagnose keperawatan	Hari ke-1 Senin 27 maret 2019	Hari ke-2 Senin 28 maret 2019	Hari ke-3 Senin 29 maret 2019
Nyeri akut b/d agens cedera fisik disertai dengan adanya benjolan pada kepala ditandai dengan pasien merasa nyeri pada kepala,nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri pada bagian kepala, bahu dan pinggul kanan, skala nyeri 4 dari 0-10 nilai skala nyeri, nyeri dirakan	S: Nyeri pada bagian kepala,bahu dan pinggul bagian kanan Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk, Nyeri dirasakan pada kepala, bahu kanan dan pinggul kanan Skala nyeri 4 dari 0-10 skala nyeri	S: Nyeri pada bagian kepala,bahu dan pinggul bagian kanan Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk, Nyeri dirasakan pada kepala, bahu kanan dan pinggul kanan Skala nyeri 3 dari 0-10 skala nyeri	S: Nyeri pada bagian kepala,bahu dan pinggul bagian kanan sudah berkurang Nyeri dirasa seperti ditusuk-tusuk sudah berkurang, Nyeri dirasakan pada kepala, bahu kanan dan pinggul kanan sudah berkurang Skala nyeri 1 dari 0-10 skala nyeri

<p>terus menerus, pasien tampak meringis, N:84x/menit</p>	<p>O: Pasien tampak meringis Pasien mengatakan skala nyeri 4 dari 0-10 nilai skala nyeri Nadi : 85x/menit Nyeri dirasakan datang dan hilang A: tujuan 1,2,3,4 belum tercapai P: lanjutkan renpra</p>	<p>O: Pasien tampak meringis Pasien mengatakan skala nyeri 3 dari 0-10 nilai skala nyeri Nadi : 86x/menit Nyeri dirasakan datang dan hilang A: tujuan 1,2,3,4 belum tercapai P: lanjutkan renpra</p>	<p>O: Pasien tidsk meringis lagi Pasien mengatakan skala nyeri 1 dari 0-10 nilai skala nyeri Nadi : 76x/menit Nyeri dirasakan datang dan hilang A: tujuan 1,2,3,4 tercapai tercapai P: pertahankan kondisi pasien</p>
---	---	---	--

A. Pembahasan

Berdasarkan uraian yang telah dipaparkan dalam dalam tinjauan teoritis pada BAB II dan tinjauan kasus nyata yang ditemukan diruangan pada BAB IV, maka dalam pembahasan ini akan membahas tentang kesenjangan antara teori dan kasus yang sesungguhnya dalam Asuhan Keperawatan pada pasien 1 Ny.MM pada tanggal 18 – 21 Maret 2019 dan pasien 2 Ny.ML pada tanggal 26- 29 April 2019 di Ruang Bougenville BRSUD Tabanan, untuk mendapatkan gambaran yang jelas, maka kesenjangan yang terjadi akan diuraikan secara bertahap sesuai dengan tahapan proses asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

1. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status pasien (Nursalam,2013).Pengkajian pada Ny.MM dilakukan pada hari senin, 18 Maret 2019 pukul 13.20 wita, sedangkan pada pasien 2 Ny.ML pada hari selasa, 26 maret 2019 pukul 19.30 wita.Setelah dilakukan pengkajian sampai dianalisa datang didapatkan masalah keperawatan yaitu nyeri akut.

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatic dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai pendarahan interstill dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak.Cedera kepala merupakan suatu kondisi terjadinya cedera pada kepala yang dapat menyebabkan kerusakan jaringan otak akibat adanya trauma. Cedera kepala

merupakan penyakit neurologis yang paling sering terjadi diantara penyakit neurologis lainnya yang biasa disebabkan oleh kecelakaan(Morton, 2012 dalam NANDA NIC-NOC, 2015).

Menurut (International Association for the Study of Pain (IASP)) dalam buku konsep dan penatalaksanaan dalam praktik keperawatan berbasis bukti tahun 2015, nyeri merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial, atau di gambarkan dalam ragam yang menyangkut kerusakan, atau sesuatu yang di gambarkan dengan terjadinya kerusakan. Berdasarkan teori tersebut dapat disimpulkan bahwa skala nyeri yang dirasakan setiap pasien berbeda sesuai dengan pemikiran dan bagaimana pasien mengungkapkan rasa nyeri yang dirasakannya. Kekuatan pasien untuk merasakan nyeri juga dapat memengaruhi nilai dari skala nyeri yang diberikan saat pengkajian.

Factor pencetus munculnya rasa nyeri yang dialami oleh kedua pasien diakibatkan oleh cedera pada bagian kepala. Proses cedera kepala yang disebabkan karena adanya benturan dapat menyebabkan sawar darah otak disertai fase dilatasi dan edukasi cairan sehingga timbul edema yang dapat menyebabkan peningkatan intra cranial keadaan ini dapat menurunkan cairan darah ke otak yang bisa menyebabkan hipoksia., iskemia dan terjadinya nekrosis atau perdarahan yang dapat menimbulkan kematian. Karena benturanyang dialami terputusnya kontinuitas otak yang menyebabkan gangguan traumaticdari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan *intersitica* dalam substansi otak, mengakibatkan pelepasan mediator

histamine, bradikinin dan korteks serebri sehingga terjadinya nyeri akut (Hudak dan Gallo, 1997 dalam Wijaya & Putri 2013).

Kuantitas nyeri yang dirasakan oleh pasien 1 Ny.MM dengan pasien 2 Ny.ML sama, nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk. Nyeri pada penderita cedera kepala bersifat tajam dan menusuk. Nyeri secara patofisiologi dapat dibagi menjadi nosiseptif dan nyeri neuropatik. Nyeri neuropatik merupakan nyeri yang ditimbulkan akibat kerusakan neural pada saraf perifer maupun pada sistem saraf pusat yang meliputi jalur saraf eferen sentral dan perifer, biasanya digambarkan dengan rasa terbakar dan menusuk. Sensasi nyeri seperti ditusuk-tusuk merupakan pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan. Setiap pasien merespon nyeri dengan cara berbeda dan menginterpretasikannya secara berbeda-beda (Nasrul Effendy, 1995:2-3 dalam Wijaya A.S., & Putri, Y.M., 2013). Berdasarkan dari teori tersebut dapat disimpulkan kualitas nyeri pada pasien 1 dan 2 sama yaitu seperti menusuk.

Daerah nyeri yang dirasakan oleh pasien 1 Ny.MM dan pasien 2 Ny.ML sama yaitu pada bagian kepala. Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak (Morton, 2012 dalam NANDA NIC-NOC, 2015). Namun pada pasien 2 Ny.MM nyeri juga dirasakan pada bahu dan pinggul kanan karena kecelakaan yang dialami oleh pasien 2 Ny.MM juga mengenai bahu dan pinggul kanan. Jadi dapat disimpulkan bahwa nyeri pada pasien 1 Ny.MM dan 2 Ny.ML sama yaitu pada bagian kepala, hanya saja Ny.ML juga merasakan nyeri pada bahu dan pinggul kanan akibat dari benturan pasca kecelakaan.

Skala nyeri yang dirasakan pada Ny.MM dan pada Ny.ML memiliki perbedaan, dimana skala nyeri pada Ny.MM adalah 5 dari 1 – 10 skala yang diberikan sedangkan pada Ny.ML adalah 4 dari 1 – 10 skala nyeri yang diberikan. Perbedaan skala nyeri yang dirasakan oleh kedua pasien dapat disebabkan berbagai faktor diantaranya usia dan makna nyeri (Potter & Perry, 2010). Usia mempengaruhi persepsi nyeri seseorang karena anak-anak dan orang tua mungkin lebih merasakan nyeri dibandingkan dengan orang dewasa karena mereka sering tidak dapat mengkomunikasikan apa yang mereka rasakan. Anak-anak belum bisa untuk mengungkapkan nyeri secara verbal dan sulit untuk mengekspresikannya kepada orang tua ataupun perawat. Pada orang tua, nyeri yang mereka rasakan sangat kompleks, karena mereka umumnya memiliki berbagai macam penyakit dengan gejala yang sering sama dengan bagian tubuh yang lain. Oleh karena itu, perawat harus teliti melihat dimana sumber nyeri yang dirasakan pasien. Makna dari nyeri yang dirasakan seseorang dihubungkan dengan pengaruh pengalaman nyeri dan bagaimana seseorang tersebut mengadaptasikannya. Hal ini sangat berhubungan dengan latar belakang budaya. Seseorang akan merasa nyeri yang berbeda jika mendapatkan sebuah ancaman, kehilangan, hukuman, atau tantangan (Potter & Perry, 2009).

Waktu nyeri yang dirasakan oleh Ny.MM dan Ny.ML sama yaitu pada saat menggerakkan kepalanya. Menurut Evan, et al, 2014 menyebutkan bahwa 30 – 90 % cedera kepala mengalami nyeri pada kepala. Pada cedera kepala ringan, nyeri kepala merupakan keluhan yang paling sering terjadi. Keadaan nyeri ini

terjadi akibat perubahan organik kerusakan serabut saraf otak, edema otak dan peningkatan tekanan intrakranial karena sirkulasi serebral yang tidak adekuat (Black & Hawks, 2009). Nyeri kepala menimbulkan perasaan yang tidak nyaman dan hal ini akan berpengaruh terhadap aktivitasnya seperti pada saat bergerak dan merubah posisinya.

2. Diagnose

Diagnose keperawatan merupakan suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu maupun kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberi intervensi secara pasti (Nursalam, 2013).

Menurut (Wijaya & Putri, 2013) masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan cedera kepala ringan, yaitu resiko perubahan perfusi jaringan serebral, bersihan jalan nafas tidak efektif, perubahan persepsi sensori, gangguan rasa nyaman nyeri, dan kurangnya pengetahuan. Namun di sini penulis hanya mengangkat satu masalah keperawatan yang actual dan yang menjadi prioritas utama berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada tahap pengkajian yaitu gangguan rasa nyaman nyeri.

3. perencanaan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah – masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Pada perencanaan, diawali dengan memprioritaskan masalah keperawatan berdasarkan berat ringannya masalah

yang mengancam jiwa pasien dimana prioritas masalah, sudah sesuai dalam kasus (Nursalam, 2013)

Rencana keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien merujuk pada rencana keperawatan secara teori. Adapun rencana keperawatan untuk mengatasi masalah rasa nyaman nyeri menurut NANDA, 2015 yaitu dengan cara observasi tanda-tanda vital, kaji nyeri menggunakan PQRST, ajarkan tehnik distraksi dan relaksasi dengan cara mengajak berbincang-bincang dan menarik nafas dalam, berikan posisi nyaman (semi fowler) dan delegatif dalam pemberian obat analgetik. Rencana keperawatan secara teori telah diberikan sepenuhnya kepada pasien

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan adalah tahap keempat dalam proses keperawatan dan merupakan realisasi dari rencana yang telah dibuat untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan untuk meningkatkan kesehatan (Nursalam, 2013) pada pasien Ny.MM dan Ny.ML. Dalam pelaksanaannya penulis tidak dapat melakukannya 2 x 24 jam , penulis hanya bisa melakukan pada saat jam dinas saja, sedangkan diluar itu pelaksanaan dilakukan oleh petugas ruangan. Pelaksanaan Keperawatan pada pasien Ny.MM dilaksanakan pada tanggal 19 Maret 2019 dari pukul 06.00 wita, sedangkan Ny.ML dilaksanakan pada tanggal 27 maret 2019 dari pukul 06.00 wita. Pada diagnosa nyeri akut semua rencana yang telah disusun untuk mengatasi masalah tersebut dapat dilaksanakan dengan baik karena didukung oleh situasi dan kondisi,

respon pasien yang kooperatif serta kerja sama yang baik dari tim ruangan, sehingga dalam pelaksanaannya tidak menemukan hambatan. Ada rencana tindakan yang tidak disusun namun perlu dilakukan dilakukan seperti memberikan HE pada pasien mengenai penyakit CKR seperti yang sedang dideritanya, karena pasien sebelumnya tidak mengetahui dan baru pertama kali mengalami CKR sehingga memerlukan pemberian HE.

5. Evaluasi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan untuk menilai keberhasilan tindakan keperawatan serta menyusun tindak lanjut. Evaluasi yang dilaksanakan adalah evaluasi formatif (evaluasi harian) dan evaluasi sumatif (evaluasi terakhir dari asuhan keperawatan yang diberikan).

Pada pasien 1 Ny.MM dilakukan evaluasi pada tanggal 19-21 maret 2019. Data subjektif pada Ny.MM sudah mencapai criteria hasil yang mendukung nyeri yang dirasakan pasien berkurang. Data objektif sudah memenuhi criteria hasil yaitu pasien tidak meringis lagi, nadi normal 60-80 x/menit, skala nyeri 2 dari 0-10 skala nyeri. Pada analisa tujuan 1,2,3,4 sudah tercapai, masalah teratas. Pada plening yaitu pertahankan kondisi pasien saat ini (normal).

Pada pasien 2 Ny.ML evaluasi dilakukan pada tanggal 27-29 maret 2019. Data subjektif pada Ny.MM sudah mencapai kriteria hasil yang mendukung nyeri yang dirasakan pasien berkurang. Data objektif sudah memenuhi criteria hasil yaitu pasien tidak meringis lagi, nadi normal 60-80

x/menit, skala nyeri 1 dari 0-10 skala nyeri. Pada analisa tujuan 1,2,3,4 sudah tercapai, masalah teratas. Pada plening yaitu pertahankan kondisi pasien saat ini(normal).

Dari pembahasan mengenai evaluasi keperawatan diatas, baik pada pasien 1 dan pasien 2 dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat kesenjangan. Hal ini terjadi karena seluruh evaluasi keperawatan dapat dicapai sesuai dengan criteria hasil yang telah direncanakan sebelumnya pada perencanaan keperawatan sehingga masalah keperawatan dapat teratasi dengan mempertahankan kondisi pasien saat ini(normal).

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan

Dari uraian yang ditulis pada pembahasan dapat disimpulkan bahwa penulis telah mendapat gambaran umum tentang asuhan keperawatan pasien Ny.MM dan pasien Ny.ML yang mengalami cedera kepala ringan di Ruang Bougenville BRSUD Tabanan sudah dapat dilaksanakan dengan baik.

Pada pengkajiandata dari pasien Ny.MM dan pasien Ny.ML diperoleh dengan pengumpulan datapengkajian, data bio-psiko-spiritual dan pemeriksaan fisik. Data yang di kumpulkan telah disesuaikan dan berdasarkan pada kondisi pasien pada saat pengkajian. Dari pengkajian tersebut di dapatkan data subjektif yang berasal dari keluhan pasien, keluarga pasiendan data objektif dari hasil pemeriksaan dan pengkajian yang dilakukan.

Dari pengkajian telah dapat dirumuskan lima diagnosa keperawatan yang sama antara dua pasien Ny.MM dan pasien Ny.ML yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Perencanaan disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul dan prioritas masalah keperawatan telah dibuat berdasarkan masalah yang paling mengancam jiwa pasien dan kesehatan pasien. Dari masalah keperawatan pada pasien cedera kepala ringan, dan masalah keperawatan yang muncul pada pasien Ny. MM dan Ny.ML yang menjadi prioritas utama yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik. Rencana

keperawatan nyeri akut tersebut sudah disusun sesuai dengan apa yang terdapat pada teori.

Pelaksanaan tindakan keperawatan sudah dilaksanakan dengan baik, selain itu pasien dan keluarga juga sangat kooperatif dalam setiap tindakan keperawatan yang diberikan sehingga proses keperawatan dapat dilakukan secara optimal. Evaluasi keperawatan pada pasien Ny. MM dan Ny. ML dilaksanakan dalam 2 x 24 jam, dari diagnose tersebut sudah semua teratasi dan pertahankan kondisi pasien.

B. Saran

1. Bagi Institusi Pendidikan

Dengan telah disusunnya karya tulis ilmiah ini diharapkan dapat meningkatkan keefektifan dalam belajar, pengetahuan, kemampuan dan keterampilan mahasiswa dalam menerapkan atau mengaplikasikan hal-hal yang telah didapatkan berupa asuhan keperawatan pada pasien dengan hernia, serta untuk melengkapi sumber-sumber buku perpustakaan sebagai bahan informasi dan referensi yang penting dalam mendukung pembuatan karya tulis ilmiah bagi mahasiswa semester akhir.

2. Bagi Institusi pelayanan kesehatan terkait

Diharapkan untuk institusi pelayanan kesehatan terkait dapat memberikan pelayanan terhadap pasien dengan Cedera Kepala Ringan secara efektif sehingga masalah keperawatan pada pasien dapat di tangani dengan segera

3. Bagi masyarakat

Di harapkan masyarakat dapat menjaga kesehatannya, sumber informasi dan pengetahuan masyarakat semakin bertambah tentang CederaKepalaRingan.

4. Bagi pasien

Diharapkan pasien dapat meningkatkan kesehatan dan dapat melakukan perawatan pasienCederaKepalaRingandi rumah.

5. Bagipenulisselanjutnya

Diharapkan agar dapat meningkatkan kemampuan penulis dalam membuat asuhan keperawatan padapasiendenganCederaKepalaRingan

Daftar pustaka

Black. J. & Hawks. J. H. (Eds. 8). (2014). *Keperawatan Medical Bedah Manajemen Klinis Untuk Hasil Yang Diharapkan*. Jakarta: Selamba Medika

Diagnose medis dan NANDA NIC-NOC-jilid 1. Jogyakarta:Medika Action.

Fitriana. N. (2018). HUBUNGAN MEKANISME CEDERADAN TRAUMA ORGAN LAIN DENGAN PROGNOSIS PASIEN CEDERA KEPALA BERAT.

Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah purwokerto. Diperoleh

tanggal 27 Februari 2019, dari:

<http://jurnalbaptis.hezekiahteam.com/jurnal/index.php/keperawatan/article/view/320/293>

Nursalam. (2013) . *Proses dan Dokumentasi Keperawatan:Konsep dan Praktik*. Jakarta:Salemba Medika

Padila. (2012). *Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta:Nuha Medika

Setiawan, H & Maridi, M. (2015). ANALISA PRAKTIK KLINIK KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR) DENGAN NYERI KEPALA AKUT DI RUANG INSTALASI GAWAT DARURAT RSUD ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA TAHUN 2015. *STIKES*

Muhammadiyah Samarinda. Diperoleh tanggal 27 Februari 2019, dari:

<http://dspace.umkt.ac.id/handle/463.2017/957>

Susan, B. Stillwell.(2012). *Pedoman Keperawatan Kritis*.(Edisi 3). Jakarta: EGC

Simanora, A & Suriani, BR. (2017). PENGARUH PEMBERIAN TERAPI OKSIGEN DENGAN MENGGUNAKAN NON-REBBREATHING MASK (NRM) TERHADAP NILAI TEKANAN PASIAL CO² (PaCO₂) PADA PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA SEDANG DI RUANG ITENSIVE CARE UNIT (ICU) RSUP H ADAM MALIK MEDAN TAHUN 2017. Medan. Diperoleh tanggal 28 Februari 2019, dari :

<http://e-journal.sari-mutiara.ac.id/index.php/Keperawatan/article/view/368>>

Wijaya, S & Putri, M. (2013). *KMB2 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa)*. Yogyakarta:Nuha Medika

Yayasan Ambulancs Gawat Darurat 118. (2018). *Basic Trauma & Cardiac Life Support. Tangerang Selatan*. Ambulans Gawat Darurat 118.

Zakiah, A. (2015). *Konsep Dan Penatalaksanaan Praktik Keperawatan Berbasis Bukti*. Jakarta: Selemba Medika

Daftar lampiran

Lampiran 1 penjelasan untuk mengikuti penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

(PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari/institusi program DIII-Keperawatan dengan ini meminta anda untuk ikut berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan” dengan diagnose gangguan rasa nyaman nyeri.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah untuk mendapatkan gambaran asuhan keperawatan pada pasien Dengan Cedera Kepala Ringan Dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Di Ruang Bougenville BRSU Tabanan yang dapat member manfaat berupa memperoleh pengalaman dalam mengaplikasikan hasil riset keperawatan khususnya studi kasus tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala ringan dengan diagnose gangguan rasa nyaman nyeri
3. Prosedur pengambilan bahan dan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung 1-30 menit. Cara ini menyebabkan rasa tidak nyaman tetapi anda tidak perlu

khawatir karena penelitian itu untuk kepentingan pengembangan asuhan pelayanan kesehatan.

4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan dalam penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif mengikuti perkembangan asuhan keperawatan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara/saudari sampaikan akan dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini silakan menghubungi peneliti pada nomor Hp. 089668521612

Peneliti

(I Wayan Nemu Artha Yasa)

NIM.16E11579

Lampiran 2

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Ni Putu Ana Antari dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Tabanan,

Saksi

Yangmemberikan
Persetujuan

(.....)

(.....)

Peneliti

(I Wayan Nemu Artha Yasa)

LAMPIRAN 3

INFORMED CONSENT

(Persetujuan menjadi partisipan)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Ni Putu Ana Antari dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN”.

Saya memutuskan setuju untuk ikut berpartisipasi pada penelitian ini secara sukarela tanpa paksaan. Bila selama penelitian ini saya menginginkan mengundurkan diri, maka saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Tabanan,

Saksi

Yangmemberikan
Persetujuan

(.....)

(.....)

Peneliti

(I Wayan Nemu Artha Yasa)

LAMPIRAN 4 Bukti Proses Bimbingan
LAMPIRAN 5 POA

WOC Cedera kepala (NANDA NIC-NOC, 2015).

