

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA SAUDARA M  
YANG MENGALAMI CEDERA KEPALA SEDANG DI RSUD  
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**KARYA TULIS ILMIAH**



**DIAJUKAN OLEH:**

**SRI WAHYUNI**

**2011102416030**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH KALIMANTAN TIMUR**

**2023**

**Studi Kasus Asuhan keperawatan pada Saudara M  
Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang di RSUD  
Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

**Karya Tulis Ilmiah**

Untuk Memperoleh Gelar Ahli Madya Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur



**Diajukan Oleh:**

**Sri Wahyuni**

**2011102416030**

**Program Studi DIII Keperawatan**

**Fakultas Ilmu Keperawatan**

**Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur**

**2023**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Wahyuni  
NIM : 2011102416030  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul : Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada saudara. M yang mengalami cedera kepala sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Menyatakan bahwa penelitian yang saya tulis ini benar-bener hasil karya sendiri, bukan merupakan pengambilan alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan saya sendiri. Apabila dikemudian hari dapat dibuktikan bahwa terdapat plagiat dalam penelitian ini, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan (Permendiknas no. 17, tahun 2010).

Samarinda, 13 Januari 2023



Sri Wahyuni  
Nim. 2011102416030

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN SAUDARA BAPAK M YANG  
MENGALAMI CEDERA KEPALA SEDANG DI RSUD ABDOEL**

**WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**

**DISUSUN OLEH:**

**SRI WAHYNUNI**

**2011102416030**

**Disetujui untuk diujikan**

**Pada Tanggal, 16 Maret 2023**

**PEMBIMBING**



**Ns. Taharuddin, M.Kep**

**NIDN : 1129058501**

**Mengetahui,**

**Koordinator Karya Tulis Ilmiah**



**Ns. Misbah Nurjannah, M.Kep**

**NIDN : 1129018501**

**LEMBAR PENGESAHAN**

**STUDI KASUS ASUHAN KEPERAWATAN PADA SAUDARA M YANG  
MENGALAMI CEDERA KEPALA SEDANG DI RSUD  
ABDUL WAHAB SJAHRANIE SAMARINDA**


**DISUSUN OLEH :**

**SRI WAHYUNI**

**2011102416030**

**Diseminarkan dan diujikan**

**Pada Tanggal, 16 Maret 2023**

Penguji 1  
  
**Ns. Faried R Hidayat, S.Kep. M.Kes**  
**NIDN : 1112068002**

penguji 2  
  
**Ns. Taharuddin, M.Kep**  
**NIDN : 1129058501**

**Mengetahui,**

**Ketua Program Studi DIII Keperawatan**



  
**Ns. Sri Wahyuni, M.Kep., Sp. Mat., Ph.D**  
**NIDN. 1105077501**

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI  
KARYA TULIS ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademika Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sri Wahyuni

NIM : 2011102416030

Program Studi : DIII Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur. **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-Exclusive Royalti-Free Right*)** Atas karya tulis saya yang berjudul: Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada saudara M Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Hak Bebas Royalti Noneksklusif Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur berhak menyimpan, mengalih mediakan/ formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Dibuat : Samarinda

Pada Tanggal : 9 Maret 2023

Yang menyatakan



### **Motto**

“Jangan kamu merasa lemah dan jangan bersedih, sebab kamu paling tinggi derajatnya jika kamu beriman (Q.S Ali Imran: 139)”

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, Taufik, dan Hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Saudara M yang Mengalami Cedera Kepala Sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

Karya tulis ilmiah ini disusun untuk memenuhi salah satu syarat mendapatkan gelah Ahli Madya Keperawatan. terselesaikannya karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari dukungan, bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Prof. Bambang setiadji, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
2. Dr. David Hariadi Masjhoer SP.OT, selaku direktur RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda
3. Dr. Hj Nunung Herlina., S.Kp., M.Pd, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur
4. Ns. Tri Wahyuni, M.Kep., Sp.Mat., Ph.D, selaku Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan
5. Ns. Taharuddin, M.Kep, selaku Pembimbing Karya Tulis Ilmiah sekaligus selaku penguji 2
6. Ns. Faried R Hidayat S, Kep, M.Kes, selaku Penguji Karya Tulis Ilmiah sekaligus selaku penguji 1
7. Orang tua yang selalu memberikan dukungan, semangat dan doa dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.
8. Rekan mahasiswa angkatan 2020 yang telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.



9. Seluruh Civitas Akademika telah memberikan dukungan dan semangat dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini

Penelitian sangat menyadari bahwa penulisan Karya Tulis Ilmiah ini masih terdapat banyak kekurangan dan keterbatasan, sehingga peneliti mengharapkan saran dan masukan yang membangun demi perbaikan selanjutnya.

Samarinda, 9 Maret 2023

Sri Wahyuni

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERNYATAAN ORISINITALITAS</b> .....	ii
<b>LEMBAR PERETUJUAN</b> .....	iii
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> .....	iv
<b>HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI</b> .....	v
<b>MOTTO</b> .....	vii
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	viii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xii
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	xiii
<b>INTISARI</b> .....	
<b>ABSTRAK</b> .....	
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b> .....	1
<b>A. Latar Belakang</b> .....	1
<b>B. Rumusan Masalah</b> .....	5
<b>A. Tujuan Penelitian</b> .....	6
1. Tujuan Umum .....	6
2. Tujuan Khusus .....	6
<b>B. Manfaat Penelitian</b> .....	7
1. Manfaat Teoritis .....	7
2. Manfaat Praktis .....	7
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKAN</b> .....	9
<b>A. Konsep Penyakit</b> .....	9
1. Pengertian .....	9
2. Etiologi .....	9
3. Tanda dan gejala .....	10

4. Patofisiologi .....	11
5. Pathway .....	12
6. Klasifikasi .....	13
7. Factor resiko.....	14
8. Komplikasi .....	14
9. Pemeriksaan penunjang .....	14
10. Penatalaksanaan .....	16
<b>B. Konsep Asuhan Keperawatan .....</b>	<b>17</b>
1. Pengkajian .....	17
2. Diagnosa .....	22
3. Perencanaan .....	23
4. Implementasi.....	31
5. Evaluasi.....	31
<b>BAB III METODE PENELITIAN .....</b>	<b>33</b>
A. Desain Penelitian .....	33
B. Subjek Studi kasus.....	33
C. Fokus Studi .....	34
D. Definisi Operasional .....	34
E. Instrumen Studi Kasus.....	34
F. Tempat dan Waktu Studi Kasus .....	37
G. Prosedur Penelitian .....	37
H. Metode dan Instrumen pengumpulan data.....	38
I. Keabsahan data.....	39
J. Analisis dan Penyajian Data .....	39
K. Etika Studi Kasus.....	40
<b>BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....</b>	<b>43</b>
<b>A. Hasil.....</b>	<b>43</b>
1. Gambaran lokasi penelitian.....	43
2. Pengkajian.....	43

3. Analisa data.....	54
4. Intervensi keperawatan .....	57
5. Implementasi keperawatan.....	60
6. Evaluasi keperawatan.....	64
<b>B. Pembahasan.....</b>	<b>71</b>
1. Pengkajian.....	71
2. Diagnosa .....	73
3. Intervensi.....	77
4. Implementasi .....	80
5. Evaluasi.....	83
<b>BAB V KESIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>86</b>
<b>A. Kesimpulan.....</b>	<b>86</b>
1. Pengkajian.....	86
2. Diagnosa .....	86
3. Intervensi.....	87
4. Implementasi.....	87
5. Evaluasi.....	87
<b>B. Saran .....</b>	<b>88</b>
1. Bagi peneliti .....	88
2. Bagi rumah sakit .....	88
3. Bagi institusi pendidikan.....	88
4. Bagi penulis selanjutnya .....	89

## **DAFTAR PUSTAKA**

## **LAMPIRAN**

## **DAFTAR TABEL**

Table 2.1 Intervensi Keperawatan .....	28
Table 4.1 Hasil Laboratorium .....	59
Table 4.2 Analisa dan Diagnosa Keperawatan .....	61
Table 4.3 Intervensi Keperawatan .....	64
Table 4.4 Implementasi Keperawatan .....	67
Table 4.5 Evaluasi Keperawatan .....	70

## **DARTAR GAMBAR**

Gambar 2.1 Pathway .....	12
Gambar 4.1 Genogram .....	49

**Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Saudara M yang Mengalami Cedera Kepala Sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda**

**Sri Wahyuni<sup>1</sup>, Taharuddin<sup>2</sup>**

Program Studi DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur  
Jl. Ir. H. Juanda No. 15, Samarinda

E-mail: [wsri4399@gmail.com](mailto:wsri4399@gmail.com)

**INTISARI**

**Latar Belakang:** Cedera kepala sedang (CKS) adalah kondisi yang muncul karena dampak benturan, pukulan, atau guncangan pada kepala, atau bahkan cedera kepala yang parah yang mengganggu fungsi normal otak. Tindakan mandiri untuk pasien CKS post operasi untuk membantu proses penyembuhan luka salah satunya yaitu dengan perawatan luka.

**Tujuan:** Memberikan perawatan medis kepada pasien yang mengalami Cedera Kepala Sedang (CKS) dan melaksanakan tindakan perawatan luka sendiri selama periode perawatan yang berlangsung selama 5 hari.

**Metode:** Metode karya tulis ini adalah deskriptif dalam bentuk studi kasus yang menggunakan pendekatan perawatan keperawatan.

**Hasil:** Setelah menjalani perawatan keperawatan selama 5 hari, luka tersebut telah mengalami peningkatan dengan gejala luka mengering, tanpa adanya bau yang tidak diinginkan, dan penurunan rasa nyeri.

**Kesimpulan:** Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien CKS selama 5 hari dengan tindakan perawatan luka belum mencapai penyelesaian yang diharapkan.

**Kata Kunci:** Asuhan keperawatan, cedera kepala sedang, perawatan luka post operasi.

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup> Dosen Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

*Case Study of Nursing Care for Brother M Who Suffered a Moderate Head Injury at Abdul Wahab Sjahranie Hospital, Samarinda*

*Sri Wahyuni<sup>3</sup>, Taharuddin<sup>4</sup>*

*DIII Nursing Study Program, Faculty of Nursing  
University of Muhammadiyah East Kalimantan  
Jl. Ir. H. Juanda No. 15, Samarinda*

*E-mail: [wsri4399@gmail.com](mailto:wsri4399@gmail.com)*

**ABSTRACT**

**Research Background:** *Moderate head injury CKSI) is a condition that arises due to the impact of a bump, blow, or shock to the head, or even a severe head injury that disrupts the normal functioning of the brain. Independent action for postoperative CKS patients to help the wound healing process is wound care.*

**Research Objectives** *Provided medical care to a patient with a moderate head injury and performed wound self-care measures during the 5-day treatment period.*

**Research Method:** *The method of this paper is descriptive in the form of a case study that uses a nursing care approach.*

**Results:** *After 5 days of nursing care, the wound had improved with symptoms of wound drainage, absence of unwanted odor, and decreased pain.*

**Conclusion:** *Nursing care provided to CKS patients for 5 days with wound care measures has not reached the expected completion.*

**Keywords:** *Nursing care, moderate head injury, postoperative wound care*

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur

<sup>2</sup> Dosen Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur



## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

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

Cedera kepala sedang (CKS) adalah kelainan yang timbul akibat dampak fisik seperti benturan, pukulan, atau guncangan pada kepala, atau bahkan cedera kepala yang parah yang mengakibatkan ketidaknormalan dalam fungsi otak (Simanjuntak, 2020). Cedera kepala dapat diklasifikasikan berdasarkan tingkat kesadaran, seperti yang dijelaskan (Bahrudin, 2017). Pada umumnya, pasien dengan cedera kepala sedang, sering mengalami penurunan tingkat kesadaran, perubahan tingkat kesadaran, dan juga gangguan fungsi pernapasan. Salah satu contoh gangguan pernapasan yang umum pada kasus ini adalah takipnea, hiperventilasi, dispnea, orthopnea, dan apnea, seperti yang dijelaskan dalam studi (Konvas & Sowers, 2018).

Menurut statistik dari WHO di 2020, setiap tahunnya, sekitar 1,35 juta kasus kematian akibat kecelakaan lalu lintas terjadi, dan 20-50 juta orang mengalami luka berat di seluruh dunia. Data ini menunjukkan bahwa 93% dari kasus-kasus ini terjadi di Negara-negara berkembang. Cedera kepala ini umumnya terjadi pada usia dewasa, dengan perkiraan sekitar 939 kasus per 100.000 penduduk di seluruh dunia dan 344 kasus per 100.000 penduduk di wilayah Asia. Oleh karena itu, diperkirakan sekitar 69 juta orang di seluruh dunia akan mengalami cedera kepala setiap tahun. Di Amerika Serikat, selama periode

2002-2006, perkiraan jumlah kasus cedera kepala adalah sekitar 579 kasus per 100.000 penduduk, yang setara dengan sekitar 1,7 juta kasus per tahun.

Berdasarkan data dari Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) antara tahun 2007 hingga 2018 di Indonesia, terlihat adanya peningkatan angka kejadian cedera kepala setiap tahunnya. Hasil riset juga menunjukkan bahwa angka kejadian cedera kepala lebih tinggi pada laki-laki dibandingkan dengan perempuan, terutama pada kelompok usia di bawah 25 tahun. Selain itu, cedera kepala menempati urutan ketiga dalam hal bagian tubuh yang paling sering terkena akibat kecelakaan lalu lintas, setelah anggota gerak yang mengalami luka permanen dan mengganggu kualitas hidup penderitanya (Riset Kesehatan Dasar, 2018).

Cedera kepala paling sering disebabkan oleh jatuh (sebanyak 40,9%) dan kecelakaan sepeda motor (sebanyak 40,6%), sementara cedera akibat tekanan dari benda tajam atau tumpul mencapai 7,3%. Sisanya, cedera kepala disebabkan oleh kejadian di transportasi darat lainnya (7,1%) dan kejatuhan (2,5%). Dalam hal jumlah korban cedera kepala, laki-laki merupakan mayoritas dengan 53 orang (65%), sedangkan perempuan sejumlah 28 orang (28%) (Aprilia, 2017). Hal ini juga dapat dijelaskan oleh fakta bahwa jumlah pengguna jalan raya yang utama adalah kendaraan bermotor yang umumnya dikendarai oleh laki-laki daripada perempuan. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Aprilia (2017), grup umur 20-39 tahunan memiliki jumlah insiden lalu lintas yang lebih tinggi, hal ini

mungkin terjadi karena pada kelompok usia ini terdapat lebih banyak pengguna jalan raya.

Menurut penelitian yang dilakukan oleh Ulul Albab dkk, (2021), di Kalimantan Timur, cedera kepala sedang memiliki prevalensi yang mencapai posisi ketiga berdasarkan bagian tubuh yang mengalami cedera, dengan persentase sekitar 10,17%. Selain itu, pada tahun 2022, bulan Desember, terdapat satu kasus cedera kepala sedang yang terjadi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, di ruang Edelweis, selama kurang lebih satu minggu. Dalam penelitian tersebut juga disebutkan bahwa angka kejadian cedera kepala di Samarinda menempati urutan ke-4 di antara daerah-daerah lain di Kalimantan Timur.

Dampak dari trauma kepala pada pasien dan keluarganya melibatkan perubahan fisik dan psikologis. Asuhan keperawatan dalam kasus cedera kepala memegang peran yang sangat penting, terutama dalam upaya mencegah komplikasi. Cedera kepala dapat berpotensi menyebabkan komplikasi seperti infeksi dan perdarahan, dan bahkan dapat berkontribusi pada hampir setengah dari total kematian yang disebabkan oleh trauma. Cedera kepala merupakan kondisi yang parah, sehingga pentingnya penanganan yang cepat dan tepat sangat ditekankan. Penanganan yang tidak optimal dan penundaan dalam merujuk pasien dapat memperburuk keadaan penderita dan mengurangi peluang pemulihan fungsi mereka (Tarwoto, 2007).

Jika cedera kepala tidak ditangani dengan baik, dapat mengakibatkan penurunan tingkat kesadaran hingga mencapai tahap koma, serta dapat menyebabkan gangguan neurologis yang mempengaruhi pergerakan. Ketika terjadi perdarahan dan fraktur pada tengkorak, lokasi lesi di otak dapat menyebabkan perdarahan yang berhubungan dengan posisi lesi tersebut. Pasien juga mungkin mengalami kejang otot dan masalah dalam bergerak. Selain itu, jika terjadi perdarahan dan fraktur tengkorak, bisa mengakibatkan terbentuknya hematoma yang meningkatkan tekanan intrakranial. Peningkatan tekanan intrakranial ini bisa menyebabkan gejala seperti nyeri kepala atau pusing. Untuk mengurangi ketidaknyamanan ini, tindakan relaksasi pernapasan dalam dapat dilakukan (Maria Putri Sari Utami, 2021).

Nyeri adalah sensasi perasaan tak nyaman sensoris yang muncul akibat kerusakan pada jaringan, baik yang sudah terjadi secara aktual maupun yang berpotensi terjadi (Nurarif, 2015). Nyeri akut adalah respons pertahanan tubuh yang terjadi selama <6 bulan. Di sisi lain, nyeri kronis ialah jenis nyeri yang berlangsung secara terus-menerus atau berulang selama periode waktu yang panjang, baik itu nyeri yang ringan atau berat. Untuk mengurangi ketidaknyamanan nyeri ini, bisa dilakukan tindakan relaksasi pernapasan dalam (Maria Putri Sari Utami, 2021).

Perawatan luka melibatkan tindakan seperti membersihkan, menutup, dan membalut luka dengan tujuan untuk mendukung proses penyembuhan luka. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kemajuan penyembuhan luka adalah

penerapan teknik perawatan luka yang tepat. Saat ini, penanganan perawatan luka pasca operasi masih belum mencapai tingkat optimal, terlihat dari kurangnya kepatuhan perawat dalam menjalankan prosedur yang tepat. Luka operasi merujuk pada luka yang timbul sebagai hasil dari tindakan pembedahan, seperti contohnya operasi usus buntu atau luka bekas operasi kepala, dan lain sebagainya. Pada kondisi ini, penting untuk memastikan bahwa luka berada dalam keadaan bersih, sehingga perawatan luka selanjutnya menjadi hal yang sangat krusial. Memelihara kebersihan dan sterilitas luka menjadi aspek penting yang harus ditekankan agar luka dapat sembuh dengan baik (Verany Melinda Purba, dkk, 2021).

Perawat perlu memiliki pengetahuan yang memadai mengenai pelaksanaan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang, dengan tujuan untuk mencegah komplikasi dan memungkinkan pasien untuk pulih dan kembali berfungsi secara normal. Berdasarkan pertimbangan tersebut, penulis telah melakukan studi kasus dengan judul Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **B. Rumusan Masalah**

Bagaimana Asuhan Keperawatan pada saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Mahasiswa mampu memperoleh atau memberikan gambaran nyata dalam asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala sedang di ruang Edelweis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

## **2. Tujuan Khusus**

Tujuan Khusus yang dapat dicapai oleh penulis setelah pelaksanaan asuhan keperawatan adalah:

- a. Kemampuan untuk menjalankan pengkajian dan menganalisis data pada pasien saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di ruang Edelweis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- b. Kemampuan untuk mencegah penyakit dengan menerapkan diagnosis keperawatan pada pasien saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di ruang Edelweis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- c. Dapat merancang intervensi keperawatan untuk pasien saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di ruang Edelweis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- d. Dapat menjalani pelaksanaan perawatan yang telah dirancang untuk pasien saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di ruang Edelweis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
- e. Mampu mengimplementasikan evaluasi terhadap perawatan yang diberikan kepada pasien saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di ruang Edelweis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

- f. Mampu menganalisis hasil dari satu tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di ruang Edelweis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.

#### **D. Manfaat Peneliti**

##### **1. Manfaat Teoritis**

Dari segi teori, ditargetkan bahwa hasil dari penelitian ini mampu memberikan kontribusi dalam memperbaiki serta mengembangkan kualitas Pendidikan dan pemberian asuhan keperawatan, terutama pada kasus pasien dengan cedera kepala sedang. Studi ini juga bisa menjadi acuan bagi mereka yang berencana untuk menjalankan penelitian sejenis dalam ranah yang serupa.

##### **2. Manfaat praktis**

###### **a. Manfaat bagi Peneliti/Mahasiswa**

Diharapkan agar temuan dari studi ini memiliki potensi untuk penulis menerapkan pengetahuan diperoleh dari experience sebenarnya dalam memberikan perawatan kepada pasien yang mengalami cedera kepala sedang. Selain itu, diharapkan juga bahwa studi ini dapat memperluas wawasan dan meningkatkan keterampilan, terutama dalam merawat pasien yang mengalami cedera kepala sedang.

###### **b. Manfaat Bagi Instansi Terkait RSUD Abdul Wahab Sjahranie**

Diharapkan bahwa hasil dari perawatan keperawatan ini dapat memberikan manfaat khususnya dalam pengembangan referensi di

perpustakaan RSUD Abdul Wahab Sjahranie, yang nantinya dapat menjadi sumber referensi untuk studi selanjutnya.

c. Manfaat Bagi Pasien Dan Keluarga

Studi ini memiliki manfaat yang signifikan bagi pasien dan keluarganya, karena dapat membantu mereka dalam menghadapi permasalahan yang muncul akibat cedera kepala sedang, sehingga mendorong pemulihan pasien tersebut serta memberikan bantuan dalam mengatasi dampak penyakitnya.



## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Konsep Penyakit**

##### **1. Definisi**

Cedera kepala sedang adalah istilah yang digunakan untuk menggambarkan jenis cedera kepala yang mencakup jaringan kulit kepala, tulang tengkorak, atau jaringan otak. Cedera kepala dapat dibagi menjadi tiga kategori utama, yakni ringan, sedang, dan berat, dengan tingkat keparahannya sering diukur dengan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS), Skor GCS 13-15 dianggap sebagai tanda cedera kepala ringan, GCS 9-12 dianggap sebagai tanda cedera kepala sedang, dan GCS 8 dianggap sebagai tanda cedera kepala berat (Simanjuntak, 2020). Semakin parah cedera kepala yang dialami seseorang, semakin tinggi risiko kematian yang dihadapi oleh pasien tersebut (Marbun, Sinuraya, Amala & Simanjuntak, 2020). Cedera kepala adalah kerusakan pada kepala yang dapat disebabkan oleh berbagai faktor, termasuk jatuh tak disengaja, kecelakaan kendaraan bermotor, dampak dari objek tumpul atau tajam, benturan dengan objek bergerak, dan juga benturan kepala dengan benda diam atau tidak bergerak (Manurung, 2018).

##### **2. Etiologi**

Cedera kepala sedang adalah istilah yang mencakup beragam jenis cedera yang terjadi pada kulit kepala, tulang tengkorak, otak, serta jaringan

dan pembuluh darah di dalam kepala (Haryono & Utami, 2019). Cedera kepala disebabkan oleh trauma pada kepala, seperti jatuh tanpa sengaja, kejadian di jalan raya, efek dari objek tajam atau benda keras, tabrakan dengan objek yang bergerak, dan juga benturan kepala pada objek yang tidak bergerak (Manurung, 2018).

### **3. Tanda dan gejala**

Tanda dan gejala cedera kepala sedang menurut Marbun et al. (2020), adalah sebagai berikut:

- a. Peningkatan tekanan intrakranial (TIK) dengan manifestasi sebagai berikut:
  - 1) Terjadinya trias TIK yang mencakup tingkat kesadaran yang menurun, kegelisahan, iritabilitas, perubahan ukuran pupil, adanya edema, serta muntah dengan proyektil.
  - 2) Terjadi penurunan fungsi neurologis, seperti perubahan dalam bicara, perubahan respons pupil, dan perubahan sensorik motorik.
  - 3) Pasien dapat mengalami sakit kepala, mual, dan gangguan penglihatan seperti penglihatan ganda (diplopia).
- b. Adanya fraktur pada tulang tengkorak, yang ditandai oleh:
  - 1) Keluarnya cairan cerebrospinal (CSF) atau darah dari telinga dan hidung.
  - 2) Terjadinya perdarahan di belakang membran timpani (Otorrhoe).
  - 3) Terjadinya perdarahan di dalam hidung (Rhinoorrhoe).

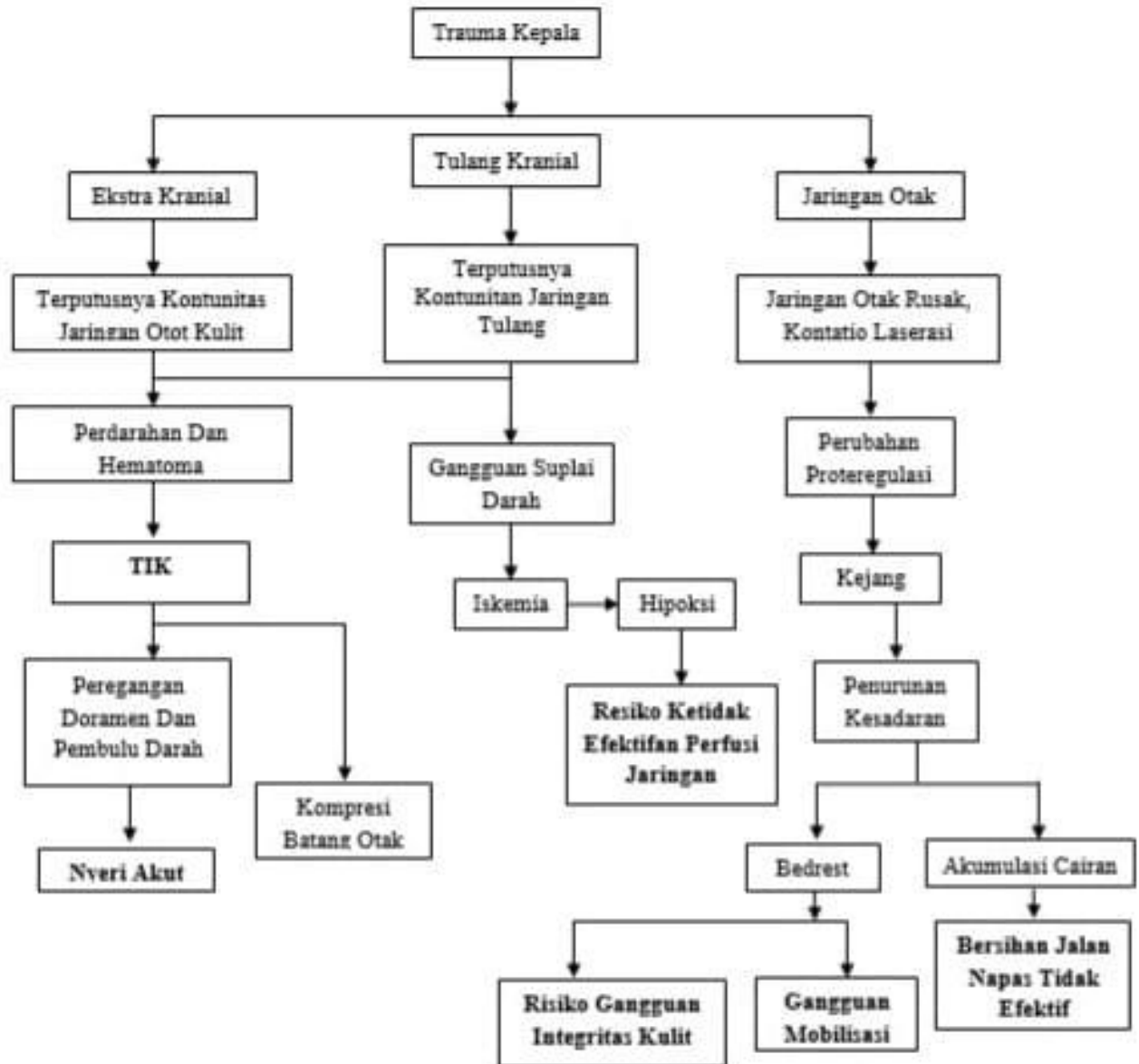
- 4) Adanya memar di sekitar mata (periorbital ekimosis).
  - 5) Terdapat memar di daerah mastoid yang dikenal sebagai Battle's sign.
- c. Komosis serebri, yang gejalanya mencakup:
- 1) Terjadinya sakit kepala dan pusing.
  - 2) Mengalami amnesia retrograde.
  - 3) Kehilangan kesadaran selama lebih dari atau sama dengan 5 menit.
- d. Kontusio serebri, yang gejalanya meliputi:
- 1) Biasanya terjadi pada cedera kepala yang parah, termasuk fraktur tulang tengkorak.
  - 2) Terdapat peningkatan tekanan intrakranial (TIK).
  - 3) Munculnya tanda dan gejala herniasi otak.
  - 4) Kontusio yang memengaruhi batang otak.

#### **4. Patofisiologi**

Cedera pada kepala bisa muncul akibat dampak dari benda tumpul, benda tajam, atau kecelakaan. Cedera kepala yang terjadi langsung setelah trauma disebut cedera kepala primer, dan cedera ini kemudian bisa mengarah pada cedera kepala sekunder. Akibat dari trauma, terjadi kelainan pada sel-sel otak dan peningkatan rangsangan sistem saraf simpatik, yang mengakibatkan peningkatan tahanan dalam sistem peredaran darah dan peningkatan tekanan darah.

Selain itu, terjadi penurunan tekanan di pembuluh darah paru-paru, yang mengakibatkan peningkatan tekanan hidrostatik dan potensial untuk kebocoran cairan dari kapiler. Cedera ini juga dapat mengakibatkan pembengkakan (edema) dan hematoma di otak, yang akan meningkatkan tekanan intrakranial. Akibatnya, pasien dapat mengalami gejala seperti pusing dan nyeri yang hebat di kepala (Lestari, 2021).

## 5. Pathway



Gambar 2.1 Pathway Cedera Kepala Sedang (Mawarni, 2020)

## 6. Klasifikasi

Penilaian tingkat keparahan cedera kepala dapat dilakukan menggunakan Glasgow Coma Scale (GCS) sesuai pedoman Tim Pusat

Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (pusbankes, 2018). Berdasarkan tingkat keparahannya itu dapat dibagi menjadi:

- a. Cedera kepala ringan (CKR)
  - 1) Tanpa gejala kontusio pada tengkorak.
  - 2) Tanpa gejala kontusio serebri atau hematoma pada otak.
  - 3) Skor GCS antara 13-15.
  - 4) Mungkin mengalami kehilangan kesadaran, tetapi tidak melebihi 30 menit.
- b. Cedera kepala sedang (CKS)
  - 1) Pasien mengalami hilang kesadaran.
  - 2) Muntah.
  - 3) Skor GCS antara 9-12.
  - 4) Kemungkinan adanya fraktur pada tengkorak, serta mengalami kebingungan.
- c. Cedera kepala berat (CKB)
  - 1) Skor GCS antara 3-8.
  - 2) Tidak sadar selama lebih dari 24 jam.
  - 3) Terdapat tanda kerusakan otak, luka dalam otak, atau pembekuan darah di dalam otak.

## **7. Faktor resiko**

Terdapat 4 faktor resiko, yaitu Faktor usia, Hipotensi, Hipoksia, dan juga Diameter pupil serta reaksi Cahaya.

## **8. Komplikasi**

Pasien yang mengalami cedera kepala juga berpotensi mengalami cedera aksonal yang pada jangka panjang dapat menyebabkan gangguan fisik, kognitif, dan psikososial, ini sangat berisiko mengalami cedera dalam tengkorak yang serius. Menurut (Papa & Goldberg, 2018), terdapat beberapa macam komplikasi, yaitu: Sindrom Postconcussion, Kejang Pasca Trauma, Meningitis, Abses Otak, dan Edema Paru Neurologi.

## **9. Pemeriksaan Penunjang**

Menurut Manurung (2018), hasil pemeriksaan radiologi dengan foto polos kepala sering menunjukkan temuan berikut pada pasien dengan cedera kepala:

### **a. Foto Polos Kepala**

Pemeriksaan radiografi kepala disarankan dalam situasi-situasi tertentu, seperti luka kepala dengan panjang lebih dari 5 cm, luka tembus yang disebabkan oleh peluru atau benda tajam, deformitas yang terlihat pada kepala saat pemeriksaan visual dan penekanan, keluhan nyeri kepala yang tidak mereda, adanya gejala neurologis yang spesifik, dan penurunan kesadaran.

### **b. CT-Scan Kepala**

Pemeriksaan CT-Scan kepala merupakan standar dalam penanganan cedera kepala. Pemeriksaan ini digunakan untuk mengidentifikasi

kemungkinan patah tulang tengkorak, perdarahan, pembengkakan jaringan otak, dan kelainan pada otak.

c. Pemeriksaan Laboratorium

Biasanya dilakukan pemeriksaan tes darah, pengukuran kadar gula darah saat ini, analisis ureum-kreatinin, analisis gas darah, dan pengukuran kadar elektrolit.

d. MRI (*Magnetic Resonance Imaging*)

Pemeriksaan MRI umumnya dilakukan pada pasien yang mengalami gangguan status mental dan ketika hasil CT-Scan tidak memberikan informasi yang memadai. MRI telah terbukti memiliki tingkat sensitivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan CT-Scan, terutama dalam mengidentifikasi kerusakan non-hemoragik yang terkait dengan cedera aksonal.

e. X-Ray

Digunakan untuk menemukan perubahan dalam struktur tulang, seperti fraktur, serta perubahan dalam garis struktural yang dapat mengindikasikan perdarahan atau pembekakan. Pemeriksaan ini membantu dalam mendeteksi fragmen tulang.

f. Rontgen Thoraks Dua Arah (PA/AP dan Lateral)

Pemeriksaan rontgen thoraks dilakukan untuk menilai adanya akumulasi udara atau cairan di area pleura, yang dapat mengindikasikan masalah pada paru-paru.



g. Analisa Gas Darah (AGD/Astrup)

AGD merupakan salah satu uji diagnostik yang digunakan untuk menilai kondisi pernapasan. Dalam melakukan AGD, kita dapat mengevaluasi kondisi oksigenasi dan keseimbangan asam-basa dalam tubuh.

## 10. Penatalaksanaan

Menurut panduan pengelolaan cedera kepala (Lestari, 2021), langkah-langkah penanganan meliputi:

a. Keperawatan

1. Pengawasan selama 24 jam.
2. Melakukan anamnesis, pemeriksaan fisik, dan evaluasi neurologis.
3. Stabilisasi Airway, Breathing, dan Circulation (ABCD).
4. Pemasangan kateter untuk memonitor produksi urine.
5. Pada pasien anak, disarankan istirahat dengan tiduran.

b. Medis

1. Pemberian infus dengan cairan non-osmotik, kecuali dextrose, disarankan karena dextrose dapat cepat di-metabolisme menjadi air dan karbon dioksida, yang bisa menyebabkan edema serebri.
2. Terapi obat-obatan
  - a) Dexamethasone atau methylprednisolone digunakan sebagai pengobatan anti-edema serebral. Dosisnya disesuaikan dengan tingkat keparahan trauma.

- b) Terapi anti-edema dapat dilakukan dengan menggunakan larutan hipertonik seperti mannitol 20%, glukosa 40%, atau gliserol 10%.
- c) Antibiotik yang memiliki kemampuan menembus sawar darah-otak, seperti penisilin, atau metronidazole jika terdapat infeksi anaerob.
- d) Pemberian obat simptomatik dapat diberikan melalui infus intravena atau supositoria.
- e) Analgetik dapat diberikan untuk mengatasi nyeri.
- f) Terapi hiperventilasi mungkin diperlukan pada pasien dengan trauma kepala berat untuk mengurangi vasodilatasi.
- g) Tindakan bedah dilakukan jika terjadi fraktur pada tengkorak atau laserasi.

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan**

### **1. Pengkajian**

Pada pasien cedera kepala, pengkajian difokuskan pada penilaian status neurologis, langkah utama yang perlu diambil sebelum pemberian pengobatan(Fachruddin, 2020).

#### **a. Anamnesa**

Pengumpulan informasi mengenai identitas pasien, termasuk nama, jenis kelamin, usia, alamat, agama, bahasa yang digunakan, status

perkawinan, tingkat pendidikan, pekerjaan, nomor register, tanggal masuk rumah sakit, dan diagnosis medis (Fachruddin, 2020).

b. Pengkajian 13 Domain Nanda (Fachruddin, 2020).

1) Domain 1: Health promotion

a. Keluhan utama

Penderita cedera kepala umumnya mengalami penurunan tingkat kesadaran.

b. Riwayat penyakit sekarang

Riwayat penyakit saat ini dapat mencakup berkurangnya kesadaran, ketidakseimbangan, mual, muntah, nyeri kepala, wajah yang asimetris, kelemahan, lumpuh, perdarahan, patah tulang, kesulitan mengendalikan tangan, amnesia tentang kejadian, gangguan tidur, gangguan pendengaran, perubahan dalam sensasi, dan kesulitan dalam menelan atau mencerna makanan.

c. Riwayat penyakit dahulu

Riwayat penyakit sebelumnya termasuk riwayat penyakit sistem persyarafan, riwayat trauma masa lalu, serta riwayat penyakit sistemik seperti penyakit pernapasan, penyakit kardiovaskular, dan penyakit metabolik.

2) Domain 2: Nutrisi

a. Antropometri

- b. Biochemical
  - c. Clinical
  - d. Diet
  - e. Energi
  - f. Faktor
- 3) Domain 3: Elimination
  - 4) Domain 4: Activity rest
  - 5) Domain 5: Perception/Cognition
  - 6) Domain 6: Self perception
  - 7) Domain 7: Role Relationship
  - 8) Domain 8: Sexuality
  - 9) Domain 9: Coping/ stress tolerance
  - 10) Domain 10: Life Principles
  - 11) Domain 11: Safety / protection
  - 12) Domain 12: Comfort/Pain
  - 13) Domain 13: Growth / development
- c. Pengkajian fisik
    - 1) Kaji GCS
      - a) Cidera kepala ringan (CKR) terjadi ketika skor GCS berada di rentang 13-15, dengan kemungkinan hilang kesadaran selama sekitar 30 menit.

- b) Cidera kepala sedang (CKS) terjadi ketika skor GCS berada di rentang 9-12, dengan hilang kesadaran atau amnesia selama 30 menit hingga 24 jam.
  - c) Cidera kepala berat (CKB) terjadi ketika skor GCS adalah 3-8, dengan hilang kesadaran lebih dari 24 jam.
- 2) Disorientasi waktu dan tempat
- Kehilangan orientasi terhadap waktu dan tempat menyebabkan penurunan kesadaran, amnesia, perubahan kesadaran hingga mencapai kondisi koma, serta berpengaruh pada gangguan ingatan baik jangka pendek maupun jangka panjang.
- 3) Refleksi patologis dan fisiologis
- Pada tahap awal, refleks fisiologis di sisi yang mengalami lumpuh akan menghilang. Beberapa hari kemudian, refleks fisiologis akan kembali muncul dengan adanya refleks patologis sebagai tanda awal.
- 4) Perubahan status mental
- Perubahan dalam kondisi mental dapat terjadi akibat cedera kepala, yang mungkin mengakibatkan kerusakan kekal, gangguan psikologis, dan bahkan fatas seperti kematian. Gagar otak juga dapat menghasilkan perubahan dalam status mental individu dan dapat mengganggu fungsi otak secara keseluruhan.

5) Nervus cranialis XII

NI: Berkurangnya kemampuan penciuman.

NII: Pada cedera kepala di bagian depan dapat terjadi penurunan kemampuan penglihatan.

NIII, NIV, NVI: Berkurangnya lapangan pandang, penurunan respons terhadap cahaya, ketidakmampuan mata untuk mengikuti perintah, dan adanya anisokoria.

NV: Kesulitan dalam mengunyah.

NVII, NXII: Kelumpuhan ringan dalam penutupan kelopak mata, kehilangan sensasi pada dua pertiga bagian depan lidah.

NVIII: Gangguan pendengaran dan keseimbangan tubuh.

NIX, NX, NXI: Jarang terjadi dalam kondisi seperti ini.

6) Status motoric

Penilaian kelemahan otot menggunakan skala berikut:

0: Tidak ada kontraksi otot.

1: Terdapat kontraksi otot.

2: Mampu bergerak, namun tidak dapat menahan berat tubuh (gravitasi).

3: Mampu bergerak dan menahan berat tubuh (gravitasi).

4: Kondisi normal.

7) Perubahan pupil atau penglihatan kabur, penglihatan ganda (diplopia), fotofobia, serta hilangnya sebagian lapangan pandang.

- 8) Perubahan dalam tanda-tanda vital.
- 9) Gangguan dalam kemampuan pengecap, penciuman, dan pendengaran.
- 10) Peningkatan TIK (Tekanan Intra Kranial).
- 11) Nyeri kepala dengan tingkat keparahan dan lokasi yang bervariasi.
- 12) Reaksi menghindar terhadap rangsangan nyeri yang sangat kuat.

## **2. Diagnosa Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah penilaian medis tentang cara klien merespons masalah kesehatan atau aspek kehidupan yang mereka alami, baik yang sedang terjadi maupun yang berpotensi terjadi (PPNI, 2016). Kemungkinan diagnosis keperawatan yang dapat timbul pada pasien dengan cedera kepala meliputi:

- a. Nyeri akut yang terkait dengan dampak cedera fisik (D.0077)
- b. Kesulitan dalam menjaga jalur napas yang efektif yang terkait dengan
- c. peningkatan produksi lendir (D.0001).
- d. Gangguan dalam kemampuan bergerak fisik yang berkaitan dengan
- e. penurunan kekuatan otot (D.0054).
- f. Risiko ketidaksempurnaan dalam perfusi jaringan serebral yang terkait dengan cedera kepala (D.0017).
- g. Risiko gangguan integritas kulit yang berkaitan dengan penurunan aktivitas fisik (D.0129).

### 3. Perencanaan

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

NO	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Nyeri Akut b.d agen pencederaan fisik	<p><b>Tingkat nyeri (L.08066)</b> Setelah implementasi intervensi perawatan selama...x... jam, diharapkan tingkat nyeri mengalami penurunan, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kemampuan menuntaskan aktifitas</li> </ol> <p>Ket: 1: Menurun 2: Cukup Menurun 3: Sedang 4: Cukup Sedang 5: Meningkatkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keluhan nyeri</li> <li>2. Meringis</li> <li>3. Sikap protektif</li> <li>4. Gelisah</li> <li>5. Kesulitan tidur</li> <li>6. Menarik diri</li> <li>7. Berfokus pada diri sendiri</li> <li>8. Diaforesis</li> <li>9. Perasaan depresi (tertekan)</li> <li>10. Perasaan takut mengalami cedera berulang</li> <li>11. Anoreksia</li> <li>12. Perineum terasa tertekan</li> <li>13. Uterus teraba membulat</li> <li>14. ketegangan otot</li> <li>15. Pupil dilatasi</li> <li>16. Muntah</li> <li>17. Mual</li> </ol> <p>Ket: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun</p>	<p><b>Manajemen nyeri (I.08238)</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Menentukan lokasi, sifat, lamanya, berapa sering, jenis, dan seberapa kuat rasa sakit.</li> <li>1.2 Menilai tingkat keparahan nyeri dengan menggunakan skala nyeri.</li> <li>1.3 Mengenali respon non-verbal terhadap nyeri.</li> <li>1.4 Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat memperburuk atau meredakan rasa sakit.</li> <li>1.5 Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan individu terkait dengan rasa sakit.</li> <li>1.6 Menilai bagaimana budaya memengaruhi cara individu merespons rasa sakit.</li> <li>1.7 Mengidentifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup individu.</li> <li>1.8 Memantau perkembangan dari terapi komplementer yang telah diterapkan.</li> <li>1.9 Memantau kemungkinan efek samping yang muncul akibat penggunaan analgetik.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.10 Menyediakan pendekatan alternatif non-obat untuk mengatasi nyeri.</li> <li>1.11 Menyebutkan contoh teknik.</li> </ol>



		<p>5: Menurun</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi nadi</li> <li>2. Pola Napas</li> <li>3. Tekanan darah</li> <li>4. Proses berfikir</li> <li>5. Fokus</li> <li>6. Fungsi berkemih</li> <li>7. Perilaku</li> <li>8. Nafsu makan</li> <li>9. Pola tidur</li> </ol> <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Memburuk</li> <li>2: Cukup Memburuk</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup Membaik</li> <li>5: Membaik</li> </ol>	<p>1.12 Mengendalikan faktor lingkungan yang dapat memperburuk rasa sakit, seperti suhu ruangan, pencahayaan, dan kebisingan.</p> <p>1.13 Membantu pasien untuk mendapatkan istirahat dan tidur yang optimal.</p> <p>1.14 Menyesuaikan strategi meredakan rasa sakit sesuai dengan jenis dan sumber nyeri yang dialami oleh pasien.</p> <p>Edukasi</p> <p>1.15 Terangkan faktor yang memicu, lamanya, dan pemicu nyeri.</p> <p>1.16 Terangkan cara mengelola pemicu nyeri.</p> <p>1.17 Sarankan untuk melakukan pemantauan nyeri sendiri.</p> <p>1.18 Sarankan penggunaan analgesik sesuai kebutuhan.</p> <p>1.19 Berikan instruksi tentang teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa sakit.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1.20 Kerjasama dalam memberikan analgesic jika diperlukan.</p>
2.	Resiko penurunan efektivitas peredaran darah di jaringan otak karena cedera kepala.	<p><b>Perfusi perifer (L. 02011)</b></p> <p>Setelah pelaksanaan asuhan keperawatan selama ...x... jam, diharapkan peningkatan perfusi perifer sesuai dengan kriteria hasil yang telah ditetapkan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Denyut nadi perifer</li> <li>2. Penyembuhan luka</li> <li>3. Sensari</li> </ol>	<p><b>Manajemen sensasi perifer (I.06195)</b></p> <p>Observasi</p> <p>2.1 Mengidentifikasi akar faktor-faktor perubahan sensasi.</p> <p>2.2 Mendeteksi penggunaan perangkat pengikat, prostesis, alas kaki, dan pakaian.</p> <p>2.3 Memeriksa perbedaan</p>

		<p>Keterangan: 1: Menurun 2: Cukup Menurun 3: Sedang 4: Cukup meningkat 5: Meningkatkan</p> <p>1. Warna kulit pucat 2. Edema perifer 3. Nyeri ekstremitas 4. Parastesia 5. Kelemahan otot 6. Kram otot 7. Bruit femoralis 8. Nekrosis</p> <p>Keterangan: 1: Meningkatkan 2: Cukup meningkat 3: Sedang 4: Cukup menurun 5: Menurun</p> <p>1. Pengisian kapiler 2. Akral 3. Turgor Kulit 4. Tekanan darah sistolik 5. Tekanan darah diastolic 6. Tekanan darah rata-rata 7. Indeks ankle-brachial</p>	<p>dalam sensasi tajam atau tumpul.</p> <p>2.4 Mengevaluasi perbedaan dalam sensasi panas atau dingin.</p> <p>2.5 Menilai kemampuan individu untuk mengenali lokasi dan tekstur objek.</p> <p>2.6 Memantau kemungkinan munculnya parestesia jika diperlukan.</p> <p>2.7 Memantau perubahan pada kondisi kulit.</p> <p>2.8 Memantau adanya tanda-tanda tromboflebitis dan tromboemboli vena.</p> <p>Terapeutik</p> <p>2.9 Mencegah penggunaan benda-benda dengan suhu ekstrem (terlalu panas atau terlalu dingin).</p> <p>Edukasi</p> <p>2.10 Menganjurkan penggunaan termometer untuk mengukur suhu air.</p> <p>2.11 Menggalakkan penggunaan sarung tangan termal saat memasak.</p> <p>2.12 Menganjurkan penggunaan sepatu yang nyaman dan berhak rendah.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>2.13 Bekerjasama dalam pemberian analgesik jika diperlukan.</p> <p>2.14 Bekerjasama dalam pemberian kortikosteroid jika diperlukan.</p>
3.	Gangguan dalam pembersihan jalan napas yang tidak efektif akibat	<p><b>Bersihan jalan napas (L. 01001)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ...x... jam, diharapkan perbaikan dalam pembersihan jalan</p>	<p><b>Manajemen jalan napas (I.01011)</b> Observasi</p> <p>3.1 Pantau pola pernapasan, termasuk frekuensi, kedalaman, dan usaha</p>

	<p>hipersekreasi.</p>	<p>napas sesuai dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Batuk efektif</li> </ol> <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Menurun</li> <li>2: Cukup Menurun</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup Meningkat</li> <li>5: Meningkat</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Produksi sputum</li> <li>2. Mengi</li> <li>3. Wheezing (pada neonates)</li> <li>4. Dispnea</li> <li>5. Ortopnea</li> <li>6. Sulit bicara</li> <li>7. Sianosis</li> <li>8. Gelisah</li> </ol> <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Meningkat</li> <li>2: Cukup meningkat</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup menurun</li> <li>5: Menurun</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi napas</li> <li>2. Pola napas</li> </ol> <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Memburuk</li> <li>2: Cukup Meningkat</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup membaik</li> <li>5: Membaik</li> </ol>	<p>pernapasan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.2 Pantau adanya suara napas tambahan, seperti gurgling, mengi, mengi, ronki kering, dan lainnya.</li> <li>3.3 Pantau sputum, termasuk jumlahnya, warnanya, dan baunya</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.4 Menjaga terbukanya jalan napas dengan melakukan head-tilt dan chin lift jika terdapat kecurigaan adanya cedera serviks.</li> <li>3.5 Menyusun pasien dalam posisi semi-fowler atau fowler.</li> <li>3.6 Memberikan minuman yang hangat.</li> <li>3.7 Melakukan fisioterapi dada bila dibutuhkan.</li> <li>3.8 Melakukan prosedur penghisapan lendir selama lebih dari 15 detik.</li> <li>3.9 Melakukan hiperoksigenasi sebelum melakukan penghisapan endotrakeal.</li> <li>3.10 Memberikan oksigen jika diperlukan.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.11 Sarankan untuk mengonsumsi 2.000 ml cairan setiap hari, kecuali ada kontraindikasi.</li> <li>3.12 Berikan panduan tentang teknik batuk yang efektif.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.13 Kerjasama dalam pemberian obat bronkodilator,</li> </ol>
--	-----------------------	---	--

			ekspektoran, dan mukolitik jika diperlukan.
4.	Gangguan mobilisasi fisik disebabkan oleh penurunan kekuatan otot	<p><b>Mobilitas fisik (I.05042)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan ...x... jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pergerakan ekstremitas</li> <li>2. Kekuatan otot</li> <li>3. Rentang gerak (ROM)</li> </ol> <p>Ket:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Menurun</li> <li>2: Cukup menurun</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup meningkat</li> <li>5: Meningkatkan</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri</li> <li>2. Kecemasan</li> <li>3. kaku sendi</li> <li>4. gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>5. gerakan tidak terkoordinasi</li> <li>6. gerakan terbatas</li> <li>7. kelemahan fisik</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Meningkatkan</li> <li>2: Cukup meningkat</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup Menurun</li> <li>5: Menurun</li> </ol>	<p><b>Dukungan mobilisasi (I.05173)</b> Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Mengenali keluhan rasa sakit atau gejala fisik lainnya.</li> <li>4.2 Mengidentifikasi sejauh mana seseorang dapat mentoleransi aktivitas fisik atau pergerakan.</li> <li>4.3 Memeriksa detak jantung dan tekanan darah secara berkala.</li> <li>4.4 Memantau keadaan umum saat melakukan aktivitas mobilisasi.</li> </ol> <p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.5 Membantu aktivitas mobilisasi dengan menggunakan peralatan bantu seperti pagar tempat tidur.</li> <li>4.6 Melibatkan keluarga untuk mendukung pasien dalam meningkatkan pergerakannya.</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.7 Terangkan maksud dan langkah-langkah dari prosedur mobilisasi</li> <li>4.8 Sarankan untuk segera mulai melakukan mobilisasi</li> <li>4.9 Instruksikan tentang langkah-langkah mobilisasi sederhana yang perlu dilakukan, seperti duduk di tempat tidur, duduk di pinggir tempat tidur, dan pindah dari tempat tidur ke kursi.</li> </ol>
5.	Risiko gangguan	<b>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</b>	<b>Perawatan luka (I.14564)</b> Observasi

	<p>integritas kulit b.b penurunan mobilisasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan...x...jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Elastisitas</li> <li>2. Hidrasi</li> <li>3. Perfusi jaringan</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Menurun</li> <li>2: Cukup menurun</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup meningkat</li> <li>5: meningkat</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kerusakan jaringan</li> <li>2. Kerusakan lapisan kulit</li> <li>4. Nyeri</li> <li>5. Perdarahan</li> <li>6. Kemerahan</li> <li>7. Hematoma</li> <li>8. Pigmentasi abnormal</li> <li>9. Jaringan parut</li> <li>10. Nekrosis</li> <li>11. Abrasi komea</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Meningkatkan</li> <li>2: Cukup meningkat</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup menurun</li> <li>5: Menurun</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu kulit</li> <li>2. Sensasi</li> <li>3. Tekstur</li> <li>4. Pertumbuhan rambut</li> </ol> <p>Keterangan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1: Memburuk</li> <li>2: Cukup memburuk</li> <li>3: Sedang</li> <li>4: Cukup membaik</li> <li>5: Membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5.1 Pantau ciri-ciri luka, seperti drainase, warna, ukuran, dan aroma.</li> <li>5.2 Awasi gejala infeksi.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5.3 Hapus balutan dan perban dengan hati-hati.</li> <li>5.4 Gunting atau cukur rambut di sekitar area luka jika diperlukan.</li> <li>5.5 Lakukan pembersihan dengan larutan garam (NaCl) atau pembersih non-toksik sesuai kebutuhan.</li> <li>5.6 Bersihkan jaringan nekrotik jika ada.</li> <li>5.7 Berikan salep yang sesuai ke kulit atau luka jika diperlukan.</li> <li>5.8 Pasang jenis balutan yang sesuai untuk jenis luka.</li> <li>5.9 Menjaga teknik steril.</li> <li>5.10 Ganti perban sesuai dengan jumlah eksudat dan drainase yang ada.</li> <li>5.11 Jadwal perubahan posisi harus disesuaikan setiap 2 jam atau mengikuti kondisi pasien.</li> <li>5.12 Diet yang diberikan seharusnya mengandung sekitar 30-35 kkal per kilogram berat badan per hari dan protein sekitar 1,25-1,5 gram per kilogram berat badan per hari.</li> <li>5.13 Suplemen vitamin dan mineral, seperti vitamin A, vitamin C, zinc, dan asam amino, harus disediakan sesuai dengan indikasi.</li> <li>5.14 Pemberian terapi TENS</li> </ol>
--	--	---	--

			(stimulasi saraf transkutan) jika dibutuhkan.
			Edukasi
			5.15 Terangkan indikasi serta tanda dan gejala infeksi.
			5.16 Sarankan asupan makanan yang kaya kalori dan protein.
			5.17 Ajarkan cara merawat luka sendiri.
			Kolaborasi
			5.18 Bekerjasama dalam prosedur debridement jika diperlukan.
			5.19 Bekerjasama dalam pemberian antibiotik jika diperlukan.

a. Pengertian Perawatan luka

Perawatan luka merupakan suatu tindakan yang mencakup membersihkan, menutup, dan membungkus luka untuk membantu proses penyembuhan. Salah satu faktor yang dapat memengaruhi kesuksesan penyembuhan luka adalah penerapan teknik perawatan luka yang tepat. Saat ini, penanganan perawatan luka pasca operasi masih belum mencapai tingkat optimal, yang tercermin dari tingkat kepatuhan perawat dalam melaksanakan prosedur tersebut. Luka operasi merujuk pada luka yang timbul akibat tindakan operasi, seperti pada kasus operasi usus buntu, bekas luka di kepala setelah operasi, dan sejenisnya. Umumnya, luka jenis ini cenderung kecil dan terdiri dari sayatan yang telah dijahit bersama, sehingga luka biasanya tidak dalam keadaan terbuka. Dalam situasi seperti ini, yang terpenting adalah memastikan

bahwa luka tetap bersih dan perawatan lanjutan yang tepat. Kehygieisan luka harus dijaga dengan ketat karena hal ini sangat krusial untuk mempercepat proses penyembuhan luka (Verany Melinda Purba, dkk, 2021).

Menurut jurnal yang ditulis oleh Verany Melinda Purba dkk, (2021), kesimpulan dari penelitian mereka adalah untuk mengevaluasi hubungan antara pengetahuan perawat tentang teknik perawatan luka pasca operasi. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Castirih, (2021), kesimpulan yang dapat ditarik adalah bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat kepatuhan perawat dalam menjalankan prosedur operasional standar dengan tingkat penyembuhan luka pasca operasi. Sedangkan, jurnal yang ditulis oleh Desi Ari Madi Yanti dkk, (2021), menyimpulkan bahwa sebagian besar perawat memiliki tingkat kepatuhan yang tinggi dalam menjalankan teknik perawatan luka secara steril. Selain itu, sebagian besar perawat juga selalu mengikuti prosedur standar operasional dalam perawatan luka. Menurut penelitian Nurul Annisa Ramadhanti, dkk, (2022), simpulan dari penelitian ini adalah bahwa mereka menggunakan metode purposive sampling dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien pasca operasi. Sementara itu, dalam jurnal yang ditulis oleh Wahyuni Abd. Rahim, (2019), hasil penelitiannya menunjukkan bahwa perawatan luka pasca

operasi memiliki hubungan yang signifikan dengan pengetahuan perawatan luka.

Cara merawat luka seperti yang dijelaskan oleh Dahlia, (2022), adalah sebagai berikut: pertama, cuci tangan dengan baik. Kemudian, lepaskan perban atau lilitan dengan menyentuh bagian eksternalnya saja. Jika perban atau lilitan terpaku pada luka, rendam dengan larutan NaCl, kemudian buka setelah terlepas dengan mudah. Selanjutnya, letakkan perban atau lilitan yang telah digunakan ke dalam tempat sampah. Buka perban steril tanpa menyentuh bagian dalamnya, dan basahi dengan larutan NaCl. Selanjutnya, kenakan sarung tangan steril, dan hati-hati bersihkan luka, dimulai dari bagian terdekat dengan luka hingga mencapai tepi luka dengan satu gerakan. Tekan tepi luka untuk mengeluarkan cairan nanah, dan buang perban setiap kali selesai membersihkan luka. Setelah selesai, keringkan luka dengan perban kering, lalu tutup luka dengan perban atau lilitan, dan amankan dengan plester. Terakhir, pastikan untuk mencuci tangan.

#### **4. Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatannya dan mencapai kondisi kesehatan yang sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan (Hidayat, 2021).



## 5. Evaluasi

Hidayat (2021), mengemukakan bahwa evaluasi keperawatan adalah tahap akhir dalam proses keperawatan yang melibatkan penilaian sejauh mana tujuan rencana perawatan telah tercapai atau belum. Evaluasi keperawatan dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu:

- a. Evaluasi formatif: Ini melibatkan pengamatan dan analisis perawat terhadap respons yang terjadi segera pada saat atau setelah tindakan keperawatan dilakukan.
- b. Evaluasi sumatif: Ini mencakup rangkuman dan kesimpulan dari pengamatan serta analisis status kesehatan yang dilakukan sesuai dengan jadwal tertentu, yang kemudian dicatat dalam catatan perkembangan.

## **BAB III**

### **METODE PENELITIAN**

#### **A. Desain Penelitian**

Dalam karya tulis ini, penulis menerapkan metode penelitian berupa studi kasus yang mengikuti pendekatan deskriptif. Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis asuhan keperawatan yang diberikan kepada Saudara M yang mengalami cedera kepala sedang di Ruang Edelweis RSUD Abdoel Wahab Sjahranie Samarinda.

#### **B. Subyek Studi Kasus**

Subjek yang menjadi fokus dalam studi kasus ini adalah seorang pasien tunggal yang mengalami cedera kepala sedang, yang dirawat di Ruang Edelweis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kriteria inklusi dan eksklusi untuk subjek penelitian ini telah ditetapkan sebagai berikut:

Kriteria inklusi untuk penelitian ini adalah sebagai berikut:

1. Pasien yang sedang menderita penyakit dengan diagnosis cedera kepala sedang dan sedang dirawat di Ruang Edelweis di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda.
2. Pasien yang bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian.
3. Pasien atau keluarganya memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan baik dan bersedia bekerja sama.

Sementara itu, kriteria eksklusi, meliputi:

1. Pasien yang menderita cedera kepala sedang dengan komplikasi seperti abses otak, sindrom postconcussion, kejang pasca trauma, meningitis, atau edema paru neurologis.
2. Pasien yang tidak menjalani perawatan selama minimal 3 hari.

### **C. Fokus studi**

Penelitian ini berfokus pada analisis kasus yang memeriksa perawatan yang diberikan kepada pasien dengan cedera kepala sedang. Kasus studi ini melibatkan pengumpulan data tentang evaluasi perawatan, diagnosis perawatan, tindakan perawatan, pelaksanaan perawatan, dan penilaian hasil perawatan.

### **D. Definisi operasional**

1. Cedera Kepala Sedang adalah salah satu jenis cedera pada bagian kepala yang dapat terjadi pada jaringan kulit kepala, tulang tengkorak, atau jaringan otak.
2. Asuhan Keperawatan adalah pendekatan sistematis yang digunakan oleh perawat untuk menilai kebutuhan pasien, yang melibatkan tahap pengkajian, pemberian diagnosis, perencanaan tindakan, pelaksanaan tindakan, dan evaluasi hasil dari tindakan perawatan yang diberikan kepada pasien.

### **E. Instrument studi kasus**

Menurut Nursalam (2008), ada beberapa jenis instrumen penelitian yang dapat digunakan dalam penelitian dalam bidang ilmu keperawatan, yaitu:

## 1. Bifisiologis

Biofisiologis merujuk pada pengukuran yang dilakukan dalam konteks tindakan keperawatan yang berfokus pada aspek fisik dan fisiologis tubuh manusia.

## 2. Observasi

Observasi dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu observasi tidak terstruktur dan observasi terstruktur.

### a. Tidak terstruktur

Pada jenis observasi ini, pengamat mengamati dan mencatat apa yang mereka lihat secara spontan tanpa perencanaan yang detail. Dalam penelitian keperawatan, pengamat biasanya terlibat sebagai peserta dalam suatu kelompok observasi.

### b. Terstruktur

Observasi terstruktur melibatkan perencanaan yang matang, di mana pengamat dengan cermat menentukan apa yang akan diamati.

Terdapat beberapa model instrumen observasi, termasuk:

- a. Catatan Anecdotal: Pengamat mencatat gejala khusus atau peristiwa luar biasa sesuai dengan urutan kejadian.
- b. Catatan Berkala: Pengamat mencatat gejala dalam urutan waktu tertentu, meskipun tidak secara terus-menerus.

- c. Daftar Periksa: Menggunakan daftar yang mencantumkan nama pengamat dan jenis gejala yang akan diamati.

### 3. Wawancara

#### a. Wawancara Tidak terstruktur

Tipe wawancara ini digunakan dalam penelitian yang bersifat deskriptif dan kualitatif. Pertanyaan yang diajukan dalam wawancara ini bersifat umum dan mencakup aspek-aspek kepribadian, perasaan, dan emosi dari setiap individu. Fokus dari jenis wawancara ini adalah untuk menggali lebih dalam perasaan dan pandangan subjek terkait dengan isu penelitian yang sedang diteliti.

#### b. Wawancara Terstruktur

Wawancara terstruktur melibatkan suatu metode di mana peneliti memiliki kendali dalam mengarahkan percakapan sesuai dengan isi yang diinginkan. Daftar pertanyaan biasanya telah disiapkan sebelum wawancara dan diajukan secara berurutan. Dalam jenis wawancara terstruktur yang lebih ketat, peneliti hanya diizinkan untuk mengajukan pertanyaan yang telah direncanakan sebelumnya. Jika responden memberikan jawaban yang ambigu, peneliti hanya diizinkan untuk mengulangi pertanyaan yang sama.

### 4. Kuesioner

Dalam jenis ini, peneliti mengumpulkan data secara resmi dengan memberikan pertanyaan tertulis kepada subjek. Pertanyaan tersebut dapat

dibagi menjadi pertanyaan terstruktur, di mana subjek harus menjawab sesuai dengan panduan yang telah ditentukan, dan pertanyaan tidak terstruktur, di mana subjek merespons secara bebas terhadap sejumlah pertanyaan terbuka yang diajukan oleh peneliti.

## **F. Tempat dan waktu studi kasus**

### 1. Tempat

Studi kasus ini dilaksanakan di Ruang Edelweis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda yang beralamat di Jl. Palang Merah No.1, Sidodadi, Kec. Samarinda Ulu, Kota Samarinda, Kalimantan Timur.

### 2. Waktu

Kegiatan penelitian studi kasus ini dimulai dari:

- a. Pengajuan judul pada tanggal 30 Desember 2022.
- b. Pelaksanaan penelitian pada tanggal 26 – 31 Desember 2022.
- c. Penyusunan proposal dimulai pada tanggal 31 Desember 2022-11 Januari 2023 dan di acc oleh pembimbing tanggal 13 Januari 2023.
- d. Ujian proposal pada tanggal 18 Januari 2023.

## **G. Prosedur Penelitian**

### 1. Prosedur administrasi

Prosedur administrasi mencakup pengiriman surat pemberitahuan praktek ke rumah sakit dan penjadwalan pengambilan data pasien yang mengalami cedera kepala sedang di ruang Edelweis sesuai dengan jadwal yang telah ditentukan.

## 2. Prosedur Asuhan Keperawatan

Prosedur asuhan keperawatan adalah langkah-langkah yang mencakup pelaksanaan asuhan keperawatan kepada klien, dimulai dari tahap pengkajian hingga tahap dokumentasi sesuai dengan standar yang berlaku.

## H. Metode dan instrument

Dalam penelitian studi kasus ini, metode pengumpulan data yang digunakan melibatkan wawancara dan observasi. Tiga jenis data yang diperoleh meliputi data utama (primer), data tambahan (sekunder) dan data yang dikumpulkan dengan menggunakan alat atau instrumen medis seperti tensimeter, stetoskop, dan sarung tangan.

### 1. Data primer

#### a. Wawancara

Dalam penelitian ini, wawancara dilakukan dengan menggunakan formulir penilaian keperawatan yang telah disusun oleh peneliti. Hal ini bertujuan untuk mendapatkan informasi lengkap mengenai klien.

#### b. Observasi

Studi kasus ini juga memanfaatkan metode observasi untuk mengumpulkan data berdasarkan pengamatan langsung terhadap klien.

Hal ini mencakup informasi yang dapat dilihat, didengar, dan dirasakan.

### 2. Data sekunder

Data sekunder diperoleh dari catatan perawatan pasien atau rekam medis yang tersedia.

### 3. Alat atau Instrument

Untuk mendukung pengumpulan data, penelitian ini menggunakan alat atau instrumen medis seperti tensimeter, stetoskop, sarung tangan, dan sejenisnya sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur.

## **I. Keabsahan Data**

### 1. Data Primer

Yang didapatkan secara langsung dari sumber asli melalui interaksi langsung dengan klien dan observasi khusus.

### 2. Data sekunder

Informasi yang didapatkan melalui perantara atau tidak secara langsung, seperti informasi dari keluarga klien atau catatan administrasi kesejahteraan.

### 3. Data tersier

Yang didapatkan dari dokumentasi perawatan klien atau catatan medis yang dicatat oleh staf medis atau perawat yang relevan.

## **J. Analisis data dan penyajian data**

Setelah menggali data melalui wawancara, observasi, dan pemeriksaan fisik, pengamat akan melakukan evaluasi data. Evaluasi data ini dimulai sejak peneliti berada di lapangan, saat mengumpulkan data, hingga semua data yang diperlukan telah terkumpul. Teknik evaluasi data ini melibatkan pengumpulan respons dari wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab



permasalahan pada kasus yang diteliti, serta hasil observasi yang menghasilkan data yang nantinya akan dikumpulkan oleh peneliti.

Data yang dikumpulkan dapat dibagi menjadi dua jenis, yaitu data subyektif dan data objektif. Data subyektif adalah informasi yang diperoleh langsung dari klien berupa pendapat atau persepsi mereka terhadap situasi atau kejadian yang mereka alami. Sementara data objektif adalah informasi yang dapat diamati, diukur, dan diperoleh melalui penggunaan panca indera (seperti penglihatan, perabaan, penciuman, dan pendengaran) selama pemeriksaan fisik dilakukan. Selanjutnya, peneliti akan membuat diagnosis keperawatan yang sesuai untuk klien, dan melaksanakan implementasi keperawatan sesuai dengan diagnosis tersebut dengan cermat dan tepat.

#### **K. Etika studi kasus**

Prinsip etika mengemukakan pandangan mengenai norma moral yang diikuti dalam memberikan perawatan kepada klien selama seluruh proses pencatatan medis. Studi etika yang dilakukan melibatkan eksplorasi nilai-nilai baik, etika, dan karakter dalam mengarahkan praktik perawatan. Aspek etika dalam penelitian memiliki kepentingan yang signifikan karena melibatkan individu dalam situasinya. Dalam bidang riset perawatan kesehatan, hampir 90% partisipan yang terlibat merupakan individu manusia (Nursalam, 2015). Menurut Nursalam, (2015) mengidentifikasi beberapa prinsip etika yang diterapkan dalam memberikan perawatan Kesehatan, yaitu:

1. Keikhlasan (*voluntary*)

Sebagai individu, pasien memiliki hak untuk memutuskan apakah ia menyetujui atau menolak untuk menjadi bagian dari suatu penelitian, dan para peneliti tidak memiliki wewenang untuk memaksa pasien menjadi subjek penelitian jika keputusan tersebut tidak sesuai dengan kehendak mereka.

2. Kerahasiaan (*Confidentially*)

Bagi seorang peneliti, menjaga kerahasiaan informasi yang diberikan oleh peserta adalah aspek yang sangat penting, dan data tersebut hanya akan digunakan untuk keperluan penelitian. Lebih lanjut, peneliti juga harus memberikan jaminan kepada peserta bahwa hasil penelitian tidak akan terhubung dengan identitas pribadi mereka, dan informasi yang diberikan tidak akan disalahgunakan untuk tujuan yang berpotensi merugikan peserta.

3. Kejujuran (*Veracity*)

Bagi seorang peneliti ilmiah, prinsip kejujuran memiliki arti yang sangat signifikan dalam semua aspek kehidupan, termasuk dalam memberikan layanan kepada pasien dan keluarga. Prinsip ini mencerminkan bahwa sebagai perawat atau peneliti, Anda harus selalu berinteraksi dengan integritas dan keterbukaan kepada pasien serta keluarga mengenai rencana tindakan yang akan diambil, dan menyajikan informasi secara jelas dalam bentuk yang mudah dipahami oleh mereka (Utami, 2016).

4. Tanpa Nama (*Anonymity*)

Dalam konteks penelitian, individu yang berpartisipasi memiliki hak untuk meminta agar informasi yang mereka berikan tetap rahasia. Oleh karena itu, sebagai langkah menjaga kerahasiaan, data dari partisipan bisa diidentifikasi menggunakan inisial nama atau kode, sehingga identitas pribadi mereka tidak terungkap.

5. Penjelasan dan Persetujuan (*Informed Consent*)

Kepada klien, sebaiknya diberikan penjelasan menyeluruh tentang tujuan pelaksanaan penelitian, dan klien memiliki hak untuk menentukan apakah mereka ingin ikut serta atau menolak menjadi subjek penelitian. Di dalam dokumen persetujuan yang akan dijelaskan dengan jelas bahwa data yang dikumpulkan hanya akan digunakan untuk keperluan pengembangan pengetahuan ilmiah.

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Lokasi Penelitian**

Penelitian studi kasus dilaksanakan di Ruang Edelweis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, yang berlokasi di Jalan Merah No. 1, Kec. Samarinda Ulu, Samarinda, Kalimantan Timur. RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, sebelumnya dikenal sebagai Rumah Sakit Umum Samarinda, telah beroperasi sejak tanggal 12 November 1997. Fasilitas yang tersedia di rumah sakit ini mencakup instalasi rawat jalan, instalasi farmasi, ruang rawat inap, fisioterapi, radiologi, unit gawat darurat (UGD) 24 jam, dan lain-lain.

Dalam konteks studi kasus ini, penelitian dilakukan di Ruangan Edelweis mulai dari tanggal 26 Desember hingga 31 Desember 2022. Ruangan Edelweis ini merupakan fasilitas perawatan kelas 1, 2, dan 3 yang berfokus pada pasien pra dan pasca bedah. Namun, ruangan ini juga dapat menerima kasus lain sesuai kebutuhan. Kapasitas maksimal Ruangan Edelweis adalah untuk menampung 50 pasien, dengan tersedia ruang perawat, ruang kepala ruangan, ruang administrasi, serta ruang obat dan tindakan.

## 2. Pengkajian

### a. Identitas Pasien

Saudara M, seorang pria berusia 25 tahun, memiliki latar belakang suku Batak dan memeluk agama Kristen Protestan. Pendidikan yang ia selesaikan ialah S1 Perairan dan saat ini pekerjaan yang dilakukan adalah Swasta. Pasien belum menikah dan tinggal di Jl. Jendral Sudirman, Balikpapan. Diagnosis medis pada pasien adalah Cedera Kepala Sedang (CKS), tanggal masuk rumah sakit yaitu, Jum'at, 23 Desember 2022 dan tanggal pengkajiannya yaitu, Senin, 26 Desember 2022, dengan nomor register: 01.30.76.32

### b. Riwayat penyakit

#### 1) Keluhan utama

a) Saat masuk RS (tanggal, jum'at 23 Desember 2022 jam, 16.30)

Keluarga pasien mengatakan pasien penurunan kesadaran.

b) Saat dikaji (tanggal, Senin, 26 Desember 2022 jam, 15.30)

Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area kepala bekas operasi dan juga mengeluhkan kesulitan bernafas.

#### 2) Riwayat penyakit sekarang

Pasien rujukan dari RSUD Inche Abdoel Moeis dengan penurunan kesadaran sejak pukul kurang lebih jam 09.00, keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kecelakaan lalu lintas, pasien ditabrak dan di bawah ke RSUD Inche Abdoel Moeis dengan

penurunan kesadaran, keluarga pasien juga mengatakan pasien mengalami banyak pendarahan dari kepala dan telinga, dan di rujuk ke RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda kurang lebih sekitar pukul 16.30 pada hari jum'at 23 Desember 2022.

### 3) Riwayat penyakit dahulu

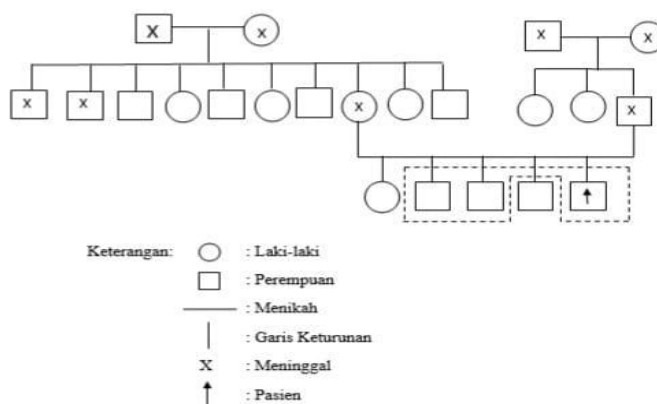
Keluarga pasien menyatakan bahwa tidak ada sejarah penyakit serupa dalam keluarga mereka. Mereka juga mengatakan bahwa pasien tidak memiliki riwayat penyakit sebelumnya.

### 4) Riwayat penyakit keluarga

Keluarga pasien menyatakan bahwa tidak ada sejarah penyakit yang serupa dengan yang dialami oleh pasien dalam keluarga mereka. Keluarga pasien mengatakan ibu dan saudara ibu pasien mempunyai riwayat penyakit DM (+), dan ibu juga mempunyai riwayat penyakit Hipertensi (+).

Genogram: (Minimal 3 generasi)

Gambar 4.1 genogram



c. Pengkajian Keperawatan

1) Neurologi

Gejala:

- Pasien mengatakan pusing, dibagian kepala.
- Pasien mengatakan penglihatan nya baik.
- Pasien mengatakan pendengarannya tidak ada gangguan, pasien merespon jika ditanya.
- Pasien mengatakan penciumannya aman.
- Pasien mengatakan tidak kesemutan, kebas, dan tidak mati rasa.

Tanda:

- GCS: 13 E4 V4 M5, Kes: Apatis
- Saat di ajak bicara pasien bisa mendengar dengan cara mengangguk
- Pasien tau waktunya dan tempatnya lagi di RS dan orang yang ada disekitarnya
- Reaksi pupil normal, ukuran 4 mm
- 12 saraf cranial
  - (1) Nerveus Olfaktorius: Pasien mampu membedakan aroma.
  - (2) Nerveus Optikus: Pasien mampu melihat.
  - (3) Nerveus Okulomotorius: Pasien memiliki kemampuan untuk mengangkat tutup mata.

- (4) Nerveus Troklearis: Klien memiliki kemampuan untuk menggerakkan bola mata ke bawah dan melihat ke arah berbeda.
- (5) Nerveus Trigeminal: Klien memiliki kemampuan mengunyah.
- (6) Nerveus Abduksen: Klien mampu menggerakkan mata ke samping.
- (7) Nerveus Fasialis: Klien dapat tersenyum dan mengangkat alis mata.
- (8) Nerveus Vestibulokoklearis: Klien memiliki pendengaran yang baik.
- (9) Nerveus Alossofaringeal: Klien dapat membedakan rasa manis dan asin.
- (10) Nerveus Vagus: Klien memiliki kemampuan menelan.
- (11) Nerveus Aksesorius: Klien dapat menggerakkan leher.
- (12) Nerveus Hipoglosus: Klien memiliki kemampuan untuk meluruskan dan menggerakkan lidahnya ke berbagai arah.

## 2) Sirkulasi

Gejala: Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat hipertensi atau riwayat jantung, Klien juga mengatakan kesemutan di bagian kaki kanan.



Tanda: Tekanan darah: 117/75 mmHg, Denyut nadi: 72 kali per menit, T: 37,5 °c, CRT: < 2 detik, Konjungtiva: anemis, Sklera: putih, Akral: hangat

3) Pernafasan

Gelaja: Pasien melaporkan kesulitan bernafas, Pasien menyatakan bahwa tidak ada batuk dengan dahak, Pasien mengonfirmasi bahwa penciumannya normal dan tidak ada gangguan, Pasien mengtaakan tidak mempunyai riwayat penyakit pernafasan

Tanda: RR: 26 x/menit, Terpasang nasal kanul 3 liter, Pasien menggunakan alat bantu pernafasan: Nasal kanul, Pasien sesak nafas, pasien tidak menggunakan alat cuping hidung, pasien lemah

4) Nyeri/ketidaknyamanan

Gejala: PQRST

P: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area kepala yang sebelumnya telah dioperasi

Q: Pasien menggambarkan rasa sakit tersebut seperti sensasi nyut-nyut

R: Pasien mengindikasikan bahwa ada luka pada lokasi kepala yang sebelumnya telah dioperasi

S: Intensitas nyeri dinilai sebesar 5 dalam skala penilaian nyeri

T: Hilang timbul

Tanda: Pasien terdapat nyeri tekan dibagian kepala, Pasien tampak meringis saat nyeri timbul, Pasien tampak berhati-hati saat bergerak, Terdapat luka dibagian kepala bekas luka operasi, luka dibagian siku kiri dan di kaki kanan, Panjang luka di bagian kepala 20 cm, panjang luka di tangan kiri bagian siku 2 cm, dan panjang luka di kaki kanan 5 cm.

#### 5) Makanan /cairan

Gejala:

- Keluarga pasien mengatakan makan 3 x sehari di rumah seporisi habis, dan pasien tidak mual ataupun muntah. Keluarga pasien juga mengatakan pasien minum  $\pm$  3 gelas aqua, BB pasien sebelum masuk rs 80 kg. Keluarga pasien mengatakan pasien makan di rumah sakit 2 kali sehari, seporisi, tidak habis, dan minum air putih  $\pm$  3 gelas aqua.

Tanda: Mukosa bibir pasien lembab, Elastisitas kulit pasien kembali 3 detik, Kulit pasien tampak kering, kulit pasien tidak bersisik, Keluarga pasien mengatakan BB, Bising usus 12.

#### 6) Eliminasi

Gejala: Informasi yang diberikan oleh keluarga pasien adalah bahwa pasien buang air besar (BAB) di rumah sebanyak satu kali sehari pada pagi hari, dengan warna tinja berwarna kuning

kecoklatan, memiliki bau yang khas, dan tidak ada tanda-tanda darah dicampur dalam tinja, untuk buang air kecil (BAK) di rumah sekitar satu kali sehari, dengan warna urin berwarna kuning, dan tidak ada tanda-tanda darah dicampur dalam urin. Pasien mengatakan tidak nyeri saat BAB maupun BAK. Informasi dari keluarga pasien adalah bahwa pasien tidak ada riwayat pendarahan, konstipasi, atau diare

Tanda: Pasien tidak terpasang kateter, Pasien terdapat edema di ekstremitas bawah di bagian kaki kanan, Tidak ada nyeri tekan dibagian abdomen, tidak ada nyeri tekan di kandung kemih.

#### 7) Seksualitas

Gejala: Keluarga pasien mengatakan pasien belum menikah dan belum mempunyai anak, pasien mempunyai seorang adik.

Tanda: Pasien di damping oleh saudara, Pasien tidak mempunyai anak.

#### 8) Aktifitas/ istirahat

Gejala: Keluarga pasien mengatakan pasien bisa beraktifitas saat di rumah dan tidak bisa beraktifitas di rumah sakit. Di rumah pasien tidur dari kurang lebih sekitar jam 23.00 sampai jam 06.00 pagi, pasien tidak tidur siang di rumah. Sedangkan di rumah sakit, pasien tidur jam 20.00 sampai 07.00 tetapi kadang bangun di malam hari karena pasien ingin minum dan BAK, pasien tidur siang sekitar

kurang lebih 3 jam saat di rumah sakit. Pasien tidak sulit tidur, bahkan pasien sebentar-sebentar ingin tidur.

Tanda: Mata pasien tidak cekung, pasien lemah, Pasien tidak sering menguap, Kekuatan otot pasien:

$$\begin{array}{r|l} 4 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$$

#### 9) Hygiene

Gejala: Keluarga pasien mengatakan pasien mandi 2 kali sehari di rumah, sedangkan pasien di seka 1 kali sehari di rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan pasien mandi di rumah sendiri, dan di seka di rumah sakit di bantu oleh kakak nya. Pasien mengatakan gosok gigi dan tidak merasakan gatal.

Tanda: KU: lemah, Penampilan umum rapi, Rambut botak (atau tidak ada rambut) tidak terdapat ketombe, Kuku di potong, Pasien tidak memakai baju.

#### 10) Integritas Ego

Gejala: Keluarga pasien mengatakan pasien menerima keadaannya yang sekarang, dan pasien tidak cemas

Tanda: Pasien tidak cemas

#### 11) Interaksi sosial

Gejala: Keluarga pasien mengatakan akrab dengan orang-orang yang ada disekitarnya

Tanda: Pasien akrab dengan orang di sekitarnya

#### 12) Penyuluhan /pembelajaran

Gejala: Keluarga pasien mengatakan pasien mengerti tentang kondisinya, penyakit dan pengobatan

Tanda: Saat di Tanya tentang penyakitnya pasien dapat menjawab dengan mengangguk

#### d. Pemeriksaan fisik

##### Kepala

- Bentuk wajah simetris, kulit kepala bersih, tidak ada ketombe, terdapat luka post op craniotomy di kepala, panjang luka  $\pm$  20 cm.
- Bentuk mata normal, bentuk telinga normal, dan keadaan mulut bersih.

##### Leher

- Tidak terdapat pembengkakan di leher
- Tidak ada trachea pasien, dan tidak terdapat pengembangan vena jugularis
- Keadaan otot leher bagian belakang lemah

##### Thorak

- Tampilan fisik pasien normal, kecuali di bagian kepala terdapat luka bekas operasi

- Keadaan rusuk pasien lemah, penggunaan otot-otot asesoris normal, pergerakan dada pasien normal
- Suara nafas normal

#### Abdomen

- Tidak terdapat nyeri tekan di perut
- Bising usus 12 x /menit
- Tidak terdapat luka di bagian perut
- Tidak terdapat perubahan warna kulit, warna kulit sama dengan kulit yang lain.

#### Inguinal

- Tidak terdapat krepitasi atau nyeri tekan
- Ekstremitas (termasuk keadaan kulit, kekuatan otot)

4	4
4	2

- Tidak terdapat luka amputasi, tetapi terdapat (luka kecil, di bagian ekstremitas bawah kaki kanan dan luka kering, panjang luka 5 cm
- Terdapat luka kering di bagian ekstremitas atas tangan kiri di bagian siku, luka kering, panjang luka 2 cm
- Keadaan fungsi sensorik dan motorik lemah
- Tidak terdapat fraktur di bagaian kaki, keadaan tulang paha normal

## e. Pemeriksaan penunjang

Tanggal: 28 Desember 2022

Hasil lab:

Tabel 4.1 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Unit
<b>Hematologi</b>			
Leukosit	11.03	4.80 – 10.80	10 <sup>3</sup> /μL
Eritrosit	2.84	4.70 – 6.10	10 <sup>6</sup> /μL
Hemoglobin	8.4	14.0 – 18.0	g/dL
Hematokrit	24.6	37.0 – 54.0	%
MCV	86.6	81.0 – 99.0	fL
MCH	29.4	27.0 – 31.0	Pg
McHc	34.0	33.0 – 37.0	g/dL
PLT	173	150 – 450	10 <sup>3</sup> /μL
RDW-SD	41.2	35.0 – 47.0	fL
RDW-CV	12.6	11.5 – 14.5	%
PDW	16.1	9.0 – 13.0	fL
MPV	9.5	7.2 – 11.1	fL
P-LCR	24	15 – 25	%
PCT	0.17	0.15 – 0.40	%
Neutrofil #	8.5	1.5 – 7.0	10 <sup>3</sup> /μL
Neutrofil %	77	40 – 74	%
Limfosit #	1.30	1.00 – 3.70	10 <sup>3</sup> /μL
Limfosit %	12	19 – 48	%
Monosit #	1.15	0.16 – 1.00	10 <sup>3</sup> /μL
Monosit %	10	3 – 9	%
Eosinofil #	0.06	0.00 – 0.08	10 <sup>3</sup> /μL
Eosinofil %	1	0 – 7	%
Basofil #	0.1	0.0 – 0.2	10 <sup>3</sup> /μL
Basofil %	1	0 – 1	%
Laju endap darah	125	<10	mm/jam

## Analisa Gas Darah

Po <sub>2</sub>	213.50	83.00 – 108.00	mmHg
Spo <sub>2</sub>	99.90	95.00 – 100.00	%
Hct	27	39 – 49	%
Hb	9.0	13.2 – 17.3	g/dl
Hco <sub>3</sub>	37.9	21.0 – 28.0	mmol/L
BEb	14.6	-2.0 – 3.0	mmol/L

**Kimia klinik**

Glukosa sewaktu	153	<200	Mg/dl
Albumin	4.0	3.5 – 5.5	g/dl
Electrolyte			
Natrium	136	135 – 155	mmol/L
Kalium	4.2	3.6 – 5.5	mmol/L
Chloride	108	98 – 108	mmol/L

Pemeriksaan lain:

Hasil CT-Scan:

Kesan: Fraktur osoccipitalis superior sinistra disertai epidural hematoma dan pneumocephal area occipitalis sinistra

Hasil Pemeriksaan Thorax AP

Kesan: Foto Thorax Normal

f. Pemeriksaan Medis

Tanggal: 27 Desember 2022

- Cairan RL 20 tpm (Infus)
- Ceftriaxone 2 x 1 gr injeksi iv
- Omeprazole 2 x 40 injeksi iv
- Fentanyl 20 mcq/jam injeksi iv
- Metarizole 3 x 1 gr injeksi iv

3. Analisa Data

Table 4.2 Analisa dan Diagnosa Keperawatan

No	Data fokus	Etiologi	Problem
1.	DS: • sesak nafas • tidak batuk berdahak	Gangguan pada sistem saraf (Trauma pada	Pola pernapasan yang tidak



	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pasein mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit pernafasan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RR: 26x/m</li> <li>menggunakan alat bantu pernafasan, Nasal kanul 3 liter</li> <li>Pasien sesak nafas, pasien lemah</li> <li>Pasien tidak menggunakan alat cuping hidung</li> <li>TTV: TD: 117/75 mmHg, N: 72 x/m, T: 37,5 °C</li> </ul>	kepala)	efisien
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan pusing</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien gelisah, pasien cemas</li> <li>Spo2: 99%</li> <li>Terpasang infus RL 20 tpm</li> <li>CRT &lt; 2 detik</li> <li>GCS: 13 E4 V4 M5</li> <li>Kes: Apatis</li> </ul>	Trauma	Risiko perfusi serebral tidak efektif
3	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>nyeri di bagaian luka bekas operasi</li> <li>P: nyeri dibagian kepala bekas operasi</li> <li>Q: seperti nyut-nyut</li> <li>R: ada luka di kepala bekas operasi</li> <li>S: Skala 5</li> <li>T: Hilang timbul</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak meringis, pasien lemah</li> <li>Panjang luka di bagian kepala 20 cm, panjang luka di tangan kiri bagian siku 2 cm, dan panjang luka di kaki kanan 5</li> <li>Terpasang infus RL, O2 NK 3 liter</li> </ul>	Agen pencedera kepala	Nyeri akut
4	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Keluarga pasien mengatakan terdapat luka dibagian kepala bekas operasi</li> <li>Keluarga pasien mengatakan ada luka di kaki kanan dan di tangan kiri di bagian siku</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien lemah</li> <li>Panjang luka di bagian kepala 20 cm</li> <li>panjang luka di tangan kiri bagian siku 2 cm, dan panjang luka di kaki kanan 5 cm, terdapat edema di sisi luka</li> </ul>	Penurunan mobilitas	Gangguan integritas kulit dan jaringan

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Akral hangat</li> </ul>		
5.	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien bisa beraktifitas saat di rumah</li> <li>• mengatakan pasien tidak bisa beraktifitas di rumah sakit</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan tidur dari kurang lebih sekitar jam 23.00 sampai jam 06.00 pagi, pasien tidak tidur siang di rumah</li> <li>• Keluarga pasien mengatakan pasien tidur jam 20.00 sampai 07.00 tetapi kadang bangun di malam hari karena pasien ingin minum dan BAK, pasien tidur siang sekitar kurang lebih 3 jam saat di rumah sakit</li> <li>• Keluarga pasien melaporkan bahwa pasien tidak mengalami kesulitan tidur, bahkan terkadang pasien merasa ingin tidur sesekali</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mata pasien tidak cekung, pasien lemah</li> <li>• Pasien tidak sering menguap</li> <li>• Kekuatan otot pasien</li> </ul> $\begin{array}{r l} 4 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$	Kelemahan	Gangguan mobilitas fisik

Daftar Diagnosa prioritas

- Pola pernafasan yang tidak efektif disebabkan oleh gangguan neurologis (seperti cedera kepala).
- Risiko perfusi otak yang tidak efektif karena trauma.
- Nyeri akut disebabkan oleh agen yang menyebabkan cedera fisik.
- Gangguan integritas kulit dan jaringan karena penurunan mobilitas.
- Gangguan mobilitas fisik karena kelemahan.

## 4. Intervensi

Nama pasien: Tn. M

Dx Medis: CKS (Cedera kepala sedang)

RM: 01307632

Tabel 4.3 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI																
1.	Gangguan neurologis (cedera kepala) menyebabkan pola pernapasan yang tidak efisien.	<p>Setelah intervensi keperawatan dilakukan selama 3 sesi selama 8 jam, diharapkan terjadi perbaikan dalam pola pernapasan dengan mencapai kriteria hasil yang diinginkan: Pola napas (L.01004)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dipsnea</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ket: 1 Meningkat 2 Cukup Sedang 3 Sedang 4 Cukup Sedang 5 Menurun</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ket: 1 Memburuk 2 Cukup memburuk 3 Sedang 4 Cukup membaik 5 Membaik</p>	No	Kriteria hasil	A	T	1.	Dipsnea	1	5	No	Kriteria hasil	A	T	2.	Frekuensi napas	1	5	<p>Manajemen jalan napas (I.01011) Observasi 1.1. Lakukan pemantauan terhadap pola pernapasan, termasuk mengamati frekuensi, kedalaman, dan usaha dalam pernapasan. 1.2. Perhatikan apakah terdapat suara tambahan saat pasien bernapas, seperti suara mengi, gemeretak, atau serak. Terapeutik 1.3. Letakkan pasien dalam posisi semi-Fowler atau Fowler (setengah duduk atau duduk tegak). 1.4. Sediakan minuman hangat kepada pasien. 1.5. Pemberian oksigen harus dilakukan jika dibutuhkan. Edukasi 1.6. Instruksikan pasien mengenai teknik batuk yang efektif. Kolaborasi 1.7. Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan bronkodilator, ekspektoran, atau mukolitik sesuai</p>
No	Kriteria hasil	A	T																
1.	Dipsnea	1	5																
No	Kriteria hasil	A	T																
2.	Frekuensi napas	1	5																

			kebutuhan.																				
2.	Potensi risiko ketidakefektifan perfusi serebral akibat cedera kepala.	<p>Setelah tiga sesi intervensi keperawatan selama 8 jam, diharapkan terjadi peningkatan perfusi serebral sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan: Perfusi serebral (L.02014)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ket: 1 Menurun 2 Cukup menurun 3 Sedang 4 Cukup meningkat 5 Meningkatkan</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kecemasan</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ket: 1 Meningkatkan 2 Cukup meningkat 3 Sedang 4 Cukup menurun 5 Menurun</p>	No	Kriteria hasil	A	T	1.	Tingkat kesadaran	3	5	No	Kriteria hasil	A	T	1.	Gelisah	3	5	2.	Kecemasan	3	5	<p>Pemantauan tekanan intracranial (I.06194) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kenali penyebab meningkatnya tekanan intrakranial (seperti luka atau kerusakan).</li> <li>Pantau kondisi pernapasan pasien.</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tempatkan pasien dalam posisi setengah duduk (semi-Fowler).</li> <li>Pertahankan suhu tubuh pasien pada tingkat normal.</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kolaborasi dengan tim medis untuk memberikan obat penenang dan antikonvulsan jika diperlukan.</li> </ol>
No	Kriteria hasil	A	T																				
1.	Tingkat kesadaran	3	5																				
No	Kriteria hasil	A	T																				
1.	Gelisah	3	5																				
2.	Kecemasan	3	5																				
3.	Rasa sakit tajam yang disebabkan oleh agen pencedera fisik.	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 8 jam, maka di harapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ket: 1 Meningkatkan 2 Cukup meningkat 3 Sedang 4 Cukup menurun 5 Menurun</p>	No	Kriteria hasil	A	T	1.	Keluhan nyeri	1	5	2.	Meringis	3	5	<p>Manajemen nyeri (I.08238) Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kenali lokasi, karakteristik, durasi, kejadian, sifat, dan tingkat keparahan rasa sakit.</li> <li>Mengenali tingkat nyeri menggunakan skala penilaian nyeri.</li> <li>Kenali respon non-verbal terhadap nyeri.</li> <li>Identifikasi faktor yang memperburuk atau meredakan nyeri.</li> <li>Pantau kemungkinan efek samping dari penggunaan analgetik.</li> </ol>								
No	Kriteria hasil	A	T																				
1.	Keluhan nyeri	1	5																				
2.	Meringis	3	5																				

			<p>Terapeutik</p> <p>3.6. Membantu pasien untuk beristirahat dan tidur.</p> <p>Edukasi</p> <p>3.7. Sarankan pasien untuk memantau nyeri secara mandiri.</p> <p>3.8. Edukasi pasien tentang penggunaan analgetik yang tepat</p> <p>Kolaborasi</p> <p>3.9. Bekerjasama dengan tim medis untuk memberikan obat pereda nyeri jika diperlukan.</p>												
4.	Gangguan pada keutuhan kulit dan jaringan akibat berkurangnya kemampuan bergerak.	<p>Setelah tiga kali intervensi keperawatan selama 8 jam, diharapkan terjadi peningkatan proses penyembuhan luka sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan:</p> <p>Penyembuhan luka</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Edema pada sisi luka</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ket:</p> <p>1 Meningkat</p> <p>2 Cukup sedang</p> <p>3 Sedang</p> <p>4 Cukup menurun</p> <p>5 Menurun</p>	No	Kriteria hasil	A	T	1.	Edema pada sisi luka	2	5	2.	Nyeri	1	5	<p>Perawatan luka (I.14564)</p> <p>4.1. Monitor karakteristik luka, seperti keluarnya cairan, perubahan warna, ukuran, dan bau.</p> <p>4.2. Amati tanda-tanda kemungkinan infeksi.</p> <p>Terapeutik</p> <p>4.3. Hati-hati melepaskan perban dan plester.</p> <p>4.4. Lakukan pembersihan luka menggunakan larutan garam (NaCl) atau pembersih yang aman sesuai kebutuhan.</p> <p>4.5. Pasang perban sesuai dengan jenis luka.</p> <p>Edukasi</p> <p>4.6. Sampaikan informasi mengenai tanda dan gejala infeksi yang harus diawasi.</p> <p>4.7. Ajarkan prosedur perawatan luka yang bisa dilakukan sendiri oleh pasien.</p> <p>Kolaborasi</p> <p>4.8. Kerjasama dengan tim medis untuk memberikan analgetik jika diperlukan.</p>
No	Kriteria hasil	A	T												
1.	Edema pada sisi luka	2	5												
2.	Nyeri	1	5												

5.	Keterbatasan dalam pergerakan tubuh akibat kelemahan.	<p>Setelah tiga kali intervensi keperawatan selama 8 jam, diharapkan terjadi peningkatan dalam mobilitas fisik sesuai dengan kriteria hasil yang diinginkan:</p> <p>Mobilitas fisik (L.05042)</p> <table border="1" data-bbox="727 537 1084 676"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Ket:            1 Menurun            2 Cukup menurun            3 Sedang            4 Cukup sedang            5 Meningkatkan</p>	No	Kriteria hasil	A	T	1.	Pergerakan ekstremitas	3	5	2.	Kekuatan otot	4	5	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173)</p> <p>Observasi</p> <p>5.1. Kenali adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya pada pasien.</p> <p>5.2. Pantau kondisi umum pasien saat melakukan aktivitas bergerak.</p> <p>Terapeutik</p> <p>5.3. Bantu pasien dalam melakukan mobilisasi dengan menggunakan alat bantu seperti pagar tempat tidur.</p> <p>5.4. Bantu pasien dalam melakukan gerakan jika diperlukan.</p> <p>5.5. Involusi keluarga untuk membantu pasien meningkatkan pergerakan.</p> <p>Edukasi</p> <p>5.6. Sarankan pasien untuk melakukan mobilisasi dini.</p>
No	Kriteria hasil	A	T												
1.	Pergerakan ekstremitas	3	5												
2.	Kekuatan otot	4	5												


## 5. Implementasi





Nama pasien: Tn. M





Dx Medis: CKS (Cedera kepala sedang)

RM: 01307632




Tabel 4.4 Implementasi Keperawatan


Waktu	Implementasi Dan Evaluasi Soap	Paraf
Senin, 26/12/2022 (09.30)  (10.00)	<p>3.1. Kenali letak, sifat, lama, seringnya, jenis, dan seberapa kuatnya rasa sakit.            S: asien melaporkan adanya rasa sakit di area kepala yang sebelumnya telah dioperasi.            O: Pasien lemah, pasien meringis.</p> <p>1.5. Memberikan oksigen, jika perlu            S: Pasien melaporkan mengalami kesulitan bernafas.            O: Pasien mengalami sesak napas dan saat ini</p>	

(12.00)	<p>menggunakan nasal kanul oksigen dengan aliran 3 liter per menit.</p> <p>3.2. Mengukur tingkat nyeri. S: Pasien menyatakan tingkat nyeri sebesar 5. O: Pasien juga mengalami kelemahan.</p>	
(11.00)	<p>1.1. Memonitor pola pernapasan, termasuk frekuensi, kedalaman, dan usaha pernapasan). O: Laju pernapasan (RR) pasien adalah 26 kali per menit. Pasien juga sedang mendapatkan oksigen melalui nasal kanul sebesar 3 liter per menit</p> <p>4.1. Pantau ciri-ciri luka, termasuk aliran cairan, perubahan warna, ukuran, dan aroma. S: Keluarga pasien mengatakan ada luka di kepala bekas operasi, dikaki kanan dan di tangan kiri bagian siku. O: Panjang luka di bagian kepala 20 cm, kaki kanan 5 cm, siku tangan kiri 2 cm, bau <math>\emptyset</math>, luka kering.</p>	
(12.00)	<p>2.1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. Lesi) S: pasien mengatakan ada luka di kepala, di kaki kanan, di tangan kiri di bagian siku O: luka kering</p>	
(13.00)	<p>1.4. Memberikan minum hangat O: Pasien minum</p> <p>2.2. Memonitor status pernapasan S: pasien mengatakan sesak napas O: RR: 26x/m, terpasang oksigen 20 tpm</p>	
(14.00)	<p>2.3. Mempertahankan suhu tubuh normal O: T: 37,0 °C</p> <p>1.1. Kenali keberadaan rasa sakit atau gejala fisik lainnya S: Klien melaporkan adanya rasa sakit di bagian kepala bekas operasi O: Pasien lemah</p>	
Selasa 27/12/2022 (09.00)	<p>3.1. Mengenali letak, sifat, lamanya, seberapa sering, jenis, dan tingkat intensitas nyeri. S: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area kepala yang sebelumnya telah dioperasi. O: Pasien juga mengalami kelemahan.</p> <p>3.3. Mengukur tingkat nyeri. S: Pasien menyatakan tingkat nyeri sebesar 5</p>	
(10.00)	<p>4.1. Pantau tanda-tanda luka, seperti aliran cairan, perubahan warna, dimensi, dan bau. S: Keluarga pasien mengatakan ada luka di kepala bekas operasi, di tangan kanan di bagian siku dan di kaki kanan O: Panjang luka di kepala bekas operasi 20 cm, kaki kanan 5 cm, tangan kiri di bagian 2 cm, bau <math>\emptyset</math>, luka kering</p>	
(10.15)		

<p>(12.00)</p> <p>(13.00)</p>	<p>4.3. Mengangkat perban dan plester dengan hati-hati. O: lepas plester</p> <p>4.4. Melakukan pembersihan menggunakan larutan NaCl atau pembersih yang tidak beracun, sesuai dengan keperluan. O: bersihkan luka dibagian kepala</p> <p>4.5. Melakukan penjepitan sesuai dengan jenis luka. O: pasang balutan sesuai ukuran luka</p> <p>2.1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. Lesi) S: pasien mengatakan ada luka di kepala, di kaki kanan, di tangan kiri bagian siku O: luka kering</p> <p>2.2. Memonitor status pernapasan O: RR: 20x/m</p> <p>2.4. Mempertahankan suhu tubuh normal O: T: 36,5°C</p> <p>4.1. Menyatakan adanya rasa sakit atau gejala fisik lainnya. S: Pasien melaporkan nyeri di bagian kepala bekas operasi O: Pasien lemah</p>	
<p>Rabu 27/12/2022 (22.00) (05.00)</p> <p>(06.00)</p> <p>(06.30)</p> <p>(07.00)</p>	<p>3.6. Memfasilitasi istirahat dan tidur S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidur O: pasien tidur</p> <p>2.1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. Lesi) S: pasien mengatakan ada luka di kepala, di kaki kanan, di tangan kiri bagian siku O: luka kering</p> <p>2.2. Memonitor status pernapasan O: RR: 20x/m</p> <p>2.4. Mempertahankan suhu tubuh normal O: T: 36,5°C</p> <p>2.1. Mengenali di mana, seperti apa, berapa lama, seberapa sering, seperti apa kualitasnya, dan tingkat seberapa kuatnya rasa sakitnya. S: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area kepala yang sebelumnya telah dioperasi. O: Pasien juga mengalami kelemahan dan tampak merasa tidak nyaman.</p> <p>2.2. Mengukur tingkat nyeri S: Pasien menyatakan tingkat nyeri sebesar 4. O: Pasien juga terlihat lemah</p>	          
<p>Kamis 28/12/2022 (22.00) (05.30)</p>	<p>3.6. Memfasilitasi istirahat dan tidur S: Keluarga pasien mengatakan pasien tidak sulit tidur O: Pasien tidur</p> <p>2.1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. Lesi) S: pasien mengatakan ada luka di kepala, di kaki kanan,</p>	



<p>(06.40)</p> <p>(07.00)</p> <p>(07.15)</p> <p>(07.15)</p>	<p>di tangan kiri bagian siku O: luka kering</p> <p>2.2. Memonitor status pernapasan O: RR: 20x/m</p> <p>2.4. Mempertahankan suhu tubuh normal O: T: 36,5°C</p> <p>3.2. Mengidentifikasi skala nyeri S: Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala bekas operasi O: Pasien lemah</p> <p>5.3. Mendorong aktivitas pergerakan dengan menggunakan alat bantu seperti bed rail (pagar tempat tidur) S: Keluarga pasien mengatakan pasien sudah mulai bergerak kekanan dan kekiri, dengan memegang pagar tempat tidur dan pasien juga sudah mulai belajar setengah duduk</p> <p>5.5. Mengikutsertakan anggota keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan kemampuan bergerak. S: Pasien mengatakan keluarga ikut membantu</p> <p>2.3. Memberikan posisi semi fowler S: keluarga pasien mengatakan sering membantu pasien setengah duduk</p>	
<p>Sabtu 31/12/2022 (09.00)</p> <p>(10.00)</p>	<p>3.1. Mengidentifikasi di mana lokasi nyeri terletak, seperti apa karakteristiknya, berapa lama rasa sakit itu berlangsung, seberapa sering munculnya, jenis nyeri apa yang dirasakan, dan tingkat seberapa kuat rasa sakitnya. S: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area kepala yang sebelumnya telah dioperasi. O: Pasien juga mengalami kelemahan.</p> <p>3.2. Mengukur tingkat nyeri. S: Pasien mengatakan tingkat nyeri sebesar 2. O: Pasien dalam keadaan baik</p> <p>4.1. Memantau karakteristik luka, termasuk adanya drainase, warna, ukuran, dan bau. S: Pasien melaporkan adanya luka di kepala bekas operasi, di kaki kanan, dan di siku sebelah kiri. O: Panjang luka di kepala bekas operasi adalah 20 cm, luka di kaki kanan sepanjang 5 cm, dan luka di siku tangan kiri sepanjang 2 cm. Luka tidak memiliki bau yang mencolok dan dalam kondisi kering</p> <p>4.3. Melepaskan perban dan plester dengan hati-hati. O: Plester telah dilepaskan.</p> <p>4.4. Lakukan pembersihan luka menggunakan larutan garam (NaCl) atau pembersih yang aman sesuai dengan keperluan. O: Luka di kepala telah dibersihkan</p>	          

(10.15)	4.5. Memasang perban sesuai jenis luka. O: Perban telah dipasang sesuai ukuran luka.	
(12.00)	2.4. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (Mis. Lesi) S: pasien mengatakan ada luka di kepala, di kaki kanan, di tangan kiri bagian siku O: luka kering	
(13.00)	2.2. Memonitor status pernapasan O: RR: 20x/m 2.3. Mempertahankan suhu tubuh normal O: T: 36,5°C 5.1. Mengenali keberadaan rasa sakit atau keluhan fisik lainnya. S: Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala bekas operasi O: Pasien lemah	
(14.10)	5.3. Membantu dalam aktivitas mobilisasi menggunakan peralatan bantu seperti bed rail (pagar tempat tidur). S: Pasien mengatakan sudah mulai balik kanan kiri dan belajar duduk 1.3. Memberikan posisi semi fowler S: keluarga pasien mengatakan sering membantu pasien setengah duduk	


## 6. Evaluasi



Nama pasien: Tn. M





Dx Medis: CKS (Cedera kepala sedang)

RM: 01307632





Tabel 4.5 Evaluasi Keperawatan





Waktu	Dx Keperawatan	Evaluasi	Paraf															
Senin 26/12/2022 14.00	Pola pernapasan yang tidak efisien akibat gangguan neurologis (cedera kepala)	S: Pasien melaporkan kesulitan bernapas. O: Angka pernapasan (RR) adalah 26 per menit, pasien menggunakan kanul nasal oksigen 3 liter. A: Masalah dengan pola pernapasan masih belum teratasi. <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> P: Lanjutkan dengan intervensi 4.1, 4.2,	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Dispnea	1	5	4	2.	Frekuensi napas	1	5	4	
No	Kriteria hasil	A	T	H														
1.	Dispnea	1	5	4														
2.	Frekuensi napas	1	5	4														




	Potensi risiko ketidakefektifan perfusi serebral akibat trauma	<p>dan 4.4.</p> <p>S: Pasien melaporkan mengalami sensasi pusing</p> <p>O: Tingkat kesadaran pasien adalah apatis, dengan skor GCS (Glasgow Coma Scale) E4 V4 M5. Ekstremitas pasien terasa hangat dan waktu respons kapiler (CRT) kurang dari 2 detik. Pasien menggunakan oksigen melalui kanul hidung dengan aliran 3 liter</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan perfusi serebral masih belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="873 772 1317 947"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan dengan intervensi 1.1, 1.2, dan 1.4</p>	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Tingkat kesadaran	3	5	4	2.	Gelisah	3	5	4	3.	Kecemasan	3	5	4	
No	Kriteria hasil	A	T	H																			
1.	Tingkat kesadaran	3	5	4																			
2.	Gelisah	3	5	4																			
3.	Kecemasan	3	5	4																			
	Rasa sakit tajam akibat pencederaan fisik yang kuat	<p>S: P: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area bekas operasi kepala</p> <p>Q: Pasien menjelaskan nyeri yang dirasakannya sebagai sensasi nyut-nyutan</p> <p>R: Pasien mengatakan ada luka pada bagian kepala bekas operasi</p> <p>S: Skala nyeri yang dirasakan pasien adalah 5</p> <p>T: Nyeri timbul dan hilang secara periodik</p> <p>O: Pasien menunjukkan ekspresi wajah yang menunjukkan kesakitan, serta mengalami kelemahan</p> <p>A: Masalah nyeri akut sebagian telah teratasi</p> <table border="1" data-bbox="873 1619 1317 1724"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan dengan intervensi 2.1 dan 2.2</p> <p>S: Pasien menyatakan bahwa terdapat</p>	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Keluhan nyeri	1	5	3	2.	Meringis	3	5	4						
No	Kriteria hasil	A	T	H																			
1.	Keluhan nyeri	1	5	3																			
2.	Meringis	3	5	4																			
	Gangguan pada																						

	<p>integritas kulit dan jaringan karena berkurangnya kemampuan bergerak.</p> <p>Keterbatasan dalam mobilitas fisik karena adanya kelemahan.</p>	<p>luka di area bekas operasi di kepala</p> <p>O: Terdapat pembengkakan (edema) pada luka tersebut. Panjang luka di kepala adalah 20 cm, sedangkan luka di tangan sepanjang 5 cm, dan luka di siku tangan kiri sepanjang 2 cm</p> <p>A: Masalah terkait gangguan integritas kulit dan jaringan belum terselesaikan</p> <table border="1" data-bbox="873 569 1317 709"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Edema pada sisi luka</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan dengan intervensi 3.1 dan 3.4</p> <p>S: Pasien menyatakan bahwa dia tidak dapat melakukan aktivitas</p> <p>O: Kekuatan otot <math>\frac{4}{2} \mid \frac{4}{4}</math></p> <p>A: Kendala dalam mobilitas fisik masih belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="873 1010 1317 1115"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Teruskan dengan intervensi 5.1, 5.2, dan 5.3</p>	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Edema pada sisi luka	2	5	3	2.	Nyeri	1	5	3	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Pergerakan otot	3	5	3	2.	Kekuatan otot	4	5	4	          
No	Kriteria hasil	A	T	H																													
1.	Edema pada sisi luka	2	5	3																													
2.	Nyeri	1	5	3																													
No	Kriteria hasil	A	T	H																													
1.	Pergerakan otot	3	5	3																													
2.	Kekuatan otot	4	5	4																													
<p>Selasa 27/12 2022 14.00</p>	<p>Gangguan pernapasan yang tidak efektif akibat gangguan neurologis (cedera kepala)</p> <p>Potensi risiko ketidakefektifan perfusi serebral karena cedera</p>	<p>S: Pasien menyatakan bahwa dia tidak lagi merasa sesak napas</p> <p>O: Angka pernapasan (RR) adalah 20 per menit</p> <p>A: Masalah terkait pola pernapasan telah berhasil diatasi</p> <table border="1" data-bbox="873 1388 1317 1493"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Hentikan intervensi 4.1, 4.2, 4.4</p> <p>S: Pasien melaporkan adanya sensasi pusing</p> <p>O: Ku sedang, Kes: CM, akral hangat, terpasang Indus RL 20 tpm</p> <p>A: Masalah ketidakefektifan perfusi serebral telah sebagian teratasi</p> <table border="1" data-bbox="873 1766 1317 1860"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Dispnea	1	5	5	2.	Frekuensi napas	1	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Tingkat kesadaran	3	5	4	          					
No	Kriteria hasil	A	T	H																													
1.	Dispnea	1	5	5																													
2.	Frekuensi napas	1	5	5																													
No	Kriteria hasil	A	T	H																													
1.	Tingkat kesadaran	3	5	4																													




		<table border="1"> <tr> <td>1.</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>P: Melanjutkan dengan intervensi 1.1, 1.2, dan 1.4</p> <p>S: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area bekas operasi pada kepala</p> <p>O: Pasien lemah, pasien meringis</p> <p>A: Masalah nyeri akut telah berhasil diatasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan dengan intervensi 2.1 dan 2.2</p> <p>S: Pasien mengatakan ada luka di bagian kepala bekas operasi</p> <p>O: Terdapat edema pada luka di bagian kepala, Panjang luka 20 cm, luka di tangan 5 cm, luka di tangan kiri siku 2 cm</p> <p>A: Gangguan pada keutuhan kulit dan jaringan masih belum berhasil diatasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Edema pada sisi luka</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 3.1, 3.4</p> <p>S: Keluarga pasien menyampaikan bahwa pasien masih belum mampu melakukan aktivitas</p> <p>O: Kekuatan otot <math>\frac{4}{2} \mid \frac{4}{4}</math></p> <p>A: Masalah keterbatasan mobilitas fisik telah berhasil diatasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Melanjutkan dengan intervensi 5.1, 5.2, dan 5.3</p>	1.	Tingkat kesadaran	3	5	4	2.	Gelisah	3	5	5	3.	Kecemasan	3	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Keluhan nyeri	1	5	4	2.	Meringis	3	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Edema pada sisi luka	2	5	3	2.	Nyeri	1	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Pergerakan otot	3	5	3	2.	Kekuatan otot	4	5	4	      
1.	Tingkat kesadaran	3	5	4																																																											
2.	Gelisah	3	5	5																																																											
3.	Kecemasan	3	5	5																																																											
No	Kriteria hasil	A	T	H																																																											
1.	Keluhan nyeri	1	5	4																																																											
2.	Meringis	3	5	5																																																											
No	Kriteria hasil	A	T	H																																																											
1.	Edema pada sisi luka	2	5	3																																																											
2.	Nyeri	1	5	5																																																											
No	Kriteria hasil	A	T	H																																																											
1.	Pergerakan otot	3	5	3																																																											
2.	Kekuatan otot	4	5	4																																																											
Kamis 29/12/22	Risiko perfusi serebral tidak	<p>S:</p> <p>O: Ku baik, Kes: CM, CRT &lt; 2 detik,</p>																																																													

07.00	<p>efektif b.d trauma</p> <p>Rasa sakit tajam akibat pencederaan fisik</p> <p>Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d penurunan mobilitas</p> <p>Kendala dalam mobilitas fisik akibat kelemahan</p>	<p>akral hangat, terpasang infus RL 20 tpm</p> <p>A: Potensi risiko ketidakefektifan perfusi serebral masih ada</p> <table border="1" data-bbox="873 436 1317 611"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Dilanjutkan dengan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, dan 1.4</p> <p>S: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di area bekas operasi pada kepala</p> <p>O: Pasien lemah</p> <p>A: Masalah nyeri akut telah berhasil diatasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="873 877 1317 982"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Melanjutkan dengan intervensi 2.1 dan 2.2</p> <p>S: Pasien mengatakn ada luka di bagian kepala bekas operasi</p> <p>O: Terdapat edema pada luka di bagian kepala panjang luka 20 cm, luka di tangan 5 cm, luka di tangan kiri siku 2 cm, luka kering</p> <p>A: Kendala pada keutuhan kulit dan jaringan masih belum berhasil diatasi</p> <table border="1" data-bbox="873 1354 1317 1493"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Edema pada sisi luka</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 3.1, 3.4</p> <p>S: Pasien melaporkan bahwa ia belum mampu melakukan aktivitas</p> <p>O: Kekuatan otot pasien <math>\frac{4}{4}</math>   <math>\frac{4}{4}</math></p> <p>A: Masalah mobilitas fisik telah sebagian berhasil diatasi</p> <table border="1" data-bbox="873 1759 1317 1864"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan otot</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Tingkat kesadaran	3	5	4	2.	Gelisah	3	5	5	3.	Kecemasan	3	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Keluhan nyeri	1	5	4	2.	Meringis	3	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Edema pada sisi luka	2	5	4	2.	Nyeri	1	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Pergerakan otot	3	5	4	2.	Kekuatan otot	4	5	5	      
No	Kriteria hasil	A	T	H																																																																
1.	Tingkat kesadaran	3	5	4																																																																
2.	Gelisah	3	5	5																																																																
3.	Kecemasan	3	5	5																																																																
No	Kriteria hasil	A	T	H																																																																
1.	Keluhan nyeri	1	5	4																																																																
2.	Meringis	3	5	5																																																																
No	Kriteria hasil	A	T	H																																																																
1.	Edema pada sisi luka	2	5	4																																																																
2.	Nyeri	1	5	5																																																																
No	Kriteria hasil	A	T	H																																																																
1.	Pergerakan otot	3	5	4																																																																
2.	Kekuatan otot	4	5	5																																																																

Sabtu 31/12/ 2022 14.00	Potensi risiko ketidakefektifan perfusi serebral akibat cedera	P: Lanjutkan intervensi 5.1, 5.3 S: O: Kondisinya stabil, dengan status kesadaran normal, ekstremitas hangat, waktu respons kapiler kurang dari 2 detik, dan memiliki infus RL dengan aliran 20 tetes per menit A: Potensi risiko ketidakefektifan perfusi serebral telah berhasil diatasi																																				
	Rasa sakit tajam akibat pencederaan fisik	<table border="1" data-bbox="873 606 1318 779"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Gelisah</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kecemasan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Menghentikan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, dan 1.4</p> <p>S: Pasien melaporkan adanya rasa sakit di daerah bekas operasi pada kepala O: Pasien baik, A: Kendala nyeri akut telah berhasil diatasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="873 1050 1318 1155"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Meringis</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Melanjutkan dengan tindakan intervensi 2.1 dan 2.2</p>	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Tingkat kesadaran	3	5	5	2.	Gelisah	3	5	5	3.	Kecemasan	3	5	5	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Keluhan nyeri	1	5	4	2.	Meringis	3	5	5	
No	Kriteria hasil	A	T	H																																		
1.	Tingkat kesadaran	3	5	5																																		
2.	Gelisah	3	5	5																																		
3.	Kecemasan	3	5	5																																		
No	Kriteria hasil	A	T	H																																		
1.	Keluhan nyeri	1	5	4																																		
2.	Meringis	3	5	5																																		
	Gangguan pada keutuhan kulit dan jaringan karena penurunan kemampuan bergerak	<p>S: Pasien mengatakan ada luka di kepala di bagian bekas operasi O: Terdapat edema pada luka di bagian kepala panjang luka 20 cm, luka di tangan 5 cm, luka di tangan kiri siku 2 cm, luka kering, tidak bau AKendala pada keutuhan kulit dan jaringan masih belum berhasil diatasi</p> <table border="1" data-bbox="873 1522 1318 1669"> <thead> <tr> <th>No</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>A</th> <th>T</th> <th>H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Edema pada sisi luka</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nyeri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 3.1, 3.4</p>	No	Kriteria hasil	A	T	H	1.	Edema pada sisi luka	2	5	4	3.	Nyeri	1	5	5																					
No	Kriteria hasil	A	T	H																																		
1.	Edema pada sisi luka	2	5	4																																		
3.	Nyeri	1	5	5																																		
	Kendala dalam mobilitas fisik akibat kelemahan	<p>S: Pasien mengatakan belum bisa beraktifitas O: Kekuatan otot pasien <math>\frac{4}{4}   \frac{4}{4}</math></p>																																				



		A: Masalah mobilitas fisik telah berhasil diatasi sebagian					
		No	Kriteria hasil	A		T	H
		1.	Pergerakan otot	3		5	4
		2.	Kekuatan otot	4		5	5
		P: Melanjutkan dengan tindakan intervensi 5.1, 5.2, dan 5.3					

## B. Pembahasan

Dalam studi ini, kita akan menyelidiki sejauh mana konsep teori cocok atau tidak cocok dengan hasil asuhan keperawatan yang diberikan kepada Tn. M, yang menderita cedera kepala sedang, di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Asuhan keperawatan ini dilaksanakan selama 5 hari, mulai dari tanggal 26 Desember 2022 hingga 30 Desember 2022, dan melanjutkan pada tanggal 31 Desember 2022 di ruang Edelweis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Kami akan menjelaskan bagaimana pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan diagnosa cedera kepala sedang sesuai dengan fase dalam proses keperawatan, seperti pengkajian, menegakkan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

### 1. Pengkajian

Pada tanggal 26 Desember 2022, dilakukan pengkajian terhadap Saudara M yang berusia 25 tahun. Hasil dari pengkajian menunjukkan bahwa keluhan utama yang diungkapkan oleh pasien berbeda dengan apa yang dinyatakan dalam teori. Pasien mengalami penurunan kesadaran sekitar pukul 16.30, sementara menurut teori yang ada, pasien dengan cedera kepala biasanya mengalami penurunan kesadaran (Fachruddin, 2020).

Dalam teori, terdapat beberapa data yang berbeda dengan data yang ditemukan pada pasien, terutama dalam domain nutrisi, persepsi/kognisi, persepsi diri, hubungan peran, toleransi stres, dan prinsip-prinsip hidup. Beberapa data yang ada pada pasien, tetapi tidak dijelaskan dalam teori, termasuk gejala sesak napas.

Dalam pemeriksaan pernapasan, penulis mencatat bahwa pasien mengalami sesak napas dan tidak mengalami batuk berdahak. Data objektif menunjukkan bahwa frekuensi pernapasan pasien adalah 26 kali per menit, pasien menggunakan nasal kanul dengan aliran oksigen sebesar 3 liter per menit, dan pasien mengalami kelemahan.

Pada pengkajian pemeriksaan makanan/cairan, penulis mencatat bahwa pasien makan 3 kali sehari di rumah dengan porsi habis, tetapi ketika berada di rumah sakit, pasien hanya makan 2 kali sehari dengan porsi yang tidak habis, dan minum sekitar 3 gelas air mineral. Pasien juga tidak mengalami mual atau muntah.

Dalam pengkajian aktivitas/istirahat, penulis mencatat bahwa pasien memiliki kemampuan beraktivitas saat berada di rumah, tetapi ketika berada di rumah sakit, pasien tidak dapat beraktivitas. Pasien menyatakan bahwa waktu tidur di rumahnya adalah dari pukul 23.00 hingga 06.00 pagi, sementara di rumah sakit, pasien tidur dari pukul 20.00 hingga 07.00 pagi, dengan gejala terkadang bangun di tengah malam untuk minum dan buang air kecil. Pasien juga mengatakan bahwa ia tidur siang.

Pada pengkajian tentang kebersihan (hygiene), penulis mencatat bahwa saat berada di rumah sakit, pasien kadang-kadang dibantu oleh keluarga untuk membersihkan diri, sementara ketika di rumah, pasien mandi dua kali sehari.

Dalam pemeriksaan fisik, penulis mencatat bahwa fungsi motorik pasien terganggu, tetapi tidak memberikan detail tentang hasil pemeriksaan tonus otot.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Menurut Mawarni (2020), beberapa diagnosa keperawatan yang relevan bagi pasien yang mengalami cedera kepala sedang memiliki risiko ketidakefektifan perfusi serebral yang berkaitan dengan cedera kepala (D.0017), nyeri akut yang berkaitan dengan faktor fisik yang menyebabkan cedera (D.0077), gangguan pada keutuhan kulit dan jaringan terkait dengan berkurangnya kemampuan bergerak (D.0129), gangguan dalam pergerakan fisik yang terkait dengan penurunan kekuatan otot (D.0054), dan gangguan dalam kebersihan saluran napas yang tidak efisien yang terkait dengan peningkatan produksi sekresi (D.0001).

Diagnosa keperawatan yang sesuai dengan teori untuk Saudara M juga mencakup risiko perfusi serebral tidak efektif yang berkaitan dengan cedera kepala, nyeri akut yang berkaitan dengan faktor fisik yang menyebabkan cedera, gangguan integritas kulit dan jaringan yang berkaitan dengan

penurunan mobilitas, serta gangguan mobilitas yang berkaitan dengan kelemahan.

Risiko perfusi serebral yang tidak efektif berkaitan dengan trauma merupakan hasil dari pengkajian pasien Saudara M. Diagnosa ini muncul karena dalam pengkajian, pasien menunjukkan gejala kegelisahan dan kecemasan. Mekanisme terjadinya diagnosa ini dimulai dengan adanya trauma pada tulang yang mengakibatkan kerusakan pada jaringan tulang dan mengganggu pasokan darah serta oksigen ke otak, sehingga risiko perfusi serebral yang tidak efektif menjadi relevan. Diagnosa ini harus segera diatasi karena jika tidak, pasien berisiko mengalami penurunan aliran darah ke otak yang dapat berdampak serius.

Nyeri akut yang berkaitan dengan cedera fisik sebagai agen penyebab merupakan hasil dari pengkajian pasien. Diagnosa ini muncul karena dalam pengkajian, ditemukan gejala nyeri di area kepala bekas operasi dengan tingkat nyeri sebesar 5, yang disertai dengan sensasi nyut-nyut yang datang dan pergi. Data objektif menunjukkan bahwa pasien merasa tidak nyaman ketika nyeri muncul dan juga mengalami kelemahan. Mekanisme terjadinya diagnosa ini dimulai dari adanya trauma yang mengakibatkan kerusakan pada jaringan otot dan kulit di luar tengkorak, yang kemudian menyebabkan perdarahan dan peningkatan tekanan intrakranial akibat pembesaran pembuluh darah. Ini menjelaskan mengapa diagnosa nyeri akut muncul. Penting untuk segera mengatasi diagnosa ini karena kenyamanan adalah

salah satu kebutuhan dasar manusia. Jika rasa sakit tidak dikelola dengan baik, dapat mengganggu proses penyembuhan dan meningkatkan risiko komplikasi serius hingga kematian.

Gangguan pada keutuhan kulit dan jaringan yang terkait dengan penurunan mobilitas adalah hasil dari evaluasi pasien. Diagnosa ini muncul karena dalam pengkajian, pasien melaporkan adanya luka pada kepala, kaki, dan siku. Luka di kepala memiliki panjang 20 cm, luka di kaki sepanjang 5 cm, dan luka di siku sepanjang 2 cm. Mekanisme terjadinya diagnosa ini dimulai dari adanya trauma yang merusak jaringan otak, yang kemudian mengganggu regulasi protease dan menyebabkan kejang. Hal ini mengakibatkan penurunan kesadaran pasien dan memaksa pasien untuk beristirahat yang berlebihan, sehingga diagnosa gangguan integritas kulit dan jaringan muncul. Penting untuk segera mengatasi diagnosa ini, karena jika tidak ditangani, dapat menyebabkan infeksi pada luka.

Gangguan mobilitas fisik yang berkaitan dengan kelemahan adalah hasil dari pengkajian pasien. Diagnosa ini muncul karena dalam pengkajian, ditemukan bahwa pasien memiliki kemampuan beraktivitas di rumah, tetapi tidak dapat melakukan aktivitas di rumah sakit. Selain itu, pasien tampak lemah dengan penilaian kekuatan otot sebesar 4, 4, 2, 4. Mekanisme terjadinya diagnosa ini dimulai dari adanya trauma yang mengganggu koordinasi motorik, yang kemudian menyebabkan kejang dan penurunan kesadaran pasien. Hal ini mengakibatkan pasien harus beristirahat dalam

jangka waktu yang lama, sehingga muncul diagnosa gangguan mobilitas fisik. Penting untuk segera mengatasi diagnosa ini, karena jika tidak ditangani, dapat menyebabkan masalah lain yang lebih serius.

Penulis tidak mengkonfirmasi diagnosa ini karena data yang diperoleh tidak menunjukkan gejala yang mendukungnya. Diagnosa yang tidak relevan dalam kasus ini merupakan isu terkait ketidakefektifan kebersihan saluran napas yang disebabkan oleh hipersekresi. Penulis tidak mengesahkan diagnosa ini karena pasien tidak mengalami kesulitan membersihkan jalan napas, sebagaimana yang terlihat dalam hasil pengkajian pada pasien M, yang menunjukkan pola napas yang tidak efektif.

Diagnosa keperawatan yang muncul pada saudara M, yang tidak selaras dengan teori, ialah ketidakefektifan pola pernapasan yang berkaitan dengan gangguan neurologi (cedera kepala). Diagnosa ini timbul berdasarkan temuan saat pengkajian pasien M, yang meliputi keluhan sesak napas, tingkat frekuensi pernapasan yang tinggi (RR: 26 x/menit), penggunaan oksigen nasal kanul 3 liter, dan laporan pasien tentang ketiadaan batuk berdahak. Diagnosa ini muncul sebagai akibat dari gangguan neurologis, yaitu nyeri kepala, yang mengakibatkan kesulitan dalam upaya bernapas, yang kemudian mengarah pada diagnosa pola napas yang tidak efektif. Penting untuk mengatasi diagnosa ini guna menjaga pola napas agar tetap dalam kondisi normal, karena ketidakatasi dapat menyebabkan pasien mengalami kesulitan bernapas.

Prioritas diagnosa dalam kasus ini ditentukan berdasarkan kebutuhan dan keluhan pasien. Diagnosa yang diberikan secara prioritas adalah sebagai berikut:

- a. Pola pernapasan yang tidak efisien karena adanya gangguan neurologis (cedera kepala) menjadi prioritas utama.
- b. Risiko Perfusion Serebral Tidak Efektif yang berkaitan dengan cedera kepala menjadi prioritas kedua.
- c. Nyeri Akut yang berkaitan dengan agen pencedera fisik menjadi prioritas ketiga.
- d. Prioritas keempat adalah gangguan pada keutuhan kulit dan jaringan yang terkait dengan penurunan kemampuan bergerak.
- e. Gangguan Mobilitas Fisik yang berkaitan dengan kelemahan menjadi prioritas kelima.

Prioritas ini ditetapkan berdasarkan tingkat urgensi dan kebutuhan pasien dalam menangani masalah kesehatannya.

### 3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dilaksanakan oleh perawat berdasarkan pemahaman dan penilaian klinis, dengan tujuan mencapai hasil yang diinginkan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

- a. Pola Pernapasan Yang Tidak Efisien Karena Adanya Gangguan Neurologis (Cedera Kepala)

Dalam diagnosa ini, penulis menetapkan tujuan bahwa pengasuhan medis selama tiga periode selama delapan jam, diharapkan perbaikan dalam pola pernapasan (L.01004) dengan hasil yang memenuhi kriteria berupa penurunan tingkat sesak napas dan perbaikan dalam frekuensi napas. Intervensi yang telah disusun oleh penulis untuk pasien saudara M sesuai dengan pedoman dari Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 ialah: manajemen jalan napas (I.01011), yang meliputi pemantauan pola napas (termasuk jumlah napas, kedalaman, dan usaha pernapasan), pemantauan adanya suara tambahan dalam pernapasan seperti gelembung, gemerincing, desis, dan suara tidak wajar dalam pernapasan, pemberian minuman hangat dalam posisi pasien menjadi posisi setengah duduk atau duduk tegak, pemberian oksigen jika diperlukan, mengajarkan teknik batuk yang berhasil, dan berkolaborasi dalam memberikan bronkodilator, ekspektoran, atau mukolitik jika diperlukan.

b. Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Berhubungan Dengan Trauma

Dalam diagnosa ini, penulis menetapkan tujuan bahwa setelah melakukan pengasuhan medis selama tiga periode selama delapan jam, diharapkan peningkatan perfusi serebral (L.02014) dengan hasil yang mencakup penurunan kesadaran, gelisah, kecemasan, dan demam. Intervensi yang telah disusun oleh penulis untuk pasien saudara M sesuai dengan panduan dari Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 ialah:



pemantauan tekanan intrakranial (I.06194), yang melibatkan identifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (seperti lesi), pemantauan status pernapasan, penyesuaian posisi pasien menjadi setengah duduk, menjaga suhu tubuh dalam rentang normal, dan berkolaborasi dalam pemberian agen sedative dan anti-seizure jika diperlukan.

c. Nyeri Akut Berhubungan Dengan Agen Pencedera Fisik

Dalam diagnosa ini, peneliti menetapkan maksud bahwa setelah melakukan pengasuhan medis selama tiga periode selama delapan jam, diharapkan penurunan tingkat keparahan nyeri (L.08066) dengan hasil yang mencakup berkurangnya keluhan nyeri dan ekspresi rasa tidak nyaman. Intervensi yang telah disusun oleh penulis untuk pasien saudara M sesuai dengan pedoman dari Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 ialah: manajemen nyeri (I.08238), yang mencakup penentuan lokasi, sifat, lama, seringnya, jenis, dan keparahan nyeri; penggunaan skala penilaian nyeri; pengenalan reaksi non-verbal terhadap nyeri; serta identifikasi elemen yang memperburuk atau memperbaiki tingkat keparahan nyeri; pemantauan efek samping dari penggunaan analgetik; fasilitasi istirahat dan tidur; mendorong pasien untuk memantau nyeri secara mandiri; menganjurkan penggunaan analgetik sesuai dengan indikasi; dan berkolaborasi dalam pemberian analgetik jika diperlukan.

d. Gangguan Integritas Kulit Dan Jaringan Berhubungan Dengan Penurunan Mobilitas

Dalam diagnosa ini, penulis menetapkan tujuan bahwa setelah melakukan pengasuhan medis selama tiga periode selama delapan jam, diharapkan penyembuhan luka (L.14125) dengan hasil yang memenuhi kriteria berupa penurunan edema di sekitar luka dan penurunan tingkat nyeri. Intervensi yang telah disusun oleh penulis untuk pasien saudara M sesuai dengan pedoman dari Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 ialah: perawatan luka (I.14564), yang mencakup pemantauan atribut luka seperti aliran cairan, pigmen, dimensi, dan aroma; pengawasan indikasi infeksi; penggantian perban dan perekat dengan teliti; membersihkan luka menggunakan larutan garam NaCl atau solusi pembersih yang tidak beracun sesuai kebutuhan; pemasangan balutan yang sesuai dengan jenis luka; memberikan penjelasan tentang tanda-tanda dan gejala infeksi; mengajar klien tentang bagaimana perawatan luka secara mandiri; dan berkolaborasi dalam pemberian antibiotik jika diperlukan.

e. Gangguan Mobilitas Fisik Berhubungan Dengan Kelemahan

Dalam diagnosa ini, penulis menetapkan tujuan bahwa setelah melakukan pengasuhan medis selama tiga periode selama delapan jam, diharapkan mobilitas fisik (L.05042) dengan hasil yang memenuhi kriteria yang mencakup gerakan anggota tubuh yang lebih baik dan peningkatan kekuatan otot. Intervensi yang telah disusun oleh penulis untuk pasien saudara M sesuai dengan pedoman dari Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018 ialah: bantuan gerak, penemuan keluhan nyeri atau

masalah fisik lainnya yang relevan, pemantauan status kesehatan umum pasien saat bergerak, serta bantuan dalam melakukan aktivitas mobilisasi dengan memanfaatkan alat bantu seperti bed rail, memfasilitasi pergerakan pasien jika diperlukan, melibatkan keluarga dalam memberikan bantuan kepada pasien untuk meningkatkan aktivitas tubuhnya, dan mendorong pasien untuk memulai pergerakan awal.

Penting untuk diingat bahwa beberapa intervensi yang terdapat dalam buku SIKI mungkin tidak relevan atau tidak mungkin dilakukan pada pasien saudara M, sesuai dengan kondisinya yang khusus.

#### 4. Implementasi

Untuk saudara M yang mengalami diagnosa keperawatan terkait gangguan neurologis (cedera kepala) yang mempengaruhi pola pernapasan menjadi tidak efisien, langkah-langkah yang diambil bertujuan untuk memperbaiki pola napas dengan mengurangi tingkat sesak napas. Tindakan yang dilakukan termasuk pemantauan pola napas, termasuk frekuensinya, kedalamannya, dan usaha pernapasan pasien, memberikan minuman hangat, serta memberikan oksigen jika diperlukan.

Dalam kasus resiko penurunan aliran darah ke otak yang tidak efisien yang terkait dengan trauma kepala, tindakan yang diambil bertujuan untuk meningkatkan perfusi serebral dan hasil yang diharapkan mencakup peningkatan tingkat kesadaran, penurunan tingkat gelisah dan kecemasan, serta penurunan demam. Implementasi mencakup tindakan seperti

mengidentifikasi penyebab peningkatan tekanan intrakranial (TIK) seperti adanya lesi, memantau status pernapasan, dan menjaga suhu tubuh berada dalam kisaran yang sehat.

Dalam diagnosa keperawatan nyeri akut yang terkait dengan agen yang dapat menyebabkan kerusakan fisik, tindakan yang diambil bertujuan untuk mengurangi tingkat nyeri dan mencapai hasil berupa penurunan keluhan nyeri dan meringis. Implementasi mencakup manajemen nyeri melibatkan proses mengenali tempat, sifat, lamanya, seberapa sering, kualitas, dan tingkat keparahan nyeri memanfaatkan alat penilaian nyeri.

Dalam diagnosa keperawatan gangguan pada keselamatan kulit dan jaringan yang dikarenakan penurunan mobilitas, tindakan yang diambil bertujuan untuk meningkatkan proses penyembuhan luka dengan hasil yang mencakup penurunan edema di sekitar luka dan penurunan tingkat nyeri. Implementasi mencakup perawatan luka, termasuk langkah-langkah seperti melepaskan balutan dan plester dengan hati-hati, membersihkan luka menggunakan larutan garam (NaCl) atau agen pembersih non-toksik sesuai dengan kebutuhan, menghilangkan jaringan mati, dan menerapkan perban yang cocok untuk jenis luka.

Dalam diagnosa keperawatan gangguan mobilitas fisik yang terkait dengan kelemahan, tindakan yang diambil bertujuan untuk meningkatkan mobilitas fisik dengan hasil yang mencakup peningkatan pergerakan ekstremitas dan kekuatan otot. Implementasi mencakup dukungan mobilisasi

dengan cara mengenali adanya rasa tidak nyaman atau masalah fisik lainnya, mengevaluasi kemampuan tubuh dalam menanggung aktivitas pergerakan, dan menjelaskan sasaran serta Langkah-langkah mobilisasi awal yang akan dilakukan, serta mengajar pasien tentang mobilisasi sederhana, seperti duduk di tempat tidur.

Tindakan yang telah dijalankan sesuai dengan rencana intervensi yang telah disiapkan, dengan pengecualian beberapa intervensi yang tidak dilaksanakan karena tidak sesuai dengan keadaan pasien atau karena pasien tidak memerlukan tindakan tersebut. Implementasi yang dilakukan dalam tindakan berdasarkan bukti atau evidence-based mencakup perawatan luka dengan langkah-langkah seperti mencuci tangan, melepaskan kassa atau balutan dengan sentuhan hanya pada bagian luar, basahkannya dengan larutan NaCl, membuang perban yang sudah terkontaminasi ke dalam kantong, membuka kassa steril tanpa menyentuh bagian dalamnya, membersihkan luka secara hati-hati dengan sekali usapan, menekan pinggir luka untuk mengeluarkan nanah, mengganti kassa setiap kali membersihkan luka, mengeringkan luka dengan kassa kering, menutup luka dengan balutan atau kassa, mengencangkan dengan plester, dan mencuci tangan. Tindakan ini dilakukan selama 2 hari dalam kurun waktu 5 hari perawatan dan mengikuti pedoman yang didukung oleh hasil penelitian (Dahlia, 2022).

## 5. Evaluasi

Dalam kasus cedera kepala sedang yang dialami oleh saudara M, telah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 hari di ruang Edelweis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Terdapat 5 diagnosa ditetapkan oleh penulis. Hasil evaluasi menunjukkan bahwa satu diagnosa, yaitu pola pernapasan yang tidak efisien yang terkait dengan gangguan neurologis (cedera kepala), telah berhasil diatasi. Sementara itu, tiga diagnosa lainnya, yaitu risiko perfusi serebral yang terkait dengan trauma, rasa sakit tiba-tiba yang disebabkan oleh pengaruh fisik yang merugikan, dan gangguan dalam kemampuan bergerak akibat kelemahan, telah sebagian teratasi. Namun, satu diagnosa keperawatan yang terkait dengan gangguan integritas kulit dan jaringan yang disebabkan oleh penurunan mobilitas tidak berhasil teratasi sepenuhnya.

Diagnosa keperawatan yang berhasil diatasi adalah pola pernapasan yang tidak efisien yang terkait dengan gangguan neurologis (cedera kepala). Ketika dilakukan evaluasi, pasien melaporkan bahwa tidak ada sesak napas dan frekuensi pernapasannya adalah 20 kali per menit. Masalah pola pernapasan yang tidak efisien telah diselesaikan, dan tindakan intervensi telah dihentikan.

Sementara itu, diagnosa keperawatan yang berhasil diatasi sebagian adalah risiko perfusi serebral yang terkait dengan trauma, nyeri akut yang

terkait dengan pengaruh fisik yang merugikan, dan masalah pergerakan fisik yang terkait dengan kelemahan.

Risiko aliran darah ke otak yang tidak efisien yang terkait dengan cedera kepala menjadi masalah perawatan. Ketika evaluasi keperawatan dilakukan selama 3x8 jam, masalah risiko aliran darah yang kurang efisien ke otak hanya sebagian teratasi. Oleh karena itu, intervensi perawatan harus terus dilanjutkan.

Selain itu, ada juga diagnosa keperawatan mengenai rasa sakit tiba-tiba yang disebabkan oleh pengaruh fisik yang merugikan.

Ketika evaluasi perawatan dilakukan pada diagnosa rasa sakit tiba-tiba yang disebabkan oleh pengaruh fisik yang merugikan, perawatan telah diberikan selama 3 kali selama 8 jam. Meskipun begitu, masalah rasa sakit mendapat perbaikan sebagian, sehingga diperlukan kelanjutan dari tindakan perawatan.

Di samping itu, ada juga diagnosa keperawatan mengenai gangguan mobilitas fisik yang terkait dengan kelemahan. Ketika dilakukan evaluasi setelah memberikan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, pasien menyatakan bahwa ia belum bisa melakukan aktivitas dan kekuatan ototnya mencapai angka 4, 4, 2, 4. Meskipun permasalahan dalam mobilitas fisik masih belum sepenuhnya terselesaikan, oleh karena itu, perlu dilanjutkan intervensi perawatan.

Diagnosa keperawatan masalah yang masih belum terselesaikan adalah masalah pada keselamatan kulit dan jaringan yang terkait dengan gangguan neurologis akibat cedera kepala. Selain itu, ada juga diagnosa masalah kerusakan kulit dan jaringan yang terkait dengan berkurangnya kemampuan bergerak. Ketika evaluasi dilakukan setelah memberikan asuhan keperawatan selama 3x8 jam, pasien melaporkan bahwa ia masih belum dapat melakukan aktivitas fisik. Kekuatan ototnya mencapai angka 2 untuk kaki kanan, 4 untuk kaki kiri, 4 untuk tangan kanan, dan 4 untuk tangan kiri. Gangguan kemampuan bergerak secara fisik masih belum bisa terselesaikan, maka tindakan perawatan perlu terus dijalankan.



## **BAB V**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Pasca menjalankan pengamatan dan memberikan asuhan keperawatan langsung kepada pasien Tn. M yang mengidap cedera kepala sedang di ruang Edelweis RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda, peneliti bisa mengambil konklusi dan rekomendasi yang bisa mengangkat kualitas pelayanan asuhan keperawatan bagi pasien dengan cedera kepala sedang.

#### **A. Kesimpulan**

Dari uraian tentang perawatan medis pada pasien cedera kepala sedang, dapat diambil kesimpulan, yaitu:

##### **1. Pengkajian**

Hasil pengkajian pada saudara M pada tanggal 26 Desember 2022 menunjukkan bahwa keluhan utamanya saat masuk rumah sakit adalah sesak napas. Pasien juga melaporkan nyeri di kepala bekas operasi dengan skala 5, yang digambarkan sebagai nyeri seperti nyut-nyut dan gejala yang timbul secara intermiten. Selain itu, terdapat luka pada kepala, kaki, dan siku tangan pasien, dan ia mengatakan bahwa ia tidak dapat beraktivitas di rumah sakit. Kekuatan otot pasien adalah 4, 4, 2, 4.

##### **2. Diagnosa**

Diagnosa keperawatan yang muncul pada pasien saudara M ialah: pola napas tidak efektif yang terkait dengan gangguan neurologis akibat cedera kepala, risiko perfusi serebral yang berkaitan dengan trauma, nyeri akut yang terkait

dengan agen pencedera fisik, gangguan pada kesehatan kulit dan jaringan yang terkait dengan penurunan mobilitas, serta masalah dalam kemampuan bergerak fisik yang terkait dengan kelemahan.

### 3. Intervensi

Tindakan intervensi yang diterapkan pada pasien dalam kasus ini disusun berdasarkan prioritas masalah dan didasarkan pada teori yang relevan. Setiap intervensi pada setiap diagnosa disesuaikan keharusan atau tuntutan dari pasien dan mempertimbangkan keadaan pasien dan tingkat partisipasi keluarga dalam proses perawatan. Tindakan yang dilaksanakan oleh penulis mencakup berbagai aspek, termasuk observasi, terapi, edukasi, dan kolaborasi.

### 4. Implementasi

Proses implementasi dalam situasi ini, tindakan dilakukan sesuai dengan rencana intervensi yang telah dirumuskan sebelumnya. Meskipun begitu, terdapat beberapa intervensi yang tidak dijalankan karena tidak cocok dengan situasi pasien, dan juga dilakukan tindakan perawatan luka berdasarkan bukti atau evidence based.

### 5. Evaluasi

Tahap terakhir dari proses keperawatan melibatkan penilaian terhadap perawatan medis yang telah dilakukan. Ada dua tipe penilaian yang digunakan, yakni penilaian yang berorientasi pada perkembangan dan penilaian yang berorientasi pada hasil akhir. Penilaian yang berorientasi

pada perkembangan dilakukan seketika ketika tindakan medis diberikan, sementara evaluasi sumatif didasarkan pada observasi dan evaluasi kondisi pasien pada saat tertentu, dengan membandingkannya dengan tujuan yang telah direncanakan pada tahap perencanaan. Evaluasi terhadap perawatan yang diberikan kepada saudara M selama 5 hari dilakukan oleh penulis dalam bentuk catatan SOAP.

## **B. Saran**

### **1. Bagi Peneliti**

Harapannya adalah bahwa hasil penelitian ini akan membangkitkan pemahaman serta wawasan peneliti di bidang keperawatan, khususnya dalam konteks asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien dengan diagnosa cedera kepala sedang.

### **2. Bagi Rumah Sakit**

Harapannya bahwa rumah sakit akan terus memberikan pelayanan yang optimal dan menjaga hubungan yang baik antara tim kesehatan dan pasien. Hal ini bertujuan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

### **3. Bagi Institusi Pendidikan**

Harapannya adalah bahwa hasil penelitian ini akan menjadi referensi berharga bagi institusi pendidikan, seperti UMKT. Studi ini bisa dimanfaatkan untuk memperkaya materi ajar, terutama dalam mata kuliah

keperawatan medikal bedah, dan juga dapat menjadi tambahan koleksi perpustakaan institusi.

4. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan hasil penulisan ini bisa menjadi panduan untuk pengembangan lebih lanjut dalam asuhan keperawatan. Penelitian selanjutnya diharapkan akan menghasilkan asuhan keperawatan yang lebih rinci dan berkualitas, yang akan memberikan keuntungan yang lebih signifikan untuk pasien.

## DARTAR PUSTAKA

Aima Nur Maulida, dkk, Analisis penilaian triage dan revised trauma score dalam memprediksi mortalitas pada pasien trauma kepala, jurnal edunursing, Vol. 3, No. 2, September 2019, ISSN: 2549-8207

Anisatul Islamiah, dkk  
<http://repository.stikesdrsoebandi.ac.id/551/1/EBN%20KEL%202%20GADAR%20KRITIS%20dr.SOEBANDI%20.pdf> (diperoleh tanggal, 17 juni 2022)

Castirih, (2021), hubungan kepatuhan perawat dalam pelaksanaan standar prosedur operasional perawatan luka operasi operasi section caesarea, jurnal health sains vol. 2, No. 1 e-ISSN: 2548-1398

Cherstina, (Mei 2018), Respon Time Tindakan Keperawatan, penanganan cedera kepala, Jurnal Fenomena Kesehatan Vol 01, No.01

Desi Ari Madi Yanti, dkk (2021), hubungan teknik steril perawatan luka dengan infeksi post operasi, jurnal kesehatan panca bhakti lampung vol 9 No 2 E-ISSN 2615-8604

Gusti Ayu Tirtawati, dkk (2020), Efektifitas pemberian aromaterapi lavender terhadap intensitas nyeri, Jurnal ilmiah bidan vol,7 No.2 EISSN: 2581-1029

Hidayat, (2021), <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7442/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>  
(Diperoleh tanggal, 03 Januari 2023)

LED Putri, (2021), <http://repository.poltekkes-denpasar.ac.id/7442/3/BAB%20II%20Tinjauan%20Pustaka.pdf>

Manurung, (2018), <http://repo.stikesbethesda.ac.id/1030/2/BAB%20I.pdf> (Diperoleh tanggal, 02 Januari 2023)

Mawarni, <http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/11878/> (Diperoleh tanggal, 02 Januari 2023)

Mochamad Ardhi Pratama, [http://eprintslib.unmmgl.ac.id/2344/1/15.0601.0103\\_BAB%20I\\_BAB%20II\\_BAB%20V\\_DAFTAR%20PUSTAKA.doc.pdf](http://eprintslib.unmmgl.ac.id/2344/1/15.0601.0103_BAB%20I_BAB%20II_BAB%20V_DAFTAR%20PUSTAKA.doc.pdf)

- Nurul Annisa Ramadhanti, dkk (2022), asuhan keperawatan pada pasien post operasi, jurnal keperawatan mandira cendikia vol. 1 No. 1
- papa & Goldberg, <http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/11878/> (Diperoleh 05 Januari 2023)
- Rasida&indri, [file:///C:/Users/Asus-PC/Downloads/6.%20BAB%20II%20\(1\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Asus-PC/Downloads/6.%20BAB%20II%20(1)%20(1).pdf) (Diperoleh tnggal, 22 Januari 2023)
- Sholeha Khuldy, (2021) Karakteristikpost traumatic pada pasien cedera kepala, Jurnal Riset Keperawatan Dasar (RISKESDAS) <http://repository.unhas.ac.id/id/eprint/11878/>
- Simanjuntak, 2020<http://repo.stikesbethesda.ac.id/1024/2/BAB%20I.pdf> (Diperoleh tanggal, 24 Desember 2022)
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2017), *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI, (2018), *Standar Luaran Keperawatan Indonesia: Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI, (2018), *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia: Definisi dan Tindakan Keperawatan*, Edisi 1. Jakarta: dpp ppni
- Ulul Albab, dkk (2021), Perbedaan Nilai Score terhadap pasien cedera kepala, Jurnal Kedokteran Mulawarman Vol.8 N0 1
- Verany Melinda Purba, dkk (2021), perawat tentang perawatan luka post operasi apendiks di RSUD Mitra Medika Medan, jurnal keperawatan flora vol. 14 No. 2 E-ISSN: 2089-4260
- Vinka Rahmatul Laili', dkk (2022), pasien pada cedera kepala sedang, [http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2878/1/NASPUB\\_VINKA%20RAHMATU\\_L%20LAILI\\_P19197.pdf](http://eprints.ukh.ac.id/id/eprint/2878/1/NASPUB_VINKA%20RAHMATU_L%20LAILI_P19197.pdf)
- Wahyuni Abd Rahim, dkk (2019), hubungan antara pengetahuan perawatan luka pasca bedah, jurnal keperawatan, volume 7 nomor 1
- Widiastuti, dkk (2022). Teknik relaksasi nafas dalam dapat memperbaiki intensitas nyeri. *Intan Husada: Jurnal Ilmiah Keperawatan*, Vol. 10 No (1), 67-74

## BIODATA PENELITI



### A. Data Pribadi

Nama : Sri Wahyuni

Tempat, Tgl Lahir : Bontang, 15 September 2002

Alamat Asal : Jl. Poros Bontantg-Samarinda Km.16, RT. 1, Dusun Damai Makmur, Desa Danau Redan, Kec. Teluk Pandan, Kab. Kutai Timur, Kalimantan Timur

Alamat Di Samarinda : JL. Juanda 1, No 10B RT.20 Kel. Air putih, Kec. Samarinda Ulu. Kota Samarinda, Kalimantan timur

Email : [wsri4399@gmail.com](mailto:wsri4399@gmail.com)





### B. Riwayat pendidikan pendidikan formal

- Tamat SD Tahun Di Tahun 2014 Di SD 003 Teluk Pandan
- Tamat SMP Di Tahun 2017 Di SMP N 2 Teluk Pandan
- Tamat SMK Di Tahun 2020 Di SMK Putra Bangsa Bontang



### LEMBAR KONSULTASI

Judul KTI : Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Bapak M Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda

Pembimbing : Ns. Taharuddin, M.Kep







No	Tanggal	Konsultasi	Hasil konsultasi	Paraf
1.	30/12/2022	Konsul kasus yang ingin di ambil	Studi Kasus Asuhan Keperawatan pada Bapak M yang Mengalami Cedera Kepala Sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda	
2.	31/12/2022	Konsul judul	ACC Judul	
3.	04/01/2023	Konsul cover dan bab 1	Tambahkan angka kejadian eks di Indonesia, kaltim,samarinda,	
4.	07/01/2023	Konsul bab 1	Penanganan nyeri yang bisa dilakukan apa saja,termasuk tekni relaksasi nafas dalam,penanganan nyeri yang bisa	



			dilakukan apa saja, komplikasi jika tidak ditangani	
5.	10/01/2023	Konsul bab 2 dan bab 3	Tambahkan daftar pustaka, dan tambahkan daftar isi	
6.	11/01/2023	Konsul bab 2 dan bab 3	Rapikan penulisan dan rata kanan kiri, tambahkan 5 jurnal	

### LEMBAR KONSULTASI

Judul KTI : Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada saudara M Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda  
Pembimbing : Ns. Taharuddin, M.Kep

No	Tanggal	Konsultasi	Hasil konsultasi	paraf
1.	24/02/2023	Konsul bab 4	Tambahkan gambaran lokasi dan tambahkan paraf di implementasi dan evaluasi, lanjutkan pembahasan	
2.	27/02/2023	Konsul bab 4	Tambahkan data pengkajian, data diagnosa, data intervensi, implementasi dan evaluasi	
3.	1/03/2023	Konsul bab 4	Tambahkan tindakan evidence based	
4.	4/03/2023	Konsul bab 4	Acc bab 4	
5.	7/03/2023	Konsul bab 5	Tambahkan data di kesimpulan dibagian pengkajian	
6	9/03/2023	Konsul bab 5	Acc bab 5	

**LAMPIRAN**

# KTI\_Sri Wahyuni (Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Saudara M Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang )

*by Universitas Muhammadiyah Kalimantan Timur*

---

**Submission date:** 12-Oct-2023 03:16PM (UTC+0800)

**Submission ID:** 2191164472

**File name:** Sri\_Wahyuni\_2011102416030-2.pdf (713.94K)

**Word count:** 15941

**Character count:** 94551

## KTI\_Sri Wahyuni (Studi Kasus Asuhan Keperawatan Pada Saudara M Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang )

### ORIGINALITY REPORT

**18%**

SIMILARITY INDEX

**17%**

INTERNET SOURCES

**2%**

PUBLICATIONS

**5%**

STUDENT PAPERS

### PRIMARY SOURCES

<b>1</b>	<b><a href="https://dspace.umkt.ac.id">dspace.umkt.ac.id</a></b> Internet Source	<b>6%</b>
<b>2</b>	<b><a href="https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id">repository.poltekkes-kaltim.ac.id</a></b> Internet Source	<b>3%</b>
<b>3</b>	<b><a href="https://vbook.pub">vbook.pub</a></b> Internet Source	<b>1%</b>
<b>4</b>	<b><a href="https://askepsyafiq.blogspot.com">askepsyafiq.blogspot.com</a></b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>5</b>	<b><a href="https://repository.unimugo.ac.id">repository.unimugo.ac.id</a></b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>6</b>	<b><a href="https://repositori.uin-alauddin.ac.id">repositori.uin-alauddin.ac.id</a></b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>7</b>	<b><a href="https://dionchagi.wordpress.com">dionchagi.wordpress.com</a></b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>8</b>	<b><a href="https://pdfs.semanticscholar.org">pdfs.semanticscholar.org</a></b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>
<b>9</b>	<b><a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a></b> Internet Source	<b>&lt;1%</b>