

**KARYA TULIS ILMIAH
LAPORAN STUDI KASUS**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN CEDERA
KEPALA RINGAN DI RUANG AMBUN SURI LANTAI 2 RSUD
Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**



OLEH :

**GEBBY GABRIELLA
NIM : 1614401012**

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN CEDERA
KEPALA RINGAN DI RUANG AMBUN SURI LANTAI 2 RSUD
Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**

LAPORAN STUDI KASUS

*Diajukan Untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Dalam menyelesaikan
Pendidikan Program Diploma III Keperawatan Di STIKes Perintis
Padang*



OLEH :

GEBBY GABRIELLA

NIM : 1614401012

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
TAHUN 2019**

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Gebby Gabriella
NIM : 1614401012
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Cedera
Kepala Ringan Diruangan Ambun Suri lantai 2
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019

Pembimbing,

Ns. Vera Sesrianty M.Kep
NIK : 1440102110909052

Mengetahui,
Ka Prodi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns. Endra Amalia M.Kep
NIK 1420123106993012

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Gebby Gabriella
NIM : 1614401012
Judul KTI : Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di ruangan Ambun Suri lantai 2 Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus Dan di terima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019
Dewan penguji

Penguji I,

Ns. Dia Resti DND, M, KEP
NIK : 1420108028611071

Penguji II,

Ns. Vera Sesrianty M.Kep
NIK : 1440102110909052

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Gebby Gabriella
NIM : 1614401012
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan
Di Ruang Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019
Dewan Penguji

Penguji 1

Ns.Dia Resti DND, M. Kep
NIK : 1420108028611071

Penguji II

Ns.Vera Sesrianty, M. Kep
NIK : 1440102110909052

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Gebby Gabriella
NIM : 1614401012
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan
Di Ruang Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan
Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019
Pembimbing,

Ns.Vera Sesrianty, M. Kep
NIK : 1440102110909052

Mengetahui,
KaProdi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang

Ns.Endra Amalia, M. Kep
NIK : 1420123106993012

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG
PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
Karya Tulis Ilmiah, Juli 2019**

**GEBBY GABRIELLA
NIM : 1614401012**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny. A DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI
RUANG AMBUN SURI LANTAI 2 RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI
TAHUN 2019**

Ix + V Bab + 77 Halaman+ 7 Tabel + 2 Gambar + 2 Skema + 5 Lampiran

ABSTRAK

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai pendarahan interstisial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Penyebab terjadinya adalah masih tingginya angka kecelakaan yang menyebabkan cedera kepala. Adapun penilaian klinis untuk menentukan klasifikasi klinis dan tingkat kesadaran pada pasien cedera kepala menggunakan metode skala koma Glasgow (*Glasgow Coma Scale*). Yang paling banyak mengalami cedera kepala yaitu cedera kepala ringan sebanyak 17 pasien dan 2 pasien lainnya mengalami cedera kepala sedang. Penyusunan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif. Tujuan umum penulisan karya tulis ilmiah ini adalah penulis mengetahui asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala ringan. Teknik pengambilan data yang digunakan adalah wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi. Kesimpulan dari Karya Tulis Ilmiah ini pada Ny.A telah memunculkan diagnosa keperawatan diantaranya yaitu defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan teratasi, intervensi dilanjutkan dengan menyediakan lingkungan yang terapeutik. Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik teratasi, intervensi dilanjutkan dengan identifikasi skala nyeri, identifikasi memperberat dan memperingan nyeri, resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme teratasi, intervensi dilanjutkan dengan timbang berat badan secara rutin, ajarkan pengaturan diet yang tepat, gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur teratasi, intervensi dilanjutkan dengan identifikasi pola aktivitas dan tidur. Dari studi kasus yang dilakukan diharapkan perawat mampu memberikan informasi yang memadai kepada pasien mengenai cedera kepala sehingga tidak terjadi komplikasi dari penyakit tersebut.

Kata kunci : Asuhan Keperawatan, Cedera Kepala Ringan

Daftar Pustaka : 13 (2000-2018)

**PADANG HEALTH SCIENCE HIGH SCHOOL OF HEALTH
STUDY PROGRAM D III NURSING
Scientific Writing, July 2019**

**GEBBY GABRIELLA
NIM: 1614401012**

**NURSING CARE IN Mrs. A WITH A LIGHT HEAD INJURY IN THE ROOM OF
SURI AMBUN FLOOR 2 Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI IN 2019**

Ix +V Chapter + 77 Pages + 7 Tables + 2 Pictures + 2 Schema + 5 Attachments

ABSTRACT

Head injury is a traumatic disorder of brain function accompanied by or without inertial bleeding in the brain substance without the discontinuation of brain contact. The cause of this is the still high number of accidents that cause head injuries. Clinical assessment to determine the clinical classification and level of consciousness in head injury patients using the Glasgow Coma Scale method. the most experienced head injuries were mild head injuries of 17 patients and 2 other patients had moderate head injuries. The preparation of this paper uses descriptive method. The general purpose of writing scientific papers is the authors know nursing care in patients with mild head injury. Data collection techniques used were interviews, observation, physical examination, and documentation study. The conclusion of this Scientific Writing, on the client of Ny.A has given rise to nursing diagnoses including the self-care deficit associated with resolved weaknesses, the intervention continued by providing an therapeutic environment. Acute pain associated with physical injury was resolved, the intervention continued with identification of the scale of pain, identification of aggravating and reducing pain, risk of nutritional deficits associated with increased metabolic needs resolved, intervention continued with weighing regularly, teaching proper dietary arrangements, disturbances of sleep related patterns with lack of sleep control resolved, the intervention continued with identification of activity patterns and sleep. From the case studies conducted, it is expected that nurses are able to provide sufficient information to clients regarding head injuries so that there are no complications from the disease.

**Keywords: Nursing care, mild head injury
Bibliography: 13 (2000-2018)**

DAFTAR ISI

HALAMAN

HALAMAN SAMPUL

HALAMAN JUDUL

PERNYATAAN PERSETUJUAN

PERNYATAAN PENGUJI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL	vii
DAFTAR SKEMA	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang	1
B. Tujuan	
1. Tujuan Umum	3
2. Tujuan Khusus	4
C. Manfaat	
1. Bagi Pendidikan	5
2. Bagi Rumah Sakit	5
3. Bagi Pembaca	5

BAB II TINJAUAN TEORITIS

A. Konsep dasar	
1. Defenisi Cedera Kepala Ringan.....	6
2. Anatomi Dan Fisiologi	7

3. Etiologi.....	14
4. Manifestasi Klinis.....	15
5. Patofisiologi	15
6. WOC.....	18
7. Pemeriksaan Penunjang.....	19
8. Penatalaksanaan.....	20
9. Komplikasi.....	21
B. Asuhan Keperawatan Cedera Kepala Ringan	
1. Pengkajian.....	22
2. Diagnosa.....	25
3. Intervensi.....	26
4. Implementasi.....	32
5. Evaluasi.....	33

BAB III TINJAUAN KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas Pasien	34
2. Keluhan Utama.....	35
3. Riwayat Kesehatan.....	34
4. Riwayat Kesehatan Sekarang.....	35
5. Riwayat Dahulu.....	36
6. Riwayat Keluarga.....	36
7. Pemeriksaan Fisik.....	38
8. Data Aktivitas.....	42

9. Data Penunjang.....	44
10. Data Pengobatan.....	45
11. Data Fokus.....	47
12. Analisa Data.....	48
B. Diagnosa.....	49
C. Intervensi.....	50
D. Implementasi.....	54

BA IV PEMBAHASAN

A. Pengkajian.....	66
B. Diagnosa.....	67
C. Intervensi.....	69
D. Implementasi.....	71
E. Evaluasi.....	73

BAB V PENUTUP

A. Kesimpulan.....	75
B. Saran.....	77

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 : Gambar Kepala.....	7
Gambar 2.2 : Gambar Otak	9

DAFTAR TABEL

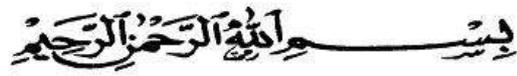
	HALAMAN
Tabel Intervensi.....	26
Tabel Data Aktivitas.....	42
Tabel Data Penunjang Hematologi.....	44
Tabel Pengobatan.....	45
Tabel Analisa Data.....	48
Tabel Intervensi.....	50
Tabel Implementasi.....	54

DAFTAR SKEMA

		HALAMAN
Skema I	WOC Cedera Kepala Ringan	18
Skema II	Genogram	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran I	Daftar Riwayat Hidup
Lampiran II	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing Akademik
Lampiran III	Daftar Bimbingan Konsul Pembimbing Klinik
Lampiran IV	Daftar Bimbingan Konsul Revisi
Lampiran V	Daftar Dinas



Segala puji dan syukur bagi Allah SWT, yang dengan nama-Nya bumi hamparkan, dan dengan nama-Nya langit ditinggikan. Segala puji bagi Allah SWT sang Maha Cahaya penguat hidayah, dan semua jiwa di genggamannya, kasih sayang Mu yang mulia, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **“Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan Di Ruang Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019 ”**

Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini penulis mendapatkan banyak bantuan dan masukan dari berbagai pihak, dan kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, S.Kp M. Biomed selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Endra Amalia, M. Kep selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.
3. Ibu Ns. Vera Sesrianty, M. Kep selaku Pembimbing yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
4. Ibu Ns. Nonong Tri Senja, M. Kep selaku Pembimbing Klinik yang telah banyak memberikan bimbingan arahan dan petunjuk sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

5. Direktur RSUD Dr. Achmad Moctar Bukittinggi beserta staf yang telah mengizinkan penulis untuk melakukan Ujian Akhir Program Studi D III Keperawatan.
6. Seluruh Staf Dosen jurusan Keperawatan yang telah membantu dalam proses penyusunan Karya Tulis Ilmiah.
7. Ayah, Ibu, dan kakak tercinta atas dorongan moril dan materil serta doa yang tulus sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan-rekan mahasiswa/i Program Studi DIII Keperawatan STIKes Perintis Padang yang telah memberikan sumbangan pikiran dan dorongan moril untuk terwujudnya Karya Tulis Ilmiah ini, serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan namanya satu persatu.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan dan masih jauh dari kata sempurna, oleh sebab itu penulis mengharapkan saran dan masukannya untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhirnya kepada-Nya jualah kita berserah diri. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua khususnya profesi keperawatan.

Bukittinggi, 23 Juli 2019

Penulis

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Penyebab terjadinya cedera kepala salah satunya karena adanya benturan atau kecelakaan. Cedera kepala mengakibatkan pasien dan keluarga mengalami perubahan fisik maupun psikologis dan akibat paling fatal adalah kematian. Asuhan keperawatan pada penderita cedera kepala memegang peranan penting terutama dalam pencegahan komplikasi (Muttaqin, 2008)

Komplikasi dari cedera kepala adalah infeksi dan perdarahan. Hampir separuh dari seluruh kematian akibat trauma disebabkan oleh cedera kepala.

Cedera kepala merupakan keadaan yang serius. Oleh karena itu, diharapkan dengan penanganan yang cepat dan akurat dapat menekan morbiditas dan mortalitas penanganan yang tidak optimal dan terlambatnya rujukan dapat menyebabkan keadaan penderita semakin memburuk dan berkurangnya pemilihan fungsi (Tarwoto, 2007)

Cedera kepala merupakan salah satu penyebab utama kematian pada pengguna kendaraan bermotor karena tingginya tingkat mobilitas dan kurangnya kesadaran untuk menjaga keselamatan di jalan raya (Baheram, 2007). Lebih dari 50% kematian disebabkan oleh cedera kepala dan kecelakaan kendaraan bermotor. Setiap tahun, lebih dari 2 juta orang mengalami cedera kepala,

75.000 diantaranya meninggal dunia dan lebih dari 100.000 orang yang selamat akan mengalami disabilitas permanen (Widiyanto, 2007).

Ada 1,25 juta kematian lalu lintas diseluruh dunia setiap tahunnya, dengan jutaan lainnya menderita luka serius dan hidup dengan konsekuensi kesehatan jangka panjang yang merugikan secara global, kecelakaan lalu lintas merupakan penyebab utama kematian di kalangan anak muda, dan penyebab utama kematian diantara mereka yang berusia 15-29 tahun. Hampir setengah dari setengah kematian di jalan-jalan dunia termasuk di antara mereka yang paling tidak memiliki pengaman pada pengendara sepeda motor, pengendara sepeda dan pejalan kaki. Presentase jenis kelamin laki-laki lebih tinggi mengalami cedera kepala disbanding dengan perempuan (WHO, 2015)

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, jumlah data yang dianalisis seluruhnya 1.027.758 orang untuk semua umur. Adapun responden yang tidak pernah mengalami cedera 942.984 orang dan yang pernah mengalami cedera 84.774 orang. Sebanyak 34.409 kasus cedera disebabkan karena transportasi sepeda motor, yang menjadi penyebab cedera kedua tertinggi (40,6%) setelah jatuh (40,9%). Prevalensi cedera secara nasional adalah 8,2% dan prevalensi angka cedera yang disebabkan oleh sepeda motor di Sumatera Barat 49,5%. Prevalensi cedera tertinggi berdasarkan karakteristik responden yaitu pada kelompok umur 15-24 tahun (11,7%) dan pada laki-laki (10,1%) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2018)

Hasil survei yang dilakukan di ruangan Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi data pasien Cedera kepala yang di dapatkan mulai dari bulan januari-juni 2019 sebanyak 19 orang. Berdasarkan wawancara pada pasien Ny. A dengan cedera kepala ringan yang mengatakan pasien masuk rumah sakit pada tanggal 15 mei 2019 dengan keluhan nyeri di belakang kepala sebelah kanan. pasien mengalami cedera kepala ringan yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas

Berdasarkan uraian dan data di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan Asuhan Keperawatan pada pasien Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di ruang Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

1.2 Tujuan Penulisan

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk meningkatkan kemampuan mahasiswa dalam memberikan asuhan keperawatan Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019.

1.2.2 Tujuan Khusus

Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan pada Ny. A maka mahasiswa diharapkan :

- a. Mampu mengetahui konsep dasar Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Ringan (pengertian cedera kepala, anatomi dan fisiologi, etiologi, manifestasi klinis, patofisiologi, pemeriksaan penunjang, penatalaksanaan dan komplikasi).
- b. Mampu melaksanakan pengkajian dalam mengidentifikasi data dalam menunjang Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
- c. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
- d. Mampu melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
- e. Mampu mengevaluasi Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.
- f. Mampu mendokumentasi Asuhan Keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2019.

1.3 Manfaat Penulisan

1.3.1 Bagi Penulis

Laporan studi kasus ini berguna untuk menambah wawasan dan sebagai bekal ilmu bagi penulis untuk memberikan pendidikan kesehatan kepada masyarakat terkait dengan masalah yang tentunya berhubungan dengan Cedera Kepala Ringan.

1.3.2 Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai masukan bagi institusi pendidikan dalam proses belajar mengajar, khususnya tentang Laporan Studi Kasus dan memberikan sumbangan pikiran yang kiranya dapat berguna sebagai informasi awal terkait dengan masalah-masalah yang tentunya berhubungan dengan Cedera Kepala Ringan.

1.3.3 Bagi Institusi Rumah Sakit

Laporan studi kasus ini dapat di gunakan sebagai acuan dalam melakukan Asuhan keperawatan khususnya pada pasien stroke dan sebagai masukan dalam upaya Promotif, preventif dan kuratif tentang penanganan pasien Cedera Kepala Ringan.

1.3.4 Bagi Pembaca

Mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada pasien dengan Cedera Kepala Ringan dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan Cedara Kepala Ringan.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

2.1 Konsep Dasar

2.1.1 Pengertian

Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. Cedera kepala menjadi penyebab utama kematian disabilitas pada usia muda. Penderita cedera kepala seringkali mengalami edema serebri yaitu akumulasi kelebihan cairan di intraseluler atau ekstraseluler ruang otak atau perdarahan intrakranial yang mengakibatkan meningkatnya tekanan intrakranial. (Morton,2012)

Cedera kepala adalah trauma kepala dengan GCS 15 (sadar penuh) tidak ada kehilangan kesadaran, mengeluh pusing, nyeri kepala hematoma abrasi dan laserasi (Mansjoer,2009). Menurut Brain Injury Assosiation of America, Cedera kepala adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan/benturan fisik dari luar yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik.

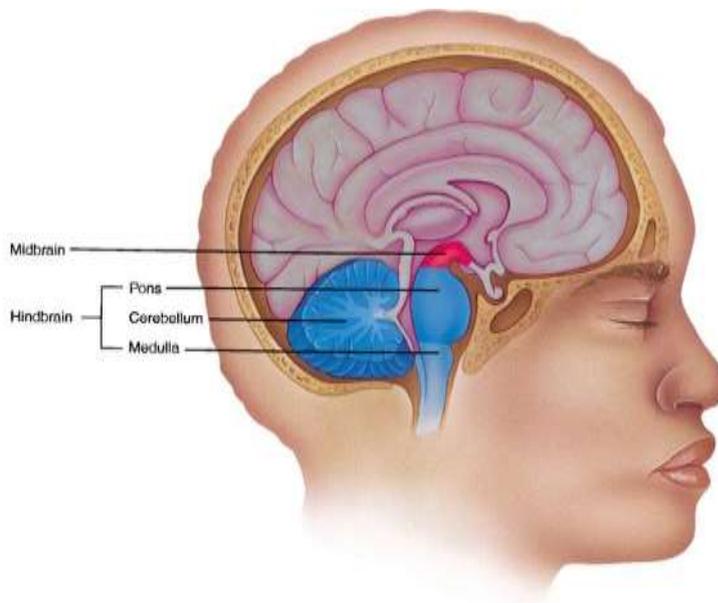
Berdasarkan tingkat keparahannya, cedera kepala dibagi menjadi tiga, yaitu cedera kepala ringan, sedang, berat. Cedera kepala ringan dapat menyebabkan gangguan sementara pada fungsi otak. Penderita dapat merasa mual, pusing, linglung, atau kesulitan mengingat untuk beberapa

saat. Penderita cedera kepala sedang juga dapat mengalami kondisi yang sama, namun dalam waktu yang lebih lama.

Bagi penderita cedera kepala berat, potensi komplikasi jangka panjang hingga kematian dapat terjadi jika tidak ditangani dengan tepat. Perubahan perilaku dan kelumpuhan adalah beberapa efek yang dapat dialami penderita dikarenakan otak mengalami kerusakan, baik fungsi fisiologisnya maupun struktur anatomisnya.

Selain itu, cedera kepala juga dapat dibedakan menjadi cedera kepala terbuka dan tertutup. Cedera kepala terbuka adalah apabila cedera menyebabkan kerusakan pada tulang tengkorak sehingga mengenai jaringan otak. Sedangkan cedera kepala tertutup adalah bila cedera yang terjadi tidak menyebabkan kerusakan pada tulang tengkorak, dan tidak mengenai otak secara langsung.

2.1.2 Anatomi dan Fisiologi



Gambar 2.1 : Anatomi dan fisiologi kepala

a. Kulit Kepala

Kulit kepala terdiri dari 5 lapisan yang disebut SCALP yaitu *Skin* atau kulit, *Connective tissue* atau jaringan penyambung, *aponeurosis* atau *galea aponereutika*, *loose connective tissue* atau jaringan penunjang longgar dan *pericranium*. Kulit kepala memiliki banyak pembuluh darah sehingga perdarahan akibat liseran kulit kepala akan menyebabkan banyak kehilangan darah, terutama pada bayi dan anak-anak.

b. Tulang Tengkorak

Tulang tengkorak terdiri dari kubah (kalvaria) dan basis krani. Tulang tengkorak terdiri dari beberapa tulang yaitu frontal, parietal, temporal dan oksipital. Kalvaria khususnya diregio temporal adalah tipis, namun disini dilapisi oleh otot temporalis. Basis cranii berbentuk tidak rata sehingga dapat melukai bagian dasar otak saat bergerak akibat proses akselerasi dan deselerasi. Rongga tengkorak dasar dibagi atas 3 fosa yaitu: fosa anterior tempat lobus frontalis, fosa media tempat temporalis dan fosa posterior ruang bagi bagian bawah batang otak serebelum.

Struktur tulang yang menutupi dan melindungi otak, terdiri dari tulang kranium dan tulang muka. Tulang kranium terdiri dari 3 lapisan: lapisan luar, diploe dan lapisan dalam. Lapisan luar dan dalam merupakan struktur yang kuat sedangkan diploe merupakan struktur yang menyerupai busa. Lapisan dalam membentuk rongga / fosa: fosa anterior (didalamnya terdapat lobus frontalis), fosa tengah (berisi

lobus temporalis, parietalis, oksipitalis), fosa posterior (berisi otak tengah dan sereblum)

c. Lapisan pelindung otak / Meninges

Terdiri dari 3 lapisan meninges yaitu durameter, arakhnoid dan piameter.

1) Durameter (lapisan sebelah luar)

Selaput keras pembungkus otak yang berasal dari jaringan ikat tebal dan kuat. Durameter ditempat tertentu mengandung rongga yang mengalirkan darah vena ke otak.

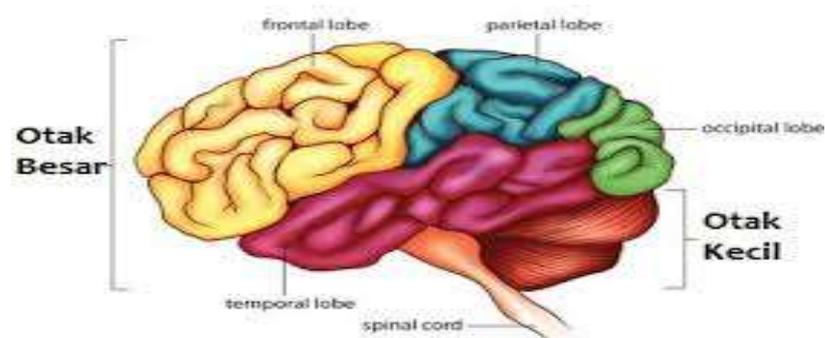
2) Arakhnoid (lapisan tengah)

Merupakan selaput halus yang memisahkan durameter dengan piameter membentuk sebuah kantong atau balon berisi cairan otak yang meliputi susunan saraf sentral.

3) Piameter (lapisan sebelah dalam)

Merupakan selaput tipis yang terdapat pada permukaan jaringan otak, piameter berhubungan dengan arakhnoid melalui struktur-struktur jaringan ikat yang disebut trabekel (Ganong, 2002)

d. Otak



Gambar 2.2 : Otak

Otak terbagi menjadi 3 bagian utama, yaitu:

a) Sereblum

Sereblum merupakan bagian otak yang terbesar dan paling menonjol. Disini terletak pusat-pusat saraf yang mengatur semua kegiatan sensorik dan motorik, juga mengatur proses penalaran, ingatan dan intelegensia. Sereblum dibagi menjadi hemisfer kanan dan kiri oleh suatu lekuk atau celah dalam yang disebut fisura longitudinalis mayor.

Bagian luar hemisferium serebri terdiri dari substansial grisea yang disebut sebagai kortek serebri, terletak diatas substansial alba yang merupakan bagian dalam (inti) hemisfer dan dinamakan pusat medulla. Kedua hemisfer saling dihubungkan oleh suatu pita serabut lebar yang disebut korpus kalosum. Di dalam substansial alba tertanam masa substansial grisea yang disebut ganglia basalis. Pusat aktifitas sensorik dan motorik pada masingmasing hemisfer dirangkap dua, dan biasanya berkaitan dengan bagian tubuh yang berlawanan. Hemisferium serebri kanan mengatur bagian tubuh sebelah kiri dan hemisferium kiri mengatur bagian tubuh sebelah kanan.

Konsep fungsional ini disebut pengendalian kontra lateral. Setiap hemisfer dibagi dalam lobus dan terdiri dari 4, yaitu:

1. Lobus Frontalis : Kontrol motorik gerakan volunteer, terutama fungsi bicara, kontrol berbagai emosi, moral tingkah laku dan etika.
2. Lobus Temporal :Pendengaran, keseimbangan, emosi dan memori.
3. Lobus Oksipitalis : Visual senter, mengenal objek.

4. Lobus Parietalis : Fungsi sensori umum, rasa (pengecapan)

b) Otak tengah

c) Otak belakang

Suzanne C Smeltzer (2001), *Nervus kranialis* dapat terganggu bila trauma kepala meluas sampai batang otak karna edema otak atau pendarahan otak. Kerusakan nervus yaitu :

1) *Nervus Alfaktorius* (Nervus Kranialis I)

Nervus alfaktorius menghantarkan bau menuju otak dan kemudian diolah lebih lanjut. Dengan mata tertutup dan pada saat yang sama satu lubang hidung ditutup, penderita diminta membedakan zat aromatis lemah seperti vanila, cau de cologne, dan cengkeh. Fungsi saraf pembau.

2) *Nervus Optikus* (Nervus Kranialis II)

Nervus optikus menghantarkan impuls dari retina menuju plasma optikum, kemudian melalui traktus optikus menuju korteks oksipitalis untuk dikenali dan diinterpretasikan. Fungsi: Bola mata untuk penglihatan.

3) *Nervus Okulomotorius* (Nervus Kranialis III)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital (otot penggerak bola mata). Fungsi sebagai penggerak bola mata.

4) *Nervus Troklearis* (Nervus Kranialis IV)

Sifatnya motorik, fungsi memutar mata, sebagai penggerak mata.

5) *Nervus Trigeminus* (Nervus Kranialis V)

Nervus Trigeminus membawa serabut motorik maupun sensorik dengan memberikan persarafan ke otot temporalis dan maseter, yang merupakan otot-otot pengunyah.

Nervus trigeminus dibagi menjadi 3 cabang utama:

- a. *Nervus oftalmikus* sifatnya motorik dan sensorik. Fungsi: Kulit kepala dan kelopak mata atas.
- b. *Nervus maksilaris* sifatnya sensorik. Fungsi : Rahang atas, palatum dan hidung.
- c. *Nervus mandibularis* sifatnya motorik dan sensorik. Fungsi : Rahang bawah dan lidah.

6) *Nervus Abducentis* (Nervus Kranialis VI)

Sifatnya motorik, mensarafi otot-otot orbital. Fungsi: Sebagai saraf penggoyang bola mata.

7) *Nervus Facialis* (Nervus Nervus Kranialis VII)

Sifatnya motorik dan sensorik, saraf ini membawa serabut sensorik yang menghantar pengecapan bagian anterior lidan dan serabut motorik yang mensarafi semua otot ekspresi wajah, termasuk tersenyum, mengerutkan dahi dan menyeringai.

Fungsi: Otot lidah menggerakkan lidah dan selaput lendir rongga mulut.

8) *Nervus Auditorius* (Nervus Kranialis VIII)

Sifatnya sensorik, mensarafi alat pendengar membawa rangsangan dari pendengaran dari telinga ke otak. Fungsinya: Sebagai saraf pendengar.

9) *Nervus Glossofaringeus* (Nervus Kranialis IX)

Sifatnya majemuk, mensarafi faring, tonsil dan lidah, saraf ini dapat membawa rangsangan cita rasa ke otak.

10) *Nervus Vagus* (Nervus Kranialis X).

Sifatnya majemuk (sensori dan motoris) mengandung saraf-saraf motoric, sensorik dan parasimpatis faring, laring, paru-paru, esofagus, gaster intestinum minor, kelenjar-kelenjar pencernaan dalam abdomen. Fungsinya sebagai saraf perasa.

11) *Nervus Assessoris* (Nervus Kranialis XI).

Saraf ini mensarafi muskulus *sternocleidomastoid* dan muskulus *trapezium*, fungsinya sebagai saraf tambahan.

12) *Nervus Hipoglossus* (Nervus Kranialis XII)

Saraf ini mensarafi otot-otot lidah, fungsinya sebagai saraf lidah. Saraf ini terdapat di dalam sumsum penyangk.

d) Tekanan Intra Kranial (TIK)

Tekanan intra kranial (TIK) adalah hasil dari sejumlah jaringan otak, volume darah intrakranial dan cairan serebrospiral di dalam tengkorak pada 1 satuan waktu.

Keadaan normal dari TIK bergantung pada posisi pasien dan berkisar $\pm 15\text{mmHg}$.

Ruang kranial yang kalau berisi jaringan otak (1400gr), Darah (75 ml), cairan serebrospiral (75ml), terhadap 2 tekanan pada 3 komponen ini selalu berhubungan dengan keadaan keseimbangan Hipotesa Monro- Kellie menyatakan : Karena keterbatasan ruang ini untuk ekspansi di dalam tengkorak, adanya peningkatan salah satu dari komponen ini menyebabkan perubahan pada volume darah serebral tanpa adanya perubahan, TIK akan naik. Peningkatan TIK yang cukup tinggi menyebabkan turunnya batang otak (Herniasi batang otak) yang berakibat kematian.

2.1.3 Etiologi

Menurut Tarwoto (2007), penyebab cedera kepala adalah karena adanya trauma yang dibedakan menjadi 2 faktor yaitu :

1) Trauma primer

Trauma primer terjadi karena benturan langsung atau tidak langsung (akselerasi dan deselerasi)

2) Trauma sekunder

Terjadi akibat dari trauma saraf (melalui akson) yang meluas, hipertensi intrakranial, hipoksia, hiperkapnea atau hipotensi sistemik.

3) Kecelakaan lalu lintas

4) Pukulan dan trauma tumpul pada kepala

5) Terjatuh

6) Benturan langsung dari kepala

7) Kecelakaan pada saat olahraga

8) Kecelakaan industri.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Menurut Mansjoer, 2000 :

- a. Pingsan tidak lebih dari sepuluh menit
- b. Setelah sadar timbul nyeri
- c. Pusing
- d. Muntah
- e. GCS : 13-15
- f. Tidak terdapat kelainan neurologis
- g. Pernafasan secara progresif menjadi abnormal
- h. Respon pupil lenyap atau progresif menurun
- i. Nyeri kepala dapat timbul segera atau bertahap

2.1.5 Patofisiologis dan WOC

Otak di lindungi dari cedera oleh rambut, kulit, dan tulang yang membungkusnya. Tanpa perlindungan ini, otak yang lembut (yang membuat kita seperti adanya) akan mudah sekali terkena cedera dan mengalami kerusakan. Cedera memegang peranan yang sangat besar dalam menentukan berat ringannya konsekuensi patofisiologis dari suatu trauma kepala.. Lesi pada kepala dapat terjadi pada jaringan luar dan dalam rongga kepala. Lesi jaringan luar terjadi pada kulit kepala dan lesi bagian dalam terjadi pada tengkorak, pembuluh darah tengkorak maupun otak itu sendiri. Terjadinya benturan pada kepala dapat terjadi pada 3 jenis keadaan, yaitu :

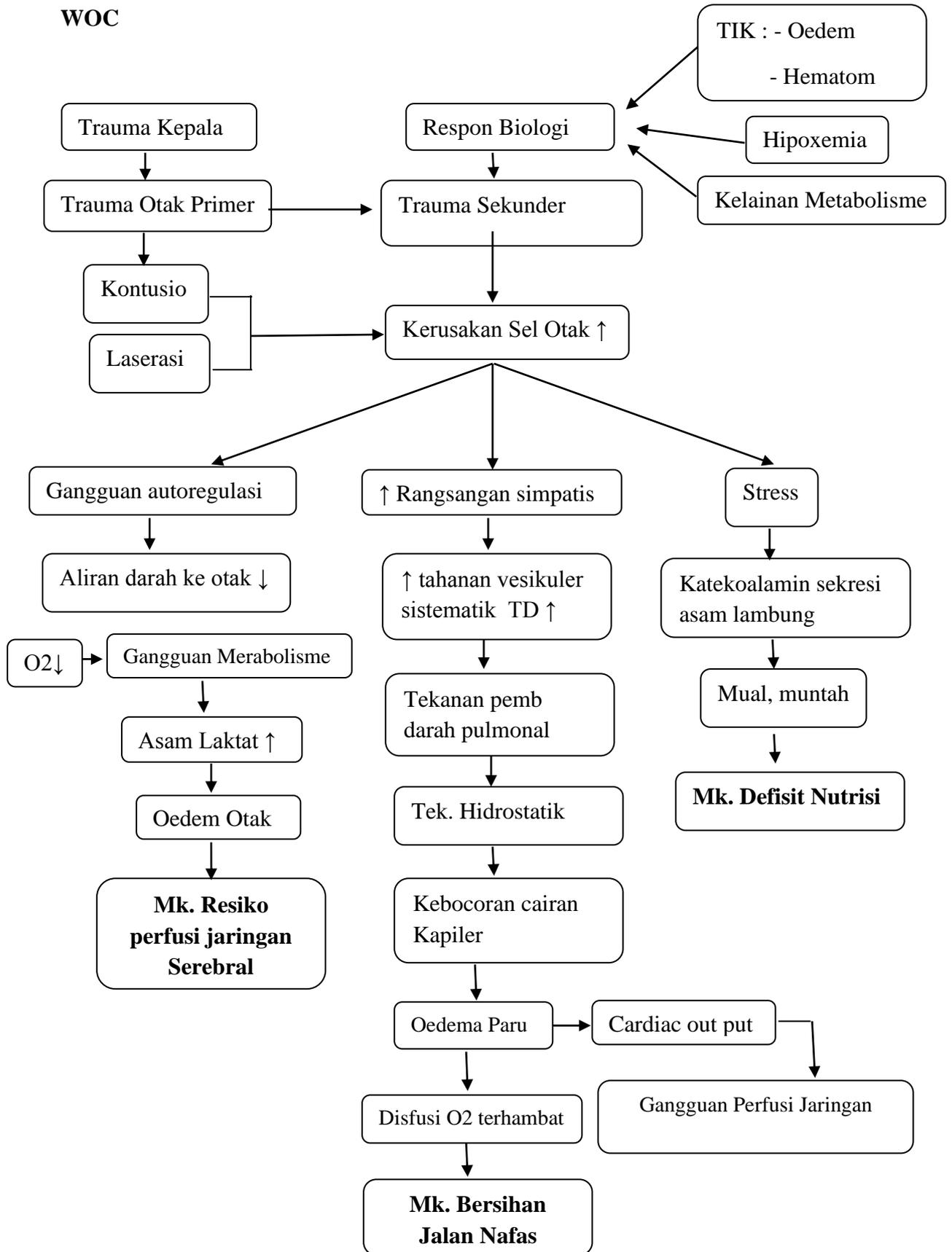
- a. Kepala diam dibentur oleh benda yang bergerak
- b. Kepala yang bergerak membentur benda yang diam dan

- c. Kepala yang tidak dapat bergerak karena bersandar pada benda yang lain dibentur oleh benda yang bergerak (kepala tergecet). Terjadinya lesi pada jaringan otak dan selaput otak pada cedera kepala diterangkan oleh beberapa hipotesis yaitu getaran otak, deformasi tengkorak, pergeseran otak dan rotasi otak.

Dalam mekanisme cedera kepala dapat terjadi peristiwa *contre coup* dan *coup*. *Contre coup* dan *coup* pada cedera kepala dapat terjadi kapan saja pada orang-orang yang mengalami percepatan pergerakan kepala. Cedera kepala pada *coup* disebabkan hantaman pada otak bagian dalam pada sisi yang terkena sedangkan *contre coup* terjadi pada sisi yang berlawanan dengan daerah benturan. Kejadian *coup* dan *contre coup* dapat terjadi pada keadaan. Keadaan ini terjadi ketika pengereman mendadak pada mobil/motor. Otak pertama kali akan menghantam bagian depan dari tulang kepala meskipun kepala pada awalnya bergerak ke belakang. Sehingga trauma terjadi pada otak bagian depan. Karena pergerakan ke belakang yang cepat dari kepala, sehingga pergerakan otak terlambat dari tulang tengkorak, dan bagian depan otak menabrak tulang tengkorak bagian depan.

Pada keadaan ini, terdapat daerah yang secara mendadak terjadi penurunan tekanan sehingga membuat ruang antara otak dan tulang tengkorak bagian belakang dan terbentuk gelembung udara. Pada saat otak bergerak ke belakang maka ruangan yang tadinya bertekanan rendah menjadi tekanan tinggi dan menekan gelembung udara tersebut. Terbentuknya dan kolapsnya gelembung yang mendadak sangat berbahaya bagi pembuluh darah otak karena terjadi penekanan, sehingga daerah yang memperoleh suplai darah dari pembuluh tersebut dapat terjadi kematian sel-sel otak. Begitu juga bila terjadi pergerakan kepala ke depan

WOC



Sumber : Muttaqin.A(2011)

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Menurut Arif Mutaqin 2008 Pemeriksaan Penunjang Pasien cedera

Kepala :

a. CT Scan

Mengidentifikasi luasnya lesi, pendarahan, determinan, ventrikuler, dan perubahan jaringan otak.

b. MRI

Digunakan sama dengan CT scan dengan/tanpa kontras radioaktif.

c. Cerebral Angiography

Menunjukkan anomaly sirkulasi serebral seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, pendarahan, dan trauma.

d. Serial EEG

Dapat melihat perkembangan gelombang patologis

e. Sinar X

Mendeteksi perubahan struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang

f. BAER

Mengoreksi batas fungsi korteks dan otak kecil

g. PET

Mendeteksi perubahan aktivitas metabolisme otak

h. CSS

Lumbal pungsi dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subarachnoid

- i. Kadar elektrolit
Untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai peningkatan tekanan intrakranial
- j. Screen toxilogi
Untuk mendeteksi pengaruh obat yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran
- k. Rontgen thoraks 2 arah (PA/AP dan lateral)
Rontgen thoraks menyatakan akumulasi udara/cairan pada area pleural
- l. Toraksentesis menyatakan darah/cairan
- m. Analisa Gas Darah (AGD/Astrup)
Analisa gas darah adalah salah satu tes diagnostic untuk menentukan status repirasi. Status respirasi yang dapat digambarkan melalui pemeriksaan AGD ini adalah status oksigenasi dan status asam basa

2.1.7 Penatalaksanaan

2.1.7.1 Keperawatan

- a. Observasi 24 jam
- b. Jika pasien masih muntah sementara dipuasakan terlebih dahulu.
Makanan atau cairan, pada trauma ringan bila muntah-muntah, hanya cairan infus dextrose 5%, amnifusin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan), 2-3 hari kemudian diberikan makanan lunak
- c. Berikan terapi intravena bila ada indikasi
- d. Pada anak diistirahatkan atau tirah baring

2.1.7.2 Medis

a. Terapi obat-obatan

- 1) Dexamethason/kalmethason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma
- 2) Pengobatan anti edema dengan larutan hipertonis yaitu mannitol 20 % atau glukosa 40 % atau gliserol 10 %
- 3) Antibiotika yang mengandung barrier darah otak (penisillin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidasol
- 4) Pembedahan bila ada indikasi (hematom epidural besar, hematom sub dural, cedera kepala terbuka, fraktur impresi >1 diplo)
- 5) Lakukan pemeriksaan angiografi serebral, lumbal fungsi, CT Scan dan MRI (Satynagara, 2010)

2.1.8 Komplikasi

Kemunduran pada kondisi pasien mungkin karena perluasan hematoma intracranial, edema serebral progresif, dan herniasi otak.

a) *Edema serebral dan herniasi*

Edema serebral adalah penyebab paling umum peningkatan TIK pada pasien yang mendapat cedera kepala, puncak pembengkakan yang terjadi kira-kira 72 jam setelah cedera. TIK meningkat karena ketidakmampuan tengkorak untuk membesar meskipun peningkatan volume oleh pembengkakan otak diakibatkan trauma.

b) Defisit neurologic dan psikologic

Pasien cedera kepala dapat mengalami paralysis saraf fokal seperti anosmia(tidak dapat mencium bau-bauan) atau abnormalitas gerakan mata, dan deficit neurologic seperti afasia, efek memori, dan kejang post traumatic atau epilepsy

c) Komplikasi lain secara traumatic

1. Infeksi iskemik (pneumonia, SK, sepsis)
2. Infeksi bedah neurologi (infeksi, luka, meningitis, ventikulitis)

2.2 Asuhan Keperawatan Teoritis

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap pertama dalam proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam mengumpulkan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien.

Pengkajian keperawatan ditunjukkan pada respon pasien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia (Nursalam, 2001)

a. Identitas pasien

Nama, umur, jenis kelamin, status, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat

b. Riwayat kesehatan

Tingkat kesadaran/GCS (<15), konvulsi, muntah, dispnea / takipnea, sakit kepala, wajah simetris / tidak, lemah, luka di kepala, paralise, akumulasi sekret pada saluran napas, adanya liquor dari hidung dan telinga dan kejang.

Riwayat penyakit dahulu haruslah diketahui baik yang berhubungan dengan sistem persyarafan maupun penyakit sistem sistemik lainnya. Demikian pula riwayat penyakit keluarga terutama yang mempunyai penyakit menular.

Riwayat kesehatan tersebut dapat dikaji dari pasien atau keluarga sebagai data subjektif. Data-data ini sangat berarti karena dapat mempengaruhi prognosa pasien.

c. Pengkajian persistem

Keadaan umum

Tingkat kesadaran : composmentis, apatis, somnolen, sopor, koma

TTV

1) Sistem pernapasan

Perubahan pola napas, baik irama, kedalaman maupun frekuensi, nafas bunyi ronchi.

2) Sistem kardiovaskuler

Apabila terjadi peningkatan TIK, tekanan darah meningkat, denyut nadi bradikardi kemudian takikardi

3) Sistem perkemihan

Inkotenensia, distensi kandung kemih

4) Sistem gastrointestinal

Usus mengalami gangguan fungsi, mual/muntah dan mengalami perubahan selera

5) Sistem muskuloskeletal

Kelemahan otot, deformasi

6) Sistem persyarafan

Gejala : kehilangan kesadaran, amnesia, vertigo, syncope, tinnitus, kehilangan pendengaran, perubahan penglihatan, gangguan pengecapan

Tanda : perubahan kesadaran sampai koma, perubahan status mental, perubahan pupil, kehilangan pengindraan, kejang, kehilangan sensasi sebagai tubuh

d. Pengkajian pola aktivitas sehari-hari

1) Pola makan / cairan

Gejala : mual, muntah, dan mengalami perubahan selera

Tanda : kemungkinan muntah proyektil, gangguan menelan (batuk, air liur keluar, disfagia)

2) Aktivitas / istirahat

Gejala : merasa lemah, letih, kaku, kehilangan keseimbangan

Tanda : perubahan kesadaran, letargi, hemiparese, kuadriplegia, ataksia, cara berjalan tak tegap, masalah keseimbangan, kehilangan tonus otot dan tonus sptik

3) Sirkulasi

Gejala : normal atau perubahan tekanan darah

Tanda : perubahan frekuensi jantung (bradikardia, takikardia yang diselingi disritmia)

4) Integritas ego

Gejala : perubahan tingkah laku kepribadian (terang atau dramatis)

Tanda : cemas mudah tersinggung , delirium, agitasi, bingung, depresi dan impulsive

5) Eliminasi

Gejala : inkontinensia kandung kemih / usus atau mengalami gangguan fungsi

6) Nyeri dan kenyamanan

2.2.2 Kemungkinan diagnosa yang muncul

1. Resiko perfusi jaringan serebral b.d cedera kepala
2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d jalan nafas buatan d.d gelisah
3. Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme d.d Parkinson

2.2.3 Intervensi keperawatan

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	SLKI	SIKI
1.	Resiko perfusi jaringan serebral b.d cedera kepala	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka resiko perfusi jaringan serebral membaik dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun <p>Gelisah menurun</p>	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan TIK • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK • Monitor status pernapasan • Monitor intake dan output cairan <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

-
- Berikan posisi semi fowler
 - Pertahankan suhu tubuh normal

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu
- Kolaborasi pemberian diuretic osmosis jika perlu

2	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d adanya jalan nafas buatan d.d gelisah.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka bersihan jalan nafas membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Batuk efektif meningkat 2. Sulit bicara menurun 3. Gelisah menurun 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kemampuan batuk • Monitor adanya retensi sputum • Monitor input dan output cairan <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atur posisi semi fowler • Pasang perlak dan bengkak di pangkuan pasien <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tujuan dan prosedur batuk efektif
---	--	--	--

-
- Anjurkan tarik nafas dalam melalui hidung selama 4 detik
 - Anjurkan mengulangi Tarik napas dalam hingga 3 kali

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian mukolitik atau ekspetoran, jika perlu

3	Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme d.d parkinson	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka defisit nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Porsi makanan yang dihabiskan meningkat Berat badan indeks massa tubuh meningkat	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi status nutrisi • Identifikasi makanan yang disukai • Monitor asupan makanan • Monitor berat badan <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu • Berikan suplemen makanan, jika perlu <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjukan posisi duduk • Ajarkan diet yang
---	--	--	---

diprogramkan

Kolaborasi :

Kolaborasi pemberian

Medikasi sebelum makan

2.2.4 Implementasi

Implementasi adalah realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah&Walid, 2012)

Implementasi menurut teori adalah mengidentifikasi bidang bantuan situasi yang membutuhkan tambahan beragam mengimplementasikan intervensi keperawatan dengan praktik terdiri atas keterampilan kognitif, interpersonal dan psikomotor (teknis). Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala, pada prinsipnya adalah menganjurkan pasien untuk banyak minum, mengobservasi tanda-tanda vital, mengawasi pemasukan dan pengeluaran cairan, mengajarkan Teknik relaksasi untuk mengatasi nyeri.

Mendokumentasikan semua tindakan keperawatan yang dilakukan ke dalam catatan keperawatan secara lengkap yaitu: jam, tanggal, jenis tindakan, respon pasien dan nama lengkap perawat yang melakukan tindakan keperawatan.

2.2.5 Evaluasi

Evaluasi adalah penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah&Walid,2012)

Menurut teori evaluasi adalah tujuan asuhan keperawatan yang menentukan apakah tujuan ini telah terlaksana, setelah menerapkan suatu rencana tindakan untuk meningkatkan kualitas keperawatan, perawat harus mengevaluasi keberhasilan rencana penilaian atau evaluasi diperoleh dari ungkapan secara subjektif oleh klien dan objektif didapatkan langsung dari hasil pengamatan

2. Alasan Masuk

Pasien datang ke IGD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi pada tanggal 15 juni 2019 dengan keluhan hidung berdarah, telinga berdarah, pasien sempat pingsan saat kecelakaan, bengkak di belakang kepala bagian kanan, lecet di batang hidung

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan sekarang

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 19 Juni 2019, pasien mengatakan sudah hari ke 6 dirawat di ruang ambun suri lantai 2, pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang. nyeri seperti di tusuk-tusuk. Skala nyeri 4, pasien mengatakan tidak ada mandi selama dirawat di RS, rambut pasien tampak kotor ditandai dengan adanya ketombe, mulut dan gigi pasien kotor ditandai dengan mulut berbau dan telinga pasien tampak kotor ditandai dengan adanya serumen, pasien mengatakan badan terasa lemas, pasien mengatakan BB sebelum sakit 57 kg dan Lingkar lengan atas 2,35 cm, pasien mengatakan nafsu makan menurun dan menghabiskan porsi makan sebanyak $\frac{1}{2}$ saja, pasien mengatakan tidur tidak nyenyak, mata pasien tampak cekung, Tidur siang selama 3-5 jam, sedangkan malam hari hanya 2-4 jam karena nyeri pada kepala bagian belakang tersebut sering dirasakan pada malam hari.

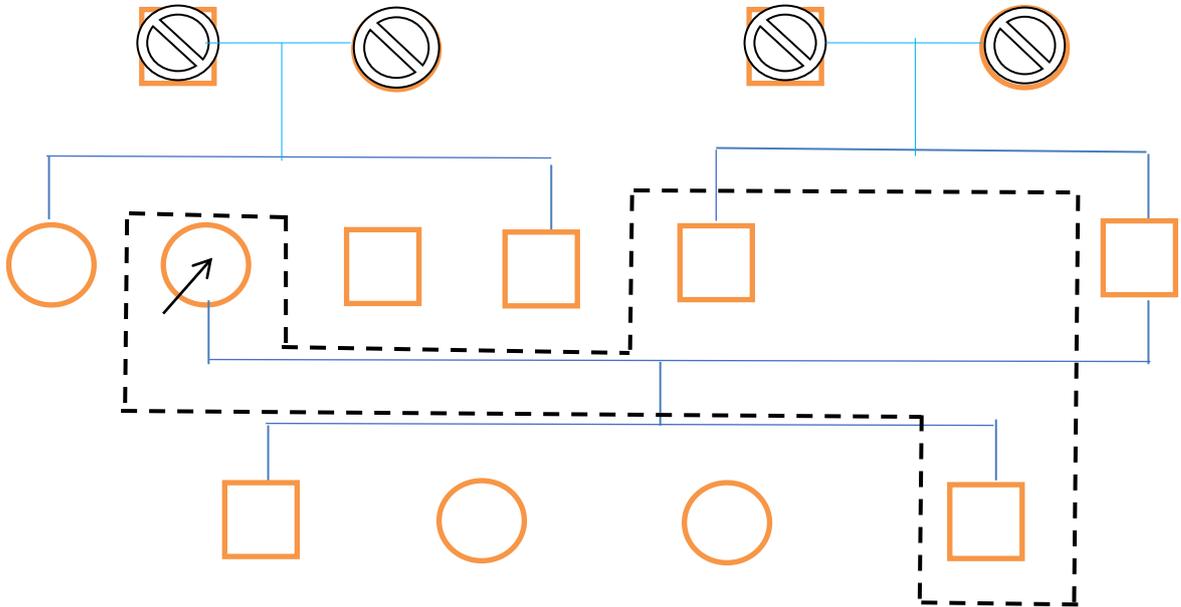
b. Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga pasien mengatakan pernah dirawat sebelumnya di RS.Yarsi Padang Panjang 5 bulan yang lalu dengan diagnosa asam lambung

c. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan pasien, baik itu penyakit kronik seperti jantung, ginjal, DM, stroke dan lain-lain.

Genogram



Keterangan :



: laki laki



: Perempuan



: Klien



: Tinggal serumah



: Meninggal

1. Pemeriksaan fisik

- a. Tingkat kesadaran : Compos mentis
- b. GCS : E4 V5 M6 = 15
- c. BB/TB : 50 Kg/ 150 cm
- d. Keadaan umum : compos mentis
- e. Tanda-tanda vital : TD = 120/70 mmHg

N = 80x/i

Rr = 22x/i

S = 36 ° C

2.

a. Kepala

Inspeksi : rambut pasien tampak berwarna hitam, rambut pasien tampak kotor ditandai dengan adanya ketombe

Palpasi : terdapat benjolan di belakang kepala sebelah kanan

b. Mata

Simetris kiri dan kanan, konjungtiva anemis, sklera normal tidak ada perubahan warna, tidak ada menggunakan alat bantu penglihatan (kacamata), reflek pupil isokor, saat dilakukan pemeriksaan dengan cara lapang pandang pasien bisa menyebutkan apa yang diperagakan dengan dilihat sama.

c. Telinga

Simetris kiri dan kanan, telinga pasien tampak kotor ditandai dengan adanya serumen, telinga pasien kurang berfungsi dengan baik

d. Hidung

hidung pasien berfungsi dengan baik, terdapat luka di batang hidung pasien

e. Mulut dan gigi

Mukosa bibir tampak kering, keadaan mulut dan gigi tampak kotor ditandai dengan mulut berbau, tidak ada gangguan menelan

Leher

Simetris kiri dan kanan, vena jugularis tidak terlihat tapi teraba, dan tidak ada pembengkakan kelenjar tiroid dan tidak ada terdapat lesi

3. Thorax

a. Paru-paru

I : dada simetris kiri dan kanan, pergerakan dada normal, frekuensi nafas 22x/i, irama pernafasan teratur, tidak ada penonjolan tulang dan lesi, tidak ada terdapat sianosis, tidak ada penarikan dinding dada (retraksi), tidak ada bekas luka lecet, tidak ada menggunakan otot bantu pernafasan seperti otot perut.

P : tidak ada nyeri tekan

P : terdengar bunyi sonor di kedua lapang paru

A : terdengar bunyi nafas vesikuler , tidak ada suara tambahan

b. Jantung

I : dada simetris kiri dan kanan, iktus kordis tidak tampak, tidak ada bekas luka, tidak terdapat sianosis

P : tidak ada pembengkakan/ benjolan

P : bunyi jantung redup pada batas jantung

Batas jantung kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra

Batas jantung kanan bawah : ICS IV Line Sternalis Dextra

Batas jantung kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra

Batas jantung kiri bawah : ICS IV Medio Clavicularis Sinistra

A : bunyi jantung I (lup) dan bunyi jantung II (dup), tidak ada bunyi tambahan

c. Abdomen

I : Simetris kiri dan kanan, tidak ada bekas operasi, tidak ada terdapat lesi

A : bising usus 12x/i di kuadran ke 3 kanan bawah abdomen

P : tidak ada pembesaran hepar, tidak ada nyeri tekan abdomen

P : terdengar bunyi timpani pada lapang abdomen

d. Punggung

Tidak teraba bengkak, simetris kiri dan kanan, dan tidak ada lesi pada punggung, dan juga tidak ada dekubitus pada punggung

e. Ekstermitas

Bagian atas : Tangan sebelah kiri dan kanan masih bisa bergerak normal, terpasang infus sebelah kiri Nacl 0,9 20 tetes . keadaan selang infus bersih

Bagian bawah : tidak terdapat luka lecet, tidak ada massa

Kekuatan otot

5555	5555
<hr/>	
5555	5555

f. Genetalia

pasien terpasang kateter, tidak ada kelainan pada genetalia, keadaan genetalia bersih

g. Integumen

Kulit tampak kotor, kulit pasien sawo matang, turgor kulit kering, pasien tidak berkeringat, Capiler Refill Time 3 detik

TABEL 3.1
DATA AKTIVITAS

NO	AKTIVITAS	SEHAT	SAKIT
1	Makan dan minuman nutrisi		
	a. Makanan		
	1. Menu	Lauk,pauk,sayuran	Diit MB
	2. Porsi	Habis 1 porsi	Habis ½ porsi
	3. Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	b. Minuman		
	1. Jumlah	5 gelas	3 gelas
	2. Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
2	Eliminasi		
	a. BAB		
	1. Frekuensi	1x dalam sehari	1x dalam sehari
	2. Warna	Kuning	Coklat
	3. Bau	Khas	Khas
	4. Konsistensi	Lembab	Lembab
	5. Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
	b. BAK		
	1. Frekuensi	5-6 x sehari	4-5 x sehari
	2. Warna	Kuning	Coklat
	3. Bau	Pesing	Pesing
	4. Konsistensi	Cair	Cair
	5. Kesulitan	Tidak ada	Tidak ada
3	Istirahat dan tidur		
	a. waktu tidur	siang dan malam	malam
	b. lama tidur	8 jam	4 jam
	c. hal yang mempermudah bangun	Tidak ada	Ada, karna nyeri Dibelakang
	d. kesulitan tidur	Tidak ada	kepala sebelah Kanan
4	Personal hygiene		
	a. mandi	2x sehari	Di lap saja
	b. cuci rambut	2x sehari	Tidak ada
	c. gosok gigi	2 kali sehari	Tidak ada
	d. potong kuku	1 x seminggu	Tidak ada

5. Riwayat alergi

Pasien mengatakan tidak ada alergi obat maupun alergi makanan

6. Data psikologis

a. Perilaku non verbal

Tingkat kesadaran : sedang

Keadaan umum : compos mentis

Ekspresi wajah : meringis

b. Perilaku verbal

Cara menjawab : pasien menjawab kurang jelas saat ditanya

Cara memberi informasi : pasien memberikan informasi kurang jelas

7. Data sosial ekonomi

a. Pola komunikasi

Pasien kurang mampu berkomunikasi dengan baik

b. Orang yang dapat memberi rasa nyaman : keluarga

c. Orang yang berharga bagi pasien : keluarga

d. Hubungan dengan keluarga : baik

e. Data spiritual

Pasien yakin terhadap tuhan dan percaya penyakit ini adalah ujian dari yang maha kuasa, pasien yakin dengan agamanya, pasien sebelum sakit sholat 5 waktu sehari semalam, saat ini pasien belum ada melakukan ibadah

h. Data penunjang

TABEL 3.2
HEMATOLOGI

Tanggal : 18-06-2019

PARAMETER			NILAI RUJUKAN	
HGB	14.6	[g/dL]	P 13.0- 16.0	W 12.0-14.0
RBC	49.6	[10 ⁶ /ul]	P 4.5- 5.5	W 4.0- 5.0
HCT	42.9	[%]	P 40.0- 48.0	W 37.0- 43.0
WBC	11.21	[10 ³ /ul]	5.0-10.0	
EO%	7.3	[%]	1-3	
BASO%	0.4	[%]	0-1	
NEUT%	32.3	[%]	50-70	
LYMPH%	51.5	[%]	20-40	
MONO%	8.5	[%]	2-8	

i. Data pengobatan

TABEL 3.3
PENGOBATAN

No	Obat non Parenteral	Dosis/Satuan	Indikasi	Kontra Indikasi	Tanggal
1	Ceftriaxon	2x1	Mengobati berbagai macam infeksi bakteri	Hipersensitif terhadap cephalosporin dan penicillin	18-06-2019
2	Ranitidin	2x1	Mengobati ulkus lambung dan duodenum	Harus digunakan dengan hati-hati pada kondisi lansia, ibu, hamil, ibu menyusui dll	18-06-2019
3	Tramadol drip	2x1	Pengobatan nyeri akut dan kronik yang berat		18-06-2019 Di stop

4	Kalnex	3x1	Mengatasi pendarahan		18-06-2019 Di stop
5	Vit K	3x1	Memenuhi kebutuhan vit k	Penderita yang hipersensitif dengan vit k	18-06-2019
6	Ondansentron	3x1	Penatalaksanaan mual dan muntah	Pasien dengan qt panjang bawaan	18-06-2019

j. Data fokus

a) Data subjektif

1. Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang
2. Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 4
3. Pasien mengatakan tidur tidak nyenyak
4. Pasien mengatakan tidak ada mandi selama dirawat di RS
5. pasien mengatakan BB sebelum sakit 57 kg
6. Pasien mengatakan badan terasa lemas
7. Pasien mengatakan nafsu makan menurun
8. Pasien mengatakan menghabiskan porsi makan sebanyak $\frac{1}{2}$ saja

b) Data objektif

1. pasien tampak meringis
2. pasien tampak menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan
3. pasien tampak lemas
4. Mata pasien tampak cekung
5. Rambut pasien tampak kotor ditandai dengan adanya ketombe
6. Gigi dan mulut pasien tampak kotor ditandai dengan mulut berbau
7. Telinga pasien tampak kotor ditandai dengan adanya serumen
8. Skala nyeri 4

TD = 120/70 mmHg Rr = 22x/i

N = 80x/i S = 36° C

TABEL 3.4
ANALISA DATA

No	Data	Masalah	Etiologi
1	DS <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang - Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk DO <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis - Skala nyeri 4 - TD : 120/70 mmHg 	Nyeri akut	Agen pencedera fisik
2	DS <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan belum ada mandi selama dirawat di RS DO <ul style="list-style-type: none"> - Rambut pasien tampak kotor ditandai dengan adanya ketombe - Gigi dan mulut pasien tampak kotor ditandai dengan mulut berbau - Telinga pasien tampak kotor ditandai dengan adanya serumen 	Defisit perawatan diri	kelemahan

3	DS - Pasien mengatakan lemas - Pasien mengatakan nafsu makan menurun	Resiko defisit nutrisi	Peningkatan kebutuhan metabolisme
	DO - Pasien tampak lemas - Pasien tampak menghabiskan makanan ½ saja		
4	DS - Pasien mengatakan Kurang tidur - Pasien mengatakan badannya terasa letih	Gangguan pola tidur	Kurang kontrol tidur
	DO • Mata Pasien tampak Cekung		

B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d tampak meringis
2. Defisit Perawatan Diri b.d kelemahan di buktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ke toilet / berhias secara mandiri
3. Resiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme
4. Gangguan pola tidur b.d kurang control tidur dibuktikan dengan mengeluh sering terjaga

C. INTERVENSI (RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN)

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	LUARAN KEPERAWATAN	INTERVENSI KEPERAWATAN
1	Nyeri akut b.d pencedera fisiki d.d tampak meringis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam, maka nyeri akut membaik dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none">1. Keluhan nyeri menurun2. Meringis menurun3. Gelisah menurun4. Kesulitan tidur menurun	Observasi : <ul style="list-style-type: none">• Identifikasi skala nyeri• Identifikasi respon nyeri non verbal• Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraupetik : <ul style="list-style-type: none">• Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri• Fasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : <ul style="list-style-type: none">• Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri Kolaborasi : <ul style="list-style-type: none">• Kolaborasi pemberian analgetik jika perlu

2	Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d tidak mampu mandi/mengenakan pakaian ke toilet/ berhias secara mandiri	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka defisit perawatan diri membaik dengan kriteria hasil : <ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Kemampuan mengenakan pakaian meningkat 3. Kemampuan makan meningkat 4. Kemampuan toilet (BAB/BAK) meningkat 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Monitor tingkat kemandirian <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sediakan lingkungan yang teraupetik • Damping dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan
---	---	---	--

3	Resiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme	Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 1x24 jam maka resiko defisit nutrisi membaik dengan kriteria hasil:	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Timbang berat badan secara rutin • Diskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan pengaturan diet yang tepat • Ajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan
---	--	---	--

4	<p>Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sering terjaga</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi Keperawatan selama 1x24 jam maka gangguan pola tidur membaik dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. kesulitan sulit tidur meningkat 2. keluhan sering terjaga meningkat 3. keluhan tidak puas tidur meningkat 4. keluhan istirahat tidak cukup meningkat 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • identifikasi pola aktivitas dan tidur • identifikasi faktor pengganggu tidur • identifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • batasi tidur siang jika perlu • tetapkan jadwal tidur rutin • lakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan pentingnya tidur selama sakit • Anjurkan menepati kebiasaan waktu tidur
---	---	--	--

D. IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

NO	HARI / TANGGAL	NO DX	JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1	Rabu,19 juni 2019	172	11.00	<p>Obseravsi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal • Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu dengan cara teknik tarik nafas dalam • Memfasilitasi istirahat dan tidur <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri • Menjelaskan strategi meredakan nyeri <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian belakang sebelah kanan sedikit berkurang • Pasien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien tampak meringis karena nyeri. Skala nyeri 4 <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>

240	08.00	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia • Memonitor tingkat kemandirian <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menyediakan lingkungan yang teraupetik • Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri yaitu memandikan pasien <p>Edukasi :</p> <p>Menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan</p>	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nyaman setelah mandi <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rambut klien tampak bersih, kulit klien tampak bersih <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p>
56	11.20	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan lemas
	12.00	<p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menimbang berat badan secara rutin • Mendiskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik 	<ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan nafsu makan menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak lemas

	<p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengajarkan pengaturan diet yang tepat • Mengajarkan keterampilan koping untuk penyelesaian masalah perilaku makan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan 	<ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak meghabiskan makan ½ porsi saja <p>A: Masalah belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan</p>
126	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur • Mengidentifikasi faktor pengganggu tidur • Mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi <p>Teraupetik :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Membatasi tidur siang jika perlu menetapkan jadwal tidur rutin • Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan kurang tidur • Klien mengatakan badan terasa letih <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien tampak berbaring diatas tempat tidur • Mata klien tampak cekung

				Edukasi : <ul style="list-style-type: none"> • Menjelaskan pentingnya tidur selama sakit • Menepati kebiasaan waktu tidur 	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
2	Kamis, 20 juni 2019	172	09.00	Observasi : <ul style="list-style-type: none"> • Mengidentifikasi skala nyeri • Mengidentifikasi respon nyeri non verbal • Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 	S: <ul style="list-style-type: none"> • pasien mengatakan masih merasakan sedikit nyeri pada kepala belakang sebelah kanan Skala nyeri 3
			11.00	Teraupetik : <ul style="list-style-type: none"> • Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri • Memfasilitasi istirahat dan tidur 	O: pasien tampak masih meringis

Edukasi :

- Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Menjelaskan strategi meredakan nyeri

Kolaborasi :

- Mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu

A: Masalah teratasi

sebagian

P: Intervensi dilanjutkan

240

08.00

Observasi :

- Mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- Memonitor tingkat kemandirian

Teraupetik :

- Menyediakan lingkungan yang terapeutik Mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

Edukasi :

- Mengajarkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

S:

- Pasien mengatakan sudah mandi tetapi masih di bantu

O :

- Rambut pasien tampak bersih

A : masalah teratasi sebagian

P : intervensi dilanjutkan

56

11.15

Observasi :

- memonitor asupan dan keluarnya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori

Teraupetik :

- menimbang berat badan secara rutin

		<ul style="list-style-type: none"> • mendiskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik <p>Edukasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengajarkan pengaturan diet yang tepat • mengajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian masalah perilaku makan <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien mengatakan lemas • Klien mengatakan nafsu makan menurun <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pasien tampak lemas • Pasien tampak Menghabiskan makan ½ porsi saja <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
126	11.30	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur • mengidentifikasi faktor-pengganggu tidur • mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi 	

Teraupetik :

- membatasi tidur siang jika perlu
mentetapkan jadwal tidur rutin
- melakukan prosedur untuk meningkatkan
kenyamanan

Edukasi :

- menjelaskan pentingnya tidur selama sakit
- menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

S :

- pasien mengatakan
masih kurang tidur
- klien mengatakan
masih terasa letih

O :

- pasien tampak
berbaring diatas
tempat tidur
- mata pasien tampak
cekung

A : masalah belum teratasi

P : intervensi dilanjutkan

172 09.30

Observasi :

- mengidentifikasi skala nyeri
- mengidentifikasi respon nyeri non verbal

3 Jum'at , 21 juni 2019

- mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri

Teraupetik :

- memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri
- memfasilitasi istirahat dan tidur

Edukasi :

- menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- menjelaskan strategi meredakan nyeri

Kolaborasi :

- mengkolaborasi pemberian analgetik jika perlu

S:

- Nyeri pada kepala bagian belakang sudah berkurang

O:

- pasien tampak tidak meringis

Skala nyeri 2

A: masalah teratasi

P: Intervensi dilanjutkan

240

08.30

Observasi :

- mengidentifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia
- Memonitor tingkat kemandirian

Teraupetik :

- menyediakan lingkungan yang teraupetik
- mendampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri

Edukasi :

- menganjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan

S:

- Klien mengatakan sudah bisa mandi sendiri

O : rambut klien tampak bersih

A : masalah teratasi

P : intervensi dilanjutkan

56

12.00

Observasi :

- memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori

Teraupetik :

- menimbang berat badan secara rutin

-
- mendiskusikan perilaku makan dan jumlah aktivitas fisik

Edukasi :

- mengajarkan pengaturan diet yang tepat
- mengajarkan keterampilan coping untuk penyelesaian masalah perilaku makan

Kolaborasi :

- mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan, kebutuhan kalori dan pilihan makanan

Observasi :

- mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur
- mengidentifikasi faktor pengganggu tidur
- mengidentifikasi obat tidur yang dikonsumsi

S:

- pasien mengatakan tidak lemas lagi
- pasien mengatakan sudah nafsu makan

O:

- pasien tampak tidak lemas lagi

A: masalah teratasi

P: intervensi dilanjutkan

Teraupetik :

- membatasi tidur siang jika perlu menetapkan jadwal tidur rutin
- melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan

Edukasi :

- menjelaskan pentingnya tidur selama sakit
- menganjurkan menepati kebiasaan waktu tidur

S:

- pasien mengatakan tidur sudah nyenyak
- pasien mengatakan badan tidak letih lagi

O:

- pasien tampak berbaring diatas tempat tidur

A: masalah teratasi

P: intervensi dilanjutkan

BAB IV

PEMBAHASAN

Berdasarkan asuhan keperawatan yang telah dilakukan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan di ruang Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019 di dapatkan pembahasan sebagai berikut :

4.1 Pengkajian

Pada saat penulis melakukan pengkajian pada Ny. A tanggal 19 juni 2019 s/d 21 juni 2019 didapat data melalui pasien dan keluarga pasien Ny. A menderita Cedera Kepala Ringan karena kecelakaan lalu lintas. Pada saat dilakukan pemeriksaan fisik, tidak ada kelainan pada Ny. A yang terdapat hanya pada kepala belakang sebelah kanan yaitu bengkak karena kecelakaan tersebut. Tingkat kesadaran pasien compos mentis GCS 15 (E4,V5,M6). Pasien tidak mengalami kelemahan pada otot, nafsu makan klien menurun dan menghabiskan porsi makan sebanyak ½ saja, pasien juga mengeluh nyeri pada kepala.

Cedera kepala meliputi kulit kepala, tengkorak dan otak. Secara anatomis otak dilindungi dari cedera oleh rambut, kulit kepala, serta tulang dan tentorium yang membungkusnya.

Tanpa perlindungan ini, otak akan mudah sekali terkena cedera dan mengalami kerusakan. Cedera kepala paling sering dan penyakit neurologis yang serius. Diperkirakan dua pertiga korban dari kasus ini berusia dibawah 30 tahun, dengan jumlah laki-laki lebih banyak daripada wanita. Resiko utama pasien yang mengalami cedera adalah kerusakan otak akibat pendarahan atau pembengkakan otak sebagai respon terhadap cedera dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (Arif Mutaqqin, 2011).

Pada kasus ditemukan pasien mengalami cedera kepala ringan dengan tanda gejala yang muncul yaitu GCS 14-15, dapat terjadi kehilangan kesadaran atau amnesia tetapi kurang dari 30 menit dan tidak ada fraktur tengkorak, kontusio serebral dan hematoma. Tarwoto (2007) mengatakan penyebab dari cedera kepala adalah kecelakaan lalu lintas, terjatuh, pukulan atau trauma tumpul pada kepala, benturan langsung pada kepala, kecelakaan industri. Pada kasus, penyebab pasien menderita cedera kepala ringan yaitu karena pasien mengalami kecelakaan lalu lintas sebelum pasien dirawat di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Menurut mansjoer (2000), tanda dan gejala yang muncul pada penderita cedera kepala antara lain pingsan tidak lebih dari sepuluh menit, TTV dalam batas normal atau menurun, setelah sadar timbul nyeri, pusing, muntah, GCS 13-15, tidak terdapat kelainan neurologis, pernafasan secara progresif menjadi abnormal , respon pupil lenyap atau progresif menurun, nyeri kepala timbul segera atau bertahap.

Dalam pengkajian, keluarga pasien Ny. A sangat kooperatif sehingga penulis mudah mendapatkan data dan didapatkan pasien tidak mengalami cedera kepala yang berat.

4.2 Diagnosa Keperawatan

Pada masalah keperawatan khususnya pada kasus cedera kepala secara teori terdapat 3 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Resiko perfusi jaringan serebral b.d cedera kepala (halaman 51)
2. Bersihan jalan nafas b.d adanya jalan nafas buatan d.d gelisah
(halaman 18)

3. Defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolisme d.d parkinson
(halaman 56)

Sumber : Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia , Edisi 1

Sedangkan pada data yang didapatkan pada Ny. A muncul 4 diagnosa keperawatan dengan data pendukungnya, yaitu :

1. Nyeri akut b.d pencedera fisik d.d tampak meringis. Nyeri akut muncul karena pasien mengalami kecelakaan lalu lintas dan terdapat pembengkakan di belakang kepala sebelah kanan pasien. Data yang didapatkan yaitu pasien mengatakan nyeri di belakang kepala sebelah kanan nya, nyeri seperti di tusuk-tusuk, pasien tampak meringis karena nyeri , skala nyeri 4
2. Defisit perawatan diri b.d kelemahan d.d tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian ke toilet/ berhias secara mandiri. Data yang mendukung antara lain : pasien mengatakan tidak ada mandi selama dirawat di RS, aktivitas dibantu oleh anaknya, rambut pasien tampak kotor ditandai dengan adanya ketombe. Cedera kepala mengakibatkan pasien tidak bisa melakukan kebutuhan ADL nya secara mandiri, sehingga untuk pemenuhan ADL pasien dibantu oleh keluarga dan perawat. Pemenuhan ADL sangat penting dilakukan karena hal ini bertujuan untuk mencegah terjadinya masalah lanjut jika kebutuhan tidak terpenuhi.

3. Resiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolime . data yang di dapatkan yaitu pasien mengatakan lemas, pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien tampak menghabiskan makan sebanyak ½ porsi saja.
4. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur d.d mengeluh sering terjaga. Data yang didapatkan yaitu pasien mengatakan kurang tidur, pasien mengatakan badan terasa letih, pasien tampak berbaring diatas tempat tidur, mata pasien tampak cekung.
Dalam menegakkan diagnosa keperawatan, penulis tidak menemukan adanya kesulitan atau hambatan. Hal ini didukung oleh tersedianya sumber buku diagnose keperawatan, data-data yang ditunjukkan oleh klien sesuai konsep yang ada. Adanya kerjasama yang baik dengan perawat ruangan dan keluarga yang secara terbuka dalam menyampaikan semua keluhan yang dirasakan saat ini, sehingga penulis dapat menyimpulkan 4 diagnosa.

4.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah semua tindakan asuhan yang perawat lakukan atas nama pasien. Tindakan ini termasuk intervensi yang di prakarsai oleh perawat, dokter, atau intervensi kolaboratif.

Dalam menyusun rencana tindakan keperawatan kepada pasien berdasarkan prioritas masalah yang ditemukan tidak semua rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus, karena rencana tindakan pada teori dapat ditegakkan pada tinjauan kasus, karena rencana tindakan pada tinjauan kasus disesuaikan dengan keluhan dan keadaan pasien.

a. Untuk diagnosa pertama

Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi skala nyeri, identifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri, jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri.

b. Untuk diagnosa kedua

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi aktivitas perawatan diri sesuai usia, sediakan lingkungan yang terapeutik, anjurkan melakukan perawatan diri secara kemampuan

c. Untuk diagnosa ketiga

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu monitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori, timbang berat badan secara rutin, ajarkan pengaturan diet yang tepat, kolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan.

- d. Untuk diagnosa keempat

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, rencana tindakan yang dilakukan kepada pasien yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur, batasi tidur siang jika perlu, jelaskan pentingnya tidur selama sakit.

4.4 Implementasi

Pengelolaan dan perwujudan dari rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (intervensi). Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat pada kebutuhan pasien. Faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi.

Setelah rencana tindakan ditetapkan, maka dilanjutkan dengan melakukan rencana tersebut dalam bentuk nyata, sebelum diterapkan kepada pasien dan keluarga pasien agar tindakan yang akan diberikan dapat disetujui pasien dan keluarga pasien, sehingga seluruh rencana tindakan asuhan keperawatan sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien.

- a. Untuk diagnosa pertama

Nyeri akut berhubungan dengan pencedera fisik, implementasi yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri, menjelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri.

b. Untuk diagnosa kedua

Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan, implementasi yang dilakukan kepada pasien, mengidentifikasi aktivitas perawatan diri sesuai usia, menyediakan lingkungan yang terapeutik, menganjurkan melakukan perawatan diri secara kemampuan.

c. Untuk diagnosa ketiga

Resiko defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme, implementasi yang dilakukan kepada pasien yaitu memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori, menimbang berat badan secara rutin, mengajarkan pengaturan diet yang tepat, mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang target berat badan.

d. Untuk diagnosa keempat

Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur, implementasi yang dilakukan kepada pasien yaitu mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur, membatasi tidur siang jika perlu, menjelaskan pentingnya tidur selama sakit.

4.5 Evaluasi keperawatan

Dari 4 diagnosa keperawatan yang penulis tegakkan sesuai dengan apa yang penulis temukan dalam melakukan asuhan keperawatan kurang lebih sudah mencapai perkembangan yang lebih baik dan optimal. Maka dari itu, dalam melakukan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang maksimal memerlukan adanya kerjasama antara penulis dengan pasien, perawat, dokter, dan tim kesehatan lainnya. Penulis mengevaluasi selama 3 hari berturut-turut dari tanggal 19 juni 2019- 21 juni 2019.

- a. Pada diagnosa nyeri akut, setelah melakukan pengamatan selama 3 hari didapatkan evaluasi pasien pada hari ketiga yaitu nyeri pada kepala bagian belakang sebelah kanan sudah berkurang, pasien tampak tenang, pasien tampak tidak meringis, skala nyeri 2, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri
- b. Pada diagnosa Defisit perawatan diri, setelah melakukan pengamatan selama 3 hari didapatkan evaluasi pasien pada hari ketiga yaitu pasien mengatakan sudah bisa mandi sendiri, rambut pasien tampak bersih, masalah defisit perawatan diri mandi teratasi, intervensi dilanjutkan dengan menyediakan lingkungan yang terapeutik.

- c. Pada diagnosa resiko defisit nutrisi, setelah melakukan pengamatan selama 3 hari didapatkan evaluasi pasien pada hari ketiga yaitu pasien mengatakan sudah nafsu makan, pasien tidak lemas lagi, masalah teratasi, intervensi dilanjutkan dengan memonitor asupan dan keluarannya makanan dan cairan serta kebutuhan kalori, menimbang berat badan secara rutin, mengajarkan pengaturan diet yang tepat.
- d. Pada diagnosa gangguan pola tidur, setelah melakukan pengamatan selama 3 hari didapatkan evaluasi pasien pada hari ketiga yaitu pasien mengatakan tidur sudah nyenyak, pasien mengatakan badan tidak letih lagi, masalah teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur.

Saat melakukan evaluasi , penulis tidak menemukan hambatan karena keluarga mau bekerjasama dalam menyelesaikan masalah kesehatan nya dan masalah keperawatan yang dialami Ny. A semuanya dapat teratasi sebagian.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Pada bab ini, penulis akan menyimpulkan hasil dari asuhan keperawatan pada Ny. A dengan cedera kepala ringan yang dirawat di ruang ambun suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, mulai dari konsep dasar cedera kepala hingga tinjauan kasus yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada tanggal 19 juni 2019 sampai dengan 21 juni 2019.

Kesimpulannya antara lain :

- a. Cedera kepala merupakan permasalahan kesehatan global sebagai penyebab kematian, disabilitas, dan defisit mental. Cedera kepala menjadi penyebab utama kematian disabilitas pada usia muda. Penderita cedera kepala seringkali mengalami edema serebri yaitu akumulasi kelebihan cairan di intraseluler atau ekstraseluler ruang otak atau perdarahan intrakranial yang mengakibatkan meningkatnya tekanan intrakranial. Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak (Morton,2012)
- b. Setelah dilakukan pengkajian pada 19 juni 2019 didapatkan keluhan pasien mengatakan nyeri pada bagian kepala belakang, nyeri seperti ditusuk-tusuk. Skala nyeri 4, pasien mengatakan tidak ada mandi selama dirawat di RS, rambut pasien tampak kotor ditandai dengan adanya ketombe, mulut dan gigi pasien kotor ditandai dengan mulut berbau dan telinga pasien tampak kotor ditandai dengan adanya serumen, pasien

mengatakan badan terasa lemas, pasien mengatakan nafsu makan menurun dan menghabiskan porsi makan sebanyak ½ saja, klien mengatakan tidur tidak nyenyak.

- c. Diagnosis yang muncul pada Ny. A yaitu antara lain :
 1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d tampak meringis
 2. Defisit Perawatan Diri b.d kelemahan di buktikan dengan tidak mampu mandi/ mengenakan pakaian/ke toilet / berhias secara mandiri
 3. Resiko defisit nutrisi b.d peningkatan kebutuhan metabolis
 4. Gangguan pola tidur b.d kurang kontrol tidur di buktikan dengan mengeluh sering terjaga
- d. Intervensi yang dilakukan pada Ny. A yaitu pada diagnosa nyeri akut yaitu identifikasi skala nyeri, identifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri, pada diagnose defisit perawatan diri yaitu identifikasi aktivitas perawatan diri sesuai usia, anjurkan melakukan perawatan diri sesuai kemampuan, pada diagnosa, pada diagnosa resiko defisit nutrisi yaitu timbang berat badan secara rutin, ajarkan pengaturan diet yang tepat, pada diagnosa gangguan pola tidur yaitu identifikasi pola aktivitas dan tidur.
- e. Pada Implementasi yang dilakukan terdiri dari tindakan mandiri, pendidikan kesehatan, kolaborasi dengan keluarga untuk merawat pasien sedangkan untuk implementasi lain dilanjutkan ke perawat ruangan.
- f. Evaluasi pada diagnosa nyeri pada kepala bagian belakang sebelah kanan sudah berkurang, masalah teratasi sebagian dan dilanjutkan dengan mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi yang memperberat dan memperingan nyeri

Evaluasi pada diagnosa defisit perawatan diri : pasien sudah bisa mandi sendiri, masalah defisit perawatan diri mandi teratasi dan dilanjutkan ke perawat ruangan, evaluasi pada diagnosa nyeri akut :, evaluasi pada diagnosa resiko defisit nutrisi : pasien sudah nafsu makan, masalah teratasi dan dilanjutkan dengan menimbang berat badan secara rutin, mengajarkan pengaturan diet yang tepat, evaluasi pada gangguan pola tidur : pasien sudah tidur nyenyak, masalah teratasi sebagian dan dilanjutkan dengan mengidentifikasi pola aktivitas dan tidur.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi keluarga pasien

Disarankan keluarga mampu memberikan perawatan yang baik, mampu memberikan dukungan moril dan pemenuhan kesehatan.

5.2.2 Bagi institusi pendidikan

Diharapkan kepada pendidikan kesehatan harus melakukan pengembangan dan peningkatan mutu pendidikan dimasa yang akan datang, agar bisa memberikan asuhan keperawatan yang professional untuk klien, khususnya asuhan keperawatan dengan cedera kepala ringan.

5.2.3 Bagi pelayanan kesehatan

Disarankan kepada pihak rumah sakit harus menekankan perawat dan petugas kesehatan lainnya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dalam membantu pengobatan pasien dan memberikan kepuasan pasien dalam pelayanan di rumah sakit, terutama di ambun suri lantai 2.

DAFTAR PUSTAKA

- American College of Surgeon Committee on Trauma . 2008. *Cedera Kepala dalam Advanced Trauma Life Support for Doctors*. Ikatan Ahli Bedah Indonesia. Komisi trauma IKABI.
- Defense Center of Excellence*. 2010. Assessment and Management of Dizziness Associated with Mild TBI.
- Ganong, 2002 . Rencana Asuhan Keperawatan : Pedoman untuk perencanaan Dan Pendokumentasian Perawatan Pasien. Edisi 3. (Alih Bahasa Oleh : 1 Made Kariasa, Dkk). Jakarta : EGC.
- Mansjoer, Arief. 2000. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3 Jilid 2. Jakarta : Media Aesculapulus.
- Mansjoer, Arief. 2009. *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi 3 Jilid 2. Jakarta : Media Aesculapulus.
- Morton, Gallo, Hudak. 2012. *Keperawatan Kritis Volume 1 & 2*. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Nursalam. 2001, *Pengantar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : EGC
- Satynegara, 2010. *Ilmu Bedah Saraf*. Edisi IV. Tangerang : Gramedia Pustaka Utama.
- Smeltrzer, Suzanna C & Bare. 2001. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner Dan Suddart*. (Alih Bahasa Agung Waluyo). Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Smeltzer Dan Bare. 2002. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Volume II* Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Tarwoto, 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan*. Jakarta : CV. Sagung Seto.
- WHO. *World Health Statistic 2015 : World Health Organization*; 2015.
- Wahyudi, S. 2012. *Faktor Resiko Yang Berhubungan Dengan Tingkat Keperawatan Cidera Kepala*. Diakses tanggal 3 Juli 2018.

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



I. IDENTITAS PENULIS

Nama : Gebby Gabriella
Tempat/ Tanggal Lahir : Koto Tengah Smlg, 02 Januari 1998
Agama : Islam
Jenis Kelamin : Perempuan
Alamat : Jorong Tambun Ijuk, Ken. Koto Tengah Simalanggang, Kec. Payakumbuh, Kab. Lima Puluh Kota, Prov. Sumatera Barat
Jumlah saudara : 3 (Tiga) Orang
Anak Ke : 4
No Hp : 082284076330
Email : gebygebriela645@gmail.com

II. Nama Orang Tua

Ayah : Zulkifli
Ibu : Lisnon Mery
Alamat : Jorong Tambun Ijuk, Ken. Koto Tengah Simalanggang, Kec. Payakumbuh, Kab. Lima Puluh Kota, Prov. Sumatera Barat

III. Riwayat Pendidikan

1. Taska Kasih Ayuni, Shah Alam, Malaysia Lulusan 2004
2. Sekolah Kebangsaan Hicom, Malaysia Lulusan 2010
3. Sekolah Kebangsaan Hicom, Malaysia Lulusan 2013
4. SMAN 01 KEC. PAYAKUMBUH Lulusan 2016
5. Prodi D.III Keperawatan STIKes Perintis Padang Lulusan 2019

LEMBARAN PENGESAHAN

Nama Mahasiswa : Gebby Gabriella
NIM : 1614401012
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan
Di Ruang Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Studi Kasus dan diterima sebagai bagian persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019
Dewan Penguji

Penguji I



Ns.Dia Restu DND, M. Kep
NIK : 1420108028611071

Penguji II



Ns.Vera Sesrianty, M. Kep
NIK : 1440102110909052

LEMBARAN PERSETUJUAN

Nama Mahasiswa : Gebby Gabriella
NIM : 1614401012
Judul KTI : Asuhan keperawatan pada Ny. A dengan Cedera Kepala Ringan
Di Ruang Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar
Bukittinggi Tahun 2019

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui, diperiksa dan telah dipertahankan di hadapan Dewan
Penguji Studi Kasus Program Studi D III Keperawatan STIKes Perintis Padang.

Bukittinggi, 26 Juli 2019
Pembimbing,



Ns. Vera Sesrianty, M. Kep
NIK : 1440102110909052

Mengetahui,
KaProdi D III Keperawatan
STIKes Perintis Padang



Ns. Endra Amalia, M. Kep
NIK : 1420123106993012

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI MANUSKRIP

Nama Mahasiswa : GEBBY GABRIELLA

Nim : 1614401012

Pembimbing : Ns. Vera Sesrianty, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny. A Keperawatan Cedera Kepala Ringan di ruangan Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Bimbingan ke	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
	g -		
1	Jum'at 09/08/2019	Konsul manuskrip - perbaiki sesuai saran	
2	Senin 19/8/2019	Konsul manuskrip	
3	Rabu 28/8/2019	Perbaiki sesuai saran	
4	Rabu 28/8/2019	Acc signiro	
5			
6			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI REVISI

Nama Mahasiswa : GEBBY GABRIELLA

Nim : 1614401012

Pembimbing : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny. A Keperawatan Cedera Kepala Ringan di ruangan Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Bimbingan ke	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Rabu. 18 September 2019	- Perbaiki Bab 1-5 - Tabel terbaru	
2	Jum'at 20 sept 2019	Acc	
3			
4			
5			
6			

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : GEBBY GABRIELLA
 Nim : 1614401012
 Pembimbing : Ns. Vera Sesrianty M.Kep
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny. A Keperawatan Cedera Kepala Ringan di ruangan Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Bimbingan ke	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Selasa, 8 Juli 2019	Konsul Bab I - II Perbaiki latar belakang Perbaiki Teori Perbaiki kasus	
2	Jum'at 5 Juli 2019	Konsul Bab I - II - Perbaiki latar belakang - Perbaiki konsep Teori, Dx - Interpretasi mengacu ke SDRI - Perbaiki kasus	
3	Kamis, 11 Juli 2019	Konsul Bab I - III Perbaiki seruan saran	
4	Senin, 22 Juli 2019	Konsul Bab I - V - Perbaiki pembahasan & Kesimpulan saran	
5	Rabu, 24 Juli 2019	Konsul Bab I - V - Perbaiki kesimpulan dan saran	
6	Kamis, 25 Juli 2019	Acu mpu	

PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG

LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN

Nama Mahasiswa : GEBBY GABRIELLA
 Nim : 1614401012
 Pembimbing : Ns. Nonong Tri Senja, M.Kep
 Judul KTI Studi Kasus : Asuhan Keperawatan pada Ny. A Keperawatan Cedera Kepala Ringan di ruangan Ambun Suri lantai 2 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Bimbingan ke	Hari / tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Jumat 21 Juni 2019	- pengkajian diperbaiki lagi, seruaikan dg apa yang menjadi masalah pasien - lengkapi data objektif - Perbaiki dx kep yang III - pada implementasi jelaskan tindakan yang dilakukan	SP
2	Kamis 25 Juli 2019	Acc diryaktur!	SP
3			
4			
5			
6			

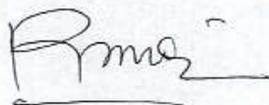
**DAFTAR HADIR UJIAN PENGAMATAN KASUS
PRODI D III KEPERAWATAN STIKES PERINTIS PADANG
TA 20..../20....**

NAMA MAHASISWA : GEBI GABRIELA
NIM : 1614401012
RUANGAN : Ambun suri lantai 2
JUDUL STUDI KASUS : Cedera Kepala
 Asuhan Keperawatan Pada klien Ny-A dengan
 Cedera Kepala Ringan di ruang Ambun Suri lantai 2
 RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019

NO	HARI/TANGGAL	DATANG		PULANG		KET
		JAM	PARAF	JAM	PARAF	
1.	Rabu, 19 Juni 2019	07.30		12.00		
2.	Kamis, 20 Juni 2019	07.30		12.00		
3.	Jumat, 21 Juni 2019	07.30		12.00		

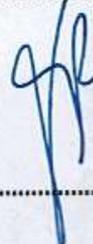
Bukittinggi, 21 Juni 2019

Ka Ruangan



(.....
Renti Susanti

Pembimbing



(.....)