

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**  
**CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)**  
**DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT**  
**DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN**



**OLEH:**

**NI PUTU AYU ESA CAHYATI**

**NIM: 17E10015**

**INSTITUT TEKNOOGI DAN KESEHATAN BALI**  
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**DENPASAR**  
**2020**

**KARYA TULIS ILMIAH**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN**  
**CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)**  
**DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT**  
**DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN**

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan  
(A.Md.Kep) pada program studi Diploma III Keperawatan



**OLEH:**

**NI PUTU AYU ESA CAHYATI**

**NIM: 17E10015**

**INSTITUT TEKNOLOGI DAN KESEHATAN BALI**  
**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN**  
**DENPASAR**  
**2020**

## **PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ni Putu Ayu Esa Cahyati  
N I M : 17E10015  
Program Studi : Diploma III Keperawatan  
Institusi : Institut Teknologi dan Kesehatan Bali

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah 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 di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan karya tulis ilmiah ini hasil jiplakan, maka saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Denpasar, 27 Februari 2020

Pembuat pernyataan

Ni Putu Ayu Esa Cahyati

NIM : 17E10015

## **MOTTO**

“Life is a Collection Of Beliefs And Struggles”

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya tulis Ilmiah oleh Ni Putu Ayu Esa Cahyati NIM 17E10015 dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Bougenville BRSU Tabanan” telah diperiksa dan disetujui untuk diujikan.

Denpasar, 2 Mei 2020

Penguji Utama

Pembimbing Pendamping

Ns. Ni Nyoman Nuartini, S.Kep, M.Kes

NIDN: 0810068101

Ns.Ni Made Dewi Wahyunadi, S.Kep, M.Kep

NIDN: 0826128802

## LEMBAR PENGESAHAN

Studi Kasus oleh Ni Putu Ayu Esa Cahyati NIM 17E10015 dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN” telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 6 Mei 2020.

Denpasar, 6 Mei 2020

Disahkan Oleh:

Dewan Penguji Ujian Akhir Program

1. Ns. Ni Nyoman Nuartini, S.Kep., M.Kes .....

NIDN. 0810068101

2. Ns. Ni Made Dewi Wahyunadi, S.Kep., M.Kep .....

NIDN.0826128802

Mengetahui,

Institut Teknologi Dan Kesehatan Bali

Rektor,

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

NIDN.0823067802

## **KATA PENGANTAR**

Om Swastyastu

Puji syukur penulis panjatkan kehadapan Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat-Nya penulis dapat menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah yang berjudul Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cedera Kepala Ringan Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Bougenville BRSU Tabanan .

Dalam penyusunan laporan ini penulis banyak mendapatkan bimbingan, pengarahan dan bantuan dari semua pihak sehingga proposal karya tulis ilmiah ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya. Oleh karena itu penulis sangat ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang membantu menyelesaikan laporan kasus ini antara lain kepada :

1. Bapak I Gede Putu Darma Suyasa, S.Kep., M.Ng., Ph.D. selaku Rektor ITEKES Bali yang telah banyak membina, membimbing penulis dari awal mengikuti pendidikan sampe sekarang ini.
2. Ibu Ns. NLP Dina Susanti, S.Kep.,M.Kep. Selaku wakil Rektor I ITEKES Bali yang telah memberikan arahan kepada penulis dalam menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
3. Bapak Ns. I Gede Satria Astawa, S.Kep., M.Kes. selaku Kepala Program Studi DIII Keperawatan ITEKES Bali yang telah memberikan arahan dan motivasi bagi penulis untuk menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.

4. Ibu Ns. Ni Nyoman Nuartini, S.Kep., M.Kes. Selaku penguji utama yang telah memberikan arahan dan masukan maupun saran yang diberikan kepada penulis.
5. Ibu Ns. Ni Made Dewi Wahyunadi, S.Kep, Selaku pembimbing yang telah banyak memberikan masukan, arahan, dan motivasi dalam pembuatan karya tulis ilmiah ini.
6. Seluruh teman-teman Diploma III Keperawatan tingkat III, sahabat tercinta, seseorang yang saya cintai, beserta semua pihak yang telah memberikan bantuan baik moral, material, motivasi, semangat serta spiritual dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.
7. Keluarga di rumah Bapak, Ibu, Kakak, Adik yang telah memberikan dukungan baik moral, material, spiritual, semangat dan motivasi dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Penulis menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini jauh dari yang namanya sempurna. Oleh sebab itu, kritik dan saran yang bersifat konstruktif perlu diharapkan oleh penulis demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini. Akhir kata penulis mengucapkan terimakasih

Om Santhi Santhi Santhi Om

Denpasar, 6 Mei 2020

Penulis

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. A  
DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN**

**Ni Putu Ayu Esa Cahyati**

**Program studi D-III Keperawatan ITEKES Bali**

[ayuesacahyati@gmail.com](mailto:ayuesacahyati@gmail.com)

**Latar belakang:** Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa pendarahan interstitial dalam substansi otak diikuti terputusnya kontinuitas otak. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menunjukkan insiden cedera kepala di Indonesia sebanyak 11.9 per 100.000 populasi dengan prevalensi 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:** menerapkan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan nyeri akut sesuai dengan tahapan proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi).

**Metode:** metode studi kasus yang dilakukan oleh penulis adalah pasien cedera kepala ringan dengan nyeri akut dan tidak membedakan jenis kelamin.

**Hasil:** Asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala ringan ditemukan masalah keperawatan nyeri akut dan dalam 3x24 jam masalah teratasi dengan hasil perkembangan pasien yang membaik.

**Kesimpulan:** Penerapan proses asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Cedera Kepala Ringan dengan Nyeri Akut di Ruang Bougenville BRSU Tabanan secara umum sudah sesuai dengan tahapan – tahapan dalam proses keperawatan dan dapat dilaksanakan dengan baik. Dalam 3x24 jam asuhan keperawatan yang diberikan semua dapat teratasi.

**Kata kunci:** Asuhan keperawatan, Cedera kepala, Nyeri akut

## DAFTAR ISI

SAMPUL DEPAN .....	i
SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN .....	iii
HALAMAN ORISINALITAS.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN.....	v
LEMBAR PENGESAHAN .....	vi
KATA PENGANTAR .....	vii
ABSTRAK .....	ix
DAFTAR ISI.....	x
DARFTAR TABEL .....	xiii
DAFTAR GAMBAR .....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
DAFTAR SINGKATAN .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan masalah.....	4
C. Tujuan studi kasus.....	4
D. Manfaat studi kasus.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
A. Anatomi fisiologi kepala.....	7
B. Kasus cedera kepala .....	11
C. Tinjauan Teori Kasus Asuhan Keperawatan Cedera Kepala .....	24

D. Asuhan Keperawatan Cedera Kepala.....	43
WOC .....	47
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>48</b>
A. Desain studi kasus .....	48
B. Subyek studi kasus .....	48
C. Fokus studi .....	48
D. Definisi operasional .....	48
E. Tempat dan Waktu .....	49
F. Instrument Pengumpulan Data.....	49
G. Penyajian Data .....	50
H. Etika Studi Kasus .....	52
<b>BAB IV HASIL &amp; PEMBAHASAN.....</b>	<b>54</b>
A. HASIL.....	54
1. Gambaran lokasi pengambilan data .....	54
2. Pengkajian keperawatan.....	55
3. Diagnosa keperawatan .....	72
4. Perencanaan keperawatan .....	74
5. Implementasi keperawatan.....	80
6. Evaluasi keperawatan.....	88
B. PEMBAHASAN .....	92
1. Pengkajian keperawatan.....	92
2. Diagnosa keperawatan .....	93
3. Perencanaan keperawatan .....	95
4. Implementasi keperawatan.....	96

5. Evaluasi keperawatan.....	97
<b>BAB V PENUTUP.....</b>	<b>98</b>
A. Kesimpulan .....	98
B. Saran.....	99
DAFTAR PUSTAKA .....	101

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Reaksi Membuka Mata .....	12
Tabel 2.2 Reaksi Verbal .....	13
Table 2.3 Reaksi Motorik .....	13
Tabel 4.1 Pemeriksaan Diagnostik.....	64
Tabel 4.2 Analisa Data Keperawatan.....	66
Tabel 4.3 Rencana Keperawatan.....	74
Tabel 4.4 Pelaksanaan Keperawatan.....	80
Tabel 4.5 Evaluasi Keperawatan.....	88

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Kepala .....	7
---	---

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1. Halaman sampul

Lampiran 2. Pernyataan keaslian tulisan

Lampiran 3. Lembar persetujuan

Lampiran 4. Lembar pengesahan

Lampiran 5. Penjelasan mengikuti penelitian.

Lampiran 6. Informed consent

Lampiran 7. Buku bukti fisik bimbingan KTI

## **DAFTAR SINGKATAN**

1. Tn = Tuan
2. CKR = Cedera Kepala Ringan
3. Riskesdas = Riset Kesehatan Dasar
4. WOC = Web of Caution
5. KTI = Karya Tulis Ilmiah
6. POA = Plan of Action
7. WHO = World Health Organization
8. O<sub>2</sub> = Oksigen
9. GCS = Glasgow Come Scale
10. TIK = Tekanan Intrakranial
11. CSS = Cairan Selebrospinal
12. MRI = Magnetic Resonance Imaging
13. EEG = Elektroensefalografi
14. BEAR = Brain Auditory Evoked Respons
15. PET = Pasitron Emission Tomografly
16. AGD = Analisa Gas Darah
17. Hb = Hemoglobin
18. ABC = Airway, Breathing, Cirkulation
19. B1 = Breathing
20. B2 = Blood
21. B3 = Brain
22. B4 = Bladder

23. B5	= Bowel
24. WOD	= Wawancara, Observasi, Dokumentasi
25. KARS	= Komite Akreditasi Rumah Sakit
26. ISO	= Intranasional Organization for Standardization
27. THT	= Telinga Hidung Tenggorokan
28. VCT	= Voluntary Counselling and Testing
29. ICU	= Intensive Care Unit
30. ICCU	= Intensive Coronary Care Unit
31. HCU	= High Care Unit
32. OK	= Operation Kamar
33. VK	= Verlus Kamar
34. IGD	= Instalasi Gawat Darurat
35. Ny	= Nyonya
36. IRT	= Ibu Rumah Tangga
37. SMA	= Sekolah Menengah Atas
38. SMP	= Sekolah Menengah Pertama
39. MRS	= Masuk Rumah Sakit
40. E	= Eye
41. V	= Verbal
42. M	= Motorik
43. RR	= Respiration
44. TD	= Tekanan Darah
45. S	= Suhu

46. N = Nadi
47. BAK = Buang Air Besar
48. BAB = Buang Air Besar
49. TTV = Tanda-Tanda Vital
50. KU = Keadaan Umum
51. DS = Data Subjektif
52. DO = Data Objektif

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa pendarahan interstitial dalam substansi otak diikuti terputusnya kontinuitas otak. (Wijaya & Putri, 2013)

Menurut WHO (World Health Organization 2013 ) Setiap tahun di Amerika Serikat hampir 1.500.000 kasus cedera kepala.. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menunjukkan insiden cedera kepala di Indonesia sebanyak 11.9 per 100.000 populasi dengan prevalensi 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.

Menurut Riskesdas 2018 Provinsi Bali mengalami peningkatan dalam masalah cedera kepala terlihat dari tahun 2007 terdapat 7% dengan masalah cedera kepala sedangkan di tahun 2018 terdapat 8,6% dengan masalah cedera kepala. Berdasarkan studi kasus yang dilakukan di BRSU Tabanan, khususnya di Ruang Bougenville berdasarkan data yang diperoleh dicatat medis jumlah pasien cedera kepala pada tahun 2019 sebanyak 162 orang yang mengalami cedera kepala. Sedangkan pada 3 bulan terakhir jumlah penderita cedera kepala sebanyak 93 yang mengalami cedera kepala.

Pada umumnya penyebab cedera kepala meliputi cedera akselerasi terjadi jika objek bergerak menghantam kepala yang tidak bergerak. Cedera deselerasi terjadi jika kepala yang bergerak membentur objek diam. Cedera akselerasi-deselerasi sering terjadi dalam kasus kecelakaan kendaraan bermotor dan episode kekerasan fisik. Cedera coup-counter coup disebabkan oleh pukulan dibagian belakang kepala, sedangkan cedera rotasional terjadi jika pukulan/benturan menyebabkan otak berputar dalam rongga tengkorak (Nurarif, A.H & Kusuma, H, 2016)

Komplikasi yang dapat terjadi pada cedera kepala menurut Wijaya dan Putri (2013) adalah epilepsi pasca trauma, afasia, apraksia, agnosis, amnesia, fistel karotis-karvenousus, diabetes insipidus, kejang pasca trauma, kebocoran cairan selebrosfinal, edema selebral dan herniasi dan deficit neurologis dan psikososial. Komplikasi dari cedera kepala ringan yaitu pasien akan merasa lelah dan kelelahan, sulit konsentrasi, pusing, tinnitus, mual, sakit kepala berkelanjutan, mengantuk, kebingungan atau disorientasi, sulit tidur, kejang-kejang, sensitivitas terhadap cahaya atau suara, gangguan indra penglihatan seperti penglihatan buram, dan telinga berdengung.

Penatalaksanaan pada pasien cedera kepala berat memerlukan tindakan intubasi pada kesempatan pertama. Pemeriksaan umum untuk mendeteksi berbagai macam cedera, pemeriksaan neurologis mencakup respon mata, motoric, verbal, pemeriksaan pupil, reflek okulosefatik dan reflek okuloves tubuker, penanganan cedera-cedera dibagian lainnya,

tindakan pemeriksaan diagnostic seperti sken tomografi computer otak, angiografi selebral (Satyanegara, 2010 dalam Nurarif, A.H & Kusuma, H ,2016).

Penatalaksanaan bedah yang dilakukan untuk pasien cedera kepala adalah operasi trepanasi. Penatalaksanaan operasi trepanasi ini diindikasikan pada pasien penurunan kesadaran tiba-tiba terutama riwayat cedera kepala akibat berbagai factor, adanya tanda herniasi/lateralisasi, adanya cedera sistemik yang memerlukan operasi emergency dimana *CT Scan* kepala tidak bisa dilakukan.

Intervensi yang dapat diberikan atau dilakukan pada pasien cedera kepala ringan yaitu monitor pernafasan dan status oksigenisasi, beri posisi nyaman untuk memaksimalkan ventilasi, evaluasi pergerakan dan auskultasi suara nafas pada kedua paru, kolaborasi dengan tim medis lain dalam pemberian O<sub>2</sub>, Observasi fungsi pernafasan , catat frekuensi pernafasan, dyspnea atau perubahan tanda-tanda vital, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, dengan dokter, radiologi dan fisioterapi seperti pemberian antibiotic, pemberian analgetik, fisioterapi dada, konsul foto thorak. Intervensi utama yang diberikan untuk pasien cedera kepala ringan yaitu memperhatikan bersihan jalan nafas dan pemberian O<sub>2</sub> untuk mempertahankan aliran oksigen kedalam otak.

Mengingat tingginya angka kejadian cedera kepala dan dampak yang ditimbulkan, maka perawat memiliki peran penting dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan cedera kepala. Dengan harapan

dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pasien khususnya pasien dengan cedera kepala. Perawat juga harus memiliki strategi dalam perawatan untuk mencegah dampak yang ditimbulkan oleh cedera kepala tersebut seperti peningkatan tekanan intrakranial. Maka dari uraian diatas penulis merasa tertarik untuk menulis kasus ini dengan judul “ ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN CEDERA KEPALA DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN.”

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang, maka penulis merumuskan masalah “Bagaimanakah Gambaran Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri AKut di Ruang Bougenville BRSU Tabanan?”

## **C. Tujuan Studi Kasus**

Adapun tujuan dalam studi kasus ini adalah sebagai berikut :

### **1. Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran pengkajian keperawatan pada satu pasien cedera kepala ringan dengan diagnose keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan.

- b. Mengetahui gambaran diagnosa keperawatan pada satu pasien cedera kepala ringan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan.
- c. Mengetahui gambaran perencanaan keperawatan pada satu pasien cedera kepala ringan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan.
- d. Mengetahui gambaran tindakan keperawatan pada satu pasien cedera kepala ringan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan.
- e. Mengetahui gambaran evaluasi keperawatan pada satu pasien dengan cedera kepala ringan dengan diagnose keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan.

### **3. Manfaat Studi Kasus**

Adapun manfaat penulisan laporan kasus ini bagi pasien, keluarga, perawat, penulis dan ilmu pengetahuan berikut ini :

#### **1. Pasien**

Memberikan informasi tambahan yang bermanfaat kepada pasien mengenai cedera kepala.

#### **2. Keluarga**

Menambah informasi tambahan mengenai cara merawat anggota keluarga yang mengalami cedera kepala.

#### **3. Perawat**

Memberikan tambahan informasi, pemahaman dan pengetahuan mengenai cedera kepala.

4. Penulis

Dapat meningkatkan kemampuan penulis dalam membuat asuhan keperawatan cedera kepala.

5. Ilmu Pengetahuan

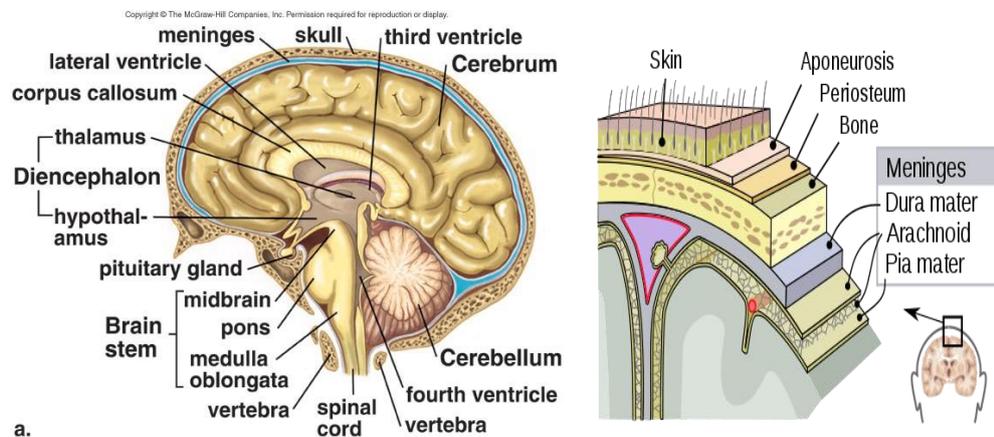
Menambah informasi dan bahan kepustakaan dalam pemberian asuhan keperawatan cedera kepala.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan Teori

##### Anatomi Fisiologi Kepala



**Gambar 2.1 Anatomi Fisiologi Kepala**

Otak dilindungi dari cedera oleh rambut, kulit, dan tulang yang membungkusnya. Tanpa perlindungan ini otak yang lembut, yang membuat kita seperti adanya, akan mudah sekali terkena cedera dan mengalami kerusakan. Cedera kepala dapat mengakibatkan malapetaka besar bagi seseorang. Pada orang dewasa tengkorak merupakan runtuhan keras yang tidak memungkinkan perluasan isi intracranial. Tulang sebenarnya terdiri dari 2 dinding atau tabula yang dipisahkan oleh tulang berongga. Dinding luar disebut tabula eksternal dan dinding bagian dalam disebut tabula internal. Pelindung lain yang melapisi otak adalah meninges.



Ketiga lapisan meninges adalah durameter, araknoid, dan piameter (Price, Silvia A; 2005: 2014).

Sistem persarafan terdiri dari :

a. Susunan saraf pusat

1) Otak

a) Otak besar atau serebrum (*cerebrum* )

Mempunyai dua belahan yaitu hemisfer kiri dan hemisfer kanan yang dihubungkan oleh massa substansi alba (*substansia alba*) yang disebut *kospus kalosum*. Serebrum terdiri atas korteks sereri, basal ganglia (*korpora striate*) dan system limbic (*rhinencephalon*).

b) Otak kecil (serebelum)

Serebelum ( otak kecil ) terletak dalam *fossa kranial posterior*, dibawah tentorium serebelum bagian posterior dari pons varolii dan medulla oblongata. Serebelum mempunyai dua hemisfer yang dihubungkan oleh vermis. Serebelum dihubungkan dengan otak tengah oleh pendukulus selebri superior, dengan pons paroli oleh pendukulus selebri media dan medulla oblongata oleh pendukulus selebri inferior. Lapisan permukaan setiap hemisfer serebri disebut korteks yang disusun oleh substansia grisea. Lapisan-lapisan korteks serebri ini dipisahkan oleh *fisura transversus* yang

tersusun rapat. Kelompok massa substansia grisea tertentu pada serebelum tertanam dalam substansia alba yang paling besar dikenal sebagai nucleus dentatus.

c) Batang Otak

Pada permukaan batang otak terdapat medulla oblongata, pons varolli, mesensefalon dan diensefalon. Thalamus dan epitalamus terlihat dipermukaan posterior batang otak yang terletak diantara serabut capsula interna. Disepanjang pinggir dorso-medial thalamus terdapat sekelompok serabut saraf berjalan keposterior basis epifise.

2) Sumsum tulang belakang (*Trunkus cerebri*)

Medulla spinalis merupakan bagian system saraf pusat yang menggambarkan perubahan terakhir pada perkembangan embrio. Semula ruangnya besar kemudian mengecil menjadi kanalis sentralis. Medulla spinalis terdiri atas dua belahan yang sama dipersatukan oleh struktur intermedia yang dibentuk oleh sel saraf dan didukung oleh jaringan interstisial.

Medulla spinalis membentang dari foramen magnum sampai setinggi vertebra lumbalis I dan II, ujung bawahnya runcing menyerupai kerucut yang disebut konus medularis, terletak didalam kanalis vertebralis melanjut

sebagai benang-benang (*filum terminale*) dan akhirnya melekat pada vertebra torakalis II, medulla spinalis menebal kesamping. Penebalan ini dinamakan intumescensia servikalis.

b. Susunan saraf perifer

1) Susunan saraf somatik

Indra somatik merupakan saraf yang mengumpulkan informasi sensori dari tubuh. Indra ini berbeda dengan indra khusus (penglihatan, penghidupan, pendengaran, pengecap dan keseimbangan). Indra somatik digolongkan menjadi 3 jenis :

- a) Indra somatic mekano reseptif
- b) Indra termoreseptor
- c) Indra nyeri

2) Susunan saraf otonom

Saraf yang mempersarafi alat-alat dalam tubuh seperti kelenjar, pembuluh darah, paru-paru, lambung, usus dan ginjal. Alat ini mendapat dua jenis persarafan otonom yang fungsinya saling bertentangan, kalau yang satu merangsang yang lainnya menghambat dan sebaliknya kedua susunan saraf ini disebut saraf simpatis dan saraf parasimpatis (Syaifuddin, 2012 hal 184-216).

## 1. Kasus Cedera Kepala

### a. Definisi

Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. (Morto,2012 dalam Nurarif, A.H & Kusuma, H, 2016).

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatic dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan intersitcal dalam substansi otak tanpa diikuti terpuusnya kontinuitas otak (Hudak dan Gallo, 1997 dalam buku Wijaya dan Putri 2013).

Cedera kepala merupakan adanya pukulan/benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Susan Martin,1996,hal 497 dalam buku Wijaya dan Putri 2013).

Dari definisi diatas dapat disimpulkan bahwa cedera kepala adalah dimana kondisi kepala atau struktur organ kepala mengalami benturan yang mengakibatkan ketidakseimbangan fungsi otak.

### b. Klasifikasi

Menurut Nurarif, A.H & Kusuma, H, 2016 klasifikasi cedera kepala dapat dibagi menjadi :

#### 1) Berdasarkan patologi :

##### a) Cedera kepala primer

Akibat cedera awal. Cedera awal menyebabkan gangguan integritas fisik, kimia, dan listrik ddari sel diarea tersebut.

Yang menyebabkan kematian sel.

b) Cedera kepala skunder

Cedera yang menyebabkan kerusakan otak lebih lanjut yang terjadi setelah trauma setelah meningkatkan TIK/Tekanan Intra Kranial yang tidak terkendali, meliputi respon fisiologi secara otak, termasuk edema selebral, perubahan biokimia, dan perubahan hemodinamik selebral, iskemiaselebral, hipotensi sistemik dan infeksi local atau sistemik.

2) Menurut jenis cedera

a) Cedera kepala terbuka

Dapat menyebabkan fraktur tulang tengkorak dan laserasi diameter. Trauma yang menembus tengkorak dan jaringan otak.

b) Cedera kepala tertutup

Dapat disampaikan pada pasien dengan gegar otak ringan dengan cedera selebral yang luas.

3) Menurut berat ringannya berdasarkan GCS (Glasgown Come Scale) :

Reaksi membuka mata

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

Tidak membuka mata dengan rangsangan nyeri	1
--	---

Tabel 2.1 Reaksi Membuka Mata

## 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 tidak berbentuk kata-kata	2
Tidak keluar suara dengan rangsangan apapun	1

Tabel 2.2 Reaksi Verbal

## Reaksi motorik

Reaksi motoric	Nilai
Mengikuti perintah	6
Meokalisir 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

Tabel 2.3 Reaksi Motorik

## a) Cedera kepala ringan

1. GCS 14-15
2. Dapat terjadi kehilangan kesadaran, amnesia, tetapi kurang dari 30 menit
3. Tidak ada fraktur tengkorak
4. Tidak ada kontusie selebral hemotoma

## b) Cedera kepala sedang

1. GCS 9-13
2. Kehilangan kesadaran, amnesia lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam
3. Dapat mengalami fraktur tengkorak
4. Diikuti contusion selebral, laserasi dan hematoma intracranial

## c) Cedera kepala berat

1. GCS 3-8
2. Kehilangan kesadaran atau terjadi amnesia lebih dari 24 jam
3. Juga meliputi kontusie selebral, laserasi atau hematoma intracranial.

## c. Komplikasi

## 1) Epelepsi Pasca Trauma

Suatu kelainan dimana kejang terjadi beberapa waktu setelah otak mengalami cedera karena benturan dikepala. 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.

## 2) 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 stres .

## 3) Apraksia

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

## 4) Agnostic

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

## 5) 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.

## 6) Fistel karotis-karvernosus

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

## 7) Diabetes insipidus

Disebabkan oleh kerusakan traumatic pada tungkai hipofisis, menyebabkan penghentian sekresi hormone antidiuretik.

## 8) Kejang pasca trauma

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

## 9) 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.

#### 10) Edema selebral dan herniasis

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.

#### 11) Deficit neurologi dan psikologis

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

### d. Patofisiologi

#### 1) Etiologi

Mekanisme cedera kepala meliputi cedera akselerasi, deselerasi, akselerasi-deselerasi, coup-countren coup, dan cedera rotasional, (Nurarif, A.H & Kusuma, H, 2016)

##### **a) Cedera Akselerasi**

Cedera akselerasi terjadi jika objek bergerak menghantam kepala yang tidak bergerak (misal, alat pemukul yang menghantam kepala atau peluru yang ditembakkan kepala)

##### **b) Cedera Deselerasi**

Cedera deselerasi terjadi jika kepala yang bergerak membentur objek diam, seperti pada kasus jatuh tabrakan mobil ketika kepala membentur kaca depan mobil

**c) Cedera Akselerasi-Deselerasi**

Cedera akselerasi-deselerasi sering terjadi dalam kasus kecelakaan kendaraan bermotor dan episode kekerasan fisik.

**d) Cedera Coup-Counter Coup**

Cedera coup-counter coup terjadi jika kepala terbentur yang menyebabkan otak bergerak dalam ruang kranial dan dengan kuat mengenai area tulang tengkorak yang berlawanan serta area kepala yang pertama kali terbentur. Sebagai contoh pasien dipukul dibagian belakang kepala.

**e) Cedera Rotasional**

Cedera Rotasional terjadi jika pukulan/benturan menyebabkan otak berputar dalam rongga tengkorak, yang mengakibatkan peregangan atau robanya neuron dalam substansi alba serta robeknya pembuluh darah yang memfiksasi otak dengan bagian dalam rongga tengkorak.

**2) Proses Terjadinya**

Proses terjadinya trauma kepala dibagi menjadi 3 yaitu kulit kepala, tulang kepala, jaringan otak. Jika terjadi di kulit kepala mengakibatkan hematoma bagi kulit. Pada tulang kepala mengakibatkan fraktur linier, fraktur komited dan fraktur

depressed dan pada jaringan otak mengakibatkan komusio hematoma, edema, trauma kepala juga menyebabkan cedera otak. Cedera otak skunder menyebabkan sel otak meningkat, jika hal tersebut terjadi akan menyebabkan gangguan autoregulasi dimana menyebabkan aliran darah ke otak menurun, aliran oksigen kedalam otak menurun yang menyebabkan gangguan metabolisme, produksi asam laktat meningkat dan menyebabkan edema pada otak. Sedangkan cedera otak primer yang dimaksud adalah akibat langsung pada mekanisme dinamik (acelerasi-deselerasi rotasi) yang menyebabkan gangguan pada jaringan dan dapat terjadi pada memar otak, gegar otak dan laserasi.

### 3) Manifestasi Klinis

#### a) Cedera Kepala Ringan-Sedang

- (1) Disorientasi ringan
- (2) Amnesia post traumatic
- (3) Hilang memori sesaat
- (4) Sakit kepala
- (5) Mual dan muntah
- (6) Vertigo dalam perubahan posisi
- (7) Gangguan pendengaran

#### b) Cedera kepala sedang-berat

- (1) Oedema pulmonal
- (2) Kejang

- (3) Infeksi
- (4) Tanda herniasis otak
- (5) Hemiparese
- (6) Gangguan akibat saraf kranial

#### Manifestasi Klinis Spesifik

- 1) Gangguan Otak
  - a) Comotio celebri/geger otak
    - (1) Tidak sadar < 10 menit
    - (2) Muntah-muntah, pusing
    - (3) Tidak ada tanda deficit neurologis
  - b) Contusion celebra/memar otak
    - (1) Tidak sadar > 10 menit, bila area yang terkena luas dapat berlangsung > 2-3 hari setelah cedera
    - (2) Muntah-muntah, amnesia retrograde
- 2) Perdarahan epidural/hematoma epidural
  - a) Suatu akumulasi darah pada ruang antara tulang belakang tengkorak bagian dalam dan meningen palinbluar. Terjadi akibat robekan arteri meningeal.
  - b) Gejala : penurunan kesadaran ringan, gangguan neurologis dari kacau mental sampai koma
  - c) Peningkatan TIK yang mengakibatkan gangguan pernafasan, badikardi, penurunan TTV

- d) Herniasi otak menimbulkan :
  - (1) Dilatasi pupil dan reaksi cahaya hilang
  - (2) Isokor dan anisokor
  - (3) Ptosis
- 3) Hematoma Subdural
  - a) Akumulasi darah antara durameter dan arakonoid, karena robekan vena
  - b) Gejala : sakit kepala, lateragi, kacau mental, kejang, disfasia
- 4) Hematoma Subdural
  - a) Akut : gejala 24-28 jam setelah cedera, perlu intervensi segera
  - b) Sub-akut : gejala terjadi 2 hari sampai 2 minggu setelah cedera
  - c) Kronis : 2 minggu sampai dengan 3-4 bulan setelah cedera
- 5) Hematoma intracranial
  - a) Penumpukan darah > 25 ml dalam parekrim otak
  - b) Penyebab : fraktur depresi tulang tengkorak, cedera penetrasi peluru, gerakan akselerasi-deselerasi tiba-tiba
- 6) Fraktur tengkorak
  - a) Fraktur linier/simple

(1) Melibatkan Os temporal dan parietal

(2) Jika garis fraktur meluas ke arah orbita/sinus paranasal mengakibatkan resiko pendarahan

b) Fraktur basiler

(1) Fraktur pada dasar tengkorak

(2) Bisa menimbulkan kontak CSS dengan sinus, memungkinkan bakteri masuk (Wijaya dan Putri 2013)

4) Pemeriksaan Penunjang

a) Pemeriksaan diagnostic

1) *X ray/CT scan*

(a) Hematoma selebral

(b) Perdarahan intracranial

(c) Fraktur tulang tengkorak

2) *MRI* : dengan/tanpa menggunakan kontras

3) *Angiografi selebral* : menunjukkan kelainan sirkulasi selebral

4) *EEG* : memperlihatkan keadaan atau berkembangnya gelombang patologis

5) *BEAR (Brain Auditory Evoked Respons)* : menentukan fungsi korteks dan batang otak

6) *PET (Positron Emission Tomography)* : menunjukkan perubahan aktivitas metabolisme pada otak

b) Pemeriksaan laboratorium

- 1) AGD : untuk mengkaji keadekuatan ventilasi (memertahankan AGD dalam rentang normal untuk, menjamin aliran darah serebral adekuat) atau untuk melihat masalah oksigenisasi yang dapat meningkatkan TIK
- 2) Elektrolit serum : cedera kepala dapat dihubungkan dengan gangguan regulasi natrium, retensi Na berakhir dapat beberapa hari, diikuti dengan diuresis Na, peningkatan latergi, kebingungan dan kejang akibat ketidakseimbangan elektrolit
- 3) Hematologi : leukosit, Hb, Albumin, globulin, protein serum
- 4) CSS : menentukan kemungkinan adanya perdarahan subaraknoid (warna, komposisi, tekanan)
- 5) Pemeriksaan toksikologi : mendeteksi obat yang mengakibatkan penurunan kesadaran
- 6) Kadar antikonvulsan darah : untuk mengetahui tingkat terapi yang cukup efektif mengatasi kejang (Wijaya dan Putri 2013)

5) Penatalaksanaan

Penanganan cedera kepala: (Satyanegara,2010 dalam buku Nurarif, A.H & Kusuma, H, 2016)

1. Stabilisasi kardiopulmoner mencakup prinsip-prinsip ABC (Airway-Breathing-Cirkulation)
2. Semua cedera kepala berat memerlukan tindakan intubasi pada kesempatan pertama
3. Pemeriksaan umum untuk mendeteksi berbagai macam cedera atau gangguan-gangguan dibagian tubuh lainnya
4. Pemeriksaan neurologis mencakup respon mata, motoric, verbal, pemeriksaan pupil, reflek okulosefalik dan reflek okuloves tubuler. Penilaian neorologis kurang bermanfaat bila tekanan darah penderita rendah (syok).
5. Penanganan cedera-cedera dibagian lainnya.
6. Pemberian pengobatan seperti : antiedemaselebri, anti
7. kejang, dan natrium bikarbonat.
8. Tindakan pemeriksaan diagnostic seperti : sken tomografi computer otak, antiografi selebral, dan lainnya.

## **2. Tinjauan Teori Kasus Asuhan Keperawatan Cedera Kepala**

### **1. Pengkajian**

Pengkajian secara umum merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam,2013)

Pengkajian keperawatan cedera kepala meliputi anamnesis

riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pemeriksaan diagnostic dan pengkajian psikososial.

a) Anamnesis

Identitas klien meliputi nama, umur (kebanyakan terjadi pada usia muda), jens kelamin (banyak laki-laki karena sering ngebut –ngebutan dengan motor tanpa pengaman helm), pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor registrasi, diagnosis medis.

Keluhan utama yang sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan tergantung dari seberapa jauh dampak trauma kepala disertai penurunan tingkat kesadaran.

b) Riwayat penyakit saat ini

Adanya riwayat trauma yang mengenai kepala akibat dari kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, dan trauma langsung ke kepala. Pengkajian yang didapat meliputi tingkat kesadaran menurun (GCS >15), konvulsi, muntah, takipnea, sakit kepala, wajah simetris atau tidak, lemah, luka dikepala, paralisis, akumulasi secret pada saluran pernafasan, adanya liquor dari hidung dan telinga, serta kejang.

Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dihubungkan dengan perubahan didalam intracranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan

penyakit, dapat terjadi latergi, tidak responsive dan koma.

Perlu ditanyakan pada klien atau keluarga yang mengantar klien (bila klien tidak sadar) tentang penggunaan obat-obatan adiktif dan penggunaan alcohol yang sering terjadi pada beberapa klien yang suka ngeut-ngebutan.

c) Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang perlu dipertanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, riwayat cedera kepala sebelumnya, diabetes mellitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat-obat antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obat adiktif, konsumsi alcohol berlebihan.

d) Riwayat penyakit keluarga

Mengkaji adanya anggota generasi terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes mellitus.

e) Pengkajian psiko-sosial-spiritual

Pengkajian mekanisme koping yang digunakan klien untuk menilai respons emosi klien terhadap penyakit yang dideritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respon atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-hari baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien, yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, rasa ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal,

dan pandangan terhadap dirinya yang salah (gangguan citra diri)

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesukaran untuk berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri didapatkan klien merasa tidak berdaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

f) Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dan pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan persistem (B1-B6) dengan focus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) dan terarah dan dihubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

Keadaan umum :

Pada keadaan cedera kepala umumnya mengalami penurunan kesadaran (cedera kepala ringan/cedera otak berat, bila GCS kurang atau sama dengan 8 dan terjadi perubahan pada tanda-tanda vital.

1) *B1 (Breathing)*

Perubahan pada system pernafasan bergantung pada gradiasi perubahan jaringan selebral akibat

trauma kepala. Pada beberapa keadaan, hasil dari pemeriksaan fisik dari system ini akan didapatkan :

a) Inspeksi

Didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernafasan. Terdapat retraksi klavikula/dada, pengembangan paru tidak simetris. Ekspansi dada : dinail penuh /tidak penuh dan kesimetrisannya. Ketidaksimetrisan mungkin menunjukkan adanya atelectasis, lesi pada paru,obstruksi pada bronkus , fraktur tulang iga, pneumothoraks, atau penempatan endotrakeal dan tube trakeostomi yang krang tepat. Pada observasi ekspansi dada juga perlu dinilai : retraksi dari otot-otot intercostal, substernal, pernafasan abdomen, dan respirasi paradoks (retraksi abdomen saat inspirasi). Pola napas ini dapat terjadi jika otot-otot intercostal tidak mampu menggerakkan dinding dada.

b) Palpasi

Fremitus menurun dibandingkan dengan sisi yang lain akan didapatkan apabila melibatkan trauma pada rongga thoraks

c) Perkusi

Adanya suara redup sampai pekak pada keadaan melibatkan trauma pada thoraks/hematothoraks.

d) Auskultasi

Bunyi nafas tambahan seperti nafas berbunyi, stridor, ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi secret dan kemampuan batuk yang menurun sering didapatkan pada klien cedera kepala dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

2) *B2 (Blood)*

Pengkajian pada system kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien cedera kepala sedang dan berat.

Hasil pemeriksaan kardiovaskuler klien cedera kepala pada beberapa keadaan dapat ditemukan tekanan darah normal atau berubah, nadi bradikardi. Takikardi dan aritmia. Frekuensi nadi cepat dan lemah berhubungan dengan homeostatis tubuh dalam upaya menyeimbangkan kebutuhan oksigen perifer. Nadi bradikardia merupakan tanda dari perubahan perfusi jaringan otak. Kulit kelihatan pucat menandakan adanya penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Hipotensi menandakan adanya perubahan perfusi

jaringan dan tanda-tanda awal dari suatu syok. Pada beberapa keadaan lain akibat dari trauma kepala akan merangsang pelepasan antidiuretic hormone (ADH) yang berdampak pada kompensasi tubuh untuk mengeluarkan retensi atau pengeluaran garam dan air oleh tubulus. Mekanisme ini akan meningkatkan konsentrasi elektrolit meningkat sehingga memberikan resiko terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada system kardiovaskuler.

### 3) *B3 (Brain)*

Cedera kepala menyebabkan berbagai deficit neurologis terutama disebabkan pengaruh peningkatan tekanan intracranial akibat adanya perdarahan baik bersifat intraselebral hematoma, subdural hematoma dan epidural hematoma. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan focus dan lengkap dibandingkan pengkajian pada system lainnya.

#### a) Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran klien dan respon terhadap lingkungan adalah indicator paling sensitive untuk menilai disfungsi system persarafan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien cedera kepala biasanya

berkisar pada tingkat latergi, stupor, semikomatosa, sampai koma.

b) Pemeriksaan fungsi selebral

Status mental : observasi penampilan klien dan tingkah lakunya, nilai gaya bicara klien dan observasi ekspresi wajah, dan aktivitas motoric pada klien cedera kepala tahap lanjut biasanya status mental mengalami perubahan.

c) Pemeriksaan saraf kranial

**Saraf I**

Pada beberapa keadaan cedera kepala didaerah yang merusak anatomis dan fisiologis saraf ini klien akan mengalami kelainan pada fungsi penciuman/anosmia unilateral atau bilateral.

**Saraf II**

Hematoma palpebral pada klien cedera kepal akan menurunkan lapangan penglihatan dan mengganggu fungsi dari nervus optikus. Perdarahan diruang intracranial, terutama hemoragia subarachnoid, dapat disertai dengan perdarahan diretina. Anomaly pembuluh darah didalam otak dapat bermanifestasi juga

difundus. Tetapi dari segala macam kelainan didalam ruang intracranial, tekanan intracranial dapat dicerminkan pada fundus.

### **Saraf III,IV,dan VI**

Gangguan mengangkat kelopak mata terutama pada klien dengan trauma yang merusak rongga orbital, pada kasus-kasus trauma kepala dapat dijumpai anisokoria.

### **Saraf V**

Pada beberapa keadaan cedera kepala menyebabkan paralisis nervus trigemimus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah.

### **Saraf VII**

Persepsi pengecapan mengalami perubahan

### **Saraf VIII**

Perubahan fungsi pendengaran pada klien cedera kepala ringan biasanya tidak didapatkan penurunan apabila trauma yang terjadi tidak melibatkan *saraf vestibulokokleasis*

### **Saraf IX dan X**

Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut .

### **Saraf XI**

Bila tidak melibatkan trauma pada leher, mobilitas klien cukup baik dan tidak ada *atrofi otot sternoikleidomastoideus* dan *trapezius*.

### **Saraf XII**

Indra pengecap mengalami perubahan

#### d) System Motorik

Inspeksi umum : didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh) adalah tanda yang lain.

Tonus Otot : Didapatkan menurun sampai hilang.

Kekuatan otot : pada penilaian dengan menggunakan grade kekuatan otot didapatkan grade 0

Keseimbangan dan koordinasi : Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparese dan hemiplegia.

#### e) Pemeriksaan reflek

Pemeriksaan reflek dalam : pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum

derajat reflex pada respon normal.

Pemeriksaan reflek patologis : pada fase akut reflek fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari reflek fisiologis akan muncul kembali didahului dengan reflek patologis.

f) System sensorik

Dapat terjadi hemihipestasi persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsivisual karena gangguan jaras sensorik primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri.

Kehilangan sensorik karena cedera kepala dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat dengan kehilangan proprioepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulasi visual, taktil dan auditorius.

4) *B4 (Bladder)*

Kaji keadaan urine meliputi warna, jumlah dan karakteristik, termasuk berat jenis. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfusi ginjal. Setelah cedera kepala klien mungkin mungkin mengalami inkontinensia urine karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan control motoric dan postural. Kadang-kadang control sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama period ini, dilakukan keteterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

5) *B5 (Bowel)*

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual dan muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi akibat penurunan peristaltic usus. Adanya inkontinesia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

Pemeriksaan rongga mulut dengan melakukan

penilaian ada tidaknya lesi pada mulut atau perubahan pada lidah dapat menunjukkan adanya dehidrasi. Pemeriksaan bising usus untuk menilai ada atau tidaknya dan kualitas bising usus harus dikaji sebelum melakukan palpasi abdomen. Bising usus menurun atau hilang dapat terjadi pada paralitik ileus dan peritonitis. Lakukan observasi bising usus selama  $\pm 2$  menit. Penurunan motilitas usus dapat terjadi akibat tertelannya udara yang berasal dari sekitar selang endotrakeal dan nasotrakeal.

#### 6) Tulang (*Bone*)

Disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan pada seluruh ekstremitas. Kaji warna kulit, suhu kelembapan dan turgor kulit. Adanya perubahan warna kulit, warna kebiruan menunjukkan adanya sianosis (ujung kuku, ekstremitas, telinga, hidung, bibir, dan membrane mukosa dapat berhubungan dengan rendahnya kadar haemoglobin atau syok. Pucat dan sianosis pada klien yang menggunakan ventilator dapat terjadi akibat adanya hipoksemia. Joundice (warna kuning) pada klien yang menggunakan respirator dapat terjadi akibat penurunan aliran darah portal akibat dari penggunaan *pocked red cells (PRC)* dalam jangka

waktu lama.

Pada klien dengan kulit gelap. Perubahan tersebut tidak begitu jelas terlihat. Warna kemerahan pada kulit dapat menunjukkan adanya demam dan infeksi. Integritas kulit untuk menilai adanya lesi dan decubitus . adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik atau paralisis/hemiplegia, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursalam,2013).

Data yang terkumpul akan dikelompokkan dan dianalisa sehingga ditemukan diagnose keperawatan yaitu (Nurarif, A.H &Kusuma, H,2016)

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas,ditandai dengan dipsnea
3. Pola nafas tidak efektif
4. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan selebral

## 5. Resiko infeksi

### 3. Rencana Keperawatan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk pencegahan, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnose keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menemukan diagnose keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Nursalam,2013).

#### 1. Nyeri Akut.

Tujuannya : Nyeri berkurang atau hilang.

Kriteria hasil :

- a. Skala nyeri berkurang menjadi 2-3
- b. Pasien tidak nyeri lagi dan pasien tidak meringis lagi

Intervensi :

- a. Observasi dan ttv pasien setiap 8 jam

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum pasien

- b. Beri pasien posisi yang nyaman

Rasional : dapat membantu mengurangi nyeri

- c. Ajarakan pasien teknik distraksi dan relaksasi

Rasional : menghilangkan rasa nyeri yang dirasakan pasien

- d. Delegatif dengan dokter dalam pemberian obat analgetik paracetamol 3x500 mg via oral

Rasional : analgetik untuk mengurangi rasa nyeri

2. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas, ditandai dengan dyspnea.

Tujuannya : untuk mempertahankan patensi jalan nafas

Kriteria hasil :

- a. Bunyi nafas vesikuler
- b. Tidak ada sputum
- c. Masukkan cairan adekuat

Intervensi :

- a. Kaji kepatenan jalan nafas

Rasional : ronchi, menunjukkan aktivitas secret yang dapat menimbulkan penggunaan otot-otot asesoris dan meningkatkan kerja pernafasan

- b. Berikan posisi semifowler

Rasional : membantu menurunkan ekspansi paru dan menurunkan upaya pernafasan

- c. Lakukan penghisapan lendir dengan hati-hati selama 10-15 menit

Rasional : untuk membersihkan jalan nafas dan akumulasi dari secret

- d. Pertahankan masukkan cairan sesuai kemampuan klien

Rasional : membantu mengencerkan secret

- e. Kolaborasi dalam pemberian bronkodilator IV dan

aerosol sesuai indikasi

Rasional : meningkatkan ventilasi dan membuang secret serta relaksasi otot halus

### 3. Pola Nafas Tidak Efektif

Tujuannya : Pola Nafas Klien efektif

Kriteria Hasil :

- a. Tanda-Tanda Vital dalam rentang normal (tekanan darah, nadi, pernafasan)
- b. Menunjukkan jalan nafas yang paten (klien tidak merasa tercekik, irama nafas, frekuensi pernafasan dalam rentang normal, tidak ada suara nafas abnormal)

Intervensi :

- a. Observasi tanda-tanda vital pasien  
Rasional : Untuk mengetahui keadaan umum pasien
- b. Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi  
Rasional : Agar pasien merasa nyaman
- c. Anjurkan pasien melakukan nafas dalam  
Rasional : Dapat meningkatkan pola nafas
- d. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian Bronkodilator bila perlu  
Rasional : Memaksimalkan bernafas dengan meningkatkan masukan oksigen

### 4. Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Selebral

Tujuannya : perfusi jaringan dapat efektif

Kriteria Hasil :

- a. Tingkat kesadaran membaik
- b. TTV stabil dan tidak adanya tanda-tanda peningkatan TIK

Intervensi :

- a. Observasi tanda-tanda vital  
Rasional : mengetahui perkembangan kondisi pasien
- b. Observasi status neurologis  
Rasional : mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan mengetahui kerusakan SSP
- c. Tinggikan kepala tempat tidur 15-30 derajat  
Rasional : meninggikan kepala dapat membantu drainage vena untuk mengurangi kongesti vena
- d. Anjurkan pasien untuk menghindari batuk atau mencejan  
Rasional : membantu mencegah terjadinya peningkatan TIK
- e. Kolaborasi dengan dokter dalam memberikan terapi  
Rasional : membantu proses penyembuhan pasien

## 5. Resiko Infeksi

Tujuannya : mengurangi resiko terhadap infeksi

Kriteria Hasil :

- a. Tidak ada tanda-tanda infeksi
- b. Mencapai penyembuhan tepat waktu
- c. Suhu tubuh dalam batas normal
- d. Berpartisipasi dalam intervensi dalam pencegahan infeksi

Intervensi :

- a. Pertahankan teknik aseptik dan teknik cuci tangan yang tepat bagi pasien, pengunjung maupun staf

Rasional : menurunkan resiko terjadinya infeksi dan kontaminasi silang

- b. Pantau suhu secara teratur

Rasional : peningkatan suhu merupakan salah satu indicator terjadinya infeksi

- c. Ubah posisi klien dengan sering. Pertahankan linen tetap kering dan bebas dari kerutan

Rasional : mencegah kerusakan kulit

- d. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antibiotic

Rasional : mengidentifikasi infeksi

4. Pelaksanaan Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan adalah perilaku preskripsi yang diharapkan dari pasien dan atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat yang dipilih untuk membantu pasien dalam mencapai hasil

pasien yang diharapkan dan tujuan pemulangan (Doeges,2012)

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian efektivitas tindakan dan pencapaian hasil yang teridentifikasi sehingga terlihat kemajuan dari pemberian asuhan kepada pasien dan merencanakan aktivitas selanjutnya. Aktivitas ini berfungsi sebagai umpan balik dan bagian control dari proses keperawatan, melalui mana status pernyataan diagnostic pasien secara individual dinilai untuk diselesaikan, dilanjutkan atau memerlukan perbaikan (Doeges,2012).

### **3. Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cedera Kepala Ringan (CKR) Dengan Pemenuhan Kebutuhan Nyaman Nyeri**

#### **a. Definisi Nyeri**

Nyeri merupakan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan, persepsi nyeri seseorang sangat ditentukan oleh pengalaman dan status emosionalnya. Persepsi nyeri bersifat sangat pribadi dan subjektif.

#### **b. Gangguan Pemenuhan Kebutuhan Nyaman Nyeri**

Tingkat ansietas yang dialami klien juga mungkin mempengaruhi respon terhadap nyeri. Ansietas meningkatkan persepsi nyeri. Ansietas sering kali dikaitkan dengan pengertian atas nyeri. Jika penyebab nyeri tidak diketahui, ansietas cenderung lebih tinggi dan nyeri semakin memburuk (Black,2014).

#### **c. Pengaturan Pemenuhan Kebutuhan Nyeri**

Metode dan teknik yang dapat dilakukan dalam upaya untuk mengatasi nyeri adalah (Asmadi,2008) :

1) Distraksi

Distraksi adalah mengalihkan perhatian klien dari nyeri.

Teknik distraksi yang dapat dilakukan diantaranya :

- a) Bernafas lambata dan berirama secara teratur
- b) Menyanyi berirama dan menghitung ketukannya
- c) Mendengarkan music
- d) Mendorong untuk mengkhayal yaitu melakukan bimbingan yang baik kepada klien untuk mengkhayal.

Tekniknya sebagai berikut :

- 1) Atur posisi yang nyaman pada klien
- 2) Dengan suara yang lembut, mintakan klien untuk memikirkan hal-hal yang atau pengalaman yang membantu penggunaan semua indra.
- 3) Mintakan klien untuk tetap berfokus pada bayangan yang menyenangkan sambil merelaksasikan tubuhnya.
- 4) Bila klien tampak rileks, perawat tidak perlu bicara lagi
- 5) Jika klien menunjukkan tanda-tanda agitasi, gelisah, atau tidak nyaman, perawat harus menghentikan latihan dan memulainya lagi ketika klien siap.

2) Massage ( pijatan)

Ada beberapa teknik massage yang dapat dilakukan untuk distraksi antara lain :

- a) Remasan. Usap otot bahu yang dikerjakan secara bersamaan
  - b) Selang seling tangan. Memijat punggung dengan tekanan pendek, cepat, 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 keatas 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, tekanan punggung dengan ujung jari untuk mengakhiri pijatan.
- a. 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 dikursi. Hal utama yang dibutuhkan

dalam pelaksanaan tehnik relaksasi adalah klien dengan posisi yang nyaman, klien dengan pikiran yang beristirahat, dan lingkungan yang tenang.

Teknik relaksasi banyak jenisnya, salah satunya adalah relaksasi autogenetic. Relaksasi ini udah dilakukan dan tidak berisiko. Prinsipnya klien harus mampu berkonsentrasi sambil membaca mantra / doa/zikir dalam hati seiring dengan ekspirasi udara paru.

b. Hipnotis

Suatu teknik yang menghasilkan suatu keadaan tidak sadar diri yang dicapai melalui gagasan-gagasan yang disampaikan oleh pehipnotisan.

c. Obat analgetik

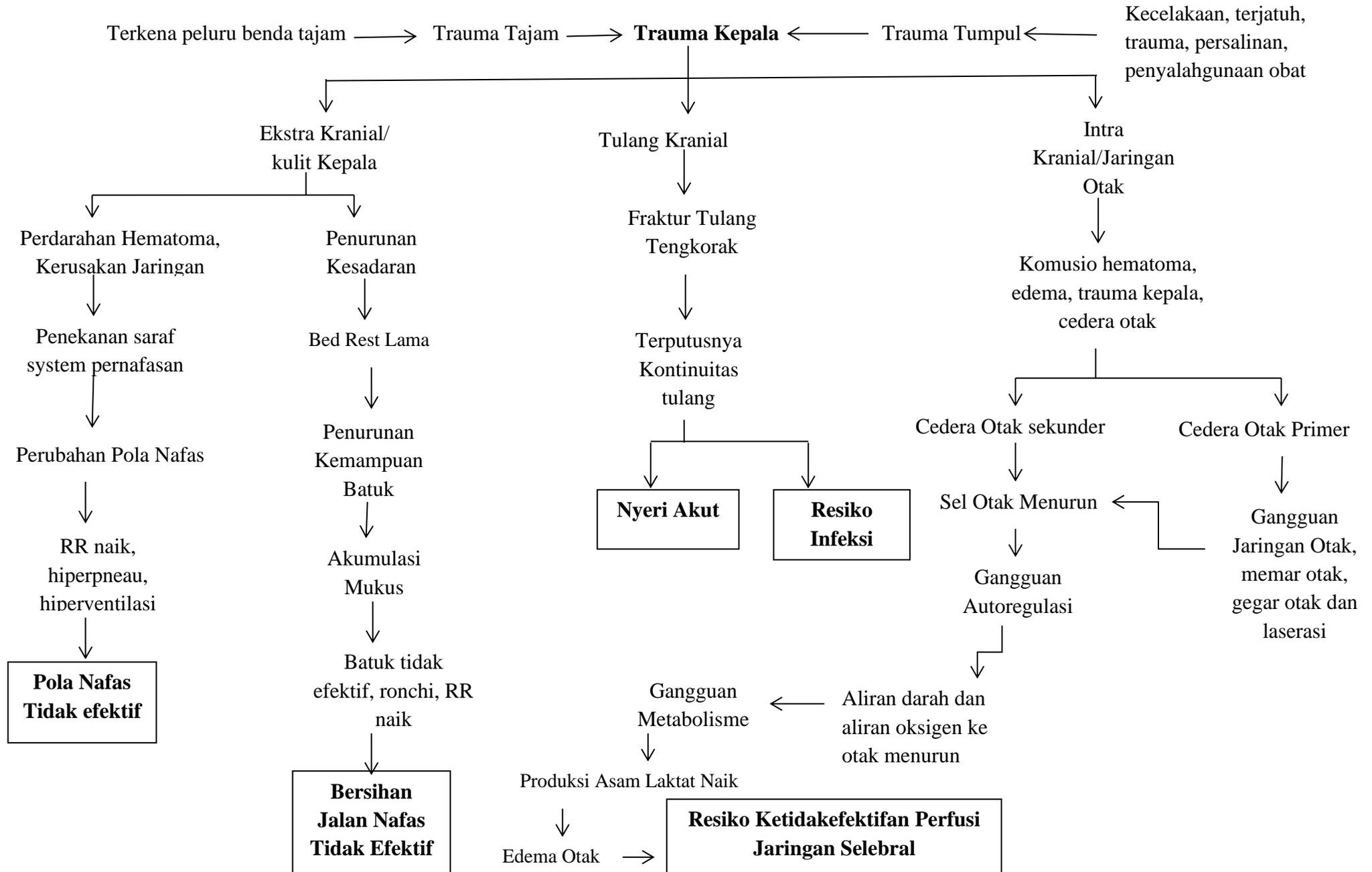
Obat analgetik mengurangi persepsi seseorang tentang rasa nyeri, terutama lewat daya kerjanya atas system saraf sentral dan mengubah respons seseorang terhadap rasa sakit.

**d. Edukasi Pemenuhan Kebutuhan Nyeri**

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



**WOC**



## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Studi Kasus**

Metode penelitian yang digunakan adalah metode studi kasus. Dalam studi kasus ini penulis melakukan studi untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan pada klien yang mengalami cedera kepala ringan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan.

#### **B. Subjek Studi Kasus**

Partisipasi dalam studi kasus ini menggunakan satu pasien dengan cedera kepala ringan dengan diagnosa keperawatan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan.

#### **C. Fokus Studi**

Memberikan asuhan keperawatan pada satu pasien dengan cedera kepala ringan dengan diagnose keperawatan nyeri akut di Ruang Bougenville BRSU Tabanan.

#### **D. Definisi Operasional**

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa pendarahan interstitial dalam substansi otak diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala yaitu adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Wijaya & Putri, 2013).

### **E. Tempat dan Waktu**

Lokasi penelitian studi kasus ini dilakukan di Ruang Bougenville BRSU Tabanan. Lama waktu sejak klien pertama kali masuk rumah sakit sampai pulang dan atau klien di rawat minimal 3 hari (d disesuaikan dengan kondisi klien).

### **F. Pengumpulan Data**

Dalam penelitian, akuratnya data penelitian yang dikumpulkan sangat mempengaruhi hasil penelitian. Agar data yang dikumpulkan tersebut akurat, maka diperlukan alat pengumpulan data ( instrument penelitian ) yang tidak saja valid, tetapi juga reliable (Swarjana,2015). Bentuk pengumpulan data yang digunakan dalam penyusunan studi kasus yaitu :

#### 1. Wawancara

Pada studi kasus ini dilakukan pengumpulan data dengan mendapat keterangan informasi secara lisan dengan orang tua dan keluarga pasien.

#### 2. Observasi

Metode ini dilakukan tanpa melakukan interview kepada partisipan atau responden. Observasi tersebut sebenarnya sangat umum, namun ketika mengacu atau terkait dengan penelitian atau dengan tujuan penelitian, maka apa yang diobservasi harus specific (Swarjana, 2015). Pada studi kasus

ini penulis melakukan teknik observasi pada keadaan umum dan bagian tubuh pasien.

### 3. Pemeriksaan fisik

Pada studi kasus ini penulis menggunakan pendekatan IPPA : Inspeksi, Palpasi, Perkusi, dan Auskultasi.

### 4. Studi dokumentasi

Pada kasus ini penulis juga menggunakan studi dokumentasi dari hasil pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan.

## **G. Penyajian Data**

Pengolahan data secara manual pada saat ini memang jarang dilakukan sudah ketinggalan zaman. Namun dalam keterbatasan-keterbatasan sarana dan prasarana atau kalau data tidak terlalu besar, pengolahan data secara manual masih diperlukan (Notoatmojo,2014 halaman 174).

Analisis data dilakukan sejak peneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisis data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisa yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisa digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan

dan dibandingkan dengan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis data adalah :

1. Pengumpulan data

Data dikumpulkan dari hasil WOD ( wawancara, observasi, dokumentasi) hasil ditulis dalam 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 subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan table, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengburkan 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

Penelitian keperawatan berhubungan langsung dengan manusia, maka segi studi kasus dalam etika harus di perhatikan. Etika yang harus diperhatikan yaitu :

### 1. Information sheet

Lembar informasi berisi tentang informasi kepada calon subjek penelitian dan atau keluarganya sebelum mereka memutuskan kesediaan atau ketidakseiaan menjadi subjek penelitian. Pada studi kasus ini penulis menggunakan PSP ( penjelasan untuk mengikuti penelitian ).

### 2. Informed consent

Informed consent berarti partisipan punya informasi yang adekuat tentang penelitian, mampu memahami informasi, bebas menentukan pilihan, memberikan kesempatan kepada klien mereka untuk atau tidak ikut berpartisipasi dalam penelitian secara sukarela (Swarjana,2015).

### 3. Anoniminity (tanpa nama)

Peneliti wajib menjaga kerahasiaan informasi atau data yang diberikan oleh partisipan, termasuk menjaga privacy partisipan, kerahasiaan dapat dijaga dengan tanpa menyebutkan nama (Swarjana, 2015). Pada studi kasus ini penulis menggunakan inisial pada setiap nama klien untuk menjaga kerahasiaan identitas klien dan keluarga.

#### 4. Confidentiality (kerahasiaan)

Informasi atau hal yang terkait dengan responden harus dijaga kerahasiaannya. Peneliti atau pewawancara tidak dibenarkan untuk menyampaikan kepada orang lain tentang apapun yang diketahui oleh peneliti tentang responden diluar untuk kepentingan atau mencapai tujuan penelitian (Notoatmojo,2014).

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Pengambilan Data**

Lokasi penelitian dilakukan di Badan Rumah Sakit Umum 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. BRSU Tabanan merupakan rumah sakit tipe B Pendidikan, RS Rujukan Bali Barat dengan kapasitas 225 tempat tidur. Terhitung tanggal 10 Agustus 2016 BRSU Tabanan telah lulus akreditasi paripurna dari Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) sejak tahun 2008 dan lulus sertifikasi Internasional Organization for Standardization (ISO) versi 9001:2015 sejak tahun 2005. Adapun jenis ruangan yang disediakan adalah :

- a. Rawat jalan : 22 poli spesialis (layanan penyakit dalam, bedah umum, bedah urologi, bedah orthopodi, 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)
- b. Rawat intensif dan tindakan medik : ICU, ICCU, HCU, Kamar OK dan VK
- c. IGD dengan pelayanan 24 jam

d. 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, III.

## 2. Karakteristik Partisipan

Pasien dalam penelitian ini berjumlah 1 orang yaitu Tn.A umur 17 tahun beragama hindu, alamat Jl. Pahlawan No.90 Tabanan.

## 3. Data Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian Keperawatan

#### 1) Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan pada tanggal 22 Maret 2020 pukul 08.30 Wita dengan menggunakan metode wawancara, observasi, rekam medis dan pemeriksaan fisik.

a. Identitas :	Pasien	Penanggung Jawab
Nama	: Tn. A	Ny. B
Umur	: 17 Tahun	34 Tahun
Pendidikan	: SMA	SMP
Pekerjaan	: Pelajar	IRT

Status perkawinan	: Belum Kawin	Kawin
Agama	: Hindu	Hindu
Suku	: Bali	Bali
Alamat	: Jl. Pahlawan No.90	Sama
	Tabanan	
No.CM	: 594043	-
Tanggal MRS	: 21 Maret 2020	-
Tanggal pengkajian	: 22 Maret 2020	-

b. Data Kesehatan

1) Keluhan Utama Saat Masuk Rumah Sakit

Pasien datang dengan keluhan tidak sadar, terdapat luka memar, dan benjolan pada kepala bagian kanan atas

2) Keluhan Utama Saat Pengkajian

Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan atas.

3) Riwayat penyakit sekarang

Sebelum dibawa ke BRSU Tabanan, keluarga pasien mengatakan pasien terkena pukulan benda tumpul dari teman sekolahnya dengan cara pengeroyokan. Lalu pasien tidak sadar, terdapat luka memar, dan benjolan pada kepala bagian kanan atas. Kemudian pada tanggal 21 Maret 2020 pasien diantar ke IGD BRSU Tabanan dengan datang tidak sadar dan keluar darah dari mulut dengan GCS = E<sub>1</sub> V<sub>1</sub> M<sub>1</sub>

(3). Klien langsung mendapat perawatan dengan adanya benjolan di kepala, memar dan keluar darah dari mulut.

Setelah itu, pasien dianjurkan rawat inap supaya mendapat perawatan yang lebih intensif. Lalu klien dipindah ke Ruang Bougenville BRSU Tabanan. Pada pengkajian pemeriksaan fisik didapatkan data Keadaan umum klien lemah dengan kesadaran Composmentis dan nilai pemeriksaan GCS = E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> (15) , TD: 130/80 mmHg, RR: 26x/menit, S: 37,8<sup>0</sup>C, N: 90x/menit.

#### 4) Riwayat Penyakit Sebelumnya

Pasien mengatakan tidak pernah mengalami cedera kepala dan pasien mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di rumah sakit.

#### c. Pola Kebiasaan

##### 1) Bernafas

Sebelum pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam bernafas.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam bernafas.

##### 2) Makan dan Minum

###### - Makan

Sebelum pengkajian pasien mengatakan makan seperti biasa 3x1 sehari dengan menu nasi, lauk, dan sayur.

Saat pengkajian pasien mengeluh mengalami penurunan nafsu makan, pasien juga mengeluh badannya lemas dan pasien mengatakan bisa makan 2x1 sehari, tetapi hanya habis  $\frac{1}{2}$  porsi dari porsi yang disediakan di Rumah Sakit karena pasien mual, pasien mengatakan sempat muntah dengan konsistensi cairan  $\pm 80$  cc, pasien mengatakan tidak ada makanan lain selain dari rumah sakit.

- Minum

Sebelum pengkajian pasien mengatakan bisa minum 7-8 gelas perhari kurang lebih 1600 cc.

Saat pengkajian pasien mengatakan bisa minum 1 botol aqua perhari kurang lebih 600 cc.

3) Eliminasi

BAK : sebelum pengkajian mengatakan biasa BAK 5-7 kali sehari kurang lebih 1200 cc.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami masalah dalam BAK, pasien mengatakan sudah BAK  $\pm 300$ cc

BAB : sebelum pengkajian dan saat pengkajian pasien mengatakan biasa BAB 1 kali sehari dengan konsistensi lembek, agak padat, tidak berlendir, warna kuning, kecoklatan dan bau khas feses.

4) Gerak dan aktifitas

Sebelum pengkajian pasien mengatakan bisa melakukan aktivitas sehari-sehari.

Saat pengkajian pasien mengatakan sebagian aktivitasnya dibantu oleh keluarganya, pasien tampak tidur ditempat tidurnya saja.

5) Istirahat dan tidur

Sebelum pengkajian pasien mengatakan tidak mengalami gangguan pola tidur 7-8 jam / hari.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak bisa tidur karena rasa nyeri di kepalanya, nyeri dirasakan setiap saat. Pasien tertidur kira-kira pukul 00.00 dan bangun kira-kira pukul 05.00 pagi. Pasien mengatakan tidurnya kurang lebih 5 jam saja

6) Kebersihan diri

Sebelum pengkajian pasien mengatakan biasa mandi 2x sehari di kamar mandi dengan memakai sabun, pasien mengatakan biasa gosok gigi 2x sehari dengan pasta gigi.

Saat pengkajian pasien mengatakan mandi hanya menggunakan lap basah untuk membersihkan dirinya dan dibantu oleh keluarganya.

7) Pengaturan suhu tubuh

Sebelum dan saat pengkajian pasien mengatakan tidak pernah mengalami peningkatan maupun penurunan suhu tubuh yang berarti.

8) Rasa nyaman

Sebelum pengkajian ibu pasien mengatakan tidak nyaman dengan kondisi yang dialami anaknya karena pasien sebelum dibawa ke Rumah Sakit sempat tidak sadarkan diri.

Saat pengkajian pasien mengatakan tidak nyaman karena rasa nyeri yang dialaminya, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan.

9) Rasa Aman

Sebelum dan saat pengkajian keluarga pasien mengalami gangguan rasa aman atau cemas dengan kondisi pasien

10) Data social

Sebelum dan saat pengkajian hubungan pasien dengan keluarganya baik-baik saja.

11) Prestasi dan produktivitas

Sebelum dan saat pengkajian pasien tidak pernah meraih prestasi.

12) Rekreasi

Sebelum sakit pasien mengatakan biasa jalan- jalan bersama keluarga

Saat pengkajian pasien tidak bisa kemana-mana pasien tampak lemah terbaring ditempat tidur karena nyeri dikaki kanannya.

13) Belajar

Sebelum dan sesudah sakit pasien belum mengetahui bagaimana mengatasi nyeri yang dialaminya.

14) Ibadah

Sebelum sakit pasien biasa sembahyang dipura

Saat pengkajian pasien hanya bisa berdoa ditempat tidur.

d. Pola Kebiasaan

1) Keadaan Umum

a) Kesadaran :GCS(E=4,V=5,M=6) composmentis

b) Bangun tubuh : Sedang

c) Postur Tubuh : Tegak

d) Cara Berjalan : Tidak ada masalah

e) Gerak Motorik : Pasien dapat bergerak normal

f) Keadaan Kulit

Warna : Kulit sawo matang

Turgor : Elastis

Kebersihan : Bersih

Luka : tidak terdapat luka pada bagian tubuhnya.

g) Tanda-Tanda Vital

TD : 130/80 mmHg

S : 37,8<sup>0</sup>C

RR : 26x/menit

N : 90x/menit

h) Ukuran Lain

BB : 57 kg

TB : 162 cm

$IMT = BB/TB (m)^2 = 57/1.62^2 = 21,71Kg/m^2$  (normal)

Normal IMT : 18,5-24,9

2) Head to toe

a) Kepala

Inspeksi : penyebaran rambut merata, ada benjolan, tampak memar, kebersihan baik, warna rambut hitam

Palpasi : Klien mengatakan nyeri kepala bagian kanan atas, terdapat nyeri tekan

b) Mata

Inspeksi : bentuk simetris, konjungtiva merah muda, sclera kemerahan, kelopak mata tidak ada odema, reflek pupil baik, terdapat luka memar disebelah mata.

c) Hidung

Inspeksi : bentuk simetris, lesi tidak ada, secret tidak ada, penciuman baik.

d) Telinga

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi pembesaran kelenjar tiroid tidak ada.

e) Mulut

Inspeksi : mukosa bibir lembab, gusi tidak berdarah, gigi lengkap, tidak ada pembesaran tonsi, kebersihan cukup.

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

f) Leher

Inspeksi : bentuk simetris, tidak ada lesi, pembesaran tiroid tidak ada

Palpasi : nyeri tekan tidak ada, pembesaran kelenjar tidak ada, distensi vena jugularis tidak ada.

g) Thorak

a) Paru-paru

Inspeksi : bentuk dada simetris, retraksi otot dada tidak ada

Auskultasi : ada suara nafas tambahan yaitu ronchi

Perkusi : suara paru sonor

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

b) Jantung

Inspeksi : ictuskordis tidak tampak

Auskultasi : suara jantung S1 S2 tunggal reguler

Perkusi : terdengar pekak

Palpasi : ictuskordis teraba disebelah medial linea midclavikula sinistra

h) Abdomen : bentuk simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, bunyi bising usus 5x/menit

i) Genetalia : jenis kelamin perempuan, tidak ada terpasang kateter.

j) Anus : tidak teramati

k) Ekstremitas

Atas : Tidak ada edema, tidak ada sianosis

Kekuatan otot

555	555
555	555

#### e. Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan Laboratorium pada tanggal 21 Maret 2020 didapatkan data yaitu Leukosit  $15,02 \times 10^3/uL$  nilai normal (4,5-13) dan Limfosit 64,1% nilai normal (20-50).

Table 4.1 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HGB	13.0	g/dL	11.7-15.5
RBC	4.35	$10^6/uL$	3.80-5.20
HCT	38.1	%	35.0-47.0
MCV	87.6	fL	80.0-100.0
MCH	29.9	Pg	26.0-34.0
MCHC	34.1	g/dL	32.0-36.0
RDW-SD	39.3	fL	37.0-54.0
RDW-CV	12.2	%	11.5-14.5
WBC	14.79	$10^3/uL$	3.60-11.0
NEUT%	85.2	%	50.0-70.0
LYMPH%	9.3	%	25.0-40.0
BASO%	0.1	%	0.0-1.0
MONO%	4.9	%	2.0-8.0

EOS%	0.5	%	2.0-4.0
NEUT#	12.6	10 <sup>3</sup> /ul	1,5-7.0
LYMPH#	1.4	10 <sup>3</sup> /ul	1.0-3.7
BASO#	0.0	10 <sup>3</sup> /ul	0.0-10.1
MONO#	0.7	10 <sup>3</sup> /ul	0.0-0.7
EOS#	0.1	10 <sup>3</sup> /ul	0.0-0.4
PLT	289	10 <sup>3</sup> /ul	150-440
PDW	10.3	Fl	9.0-17.0
MPV	9.7	Fl	9.0-13.0
Bleeding time	1.30	Menit	1.00
Clotting time	10.00	Menit	7-15
HBsAg	Negatif		Negative

## Analisa Data

**ANALISA DATA KEPERAWATAN PADA PASIEN TN.A  
DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN  
TANGGAL 22-24 MARET 2020**

Tabel 4.2 Analisa Data

Data Subjektif	Data Objektif	Masalah
----------------	---------------	---------

<p>- Klien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan atas</p> <p>- Pengkajian Nyeri yaitu</p> <p>P : Nyeri saat melakukan pergerakan/tersentuh</p> <p>Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>R : Nyeri pada kepala sebelah kanan</p> <p>S : Skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan</p> <p>T : Nyeri hilang timbul selama <math>\pm</math> 5 menit</p>	<p>-Ekspresi wajah meringis kesakitan</p> <p>-Skala Nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan</p> <p>-Terdapat luka memar disebelah mata</p> <p>- Terdapat benjolan di kepala kanan atas</p> <p>- Terdapat nyeri tekan</p>	<p>Nyeri Akut</p>
---	---	-------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan dirumah sakit dengan menu nasi, sayur, dan lauk pauk</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BB : 57 k, TB : 162 cm, IMT : <math>\frac{BB}{TB} (m)^2</math>  <math>= \frac{57}{1.62^2}</math>  <math>= 21,71Kg/m^2</math>  (normal)</li> <li>- Hb : 13.0g/dL</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Resiko</p> <p>Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sulit makan, karena setial kali makan pasien merasa mual-mual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hematokrit : 38.1%</li> <li>- Composmentis (E4,V5,M6)</li> <li>- mukosa bibir pasien tampak kering</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sempat muntah dengan konsistensi cairan <math>\pm 80</math> cc</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak Lemas</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Porsi makan hanya habis ½ porsi yang disediakan rumah sakit</li> </ul>	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan atas</li> <li>- Pasien mengatakan mual</li> </ul>	<p>- TTV :</p> <p>TD :130/80 mmHg</p> <p>S : 37,8<sup>0</sup>C</p> <p>RR : 26x/menit</p> <p>N : 90x/menit</p> <p>GCS : 15</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Terdapat luka memar, dan benjolan pada kepala bagian kanan atas.</li> </ul>	<p>Resiko</p> <p>Ketidakefektifan</p> <p>Perfusi Jaringan</p> <p>Selebral</p>
---	--	---

## 2. Rumusan Masalah

1. Nyeri akut
2. Resiko Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh
3. Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Selebral

## 3. Analisa Masalah

- a. P : Nyeri Akut
- E : Cedera Kepala Ringan

S : Pasien mengatakan nyeri kepala bagian kanan atas, pengkajian nyeri yaitu P : Nyeri saat melakukan pergerakan/tersentuh, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri pada kepala sebelah kanan, S : Skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan , T : Nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan, Skala Nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, terdapat luka memar disebelah mata, terdapat benjolan di kepala kanan atas, terdapat nyeri tekan.

Proses terjadinya :

Pada pasien cedera kepala yang memiliki riwayat terjatuh atau kejatuhan benda-benda tumpul yang dapat menyebabkan hilangnya fungsi neurologis akan mengakibatkan kerusakan jaringan yang actual dan potensial, jika itu terjadi maka akan menyebabkan nyeri.

Akibat jika tidak ditanggulangi :

Pasien tidak merasa nyaman

b. P : Resiko Ketidakseimbangan Nutrisi Kurang dari Kebutuhan Tubuh

E : Cedera Kepala Ringan

S : Pasien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan dirumah sakit dengan menu nasi, sayur, dan lauk pauk , pasien mengatakan sulit makan, karena setial kali makan pasien merasa mual-mual, BB : 57 k, TB : 162 cm, IMT :  $BB/TB (m)^2$

=  $57/1.62^2 = 21,71 \text{Kg/m}^2$  (normal), Hb : 13.0g/dL, Hematokrit : 38.1%, Composmentis (E4,V5,M6), mukosa bibir pasien tampak kering, pasien tampak lemas, porsi makan hanya habis  $\frac{1}{2}$  porsi yang disediakan rumah sakit

Proses Terjadi : Pada pasien cedera kepala yang memiliki riwayat terjatuh atau kejatuhan benda-benda tumpul dapat menyebabkan tekanan pada intrakranial sehingga menyebabkan jaringan otak rusak. Ketika jaringan otak rusak dapat menyebabkan pendarahan, hematoma, sehingga terjadi perubahan sirkulasi CSS dan terjadi peningkatan TIK . Hal ini dapat menyebabkan muntah-muntah, papilodema, pandangan kabur, penurunan

Akibat jika tidak ditanggulangi : Pasien akan mengalami kekurangan nutrisi.

c. P : Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Selebral

E : Cedera Kepala Ringan

S : Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan, pasien mengatakan pusing dan mual, TTV : TD :130/80 mmHg, S :  $37,8^{\circ}\text{C}$ , RR : 26x/menit, N : 90x/menit, GCS: E4 V5 M6 (15) , klien tampak lemah, terdapat luka memar, dan benjolan pada kepala bagian kanan atas.

Proses Terjadinya : Pada pasien cedera kepala yang memiliki riwayat terjatuh atau kejatuhan benda-benda tumpul dapat

menyebabkan komusio hematoma, edema, trauma kepala, cedera otak yang mengakibatkan sel otak menurun. Ketika sel otak menurun terjadilah gangguan autoregulasi sehingga aliran darah dan aliran oksigen ke otak menurun, yang dapat menyebabkan gangguan metabolisme. Ketika produksi asam laktat naik maka terjadi edema otak yang dapat menyebabkan gangguan perfusi jaringan selebral.

Akibat jika tidak ditanggulangi : Dapat menyebabkan infeksi

#### **A. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

1. Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri kepala bagian kanan atas, pengkajian nyeri yaitu P : Nyeri saat melakukan pergerakan/tersentuh, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri pada kepala sebelah kanan, S : Skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan , T : Nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan, Skala Nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, terdapat luka memar disebelah mata, terdapat benjolan di kepala kanan atas, terdapat nyeri tekan.
2. Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk mencerna nutrient menyebabkan anoreksia ditandai dengan pasien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan dirumah sakit dengan menu nasi, sayur, dan lauk pauk , pasien mengatakan sulit makan, karena setial kali makan pasien merasa mual-mual, BB : 57 k, TB : 162 cm, IMT :

$BB/TB (m)^2 = 57/1.62^2 = 21,71Kg/m^2$  (normal), Hb : 13.0g/dL, Hematokrit : 38.1%, Composmentis (E4,V5,M6), mukosa bibir pasien tampak kering, pasien tampak lemas, porsi makan hanya habis  $\frac{1}{2}$  porsi yang disediakan rumah sakit

3. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan penurunan ruang untuk perfusi selebral, sumbatan aliran darah selebral ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan, pasien mengatakan pusing dan mual, TTV : TD :130/80 mmHg, S : 37,8<sup>0</sup>C, RR : 26x/menit, N : 90x/menit, GCS: E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> (15), Klien tampak lemah, Terdapat luka memar, dan benjolan pada kepala bagian kanan atas.

**B. PERENCANAAN****RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A****DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)****DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT****DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN****TANGGAL 22 MARET 2020**

Tabel 4.3 Perencanaan Keperawatan

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Tindakan	Rasional
Minggu, 22 Maret 2020	Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan Pasien mengatakan nyeri kepala bagian kanan atas, pengkajian nyeri yaitu P : Nyeri saat melakukan pergerakan/tersent uh, Q : Nyeri seperti ditusuk-	Setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan nyeri akut dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Nyeri pasien berkurang menjadi 0 dari 0-10 skala nyeri	1. Observasi KU dan TTV pasien setiap 8 jam 2. Berikan pasien posisi yang nyaman 3. Ajarkan pasien manajemen nyeri secara non farmakologi melalui	1. Mengetahui keadaan umum pasien dan memantau TTV yang teratur untuk perkembang an keperawatan 2. Untuk mengetahui skala nyeri pasien

	<p>tusuk, R : Nyeri pada kepala sebelah kanan, S : Skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, T : Nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan, Skala Nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, terdapat luka memar disebelah mata, terdapat benjolan di kepala kanan atas, terdapat nyeri tekan</p>	<p>yang diberikan</p> <p>2. Pasien mampu mengontrol nyeri</p> <p>3. Tanda-tanda vital pasien dalam batas normal</p> <p>4. Pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi</p> <p>5. Pasien mampu melakukan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik.</p> <p>6. Pasien</p>	<p>teknik distraksi dan teknik relaksasi nafas dalam.</p> <p>4. Berikan KIE kepada pasien dan keluarga manajemen nyeri.</p> <p>5. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian paracetamol 3x500 mg via oral</p>	<p>3. Agar pasien merasa nyaman dengan kondisinya</p> <p>4. Dapat mengurangi rasa nyeri yang dirasakan pasien.</p> <p>5. Agar pasien dan keluarga mengetahui cara untuk mengontrol nyeri.</p> <p>6. Obat-obat analgetik dapat membantu mengurangi rasa nyeri</p>
--	--	--	--	--

		mampu melaporkan nyeri yang terkontrol.		pasien.
	Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk mencerna nutrient menyebabkan anoreksia ditandai dengan pasien mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan dirumah sakit	Setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dapat teratasi dengan kriteria hasil :	1.Kaji penurunan nafsu makan klien 2. Berikan makanan selagi hangat 3. Jelaskan pentingnya makanan bagi proses penyembuhan 4.Kolaborasi dengan ahli	1. Agar dapat dilakukan intervensi dalam pemberian makanan pada klien 2. Untuk meningkatkan nafsu makan dan memudahkan proses makan 3. Dengan

	<p>dengan menu nasi, sayur, dan lauk pauk, pasien mengatakan sulit makan, karena setiap kali makan pasien merasa mual-mual, BB : 57 k, TB : 162 cm, IMT : <math>BB/TB (m)^2 = 57/1.62^2 = 21,71Kg/m^2</math> (normal), Hb : 13.0g/dL, Hematokrit : 38.1%, Composmentis (E4,V5,M6), mukosa bibir pasien tampak kering, pasien tampak lemas, porsi makan hanya</p>	<p>1. Pasien dapat menghabiskan 1 porsi makanan yang disediakan rumah sakit</p> <p>2. Klien mengalami peningkatan nafsu makan</p> <p>3. Mukosa bibir pasien lembab</p>	<p>gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat</p>	<p>pengetahuan yang baik tentang nutrisi akan memotivasi untuk meningkatkan pemenuhan nutrisi</p> <p>4. Agar nutrisi pasien terpenuhi dengan tepat</p>
--	--	--	--	--

	habis ½ porsi yang disediakan rumah sakit.			
	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan penurunan ruang untuk perfusi selebral, sumbatan aliran darah selebral ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan, pasien mengatakan	Setelah diberikan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan gangguan perfusi jaringan selebral pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. KU dan TTV pasien dalam batas normal	1. Observasi KU dan TTV pasien 2. Berikan pasien posisi semifowler kepala ditinggikan 30 derajat 3. Anjurkan keluarga untuk berbicara atau mengobrol	1. Untuk mengetahui keadaan umum pasien sebagai standar dalam menentukan intervensi yang tepat 2. Untuk memberi rasa nyaman pada pasien

	<p>pusing dan mual,  TTV : TD :130/80  mmHg, S : 37,8<sup>0</sup>C,  RR : 26x/menit, N  : 90x/menit, GCS:  E<sub>4</sub> V<sub>5</sub> M<sub>6</sub> (15),  Klien tampak  lemah, Terdapat  luka memar, dan  benjolan pada  kepala bagian  kanan atas.</p>	<p>2. Pasien tidak  lemah lagi  3. Pasien  mengatakan  tidak pusing  4. Pasien  mengatakan  tidak mual</p>	<p>dengan klien  4. Kolaborasi  dengan  dokter dalam  pemberian  obat  ondansetron  8 mg</p>	<p>3. Ungkapan  keluarga  yang  menyenangk  an dapat  memberikan  efek yang  relaksasi  bagi pasien  4. Sebagai  terapi  terhadap  kehilangan  kesadaran  akibat  kerusakan  otak.</p>
--	---	--	--	--

**C. PELAKSANAAN KEPERAWATAN/IMPLEMENTASI**

**PELAKSANAAN KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A**

**DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)**

**DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT**

**DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN**

**TANGGAL 22-24 MARET 2020**

Tabel 4.4 Pelaksanaan Keperawatan

No	Hari/Tanggal/ Jam	No Dx Kep.	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Respon	Paraf
1.	Minggu, 22 Maret 2020 09.00 Wita	1 dan 3	Mengobservasi KU dan TTV pasien	DS : Pasien mengatakan badannya lemah DO : S : 37,8°C N : 90x/menit TD:130/80 mmHg RR : 26x/menit GCS : 15	
	10.00 Wita	1	Memberikan posisi yang nyaman semifowler	DS : Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan	

	11.00 Wita	1	Delegatif dengan dokter dalam pemberian paracetamol 3x500 mg via oral	DO : Pasien tampak nyaman DS : - DO : Pasien tampak kooperatif saat diberikan obat
	11.30 Wita	1	Memberikan KIE pada pasien dan keluarga pasien tentang manajemen nyeri	DS : Pasien dan keluarga pasien sudah mengerti dengan penjelasan yang diberikan perawat DO : Pasien dan keluarga pasien tampak kooperatif dengan perawat
	12.00 Wita	1	Mengajarkan pasien manajemen nyeri secara non farmakologi melalui teknik distraksi dan	DS : Pasien mau mengikuti intruksi yang diberikan perawat

			relaksasi	DO : Pasien mengikuti teknik yang diajarkan perawat
	13.00 Wita	3	Menganjurkan keluarga berbicara atau mengajak pasien mengobrol	DS : Keluarga bersedia untuk berbicara dengan pasien DO : Pasien tampak berbicara dengan keluarga
2.	Senin, 23 Maret 2020 13.30 Wita	1 dan 3	Mengobservasi KU dan TTV pasien	DS : Pasien mengatakan badannya lemah DO : S : 37°C N : 79x/menit TD:130/79 mmHg RR : 25x/menit GCS : 15

14.00 Wita	3	Memberikan pasien posisi semifowler	DS :- DO : Pasien tampak tenang dan nyaman
14.30 Wita	3	Delegatif dengan dokter dalam pemberian obat ondansentron 40 mg, melalui IV	DS : Pasien bersedia diberikan obat DO : Pasien tampak kooperatif saat diberikan obat
15.00 Wita	1	Mengajarkan pasien manajemen nyeri secara non farmakologi melalui teknik distraksi dan relaksasi	DS : Pasien mau mengikuti intruksi yang diberikan perawat DO : Pasien mengikuti teknik yang diajarkan perawat
16.30 Wita	2	Memberikan pasien makanan yang hangat	DS : Pasien mengatakan mau

				<p>makan-makanan yang hangat</p> <p>DO: Terlihat makanan yang di siapkan oleh rumah sakit habis dimakan</p>	
	18.00 Wita	2	Menjelaskan pentingnya makanan bagi proses penyembuhan	<p>DS : -</p> <p>DO : Pasien tampak mendengarkan penjelasan yang diberikan perawat</p>	
	19.00 Wita	2	Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian nutrisi yang tepat	<p>DS : -</p> <p>DO : -</p>	
	20.00 Wita	3	Memberikan posisi semifowler pada pasien	<p>DS : pasien bersedia diberikan posisi semifowler</p> <p>DO : Pasien tampak tenang dan nyaman</p>	

3.	Selasa, 24 Maret 2020 19.30	1, dan 3	Mengobservasi KU dan TTV pasien	DS : - DO : S : 37,3°C N : 79x/menit TD:120/60 mmHg RR : 22x/menit GCS : 15	
	20.00 Wita	1	Memberikan posisi yang nyaman pada pasien	DS : Pasien merasa nyaman dengan posisi yang diberikan DO : Pasien tampak nyaman	
	21.00 Wita	1	Mengajarkan pasien manajemen nyeri secara non farmakologi melalui teknik distraksi dan relaksasi	DS : Pasien mau mengikuti intruksi yang diberikan perawat DO : Pasien mengikuti teknik	

				yang diajarkan perawat dan pasien tampak nyaman
00.30 Wita	1	Delegatif dengan dokter dalam pemberian paracetamol 3x500 mg via oral	DS : Pasien bersedia diberikan obat DO : Pasien tampak kooperatif saat diberikan obat	
03.00 Wita	2	Mengkaji penurunan nafsu makan pasien	DS : Pasien mengatakan nafsu makannya bertambah DO : pasien tampak makan- makanan dari luar rumah sakit yaitu buah dan roti	
04.00 Wita	1 dan 3	Mengobservasi KU dan	DS : -	

	07.30 Wita	3	<p>TTV pasien</p> <p>Delegatif dengan dokter dalam pemberian obat ondansentron 40 mg, melalui IV</p>	<p>DO :</p> <p>S : 36,4°C</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>TD:120/80 mmHg</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>GCS : 15</p> <p>DS : Pasien bersedia diberikan obat</p> <p>DO : Pasien Tampak kooperatif saat diberikan obat</p>	
--	------------	---	--	--	--

**D. EVALUASI**

**EVALUASI KEPERAWATAN PADA PASIEN Tn. A  
DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN (CKR)  
DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT  
DI RUANG BOUGENVILLE BRSU TABANAN  
TANGGAL 22-24 MARET 2020**

Tabel 4.5 Evaluasi Keperawatan

NO	HARI/ TANGGAL	DIAGNOSA KEPERAWATAN	EVALUASI
1	Selasa, 24 Maret 2020	Nyeri Akut berhubungan dengan agen cedera fisik ditandai dengan pasien mengatakan nyeri kepala bagian kanan atas, pengkajian nyeri yaitu P : Nyeri saat melakukan pergerakan/tersentuh, Q : Nyeri seperti ditusuk- tusuk, R : Nyeri pada kepala sebelah kanan, S : Skala nyeri 6 dari 0-10	S: - Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan atas sudah berkurang - Skala nyeri 2 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan O : - Pasien tampak tenang dan tidak meringis lagi - TTV : TD : 120/80 mmHg N : 80x/menit S : 36.4°C

		<p>skala nyeri yang diberikan, T : Nyeri hilang timbul, pasien tampak meringis kesakitan, Skala Nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, Terdapat luka memar disebelah mata, Terdapat benjolan di kepala kanan atas, terdapat nyeri tekan.</p>	<p>RR : 22x/menit GCS : 15 A : Masalah nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 2,3,dan 5.</p>
2	Selasa, 24 Maret 2020	<p>Resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk mencerna nutrient menyebabkan anoreksia ditandai dengan pasien mengatakan hanya makan ½ porsi yang</p>	<p>S : Pasien mengatakan nafsu makannya bertambah dan tidak mual O : Mukosa bibir pasien tgampak lembab, pasien tampak menghabiskan makanannya A : Masalah resiko</p>

		<p>disediakan dirumah sakit dengan menu nasi, sayur, dan lauk pauk , pasien mengatakan sulit makan, karena setiap kali makan pasien merasa mual-mual, BB : 57 k, TB : 162 cm, IMT : <math>BB/TB (m)^2 = 57/1.62^2 = 21,71Kg/m^2</math> (normal), Hb : 13.0g/dL, Hematokrit : 38.1%, Composmentis (E4,V5,M6), mukosa bibir pasien tampak kering, pasien tampak lemas, porsi makan hanya habis <math>\frac{1}{2}</math> porsi yang disediakan rumah sakit.</p>	<p>ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi</p> <p>P : Pertahankan Intervensi</p>
	<p>Selasa, 24 Maret 2020</p>	<p>Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Selebral berhubungan</p>	<p>S : Pasien mengatakan sudah tidak mual lagi, pasien</p>

		<p>dengan penurunan ruang untuk perfusi selebral, sumbatan aliran darah selebral ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan, pasien mengatakan pusing dan mual,, TTV : TD :130/80 mmHg, S : 37,8<sup>0</sup>C, RR : 26x/menit, N : 90x/menit, GCS : 15, Klien tampak lemah, Terdapat luka memar, dan benjolan pada kepala bagian kanan atas.</p>	<p>mengatakan masih pusing dan lemas</p> <p>O :</p> <p>- TTV :</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 80x/menit</p> <p>S : 36.4<sup>0</sup>C</p> <p>RR : 22x/menit</p> <p>GCS : 15</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p>
--	--	--	---

## **B. PEMBAHASAN**

Pembahasan merupakan proses analisa antara penerapan teori dengan prakteknya secara nyata. Pada bab berikut ini dibahas tentang kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ditemukan pada kasus “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Tn.A Dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Bougenville BRSU Tabanan”. Fokus masalah pada kasus ini adalah nyeri akut. Analisa tersebut dilihat berdasarkan tahap proses keperawatan meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

### **1. Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap penting dimana merupakan ujung tombak untuk melakukan langkah atau proses keperawatan selanjutnya. Pengkajian dilakukan dengan metode wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi.

Pada pasien Tn. A dengan cedera kepala ringan (CKR) dilakukan pengkajian tanggal 22 Maret 2020 pukul 08.30 Wita. Didapatkan hasil data yaitu secara umum data pada tinjauan kasus sudah sesuai dengan data pada tinjauan teori. Data subjektif dan objektif yang ada pada pasien Tn. A yaitu nyeri kepala bagian kanan atas, pengkajian nyeri yaitu P : Nyeri saat melakukan pergerakan/tersentuh, Q : Nyeri seperti ditusuk-tusuk, R : Nyeri pada kepala sebelah kanan, S : Skala nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan , T : Nyeri hilang timbul,

pasien tampak meringis kesakitan, Skala Nyeri 6 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, terdapat luka memar disebelah mata, terdapat benjolan di kepala kanan atas. Pada pengkajian Tn. A tidak ada kesenjangan antara teori dan kasus.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan tahap kedua dari proses keperawatan setelah proses pengkajian. Diagnosa merupakan kumpulan dari berbagai analisa masalah. Pada tinjauan teori diagnosa keperawatan yang muncul adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan obstruksi jalan nafas, pola nafas tidak efektif, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan penurunan ruang untuk perfusi selebral, resiko infeksi

Pada pasien Tn. A muncul masalah keperawatan yang sesuai dengan tinjauan teoritis yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik, resiko ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan penurunan ruang untuk perfusi selebral dan muncul masalah keperawatan diluar tinjauan teori yaitu resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk mencerna nutrient menyebabkan anoreksia. Hal ini dikarenakan pada saat pengkajian pasien Tn. A mengatakan hanya makan ½ porsi yang disediakan di rumah sakit dengan menu nasi, sayur, dan lauk pauk, pasien mengatakan mual,

pasien mengatakan muntah dengan konsistensi cairan  $\pm$  80 cc, namun IMT pasien masih dalam batas normal 21,71 kg/m<sup>2</sup>.

Prioritas diagnosa keperawatan pada Tn. A adalah nyeri akut, adapun batasan karakteristik dari nyeri akut adalah perubahan selera makan, perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi jantung, laporan isyarat, diaphoresis, perilaku distraksi (misalnya berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang), mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis), masker wajah (misalnya mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis), sikap melindungi area nyeri, focus menyempit (misalnya gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berpikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan), indikasi nyeri yang dapat diamati, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, sikap tubuh melindungi, dilatasi pupil, melaporkan nyeri secara verbal, gangguan tidur.

Pada tinjauan teori terdapat 17 batasan karakteristik untuk diagnose nyeri akut, sedangkan pada kasus Tn. A terdapat 7 yang masuk dalam batasan karakteristik tersebut yaitu: Perubahan tekanan darah, perubahan frekuensi pernafasan, mengekspresikan perilaku (mis., gelisah, merengek, menangis), masker wajah (misalnya mata kurang bercahaya, tampak kacau, gerakan mata berpencar atau tetap pada satu focus meringis), sikap melindungi area nyeri, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, melaporkan nyeri secara verbal.

Pada tinjauan teori terdapat kesenjangan dengan tinjauan kasus, yaitu pada tinjauan teori terdapat 17 batasan karakteristik sedangkan pada tinjauan kasus terdapat 7 batasan karakteristik yang menandakan klien mengalami nyeri akut. Hal tersebut menandakan tidak semua tanda batasan karakteristik yang ada pada teori terdapat pada kasus klien Tn. A. Selain itu pada tinjauan teori terdapat 5 diagnosa keperawatan, sedangkan pada tinjauan kasus terdapat 3 diagnosa keperawatan.

### 3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap ketiga dari proses keperawatan. Perencanaan dibuat untuk membantu mengatasi masalah yang dialami klien. Perencanaan diawali dengan memprioritaskan masalah keperawatan berdasarkan berat ringannya suatu masalah. Prioritas diagnosa pada perencanaan pada kasus bedah tersebut adalah nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik.

Pada rencana keperawatan kriteria waktu yang ditentukan adalah 3x24 jam yang di buat pada kasus tersebut. Kriteria hasil yang dibuat pada Tn. A adalah nyeri pasien berkurang menjadi 0 dari 0-10 skala nyeri yang diberikan, pasien mampu mengontrol nyeri, tanda-tanda vital pasien dalam batas normal, pasien mampu mengenali kapan nyeri terjadi, pasien mampu melakukan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik, pasien mampu melaporkan nyeri yang terkontrol. Antara

kriteria hasil pada tinjauan teori tidak ada kesenjangan pada tinjauan kasus.

Pada tinjauan teori intervensi keperawatan pada pasien dengan diagnosa nyeri akut menurut Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016) adalah observasi nyeri dan karakteristik nyeri setiap 8 jam, Observasi dan ttv pasien setiap 8 jam, beri pasien posisi yang nyaman, ajarkan pasien teknik distraksi dan relaksasi, delegatif dengan dokter dalam pemberian obat analgetik katerolak 30 mg.

Pada tinjauan kasus intervensi yang diberikan kepada Tn. A dengan diagnosa nyeri akut yaitu observasi KU dan TTV pasien, berikan pasien posisi yang nyaman, ajarkan pasien manajemen nyeri secara non farmakologi melalui teknik distraksi dan teknik relaksasi nafas dalam, berikan KIE kepada pasien dan keluarga manajemen nyeri, kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat analgetik.

#### 4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan tahap keempat dari proses keperawatan. Implementasi keperawatan merupakan tahap pelaksanaan dari rencana yang sudah dibuat. Tahap pelaksanaan merupakan tahap keempat dalam tahap proses keperawatan dengan melaksanakan berbagai strategi keperawatan (tindakan keperawatan) yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan (Ngastiyah, 2012).

Pada kasus Tn. A implementasi keperawatan tentang penanganan nyeri akut yang dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang dibuat

dan tidak ada rencana tindakan yang tidak dilakukan. Respon klien dan keluarganya sangat kooperatif saat diberikan tindakan keperawatan.

#### 5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap terakhir dari suatu proses keperawatan dimana suatu tindakan atau implementasi di evaluasi supaya penulis mengetahui sejauh mana perkembangan kesehatan pasien sekarang ini. Pada kasus Tn. A dengan masalah utama nyeri akut yang berhubungan dengan agen cedera fisik teratasi sebagian selama 3x24 jam. Sedangkan masalah keperawatan resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan perubahan kemampuan untuk mencerna nutrient menyebabkan anoreksia teratasi selama 3x24 jam. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan selebral berhubungan dengan penurunan ruang untuk perfusi selebral, sumbatan aliran darah selebral teratasi sebagian selama 3x24 jam.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Penerapan proses asuhan keperawatan pada Tn. A dengan Cedera Kepala Ringan dengan diagnosa nyeri akut di Ruang Bugenville BRSU Tabanan secara umum sudah sesuai dengan tahapan – tahapan dalam proses keperawatan dan dapat dilaksanakan dengan baik. Tujuan dari studi kasus karya tulis ilmiah ini adalah agar dapat memberikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan dengan nyeri akut di ruang Bougenville BRSU Tabanan Kabupaten Tabanan, serta sebagai salah satu persyaratan dalam penyelesaian pendidikan program studi Diploma III Keperawatan di Institut Teknologi dan Kesehatan Bali.

Pada hasil studi kasus yang dilakukan oleh penulis dari tanggal 22 sampai 24 Maret 2020, dapat disimpulkan bahwa :

1. Penulis telah mendapatkan gambaran umum tentang pasien yang mengalami cedera kepala ringan dengan nyeri akut. Dari hasil pengkajian data yang muncul di kajian teori banyak ditemukan pada kasus sehingga tidak ada kesenjangan antara tinjauan teori maupun dengan tinjauan kasus.
2. Pada pasien dengan cedera kepala ringan, maka masalah keperawatan yang dapat muncul yaitu nyeri akut, resiko ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, dan resiko

ketidakefektifan perfusi jaringan selebral. Pada kasus ini diagnosa utama yang muncul adalah nyeri akut yang dimana dapat menyebabkan rasa tidak nyaman pada pasien sehingga dapat menimbulkan masalah keperawatan yang lainnya.

3. Pada perencanaan, penanganan nyeri akut menjadi prioritas pada rencana keperawatan yang akan dibuat. Rencana keperawatan yang dibuat untuk mengatasi nyeri akut dibuat dengan waktu asuhan keperawatan selama 3x24 jam dengan kriteria hasil yang dicapai dan intervensi yang akan dilakukan.
4. Pada tahap implementasi keperawatan, semua rencana keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan yang dibuat.
5. Pada tahap evaluasi yang dilaksanakan untuk mengetahui sejauh mana keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan mencapai tujuan yang telah ditentukan. Dari 3 masalah yang muncul pada pasien Tn. A, 1 masalah teratasi, 2 masalah teratasi sebagian hal ini dikarenakan kondisi pasien belum stabil.

## **B. Saran**

1. Masyarakat

Dapat melakukan perilaku hidup bersih dan sehat serta meningkatkan pengetahuan masyarakat dalam penanganan cedera kepala.

2. Kepada Instusi ITEKES BALI

Diharapkan untuk kedepannya menyediakan sumber buku atau literatur yang lebih banyak lagi mengenai kasus ini.

3. Kepada Instusi Pelayanan Kesehatan Terkait

Diharapkan agar tetap memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien dan keluarganya, tetap melakukan pelayanan dengan 4S (Senyum, Sapa, Service, Simpati). Tetap melakukan pelayanan kepada pasien yang berbasis dengan kearifan lokal.

4. Kepada Responden/Partisipan/Pasien

Agar tetap mempertahankan kondisi pasien yang telah dicapai , tetap melakuka kontrol rutin ke rumah sakit, mengikuti segala apa yang telah dijelaskan oleh perawat dan mampu meningkatkan derajat kesehatan anak.

5. Kepada Penulis Selanjutnya

Agar dapat meningkatkan kualitas mutu dalam penulisan studi kasus pada karya tulis ilmiah ini.

## DAFTAR PUSTAKA

- Awaloei, A. C. dkk. (2016). Gambaran Cedera Kepala yang Menyebabkan Kematian di Bagian Forensik dan Medikolegal RSUP Prof Dr.R.D Kandou. *Jurnal E-Klinik ( eCL)*, Volume 4, Nomor 2 Juli-Desember 2016. Diperoleh tanggal 9 Februari 2020 dari <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/eclinic/article/view/14369>
- Doenges, M., dkk., (2012). *Rencana Asuhan Keperawatan (edisi 3)*. Jakarta : EGC
- Nurarif, A. H., & Kusuma, H. (2016). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA ( North American Nursing Diagnosing Association) Nic-Noc*. Jilid 1. Yogyakarta : Medication
- Pratiwi, S. E & Joyo, M. (2019). Pengelolaan Nyeri Akut pada Sdr. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ruang Cempaka RSUD Unggaran. Diperoleh tanggal 19 Maret 2020 dari [https://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&as\\_sdt=0%2C5&q=kasus+cedera+kepala+dengan+nyeri+akut+&oq=#d=gs\\_qabs](https://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=kasus+cedera+kepala+dengan+nyeri+akut+&oq=#d=gs_qabs)
- Riset Kesehatan Dasar, (2018). *Data dan Informasi Profil Kesehatan Tahun 2018*. Diperoleh tanggal 9 Februari 2020, dari <https://www.slideshare.net/mobile/ssuser200d5e/hasil-risikesdas-riset-kesehatan-dasar-tahun-2018>

Swarjana, I Ketut , (2015). *Metodelogi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta : CV Andi

Offset.

Syaifuddin, H. (2012). *Anatomi Fisiologi*. Jakarta : EGC

Wijaya, AS & Putri. (2013). Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa).

Yogyakarta : Nuha Medik,

Word Health Organization 2013 “ Cedera Kepala” diperoleh tanggal 9 Februari 2020.

Dari [www.who.int/mediacenter/fact](http://www.who.int/mediacenter/fact)

### PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN (PSP)

1. Kami adalah peneliti berasal dari institusi atau jurusan program studi Diploma III Keperawatan dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan (Ckr) Dengan Diagnosa Keperawatan Nyeri Akut Di Ruang Bougenville BRSU Tabanan ”.
2. Tujuan dari penelitian studi kasus ini adalah mampu melaksanakan dan mendapatkan gambaran umum tentang asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan (CKR), yang dapat memberi manfaat berupa cara perawatan dan pencegahan peningkatan tekanan intra cranial (TIK) dimana penelitian ini akan berlangsung selama penyelesaian tugas akhir.
3. Prosedur pengambilan bahan data dengan cara wawancara terpimpin dengan menggunakan pedoman wawancara yang akan berlangsung kurang lebih 15-20 menit. Cara ini menyebabkan ketidaknyamanan tetapi anda tidak perlu khawatir karena penelitian ini untuk kepentingan pengembangan asuhan atau pelayanan keperawatan.

4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan anda pada penelitian ini adalah anda turut terlibat aktif perkembangan asuhan atau tindakan yang diberikan.
5. Nama dan jati diri anda beserta seluruh informasi yang saudara sampaikan akan tetap dirahasiakan.
6. Jika saudara membutuhkan informasi sehubungan dengan penelitian ini silakan menghubungi peneliti pada nomor HP: 085738648859

Partisipan  
(pasien)

Peneliti

.....

(Ni Putu Ayu Esa Cahyati)

NIM. 17E10015

Saksi

(wali atau orang tua peneliti)

.....

## INFORMED CONSENT

(persetujuan menjadi partisipasi)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah menndapat penjelasan secara rinci dan telah mengerti mengenai penelitian yang akan dilakukan oleh Ni Putu Ayu Esa Cahyati dengan judul “ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPELA RINGAN (CKR) DENGAN DIAGNOSA KEPERAWATAN NYERI AKUT 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 makan saya dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu tanpa sanksi apapun.

Denpasar, 21 Maret 2020

Saksi

Yang memberikan persetujuan

.....

.....

Denpasar, 21 Maret 2020

Peneliti

(Ni Putu Ayu Esa Cahyati)

NIM. 17E10015

**LEMBAR KONSULTASI**  
**BIMBINGAN KARYA TULIS ILMIAH**

**NAMA MAHASISWA** : Ni Putu Ayu Esa Cahyati

**NIM/NPM** : 17E10015

**NAMA PEMBIMBING** : Ns.Ni Made Dewi wahyunadi,S.Kep.,M.Kep

<b>NO</b>	<b>TANGGAL</b>	<b>REKOMENDASI PEMBIMBING</b>	<b>PARAF PEMBIMBING</b>
1	17 Maret 2020	Konsultasi pengambilan data	
2	13 April 2020	Pengkajian	
3	14 April 2020	Pengkajian – Diagnosa	
4	20 April 2020	Diagnosa – Renpra	
5	24 April 2020	Renpra – Evaluasi	
6	27 April 2020	Pelaksanaan	
7	28 April 2020	Pembahasan	
8	29 April 2020	Penutup	
9	30 April 2020	Konsul BAB IV dan BAB V	
10	1 Mei 2020	Acc BAB IV dan BAB V	

**Mengetahui**

**Ketua Program Studi**

**Ns. I Gede Satria Astawa,S.Kep.,M.Kes**

**NIDN : 0829067601**