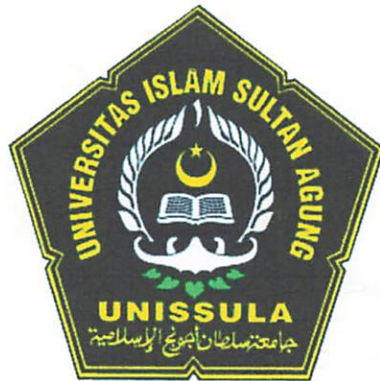


**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. A DENGAN CIDERA
KEPALA RINGAN (CKR) DI RUANG CEMPAKA
RUMAH SAKIT DAERAH UNGARAN
SEMARANG**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh:

Muhammad Safrudin

NIM: 893312881

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari :

Tanggal :

Semarang, 02 Juni 2010

Pembimbing

Muh. Abdurrouf, S.Kep., Ns.

NIK: 210902011


HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan di hadapan tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Prodi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari tanggal dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan dari tim Penguji.

Semarang, 02 Juni 2010


Tim Penguji

(Penguji I)


(Muh. Abdurrouf, S.Kep., Ns)


NIK: 210902011

(Penguji II)


(Dwi Retno Sulistyarningsih, S. Kep.,Ns)

NIK : 210998005

(Penguji III)


(Novianti, S. kep)

NIK : 0006640

MOTTO

- *Hidup adalah perjuangan apapun hasil akhirnya berdoalah tiada akhir sampai ajal menjemput*
- *Berharaplah untuk yang terbaik, bersiaplah untuk yang terburuk*
- *Kurang ilmu bisa dipelajari, kurang pengalaman bisa dicari, kurang jujur susah diobati*
- *“Tersenyumlah walau suasana hati dalam keadaan gundah gulana dan terasa berat karena senyum itu adalah ibadah”*
- *Katakanlah, “Sesungguhnya aku ini hanya seorang manusia seperti kamu, yang diwahyukan kepadaku, ‘Bahwa sesungguhnya Tuhan Kamu itu adalah Tuhan Yang Maha Esa’. Barang siapa mengharap perjumpaan dengan Tuhan-nya maka hendaklah ia mengerjakan amal yang saleh dan janganlah ia mempersekutukan seorang pun dalam beribadah kepada Tuhan-nya”. (Qs. Al-Kahf: 110)*

KATA PENGANTAR

Assalamu 'alaikum wr .wb

Alhamdulillah, puji syukur penulis panjatkan kehadirat ALLAH SWT atas limpahan rahmat, taufiq, serta hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan kasus ujian komprehensif ini dengan judul: "ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.S DENGAN POST NEFROLITHOTOMI DEXTRA DAN URS DUPLEX II DI RUANG BAITUR RAHMAN RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG".

Karya tulis ini disusun dan disajikan guna melengkapi salah satu syarat menyelesaikan pendidikan program Diploma III Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Dengan selesainya laporan ini melibatkan banyak pihak yang dengan keikhlasannya meluangkan waktu dan memberikan bantuan dan bimbingannya. Pada kesempatan ini perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr. Laode M. Kamaluddin, M.sc., M.Eng. selaku Rektor Unissula
2. Bapak Iwan Ardian, SKM, selaku Dekan FIK UNISSULA yang telah memberikan kesempatan pada penulis untuk menuntut ilmu di FIK UNISSULA
3. Ibu Wahyu Endang Setyowati, S.KM selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan FIK Unissula.
4. Perawat di Cempaka-Rumah Sakit Umum Daerah Semarang yang telah memberikan bimbingan dan kesempatan penulis mengambil studi kasus untuk karya tulis ilmiah.

5. Bapak Muh. Abdurrouf, S.Kep, Ns selaku pembimbing yang telah sabar membimbing dan memberikan waktu kepada penulis sehingga dapat menyelesaikan karya tulis ini.
6. Bapak dan Ibu Dosen serta staf pengajar FIK UNISSULA yang telah banyak membantu dalam pelaksanaan proses belajar-mengajar
7. Bapak dan Ibuku tercinta yang telah memberikan kasih sayang dan do'a serta dukungan material, moril, maupun spiritual sepenuhnya.
8. Kepada MY LOVE yang tidak henti-hentinya selalu memberi dukungan dan suport
9. Buat "Sekawan Sederek" teman-teman seperjuanganku, *I Love You All* terimakasih banyak atas semua yang telah kalian berikan untuk mendukung terselesaikannya KTI ini.
10. Pihak-pihak lain yang tidak bisa penulis sebutkan semuanya.

Semoga Allah SWT memberikan balasan yang terbaik kepada pihak-pihak yang telah disebutkan di atas

Penulis menyadari akan keterbatasan pengetahuan dan kemampuan penulis miliki, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun guna kesempurnaan penyusunan tugas berikutnya. Akhirnya penulis berharap karya tulis ini dapat bermanfaat.

Terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, Mei 2010

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN PENGUJI	iii
MOTTO	iv
KATA PENGANTAR.....	v
DAFTAR ISI.....	vii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Tujuan Penulisan.....	3
C. Manfaat Penulisan.....	4
BAB II KONSEP DASAR	5
A. Konsep Dasar Penyakit.....	5
1. Pengertian.....	5
2. Etiologi.....	7
3. Patofisiologi.....	7
4. Gambaran Klinis.....	8
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	9
6. Komplikasi Cedera Kepala	10
7. Penatalaksanaan.....	13
B. Konsep Dasar Keperawatan.....	16
1. Pengkajian Keperawatan.....	16

2. Fokus Intervensi.....	28
BAB III RESUME KEPERAWATAN.....	39
A. Pengkajian.....	39
1. Identitas Klien.....	39
2. Riwayat Keperawatan	39
3. Fokus Pengkajian.....	40
4. Pemeriksaan Fisik	41
5. Pemeriksaan Diagnostik.....	42
6. Terapi.....	42
B. Analisa Data.....	42
C. Rencana Tindakan Keperawatan.....	43
BAB IV PEMBAHASAN.....	50
BAB V PENUTUP.....	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatic dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai pendarahan interstii dalam subtansi otak tanpa diikuti terputusnya kontiunitas otak. Adapun klasifikasinya adalah sebagai berikut : cedera kepala ringan, (GCS 13-15), Cedera kepala sedang, (GCS 9-12), cedera kepala berat (GCS 3-8)

Lebih dari 80 persen penderita cedera yang datang ke ruang emergensi selalu disertai dengan cedera kepala. Sebagian besar penderita cedera kepala disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas, seperti tabrakan sepeda motor, mobil, sepeda dan penyeberang jalan yang ditabrak. Sisanya disebabkan oleh jatuh dari ketinggian, tertimpa benda (misalnya ranting pohon, kayu, dsb), olah raga, korban kekerasan (misalnya senjata api, golok, parang, batang kayu, palu, dsb.)

Kontribusi paling banyak terhadap cedera kepala serius adalah kecelakaan sepeda motor, dan sebagian besar diantaranya tidak menggunakan helm yang tidak memadai (> 85 %). Dalam hal ini yang dimaksud dengan tidak memadai adalah helm yang terlalu tipis dan penggunaan helm tanpa ikatan yang memadai, sehingga saat penderita terjatuh, helm sudah terlepas sebelum kepala membentur jalan atau lantai. (Japardi, Iskandar, 2004)

Cedara kepala merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi

akibat kecelakaan lalu lintas. Di samping penanganan di lokasi kejadian dan selama transportasi korban ke rumah sakit, penilaian dan tindakan awal di ruangan gawat darurat sangat menentukan pelaksanaan dan prognosis selanjutnya.

Tindakan resusitasi, anamnesa dan pemeriksaan fisis umum serta neurologi harus dilakukan secara serentak. Pendekatan yang sistematis dapat mengurangi kemungkinan terlewatnya evaluasi unsur vital. Tingkat keparahan cedera kepala menjadi ringan segera ditentukan saat pasien tiba di rumah sakit. (Mansyoer, A. 2001)

Cedera kepala meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. Secara anatomis otak dilindungi dari cedera oleh rambut, kulit kepala, serta tulang dan tentorium (helm) yang membungkusnya. Tanpa perlindungan otak akan mudah sekali terkena cedera dan mengalami kerusakan. Selain itu, sekali neuron rusak, tidak dapat diperbaiki lagi. Efek – efek ini harus dihindari dan ditemukan secepatnya oleh perawat untuk menghindari rangkaian kejadian yang menimbulkan gangguan mental dan fisik, bahkan kematian. Risiko utama klien yang mengalami cedera kepala berat adalah kerusakan otak akibat pembengkakan atau perdarahan otak, komplikasi dari cedera kepala ringan adalah infeksi perdarahan, sebagai respons terhadap cedera dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan akibat trauma yang mencederai kepala, maka perawat perlu mengenal neuroanatomis, neurofisiologi, serta neuropatofisiologi dengan baik

agar kelainan dari masalah yang dikeluhkan atau kelainan dari pengkajian fisik yang didapat bisa sekomprensif mungkin ditanggapi perawat yang melakukan asuhan keperawatan pada klien dengan cedera kepala ringan. Karena cedera kapala merupakan keadaan yang serius, oleh sebab itu di harapkan dengan penanganan yang cepat dan akurat dapat menekan mordibilitas dan motilitas penanganan yang tidak optimal dan terlambatnya rujukan menyebabkan keadaan penderita semakin memburuk dan berkurangnya pemilihan fungsi (Muttaqin, A. 2008).

Karena banyaknya kasus penyakit cedera kepala itulah maka penulis tergerak untuk melakukan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan di ruang cempaka RSUD Ungaran.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan penulisan karya tulis ilmiah ini adalah untuk mengetahui asuhan keperawatan pada pasien Nn. A dengan cedera kepala ringan di Ruang Cempaka RSUD Ungaran.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui konsep dasar cidera kepala ringan yang meliputi defenisi, etiologi, patofisiologi, manifestasi klinik, dsb
- b. Mengetahui asuhan keperawatan cidera kepala ringan secara teori yan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan dan fokus intervensi.

- c. Memberikan asuhan keperawatan pada klien Nn.A dengan cedera kepala ringan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana asuhan keperawatan, implementasi dan evaluasi.

C. Manfaat

1. Penulis

Agar penulis dapat menambah pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dan upaya dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien dengan cedera kepala ringan.

2. Institusi pendidikan

Agar karya tulis ilmiah ini dapat dijadikan sebagai bahan dalam melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala ringan, sehingga dapat dilakukan tindakan yang segera untuk mengatasi masalah yang terjadi pada pasien dengan cedera kepala ringan.

3. Instansi rumah sakit

Sebagai bahan masukan dan menambah bahan referensi untuk lebih meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan pada penderita cedera kepala ringan.

4. Masyarakat

Memberikan pengetahuan kepada masyarakat dalam menyikapi dan mengatasi jika ada penderita cedera kepala ringan.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Trauma atau cedera kepala juga dikenal sebagai cedera otak adalah gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul atau trauma tajam (Batticaca, F. B., 2008).

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan *interstitial* dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas (Tarwoto & Wartonah, 2007).

Cedera kepala merupakan proses dimana terjadi trauma langsung atau deselerasi terhadap kepala yang menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak (Grace & Borley, 2006).

Menurut Tarwoto & Wartonah (2007) beratnya cedera kepala saat ini di definisikan oleh the traumatik coma data bank, berdasarkan Skore Scala Coma Glasgow (GCS). Penggunaan istilah cedera kepala ringan, sedang, berat berhubungan dengan pengkajian parameter dalam menentukan terapi perawatan, adapun klasifikasinya adalah:

a. Cedera Kepala Ringan (kelompok resiko rendah)

- 1) Skor skala koma Glosgow antara 15-13 (sadar penuh, atentif dan orientatif)

- 2) Dapat terjadi kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit, tidak terdapat fraktur tengkorak, kontosio atau hematoma kulit kepala.
 - 3) Pasien dapat mengeluh nyeri kepala dan pusing.
- b. Cedera Kepala Sedang (kelompok resiko sedang)
- 1) Skor skala koma Glasgow antara 9-12 (konfusi, letargi, atau stupor)
 - 2) Hilang kesadaran antara 30 menit sampai dengan 24 jam,
 - 3) dapat di sertai fraktur tengkorak, disorientasi ringan.
 - 4) Amnesia pasca trauma.
 - 5) Muntah dan kejang.
- c. Cedera Kepala Berat
- 1) Skor skala koma Glasgow antara 3-8 (koma)
 - 2) Hilang kesadaran lebih dari 24 jam, biasanya disertai kontosio, laserasi atau adanya hematom, edema serebral.
 - 3) Penurunan derajat kesadaran secara progresif.
 - 4) Tanda neurologis fokal.

Dari beberapa pengertian diatas dapat penulis simpulkan bahwa cedera kepala ringan adalah gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul atau trauma tajam yang ditandai nyeri kepala, nilai GCS 15-13, dapat terjadi kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit, tidak terdapat fraktur tengkorak, kontosio atau hematoma kulit kepala.

2. Etiologi

Menurut Ginsberg, L (2006) Penyebab cedera kepala sebagai berikut:

1. Cidera lalu lintas
2. Jatuh
3. Trauma benda tumpul
4. Kecelakaan kerja kecelakaan rumah tangga
5. Kecelakaan olah raga
6. Trauma tembak dan pecahan bom

3. Patofisiologi

Menurut Tarwoto & Wartonah (2007) adanya cedera kepala dapat mengakibatkan gangguan atau kerusakan struktur misalnya pada parenkim otak, kerusakan pembuluh darah, perdarahan, edema dan gangguan biokimia otak seperti penurunan adenosine tripospat dalam mitokondria, permeabilitas vaskuler. Cidera kepala dapat digolongkan menjadi 2 proses yaitu cidera kepala otak primer dan cidera kepala sekunder. Cidera kepala primer merupakan suatu proses biomekanik yang dapat terjadi secara langsung saat kepala terbentur dan memberikan dampak cidera jaringan otak. Pada cidera kepala sekunder terjadi akibat cidera primer misalnya ada hipoksia, iskemia, perdarahan.

Perdarahan serebral menimbulkan hematoma, misalnya pada *epidural hematoma* yaitu berkumpulnya darah antara lapisan pariosteum tengkorak dengan dura meter, *subdural hematoma* di akibatkan kumpulnya darah pada ruang dura meter, *subdural hematoma* diakibatkan

berkumpulnya darah pada ruang antara dura meter dengan subarahnoid dan *intracerebral hematoma* adalah kumpulan darah pada jaringan serebral.

Kematian pada cedera kepala banyak disebabkan karena hipotensi dan gangguan pada autoregulasi. Ketika terjadi gangguan autoregulasi akan menimbulkan hipoperfusi jaringan serebral dan berakir pada iskemia jaringan otak, karena otak sangat sensitiva terhadap oksigen dan glukosa.

4. Gambaran klinis

Cedera kepala dapat digolongkan menjadi dua proses yaitu cedera otak primer dan sekunder. Cedera otak primer merupakan suatu proses biomekanik yang dapat terjadi secara langsung saat kepala terbentur dan memberi dampak cedera jaringan otak. Sehingga menyebabkan kelainan patologi otak yang timbul segera akibat langsung dari trauma pada cedera primer dapat terjadi memar otak dan laserasi. Cedera Otak Sekunder terjadi akibat cedera primer sehingga terjadi kelainan patologi otak yang disebabkan kelainan biokimia, metabolisme, hipoksia, iskemia, dan perdarahan. Fisiologi yang timbul setelah trauma. (Hartanto, Y.D., 2009)

Setelah cedera kepala ringan, akan terjadi kehilangan fungsi neurologis sementara dan tanpa kerusakan struktur. Komosisio (*commotio*) umumnya meliputi suatu periode tidak sadar yang berakhir selama beberapa detik sampai beberapa menit. Keadaan komosisio ditunjukkan

dengan gejala pusing atau berkunang-kunang dan terjadi kehilangan kesadaran penuh sesaat. Jika jaringan otak di lobus frontal terkena, klien akan berperilaku sedikit aneh, sementara jika lobus temporal yang terkena maka akan menimbulkan amnesia atau disorientasi. (Batticaca, F. B., 2008)

5. Pemeriksaan Diagnostik

Menurut Muttaqin, A (2008) Pemeriksaan diagnostik yang dilakuakn pada klien dengan cedera kepala meliputi:

- a. CT scan (dengan atau tanpa kontras)
Mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan, ventrikuler, dan perubahan jaringan otak.
- b. MRI
Digunakan sama dengan CT scan dengan/kontras radioaktif.
- c. Cerebral *Angiography*
Menunjukkan anomali sirkulasi serebral seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan, dan trauma.
- d. Serial EEG
Dapat melihat perkembangan gelombang patologis.
- e. Sinar X
Mendeteksi perubaha struktur tulang (fraktur), perubahan struktur garis (perdarahan/edema), fragmen tulang.
- f. BAER
Mengoreksi batas fungsi korteks dan otak kecil.

g. PET

Mendeteksi perubahan aktivitas mobilitas otak.

h. LCS

Lumbal pungsi dapat dilakukan jika diduga terjadi pendarahan subarakhoid.

i. Kadar elektrolit

Untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai peningkatan intracranial.

j. Screen Tokikology

untuk mendeteksi pengaruh obat yang dapat menyebabkan penurunan kesadaran.

k. Rontgen thoraks 2 arah (PA/AP dan leteral)

Rontgen thoraks menyatakan akumulasi udara/cairan pada area pleural.

l. Thoraksentesis menyatakan darah/cairan.

m. Analisa gas darah (AGD/Astrup)

Analisa gas darah (AGD/Astrup) adalah salah satu tes diagnostik untuk menentukan respirasi. Status respirasi yang dapat di gambarkan melalui pemeriksaan AGD ini adalah status oksigenasi dan status asam basa.

6. Komplikasi Cedera Kepala

a. Kejang pasca trauma.

Merupakan salah satu komplikasi serius. Insidensinya 10 %, terjadi di awal cedera 4-25% (dalam 7 hari cedera), terjadi terlambat 9-42% (setelah 7 hari trauma). Faktor risikonya adalah trauma penetrasi,

hematom (subdural, epidural, parenkim), fraktur depresi kranium, kontusio serebri, GCS <10.

b. Demam dan menggigil

Demam dan menggigil akan meningkatkan kebutuhan metabolisme dan memperburuk "outcome". Sering terjadi akibat kekurangan cairan, infeksi, efek sentral. Penatalaksanaan dengan asetaminofen, neuro muscular paralisis. Penanganan lain dengan cairan hipertonik, koma barbiturat, asetazolamid.

c. Hidrosefalus (Menemukan cairan pada kepala)

Berdasar lokasi penyebab obstruksi dibagi menjadi komunikasi dan non komunikasi. Hidrosefalus komunikasi lebih sering terjadi pada cedera kepala dengan obstruksi, Hidrosefalus non komunikasi terjadi sekunder akibat penyumbatan di sistem ventrikel. Gejala klinis hidrosefalus ditandai dengan muntah, nyeri kepala, papil edema, disorientasi, ataksia, gangguan miksi.

d. Spastisitas :

Spastisitas adalah fungsi tonus yang meningkat tergantung pada kecepatan gerakan. Merupakan gambaran lesi pada UMN. Membentuk ekstrimitas pada posisi ekstensi. Beberapa penanganan ditujukan pada : Pembatasan fungsi gerak, Nyeri, Pencegahan kontraktur, Bantuan dalam positioning. Terapi primer dengan koreksi posisi dan latihan ROM, terapi sekunder dengan splinting, casting,

farmakologi: dantrolen, baklofen, tizanidin, botulinum, benzodiazepin.

e. Agitasi

Agitasi pasca cedera kepala terjadi > 1/3 pasien pada stadium awal dalam bentuk delirium, agresi, akatisia, disinhibisi, dan emosi labil. Agitasi juga sering terjadi akibat nyeri dan penggunaan obat-obat yang berpotensi sentral. Penanganan farmakologi antara lain dengan menggunakan antikonvulsan, antihipertensi, antipsikotik, buspiron, stimulant, benzodiazepin dan terapi modifikasi lingkungan.

f. Mood, tingkah laku dan kognitif

Gangguan kognitif dan tingkah laku lebih menonjol dibanding gangguan fisik setelah cedera kepala dalam jangka lama. Penelitian Pons Ford, menunjukkan 2 tahun setelah cedera kepala masih terdapat gangguan kognitif, tingkah laku atau emosi termasuk problem daya ingat pada 74 %, gangguan mudah lelah (fatigue) 72%, gangguan kecepatan berpikir 67%. Sensitif dan Iritabel 64%, gangguan konsentrasi 62%. Cicerone (2002) meneliti rehabilitasi kognitif berperan penting untuk perbaikan gangguan kognitif. Methyl phenidate sering digunakan pada pasien dengan problem gangguan perhatian, inisiasi dan hipoarousal (Whyte). Dopamine, amantadinae dilaporkan dapat memperbaiki fungsi perhatian dan fungsi luhur. Donepezil dapat memperbaiki daya ingat dan tingkah laku dalam 12 minggu. Depresi mayor dan minor ditemukan 40-

50%. Faktor resiko depresi pasca cedera kepala adalah wanita, beratnya cedera kepala, pre morbid dan gangguan tingkah laku dapat membaik dengan antidepresan.

g. Sindroma post kontusio

Merupakan komplek gejala yang berhubungan dengan cedera kepala 80% pada 1 bulan pertama, 30% pada 3 bulan pertama dan 15% pada tahun pertama:

Somatik : nyeri kepala, gangguan tidur, vertigo/dizzines, mual, mudah lelah, sensitif terhadap suara dan cahaya, kognitif: perhatian, konsentrasi, memori, afektif: iritabel, cemas, depresi, emosi labil.

(<http://www.kabarindonesia.com/berita.php?pil=20&dn=20080427234109> hari selasa tanggal 20/04/2010 jam 11.30 WIB)

7. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan meliputi kegiatan mengobservasi klien terhadap adanya sakit kepala, pusing, peningkatan kepekaan terhadap rangsangan, dan cemas. Memberikan informasi, penjelasan, dan dukungan terhadap klien tentang dampak pasca komosio. Melakukan perawatan 24 jam sebelum klien di pulangkan, memberitahukan klien / keluarga untuk segera membawa klien kembali ke rumah sakit apabila di temukan tanda-tanda sukar bangun, sukar bicara, konvusi (kejang), sakit kepala berat, muntah, dan kelemahan pada salah satu sisi tubuh. Menganjurkan klien untuk melakukan kegiatan normal secara perlahan dan bertahap. (Batticaca. F. B., 2008)

Penatalaksanaan cedera kepala menurut Ginsberg, L. (2006)

antara lain :

1. Penatalaksanaan umum

- a. Monitor respirasi : Bebaskan jalan nafas, monitor keadaan ventilasi, Pemeriksaan AGD, berikan oksigen bila perlu.

Monitor tekanan intra cranial (TIK) dengan cara monitoring tanda-tanda sebagai bentuk adalah muntah, nyeri kepala, papil edema, dimensia, ataksia, gangguan miksi.

- b. Kontrol tanda vital meliputi tekanan darah, nadi, suhu, RR,
c. Keseimbangan cairan elektrolit yang paling sering dilakukan meliputi pemeriksaan natrium, kalium, klorida, dan ion bikarbonat.

Penghitungan kebutuhan cairan dengan menggunakan nilai Na⁺ adalah rumus sebagai berikut :

$$\text{air yang hilang} = 0,6 \times BB \times \left(\frac{\text{Na}^+ \text{ serum terukur} - 142}{\text{Na}^+ + \text{ serum terukur}} \right)$$

Cidera kepala ringan dapat di tangani hanya dengan observasi neurologis, dan membersihkan atau menjahit luka / laserasi kulit kepala.

2. Pengobatan

- a. Bolus manitol (20%, 100 ml) intravena jika terjadi peningkatan intrakranial. Hai ini di butuhkan pada tindakan darurat sebelum evakuasi hematon intrakranial pada pasien dengan penurunan kesadaran. Jika terjadi pembengkakan otak tanpa hematom yang jelas, maka mungkin membutuhkan lobus berulang monitol dan

hiperventilasi buatan elektif dengan memantau tekanan intrakranial secara kontinu.

- b. Antibiotik profilaksis untuk fraktur basis kranii
- c. Antikonvulsan untuk kejang.
- d. Sedatif dan obat-obat narkotik dikontraidikasikan, karena dapat memperburuk penurunan kesadaran.

Menurut Grace & Borley (2006) Penatalaksanaan cedera kepala ringan : Pasien sadar, mungkin memiliki riwayat periode kehilangan kesadaran. Amnesia retrograd terhadap peristiwa sebelum kecelakaan cukup signifikan.

1. Indikasi untuk rontgen tengkorak.
 - a. Hilangnya kesadaran atau amnesia.
 - b. Tanda-tanda neurologis.
 - c. Kebocoran LCS.
 - d. Curiga trauma tembus.
 - e. Intoksikasi alkohol.
 - f. Sulit menilai pasien.
2. Indikasi rawat.
 - a. Kebingungan atau GCS menurun.
 - b. Fraktur tengkorak.
 - c. Tanda- tanda neurologis atau sakit kepala atau muntah.
 - d. Terdapat masalah medis yang menyertai.
 - e. Kondisi sosial yang tidak adekuat atau tidak ada orang dewasa yang dapat Mengawasi pasien.

3. Indikasi untuk merujuk ke bagian bedah saraf.
 - a. Fraktur tengkorak + bingung atau penurunan GCS.
 - b. Tanda – tanda neurologis fokal atau kejang.
 - c. Menetapnya tanda-tanda neurologis / kebingungan > 12 jam.
 - d. Koma setelah resusitasi.
 - e. Curiga cedera terbuka pada tengkorak.
 - f. Fraktur tekanan pada tengkorak.
 - g. Terdapat perburukan.

B. Konsep Dasar Keperawatan

1. Fokus Pengkajian.

a. Anamnesa

Pengumpulan data klien subjektif maupun obyektif pada gangguan sistem persarafan sehubungan dengan cedera kepala bergantung pada bentuk, lokasi, jenis cedera, dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Anamnesis pada cedera kepala meliputi keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, dan pengkajian psikososial.

b. Keluhan utama

Sering menjadi alasan klien untuk meminta pertolongan kesehatan tergantung seberapa jauh dampak dari trauma kepala di sertai penurunan tingkat kesadaran.

c. Riwayat penyakit sekarang

Adanya riwayat trauma yang mengenai kepala akibat kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, trauma langsung ke kepala. Pengkajian yang di dapat, meliputi tingkat kesadaran menurun (GCS < 15), konvulsi, muntah, takipnea, sakit kepala, wajah simetris atau tidak, lemah, luka di kepala, paralise, akumulasi sekret pada saluran pernafasan, serta kejang. Adanya penurunan atau perubahan pada tingkat kesadaran dihubungkan dengan perubahan di dalam intrakranial. Keluhan perubahan perilaku juga umum terjadi. Sesuai perkembangan penyakit, tidak responsif, dan koma.

Perlu ditanyakan pada klien atau keluargayang mengatar klien (bila klien tidak sadar) tentang penggunaan obat-obatan adiktif dan penggunaan alkohol yang sering terjadi pada beberapa klien yang suka ngebut-ngebutan.

d. Riwayat penyakit dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan meliputi adanya riwayat hipertensi, riwayat cedera kepala sebelumnya, diabetes meletus, penyakit jantung, anemia, penggunaan antikoagulan, aspirin, vasidilator, obat-obatan adiktif, dan konsumsi alkohol berlebihan.

e. Riwayat penyakit keluarga

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

f. Pengkajian psikososiospiritual

Pengkajian mekanisme coping yang di gunakan klien untuk menilai respon emosi klien terhadap penyakit yang di deritanya dan perubahan peran klien dalam keluarga dan masyarakat serta respons atau pengaruhnya dalam kehidupan sehari-harinya, baik dalam keluarga ataupun dalam masyarakat. Apakah ada dampak yang timbul pada klien yaitu timbul seperti ketakutan akan kecacatan, rasa cemas, ketidakmampuan untuk melakukan aktivitas secara optimal, dan pandangan terhadap dirinya yang salah (*gangguan body image*).

Adanya perubahan hubungan dan peran karena klien mengalami kesulitan berkomunikasi akibat gangguan bicara. Pola persepsi dan konsep diri di dapatkan klien merasa tidak berbahaya, tidak ada harapan, mudah marah, dan tidak kooperatif.

Oleh karena klien harus menjalani rawat inap, keadaan ini mungkin memberi dampak pada status ekonomi klien, akibat biaya keperawatan dan pengobatan memerlukan dana yang tidak sedikit. Cidera kepala memerlukan biaya untuk pemeriksaan, pengobatan dan perawatan dapat mengacaukan keuangan keluarga sehingga faktor biaya ini dapat mempengaruhi stabilitas emosi dan fikiran klien dan keluarga. Perawat juga memasukan pengkajian terhadap fungsi neurologi dan dampak gangguan neurologi dengan dampak gangguan neurologi yang akan terjadi pada gaya hidup individu. Perspektif keperawatan dalam mengkaji terdiri atas dua masalah : keterbatasan yang diakibatkan oleh defisit neurologi dalam

hubungan dengan peran sosial klien dan rencana pelayanan yang akan mendukung adaptasi pada gangguan neurologis di dalam sistim dukungan individu.

g. Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan-keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dari pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik seharusnya di lakukan secara per sistem (B1-B6) dan fokus pemeriksaan fisik yang terarah dan di hubungkan dengan keluhan-keluhan dari klien.

a. Keadaan umum

Pada keadaan cedera kepala umumnya mengalami penurunan kesadaran (cedera kepala ringan, GCS : 13-15) klien dapat mengalami nyeri kepala, pusing, mual muntah, kejang, dan penurunan tanda-tanda vital meliputi TD, N, S, RR .

BI (brething)

Perubahan pada sistem pernafasan bergantung pada gradasi dari perubahan jaringan serebral akibat trauma kepala. Pada beberapa keadaan hasil dari pemeriksaan fisik sistem ini akan di dapatkan hasil seperti di bawah ini.

- a) Inspeksi didapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak nafas, penggunaan otot bantu nafas, dan peningkatan frekwensi pernafasan. Ekspensi dada : dinilai

penuh/tidak penuh kesimetrisannya.pada observasi ekspansi dada juga perlu dinilai : retraksi dari otot – otot interkostal, substernal, pernafasan abdomen, dan respirasi paradoks (retraksi abdomen saat inspirasi). Pola nafas paradoks dapat terjadi jika otot-otot interkostal tidak mampu menggerakkan dinding dada.

- b) Pada palpasi, fremitus menurun di bandingkan dengan sisi yang lain akan di dapatkan jika dilibatkan trauma pada rongga torak.
 - c) Pada perkusi, adanya suara redup sampai pekak pada keadaan melibatkan trauma pada torak/hematoraks.
 - d) Pada auskultasi, bunyi nafas tambahan seperti nafas berbunyi, stridor, ronchi pada klien dengan peningkatan produksi sekret, dan kemampuan batuk dan menurun yang sering di dapatkan pada klien cedera kepala dengan penurunan tingkat kesadaran koma.
- b. B2 (blood)
 Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok hipovolemik) yang sering terjadi pada klien cedera kepala sedang dan berat.hasil pemeriksaan kardiovaskuler klien cedera kepala pada beberapa keadaan dapat di temukan tekanan darah normal atau berubah, nadi bradikardi, takikardi, dan aritmia. Frekuensi nadi cepat dan lemah berhubungan dengan

homeostasis tubuh dalam upaya menyeimbangkan kebutuhan oksigen perifer. Nadi bradikardi merupakan tanda dari perubahan perfusi jaringan otak. Kulit kelihatan pucat menunjukkan adanya penurunan kadar hemoglobin dalam darah. Hipotensi merindahkan adanya perubahan perfusi jaringan dan tanda-tanda dari syok. Pada beberapa keadaan lain akibat dari trauma kepala akan rangsangan pelepasan antidiuretik hormon yang berdampak pada kompensasi tubuh untuk melakukan retensi atau pengeluaran garam dan air oleh tubulus. Mekanisme resiko terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada sistem kardiovaskuler.

c. B3 (Brain)

Cedera kepala menyebabkan berbagai defisit neurologi terutama akibat pengaruh peningkatan tekanan intrakranial yang disebabkan adanya berdarahan baik bersifat *hematom intracerebral*, *subdural*, dan *epidural*. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap di bandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

- a) Pengkajian tingkat kesadaran. Tingkat keterjagaan klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk disfungsi sistem persarafan beberapa sistem digunakan untuk membuat peningkatan perubahan dalam kewaspadaan dan keterjagaan.

Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien cedera kepala biasanya berkisar pada tingkat letergi, stupor, semikomatosa sampai koma.

b) Pengkajian fungsi serebral. Pengkajian ini meliputi status mental, fungsi intelektual, lobus frontal, dan hemisfer.

(1) Status mental. Observasi penampilan, tingkah laku klien, nilai gaya bicara, ekspresi wajah, dan aktivitas motorik klien. Pada klien cedera kepala tahap lanjut biasanya status mental klien mengalami perubahan.

(2) *Fungsi intelektual*. Pada beberapa keadaan klien cedera kepala di dapatkan penurunan dalam memori, baik jangka pendek maupun jangka panjang.

(3) *Lobus frontal*. Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis di dapatkan jika trauma kepala mengakibatkan adanya kerusakan pada lobus frontal kapasitas, memori, atau kerusakan fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi. Disfungsi ini dapat di tunjukan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan

dalam pemahaman, lupa, dan kurang motivasi, yang meyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam progam rehabilitasi mereka. Masalah psikologis lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh emosi

yang labil, bermusuhan, frustasi, dendam, dan kurang kerja sama.

(4) *Hemisfer*. Cidera kepala hemisfer kanan di dapat hemiparese sebelah kiri tubuh, penilaian buruk, dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh ke sisi yang berlawanan tersebut. Cedera kepala yang hemisfer kiri, mengalami hemiparese kanan, perilaku lambat dan sangat hati-hati, kelainan bidang padang sebelah kanan, disfagia global, afasia, dan mudah frustasi.

c) Pengkajian saraf kranial. Pengkajian ini meliputi pengkajian syaraf kranial I – XII.

(1) Syaraf I. Pada beberapa keadaan cedera kepala daerah yang merusak anatomis dan fisiologis syaraf ini klien akan mengalami pada fungsi penciuman/ anosmia unireteral atau bilateral atau bilateral.

(2) Syaraf II. Hematom palpebra pada klien cedera kepala akan menurunkan lapang pandang dan menggunakan fungsi syaraf optikus. Perdarahan di intrakranial, terutama hemoragia subaraknoidal, dapat di sertai dengan perdarahan di retina. Anomali pembuluh darah di dalam otak dapat bermanifestasi juga di fundus. Akan

tetapi dari segala macam kelainan di dalam intrakranial, tekanan interkranial dapat di cerminkan dalam fundus.

- (3) Syaraf III, IV, VI. Gangguan mengangkat kelopak mata terutama pada klien dengan trauma yang merusak rongga orbita. Pada kasus-kasus trauma kepala dapat di jumpai anisokoria. Gejala ini harus di anggap sebagai tanda serius jika medriasis yang tidak bereaksi pada penyinaran. Tanda ini herniasi tentorium adalah medriasis yang tidak bereaksi pada penyinaran. Paralisis otot okular akan menyusul pada tahap berikutnya. Jika pada trauma kepala terdapat *anisokoria*, bukan medriasis, melainkan miosis yang bergandengan dengan pupil yang normal pada sisi yang lain, maka pupil miotik adalah abnormal. Miosis ini di sebabkan oleh lesi di lobus frontal ipsilateral yang mengelola pusat siliospinal. Hilangnya fungsi itu berarti pusat siliospinal menjadi tidak aktif, sehingga pupil tidak berdilatasi melainkan berkonstriksi.

- (4) Syaraf V. Pada beberapa keadaan cedera kepala menyebabkan paralisis syaraf trigemimus, di dapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan menguyah.

- (5) Syaraf VII. Persesi pengecapn mengalami perubahan

- (6) Syaraf VIII. Perubahan fungsi pendengaran pada klien cedera kepala ringan biasanya tidak didapatkan apabila trauma tidak melibatkan syaraf vestibulokoklearis.
 - (7) Syaraf IX dan X kemampuan menelan dan kesulitan membuka mulut.
 - (8) Syaraf XI. Bila tidak melibatkan pada leher, mobilitas klien cukup baik serta tidak ada atrofi otot sterno klieidomastoideus dan trapezius.
 - (9) Syaraf XII. Indra pengecapn mengalami perubahan.
- d) **Pengkajian Sistem Motorik**
- (1) **Inpeksi umum**, di dapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis atau kelemahan salah satu sisi tubuh, adalah tanda yang lain.
 - (2) **Tonus Otot**. Didapatkan menurun sampai hilang.
 - (3) **Kekuatan Otot**. Pada penilaian dengan menggunakan tingkat kekuatan otot didapatkan tingkat 0.
 - (4) **Keseimbangan dan Koordinasi**. Didapatkan mengalami gangguan karena himiparese dan hemiplegia.
- e) **Pengkajian Refleks**
- Pemeriksaan refleksprofunda, pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleks pada respons normal. Pemeriksaan refleks patologis, pada fase akut

refleks fisiologis yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleks fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleks patologis.

f) Pengkajian Sistem Sensorik

(1) Dapat terjadi hemihipestesi, pada persepsi terjadi ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsi visual karena gangguan jaras sensori primer di antara mata dan korteks visual. Gangguan hubungan visual-spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri.

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

d. B4 (Bladder)

Kaji keadaan urine meliputi warna, jumlah, dan karakteristik urine, termasuk berat jenis urine. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfusi pada ginjal. Setelah cedera kepala, klien mungkin mengalami inkontinensia urine karena konfusi, ketidakmampuan

mengkomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan sistem perkemihan karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

e. B5 (Bowel)

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

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

f. B6 (Bone)

Disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan pada seluruh ekstermitas. Kaji warna kulit, suhu, kelembapan, dan turgor kulit. Adanya perubahan warna kulit, warna kebiruan menunjukkan adanya sianosis (ujung kuku, ekstermitas, telinga, hidung, bibir, dan membran mukosa). Pucat pada wajah dan membran mukosa dapat berhubungan dengan rendahnya kadar hemoglobin atau syok. Pucat dan sianosis pada klien yang menggunakan ventilator dapat terjadi akibat adanya hipoksemia. Warna kemerahan pada kulit dapat menunjukkan adanya demam, dan infeksi. Integritas kulit untuk menilai adanya lesi dan dekubitus. Adanya kulit untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensori / paralise/ hemiplige, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

(Muttaqin, A. (2008)

2. Fokus Intervensi

- a. Gangguan atau kerusakan pertukaran gas yang berhubungan dengan ketidakseimbangan perfusi ventilasi dan perubahan membran alveolar Kapiler. (Batticaca. Franciska B. 2008)

Tujuan : Setelah di lakukan intervensi selama 1 x 24 jam, gangguan Pertukaran gas teratasi.

Kriteria hasil :

- 1) Merasa nyaman.

- 2) Sesak napas berkurang.
- 3) Tekanan darah dalam batas normal dan nadi dalam batas normal.
- 4) AGD dalam batas normal.

Intervensi :

- 1) Istirahatkan klien dalam posisi semifowler.

Rasional : Posisikan semifowler membantu dalam ekspansi otot-otot Pernapasan dengan pengaruh gravitasi.

- 2) Pertahankan oksigen NRM 8-10 l/ menit.

Rasional : Oksigen sangat penting untuk reaksi yang memelihara suplai ATP. Kekurangan oksigen pada jaringan akan menyebabkan Lintasan metabolisme yang normal dengan akibat terbentuknya asam laktat (asidosis metabolik) ini akan bersama Dengan asidosis respiratorik akan menghentikan metabolisme. Regenerasi ATP akan berhenti sehingga tidak ada lagi sumber energi yang terisi dan terjadi kematian.

- 3) Observasi tanda vital tiap jam atau waktu sesuai respons klien.

Rasional : Normalnya TD akan sama pada berbagai posisi. Nadi menandakan tekanan dinding arteri. Nadi yang > 50 x/ menit menunjukkan penurunan elastisitas Arteri, yang akan menurunkan aliran darah arteri. Dan kekurangan transpor oksigen. Tekanan nadi < 30 x/ menit. Menandakan insufisiensi sirkulasi volume darah, yang mengakibatkan nadi dalam batas normal, suhu aksilla normalnya $36,7$ °C. Suhu tubuh abnormal disebabkan oleh mekanisme pertahanan tubuh yang menandakan

tubuh kehilangan daya tahan atau mekanisme pengaturan suhu tubuh yang buruk. Sesak napas merupakan suatu bukti bahwa tubuh memiliki mekanisme kompensasi sedang bekerja guna mencoba membawa oksigen lebih banyak ke jaringan. Sesak napas pada penyakit paru dan jantung mengkhawatirkan karena dapat timbul hipoksia.

- b. Kekurangan volume cairan yang berhubungan dengan penurunan kesadaran dan disfungsi hormonal.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam, kebutuhan hidrasi terpenuhi.

Kriteria hasil :

- 1) Turgor kulit baik.
- 2) Tanda vital dalam batas normal.
- 3) Nilai elektrolit serum dalam batas normal.
- 4) Berat badan dalam batas normal, tidak terjadi peningkatan berat badan yang abnormal.

Intervensi :

- a. Pantau keseimbangan cairan.

Rasional : Kerusakan otak dapat menghasilkan disfungsi hormonal dan metabolik. Pantau tanda-tanda vital.

- b. Pemeriksaan serial elektrolit darah atau urine dan osmolalitas.

Rasional : Hal ini dapat dihubungkan dengan gangguan regulasi natrium. Retensi natrium dapat terjadi beberapa hari,

diikuti dengan diuresis natrium. Peningkatan letargi, konfusi, dan kejang akibat ketidakseimbangan elektrolit.

c. Evaluasi elektrolit.

Rasional : Fungsi elektrolit dievaluasi dengan memantau elektrolit, glukosa serum, serta intake dan output.

d. Lakukan uji urine.

Rasional : Urine diuji secara teratur untuk mengetahui kandungan aseton.

e. Pantau berat badan setiap hari

Rasional : Dilakukan terutama jika mengenai hipotalamus klien dan resiko terhadap terjadinya diabetes insipidus. (Smeltzer. S.C & Brenda G., 2002)

c. Gangguan atau kerusakan mobilitas fisik yang berhubungan dengan gangguan neurovaskuler.

Tujuan : Setelah dilakukan intervensi keperawatan, klien akan memiliki mobilitas Fisik maksimal.

Kriteria hasil :

- 1) Tidak ada kontraktur otot.
- 2) Tidak ada ankilosis pada sendi.
- 3) Tidak terjadi penyusutan otot.

Intervensi :

- 1) Kaji fungsi motorik dan sensorik dengan mengobservasi setiap ekstermitas secara terpisah terhadap kekuatan dan gerakan normal, respond terhadap rangsang.

Rasional : Lobus rontal dan pariental berisi saraf –saraf yang mengatur fungsi motorik dan sensorik dan dapat dipengaruhi oleh iskemia atau peningkatan tekanan.

- 2) Ubah posisi klien setiap 2 jam.

Rasional : Mencegah terjadinya luka tekan akibat tidur terlalu lama pada satu sisi, sehingga jaringan yang tertekan akan kekurangan nutrisi yang dibawa darah melalui oksigen. Jangan gunakan bantal di bawah lutut saat klien dalam posisi terlentang karena resiko terjadinya hiperektensi pada lutut. Tetapi letakkan gulungan handuk dalam jangka waktu singkat.

- 3) Lakukan latihan secara teratur dan letakkan telapak kaki klien di lantai saat duduk di kursi atau papan penyangga saat tidur di tempat tidur.

Rasional : Mencegah demormitas dan komplikasi seperti footdrop.

- 4) Topang kaki saat mengubah posisi dengan bantal di satu sisi saat membalik klien.

Rasional : Dapat terjadi dislokasi panggul jika meletakkan kaki terkulai dan jatuh inginaserta mencegah fleksi.

- 5) Lakukan latihan berpindah (ROM) 4x sehari setelah 24 jam serangan stroke jika sudah tidak mendapat terapi.

Rasional : Lengan dapat menyebabkan nyeri dan keterbatasan pergerakan berhubungan dengan fibrosis sendi atau sublukasi.

- d. Gangguan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh dan berhubungan dengan perubahan kemampuan rencana makan, peningkatan kebutuhan metabolisme.

Tujuan : dalam waktu 3x24 jam kebutuhan nutrisi klien terpenuhi.

Kriteria hasil :

Mengerti tentang pentingnya nutrisi bagi tubuh, memperlihatkan kenaikan berat badan sesuai dengan hasil pemeriksaan laboratorium.

Intervensi :

- 1) Evaluasi kemampuan makan klien.

Rasional : klien dengan *tracheostomy tube* mungkin sulit untuk makan, tetapi klien dengan *endotracheal tube* dapat menggunakan mag slang atau memberi makan parenteral.

- 2) Observasi/timbang berat badan jika memungkinkan.

Rasional : Tanda kehilangan berat badan (7-10 %) dan kekurangan intake nutrisi menunjang terjadinya masalah katabolisme, kandunganglikogen dalam otot, dan kepekaan terhadap pemasangan ventilator.

- 3) Monitor keadan otot yang menurun dan kehilangan lemak subkutan.

Rasional : Menunjukkan indikasi kekurangan energi otot dan mengurangi fungsi otot-otot pernafasan.

- 4) Catatan pemasukan per oral jika diindikasikan. Ajarkan klien untuk makan.

Rasional : Nafsu makan biasanya berkurang dan nutrisi yang masuk pun berkurang. Menganjurkan klien untuk memilih makanan yang di senengin dapat di makan (bila sesuai anjuran).

- 5) Berikan makan kecil dan lunak.

Rasional : Mencegah terjadinya kelelahan, memudahkan masuknya makanan, dan mencegah gangguan pada lambung.

- 6) Kaji fungsi sistem gastrointestinal yang meliputi suara bising usus, catat terjadinya perubahan di dalam lambung seperti mual, muntah. Observasi perubahan pergerakan usus misalnya diare, konstipasi.

Rasional : Fungsi sistem gastrointestinal sangat penting untuk memasukan makanan. Ventilator dapat menyebabkan kembung pada lambung dan pendarahan lambung.

- 7) Anjurkan pemberian cairan 2500 cc/hari selama tidak terjadi gangguan jantung.

Rasional : Mencegah terjadinya dihidrasi akibat penggunaan ventilator selama tidak sadar dan mencegah terjadinya konstipasi.

- 8) Kolaborasi. Aturlah diet yang di berikan sesuai keadaan klien.

Rasional : Diet tinggi kalori, protein, karbohidrat sangat di perlukan sama pasangan ventilator untuk mempertahankan

fungsi otot-otot respirasi. Karbohidrat dapat berkurang dan penggunaan lemak meningkat untuk mencegah terjadinya produksi CO₂ dan pengaturan sisa respirasi.

- 9) Lakukan pemeriksaan laboratorium yang diindikasikan seperti serum, transferin, BUM / creatine dan glukosa.

Rasional : Memberikan informasi yang tepat tentang keadaan nutrisi yang di butuhkan. (Muttaqin, A., 2006)

- e. Nyeri akut yang berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder

Tujuan : Dalam waktu 3x24 jam nyeri berkurang / hilang.

Kriteria hasil :

Secara subyektif melaporkan nyeri berkurang atau dapat di adaptasi, dan mengidentifikasi atau menurunkan nyeri, klien tidak gelisah.

Intervensi :

- 1) Jelaskan dan bantu klien dengan tindakan pereda nyeri nonfarmakologi dan non invasif.

Rasional : Pendekatan dengan menggunakan dengan relaksasi dan nonfarmakologi lainnya telah menunjukkan keefektifan dalam mengurangi nyeri.

- 2) Ajarkan relaksasi :

Tehnik-tehnik untuk menurunkan ketegangan otot rangka, yang dapat menurunkan intensitas nyeri dan juga tingkatkan relaksasi massase.

Rasional : Akan melancarkan peredaran darah sehingga kebutuhan O₂ oleh jaringan akan terpenuhi dan akan mengurangi nyerinya.

- 3) Ajarkan metode distraksi selama nyeri akut.

Rasional : Mengalihkan perhatian nyerinya ke hal-hal yang menyenangkan.

- 4) Berikan kesempatan waktu istirahat bila terasa nyeri dan berikan posisi yang nyaman misalnya ketika tidur, belakangnya di pasang bantal kecil.

Rasional : Istirahat akan merelaksasi semuanya jaringan sehingga akan meningkatkan kenyamanan

- 5) Tingkatkan pengetahuan tentang penyebab nyeri dan menghubungkan berapa lama nyeri akan berlangsung.

Rasional : pengetahuan yang akan di rasakan membantu mengurangi nyerinya. Dan dapat membantu mengembangkan kepatuhan klie terhadap rencana terapeutik.

- 6) Observasi tingkat nyeri dan respon motorik klien, 30 menit setelah memberikan obat analgesik untuk mengkaji efektifitasnya serta setiap 1-2 setelah tindakan keperawatan selama 1-2 hari.

Rasional : pengkajian yang optimal akan memberikan perawat data yang obyektif untuk mencegah kemungkinan komplikasi dan melakukan intervensi yang tepat.

7) Kolaborasi dengan dokter, pemberian analgesik.

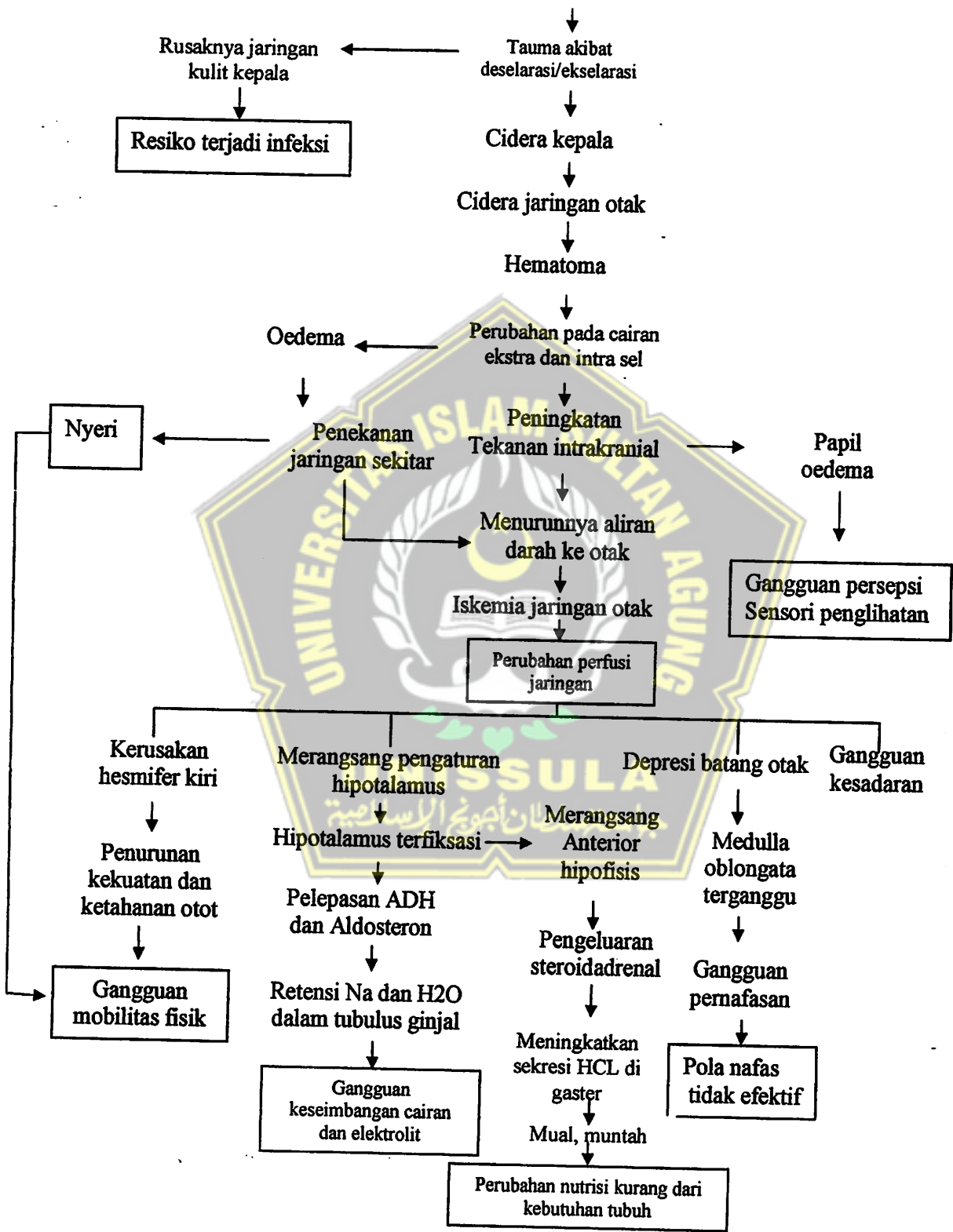
Rasional : Analgesik memblok lintasan nyeri, sehingga nyeri

akan berkurang. (Muttaqin, A. 2006)



Pathways

Kecelakaan lalu lintas, terjatuh, pukulan, kejatuhan benda berat



BAB III

RESUME KEPERAWATAN

A. Pengkajian

Pengkajian di lakukan pada tanggal 19 Agustus 2009 11.00 WIB di ruang CEMPAKA Rumah sakit umum Ungaran.

1. Identitas klien

Klien berinisial Nn. A, usia 20 tahun dengan jenis kelamin perempuan, beragama Islam, suku Jawa dan berbangsa Indonesia, pekerjaan sebagai seorang karyawan dan beralamat Ds. Purwarejo Ungaran, masuk rumah sakit tanggal 18 Agustus 2009, Nomor RM 514499 dengan diagnosa medis cedera kepala ringan. Adapun penanggung jawab, nama Ny. R. umur 52 tahun, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat Purworejo, hubungan dengan klien sebagai ibu.

2. Riwayat keperawatan

Riwayat penyakit sekarang meliputi keluhan utama yaitu klien mengatakan nyeri pada kepala bagian bawah sebelah kiri. P : saat bangun tidur. Q : kemeng-kemeng. R : bagian kepala yang bawah sebelah kiri. S skala nyeri 4 (nyeri ringan) . T : nyeri yang dirasakan klien dengan tiba-tiba. Alasan masuk rumah sakit ketika klien berjalan santai tiba-tiba klien di tabrak sepeda motor dari arah belakang lalu klien jatuh dan klien setelah itu tidak sadar lalu di bawa ke Pukesmas terdekat dari Pukesmas itu di sarankan untuk dibawa ke RSUD Ungaran dan setelah klien sadar

klien merasakan pusing dan klien mengatakan juga tidak bisa tidur, cemas, tubuh merasa pegal.

Riwayat penyakit yang dahulu, klien mengatakan baru kali ini klien dirawat di rumah sakit, dan klien mengatakan pernah mengalami sakit pilek, batuk, dan diperiksa di puskesmas yang terdekat.

Riwayat kesehatan keluarga, klien mengatakan tidak ada penyakit yang di derita keluarganya kecuali pilek, dan batuk. Klien mengatakan tidak ada yang menderita penyakit.

3. Fokus Pengkajian

a. Tidur dan istirahat

Klien mengatakan kesulitan dalam hal tidur, tidak bisa tidur karena pusing dan nyeri yang dirasakan di bagian kepalanya, klien mengatakan kurang puas dalam tidurnya, klien tampak lelah dan menguap, klien tidur malam hanya sampai 4-5 jam saja, dan tidur siang hanya 1 jam.

b. Aktivitas dan latihan

Klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari dan personal hygiene karena keadaan klien yang lemah dan jika klien beraktivitas nyeri akan bertambah, dalam melakukan aktivitas klien di bantu oleh keluarga.

c. Kebutuhan Nutrisi

Sebelum sakit : klien mengatakan makan dalam sehari 3X habis 1 porsi dengan komposisi (nasi, lauk, sayur, dll).

Setelah sakit : klien mengatakan makan dalam sehari 2X habis $\frac{1}{4}$ porsi dan klien mengatakan nafsu makan menurun kerana mual dan muntah, klien juga mengatakan minumannya sehari habis 5-6 gelas dengan jenis minuman air putih.

4. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum klien lemah dengan kesadaran compos mentis.

Tanda-tanda vital hasilnya TD klien 110/70 mmHg, nadi klien 60x/mnt, suhu tubuh klien 36,5 C, dan RR 20X/mnt.

Pada pemeriksaan kepala di dapat data yaitu klien merasa nyeri kepala dengan skala 4 dari skala (1-10) dan terdapat hematom pada kepala sebelah kiri bagian bawah, rambut hitam bersih, bentuk simetris. Pada mata bentuk simetris, konjungtiva anemis, sclera tidak ikterik penglihatan normal/ baik, hidung tidak ada pembesaran polip, bentuk simetris, tidak ada pendarahan, tidak ada sekret, pada mulut dan tenggorokan tidak ada stomatitis, tidak ada kesulitan berbicara dan menelan. Untuk telinga simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Pada dada simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada kelainan bentuk dada. Pada jantung inspeksi : ictus kordis tak tampak, palpasi : ictus kordis teraba di intercosta V, perkusi : terdengar suara pekak, auskultasi : suara nafas vasikuler.

Paru-paru : inspeksi : pergerakan dada sewaktu bernafas simetris, palpasi : tactile fremitus normal antara sisi kanan dan kiri, perkusi : terdengar suara pekak, auskultasi : suara nafas vasikuler. Abdomen :

inspeksi : tidak ditemukan distensi, abnormal, tidak ada pembesaran hepar, auskultasi : paristaltik usus normal, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : terdengar suara pakak. Genetalia : tidak ada gangguan. Ekstermitas atas dan bawah : ekstermitas atas : terpasang infuse pada tangan kanan, ekstermitas bawah : normal tidak ada fraktur.

5. Pemeriksaan Diagnostik

Hasil pemeriksaan penunjang laboratorium pada tanggal 19 Agustus 2009 di dapat hasil WBC $6,6 \times 10^3 / \text{UL}$, (4,1-10,9) HGB : 11,9 g/dl (12-18, g/dl), RBC : $5,01 \times 10^6 / \text{UL}$ (4,1-5,3), HCT : 33,0 %, PLT : $253 \times 10^3 / \text{UL}$ (150rb-400rb), PCT : 0,230 %.

6. Terapi

Diagnosa medis Klien adalah cedera kepala ringan, dengan terapi infus RL 20 tpm, injeksi Piracetam 2x1 1 gr, asam tranek 2x1 1 gr, citicolin 2x1 amp cefotaxim 2x1 1 gr, Ranitidin 2x1 amp.

B. Analisa Data

Pada hari Rabu Tanggal 19 Agustus 2009 di dapat data focus klien. Data Subyektif : klien mengatakan nyeri pada kepala di bagian bawah sebelah kiri. P : saat bangun tidur, Q : kemeng - kemeng dan pusing, R : di bagian kepala bawah sebelah kiri, S : skala nyeri 4 (nyeri ringan), T : nyerinya secara tiba-tiba. Data Obyektifnya adalah skala 4 pada 0-10 dan terdapat hematom pada kepala bagian bawah sebelah kiri. Problem : nyeri kepala. Etiologi : peningkatan tekanan intra kranial.

Pada Rabu Tanggal 19 Agustus di dapat data fokus klien. Data Subyektif : klien mengatakan tidak bisa tidur dan tidur malam hanya 4-5 jam dan pada siang Hari tidur 1 jam. Data Obyektif klien tampak lelah dan sering meguap. Problem : gangguan istirahat. Etiologi : perubahan lingkungan

Pada Hari Rabu Tanggal 19 Agustus 2009 di dapat data fokus klien dengan data Subyektif : klien mengatakan tidak bisa ber aktivitas. Data Obyektif : aktivitas sehari-hari di bantu oleh keluarga, klien tampak lemas. Problem : kurangnya kemampuan aktivitas diri. Etiologi : kelemahan fisik.

Pada Hari Rabu Tanggal 19 Agustus 2009 di dapatkan data fokus klien. Data Subyektif : klien mengatakan nafsu makan menurun. Data Obyektif : klien makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, klien mual dan muntah, klien tampak lemah. Problem : Resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan. Etiologi : pemasukan yang tidak adekuat.

C. Rencana Tindakan Keperawatan

1. Nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial.

Pada Tanggal 19 Agustus 2009 penulisan membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan intracranial. Tujuan setelah di lakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam nyeri terkontrol / berkurang dengan kriteria hasil : klien mengatakan nyeri sudah berkurang, klien sudah tidak begitu kesakitan menahan nyeri, skala nyeri yang skala 4 menurun menjadi 3 pada skala 0-10. Intervensi yang

ditetapkan yaitu mengkaji skala nyeri, memonitor TTV, ajarkan tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri, atur posisi klien senyaman mungkin, kolaborasi dengan tim medis.

Pada hari Rabu Tanggal 19 Agustus 2009 pada diagnosa pertama yaitu nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan intrakranial. Implementasi yang dilakukan mengkaji intensitas skala nyeri dengan respon subyektif : klien mengatakan kepalanya pusing dan kemeng-kemeng, respon Obyektif klien tampak meringis kesakitan (skala 4), memonitor TTV : Subyektif : klien mengatakan TD berapa?. Respon Obyektifnya TD :110/70, nadi : 60x/mnt, RR : 20x/mnt, suhu : 36,5 °C,. Mengajarkan tehnik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri : respon Subyektif klien mengatakan mau mencoba. Respon obyektif : klien terlihat menarik nafas panjang yang telah di ajarkan,. Mengatur posisi tidur klien senyaman mungkin : Respon klien Subyektif klien mengatakan lebih enak. Respon obyektif klien tampak senang. Dan yang ke lima kolaborasi dengan tim medis memberikan injeksi piracetam 1 amp 1 gr. Respon Subyektif klien mengatakan mau diinjeksi. Respon Obyektif klien kooperatif.

Pada Hari Kamis 20 Agustus 2009, berkaitan dengan diagnosa keperawatan pertama yaitu nyeri kepala berhubungan peningkatan tekanan intrakranial. Implementasi yang dilakukan 14.10 WIB mengkaji ulang skala nyeri, Respon Subyektif skala nyeri turun menjadi 3. pada

pemantauan tanda-tanda vital, dengan respon Obyektif TD 130/80 mmHg, N : 80x/mnt, S : 36 C, RR : 20x/mnt. Pada jam 19.00 WIB memberikan injeksi IV cyticolin 125 mg dan cefotaxim 1 gr respon Subyektif klien mengatakan sakit atau nyeri berkurang, respon Obyektif klien tampak rileks.

Diagnosa I pada hari Kamis 20 Agustus 2009 pada diagnosa keperawatan nyeri kepala pada bagian bawah sebelah kiri. Evaluasi : klien mengatakan sudah berkurang, skala nyeri 3 (dari skala 0-10), masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi : kaji skala nyeri, monitor TTV, ajarkan tehnik relaksasi, atur posisi klien senyaman mungkin.

2. Gangguan istirahat berhubungan perubahan lingkungan

Pada Tanggal 19 Agustus 2009 penulis membuat rencana tindakan untuk diagnosa yang kedua yaitu gangguan istirahat dan tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan dengan dengan tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam klien tidur dengan nyaman dengan kriteria hasil klien mengatakan sudah bisa tidur (7-8 jam) dan lumayan nyenyak walau terkadang bangun, klien tampak tidak sering menguap, klien mengatakan puas dengan tidurnya tadi malam, wajah klien tampak segar dan rileks.

Intervensi yang akan dilakukan batasi jumlah pengunjung ke ruangan klien, ciptakan lingkungan yang nyaman, mengajarkan tehnik relaksasi pada waktu akan tidur, kolaborasi dengan tim medis,

Pada Hari Rabu 19 Agustus 2009 pada diagnosa keperawatan kedua yaitu gangguan istirahat dan tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan. Implementasi yang dilakukan pada jam 20.30 WIB membatasi jumlah pengunjung dengan Respon Subyektif klien mengatakan tenang, dengan Respon Obyektif klien tidur dengan tenang. Pada jam 21.00 WIB memberikan lingkungan yang nyaman bagi klien, respon klien dengan data Subyektif klien mengatakan nyaman, dengan data Obyektifnya klien berbaring di tempat tidur dengan nyaman. Pada jam 21.00 WIB mengajarkan relaksasi pada waktu tidur respon klien data subyektif klien bersedia, respon obyektifnya klien terlihat mengantuk.

Pada hari Kamis Tanggal 20 Agustus 2009, pada diagnosa keperawatan gangguan istirahat dan tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan. Evaluasi : klien mengatakan bisa tidur sampai (6-7 jam), klien tidak sering menguap, masalah teratasi sebagian, pertahankan intervensi.

3. Kurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

Pada Tanggal 19 Agustus 2009 penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa yang ke tiga yaitu Kurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik. dengan tujuan : setelah dilakukan tindakan 2 x 24 jam klien mampu melakukan

perawatan diri dengan kriteria hasil klien bisa melakukan aktivitas personal hygiene, kuku rapi dan bersih. Intervensi yang dilakukan yaitu kaji ketidak mampuan klien, ajarkan klien untuk beraktivitas sesuai kemampuan, bantu klien dalam melakukan perawatan diri, libatkan keluarga dalam melakukan membantu aktivitas.

Pada Hari Rabu Tanggal 19 Agustus 2009 pada diagnosa keperawatan ketiga yaitu Kurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik. Implementasi yang dilakukan mengkaji ketidak mampuan klien dalam beraktivitas. Respon Subyektif: klien mengatakan belum mampu melakukan beraktivitas sendiri. Respon Obyektif : klien tampak lemah. Melibatkan keluarga dalam membantu melakukn aktivitas. Respon Subyektif : klien bersedia. Respon Obyektif keluarga membantu klien untuk beraktivitas. Memonitor keadaan umum klien, respon Subyektif : klien mengatakan pusingnya berkurang. Respon Obyektifnya : klien tampak lemah.

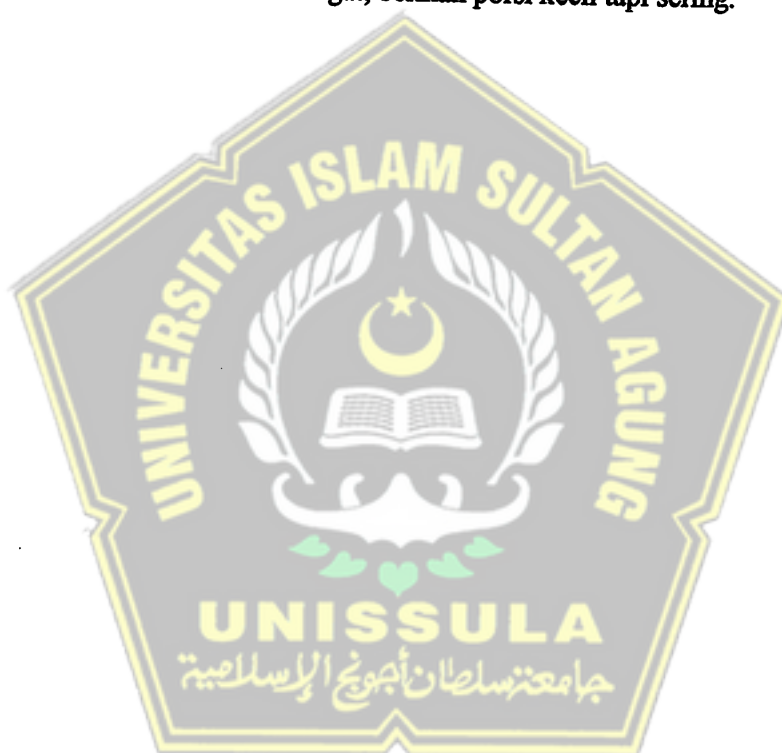
Diagnosa III pada hari Kamis Tanggal 20 Agustus 2009, pada diagnosa Kurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik. Evaluasi klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri namun minta bantuan keluarga, klien BAK ke kamar mandi dan di bantu keluarga, masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi.

4. Resiko Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat

Pada Tanggal 19 Agustus 2009 penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa yang ke empat yaitu Resiko Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat dengan tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam di harapkan klien akan terpenuhi kebutuhan nutrisinya, dengan kriteria hasil : nafsu makan klien meningkat, makan habis $\frac{1}{2}$ atau 1 porsi. Intervensi yang akan di lakukan kaji pemasukan nutrisi setiap hari, berikan penjelasan tentang pentingnya Nutrisi, timbang BB, sajikan makanan dalam keadaan hangat, berikan porsi kecil tapi sering, kolaborasi dengan tim Gizi.

Pada Hari Rabu Tanggal 19 Agustus 2009 pada diagnosa keperawatan ke empat yaitu Resiko Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat. Implementasi yang di lakukan yaitu kaji masukan Nutrisi setiap hari. Respon Subyektif : klien mengatakan makan habis porsi $\frac{1}{4}$ porsi. Respon Obyektif : klien tampak lemah. Menyuaipi klien. Respon subyektif : klien mengatakan ibu yang menyuaipi. Respon Obyektif : klien makan habis $\frac{1}{2}$ porsi. Menyajikan makanan dalam keadaan hangat. Respon Subyektif : klien mengatakan ya ?, respon obyektif : klien terlihat lemah tapi mau makan. Memberikan porsi kecil tapi sering. Respon Subyektif: klien mengatakan ya mas ?, Respon obyektif : setelah makan klien makan buah.

Diagnosa IV pada hari Kamis Tanggal 20 Agustus 2009 pada diagnosa Resiko Nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat. Evaluasi : klien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat, klien makan habis 1 porsi, masalah teratasi sebagian, lanjutkan intervensi, kaji Nutrisi setiap hari, timbang BB, berikan penjelasan tentang pentingnya Nutrisi bagi tubuh, sajikan makanan dalam keadaan hangat, berikan porsi kecil tapi sering.



BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab IV ini penulis akan membahas tentang asuhan keperawatan pada klien cedera kepala ringan (CKR) pada Nn. A yang dilakukan selama 2x24 jam di Ruang Cempaka RSUD Ungaran, dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, sampai dengan evaluasi.

Pengkajian yang dilakukan pada Tanggal 19 Agustus 2009 secara menyeluruh menggunakan metode *alloanamnesa* dan *autoanamnesa*, adapun dari hasil pengkajian ditemukan masalah keperawatan antara lain : nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial, gangguan istirahat tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan, kurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik, resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat.

A. Nyeri kepala berhubungan dengan peningkatan tekanan intra kranial.

Nyeri akut adalah suatu keadaan dimana individu mengalami dan melaporkan adanya rasa tidak nyaman yang berat atau sensasi yang tidak menyenangkan selama enam bulan atau kurang.

Data mayor : mengungkapkan tentang deskriptor nyeri (tentang nyeri yang dieskpresikan). Data minor : perubahan kemampuan untuk melanjutkan aktivitas sebelumnya. Contohnya ketidakaktifan fisik atau imobilitas, perubahan pola tidur, gangguan konsentrasi. (Carpenito, L.J, 2006)

Data yang mendukung untuk menegakkan diagnosa tersebut yaitu data subyektif : klien mengatakan nyeri pada kepala, nyeri bertambah jika beraktivitas, dan data obyektif : skala nyeri 4 pada skala 0-10, terdapat hematoma pada kepala bagian bawah sebelah kiri. Pada data obyektif perlu ditambahkan : klien tampak meringis kesakitan jika nyeri muncul dan di lanjutkan pengukuran vital sign meliputi TD : 110/70 mmHg, N : 60x/mmt, S : 36,5°C, RR : 20x/mmt dan dalam mengkaji masalah nyeri seharusnya penulis mengkaji tentang PQRST. Yaitu P : saat bangun tidur, Q : kemeng-kemeng dan pusing, R : bagian kepala sebelah kiri, S : Skala 4 (nyeri ringan), T : tiba-tiba.

Diagnosa pertama diatas belum tepat yaitu pada penulisan. Diagnosa yang tepat menurut Carpenito (2006) adalah nyeri (akut) berhubungan dengan trauma jaringan dan reflek spasme otot sekunder akibat kecelakaan.

Diagnosa nyeri oleh penulis diangkat sebagai prioritas pertama karena menurut hirarki Maslow menghindari nyeri merupakan satu dari kebutuhan fisiologis. Nyeri yang dirasakan apabila tidak segera di tangani akan mengganggu seseorang untuk memenuhi kebutuhan lainnya misalnya kebutuhan aktivitas, kebutuhan istirahat tidur, kebutuhan nutrisi. Dengan teratasinya nyeri maka diharapkan individu dapat memenuhi kebutuhan yang lain.

Untuk mengatasi masalah diatas penulis menetapkan rencana asuhan keperawatan yang meliputi tujuan : nyeri dapat terkontrol atau berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari dengan kriteria hasil: klien mengatakan nyeri sudah berkurang, klien tidak terlihat menahan nyeri, skala 4 menurun menjadi skala 3 dari skala (0-10) dan pengukuran vital sign

meliputi : TD : 110/70 – 120/80 mmHg, N : 80-100x/mmt, S : 36-37 °C, RR : 16-24x/mmt.

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan baik bersifat mandiri maupun kolaborasi meliputi : Kaji skala nyeri karena skala nyeri, monitor TTV, ajarkan tehnik relaksasi untuk mengurangi nyeri, atur posisi klien nyaman mungkin, kolaborasi dengan tim medis dengan pemberian obat analgetik. Merupakan data dasar untuk mengevaluasi kebutuhan / keefektifan intervensi dan sebagai catatan pengalaman nyeri adalah individu yang dihubungkan dengan respon fisik dan emosional. Monitor tanda-tanda vital untuk mengidentifikasi rasa dan ketidaknyamanan sebagai catatan kemungkinan takikardi, hipertensi dan peningkatan pernapasan. Ajarkan teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri karena teknik relaksasi diharapkan dapat mengurangi intensitas nyeri yaitu dengan menarik nafas dalam. Kolaborasi pemberian analgetik melalui intravena akan segera tercapai target yang diinginkan yaitu untuk mengurangi rasa nyeri.

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan di atas penulis tidak mengalami kesulitan karena didukung oleh sikap klien yang kooperatif serta suasana lingkungan yang mendukung.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari ditemukan data S: klien mengatakan sudah berkurang. Data obyektifnya : skala nyeri 3 (dari skala 0-10), TD : 110/70 mmHg, N : 60x/mmt, S : 36,5 °C, RR : 20x/mmt. Berdasarkan evaluasi yang telah penulis lakukan berdasarkan data subyektif dan obyektif maka analisisnya adalah masalah nyeri dapat teratasi.

Rencana penulis selanjutnya adalah mempertahankan kondisi klien dengan modifikasi pengawasan dan pengamatan.

B. Gangguan istirahat tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan.

Gangguan pola tidur adalah keadaan dimana individu mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam kuantitas atau kualitas pola istirahatnya yang menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gaya hidup yang diinginkannya. Data Mayor : Kesukaran tertidur atau tetap tidur. Data Minor: Keletihan waktu bangun, tidur sejenak sepanjang hari, agitasi, perubahan suasana hati. (Carpenito, L.J, 2006)

Diagnosa gangguan istirahat tidur pada tinjauan teori tidak ada, tetapi pada klien muncul karena pada saat pengkajian penulis menemukan data meliputi : data subyektif : klien mengatakan tidak puas setelah bangun tidur dan klien mengatakan tidur tadi malam hanya 4-5 jam dan siang 1 jam dan data obyektifnya : klien sering menguap dan klien terlihat lelah, karena mengalami perubahan lingkungan seperti suara yang terlalu bising, banyak pengunjung yang datang, lingkungan yang pengap dan panas sehingga klien tidak bisa tidur

Problem dari diagnosa kedua diatas belum tepat, adapun diagnosa yang tepat menurut Carpenito (2006) adalah gangguan pola tidur berhubungan dengan perubahan lingkungan.

Diagnosa gangguan istirahat tidur oleh penulis diangkat sebagai prioritas kedua, karena kebutuhan istirahat tidur merupakan kebutuhan fisiologis yang harus diatasi setelah nyeri teratasi, klien mengalami kesulitan dalam istirahat tidur disebabkan oleh perubahan lingkungan di Rumah Sakit. Apabila masalah ini tidak segera diatasi maka kebutuhan istirahat tidur klien tidak terpenuhi dan akan mempengaruhi kesehatan klien.

Untuk mengatasi masalah di atas penulis menetapkan rencana asuhan keperawatan yang meliputi tujuan: kebutuhan istirahat tidur klien terpenuhi, setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari dengan kriteria hasil : klien mengatakan bisa tidur walau terkadang terbangun, klien mengatakan puas setelah bangun tidur, klien tidak sering menguap, klien terlihat segar, tidur klien hingga 7-8 jam.

Penulis menyusun rencana asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaborasi meliputi: batasi jumlah pengunjung untuk memberikan ketenangan pada klien sehingga dapat tidur dengan nyaman dan tidak bising, berikan lingkungan yang nyaman bagi klien dengan menciptakan suasana tidur yang nyaman dan tenang maka penulis berharap klien akan tidur 7-8 jam dalam sehari. Ajarkan teknik relaksasi pada waktu akan tidur, relaksasi mengurangi ketegangan otot-otot sehingga klien merasa rileks dan dapat tidur dengan tenang, hindari minuman yang mengandung kafein seperti dalam minuman kopi, karena kafein menyebabkan klien tidak dapat tidur sehingga kebutuhan istirahat tidur tidak dapat terpenuhi, kolaborasi dengan tim medis, keperawatan adalah pekerjaan yang dilakukan secara tim sehingga perlu kerjasama.

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan istirahat klien terpenuhi, penulis mendapat dukungan sepenuhnya dari keluarga, akan tetapi untuk menciptakan lingkungan yang nyaman dan tenang, perawat bekerjasama dengan keluarga untuk menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman sehingga kebutuhan istirahat klien terpenuhi.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini yaitu dengan perawatan 2 hari diperoleh data klien mengatakan sudah bisa tidur dengan nyenyak (7-8 jam sehari) dan klien tidak sering menguap, sehingga melihat data tersebut berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan masalah gangguan pola tidur dapat teratasi sebagian. Rencana selanjutnya pertahankan intervensi.

C. Kurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik.

Sindrom kurang perawatan diri : Keadaan dimana individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan diri. (Carpenito, L.J, 2006)

Pada teori tidak dibahas diagnosa kurangnya kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik. Namun pada teori terdapat diagnosa gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan mobilitas, menurunnya kekuatan atau kemampuan motorik.

Penulis mengangkat diagnosa kurang kemampuan merawat diri berhubungan dengan kelemahan fisik, karena penulis menemukan, data subyektif : klien mengatakan tidak bisa melakukan aktivitas dan persoalan

hygiene, dan data obyektifnya : aktifitas sehari- hari dibantu keluarga, klien tampak lemah dan kukunya panjang.

Label diagnosa tersebut belum tepat menurut Carpenito 2006 yaitu sindrom kurang perawatan diri berhubungan dengan kelemahan otot sekunder akibat kecelakaan.

Penulis dalam pengkajian kelemahan pada klien kekuatan otot yaitu 4 yaitu kekuatan hanya dapat mengatasi kekuatan gravitasi, jika klien ke kamar mandi di bantu oleh keluarganya.

Diagnosa tersebut penulis angkat sebagai diagnosa ketiga, karena ini merupakan kebutuhan fisiologis, namun masih dapat ditoleransi. Kurangnya kemampuan keperawatan diri pada diri klien disebabkan kondisinya yang lemah, nyeri kepala yang menyebabkan pusing jika beraktivitas dan pada hari pertama pengkajian pemasukan nutrisi klien tidak adekuat sehingga klien kurang energi dan klien memerlukan bantuan dalam perawatan diri agar klien dapat segera mungkin mandiri dalam memenuhi kebutuhan tersebut.

Untuk mengatasi masalah tersebut penulis menetapkan rencana asuhan keperawatan yang meliputi tujuan : kebutuhan keperawatan diri dapat terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan 2 hari , dengan kriteria hasil : klien melakukan aktivitas dan personal hygiene, kuku rapi dan bersih.

Penulis merencanakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut meliputi : Kaji ketidakmampuan klien dalam beraktivitas sebagai dasar untuk menetapkan asuhan keperawatan dan untuk mengetahui seberapa jauh klien dapat melakukan aktivitas. Anjurkan klien beraktivitas sesuai kemampuan karena untuk meningkatkan rasa membaik atau meningkatkan kesehatan. Bantu klien dalam melakukan keperawatan diri memenuhi

kebutuhan yang mendukung partisipasi dan kemandirian klien. Libatkan keluarga dalam melakukan aktivitas, untuk membantu klien dalam pemenuhan kebutuhan aktivitas dan mempercepat proses penyembuhan. Monitor keadaan umum klien untuk mengetahui keadaan klien setelah beraktivitas.

Dalam melaksanakan tindakan untuk mengatasi kurangnya kemampuan merawat diri, penulis menemui sedikit hambatan yaitu dalam merawat kuku klien, karena pada saat dirawat klien sedang menstruasi sehingga tidak mau dipotong kukunya. Menurut penulis hal ini tidak mengganggu proses penyembuhan klien, meskipun begitu penulis menyarankan kukunya untuk dibersihkan setiap saat.

Evaluasi pada diagnosa ini didapatkan data klien mengatakan sudah bisa ke kamar mandi sendiri namun minta bantuan keluarga, klien BAK ke kamar mandi dan di bantu keluarga, dengan melihat data tersebut berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan masalah kurang perawatan diri dapat teratasi sebagian sehingga penulis melanjutkan rencana untuk memotivasi klien dalam melakukan aktivitas.

D. Resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat.

Perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh suatu keadaan dimana individu yang tidak puasa mengalami atau beresiko mengalami penurunan berat badan yang berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat atau metabolisme nutrien yang tidak adekuat untuk kebutuhan metabolic. (Carpenito, L.J, 2006)

Data mayor : individu yang tidak puasa melaporkan atau mengalami masukan makanan tidak adekuat kurang dari yang dianjurkan dengan atau tanpa penurunan berat badan. Data minor : berat badan 10 % sampai 20% atau lebih dibawah berat badan ideal untuk tinggi dan kerangka tubuh kelemahan otot dan nyeri tekan. (Carpenito,L.J, 2006)

Data subyektifnya : klien mengatakan nafsu makannya menurun, dan data obyektifnya : klien menghabiskan $\frac{1}{4}$ porsi, klien muntah, klien tampak lemah. Pada data obyektifnya perlu ditambahkan BB dan TB sebelum dan sesudah sakit.

Penulis melakukan pengkajian ini menemukan data-data yaitu mengatakan mual muntah setelah makan, klien makan habis 4-5 sendok. A : 150 cm, BB : sebelum sakit 52 kg, BB : selama sakit 50 kg, penurunan BB : 2 kg. B : 11,9 g/dl, HCT : 33,0. C : mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid. D : nasi hanya di makan 4-5 sendok saja. Berdasarkan data di atas problemnya adalah perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dan etiologi pemasukan yang tidak adekuat.

Data yang ditemukan pada pengkajian nutrisi yaitu C : terdapat memar pada kepala bagian bawah sebelah kiri / pada di bagian oksipital. Data tersebut lebih di gunakan untuk mendukung data nyeri akut, mukosa bibir kering, tidak ada stomatitis, tidak ada pembesaran kelenjar tyroid.

Label diagnosa ketiga diatas belum tepat yaitu pada penulisan etiologi dan problemnya. Diagnosa yang tepat menurut Carpenito (2006) adalah resiko perubahan nutrisi : kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan penurunan masukan oral.

Diagnosa keempat resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan berhubungan dengan pemasukan yang tidak adekuat, kebutuhan nutrisi menurut Hirarki Maslow merupakan kebutuhan fisiologis. Tetapi penulis mengangkat masalah ini sebagai prioritas keempat, karena masalah masih resiko yaitu dengan adanya penurunan nafsu makan. Porsi makan habis $\frac{1}{4}$ porsi, selama sakit berat badan klien tidak mengalami penurunan. Tetapi belum ada data aktual yang menunjukkan klien mengalami gangguan pemenuhan kebutuhan nutrisi, karena menurut teori dikatakan terjadi gangguan nutrisi bila ada penurunan berat badan lebih dari 20 %. Meskipun demikian masalah ini perlu mendapatkan penanganan yang efektif, agar tidak menimbulkan komplikasi lebih lanjut.

Dari diagnosa diatas, penulis menetapkan tujuan : kebutuhan nutrisi terpenuhi setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 hari dengan Kriteria hasil : Nafsu makan meningkat, Makan habis 1 porsi dalam 1 hari.

Hal-hal yang dilakukan untuk merencanakan asuhan keperawatan guna mengatasi masalah tersebut diatas baik bersifat maupun kolaborasi meliputi : Kaji masukan nutrisi tiap hari untuk mengetahui berapa banyak makanan yang dikonsumsi oleh tubuh. Berikan penjelasan tentang pentingnya nutrisi untuk menambah pengetahuan klien dan keluarga tentang nutrisi yang baik dikonsumsi oleh klien. Timbang berat badan untuk mengetahui perkembangan berat badan dan mencapai berat badan yang ideal. Sajikan makanan dalam keadaan hangat untuk menarik minat mengkonsumsi makanan agar kebutuhan nutrisi terpenuhi. Berikan porsi klien tapi sering untuk meningkatkan nafsu makan. Kolaborasi ahli gizi untuk memenuhi kebutuhan kalori bagi klien.

Dalam melaksanakan tindakan untuk mencegah resiko tinggi nutrisi kurang dari kebutuhan penulis menemui hambatan yaitu sebelum memulai makan klien harus dipaksa dulu, sehingga penulis berusaha memberikan penjelasan pentingnya nutrisi bagi tubuh.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini, yaitu dengan waktu yang terbatas 2 hari terjadi peningkatan, data yang ditemukan antara lain klien mengatakan nafsu makannya mulai meningkat, klien makan habis 1 porsi. Berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditetapkan masalah perubahan nutrisi seharusnya sudah dapat teratasi, sehingga planning selanjutnya adalah hentikan intervensi.



BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan pembahasan yang telah penulis paparkan mengenai “ASUHAN KEPERAWATAN PADA Nn. A DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN” maka penulis mengambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Cedera kepala ringan adalah gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul atau trauma tajam yang ditandai nyeri kepala, nilai GCS 15-13, dapat terjadi kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit, tidak terdapat fraktur tengkorak, kontusio atau hematoma kulit kepala
2. Fokus pengkajian pada klien cedera kepala ringan meliputi aktivitas pengkajian ketidakmampuan klien dalam beraktivitas, ajarkan klien beraktivitas sesuai kemampuan, bantu klien dalam melakukan perawatan diri, melibatkan keluarga dalam melakukan aktivitas.
Fokus intervensi ditujukan untuk memenuhi kebutuhan klien merawat diri dan melakukan aktivitas personal hygiene.
3. Asuhan keperawatan pada klien Nn. A difokuskan untuk mengurangi nyeri meliputi kaji skala nyeri, memonitor TTV, ajarkan tehnik relaksasi untuk mengurangi rasa nyeri, atur posisi klien nyaman mungkin, kolaborasi dengan tim medis yaitu pemberian obat analgetik.

B. Saran

1. Penulis

Bagi penulis mampu memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Cedera Kepala Ringan, dengan menggunakan pendekatan manajemen Keperawatan secara benar dan tepat dan sesuai dengan standar keperawatan secara profesional.

2. Institusi pendidikan

Bagi institusi Pendidikan diharapkan untuk lebih menekankan pada aspek teori asuhan keperawatan dan pelaksanaannya secara komprehensif, sehingga mahasiswa dapat membuat laporan asuhan keperawatan dengan baik.

3. Pelayanan kesehatan

Memberi asuhan keperawatan sesuai dengan standart pelayanan sebagai pasien akan mendapatkan asuhan keperawatan yang komprehensif.

4. Masyarakat

Diharapkan untuk lebih menekankan pada masyarakat untuk mengurangi tingkat kecelakaan diwajibkan menggunakan helm standar, karena Sebagian besar penderita cedera kepala disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas,

DAFTAR PUSTAKA

- Batticaca, F.B. 2008. *Buku Asuhan keperawatan pada klien dengan gangguan system persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Carpenito, L.J, 2006. *Buku saku diagnosa keperawatan*, edisi 10,. Jakarta : EGC
- Ginsberg, L. 2006. *Lecture Notes.: Neurologi*. Ltd : Erlangga.
- Grace, P. A. & Borley, N. R., 2006. *At a Glance Ilmu bedah*. Ltd : Erlangga
- Harsono, 2005. *Kapita Selekt Neurologi*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press.
- [Http://www.kabarindonesia.com/berita.php?pil=20&dn=20080427234109](http://www.kabarindonesia.com/berita.php?pil=20&dn=20080427234109) hari diunduh selasa tanggal 20/04/2010 jam 11.30 WIB.
- Japardi, Iskandar, 2004. *Cedera kepala*. Jakarta barat : PT. Bhuana ilmu populer.
- Mansyoer, A, 2001. *Kapita selekta* Edisi 3, Jakarta : ECG.
- Muttaqin, A, 2008. *Buku asuhan keperawatan klien dengan gangguan sistem persarafan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Smeltzer. S.C & Bare B.G., 2002. *Buku ajar Keperawatan medikal bedah*, edisi 8 volume 3. Jakarta : EGC.
- Tarwoto, Wartonah, E.S, 2007. *Keperawatan Medikal Bedah Gangguan sisitem Persarafan*. Jakarta : CV. Sagung Seto.