

KARYA TULIS ILMIAH
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. H DENGAN CEDERA
KEPALA RINGAN DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH
MANNA BENGKULU SELATAN
TAHUN 2019



DISUSUN OLEH :
TAHARUDIN
NIM: P0 5120218 159 RPL

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA III KEPERAWATAN
T.A 2018/2019

HALAMAN JUDUL
ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.H DENGAN CEDERA
KEPALA RINGAN DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH
MANNA BENGKULU SELATAN
TAHUN 2019

Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Menyelesaikan Program Diploma III
Keperawatan Pada Prodi DIII Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan Poltekkes
Kemenkes Bengkulu

DISUSUN OLEH :
TAHARUDIN
NIM: P0 5120218 159 RPL

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES BENGKULU
JURUSAN KEPERAWATAN PROGRAM STUDI
DIPLOMA DIII KEPERAWATAN
T.A 2018/2019

PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah (KTI) ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipresentasikan dihadapan Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi D III Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poftekkes Kemenkes Bengkulu

Yang dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

TAHARUDIN
NIM. P05120218150

Pada Tanggal Agustus 2019

Pembimbing



Widia Lestari, S.Kep.M.Sc
NIP.198106052005012004

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah

Dengan Judul

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA
RINGAN DI RSUD HASANUDDIN DAMRAH MANNA
KABUPATEN BENGKULU SELATAN
TAHUN 2019**

Dipersiapkan dan dipresentasikan oleh:

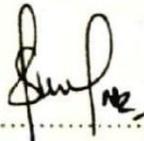
TAHARUDIN
NIM. P05120218159 RPL

Karya Tulis Ilmiah ini telah diuji dan dinilai oleh Panitia Penguji pada Program
DIII Keperawatan Bengkulu Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu

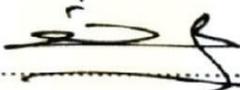
Pada Tanggal, 02 Agustus 2019

Panitia penguji,

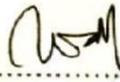
1. Ns. Septiyanti, S. Kep., Mpd
NIP.197409161997032001

(.....

.....)

2. Ns. Sahran, S.Kep., M. Kep
NIP.197709132002121002

(.....

.....)

3. Widia Lestari, S. Kep., M. Sc
NIP.198106052005012004

(.....

.....)

Mengetahui
Ka. Prodi DIII Keperawatan Bengkulu
Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Bengkulu



Ns. Mardani, S. Kep., MM
NIP. 197203211995032001

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kepada ALLAH SWT atas nikmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini dengan judul ***“Asuhan Keperawatan pada Ny. H dengan Cedera Kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019”***. Sholawat serta salam untuk Nabi besar Muhammad SAW, yang telah berjuang untuk menyampaikan ajaran Islam sehingga umat mendapat petunjuk ke jalan yang lurus baik di dunia maupun di akhirat.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan Proposal ini tidak akan terwujud tanpa adanya bantuan, bimbingan dari dosen pembimbing dan dorongan dari berbagai pihak. Namun penulis berharap semoga Proposal ini dapat berguna dan bermanfaat bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan kepentingan lainnya. Terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada :

1. Bapak Darwis, S.Kp., M.Kes. selaku Direktur Politeknik Kesehatan Bengkulu.
2. Bapak Dahrizal, S.Kp., M.PH. selaku Ketua Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
3. Ibu Ns. Mardiani, S.Kep., MM. selaku Ketua Prodi D III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.
4. Ibu Widia Lestari, S.Kep., MSc, selaku pembimbing pembimbing yang telah meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk memberikan bimbingan dan pengarahan dengan penuh kesabaran kepada penulis dalam penyusunan Proposal ini.
5. Istri dan anak yang telah memberi dukungan untuk menyelesaikan karya tulis ini.
6. Semua pihak yang telah banyak memberikan bantuan dalam penyelesaian proposal ini. Semoga bimbingan dan bantuan serta nasihat yang telah diberikan akan menjadi amal baik oleh Allah SWT.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Proposal ini masih banyak terdapat kekeliruan dan kekhilafan baik dari segi penulisan maupun penyusunan dan metodologi, oleh karena itu penulis mengharapkan saran dan

bimbingan dari berbagai pihak agar penulis dapat berkarya lebih baik dan optimal lagi di masa yang akan datang.

Penulis berharap semoga Proposal yang telah penulis susun ini dapat bermanfaat bagi semua pihak serta dapat membawa perubahan positif terutama bagi penulis sendiri dan mahasiswa prodi keperawatan bengkulu lainnya.

Bengkulu, 31 Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.	i
HALAMAN PERSETUJUAN.	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR GAMBAR	viii
DAFTAR SKEMA	ix
DAFTAR TABEL	x

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	4

BAB II TINJAUAN TEORI

A. Anatomi Fisiologi Sistem Persarafan	5
1. Tengkorak (Kranial)	5
2. Meningen	6
3. Otak.....	7
4. Saraf-Saraf Otak	9
B. Konsep Dasar Cedera Kepala.....	10
1. Definisi.....	10
2. Etiologi.....	10
3. Klasifikasi	11
4. Tanda Gejala	11
5. Patofisiologi	12
6. WOC	14

7. Komplikasi.....	15
8. Pemeriksaan Penunjang	15
9. Penatalaksanaan Keperawatan	16
C. Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala Berat	18
1. Pengkajian	18
2. Diagnosa Keperawatan.....	20
3. Intervensi Keperawatan.....	23
4. Implementasi	28
5. Evaluasi Keperawatan.....	28

BAB III METODELOGI PENELITIAN

A. Pendekatan/desain Penelitian	29
B. Subjek Penelitian.....	29
C. Batasan Istilah	29
D. Lokasi dan Waktu Penelitian.....	30
E. Prosedur Penelitian.....	30
F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data	30
1. Teknik Pengumpulan Data.....	30
2. Instrumen Pengumpulan Data.....	31
G. Keabsahan Data.....	31
H. Analisa Data	31

BAB IV TINJAUAN KASUS

A. Identitas Klien	32
B. Riwayat Kesehatan	32
C. Riwayat Kesehatan Dahulu	32
D. Riwayat Kesehatan Keluarga	32
E. Riwayat Psikososial dan Spiritual	33
F. Pola Kebiasaan	33
G. Pemeriksaan Fisik	33
H. Pemeriksaan Penunjang.....	35
I. Penatalaksanaan Obat.....	36

J. Analisa Data	37
K. Diagnosa Keperawatan.....	39
L. Intervensi Keperawatan.....	40
M. Implementasi Keperawatan	46

BAB V PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	64
B. Diagnosa.....	65
C. Perencanaan.....	65
D. Implementasi.....	66
E. Evaluasi.....	68

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan	69
B. Sarah.....	69

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No	Judul	Halaman
1	Gambar 2.1 Anatomi Tengkorak	5
2	Gambar 2.2 Anatomi Meningen	6
3	Gambar 4.1 Genogram	33

DAFTAR SKEMA

No	Judul	Halaman
1	Skema 2.1 WOC	14

DAFTAR TABEL

No	Judul	Halaman
1	Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan	24
2	Tabel 4.1 Pemeriksaan Penunjang	35
3	Tabel 4.2 Penatalaksanaan Obat	36
4	Tabel 4.3 Analisa Data	37
5	Tabel 4.4 Diagnosa Keperawatan	39
6	Tabel 4.5 Intervensi Keperawatan	40
7	Tabel 4.6 Implementasi Keperawatan	46

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera kepala merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas (Manasejoer, 2007), cedera kepala masih menjadi masalah utama morbiditas dan mortalitas pada populasi dunia yang berumur dibawah 45 tahun (Warner & Engelhard, 2007). Penyebab terbanyak cedera kepala adalah kecelakaan bermotor, terpeleset dan bahkan jatuh, sebagian besar (80%) cedera kepala ringan (10%) cedera kepala sedang dan cedera kepala berat (10%) (Jagoda & Bruns, 2006)

Cedera kepala adalah gangguan traumatic dari fungsi otak yang disertai atau tanpa pendarahan intestinal dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala merupakan adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Wijaya & Putrid, 2013). Menurut *Brain Injury Assosiation of Amerika* (2006) cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala bukan bersifat congenital ataupun degenerative, tetapi disebabkan serangan/benturan fisik dari luar yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik. Defisit neurologis terjadi karena robeknya substansi alba, iskemia dan pengaruh massa karena hemoragig, serta edema serebral disekitar jaringan otak (B.Batticaca, 2008).

Cedera kepala berat (CKB) menjadi masalah terbesar dalam kalangan masyarakat dunia meskipun masalah medis sudah berkembang pesat dan maju pada abad 21 (PERDOSI, 2006). Cedera kepala berat mengakibatkan pasien mengalami perubahan fisik maupun psikologis (Haddad, 2012). Cedera kepala meliputi trauma kulit kepala, tengkorak dan otak (Muttaqin, 2008). Akibat yang sering terjadi pada pasien cidera kepala antara lain cedera otak sekunder, edema cerebral, peningkatan tekanan intrakranial, vasospasme, hidrocefalus, gangguan metabolik, infeksi dan kejang (Haddah, 2012).

Kejadian cedera kepala di Amerika Serikat setiap tahun diperkirakan mencapai 500.000 kasus, yang terdiri dari cedera kepala ringan sebanyak 296,678 orang (59,3%), cedera kepala sedang sebanyak 100.432 orang (20,17%) dan cedera kepala berat sebanyak 102,432 orang (20,4%) (WHO, 2012). Kasus tersebut menunjukkan angka kematian adalah sebanyak 10% sebelum masuk rumah sakit. Tingginya kematian disebabkan oleh kegagalan multisistem trauma pada jaringan otak (Haddad, 2012).

Prevalensi angka kejadian cedera kepala di Indonesia secara nasional adalah 8,2% tertinggi terjadi di daerah Sulawesi Selatan. Penyebab terbanyak yaitu jatuh 40,9% dan kecelakaan sepeda motor 40,6%, selanjutnya karena tekanan benda tumpul/tajam 7,3% (Kemenkes RI, 2013). Angka kejadian cedera kepala tertinggi terjadi di Bengkulu yaitu sebesar 56,4%, dengan prevalensi cedera kepala berat 5,8% (Kemenkes RI, 2013). Prevalensi kejadian cedera kepala yang terjadi di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan pada tahun 2016 sebanyak 44 kasus (5,8%), meningkat menjadi 62 kasus pada tahun 2017, dan kembali meningkat menjadi 79 kasus pada tahun 2018 (*Medical Record* RSUD Damrah, 2018)

Pasien cedera kepala mengalami kerusakan pada sistem persarafan yang dapat mengakibatkan berbagai kerusakan, yaitu penurunan kesadaran hingga koma, kerusakan sistem tubuh, gangguan perfusi serebral, peningkatan TIK, mual muntah, kerusakan pertukaran gas, gangguan pola nafas, gangguan bersihan jalan nafas, hingga kematian (Haddah, 2012). Asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala harus segera ditangani dengan serius karena berkaitan dengan otak yang dapat mengakibatkan gangguan pada sistem saraf hingga dapat menyebabkan penurunan kesadaran (Muttaqin, 2008)

Masalah-masalah pada pasien cedera kepala mendorong perawat untuk berfikir kritis dalam menangani pasien dengan cedera kepala berat dengan memprioritaskan masalah secara tepat. mengoptimalkan fungsi otak/ mengembalikan pasien ke keadaan sebelum terjadi cedera, maka untuk memaksimalkan fungsi otak tersebut diperlukan suatu lingkungan perawatan

yang kondusif agar dapat memaksimalkan monitoring terhadap kondisi pasien dengan cedera kepala.

ICU (*Intensive Care Unit*) merupakan ruang perawatan intensif dengan peralatan khusus dan perawat terlatih mempunyai sertifikat yang dapat memonitor pasien gawat karena trauma maupun komplikasi lain. ICU memiliki fasilitas teknologi canggih seperti monitor jantung dengan dukungan mesin computer dan ventilator mekanisme (Potter & Perry, 2010)

Berdasarkan uraian diatas, tampak bahwa angka kejadian pasien dengan cedera kepala masih tinggi sehingga penulis tertarik mengangkat kasus dengan judul “Asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan”.

B. Rumusan Masalah

Karya tulis ini hanya dibatasi pada fokus asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah cedera kepala.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Melakukan proses asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien dengan cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian keperawatan pada pasien cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- b. Merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- c. Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- d. Melakukan implementasi pada pasien cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.
- e. Melakukan evaluasi pada pasien cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Akademik

Hasil studi ini dapat dijadikan masukan dan bahan pembelajaran di Jurusan Keperawatan dalam upaya peningkatan proses pengetahuan tentang Asuhan Keperawatan pada pasien cedera kepala.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil studi ini dapat dijadikan bahan masukan untuk mengembangkan proses Asuhan Keperawatan pada pasien cedera kepala.

3. Bagi klien dan keluarga

Mendapatkan pengalaman serta dapat menerapkan apa yang telah dipelajari dalam penanganan kasus cedera kepala yang dialami dengan kasus nyata dalam pelaksanaan keperawatan.

4. Bagi institusi pendidikan

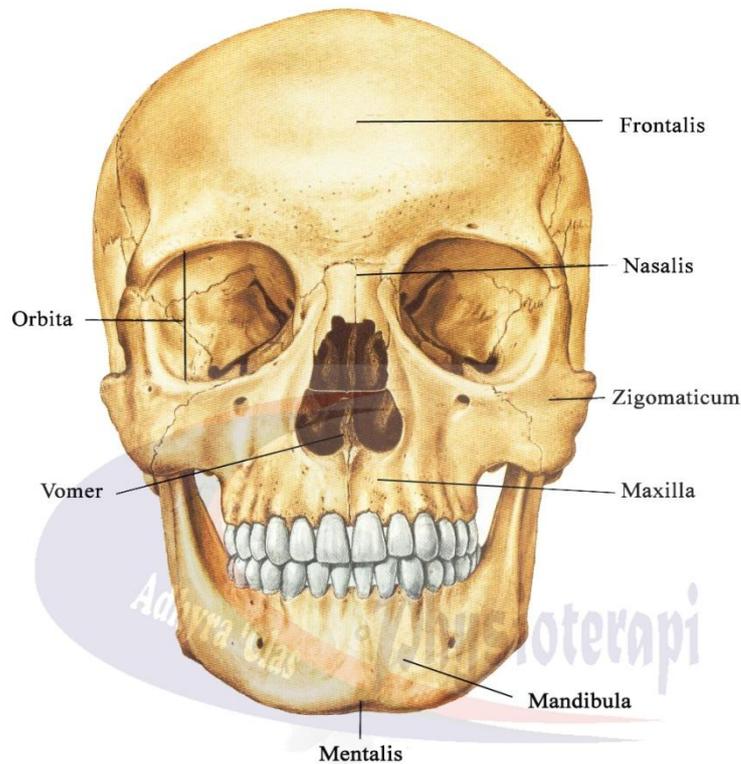
Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada pasien cedera kepala.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Anatomi Fisiologi Sistem Persarafan

1. Tengkorak (kranial)

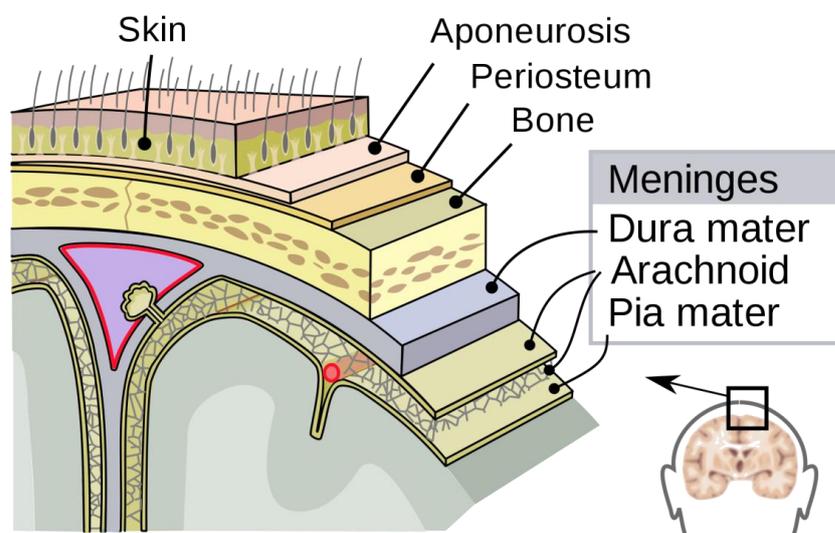
Merupakan susunan tulang yang melindungi dan menutupi otak yang terdiri dari tulang cranium dan tulang muka. tengkorak terdiri atas delapan tulang kepala dan empat belas tulang wajah. Pada tengkorak juga terdapat tiga tulang kecil di rongga telinga medial kanan dan kiri serta tulang hioid yang menopang dasar lidah. Tulang kepala membentuk rangka otak yang membungkus dan melindungi otak, mata dan telinga. Nama beberapa di antaranya adalah os frontale, os parientale (dua), os temporale (dua), os oksipitale, os sfenoid dan os etmoidale yang merupakan bagian dasar rangka otak dan orbit (soket) mata. Seluruh sendi pada os cranial merupakan sendi yang tidak dapat digerakkan, yang disebut sutura (Elizabeth J. C. 2009).



Gambar 2.1 Anatomi Tengkorak
Sumber : Elizabeth J. C. (2009)

2. Meningen

Meningen terdiri dari tiga lapisan utama, yaitu duramater, arachnoid, dan piamater. Duramater melekat pada tengkorak atau tulang kanalis vertebralis di sumsum tulang belakang. Arachnoid melekat pada duramater. Sedangkan piamater melekat pada jaringan sistem saraf pusat (Ganong, 2007).



Gambar 2.2 Anatomi Meningen

Sumber : (Ganong, 2007)

a. Duramater

Duramater adalah lapisan meninges yang tebal, kuat, dan paling dekat dengan otak. Duramater berarti “ibu yang kuat”. Pada bagian terluar yang longgar terdiri dari serat fibrosa dan serat elastis. Pada bagian tengah kebanyakan berserat dan terdiri dari dua bagian: lapisan endosteal (yang lebih dekat dengan tengkorak) dan lapisan meningeal (yang lebih dekat dengan otak). Duramater bersifat seperti kantung yang menyelubungi arachnoid dan membawa darah dari otak ke jantung

b. Arachnoid

Lapisan meninges yang terletak dibagian tengah disebut arachnoid mater. Dinamakan demikian karena strukturnya mirip jaring laba-

laba namun transparan. Struktur ini memberikan efek bantalan untuk sistem saraf pusat. Arachnoid merupakan membran transparan yang tipis serta terdiri dari jaringan fibrosa dan sel-sel yang kedap cairan. Arachnoid tidak mengikuti bentuk permukaan otak jadi terlihat seperti kantong yang longgar tapi pas

c. Piameter

Piamater adalah membran yang sangat halus, tipis, dan mengikuti bentuk permukaan otak yang berlekuk-lekuk. Ia terdiri dari jaringan fibrosa dan sel yang kedap cairan. Pada piamater terdapat pembuluh darah menuju ke otak dan sumsum tulang belakang.

3. Otak

a. Cerebrum (otak besar)

Serebrum adalah bagian terbesar dari otak yang terdiri dari dua hemisfer. Hemisfer kanan berfungsi untuk mengontrol bagian tubuh sebelah kiri dan hemisfer kiri berfungsi untuk mengontrol bagian tubuh sebelah kanan. Masing-masing hemisfer terdiri dari empat lobus. Keempat lobus tersebut masing-masing adalah (CDC, 2004).

- 1) Lobus parietal : visual senter dan mengendal objek.
- 2) Lobus frontal : terdapat area motorik untuk mengontrol gerakan otot-otot, gerakan bola mata; area broca sebagai pusat bicara; dan area prefrontal (area asosiasi) yang mengontrol aktivitas intelektual.
- 3) Lobus temporal: berperan penting dalam kemampuan pendengaran, pemaknaan informasi dan bahasa dalam bentuk suara.
- 4) Lobus oksipital : fungsi sensori umu dan rasa/pengecapan.

b. Cerebelum (otak kecil)

Serebelum (otak kecil) adalah komponen terbesar kedua otak. Serebelum terletak di bagian bawah belakang kepala, berada di belakang batang otak dan di bawah lobus oksipital, dekat dengan ujung leher bagian atas. Serebelum adalah pusat tubuh dalam mengontrol

kualitas gerakan. Serebelum juga mengontrol banyak fungsi otomatis otak, diantaranya: mengatur sikap atau posisi tubuh, mengontrol keseimbangan, koordinasi otot dan gerakan tubuh. Selain itu, serebelum berfungsi menyimpan dan melaksanakan serangkaian gerakan otomatis yang dipelajari seperti gerakan mengendarai mobil, gerakan tangan saat menulis, gerakan mengunci pintu dan sebagainya (Clark, 2005)

c. Batang otak

Batang otak berada di dalam tulang tengkorak atau rongga kepala bagian dasar dan memanjang sampai medulla spinalis. Batang otak bertugas untuk mengontrol tekanan darah, denyut jantung, pernafasan, kesadaran, serta pola makan dan tidur. Bila terdapat massa pada batang otak maka gejala yang sering timbul berupa muntah, kelemahan otot wajah baik satu maupun dua sisi, kesulitan menelan, diplopia, dan sakit kepala ketika bangun (CDC, 2004). Batang otak terdiri dari tiga bagian, yaitu:

- 1) Mesensefalon atau otak tengah (disebut juga mid brain) adalah bagian teratas dari batang otak yang menghubungkan serebrum dan serebelum. Saraf kranial III dan IV diasosiasikan dengan otak tengah. Otak tengah berfungsi dalam hal mengontrol respon penglihatan, gerakan mata, pembesaran pupil mata, mengatur gerakan tubuh dan pendengaran (Moore & Argur, 2007).
- 2) Pons merupakan bagian dari batang otak yang berada diantara midbrain dan medulla oblongata. Pons terletak di fossa kranial posterior. Saraf Kranial (CN) V diasosiasikan dengan pons (Moore & Argur, 2007).
- 3) Medulla oblongata adalah bagian paling bawah belakang dari batang otak yang akan berlanjut menjadi medulla spinalis. Medulla oblongata terletak juga di fossa kranial posterior. CN IX, X, dan XII disosiasikan dengan medulla, sedangkan CN VI dan VIII

berada pada perhubungan dari pons dan medulla (Moore & Argur, 2007).

4. Saraf-Saraf Otak

- a. Nervus I (Olfactorius)
Bersifat sensori menyerupai hidung, membawa rangsangan aroma(bau) dari rongga hidung: Saraf pembau.
- b. Nervus II (Optikus Sensori)
Bersifat sensori mensyarafi mata, membawa rangsangan penglihatan ke otak: Saraf peglihatan.
- c. Nervus III (Okulomotor)
Bersifat motorik, mempersyarafi otot orbital, berfungsi sebagai penggerak bola mata.
- d. Nervus IV (Troklearis)
Bersifat motorik, menggerakkan beberapa otot mata.
- e. Nervus V (Trigeminus)
Bersifat majemuk, menerima rangsangan dari wajah untuk diproses di otak sebagai sentuhan Motorik: Menggerakkan rahang.
- f. Nervus VI (Abdusen)
Bersifat motorik, mempersyarafi otot orbital.
- g. Nervus VII (Fasialis)
Bersifat majemuk, mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi wajah
- h. Nervus VIII (Vestibulokoklearis)
Bersifat sensori, mengendalikan keseimbangan Sensori koklea: Menerima rangsang untuk diproses di otak sebagai suara.
- i. Nervus IX (Glosofaringeal)
Bersifat majemuk, mempersyarafi faring, tonsil, dan lidah
- j. Nervus X (Vagus Gabu)
Bersifat majemuk, fungsi saraf perasa
- k. Nervus XI (Aksesorius)
Bersifat motorik, sebagai saraf tambahan

1. Nervus XII (Hipoglossus)

Bersifat motorik, mempersyarafi otot-otot lidah

B. Konsep Dasar Cedera Kepala

1. Definisi

Cedera kepala atau trauma kapitis adalah suatu gangguan trauma dari otak disertai/tanpa perdarahan intestinal dalam substansi otak, tanpa diikuti terputusnya kontinuitas dari otak.(Nugroho, 2011). Cedera kepala adalah gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul maupun trauma tajam. Defisit neurologis terjadi karena robekannya substansi alba, iskemia, dan pengaruh massa karena hemoragik, serta edema serebral disekitar jaringan otak (B. Batticaca, 2008).

Cedera kepala berat (CKB) adalah cedera kepala dengan skala koma glaslow 3-8 atau dalam keadaan koma (Mansjoer A, dkk, 2001-3). Cedera kepala berat adalah dimana otak mengalami memar dengan kemungkinan ada nya daerah hemoragi, pasien berada pada periode tidak sadarkan diri (Smeltzer & Bare, 2002). Cedera kepala berat atau memar otak dapat terjadi perdarahan didalam jaringan otak tanpa adanya robekan jaringan yang kasat mata, meskipun neuron-neuron mengalami kerusakan atau terputus (Harsono, 2010 : 300)

2. Etiologi

Cedera kepala dibedakan menjadi cedera kepala primer yaitu dapat disebabkan oleh trauma benda tumpul, jatuh, kecelakaan lalu lintas, kecelakaan rumah tangga, dan cedera kepala sekunder yaitu cedera yang terjadi akibat cedera saraf melalui akson meluas, hipertensi intrakranial, hipoksia, hiperkapnea / hipotensi sistemik (Bararah & Jauhar, 2013). Cedera sekunder merupakan cedera yang terjadi akibat berbagai proses patologis yang timbul sebagai tahap lanjutan dari kerusakan otak primer, berupa perdarahan, edema otak, kerusakan neuron berkelanjutan, iskemia,

peningkatan tekanan intrakranial dan perubahan neurokimiawi (Hickey, 2010).

3. **Klasifikasi**

Jenis cedera kepala terbuka dapat menyebabkan fraktur tulang tengkorak dan laserasi diameter. Trauma yang menembus tulang tengkorak dan jaringan otak (Setiawan, 2009). Cedera kepala berat membutuhkan anamnesa lebih dari 30 menit tetapi kurang dari 24 jam, dengan nilai GCS 3-8 kehilangan kesadaran dan terjadi amnesia lebih dari 24 jam juga melebihi kontusio serebral, laserasi atau hematoma intracranial (Mansjoer A, dkk, 2001). Cedera kepala berdasarkan kerusakan jaringan otak (Setiawan, 2009) :

- a. Komosio serebri (gegar otak): gangguan fungsi neurologic ringan tanpa adanya kerusakan struktur otak, terjadi kehilangan kesadaran kurang 10 menit atau tanpa disertai amnesia retrograde, mual, muntah dan nyeri kepala.
- b. Kontusio serebri (memar): gangguan fungsi neurologic disertai kerusakan jaringan otak tetapi kontinuitas otak masih utuh, terjadi kehilangan kesadaran lebih dari 10 menit.
- c. Laserasio serebri: gangguan fungsi neurologic disertai kerusakan otak yang berat dengan fraktur tengkorak terbuka yang membuat massa otak terkelupas dan keluar dari rongga intracranial.

4. **Tanda Gejala**

Menurut Bararah & Jauhar (2013), ada beberapa tanda dan gejala yang dapat muncul pada pasien dengan cedera kepala berat antara lain adalah sebagai berikut:

- a. Hilangnya kesadaran kurang dari 30 menit atau lebih
- b. Mual muntah
- c. Bengkak pada sekitar fraktur sampai pada fraktur kubah cranial

- d. Fraktur dasar tengkorak: hemorasi dari hidung, faring atau telinga dan terlihat darah dibawah konjungtiva.
- e. Pusing dan berkunang-kunang.
- f. Gangguan penglihatan dan berbicara
- g. Peningkatan TIK karena kekurangan oksigen menuju otak.
- h. Perubahan kesadaran perilaku.
- i. Peningkatan TD, penurunan frekuensi nadi, peningkatan pernafasan.
- j. Penurunan kesadaran.
- k. Keluar cairan cerebrospinal dari lubang hidung dan telinga.

5. Patofisiologi

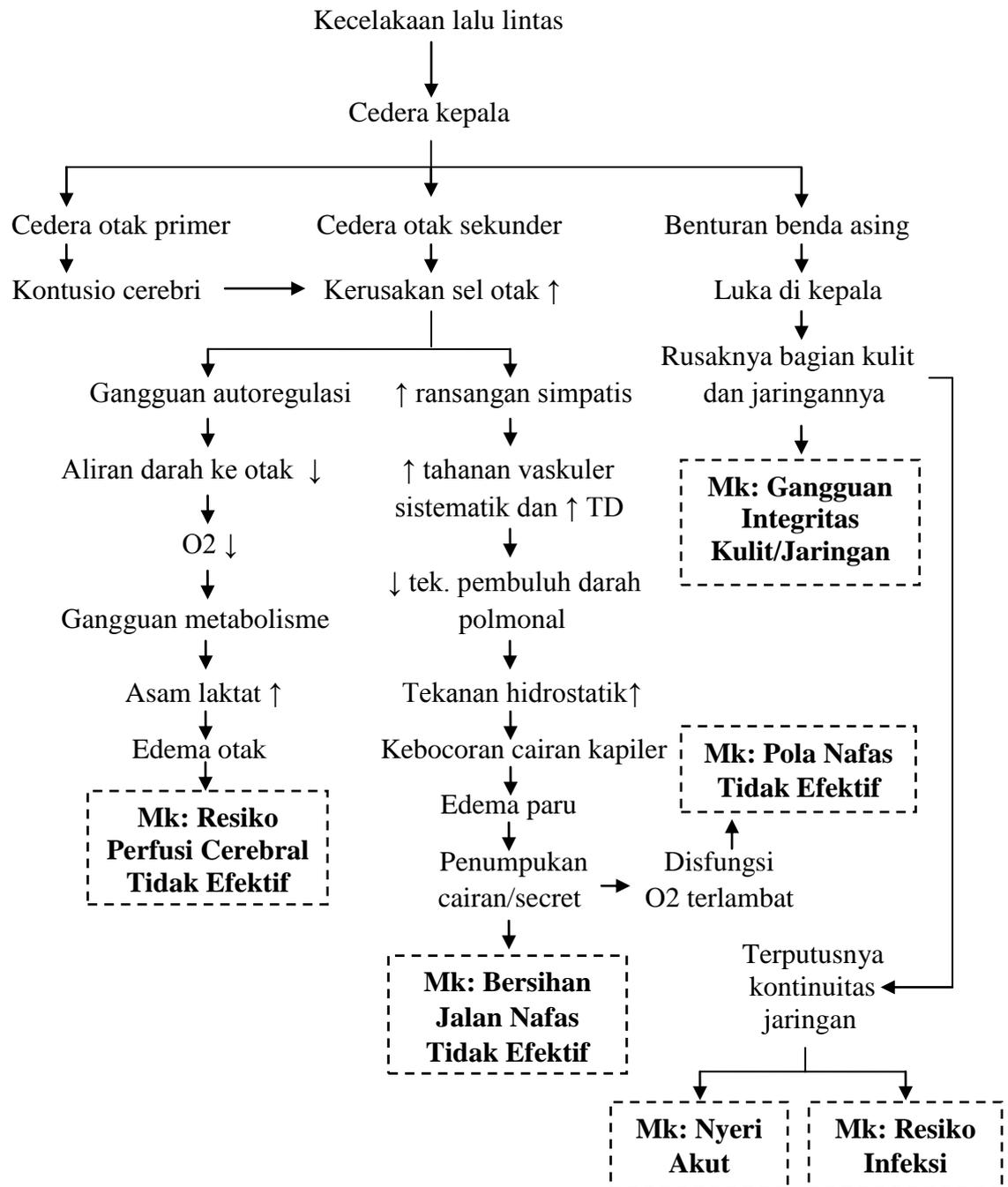
Berdasarkan patofisiologinya, kita mengenal dua macam cedera otak, yaitu cedera otak primer dan cedera otak sekunder. Cedera otak primer adalah cedera yang terjadi saat atau bersamaan dengan kejadian trauma, dan merupakan suatu fenomena mekanik. Umumnya menimbulkan lesi permanen (Price dan Wilson, 2006). Tidak banyak yang bisa kita lakukan kecuali membuat fungsi stabil, sehingga sel-sel yang sedang sakit bisa mengalami proses penyembuhan yang optimal.

Cedera primer, yang terjadi pada waktu benturan, mungkin karena memar pada permukaan otak, laserasi substansi alba, cedera robekan atau hemoragi karena terjatuh, dipukul, kecelakaan dan trauma saat lahir yang bisa mengakibatkan terjadinya gangguan pada seluruh sistem dalam tubuh (Wijaya & Putrid, 2013). Sedangkan cedera otak sekunder merupakan hasil dari proses yang berkelanjutan sesudah atau berkaitan dengan cedera primer dan lebih merupakan fenomena metabolik sebagai akibat, cedera sekunder dapat terjadi sebagai kemampuan autoregulasi serebral dikurangi atau tak ada pada area cedera (Potter & Perry, 2010).

Cedera kepala terjadi karena beberapa hal diantaranya, bila trauma ekstra kranial akan dapat menyebabkan adanya leserasi pada kulit kepala selanjutnya bisa perdarahan karena mengenai pembuluh darah. Karena perdarahan yang terjadi terus-menerus dapat menyebabkan hipoksia,

hiperemi peningkatan volume darah pada area peningkatan permeabilitas kapiler, serta vasodilatasi arterial, semua menimbulkan peningkatan isi intrakranial, dan akhirnya peningkatan tekanan intrakranial (TIK), adapun, hipotensi. Namun bila trauma mengenai tulang kepala akan menyebabkan robekan dan terjadi perdarahan juga. Cedera kepala intra kranial dapat mengakibatkan laserasi, perdarahan dan kerusakan jaringan otak bahkan bisa terjadi kerusakan susunan syaraf kranial terutama motorik yang mengakibatkan terjadinya gangguan dalam mobilitas (Brain, 2009).

6. WOC



Skema 2.1 WOC

Sumber : Price dan Wilson (2006), Wijaya & Putrid (2013), Potter & Perry (2010)

7. **Komplikasi**

Menurut Mansjoer A, (2007), komplikasi yang dapat terjadi pada pasien cedera kepala yaitu:

- a. Perdarahan intra cranial
- b. Kejang
- c. Parese saraf cranial
- d. Meningitis atau abses otak
- e. Infeksi pada luka atau sepsis
- f. Edema cerebri
- g. Timbulnya edema pulmonum neurogenik, akibat peningkatan TIK
- h. Kebocoran cairan serospinal
- i. Nyeri kepala setelah penderita sadar

8. **Pemeriksaan Penunjang**

- a. Pemeriksaan laboratorium : darah lengkap, urine, kimia darah, analisa gas darah.
- b. CT-Scan (dengan atau tanpa kontras: mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan ventrikuler, dan perubahan jaringan otak.
- c. MRI : digunakan sama seperti CT-Scan dengan atau tanpa kontras radioaktif.
- d. Cerebral Angiography: menunjukkan anomali sirkulasi cerebral, seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan dan trauma.
- e. X-Ray : mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan, edema), fragmen tulang. Ronsent Tengkorak maupun thorak.
- f. CSF, Lumbal Pungsi : dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subarahnoid.
- g. ABGs : Mendeteksi keberadaan ventilasi atau masalah pernafasan (oksigenasi) jika terjadi peningkatan tekanan intrakranial.

- h. Kadar Elektrolit : Untuk mengkoreksi keseimbangan elektrolit sebagai akibat peningkatan tekanan intrakranial. (Musliha, 2010)

9. Penatalaksanaan Keperawatan

Penatalaksanaan medik cedera kepala yang utama adalah mencegah terjadinya cedera otak sekunder. Cedera otak sekunder disebabkan oleh faktor sistemik seperti hipotensi atau hipoksia atau oleh karena kompresi jaringan otak. (Tunner, 2010) Prinsip penanganan awal pada pasien cedera kepala meliputi survei primer dan survei sekunder. Dalam penatalaksanaan survei primer hal-hal yang diprioritaskan antara lain airway, breathing, circulation, disability, dan exposure, yang kemudian dilanjutkan dengan resusitasi. Pada penderita cedera kepala khususnya dengan cedera kepala berat survei primer sangatlah penting untuk mencegah cedera otak sekunder dan mencegah homeostasis otak (Turner, 2010)

Penatalaksanaan umum adalah:

- a. Stabilisasi kardio pulmoner mencakup prinsip-prinsip ABC (Airways-Breathing-Circulation). Keadaan hipoksemia, hipotensi, anemia, akan cenderung memper-hebat peninggian TIK dan menghasilkan prognosis yang lebih buruk.
- b. Semua cedera kepala berat memerlukan tindakan inkubasi pada kesempatan pertama.
- c. Pemeriksaan umum untuk mendeteksi berbagai macam cedera atau gangguan-gangguan di bagian tubuh lainnya.
- d. Pemeriksaan neurologos mencakup respon mata, motorik, verbal, pemeriksaan pupil, refleks okulor sefalik dan refleks okuloves tubuler. Penilaian neurologis kurang bermanfaat bila tekanan darah penderita rendah (syok).
- e. Pemberian pengobatan seperti : antiedemaserebri, anti kejang dan natrium bikarbonat.
- f. Tindakan pemeriksaan diagnostik seperti : scan tomografi, komputer

otak, angiografi serebral, dan lainnya.

Penatalaksanaan lainnya :

- a. Dexamethason/kalmethason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma.
- b. Therapi hiperventilasi (trauma kepala berat). Untuk mengurangi vasodilatasi.
- c. Pemberian analgetika
- d. Pengobatan anti oedema dengan larutan hipertonis yaitu manitol 20% atau glukosa 40 % atau gliserol 10 %.
- e. Antibiotika yang mengandung barrier darah otak (penisilin).
- f. Makanan atau cairan. Pada trauma ringan bila terjadi muntah-muntah tidak dapat diberikan apa-apa, hanya cairan infus dextrosa 5%, aminofusin, aminofel (18 jam pertama dan terjadinya kecelakaan), 2-3 hari kemudian diberikana makanan lunak, Pada trauma berat, hari-hari pertama (2-3 hari), tidak terlalu banyak cairan. Dextrosa 5% untuk 8 jam pertama, ringer dextrose untuk 8 jam kedua dan dextrosa 5% untuk 8 jam ketiga. Pada hari selanjutnya bila kesadaran rendah, makanan diberikan melalui ngt (2500-3000 tktp). Pemberian protein tergantung nilai urea.

Tindakan terhadap peningkatan TIK yaitu:

- a. Pemantauan TIK dengan ketat
- b. Oksigenisasi adekuat
- c. Pemberian manitol
- d. Penggunaan steroid
- e. Peningkatan kepala tempat tidur
- f. Bedah neuro.

C. Konsep Asuhan Keperawatan Cedera Kepala

1. Pengkajian

a. Identitas Klien

Nama, usia, jenis kelamin, kebangsaan/suku, berat badan, tinggi badan, pendidikan, pekerjaan, status perkawinan, anggota keluarga, agama.

b. Riwayat Kesehatan

1) Keluhan utama

Adanya penurunan kesadaran, letargi, mual dan muntah, sakit kepala, wajah tidak simetris, lemah, paralysis, perdarahan, fraktur, hilang keseimbangan, sulit menggenggam, amnesia seputar kejadian, kesulitan mendengar.

2) Riwayat penyakit dahulu

Pasien pernah mengalami penyakit system persyarafan, riwayat trauma masa lalu, riwayat penyakit darah, riwayat penyakit sistemik/pernafasan kardiovaskuler dan metabolic.

3) Riwayat keluarga

Adanya riwayat penyakit menular.

c. Pemeriksaan Fisik

Setelah dilakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan klien sebaiknya dilakukan pemeriksaan fisik per sistem.

1) Keadaan umum

Secara umum, keadaan umum pasien dapat dinyatakan dalam tiga kriteria yaitu ringan, sedang, dan berat. Ringan terdiri dari kesadaran penuh, tanda vital stabil, pemenuhan kebutuhan mandiri. Sedang terdiri dari kesadaran penuh s/d apatis, tanda vital stabil, memerlukan tindakan medis, memerlukan observasi, pemenuhan kebutuhan dibantu sebagian s/d sepenuhnya. Berat terdiri dari kesadaran penuh s/d somnolen, tanda vital tidak stabil, memakai alat bantu organ vital, melakukan tindakan pengobatan yang intensif.

2) Sistem Kardiovaskuler

Palpasi denyut nadi dalam rentang normal atau terjadi bradikardi dan takikardi, auskultasi apakah terjadinya perubahan tekanan darah.

3) Sistem neurologis

Inspeksi kaji LOC (*level of consciousness*) atau tingkat kesadaran dengan melakukan pertanyaan tentang kesadaran pasien terhadap waktu, tempat, dan kaji adanya kejang/tremor, palpasi kaji tingkat kenyamanan, adanya nyeri termasuk lokasi, durasi, tipe dan pengobatan, kaji fungsi sensori.

Dapat juga dilakukan pemeriksaan saraf cranial:

- a) Saraf I *olfactorius*, pada beberapa keadaan trauma kepala didaerah yang merusak anatomis dan fisiologis saraf ini klien akan mengalami kelainan pada fungsi penciuman.
- b) Saraf II *optik*, akan menurunkan lapang penglihatan dan gangguan fungsi dari *nervus optikus*.
- c) Saraf III, IV, VI *okulomotor, troklearis, abduksen* gangguan mengangkat kelopak mata terutama pada klien dengan trauma yang merusak rongga orbital.
- d) Saraf V *trigenimus*, menyebabkan *paralisis nervus trigenimus*, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan mengunyah.
- e) Saraf VII *fasiialis* persepsi pengecap mengalami perubahan.
- f) Saraf VIII *vestibuloklearis* perubahan fungsi pendengaran pada pasien cedera kepala.
- g) Saraf IX dan X *glossofaringeus dan vagus* kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.
- h) Saraf XI *aksesoris*, bila tidak melibatkan trauma pada leher, mobilitas klien cukup baik dan tidak ada atrofi otot *sternokleidomastoideus dan trapezius*.
- i) Saraf XII *hipoglossus* indra pengecap mengalami perubahan

- 4) Sistem perkemihan
Disuria (nyeri saat berkemih), frekuensi kencing menetes, hematuria, poliuria, dan infeksi saluran kemih.
- 5) Sistem pencernaan
Konstipasi, Konsisten feses, frekuensi eliminasi, auskultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.
- 6) Sistem muskuloskeletal
Nyeri berat tiba-tiba atau bahkan terlokalisasi pada area jaringan yang dapat berkurang untuk imobilisasi
- 7) Sistem endokrin
Adanya pembesaran pankreas, adanya lesi atau luka dan bisa juga terjadi memar, perubahan warna kulit dan kuku, kulir kering dan kasar.
- 8) Sistem pernafasan
Perubahan pola nafas, irama dan frekuensi/kedalaman, bunyi nafas *ronchi*, mengi positif.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut SDKI (2016), masalah yang sering muncul pada kasus cedera kepala berat adalah sebagai berikut:

- a. Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d edema cerebral, peningkatan TIK.
- b. Pola nafas tidak efektif b.d difusi O₂ menurun.
 - 1) Data mayor
 - Subjektif
 - a) Dispnea
 - Objektif
 - a) Penggunaan otot bantu pernafasan
 - b) Fase ekspirasi memanjang
 - c) Pola nafas abnormal

2) Data minor

Objektif

a) Ortopnea

Subjektif

a) Pernafasan *Ipursed-lip*

b) Pernafasan cuping hidung

c) Diameter thoraks anterior-posterior meningkat

d) Ventilasi semenit menurun

e) Kapasitas vital menurun

f) Tekanan ekspansi menurun

g) Tekanan inspirasi menurun

h) Ekskursi dada berubah

c. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan cairan/secret.

1) Data mayor

Subjektif

-

Objektif

a) Batuk tidak efektif

b) Tidak mampu batuk

c) Sputum berlebihan

d) Mengi, *wheezing*

2) Data minor

Subjektif

a) Dispnea

b) Sulit bicara

c) Ortopnea

Objektif

a) Gelisah

b) Sianosis

c) Bunyi nafas menurun

d) Frekuensi nafas berubah

- e) Pola nafas berubah
- d. Gangguan integritas kulit/jaringan b.d faktor mekanis.
 - 1) Data mayor
 - Objektif
 - a) Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit
 - 2) Data minor
 - Objektif
 - a) Nyeri
 - b) Perdarahan
 - c) Kemerahan
 - d) Hematoma
- e. Nyeri akut b.d terputusnya kontinuitas jaringan
 - 4) Data mayor
 - Subjektif
 - 2) Mengeluh nyeri
 - Objektif
 - a) Tampak meringis
 - b) Gelisah
 - c) Frekuensi nadi meningkat
 - 5) Data minor
 - Objektif
 - a) Tekanan darah meningkat
 - b) Pola nafas berubah
 - c) Diaforesis

3. Intervensi Keperawatan

Setelah pengumpulan data klien, mengorganisasi data dan menetapkan diagnosis keperawatan maka tahap berikutnya adalah perencanaan. Pada tahap ini perawat membuat rencana perawatan dan menentukan pendekatan apa yang digunakan untuk memecahkan masalah klien. Ada tiga fase dalam tahap perencanaan yaitu menentukan prioritas, menentukan tujuan dan merencanakan tindakan keperawatan (Martin, 2011). Perencanaan dari diagnosis-diagnosis keperawatan diatas adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1 Rencana Asuhan Keperawatan

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN				
NO	DIANGOSA KEPERAWATAN	TUJUAN (NOC)	INTERVENSI (NIC)	RASIONAL
1.	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d edema cerebral, peningkatan TIK	<p>NOC</p> <p>Kriteria hasil:</p> <p>2. Menunjukkan status sirkulasi normal</p> <p>3. Menunjukkan kemampuan kognitif normal</p> <p>Ditandai dengan indikator berikut:</p> <p>1. Gangguan ekstrem</p> <p>2. Berat</p> <p>3. Sedang</p> <p>4. Ringan</p>	<p>NIC</p> <p>1. Imobilisasi sedini mungkin</p> <p>2. Evaluasi nilai GCS pasien</p> <p>3. Pertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi)</p> <p>4. Pantau TTV setiap 3 jam</p> <p>5. Evaluasi keadaan pupil (ukuran, ketajaman, simetris antara kiri dan kanan, reaksi terhadap cahaya)</p> <p>6. kolaborasi dengan pemberian</p>	<p>1. Menghindari peningkatan TIK</p> <p>2. Mengetahui tingkat kesadaran pasien</p> <p>3. Mencegah peningkatan TIK</p> <p>4. Peningkatan TTV dapat menjadi faktor peningkatan TIK</p> <p>5. Untuk menentukan apakah batang otak masih ada respon terhadap cahaya atau tidak</p> <p>6. Mencegah terjadinya edema karena</p>

		5. Tidak ada gangguan Hasil yang diharapkan 4-5	cairan perenteral norosmotik (kecuali dextrose) 7. Kolaborasi dalam pemberian obat neurotropik.	dextrose mudah diserap tubuh 7. Neuropotik berguna untuk menjaga fungsi safar yang rusak.
2.	Pola nafas tidak efektif b.d difusi O2 menurun	NOC Kriteria Hasil : Status Respirasi: ventilasi: pergerakan udara kedalam dan keluar dari paru-paru, ditandai dengan indikator: 1. Ekstream 2. Berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada gangguan Hasil yang diharapkan 4-5	NIC Airway Management 1. Catat dan nilai tingkat pernafasan dan kedalaman (setiap 1 jam) 2. Auskultasi suara nafas (setiap 1 jam) 3. Posisikan pasien nyaman mungkin dan elevasikan kepala tempat tidur 4. Kolaborasi pemberian oksigen 5. Kolaborasi pemberian suction bile diperlukan	1. Untuk deteksi dini tanda gangguan pernafasan menilai status ABC 2. Untuk mendeteksi adanya perubahan peningkatan atau penurunan suara nafas serta suara nafas tambahan 3. Mengetahui tingkat kenyamanan pasien dan menurunkan resiko cedera tambahan 4. Pemberian oksigen membantu pasien mengatasi hipoksia 5. Retensi secret pada tenggorokan dapat menyumbat jalan nafas dan

				menyebabkan terganggunya pola nafas
3.	Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d penumpukan cairan/secret	<p>NOC</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Status pernafasan pertukaran gas dalam rentang normal dengan indikator:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ekstream 2. Berat 3. Sedang 4. Ringan 5. Tidak ada gangguan <p>Hasil yang diharapkan 4-5</p>	<p>NIC</p> <p>Airway management</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Auskultasi lapang paru 2. Nilai kepatemam jalan nafas 3. Nilai pernafasan (catat kualitas, kedalaman, adanya dispneu, penggunaan otot bantu nafas) 4. Nilai perubahan tingkat kesadaran pasien 5. Pantau TTV pasien 6. Nilai status dehidrasi (turgor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengetahui adanya suara nafas tambahan 2. Pengawasan jalan nafas merupakan prioritas utama 3. Mengawasi adanya insikasi kelainan pernafasan dan adanya obstruksi jalan nafas 4. Adanya peningkatan kebingungan atau iritabilitas merupakan tanda awal hipoksia 5. Takikardi dan hipertensi dapat menyebabkan peningkatan frekuensi nafas dan hipoksia 6. Keridakadekuatan dehidrasi dapat

			kulit, membran mukosa, dan keadaan lidah) 7. Kolaborasi pemberian suction nasotrakeal jika terjadi penurunan reflek batuk	menyebabkan bersihan jalan nafas tidak efektif karena penebalan sekresi secret 7. Penghisapan secret dilakukan pada pasien dengan penurunan reflek batuk
--	--	--	--	---

4. Implementasi

Menurut Martin (2011), implementasi merupakan pelaksanaan perencanaan keperawatan oleh perawat. Seperti tahap-tahap yang lain dalam proses keperawatan, fase pelaksanaan terdiri dari beberapa kegiatan antara lain :

- a. Validasi (pengesahan) rencana keperawatan.
- b. Menulis/mendokumentasikan rencana keperawatan.
- c. Memberikan asuhan keperawatan.
- d. Melanjutkan pengumpulan data.

5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Martin (2011), evaluasi merupakan langkah terakhir dalam proses keperawatan yang merupakan kegiatan sengaja dan terus-menerus yang melibatkan pasien dengan perawat dan anggota tim kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah :

- a. Menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak.
- b. Melakukan pengkajian ulang.
- c. Dapat menilai apakah tujuan ini tercapai atau tidak dapat dibuktikan dengan perilaku pasien.
- d. Tujuan tercapai jika pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai dengan pernyataan tujuan pada waktu atau tanggal yang telah ditentukan.
- e. Tujuan tercapai sebagian jika pasien sudah mampu menunjukkan perilaku tetapi tidak seluruhnya sesuai dengan pernyataan tujuan sesuai dengan waktu yang ditentukan.
- f. Tujuan tidak tercapai jika pasien tidak mampu atau tidak mau sama sekali menunjukkan perilaku yang telah ditentukan.

BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

A. Pendekatan/desain penelitian

Penelitian kualitatif ini menggunakan desain studi kasus yang bertujuan untuk mengeksplorasi tahapan proses asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala. Pendekatan yang digunakan pada studi kasus ini yaitu pendekatan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

B. Subyek Penelitian

Subjek penelitian dalam asuhan keperawatan ini adalah seorang pasien cedera kepala yang menjalani perawatan di RSUD Hasanuddin Damrah dengan minimal perawatan selama 3 hari.

C. Batasan Istilah

1. Asuhan keperawatan dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai suatu proses pelayanan keperawatan yang akan dilakukan oleh penulis meliputi tahapan pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan dasar pasien cedera kepala.
2. Pasien dalam studi kasus ini didefinisikan sebagai orang yang menerima pelayanan kesehatan atas keadaan cedera kepala yang dialami di Hasanuddin Damrah.
3. Cedera kepala dalam studi kasus ini di idefinisikan sebagai suatu diagnosis penyakit yang ditetapkan dokter di RSUD Hasanuddin Damrah berdasarkan manifestasi klinis, hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium.

D. Lokasi dan Waktu Penelitian

Studi kasus ini akan dilakukan di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan. Pemilihan tempat ini dikarenakan RSUD Hasanuddin Damrah merupakan Rumah sakit yang memiliki layanan perawatan intensif di mana masalah pada cedera kepala merupakan kasus terbanyak yang dirawat. Studi kasus ini direncanakan akan mulai dilaksanakan pada bulan Mei 2019.

E. Prosedur Penelitian

Penelitian diawali dengan penyusunan usulan proposal studi kasus tentang cedera kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan tahun 2019. Setelah proposal disetujui dengan dewan penguji maka tahap yang dilakukan adalah pengurusan surat izin penelitian selanjutnya penulis mulai akan melakukan pengumpulan data, analisis data, menegakkan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, dan melaksanakan implementasi keperawatan, serta evaluasi keperawatan.

F. Metode dan Instrumen Pengumpulan Data

1. Teknik Pengumpulan Data

a. Wawancara

Hasil anamnesis yang harus didapatkan berisi tentang identitas klien keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga, riwayat psikologi, pola-pola fungsi kesehatan, data hasil wawancara dapat bersumber dari orang tua dan dari perawat lainnya.

b. Observasi dan pemeriksaan fisik

Teknik pengumpulan data ini meliputi keadaan umum, pemeriksaan integument, pemeriksaan kepala leher, pemeriksaan dada, pemeriksaan abdomen, pemeriksaan inguinal, genetalia, anus, ekstremitas, pemeriksaan sistem pernapasan, dengan pendekatan inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi, pada sistem tubuh klien data fokus yang didapatkan adalah pada sistem persarafan.

c. Studi dokumentasi

Instrumen dilakukan dengan mengambil data dari MR (*Medical Record*) mencatat pada status pasien, mencatat hasil laboratorium, melihat catatan harian perawat ruangan, mencatat hasil pemeriksaan diagnostic.

2. Instrumen pengumpulan data

Alat atau instrumen pengumpulan data menggunakan format pengkajian asuhan keperawatan anak yang sudah baku digunakan di prodi DIII Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu.

G. Keabsahan Data

Keabsahan data dilakukan oleh peneliti dengan cara peneliti mengumpulkan data secara langsung pada pasien dengan menggunakan format pengkajian yang baku dari kampus yang dilakukan 6 jam sesuai jadwal dinas perawat di RSUD Hasanuddin Damrah selama minimal 3 hari berturut-turut.

Pengumpulan data dilakukan pada catatan medis atau status pasien, anamnesa dengan klien langsung, anamnesa dengan keluarga klien, dokter, dan perawat ruangan, agar mendapatkan data yang valid di samping itu untuk menjaga validitas dan keabsahan data penelitian menggunakan observasi dan pengukuran ulang terhadap data-data klien yang meragukan yang ditemukan melalui data sekunder.

H. Analisis Data

Analisis data dilakukan dengan menyajikan data hasil pengkajian keperawatan, yang diperoleh dari hasil wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan studi dokumentasi hasil laboratorium dalam bentuk narasi. Selanjutnya data pengkajian berhasil dikumpulkan tersebut akan dianalisis dengan membandingkannya terhadap pengkajian teori yang telah disusun.

Analisis data terhadap diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, serta evaluasi keperawatan, yang dilaksanakan pada studi kasus ini akan dianalisis dengan membandingkan antara hasil dengan tahapan proses yang diuraikan pada tinjauan teori.

BAB IV

TINJAUAN KASUS

PENGKAJIAN

Tanggal Pengkajian : 30 Juni 2019 Tanggal Masuk : 29 Juni 2019
 Ruang Kelas : Bangsal Bedah Nomor Register : 13 41 76
 Diagnose Medis : CKR

A. IDENTITAS KLIEN

Ny.H berjenis kelamin perempuan lahir pada tanggal 06 Agustus 1971 (48 tahun) tinggi badan 155cm dan berat badan 60kg. Beragama islam, pasien anak ke 3 dari 3 bersaudara, pasien sekolah dengan tamatan SMA dan sekarang bekerja sebagai karyawan disalah satu perusahaan swasta di Manna. Ny.H sudah berkeluarga dan mempunyai 3 orang anak yang bertempat tinggal di Jalan Bupati Baksir, Manna.

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan Utama :

Ny.H mengeluh nyeri, pusing, mual (+) muntah (+), sesak (+)

2. Riwayat kesehatan sekarang :

Ny.H jatuh dari motor saat ingin pergi bekerja sekitar jam 07.30 WIB di jalan Jl. Kolonel Berliar Manna, Ny.H mengalami benturan di kepala karena helm yang digunakannya terlepas, dan Ny.H mengalami penurunan kesadaran, lebam pada dagu dan langsung dibawa ke RS Hasanuddin Damrah oleh warga setempat. Pukul 08.10 WIB saat berada di ruang IGD, pasien mengalami mual dan muntah 2 kali. Ny.H dilakukan pemeriksaan CT-SCAN diruang radiologi pada pukul 09.30 WIB didapatkan hasil tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi. Saat di HCU Ny.H di berikan oksigen 4 liter/menit. Pada pukul 16.00 Ny.H dipindahkan ke bangsal bedah dengan tingkat kesadaran Apatis dan GCS 13.

C. RIWAYAT KESEHATAN DAHULU

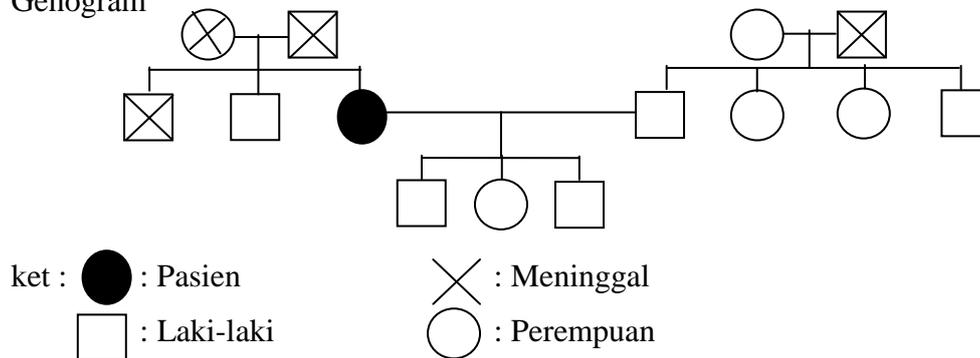
Ny.H tidak memilii riwayat alergi makanan maupun obat, tidak memiliki makanan pantangan, dan tidak memiliki riwayat penyakit yang dapat memperburuk kesehatannya sekarang (Hipertensi, DM, Jantung). Keluarga mengatakan Ny.H belum pernah dirawat di RS dengan sakit yang sedang dialami saat ini.

D. RIWAYAT KESEHATAN KELUARGA (*Genogram dan keterangan*)

1. Penyakit yang pernah diderita oleh anggota keluarga yang menjadi faktor resiko :

Keluarga Ny.H tidak memiliki riwayat penyakit yang menjadi faktor resiko.

2. Genogram



Gambar 4.1 Genogram

E. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

Orang terdekat Ny.H saat ini adalah suami dan ketiga anaknya. Interaksi yang terjalin dalam keluarga baik, pengambilan keputusan dilakukan dengan musyawarah keluarga. Keluarga merasa khawatir dengan kondisi Ny.H saat ini.

Ny.H dan keluarga menganut agama islam dan taat menjalankan ibadah solat, Ny.H juga aktif dalam kegiatan masyarakat seperti arisan dan pengajian rutin di masjid wilayah tempat tinggalnya.

F. POLA KEBIASAAN

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 30 Juni 2019, didapatkan pola nutrisi pasien sebelum sakit baik, frekuensi makan 3 kali sehari dengan porsi 1 piring nasi dan lauk pauk, keluarga mengatakan Ny.H tidak mengkonsumsi obat apapun sebelum makan. Saat di RS Ny.H makan dengan frekuensi 3 kali sehari dengan hanya menghabiskan makan 5-6 sendok setiap makan karena keluhan pusing dan perut masih terasa mual. Pola eliminasi sebelum sakit baik, frekuensi BAK 5-6 x/hari dengan warna urine kuning jernih dan frekuensi BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek, warna kuning, dan tidak memiliki masalah dalam BAB. Pola eliminasi di RS Ny.H terpasang kateter dengan frekuensi ± 1100 cc/hari dan urine berwarna kuning keruh dan Ny.H belum pernah BAB sejak masuk RS.

Pola aktifitas sebelum sakit Ny.H mengatakan tidak ada masalah dalam aktifitas sehari-hari, pola aktifitas saat dirawat di RS Ny.H mengeluh pusing dan mual saat berdiri, dan keluhan akan bertambah saat Ny.H berjalan.

G. PEMERIKSAAN FISIK

1. Pemeriksaan Fisik Umum

Keadaan umum pasien lemas, kesadaran apatis, TTD 130/80 mmHg, Nadi 89x/menit, Nafas 28x/menit, Suhu 37,1°C dan GCS 13.

2. Sistem Pernafasan

Bentuk dada normocest, irama nafas tidak teratur, auskultasi lapang paru ronchi, frekuensi nafas 28x/m, terpasang O2 nasal kanul 4L/m, sianosis perifer dan akral teraba dingin.

3. Sistem Kardiovaskuler

Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 89x/m dan tekanan darah 130/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, *capillary refill* <3 detik dan tidak ada distensi vena jugularis.

4. Sistem Pencernaan

Lidah kotor, mukosa bibir kering, nafas tidak berbau keton, bising usus 12x/m dan suara perkusi timpani, tidak terdapat nyeri tekan pada area 4 kuadran abdomen.

5. Sistem Saraf Pusat

Pemeriksaan Nervus I-XII

- a) Nervus I Olfaktorius, tidak ada masalah (normal)
- b) Nervus II Optikus, tidak terdapat lebab pada mata dan pemeriksaan visus normal.
- c) Nervus III Okulomotorius Nervus IV Nervus VI abdomen, di dapatkan hasil lebab pada dagu dan siku, pergerakan boa mata baik, reaksi pupil baik pada mata kiri dan kanan
- d) Nervus V Trigemini, didapatkan stabiitas wajah kurang baik karena terdapat lebam pada dagu, otot mengunyah menurun karena lebam, bentuk mulut simetris kiri dan kanan.
- e) Nervus VII, pergerakan otot wajah baik, pengecapan normal, pasien dapat mengangkat alis, senyum, dan mengerutkan dahi
- f) Nervus VIII Austikus, pendengaran baik, tidak ada cairan keluar dari telinga
- g) Nervus IX Glosfaringeus, tidak ada pembangkakan pada faring dan tenggorokan.
- h) Nervus X Vagus, pasien dapat membuka mulut dengan normal.
- i) Nervus XI Aksesoris, eksremitas bawah mengalami kelemahan dan lengan kanan terdapat memar pada siku

j) Nervus XII Hipoglossus, pergerakan otot lidah normal

6. Sistem Urogenital

Tidak ada distensi kandung kemih, Ny.H terpasang kateter

Cairan masuk : Minum 150cc

: Infuse 2000cc

: Injeksi obat 20cc

Cairan keluar : BAK 1100 cc

: Muntah 200cc

IWL : 15xBB(60)

: 900

Balance cairan: Cairan masuk – cairan keluar

: (150+2000+20) – (1100+200)

: 2170 – 1300

: 870 cc/hari

7. Sistem Hematologi

Tidak terdapat perdarahan pada kepala

8. Sistem Integumen

Turgor kulit baik, tekstur kulit normal, warna kulit pucat, terdapat luka lebam pada dagu dan siku lengan kanan.

9. Sistem Muskuloskeletal

Terdapat luka kebam pada siku, kekuatan otot $\frac{5/5/5}{5/5/5} \mid \frac{5/5/5}{5/5/5}$

H. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Tanggal 29 Juni 2019 / 14.00 WIB

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
1	Hemoglobin	14,1	gr/dl	12 - 16
2	Hematokrit	41	%	36 - 46
3	Leukosit	8.700	/uL	4.000 – 10.000
4	Trombosit	696.000	/uL	150.000 – 450.000

Tabel 4.1 Pemeriksaan Laboratorium

I. PENATALAKSANAAN OBAT

Tanggal 29 Juni 2019

No	Nama Obat	Dosis	Cara/Jam pemberian
1	IVFD RL	20 tpm	
2	Ranitidine	2x1 (50mg)	IV/pukul 10.00 WIB IV/pukul 22.00 WIB
3	Antrain	3x1 (50mg)	IV/pukul 10.00 WIB IV/pukul 18.00 WIB IV/pukul 02.00 WIB
4	Metoclopramide	3x1 (10mg)	IV/pukul 10.00 WIB IV/pukul 18.00 WIB IV/pukul 02.00 WIB
5	antasida syr	3x1 sendok	Oral/pukul 12.00 WIB Oral/pukul 19.00 WIB Oral/pukul 06.00 WIB
6	Manitol IVFD	4x125cc	Pukul 10.00 WIB Pukul 16.00 WIB Pukul 22.00 WIB Pukul 04.00 WIB

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : Ny.H	UMUR : 48 Tahun
RUANGAN : Bangsal Bedah	No. REG : 13 41 76

NO	DATA SENJANG	ETIOLOGI	MASALAH
1	<p>DS :</p> <p>Ny.H mengatakan kepala terasa nyeri dan pusing</p> <p>DO :</p> <p>P : Benturan</p> <p>Q : Tertekan</p> <p>R : Kepala</p> <p>S : 7</p> <p>T : Terus-menerus</p> <p>Keadaan umum pasien lemas, kesadaran apatis, GCS 13, ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi.</p>	<p>Agen pencedera fisik:</p> <p>Trauma</p>	Nyeri akut
2	<p>DS :</p> <p>Ny.H mengatakan pusing, mual dan muntah 2x</p> <p>DO :</p> <p>Keadaan umum pasien lemas, kesadaran apatis, Nafas 28x/menit, Suhu 37,1°C dan GCS 13, muntah 2x, ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada sistem tulang yang tervisualisasi, terpasang oksigen 4 liter/menit, Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 89x/m dan tekanan darah 130/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, <i>capillary refill</i> <3 detik dan tidak ada distensi</p>	Edema kepala	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	vena jugularis.		
3	<p>DS :</p> <p>Ny.H mengatakan sesak dan nyeri dada</p> <p>DO :</p> <p>Kesadaran apatis, GCS 13, RR 28x/menit, terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit, bentuk dada normocest, irama nafas tidak teratur, auskultasi lapang paru ronchi, frekuensi nafas 28x/m, sianosis perifer dan akral teraba dingin.</p>	Depresi pusat pernafasan	Ketidakefektifan pola nafas

DIAGNOSA KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	UMUR : 48 Tahun
RUANGAN : Bangsal Bedah	No. REG : 13 41 76

No	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TANGGAL MASALAH MUNCUL	PARAF
1.	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik: Trauma kepala	30 Juni 2019	
2.	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d edema kepala	30 Juni 2019	
3.	Ketidakefektifan pola nafas b.d depresi pusat pernafasan	30 Juni 2019	

INTERVENSI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	UMUR : 48 Tahun
RUANGAN : Bangsal Bedah	NO.REG : 13 41 76

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN		RASIONAL
		TUJUAN /KRITERIA HASIL (<i>Nursing Outcome Clasification/NOC</i>)	RENCANA TINDAKAN (<i>Nursing Intervention Clasification/NIC</i>)	
1	Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik; trauma kepala	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama asuhan keperawatan, diharapkan nyeri pasien berkurang.</p> <p>NOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4 <input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Berat <input type="checkbox"/> 2. Cukup Berat <input type="checkbox"/> 3. Sedang <input type="checkbox"/> 4. Ringan <input type="checkbox"/> 5. Tidak ada <p>Dengan Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 1-5 - Episode nyeri berkurang - Ekspresi wajah baik 	<p>NIC: Manajemen Nyeri</p> <p>Aktivitas Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri dan faktor pencetus 2. Kaji tanda-tanda vital pasien 3. Gali bersama pasien faktor yang dapat menurunkan nyeri seperti kompres hangat/dingin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui sejauh mana nyeri terjadi 2. Mengetahui keadaan umum pasien 3. Membantu pasien mengidentifikasi nyeri yang dialami agar dapat meringankan dan mengurangi nyeri sampai pada kenyamanan yang diterima pasien

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Evaluasi efektifitas tindakan pengontrolan nyeri yang pernah digunakan sebelumnya 5. Berikan informasi mengenai penyebab nyeri dan berapa lama nyeri akan dirasakan 6. Kendalikan faktor lingkungan tenang, batasi pengunjung, suhu ruangan, pencahayaan 7. Ganti linen tempat tidur bila diperlukan 8. Berikan posisi nyaman ketika nyeri muncul 9. Ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri 10. Dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri 11. Kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Untuk mengetahui tindakan yang nyaman dilakukan bila nyeri muncul 5. Pengetahuan yang akan dirasakan membantu mengurangi nyerinya dan dapat membantu mengembangkan 6. Lingkungan tenang akan menurunkan stimulus nyeri eksternal 7. Memberikan rasa nyaman 8. Untuk mengurangi atau meringankan rasa nyeri sampai pada tingkat yang dapat diterima pasien 9. Distraksi dapat menurunkan stimulus internal 10. Untuk meringankan rasa nyeri 11. Analgesik memblokir lintasan nyeri sehingga nyeri akan berkurang.
--	--	--	--	--

			<p>12. Ajarkan tehnik relaksasi (tarik nafas dalam) ketika nyeri muncul</p> <p>13. lakukan managemen nyeri terapi non farmakologi foot massage</p>	<p>12. Istirahatkan secara fisiologis akan menurunkan kebutuhan oksigen untuk memenuhi metabolisme basal.</p> <p>13. melancarkan sirkulasi darah</p>
--	--	--	--	--

2	Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Edema kepala	<p>Setelah diberikan intervensi keperawatan selama asuhan keperawatan, diharapkan perfusi jaringan cerebral efektif</p> <p>NOC : perfusi jaringan : cerebral</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dipertahankan pada 4 ▪ Ditingkatkan pada 5 <p>1 = deviasi berat dari kisaran normal 2 = deviasi yang cukup berat dari kisaran normal 3 = deviasi sedang dari kisaran normal 4 = deviasi ringan dari kisaran normal 5 = tidak ada deviasi dari kisaran normal</p> <p>Dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tekanan intrakranial ▪ Tekanan darah sistolik ▪ Tekanan darah diastolik ▪ Nilai rata-rata tekanan darah ▪ Hasil cerebral angiogram 	<p>NIC:</p> <p>Aktivitas Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Imobilisasi sedini mungkin 2. Evaluasi nilai GCS pasien 3. Pertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi) 4. Pantau TTV setiap 3 jam 5. Evaluasi keadaan pupil (ukuran, ketajaman, simetris antara kiri dan kanan, reaksi terhadap cahaya) 6. kolaborasi dengan pemberian cairan perenteral norosmotik (kecuali dextrose) 7. Kolaborasi dalam pemberian obat neurotropik. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari peningkatan TIK 2. Mengetahui tingkat kesadaran pasien 3. Mencegah peningkatan TIK 4. Peningkatan TTV dapat menjadi faktor peningkatan TIK 5. Untuk menentukan apakah batang otak masih ada respon terhadap cahaya atau tidak 6. Mencegah terjadinya edema karena dextrose mudah diserap tubuh 7. Neuroptik berguna untuk menjaga fungsi safar yang rusak.
---	--	---	---	---

3	<p>Ketidakefektifan pola nafas b.d Depresi pusat pernafasan</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama asuhan keperawatan, diharapkan pola nafas pasien menjadi efektif:</p> <p>NOC: Tingat nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> dipertahankan di level 4 <input type="checkbox"/> ditingkatkan ke level 5 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1: Deviasi Berat <input type="checkbox"/> 2: Deviasi Cukup Berat <input type="checkbox"/> 3. Deviasi Sedang <input type="checkbox"/> 4. Deviasi Ringan <input type="checkbox"/> 5. Tidak Ada Deviasi <p>Dengan Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Status Pernapasan 1/2/3/4/5 <p>Dengan kriteria mayor:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frekuensi pernapasan ▪ Irama pernapasan ▪ Kedalaman inspirasi ▪ Suara auskultasi nafas ▪ Kepatenan jalan nafas ▪ Volume tidal ▪ Pencapaian tingkat insertif spirometri ▪ Kapasitas vital 	<p>NIC: Manajemen jalan nafas</p> <p>Aktivitas Keperawatan:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor status pernapasan sebagaimana mestinya 2. Monitor status hemodinamik 3. Monitor pola nafas : bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot 4. Posisikan untuk meringankan sesak napas 5. Motivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam 6. Auskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan 7. Atur intake cairan 8. Terapi puersed lips breathing 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mempertahankan ventilasi 2. Memantau kondisi pasien 3. Mencegah pola napas pasien memburuk 4. Posisi semi fowler menggunakan gaya gravitasi untuk membantu pengembangan paru dan mengurangi tekanan dari abdomen pada diafragma. 5. Memaksimalkan ventilasi dan mencegah terjadinya kelelahan 6. Suara nafas menurun atau tidak ada menunjukkan tidak masuknya O₂ ke paru paru 7. Bronkodilator dapat diberikan untuk membantu ventilasi dengan efek vasodilatasi saluran napas 8. Menurunkan sesak napas
---	---	--	--	--

		<p>Dengan kriteria minor :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Penggunaan otot bantu pernapasan ▪ Suara napas tambahan ▪ Retraksi dinding dada 	<p>9. Kelola pemberian bronkodilator</p> <p>10. Berikan terapi oksigen sesuai indikasi</p> <p>11. Catat kapan terjadinya, karakteristik, durasi dari batuk</p> <p>12. Ajarkan teknik relaksasi</p> <p>13. Ajarkan teknik yang tepat untuk menggunakan pengobatan dan alat (inhaler, nebulizer)</p>	<p>9. Aliran yang terlalu rendah atau terlalu tinggi dapat menurunkan kondisi pasien</p> <p>10. Cairan untuk mengoptimalkan keseimbangan</p> <p>11. Menentukan intervensi selanjutnya</p> <p>12. Merelaksasikan otot pernapasan sehingga mengurangi keluhan dyspnea</p> <p>13. Teknik yang tepat dapat meningkatkan efektivitas dari pengobatan</p>
--	--	--	--	---

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut b.d agen pencedera fisik; Trauma	
RUANGAN : Bangsal Bedah		
HARI/TANGGAL : Minggu/30 Juni 2019		
PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 09.00 WIB</p> <p>S : Ny.H mengatakan kepala terasa nyeri dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST P : Benturan Q : Tertekan R : Kepala S : 7 T : Terus-menerus - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis GCS 13 - TTD 130/80 mmHg, Nadi 89x/menit, Nafas 28x/menit, Suhu 37,1°C - ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang 	<p>Pukul: 09.03</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan faktor penetus RH : P : Benturan, Q : Tertekan, R : Kepala, S : 7, T : Terus-menerus 2. Mengkaji tanda-tanda vital pasien RH : TD 120/80 mmHG, nadi 80 x/menit. RR 27x/menit, suhu 36.8°C 3. Melakukan kompres hangat RH : Pasien dilakukan kompres hangat di kening 4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab nyeri dan berapa lama nyeri akan dirasakan RH : Keluarga kooperatif dan mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat. 5. Memberikan lingkungan tenang, membatasi pengunjung, suhu ruangan, pencahayaan RH : Lingkungan tenang, pengunjung bergantian saat 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan masih nyeri dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST P : Benturan Q : Tertekan R : Kepala S : 7 T : Terus-menerus - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis GCS 13 - TTD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Nafas 27x/menit, Suhu 36,8°C - ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak

<p>yang tervisualisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang oksigen 4 liter/menit. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>datang, suhu dan cahaya ruangan cukup.</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Mengganti linen pasien RH : Linen di ganti setiap pagi 7. Mengatur posisi pasien supinasi RH : Posisi pasien supinasi 8. Mengajarkan teknik nafas dalam RH : Pasien tidak kooperatif, dan belum mau mengikuti intruksi perawat dalam mengajarkan teknik nafas dalam. 9. Melanjutkan kolaborasi pemberian analgetik RH : Kolaborasi pemberian analgetik dilanjutkan 10. Melakukan foot massage RH : Pasien dilakukan foot massage 	<p>pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang oksigen 4 liter/menit. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
---	---	---

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan: Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Edema kepala	
RUANGAN : Bangsal Bedah		
HARI/TANGGAL : Minggu/30 Juni 2019		
PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 09.30</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual dan muntah 2x sejak pagi</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis, GCS 13 - Nafas 28x/menit, Suhu 37,1°C - muntah 2x, ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit - Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 89x/m dan tekanan darah 130/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, <i>capillary refill</i> <3 detik dan tidak ada distensi vena jugularis. <p>A : Masalah belum teratasi</p>	<p>Pukul: 09.35</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Imobilisasi sedini mungkin RH : Pasien mobilisasi/ bedrest 2. Mengevaluasi nilai GCS pasien RH : GCS 12, kesadaran apatis 3. Mempertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi) RH : Posisi pasien supinasi 4. Mengobservasi TTV setiap 3 jam RH : TD 120/80 mmHG, nadi 80 x/menit. RR 27x/menit, suhu 36.8°C 5. Mengevaluasi keadaan pupil (ukuran, ketajaman, simetris antara kiri dan kanan, reaksi terhadap cahaya) RH : ukuran pupil normal, simetris kanan dan kiri, ada retraksi terhadap cahaya 6. Melanjutkan kolaborasi dengan pemberian cairan perenteral norosmotik (kecuali dextrose) 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual dan muntah 2x</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis, GCS 12 - Nafas 27x/menit, Suhu 36,6°C - muntah (-), ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit - Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 86x/m dan

<p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>RH : Infus terpasang RL 20 TPM</p> <p>7. Melanjutkan kolaborasi dalam pemberian obat neurotropik.</p> <p>RH : Terapi obat ranitidine 2x1 amp, antrain 3x1 amp, metoclopramide 3x1 amp, antasida syr 3x1 cth, dan manitol infus 4x125 cc.</p>	<p>tekanan darah 120/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, <i>capillary refill</i> <3 detik dan tidak ada distensi vena jugularis.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
-----------------------------------	---	---

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan:	
RUANGAN : Bangsal Bedah	Ketidakefektifan pola nafas b.d Depresi pusat pernafasan	
HARI/TANGGAL : Minggu/30 Juni 2019		
PENGAJIAN-DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 10.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual, dan sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis, GCS 13 - RR 28x/menit, terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit - Irama nafas tidak teratur - bentuk dada normocest - auskultasi lapang paru ronchi - sianosis perifer dan akral teraba dingin. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Pukul: 10.05</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor status pernapasan sebagaimana mestinya RH : Status pernafasan tidak teratur, RR 30x/menit 2. Memonitor pola nafas : bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot RH : Pola nafas tidak teratur (hiperventilasi) 3. Mengatur posisi untuk meringankan sesak napas RH : Posisi pasien supinasi 4. Memotivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam RH : Pasien bernafas dalam 5. Mengauskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan RH : Suara nafas ronchi 6. Monitor intake cairan RH : Monitor intake dari makan, minum, infus 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual, dan sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis, GCS 13 - RR 30x/menit, terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit - Irama nafas tidak teratur - bentuk dada normocest - auskultasi lapang paru ronchi - sianosis perifer dan akral teraba dingin. <p>A : Masalah belum teratasi</p>

	<p>7. Mengajarkan teknik puersed lips breathing RH : Pasien belum bisa mengikuti perintah</p> <p>8. Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi RH : O2 terpasang 4 liter/menit</p> <p>9. Mengajarkan teknik relaksasi RH : Relaksasi nafas dalam di ajarkan</p>	<p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
--	--	-----------------------------------

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut b.d Agen pencedera fisik; Trauma	
RUANGAN : Bangsal Beda		
HARI/TANGGAL : Senin/1 Juli 2019		
PENGKAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 09.00 WIB</p> <p>S : Ny.H mengatakan nyeri dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST P : Benturan Q : Tertekan R : Kepala S : 7 T : Terus-menerus - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis GCS 13 - TTD 140/90 mmHg, Nadi 101x/menit, Nafas 28x/menit, Suhu 37,8°C - ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit. 	<p>Pukul: 09.03</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan faktor penetus RH : P : Benturan, Q : Tertekan, R : Kepala, S : 7, T : Terus-menerus 2. Mengkaji tanda-tanda vital pasien RH : TD 120/70 mmHg, nadi 83 x/menit. RR 27x/menit, suhu 37.0°C 3. Melakukan kompres hangat RH : Pasien dilakukan kompres hangat di kening 4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab nyeri dan berapa lama nyeri akan dirasakan RH : Keluarga kooperatif dan mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat. 5. Memberikan lingkungan tenang, membatasi pengunjung, suhu ruangan, pencahayaan RH : Lingkungan tenang, pengunjung bergantian saat 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan masih nyeri dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST P : Benturan Q : Tertekan R : Kepala S : 7 T : Terus-menerus - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis GCS 13 - TTD 120/70 mmHg, Nadi 83x/menit, Nafas 27x/menit, Suhu 37,0°C - ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas

<p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>datang, suhu dan cahaya ruangan cukup.</p> <p>6. Mengganti linen pasien RH : Linen di ganti setiap pagi</p> <p>7. Mengatur posisi pasien supinasi RH : Posisi pasien supinasi</p> <p>8. Mengajarkan teknik nafas dalam RH : Pasien tidak kooperatif, dan belum mau mengikuti intruksi perawat dalam mengajarkan teknik nafas dalam.</p> <p>9. Melanjutkan kolaborasi pemberian analgetik RH : Kolaborasi pemberian analgetik dilanjutkan</p> <p>10. Melakukan foot massage RH : Pasien dilakukan foot massage</p>	<p>adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi</p> <p>- terpasang oksigen 4 liter/menit.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
---	--	--

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan: Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Edema kepala	
RUANGAN : Bangsal Bedah		
HARI/TANGGAL : Senin/1 Juli 2019		
PENGAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 09.30</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual dan muntah 2x</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis, GCS 13 - Nafas 28x/menit, Suhu 37,8°C - muntah 2x, ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit - Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 89x/m dan tekanan darah 130/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, <i>capillary refill</i> <3 detik dan tidak ada distensi vena jugularis. <p>A : Masalah belum teratasi</p>	<p>Pukul: 09.35</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Imobilisasi sedini mungkin RH : Pasien mobilisasi/ bedrest 2. Mengevaluasi nilai GCS pasien RH : GCS 12, kesadaran apatis 3. Mempertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi) RH : Posisi pasien supinasi 4. Mengobservasi TTV setiap 3 jam RH : TD 120/70 mmHG, nadi 83 x/menit. RR 27x/menit, suhu 37.0°C 5. Mengevaluasi keadaan pupil (ukuran, ketajaman, simetris antara kiri dan kanan, reaksi terhadap cahaya) RH : ukuran pupil normal, simetris kanan dan kiri, ada retraksi terhadap cahaya 6. Melanjutkan kolaborasi dengan pemberian cairan perenteral norosmotik (kecuali dextrose) RH : Infus terpasang RL 20 TPM 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual dan muntah 2x</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis, GCS 12 - Nafas 27x/menit, Suhu 36,6°C - muntah (-), ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit - Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 86x/m dan tekanan darah 120/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal,

<p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>7. Melanjutkan kolaborasi dalam pemberian obat neurotropik RH : Terapi obat ranitidine 2x1 amp, antrain 3x1 amp, metoclopramide 3x1 amp, antasida syr 3x1 cth, dan manitol infus 4x125 cc.</p>	<p><i>capillary refill</i> <3 detik dan tidak ada distensi vena jugularis. A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan</p>
-----------------------------------	---	---

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan pola nafas b.d Depresi pusat pernafasan	
RUANGAN : Bangsal Bedah		
HARI/TANGGAL : Senin/ 1 Juli 2019		
PENGAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 10.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual, dan sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis, GCS 13 - RR 28x/menit, terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit - Irama nafas tidak teratur - bentuk dada normocest - auskultasi lapang paru ronchi - sianosis perifer dan akral teraba dingin. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Pukul: 10.05</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor status pernapasan sebagaimana mestinya RH : Status pernafasan tidak teratur, RR 30x/menit 2. Memonitor pola nafas : bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot RH : Pola nafas tidak teratur (hiperventilasi) 3. Mengatur posisi untuk meringankan sesak napas RH : Posisi pasien supinasi 4. Memotivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam RH : Pasien bernafas dalam 5. Mengauskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan RH : Suara nafas ronchi 6. Monitor intake cairan RH : Monitor intake dari makan, minum, infus 7. Mengajarkan teknik puersed lips breathing RH : Pasien belum bisa mengikuti perintah 8. Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual, dan sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis, GCS 13 - RR 27x/menit, terpasang O2 nasal kanul 4 liter/menit - Irama nafas tidak teratur - bentuk dada normocest - auskultasi lapang paru ronchi - sianosis perifer dan akral teraba dingin. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

	<p>RH : O2 terpasang 4 liter/menit</p> <p>9. Mengajarkan teknik relaksasi</p> <p>RH : Relaksasi nafas dalam di ajarkan</p>	
--	--	--

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan:	
RUANGAN : Bangsal Bedah	Nyeri akut b.d agen pencedera fisik; Trauma	
HARI/TANGGAL : Selasa/ 2 Juli 2019		
PENGKAJIAN-DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 09.00 WIB</p> <p>S : Ny.H mengatakan nyeri dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST P : Benturan Q : Tertekan R : Kepala S : 7 T : Terus-menerus - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis GCS 13 - TTD 130/80 mmHg, Nadi 89x/menit, Nafas 28x/menit, Suhu 37,1°C - ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan 	<p>Pukul: 09.03</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan faktor penetus RH : P : Benturan, Q : Tertekan, R : Kepala, S : 7, T : Terus-menerus 2. Mengkaji tanda-tanda vital pasien RH : TD 120/80 mmHG, nadi 80 x/menit. RR 27x/menit, suhu 36.8°C 3. Melakukan kompres hangat RH : Pasien dilakukan kompres hangat di kening 4. Menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab nyeri dan berapa lama nyeri akan dirasakan RH : Keluarga kooperatif dan mengerti apa yang dijelaskan oleh perawat. 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan masih nyeri dan pusing</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST P : Benturan Q : Tertekan R : Kepala S : 7 T : Terus-menerus - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis GCS 13 - TTD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Nafas 27x/menit, Suhu 36,8°C

<p>tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - terpasang oksigen 4 liter/menit. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Memberikan lingkungan tenang, membatasi pengunjung, suhu ruangan, pencahayaan RH : Lingkungan tenang, pengunjung bergantian saat datang, suhu dan cahaya ruangan cukup. 6. Mengganti linen pasien RH : Linen di ganti setiap pagi 7. Mengatur posisi pasien supinasi RH : Posisi pasien supinasi 8. Mengajarkan teknik nafas dalam RH : Pasien tidak kooperatif, dan belum mau mengikuti intruksi perawat dalam mengajarkan teknik nafas dalam. 9. Melanjutkan kolaborasi pemberian analgetik RH : Kolaborasi pemberian analgetik dilanjutkan 10. Melakukan foot massage RH : Pasien dilakukan foot massage 	<ul style="list-style-type: none"> - ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
--	---	---

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan: Resiko perfusi serebral tidak efektif b.d Edema kepala	
RUANGAN : Bangsal Bedah		
HARI/TANGGAL : Selasa/2 Juli 2019		
PENGKAJIAN-DIAGNOSIS- INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 09.30</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual dan muntah 2x</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis, GCS 13 - Nafas 28x/menit, Suhu 37,1°C - muntah 2x, ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit - Irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 89x/m dan tekanan darah 130/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, <i>capillary refill</i> <3 detik dan 	<p>Pukul: 09.35</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan Imobilisasi sedini mungkin RH : Pasien mobilisasi/ bedrest 2. Mengevaluasi nilai GCS pasien RH : GCS 12, kesadaran apatis 3. Mempertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi) RH : Posisi pasien supinasi 4. Mengobservasi TTV setiap 3 jam RH : TD 120/80 mmHG, nadi 80 x/menit. RR 27x/menit, suhu 36.8°C 5. Mengevaluasi keadaan pupil (ukuran, ketajaman, simetris antara kiri dan kanan, reaksi terhadap cahaya) RH : ukuran pupil normal, simetris kanan dan kiri, ada retraksi terhadap cahaya 6. Melanjutkan kolaborasi dengan pemberian cairan perenteral norosmotik (kecuali dextrose) RH : Infus terpasang RL 20 TPM 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual dan muntah 2x</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keadaan umum pasien lemas - kesadaran apatis, GCS 12 - Nafas 27x/menit, Suhu 36,6°C - muntah (-), ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi - terpasang oksigen 4 liter/menit - Irama jantung teratur dengan

<p>tidak ada distensi vena jugularis.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>7. Melanjutkan kolaborasi dalam pemberian obat neurotropik</p> <p>RH : Terapi obat ranitidine 2x1 amp, antrain 3x1 amp, metoclopramide 3x1 amp, antasida syr 3x1 cth, dan manitol infus 4x125 cc.</p>	<p>frekuensi nadi 86x/m dan tekanan darah 120/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, <i>capillary refill</i> <3 detik dan tidak ada distensi vena jugularis.</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
---	--	--

IMPLEMENTASI & EVALUASI KEPERAWATAN

NAMA PASIEN : Ny.H	Diagnosa Keperawatan: Ketidakefektifan pola nafas b.d Depresi pusat pernafasan	
RUANGAN : Bangsal Bedah		
HARI/TANGGAL : Selasa/2 Juli 2019		
PENGAJIAN-DIAGNOSIS-INTERVENSI (S-O-A-P)	IMPLEMENTASI & RESPON HASIL	EVALUASI (S-O-A-P)
<p>Pukul: 10.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual, dan sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis, GCS 13 - RR 28x/menit, terpasang O₂ nasal kanul 4 liter/menit - Irama nafas tidak teratur - bentuk dada normocest - auskultasi lapang paru ronchi - sianosis perifer dan akral teraba dingin. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>	<p>Pukul: 10.05</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor status pernapasan sebagaimana mestinya RH : Status pernafasan tidak teratur, RR 30x/menit 2. Memonitor pola nafas : bradipena, takipenia, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot RH : Pola nafas tidak teratur (hiperventilasi) 3. Mengatur posisi untuk meringankan sesak napas RH : Posisi pasien supinasi 4. Memotivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam RH : Pasien bernafas dalam 5. Mengauskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan RH : Suara nafas ronchi 6. Monitor intake cairan RH : Monitor intake dari makan, minum, infus 7. Mengajarkan teknik puersed lips breathing RH : Pasien belum bisa mengikuti perintah 8. Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi 	<p>Pukul: 16.00</p> <p>S : Ny.H mengatakan pusing, mual, dan sesak</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran apatis, GCS 13 - RR 30x/menit, terpasang O₂ nasal kanul 4 liter/menit - Irama nafas tidak teratur - bentuk dada normocest - auskultasi lapang paru ronchi - sianosis perifer dan akral teraba dingin. <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

	<p>RH : O2 terpasang 4 liter/menit</p> <p>9. Mengajarkan teknik relaksasi</p> <p>RH : Relaksasi nafas dalam di ajarkan</p>	
--	--	--

BAB V

PEMBAHASAN

A. Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dan landasan dalam proses keperawatan, untuk itu diperlukan kecermatan dan ketelitian dalam menangani masalah pasien sehingga dapat menentukan tindakan keperawatan yang tepat (Muttaqin, 2006). Sumber data yang didapatkan dari pasien, keluarga, anggota tim keperawatan kesehatan, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan diagnostik dan laboratorium (Potter dan Perry).

Pada tahap pengkajian awal data penting yang didapatkan adalah, nyeri, pusing, mual, muntah 2x, adanya lebam di dagu, hasil pemeriksaan CT Scan didapatkan hasil pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada sistem tulang yang tervisualisasi. Pada pemeriksaan fisik umum pasien tampak lemas, kesadaran apatis dengan GCS 13, sistem pernafasan irama tidak teratur, adanya suara tambahan, frekuensi nafas 28x/menit dan terpasang O₂ nasal kanul 4 liter/menit. Pemeriksaan kardiovaskuler didapatkan irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 89x/menit, tekanan darah 130/80 mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, capillary refill < 3 detik dan tidak ada vena jugularis. Pada pemeriksaan sistem pencernaan lidah kotor, mukosa bibir kering, nafas tidak berbau, bising usus 12x/menit dan tidak ada nyeri tekan di 4 kuadran abdomen. Pada pemeriksaan sistem saraf pusat nervus I Olfaktorius, tidak ada masalah (normal), nervus II Optikus, tidak terdapat lebam pada mata dan pemeriksaan visus normal, nervus III Okulomotorius Nervus IV Nervus VI abdomen, di dapatkan hasil lebam pada dagu dan siku, pergerakan bola mata baik, reaksi pupil baik pada mata kiri dan kanan, nervus V Trigeminus, didapatkan stabilitas wajah kurang baik karena terdapat lebam pada dagu, otot mengunyah menurun karena lebam, bentuk mulut simetris kiri dan kanan, nervus VII, pergerakan otot wajah baik, pengecapan normal, pasien dapat mengangkat alis, senyum, dan mengerutkan dahi, nervus VIII Austikus, pendengaran baik, tidak ada cairan keluar dari telinga, nervus IX Glosofaringeus, tidak ada pembangkakan pada

faring dan tenggorokan, nervus X Vagus, pasien dapat membuka mulut dengan normal, nervus XI Aksesoris, ekstremitas bawah mengalami kelemahan dan lengan kanan terdapat memar pada siku, nervus XII Hipoglossus, pergerakan otot lidah normal.

Pada pemeriksaan sistem urogenital didapatkan hasil tidak ada distensi kandung kemih, pasien terpasang kateter. Pada sistem hematologi tidak ada perdarahan pada kepala, sistem integumen turgor kulit baik, warna kulit pucat, dan ada lebam di dagu dan siku lengan kanan. Pada sistem muskuloskeletal kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah kanan dan kiri 5/5/5.

B. Diagnosa

Diagnosa keperawatan merupakan pernyataan respon aktual atau potensial klien terhadap masalah kesehatan yang perawat mempunyai izin dan berkompoten untuk mengatasinya (Potter, 2005). Dari hasil pengkajian diagnosa yang didapatkan pada pasien ini adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis; aegn pencedera fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif b.d edema serebral, peningkatan TIK dan ketidakefektifasn pola nafas b.d difusi O₂ menurun.

C. Perencanaan

Pada kasus ini penulis melakuakn rencana tindakan keperawatan selama 3x24 jam. Penulis merencanakan untuk mengatasi diagnosa nyeri terlebih dahulu dan kriteria hasil yang didapatkan adalah skala nyeri berkurang. Pada diagnosa pertama perencanaan yang dilakukan adalah pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri dan faktor pencetus, tanda-tanda vital pasien, gali bersama pasien faktor yang dapat menurunkan nyeri seperti kompres hangat/dingin, evaluasi efektifitas tindakan pengontrolan nyeri yang pernah digunakan sebelumnya, berikan informasi mengenai penyebab nyeri dan berapa lama nyeri akan dirasakan, kendalikan faktor lingkungan tenang, batasi pengunjung, suhu

ruangan, pencahayaan, ganti linen tempat tidur bila diperlukan, berikan posisi nyaman ketika nyeri muncul, ajarkan teknik distraksi pada saat nyeri, dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri, kolaborasi pemberian analgetik untuk mengurangi nyeri, ajarkan tehnik relaksasi (tarik nafas dalam) ketika nyeri muncul, dan lakukan manajemen nyeri terapi non farmakologi foot massage.

Pada diagnosa kedua imobilisasi sedini mungkin, evaluasi nilai GCS pasien, pertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi), pantau TTV setiap 3 jam, evaluasi keadaan pupil (ukuran, ketajaman, simetris antara kiri dan kanan, reaksi terhadap cahaya), kolaborasi dengan pemberian cairan perenteral norosmotik (kecuali dextrose) dan kolaborasi dalam pemberian obat neurotropik. Pada diagnosa ketiga monitor status pernapasan sebagaimana mestinya, monitor status hemodinamik, monitor pola nafas : bradipnea, takipnea, kussmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot, posisikan untuk meringankan sesak napas, motivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam, auskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan, atur intake cairan, terapi puersed lips breathing, kelola pemberian bronkodilator , berikan terapi oksigen sesuai indikasi, catat kapan terjadinya, karakteristik, durasi dari batuk, ajarkan teknik relaksasi dan ajarkan teknik yang tepat untuk menggunakan pengobatan dan alat (inhaler, nebulizer)

D. Implementasi

Implementasi merupakan komponen proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan dilakukan dan diselesaikan (Potter dan Perry, 2007). Implementasi menuangkan rencana asuhan keperawatan kedalam tindakan setelah rencana dikembangkan, sesuai dengan kebutuhan dan prioritas pasien, perawat melakukan intervensi keperawatan spesifik, yang mencakup tindakan keperawatan (Potter dan Perry, 2007). Implementasi pada pasien dilakukan

sesuai dengan masing-masing, diagnosa yang telah direncana tindakan keperawatan, dalam melakukan tindakan keperawatan, penulis tidak mengalami kesulitan karena pasien kooperatif. Pada tanggal 30 Juni 2019 penulis melakukan pengkajian tanda-tanda vital untuk mencakup semua diagnosa tersebut dan didapatkan hasil TD 130/80 mmHg, Nadi 89 x/menit, nafas 28 x/menit dan suhu 37.1^oc. untuk diagnosa pertama implementasi yang dilakukan adalah melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif meliputi lokasi nyeri, karakteristik, durasi, frekuensi, intensitas nyeri, dan faktor penetus, mengkaji tanda-tanda vital pasien, melakukan kompres hangat, menjelaskan kepada pasien dan keluarga mengenai penyebab nyeri dan berapa lama nyeri akan dirasakan, memberikan lingkungan tenang, membatasi pengunjung, suhu ruangan, pencahayaan, mengganti linen pasien, mengatur posisi pasien supinasi, mengajarkan teknik nafas dalam, melanjutkan kolaborasi pemberian analgetik, melakukan foot massage.

Pada diagnosa kedua melakukan Imobilisasi sedini mungkin, mengevaluasi nilai GCS pasien, mempertahankan kepala dan leher tetap pada posisi datar (supinasi), mengobservasi TTV setiap 3 jam, mengevaluasi keadaan pupil (ukuran, ketajaman, simetris antara kiri dan kanan, reaksi terhadap cahaya), melanjutkan kolaborasi dengan pemberian cairan perenteral norosmotik (kecuali dextrose), dan melanjutkan kolaborasi dalam pemberian obat neurotropik. Pada diagnosa ketiga memonitor status pernapasan sebagaimana mestinya, memonitor pola nafas : bradipena, takipenia, kusmaul, hiperventilasi, cheyne stokes, biot, mengatur posisi untuk meringankan sesak napas, memotivasi pasien untuk bernapas pelan, dan dalam, mengauskultasi suara napas, catat area ventilasi menurun, atau tidak ada dan suara tambahan, monitor intake cairan, mengajarkan teknik puersed lips breathing, Kolaborasi pemberian terapi oksigen sesuai indikasi, mengajarkan teknik relaksasi.

E. Evaluasi

Evaluasi adalah proses keperawatan mengukur respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan pasien ke arah pencapaian tujuan (Potter, 2007). Evaluasi pada hari pertama tanggal 30 Juni 2019 diagnosa pertama pengkajian P: Benturan Q: Tertekan R: Kepala S: 7 T: Terus-menerus, keadaan umum pasien lemas, kesadaran apatis GCS 13, TTD 120/80 mmHg, Nadi 80x/menit, Nafas 27x/menit, Suhu 36,8°C, ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi, terpasang oksigen 4 liter/menit. Diagnosa kedua, keadaan umum pasien lemas, kesadaran apatis, GCS 12, nafas 27x/menit, Suhu 36,6°C, muntah (-), ada lebam di dagu, hasil CT scan tampak pembesaran concha dextra dan tak tampak jelas adanya fraktur pada system tulang yang tervisualisasi, terpasang oksigen 4 liter/menit, irama jantung teratur dengan frekuensi nadi 86x/m dan tekanan darah 120/80mmHg, bunyi jantung 1 dan 2 normal, *capillary refill* <3 detik dan tidak ada distensi vena jugularis. Pada diagnosa ketiga kesadaran apatis, GCS 1, RR 30x/menit, terpasang O₂ nasal kanul 4 liter/menit, irama nafas tidak teratur, bentuk dada normocest, auskultasi lapang paru ronchi, sianosis perifer dan akral teraba dingin.

BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

1. Pengkajian

Pada pengkajian tidak ada perbedaan atau kesenjangan antara teori dengan kenyataan yang ada dilapangan. Hal ini karena data yang terdapat pada lapangan juga ditemukan didalam teori.

2. Diagnosa

Pada kasus ini diagnosa yang didapatkan dari hasil pengkajian adalah nyeri akut b.d agen pencedera fisiologis; aegn pencedera fisik, resiko perfusi serebral tidak efektif b.d edema serebral, peningkatan TIK dan ketidakefektifasn pola nafas b.d difusi O₂ menurun.

Intervensi keperawatan kasus pada pasien dibuat berdasarkan teori yang ada. Namun penulis hanya menyesuaikan intervensi yang ada dikasus berdasarkan masalah keperawatan yang didapatkan dari hasil pengkajian.

3. Implementasi

Pada tahap pelaksanaan, penulis dapat melaksanakan rencana yang telah disusun dengan adanya dukungan dan kerjasama pasien serta keluarga. Dalam penatalaksanaan tindakan keperawatan penulis melakukan tindakan satu-persatu sesuai dengan masalah keperawatan yang dirasakan pasien.

4. Evaluasi

Tahap evaluasi berdasarkan tujuan yang ditetapkan maka penulis menganalisa bahwa tidak semua masalah dapat segera diatasi karena memerlukan waktu untuk perawatan dan pengobatan secara teratur.

B. Saran

1. Bagi Mahasiswa

Sebagai sumber bacaan bagi mahasiswa untuk mengetahui lebih dalam tentang asuhan keperawatan pada pasien dengan

2. Bagi Pelayanan Kesehatan

Institusi pelayanan kesehatan harus dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan sesuai Standart Operasional Prosedur (SOP) diberbagai rumah sakit.

3. Bagi Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan harus menyadari pentingnya penerapan asuhan keperawatan yang konsisten dan sesuai dengan teori dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, sehingga pasien akan mendapatkan perawatan yang holistik dan komprehensif.

4. Bagi Institusi Pendidikan

Institusi Pendidikan harus dapat meningkatkan mutu pelayanan pendidikan yang lebih berkualitas dan profesional, guna terciptanya perawata-perawat yang profesional, terampil, cekatan dan handal dalam memberikan asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A. (2008). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- Berman, Snyder, Kozier, Erb. (2009). *Buku ajar keperawatan klinis*. Edisi 5. Jakarta: EGC
- Medical Record RSUD Damrah, 2018
- Bararah & Jauhar, (2013). *Panduan Praktis Diagnosis & Tatalaksana Penyakit Saraf*. Jakarta. EGC
- B.Batticaca, (2008) *Development of Glasgow Coma Scale and Outcome Scale*. Nepal Journal of Neuroscience 2:24-8
- Brain Injury Assosiation of Amerika* (2006)
- CDC, (2004). *Pengantar Metodologi untuk Ilmu Kesehatan*. Surakarta. CSGF
- Clark, (2005). *Cedera Kepala : Teori dan Penanganan*. Sagung Seto : Jakarta.
- Elizabeth J. C. (2009), *Buku Saku Patofisiologi Corwin*. Jakarta: Aditya Media
- Ganong, (2007). *Dasar Dasar Ilmu Penyakit Saraf*. Surabaya. Airlangga University Press.
- Haddad, (2012). *Critical care management of severe traumatic brain injury in adults*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 20(12):1-15.
- Harsono, (2010). *Faktor-faktor Intrinsik yang Mempengaruhi Motivasi Perawat dalam Penanganan Cedera Kepala di Instalasi Gawat Darurat RSUD Karang Anyar*. Karya Tulis Ilmiah Strata Satu, STIKES Kusuma Husada, Surakarta : 300
- Hickey, (2010). *Keperawatan Kesehatan Kritis: Teori dan Praktek dalam Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jagoda & Bruns, (2006). *Prehospital Management of Traumatic Brain Injury. Theories and Practices*. Taylor & Francis. p.1-6.
- Kemenkes RI, (2013). Riset Kesehatan Dasar. [http //www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf](http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Risikesdas%202013.pdf), Diakses tanggal 24 April 2019
- Martin, (2011). *Haemostasis, blood platelets and coagulation*. In: *Blood Cells and Coagulation*. The Medicine Publishing Company Ltd. 189-91.

- Moore & Argur, (2007). *Dasar-dasar metodologi penelitian klinis* Ed. ke11, Sagung Seto, Jakarta
- Muttaqin, (2008). *Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Nugroho, (2011). *Karakteristik penderita cedera kepala akibat kecelakaan lalu lintas yang rawat inap di Rumah sakit umum padang sidempuan tahun 2015/2017*. Diakses pada tanggal 24 april 2019 dari www.repository.usu.ac.id.
- PERDOSI, (2006). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit dalam*. Nuha Medika: Yogyakarta.
- Potter & Perry, (2010). *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses dan Praktik*(4th ed.). Jakarta: EGC
- Price dan Wilson, (2006). *At A Glance Ilmu Bedah* Ed.3. Surabaya. Airlangga University Press
- Setiawan, (2009). *Asuhan Keperawatan Pasien Trauma Kepala*, Jakarta : EGC
- Smeltzer & Bare, (2002). *Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: Dewan Pengurus PPNI
- Tunner, (2010). *Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika : Yogyakarta
- Warner & Engelhard, (2007). *Manajemen anastesi pada operasi craniotomi anak dengan cedera kepala sedang*. Mutiara Medika. 1: 55-68
- Wijaya & Putrid, (2013). *Cedera kepala*. Fakultas Kedokteran Universitas Pelita Harapan. Jakarta

LAMPIRAN

DOKUMENTASI







KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BENGKULU

Jalan Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu 38225
Telepon: (0736) 341212 Faximile (0736) 21514, 25343
website: www.poltekkes-kemenkes-bengkulu.ac.id, email: poltekkes26bengkulu@gmail.com



20 Mei 2019

Nomor : : DM. 01.04/.../2019
Lampiran : -
Hal : **Izin Penelitian**

Yang Terhormat,
Direktur RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan
di
Tempat

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir mahasiswa dalam bentuk Karya Tulis Ilmiah (KTI) bagi Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu Tahun Akademik 2018/2019, maka bersama ini kami mohon Bapak/Ibu dapat memberikan izin pengambilan data kepada:

Nama : Taharudin
NIM : P0 5120218159 RPL
Program Studi : Diploma III Keperawatan
No Handphone : 081367151039 RP
Tempat Penelitian : Rumah Sakit Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan
Waktu Penelitian : juli 2019- agustus 2019
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien dengan Cedera Kepala Di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2109

Demikianlah, atas perhatian dan bantuan Bapak/Ibu diucapkan terimakasih.

Wakil Direktur Bidang Akademik,

Eliana, SKM, M.PH
NIP.196505091989032001

Tembusan disampaikan kepada:

Kepala Kesbangpol Kabupaten Bengkulu Selatan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Selatan Direktur RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU SELATAN
DINAS KESEHATAN

Jl. Raya Padang Panjang Manna Telp/Fax. (0739) 21797

Nomor : 441.3/335 /DINKES/2019
Lampiran : -
Perihal : Izin Penelitian Mahasiswa Taharudin

Manna, 27 Juni 2019
Kepada Yth.
Direktur RSUDHD Manna
di-
Manna

Sehubungan dengan Surat Wakil Direktur Bidang Akademik Poltekkes Kemenkes Bengkulu Nomor DM.01.04/775/2/2019 tanggal 20 Mei 2019 Tentang Izin Penelitian Mahasiswa Prodi Diploma III Keperawatan Poltekkes Kemenkes Bengkulu, maka dengan ini kepada saudara Direktur untuk dapat memfasilitasi penelitian mahasiswa tersebut dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cedera Kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019*".

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terimakasih.

KEPALA DINAS KESEHATAN
KABUPATEN BENGKULU SELATAN


MOH. REDHWAN, S.E.S, Sos, MPH
NIP. 19690523 199001 1 001

Tembusan

1. Yang bersangkutan
2. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU SELATAN
KEPUTUSAN KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KABUPATEN BENGKULU SELATAN
NOMOR : 070/79/IP/DPMPSTP/VI/2019

TENTANG

IZIN PENELITIAN

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KABUPATEN BENGKULU SELATAN

Membaca)
Menimbang)
dan sebagainya)
Mengingat)

MEMUTUSKAN

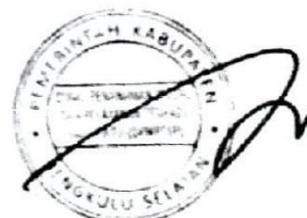
- Menetapkan
PERTAMA : Memberikan Izin Penelitian Kepada Sdr.
Nama : **TAHARUDIN**
Alamat Tempat Tunggal : **Jl. H. Awaludin Kec. Kota Manna**
Judul : **"Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cedera Kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019."**
Tujuan : **Untuk Melengkapi Persyaratan Perkuliahan**
Tempat / Lokasi Penelitian : **RSUD Hasanuddin Damrah Manna**
Lembaga : **Poltekkes Kemenkes Bengkulu**
- KEDUA : Apabila peneliti mengubah dan atau menambah Spesifikasi, peneliti harus mengajukan permohonan untuk izin perubahan dan atau penambahan
- KETIGA : Apabila dalam pelaksanaan penelitian terdapat pelanggaran atau tidak sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan maka
1. Pemohon / Peneliti dikenakan sanksi.
2. Izin Penelitian dibatalkan / dicabut.
- KEEMPAT : Izin penelitian ini berlaku **sampai dengan tanggal 25 Juli 2019.**
- KELIMA : Keputusan ini disampaikan kepada Sdr. **TAHARUDIN** berupa petikan untuk diketahui, diindahkan dan dipergunakan sesuai dengan keperluan.
- KEENAM : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan ketentuan apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan akan diperbaiki sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Manna
Pada tanggal : 25 Juni 2019

BIAYA GRATIS



An. Bupati Bengkulu Selatan
Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Bengkulu Selatan



Drs. H. SAMSU HARDI, S.E., M.Si
NIP. 19620202 199203 1 005



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU SELATAN
RSUD HASANUDDIN DAMRAH MANNA

Jl. Raya Padang Panjang Manna Bengkulu Selatan



Manna, 25 Juni 2019

Nomor : 445/1415/SDRS/VI/2019
Lampiran : -
Perihal : **Izin Penelitian**
An.Taharudin
NIM. P0 5120218159

Kepada
Karu, Zali Bedah
RSUD Hasanuddin Damrah
Manna
Di-
Tempat

Berdasarkan Surat dari Politeknik Kesehatan Bengkulu Nomor: DM.01.04/7731/2/2./2019, Tanggal 20 Mei 2019 dan Surat rekomendasi dari kantor Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPSTP) Kabupaten Bengkulu Selatan nomor: 070/ 79 /IP/DPMP/II/2019 , perihal tersebut diatas Dengan judul "**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cedera Kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna Bengkulu Selatan Tahun 2019** " Yang akan dilaksanakan mulai tanggal 25 Juni s/d 25 Juli 2019. Guna kelancaran pelaksanaan penelitian tersebut diharapkan pada saudara dapat memberikan bimbingan.

Demikianlah atas kerja sama yang baik diucapkan terima kasih.

An. Direktur

RSUD Hasanuddin Damrah Manna
Klinis dan Pengembangan SDRS



SNAWAN S.SOS
199303 2 004

Tembusan :

1. Yang bersangkutan
2. Arsip



PEMERINTAH KABUPATEN BENGKULU SELATAN
RSUD HASANUDDIN DAMRAH MANNA

Jl Raya Padang Panjang Telp (0739) 21118 21012 22870 Kode Pos 38511 Manna



SURAT KETERANGAN

Nomor : 445/1750 /VII/2019

Nama : **ROBERT GINTING,SKM**
NIP : 19670605 199002 1 002
Pangkat/Gol : Penata Tk.I Gol. III.d
Jabatan : Kabid Sarpras Dan Pengembangan SDRS
Instansi : RSUD Hasanuddin Damrah Manna

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : **TAHARUDIN**
NIM : P0 5120218159 RPL
Universitas : Poltekkes Kemenkes Bengkulu

Telah selesai melakukan Penelitian dan pengambilan data di lingkungan RSUD Hasanuddin Damrah Manna yang gunanya untuk menyusun Karya Tulis Ilmia (KTI) dengan judul "*Asuhan Keperawatan Pada Pasien Dengan Cedera Kepala di RSUD Hasanuddin Damrah Manna*" yang Telah dilaksanakan dari tanggal 25 Juni s/d 25 Juli 2019.

Demikianlah Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya untuk dapat dipergunakan seperlunya.

Manna Juli 2019
An. Direktur RSUD Hasanuddin
Damrah Manna
Kabid Sarpras Dan litbang SDRS



ROBERT GINTING,SKM
NIP. 196706051990021002

Tembusan :

4. Yth Ketua Yayasan Poltekkes Kesehatan Bengkulu
5. Yang Bersangkutan
6. Arsip



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
POLTEKES KEMENKES BENGKULU

Jl. Indragiri No. 03 Padang Harapan Kota Bengkulu Kode Pos. 38225
 Telepon : 0736-341212 Fax : 0736-21514/25343
 Email : poltekkes26bengkulu@gmail.com
 Website : www.Poltekkes_Kemenkes_Bengkulu.ac.id

LEMBAR KONSULTASI
KARYA TULIS ILMIAH (KTI)

Nama Mahasiswa : TAHARUDIN
NIM : PO 5120218159
Judul KTI : ASUHAN KEPERAWATAN PADA PADA PASIEN
 CEDRA KEPALA RINGAN DI RUANG BANGSAL
 BEDAH RSUD HASANUDDIN DAMRAH MANNA
 KABUPATEN BENGKULU SELATAN TAHUN 2019
Pembimbing : Widia Lestari, S. Kep., M.Si

No	Tanggal	Materi Konsultasi	Masukan Pembimbing	Paraf
1	26/03 19	pengajuan judul	acc judul bab I II	M
2	04/04 19	pencairan daftar pustaka	lanjut bab III	M
3	16/04 19	BAB I, II, III	perbaikan penulisan referensi	M
4	18/04 19	BAB I, II, III	perbaikan penulisan daftar bahan kajian	M
5	24/04 19	BAB II, III	only tambah hasil dan ds. pengalihan	M
6	26/04 19	BAB IV, V	acc uraian proposal	M
7	14/07 19	BAB IV	statis dan dg bab SDR1	M
8	17/07 19	BAB IV	kelebihan dg UJOC	M
9	21/07 19	BAB IV	Forum di Nafas-ba	M
10	22/07 19	BAB V	perbaikan lampiran esparantra	M
11	24/07 19	BAB V	disap dan penerapan KTI	M
12	27/07 19	BAB VI	acc kesimpulan KTI	M