



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA
DI RUANG TRAUMA CENTER BEDAH
RSUP. Dr. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

VONNY LEVITA ADRI
NIM : 193110159

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**



POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA
DI RUANG TRAUMA CENTER BEDAH
RSUP. Dr. M. DJAMIL PADANG**

KARYA TULIS ILMIAH

*Diajukan Ke Program Studi D III Keperawatan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Padang Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ahli
Madya Keperawatan*

VONNY LEVITA ADRI
NIM: 193110159

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN PADANG
JURUSAN KEPERAWATAN
TAHUN 2022**

BALAMAN PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah berjudul "Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Di Ruang Trauma Center Bedah RSUD. Dr. M. Djanif Padang" ini telah diperiksa dan disetujui untuk dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Sidang Karya Tulis Ilmiah Program Studi DIII Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang.

Padang, Agustus 2022

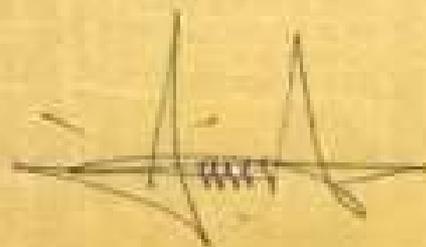
Menyetujui,

Pembimbing I



Ns. Yusi Suryariniati, M.Kep.Sp.KMB
NIP : 19750718 199803 2 007

Pembimbing II



Ns. Lela Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep
NIP : 19760206 200012 2 001

Mengetahui,

Ketua Program Studi D III Keperawatan Padang

Poltekkes Kemenkes Padang



Helmi Setiawan, S.Kp, M.Kep, Sp, Jwa
NIP: 19701020 199503 2 002

BALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini diajukan oleh

Nama : Vinny Leyta Adri

NIM : 1931101159

Program Studi : D III Keperawatan Padang

Judul KTI : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Di Ruang Trauma Center Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang

DEWAN PENGUJI

Kemah Penguji : Ns. Hj. Sila Dewi Anggreni, S.Pd, M.Kep, Sp.KMB

Penguji 1 : Ns. Nova Yanti, S.Kep, M.Kep, Sp.KMB

Penguji 2 : Ns. Yosi Suryarimbah, M.Kep, Sp.KMB

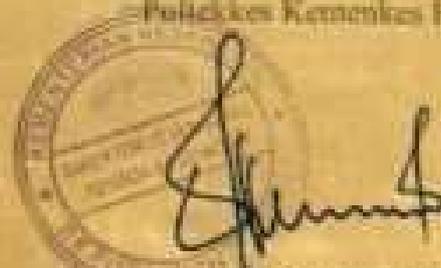
Penguji 3 : Ns. Lela Felisanda Anri, S. KepM.Kep

Ditetapkan tanggal : Agustus 2022

Mengetahui

Kemah Program Studi Keperawatan Padang

Poltelkes Kemrenkes Padang



Henni Samudra, S.Kp, M.Kep, Sp. JIWA

NIP-19701020-199303-2-002

BALAMAN ORISINALITAS

Karya Tulis Ilmiah ini adalah karya saya sendiri dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Venny Lavinia Adri

NIM : 193110159

Tanda Tangan :

The image shows a handwritten signature in blue ink over a yellow rectangular stamp. The stamp contains the text 'UNIVERSITAS PADJARAN' at the top, 'FACULTY OF EDUCATION' in the middle, and 'DEPARTMENT OF PEDAGOGY' at the bottom. There is also a small logo on the left side of the stamp.

Tanggal : 26 Juni 2022

DAFTAR RIWAYAT HIDUP



Nama : Vonny Levita Adri

Tempat / tanggal lahir : Padang / 21 Juni 2001

Agama : Islam

Status : Belum Kawin

Alamat : Jl. Pulau, Binuang Kampung Dalam, Kec. Pauh ,
Kota Padang, Prov. Sumatera Barat

Nama Orang Tua : Ayah : Abrimen
Ibu : Adriani (Almh)

Riwayat Pendidikan :

No.	Pendidikan	Tahun Ajar
1	SDN 0t6 Pasar Ambacang	2007-2013
2	SMPN Yayasan Siti Chadijah	2013-2016
3	SMAN 15 Padang	2016-2019
4	Poltekkes Kemenkes RI Padang	2019-2022

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Di Ruang Trauma Center Bedah RSUP. Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022”**. Karya Tulis Ilmiah ini disusun dalam rangka menyelesaikan pendidikan D-III Keperawatan Program Studi Keperawatan Padang. Peneliti menyadari bahwa, tanpa bantuan dan bimbingan ibu Ns. Yosi Suryarini, M.Kep.Sp.KMB selaku pembimbing I dan ibu Ns. Lola Felnanda Amri, S. Kep M.Kep selaku pembimbing II, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini, sangatlah sulit bagi peneliti untuk menyelesaikan penyusunan penelitian. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih kepada:

1. Bapak Dr. Burhan Muslim, SKM, M.Si, selaku Direktur Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
2. Bapak Dr. dr. Yusirman Yusuf, Sp.BA(K), MARS selaku pimpinan RSUP Dr. M. Djamil Padang yang telah mengizinkan untuk pengambilan data dan survey awal.
3. Ibu Ns. Sila Dewi Anggreini, S.Pd.M.Kep,Sp.KMB, selaku Ketua Jurusan Keperawatan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
4. Ibu Heppi Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa, selaku Ketua Program Studi D-III Keperawatan Padang Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang.
5. Bapak Ibu Dosen serta Staf Jurusan Keperawatan yang telah memberikan pengetahuan dan pengalaman selama perkuliahan.
6. Teristimewa kepada orang tua dan keluarga tercinta yang telah memberikan semangat dan dukungan serta restu yang tak dapat ternilai dengan apapun.
7. Rekan-rekan seperjuangan mahasiswa Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Padang Program Studi D-III Keperawatan Padang, serta semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang telah membantu peneliti menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini..

Dalam penyelesaian Karya Tulis Ilmiah ini peneliti masih banyak kekurangan untuk itu peneliti mengharapkan kritikan yang membangun demi kesempurnaan Karya Tulis Ilmiah ini. Akhir kata, peneliti berharap Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat khususnya bagi peneliti sendiri dan pihak yang telah membacanya, serta peneliti mendo'akan semoga segala bantuan yang telah diberikan mendapatkan balasan dari Allah SWT.

Semoga nantinya dapat membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.
Aamiin

Padang, 26 Juni 2022

Peneliti

**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG**

Karya Tulis Ilmiah, Mei 2022

Vonny Levita Adri

**Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala di Ruang Trauma Center RSUP
Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022**

Isi : xi + 69 Halaman + 1 Tabel + 11 Lampiran

ABSTRAK

Cedera kepala menjadi kondisi yang masih menjadi tantangan besar dalam dunia kesehatan. Penyebabnya dikarenakan benturan atau kecelakaan yang mengakibatkan fungsi otak mengalami gangguan dan perdarahan interstisial dalam otak. Tujuan penelitian adalah mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

Desain penelitian deskriptif berbentuk studi kasus. Penelitian dilakukan pada bulan Desember 2021 sampai bulan Juni 2022 di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang. Populasi berjumlah 3 orang dan sampel yang diambil 1 orang dengan teknik *purposive sampling*. Instrumen pengumpulan data yaitu format pengkajian dan alat pemeriksaan fisik. Metode pengumpulan data adalah observasi, pengukuran, wawancara dan studi dokumentasi, data di analisis dengan membandingkan hasil asuhan keperawatan dengan teori dan penelitian sebelumnya.

Hasil penelitian didapatkan pasien masuk rumah sakit karena kecelakaan sepeda motor. Diagnosa keperawatan yaitu penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema cerebral, risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala, dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma). Rencana keperawatan yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial, pemantauan tekanan intrakranial, dan manajemen nyeri. Implementasi keperawatan yang dilakukan yaitu manajemen peningkatan TIK, melakukan pemantauan TIK, dan manajemen nyeri dengan teknik distraksi (murotal al-qur'an). Evaluasi keperawatan yang dihasilkan pada tiga diagnose keperawatan yaitu masalah belum teratasi.

Disarankan bagi perawat ruangan untuk lebih memperhatikan intervensi manajemen nyeri dengan murotal al-qur'an yang sudah dilakukan kepada pasien cedera kepala dan mempertahankannya agar intervensi berjalan dengan optimal.

**Kata Kunci : Cedera kepala, Asuhan Keperawatan
Daftar Pustaka : 31 (2012-2022)**

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
HALAMAN ORISINALITAS.....	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP.....	v
KATA PENGANTAR.....	vi
ABSTRAK.....	viii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	4
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
A. Konsep Dasar Cedera Kepala.....	6
1. Pengertian.....	6
2. Etiologi.....	6
3. Klasifikasi.....	7
5. Patofisiologi.....	13
6. WOC.....	16
7. Komplikasi.....	17
8. Penatalaksanaan.....	19
9. Terapi Murrotal Al-Qur'an.....	22
B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kasus Cedera Kepala.....	23
1. Pengkajian.....	23
2. Kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul menurut SDKI.....	28
3. Intervensi Keperawatan.....	29
4. Implementasi Keperawatan Keluarga.....	31
5. Evaluasi Keperawatan Keluarga.....	31
BAB III METODE PENELITIAN.....	32
A. Desain Penelitian.....	32
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	32
C. Populasi dan Sampel.....	32
D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data.....	34

E.	Teknik Pengumpulan Data.....	35
F.	Jenis-Jenis Data.....	37
G.	Hasil Analisis Data.....	37
BAB IV DESKRIPSI DAN PEMBAHASAN KASUS.....		38
1.	Pengkajian.....	38
2.	Diagnosa Keperawatan.....	40
3.	Intervensi Keperawatan.....	41
4.	Implementasi Keperawatan.....	43
5.	Evaluasi Keperawatan.....	50
4.	Implementasi Keperawatan.....	62
5.	Evaluasi Keperawatan.....	65
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN.....		66
A.	Kesimpulan.....	66
B.	Saran.....	67
DAFTAR PUSTAKA.....		68

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Genchart Kegiatan Penelitian
- Lampiran 2 : Surat Izin Survey Data dari Institusi Poltekkes Kemenkes Padang
- Lampiran 3 : Surat Izin Pengambilan Data dari Rekam Medis
- Lampiran 4 : Surat Izin Pengambilan Data dari Ka. Instalasi Bedah
- Lampiran 5 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing I
- Lampiran 6 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah Pembimbing II
- Lampiran 7 : Surat Izin Melakukan Penelitian
- Lampiran 8 : Lembar Informed Consent
- Lampiran 9 : Format Asuhan Keperawatan
- Lampiran 10 : Daftar Hadir Penelitian
- Lampiran 11 : Surat Selesai Penelitian

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kepala merupakan organ yang sangat vital bagi seluruh aktivitas dan fungsi tubuh, karena didalam otak terdapat berbagai pusat kontrol seperti pengendalian fisik, intelektual, emosional, social dan keterampilan. Otak terdiri dari dua belahan, belahan kiri mengendalikan tubuh bagian kanan, belahan kanan mengendalikan tubuh bagian kiri. Mempunyai permukaan yang berlipat lipat untuk memperluas permukaan sehingga dapat ditempati oleh banyak saraf. Otak juga sebagai pusat penglihatan, pendengaran, kecerdasan, ingatan, kesadaran, dan kemauan (Widia, 2015).

Walaupun otak berada dalam ruang yang tertutup dan terlindungi oleh tulang-tulang yang kuat namun dapat juga mengalami kerusakan. Salah satu penyebab dari kerusakan otak adalah terjadinya trauma atau cedera kepala yang dapat mengakibatkan kerusakan struktur otak sehingga dapat mengganggu fungsi otak (Tarwoto, 2013).

Cedera kepala merupakan proses dimana terjadi trauma langsung atau tidak langsung terhadap kepala yang menyebabkan kerusakan tengkorak dan otak. Cedera kepala merupakan cedera pada kulit kepala, cedera tengkorak dan cedera yang terjadi pada otak, sehingga fungsi otak mengalami gangguan trauma yang dapat mengalami perdarahan interstisial dalam otak atau tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala biasanya diakibatkan karena benturan atau kecelakaan (Muttaqin, 2011).

Cedera kepala dibagi menjadi cedera kepala primer dan cedera kepala sekunder. Cedera kepala primer adalah cedera awal yang menghancurkan integritas fisik, kimia, dan listrik sel di daerah tersebut, yang mengakibatkan kematian sel. Cedera kepala sekunder adalah cedera yang meningkatkan TIK dengan menyebabkan kerusakan otak tambahan yang terjadi setelah cedera (Nurarif, 2015).

Peningkatan TIK adalah komplikasi serius dari cedera otak traumatis. Peningkatan TIK disebabkan oleh ketidakseimbangan antara volume intrakranial dan isi tengkorak, termasuk edema serebral, perubahan biokimia, iskemia serebral, hipotensi sistemik, perubahan hemodinamik serebral, dan respons fisiologis terhadap cedera otak, termasuk infeksi lokal atau sistemik, dan kematian (Nurarif, 2015).Konsekuensi dari masalah akibat trauma kepala adalah perdarahan intrakranial, seperti hematoma epidural dan hematoma subdural. Pasien juga dapat mengalami amnesia, perubahan neurologis dan psikologis (Satyanegara, 2018).

Menurut *World Health Organization* (WHO, 2018) setiap tahunnya sekitar 1,2 juta orang meninggal dengan diagnosis cedera kepala yaitu akibat kecelakaan lalu lintas dan jutaan lainnya terluka atau cacat. WHO melaporkan bahwa kecelakaan lalu lintas jalan menjadi penyebab cedera kepala terbesar yang menewaskan 1,25 juta orang diseluruh dunia pada 2013 dan cedera kepala ringan hingga sedang mencapai 50 juta lebih. Tingkat kematian karena cedera kepala adalah 2,6 kali lebih tinggi di negara-negara berpenghasilan rendah (24,1 kematian per 100.000 penduduk) dibandingkan di negara- negara berpenghasilan tinggi (9,2 kematian per 100.000 populasi).

Di Indonesia tercatat pada tahun 2018 prevalensi cedera kepala nasional 9,2% dimana prevalensi tersebut meningkat dari tahun 2013 yaitu 8,2% menjadi 9,2% di tahun 2018. Dari prevalensi tersebut tercatat bahwa cedera kepala yang disebabkan karena kecelakaan di jalan raya sebanyak 31,4% di tahun 2018.

Data RISKESDAS tahun 2018 menunjukkan bahwa angka cedera kepala akibat kecelakaan di Provinsi Sumatera Barat yaitu 34,8%, angka tersebut lebih tinggi dari rata-rata angka nasional yaitu 31,4%. Dari data tersebut tercatat bahwa prevalensi cedera kepala yang disebabkan karena kecelakaan di kota Padang sekitar 6,8% dengan berbagai penyebab yang meliputi kecelakaan sepeda motor sebanyak 49,5 %, kecelakaan karena transportasi darat lainnya sebanyak 5,4%, disebabkan karena terjatuh sebanyak 33,2%, karena benda tajam dan tumpul sebanyak 7,4%.

Berdasarkan data rekam medik yang diperoleh dari RSUP. Dr. M. Djamil Padang pasien yang masuk dengan cedera kepala pada tahun 2019 sebanyak 30 orang, dan di tahun 2020 sebanyak 86 orang. Survey awal yang dilakukan di ruang Trauma Center RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tanggal 29 Desember 2021, data yang didapat dalam 3 bulan terakhir yaitu bulan Oktober - Desember 2021 tercatat sebanyak 54 orang pasien cedera kepala. Berdasarkan hasil wawancara pada pasien yang mengalami Cidera Kepala mengatakan keluhan yang pasien rasakan nyeri di belakang kepala sebelah kanan. Pasien mengalami cedera kepala berat yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas. Berdasarkan pengamatan yang didapatkan di ruangan ditemukan bahwa perawat sudah melakukan pengkajian. Pada pendokumentasian perawat menegakkan diagnosa ketidakefektifan perfusi jaringan serebral dan pola napas tidak efektif. Peran perawat dalam penatalaksanaannya yaitu perawat berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat dan oksigen. Perawat juga melakukan pemantauan tekanan darah untuk mengontrol peningkatan tekanan intrakranial.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan mona oktavia pada tahun 2020 yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala” di bangsal bedah trauma center RSUP Dr. M. Djamil Padang pada saat pengkajian klien dengan gangguan cedera kepala keluhan utama pasien adalah penurunan kesadaran, memar dibagian kepala, keluar darah dari hidung dan mulut tidak disertai lendir, mintah proyektil sebanyak 2x, dan mengalami kejang 1x. Diagnosa keperawatan yang muncul adalah pola nafas tidak efektif, resiko perfusi serebral tidak efektif, gangguan integritas kulit. Implementasi keperawatan yang dilakukan peneliti yaitu pemberian obat anti edema, pemberian terapi oksigen, perawatan integritas kulit.

Berdasarkan latar belakang di atas peneliti telah melakukan penelitian tentang “Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Cedera Kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUPDr. M. Djamil Padang”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah uraikan, maka perumusan masalah dalam penelitian ini adalah asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan hasil pengkajian pada keluarga dengan masalah pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
- b. Mendeskripsikan rumusan diagnosa keperawatan pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
- c. Mendeskripsikan rencana keperawatan dengan masalah keperawatan pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
- d. Mendeskripsikan implementasi keperawatan dengan masalah keperawatan kepada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
- e. Mendeskripsikan evaluasi keperawatan dengan masalah keperawatan pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang
- f. Mendeskripsikan dokumentasi keperawatan dengan masalah keperawatan pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

D. Manfaat Penelitian

a. Bagi peneliti

Diharapkan dapat bermanfaat dalam menambah wawasan ilmu pengetahuan serta kemampuan peneliti dalam memberikan asuhan keperawatan cedera kepala. Diharapkan juga dapat menjadi pengetahuan berharga dari peneliti untuk pasien dan keluarga dalam menerapkan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang.

b. Bagi Institusi Poltekkes Kemenkes RI Padang

Diharapkan dapat menjadi bahan pembelajaran dalam penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala. Diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan manfaat bagi pembaca mengenai penerapan Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala.

c. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat dan ilmu pengetahuan bagi pasien dan keluarga dalam menerapkan intervensi yang sudah diajarkan peneliti pada pasien Cidera.

d. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat memberikan dan bahan rujukan bagi penelitian berikutnya untuk menambah pengetahuan dan data dasar untuk penelitian selanjutnya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Cedera Kepala

1. Pengertian

Cedera kepala adalah suatu gangguan trauma dari fungsi otak yang disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak, tanpa terputusnya kontinuitas otak (Paula, 2014). Cedera kepala adalah gangguan fungsi normal karena trauma baik trauma tumpul maupun tajam. Defisit neurologis terjadi karena robeknya substansi alba, Defisit neurologis hasil dari robeknya substansi alba, iskemia, dan pengaruh dari perdarahan, dan pembengkakan otak di sekitar jaringan otak (Battica, 2012). Cedera kepala merupakan kasus trauma yang paling sering terjadi setiap harinya. Bahkan paling sering dijumpai di unit gawat darurat di setiap rumah sakit. Cedera kepala didefinisikan sebagai penyakit non degenerative dan non kongetinal yang disebabkan oleh massa mekanik dari luar tubuh yang melibatkan *scalp* atau kulit kepala, tulang tengkorak, dan tulang-tulang yang membentuk wajah atau otak. Cedera kepala merupakan salah satu kasus penyebab kecelakaan dan kematian yang cukup tinggi dalam neurologi.

2. Etiologi

a. Trauma tumpu

Kekuatan benturan dapat menyebabkan kerusakan yang menyebar. Tingkat keparahan cedera tergantung pada proses akselerasi dan deselerasi, kekuatan tumbukan dan kekuatan rotasi internal. Rotasi internal menyebabkan perdarahan ketika otak bergeser, bergeser antara proyeksi pada permukaan otak dan permukaan tengkorak, mengubah integritas pembuluh darah otak (Paula, 2014).

b. Trauma tajam

Cedera di mana benda tersebut merobek otak (fekal) biasanya disebabkan oleh pisau atau peluru, atau fragmen tulang tengkorak. Kerusakan tergantung pada apakah benda tajam tersebut menancap di kepala atau otak (Paula, 2014).

c. Cedera coup-countre coup

Terjadi jika kepala terbentur yang menyebabkan otak bergerak dalam ruang kranial dan dengan kuat mengenai area tulang tengkorak yang berlawanan serta area kepala yang pertama kali terbentur (Amin dkk, 2015).

d. Cedera rotasional

Terjadi jika benturan menyebabkan otak berputar dalam rongga tengkorak, mengakibatkan peregangan atau robeknya neuron dalam substansia alba serta robeknya pembuluh darah yang memfiksasi otak dengan bagian dalam rongga tengkorak (Amin dkk, 2015).

3. Klasifikasi

a) Berdasarkan kerusakan jaringan otak

- 1) Komosio serebri (gegar otak) gangguan fungsi neurologis ringan tanpa kerusakan otak, tidak sadarkan diri kurang dari 10 menit, atau tidak ada amnesia retrograde, mual, muntah, sakit atau nyeri kepala.
- 2) Kontusio serebri (memar) : gangguan fungsi neurologic disertai rusaknya jaringan otak namun kontinuitas otak masih utuh, hilangnya kesadaran lebih 10 menit.
- 3) Laserasio serebri : gangguan fungsi neurologis dengan kerusakan otak parah dengan fraktur tengkorak terbuka. Massa otak terkelupas ke luar dari rongga intrakranial.

b) Berdasarkan berat ringannya cedera

- 1) Cedera kepala ringan: nilai GCS antara 13-15, ketidak sadaran dapat terjadi dalam beberapa menit dan tidak ada fraktur tengkorak, memar, atau hematoma.
- 2) Cedera kepala sedang : nilai GCS antara 9-12, hilang kesadaran antara 30 menit dan 24 jam, disertai dengan patah tulang tengkorak dan sedikit disorientasi ringan.
- 3) Cedera kepala berat : nilai GCS antara 3-8, hilang kesadaran lebih dari 24 jam, biasanya disertai kontusio laserasi atau adanya hematom, edema serebral (Tarwoto, 2013)

Glasglow Coma Scale

Resp on		Poi nt			
Mata (Eye)					
Spontan		4			
Dengan perintah verbal		3			
W3 Dengan rangsangan nyeri		2			
Tidak memberi respon		1			
Verbal					
Orientasi baik		5			
Pembicaraan kacau		4			
Pembicaraan kata-kata kacau		3			
Mengerang		2			
Tidak ada respon		1			
Motorik					
Menuruti perintah		6			
Melokalisir rangsangan nyeri		5			
Menjauhi rangsangan nyeri		4			
Fleksi abnormal		3			
Ekstensi abnormal		2			
Tidak ada respon		1			
Skor	14-15	12-13	11-12	8-10	<5
Kondisi	Compos mentis	Apatis	Somnolent	Stupor	Koma

c) Berdasrkan patofisiologi

1) Cedera kepala primer

Cedera kepala primer meliputi fraktur cedera fokal dan cedera otak difus, masing-masing dengan mekanisme etiologi dan patofisiologinya sendiri. Fraktur tulang kepala dapat disertai atau tanpa kerusakan otak, namun ini tidak merupakan penyebab utama timbulnya kecacatan neurologi.

Cedera kepala primer dapat berupa :

- a. Fraktur liner, depresi.
- b. Cedera fokal yang berupa hematoma epidural, subdural atau intraserebral.
- c. Cedera difus yang berupa cedera ringan atau klasik dapat berupa cedera aksonal difus ringan hingga berat.

Kerusakan otak sekunder, dapat berupa :

1. Gangguan Sistemik: Hipoksia-hipotensi, gangguan metabolisme energi, dan kegagalan otoresesi.
2. Hematoma traumatika : epidural, subdural (akut dan kronis), atau intraserebral (Satyanegara, 2010).

d) Menurut tipe cedera kepala

1. *Fraktur tengkorak* adalah rusaknya kontinuitas tengkorak yang disebabkan oleh trauma. Adanya raktur tengkorak dapat menimbulkan dampak tekanan yang kuat, pada fraktur tengkorak terbuka terjadi kerusakan pada dura mater yang mengakibatkan merembesnya cairan serebrospinal, dimana dapat membuka suatu jalan untuk terjadinya infeksi intrakranial, sedangkan pada fraktur tertutup keadaan dura mater tidak rusak.

2. Cedera serebral

Cedera serebral dapat meliputi :

- a. *Komosio serebri* (cedera kepala ringan), benturan atau pukulan pada kepala dapat mengakibatkan hilangnya fungsi saraf sementara dan tidak ada kerusakan struktur. Komosio biasanya mencakup keadaan tidak sadar yang berlangsung dari beberapa detik hingga beberapa menit. Kehilangan fungsi neurologis sementara dan tanpa kerusakan struktur. Apabila jaringan otak di lobus frontal terkena, maka klien akan berperilaku sedikit aneh, sementara jika lobus temporal yang terkena maka akan menimbulkan amnesia atau disorientasi.

- c. *Kontusio serebri* (cedera kepala berat), otak mengalami memar dan kemungkinan adanya daerah yang mengalami perdarahan, pasien berada pada keadaan tidak sadarkan diri. Umumnya, individu yang mengalami cedera luas mengalami fungsi motorik abnormal, gerakan mata abnormal, dan peningkatan TIK yang merupakan prognosis buruk. Sebaliknya, klien biasanya dapat mengalami pemulihan kesadaran penuh dan mungkin melewati tahap peka rangsang serebral. Gangguan fungsi mental atau kejang sering terjadi akibat kerusakan serebral yang tidak dapat diperbaiki.
- d. *Hematoma epidural*, di mana darah menumpuk di ruang epidural (ekstradural) diantara tengkorak dan duramater. Keadaan ini sering disebabkan oleh fraktur tulang tengkorak di mana arteri meningeal media antara duramater dan tengkorak di bawah bagian tipis tulang telah pecah atau menjadi rusak, dimana arteri ini berada antara duramater dan tengkorak daerah interior menuju bagian tipis tulang temporal dan terjadi hemoragik sehingga menyebabkan penekanan pada otak. Biasanya klien mengalami hilangnya kesadaran sebentar pada saat terjadinya cedera diikuti dengan pemulihan bertahap dan nyata secara perlahan-lahan (interval yang jelas). Penatalaksanaan hematoma epidural dianggap sebagai keadaan darurat di mana cacat neurologis atau henti napas dapat terjadi dalam beberapa menit. tindakannya terdiri dari membuat lubang (burr) di tengkorak, mengeluarkan bekuan darah, dan mengontrol titik pendarahan.
- e. *Hematoma subdural*, adalah pengumpulan darah di ruang antara duramater dan dasar otak, biasanya berisi cairan. Hematoma subdural lebih sering terjadi pada vena dan merupakan akibat dari pecahnya pembuluh darah kecil yang menghubungkan ruang subdural. Biasanya, klien dalam keadaan koma atau memiliki tanda klinis yang mirip dengan hematoma epidural, dan

peningkatan tajam pada hematoma sesuai dengan peningkatan tekanan darah dengan denyut nadi yang melambat dan peningkatan pernapasan.

- f. *Hemoragik intraserebral*, adalah perdarahan ke dalam substansia otak, biasanya terjadi pada cedera kepala dimana tekanan mendesak ke kepala sampai daerah kecil (cedera peluru atau luka tembak). Intervensi pembedahan dengan kraniotomi memungkinkan pengangkatan bekuan darah dan kontrol hemoragik tetapi tidak mungkin baik karena lokasi perdarahan yang tidak dapat diakses atau kurang jelasnya batas sel darah yang dapat diangkat. Terapi fisik biasanya diperlukan untuk rehabilitasi optimal pada klien dengan hemoragik cedera kepala (Batticaca, 2012).

e) Berdasarkan jenis cedera

- 1) Cedera kepala tertutup adalah ketika pukulan kuat ke kepala tiba-tiba jaringan otak menekan tengkorak, sehingga menyebabkan geger otak ringan dan pembengkakan otak yang luas.
- 2) Cedera kepala terbuka adalah luka yang tampaknya telah menembus durameter dan dapat menyebabkan fraktur pada tulang tengkorak dan jaringan otak, memar (kontosio), laserasi (luka robek atau koyak), abrasi (luka yang tidak begitu dalam), serta avulsi (kulit dan jaringan bawah kulit terkelupas) (Bararah & Jauhar, 2013).

3. Mekanisme

Cedera kepala terjadi akibat tekanan mekanis pada tengkorak dan struktur di dalamnya yang menyebabkan kerusakan sementara atau permanen. Melaju dengan kecepatan tinggi dan berhenti tiba-tiba dapat menyebabkan otak membentur bagian dalam tengkorak dengan arah yang berlawanan. Benturan dan momentum yang diterapkan pada kepala akan mengakibatkan cedera kepala (Arifin et al, 2013). Tiga mekanisme yang mempengaruhi cedera kepala adalah *akselerasi*, *delerasi*, dan *deformitas*.

a. Akselerasi

Akselerasi adalah mekanisme cedera yang terjadi ketika suatu benda bergerak, seperti ketika seseorang dalam keadaan diam, membentur kepala yang diam kemudian dipukul atau terlempar batu.

b. Delerasi

Delerasi adalah mekanisme cedera kepala yang terjadi ketika kepala yang bergerak mengenai benda yang tidak bergerak, seperti pukulan ke kepala.

c. Deformitas

Deformitas merupakan perubahan atau kerusakan pada bagian tubuh yang terjadi akibat trauma, sebagai contoh adanya fraktur kepala, kompresi, ketegangan atau pemotongan pada jaringan otak (Tarwoto, 2013).

Mekanisme cedera kepala yang lebih sering terjadi adalah pembebanan dinamis yang terjadi dalam periode waktu yang lebih singkat (kurang dari 200 m/d).

Beban dinamik ini dibagi menjadi dua jenis yaitu beban guncangan (*impulsive loading*) terjadi apabila kepala mengalami kombinasi antara percepatan - perlambatan (akselerasi-deselerasi) secara mendadak sedangkan beban benturan (*impact loading*) merupakan jenis beban dinamik yang lebih sering terjadi dan biasanya merupakan kombinasi kekuatan beban kontak (*contact forces*) dan kekuatan beban lanjut (*inertial forces*), respon kepala terhadap beban-beban ini tergantung dari obyek yang membentur kepala.

Mekanisme cedera juga terdapat gelombang hantam yang dihasilkan dari titik benturan dengan kecepatan gelombang suara, yang menembus langsung ke dalam substansi otak. Gelombang ini menyebabkan kerusakan jaringan lokal, dan akhirnya menyebabkan distorsi jaringan dan kerusakan intraparenkim otak, biasanya tampil sebagai perdarahan kecil (Satyanegara dkk, 2010).

5. Patofisiologi

Adanya cedera kepala dapat mengakibatkan adanya gangguan atau kerusakan struktur misalnya kerusakan pada parenkim otak, kerusakan pembuluh darah, perdarahan, edema dan biokimia otak misalnya penurunan adenosin tripospat dalam mitokondria, perubahan permeabilitas vaskuler.

Patofisiologi cedera kepala dapat digolongkan menjadi 2 proses yaitu cedera kepala primer dan cedera kepala sekunder. Cedera kepala primer merupakan cedera yang terjadi saat bersamaan dengan kejadian cedera. Biasanya cedera ini menimbulkan kerusakan pada tengkorak, otak, pembuluh darah dan struktur pendukungnya. Sedangkan cedera kepala sekunder merupakan proses kelanjutan dari cedera primer dan lebih merupakan fenomena metabolik, biasanya pasien mengalami hipoksia, hipotensi, asidosis, penurunan suplai oksigen otak.

Seiring waktu, situasi ini menyebabkan edema otak dan peningkatan tekanan intrakranial, yang ditandai dengan penurunan kesadaran, muntah proyektil, pembengkakan papilla dan nyeri kepala. Lebih banyak fenomena metabolik, biasanya pasien mengalami hipoksia, hipotensi, asidosis, berkurangnya suplai oksigen ke otak. Seiring waktu, keadaan ini menyebabkan penurunan kesadaran, pembengkakan otak, yang ditandai dengan muntah, dan peningkatan tekanan intrakranial. Peningkatan intrakranial harus segera ditangani karena dapat menimbulkan gangguan perfusi jaringan otak dan herniasi serebral yang dapat mengancam kehidupan (Tarwoto, 2013).

Otak dapat berfungsi dengan baik apabila kebutuhan oksigen dan glukosa dapat terpenuhi dengan baik. Energi yang dihasilkan oleh sel saraf hamper seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak punya cadangan oksigen, jadi apabila kurangnya aliran darah ke otak walaupun sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula, kebutuhan glukosa sebagai bahan bakar untuk metabolisme otak harus setidaknya 20 mg%

karena dapat menyebabkan koma. Kebutuhan glukosa mencapai 20% dari total kebutuhan glukosa tubuh, sehingga ketika kadar glukosa plasma turun hingga 70%, gejala pertama disfungsi serebral (Bararah & Jauhar, 2013).

Edema jaringan otak menyebabkan herniasi dan penekanan batang otak, akibatnya dampak dari cedera kepala menurut Bararah & Jauhar. (2013) adalah :

a. Kardiovaskular

Cedera kepala menyebabkan perubahan fungsi jantung mencakup aktivitas atipikal miokardial, perubahan tekanan vaskuler dan edema paru. Tidak adanya stimulus endogen saraf simpatis mempengaruhi penurunan kontraktilitas ventrikel. Hal ini dapat menyebabkan penurunan curah jantung dan meningkatkan tekanan atrium kiri. Akibatnya tubuh berkompensasi dengan meningkatkan tekanan sistolik. Pengaruh dari adanya peningkatan tekanan atrium kiri adalah terjadinya edema paru.

b. Respiratori

Adanya edema paru pada cedera kepala dan vasokonstriksi paru atau hipertensi paru menyebabkan hiperpnoe dan bronkokonstriksi. Konsentrasi oksigen dan karbon dioksida mempengaruhi aliran darah. Apabila PO₂ rendah, aliran darah bertambah karena terjadi vasodilatasi. Penurunan PCO₂, akan terjadi alkalosis yang menyebabkan vasokonstriksi (arteri kecil) dan penurunan CBF (Cerebral Blood Fluid). Edema otak ini menyebabkan kematian otak (iskemik) dan tingginya Tekanan Intra Kranial (TIK) yang dapat menyebabkan herniasi dan penekanan batang otak atau medulla oblongata.

c. Metabolisme

Pada cedera kepala terjadi perubahan metabolisme seperti trauma tubuh lainnya yaitu kecenderungan retensi natrium dan air, dan hilangnya sejumlah nitrogen. Retensi natrium juga disebabkan oleh adanya stimulus terhadap hipotalamus, yang menyebabkan pelepasan

ACTH sekresi aldosteron.

d. Gastrointestinal

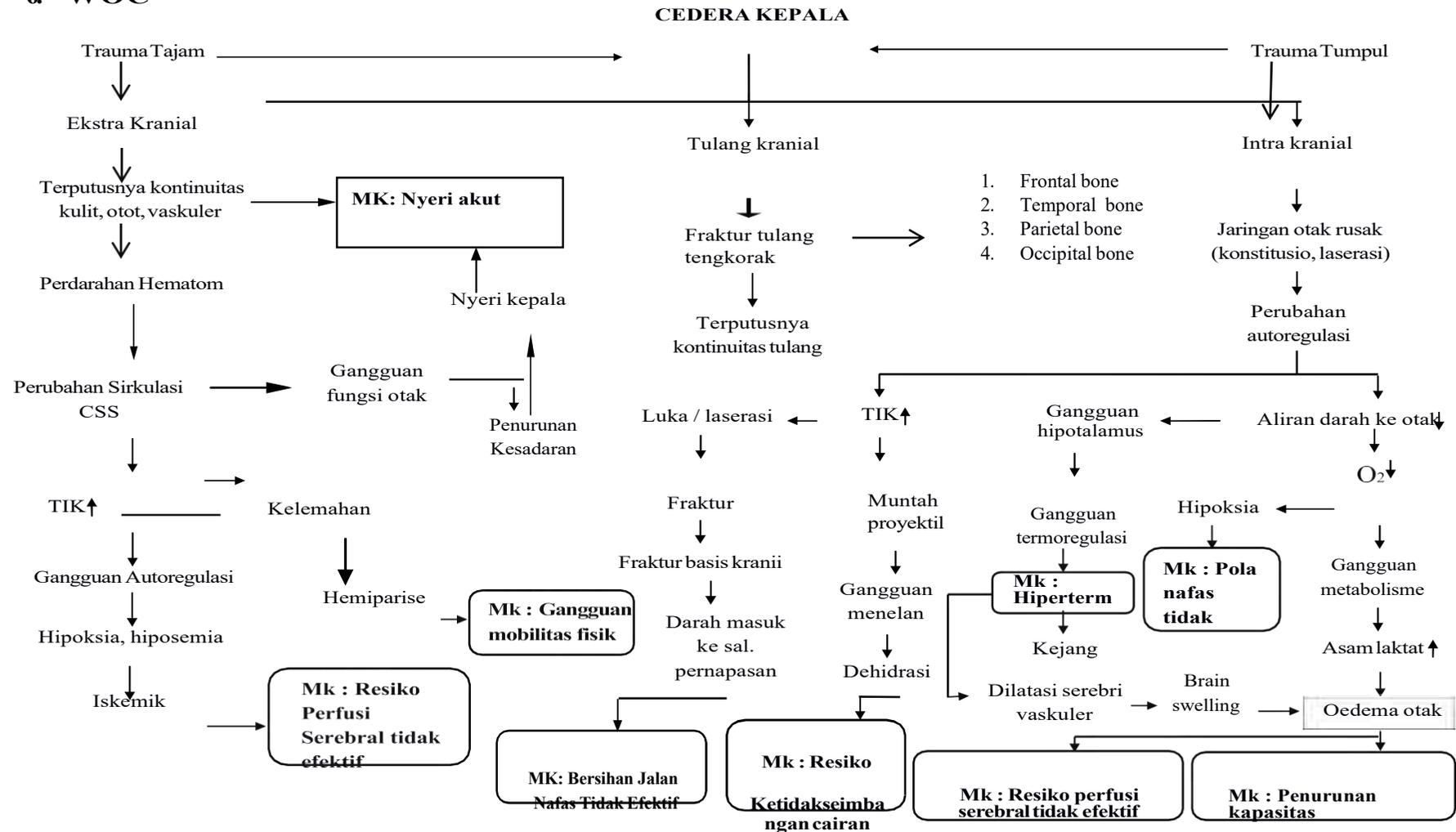
Cedera kepala juga mempengaruhi sistem gastrointestinal. Setelah cedera kepala (3 hari) terdapat respon tubuh dengan merangsang aktivitas hipotalamus vagal. Hal ini akan merangsang lambung menjadi hiperasiditas.

e. Psikologis

Selain dampak masalah yang mempengaruhi fisik pasien, cedera kepala pada pasien adalah suatu pengalamann yang menakutkan. Gejala sisa yang timbul pasca cedera akan mempengaruhi psikis pasien. Demikian pula pada cedera berat yang menyebabkan penurunan kesadaran dan penurunan fungsi neurologis akan mempengaruhi psikososial pasien dan keluarga.

Kematian pada cedera kepala banyak disebabkan karena hipotensi gangguapada outoregulasi. Ketika outoregulasi terjadi kerusakan menimbulkan hipoperfusi jaringan serebral dan berakhir pada iskemia jaringan otak, karena otak sangat sensitif terhadap oksigen dan glukosa (Tarwoto, 2013).

6. WOC



Poltekkes Kemenkes Padang

7. Komplikasi

Komplikasi cedera kepala menurut (Satyanegara, 2010)

a. Higroma subdural

Higroma subdural merupakan pengumpulan cairan otak yang terbungkus oleh kapsul di bawah durameter. Biasanya disebabkan oleh pecahnya arakhnoid sehingga cairan otak mengalir dan berkumpul membentuk kolam. Terapinya mirip dengan penanganan hematoma subdural (kronis).

b. Pneumatokel traumatika

Berdasarkan lokasinya dibedakan pneumatokel ekstrakranial dan pneumatokel intrakranial. Pneumatokel ekstrakranial adalah pengumpulan udara dibawah periosteum akibat adanya fraktur tulang tengkorak. Jaringan sekitarnya kadang membentuk granulasi. Udara pada pneumatokel intrakranial berada di rongga subdural atau subarachnoid.

c. Ostitis Osteomielitis

Ostitis Osteomielitis merupakan infeksi tulang sebagai kejadian komplikasi sekunder dari hidung atau sinus paranasal (frontal).

d. Meningitis ensefalitis

Umumnya terjadi pada trauma kapitis dengan luka yang terbuka di samping komplikasi sekunder dari fokus hidung, mastoid, atau sinus paranasal.

e. Abses subdural-abses otak

Abses subdural-abses otak seringkali menjadi komplikasi lanjut dari cedera kepala terbuka.

f. Epilepsi pasca trauma

Epilepsi pasca trauma merupakan serangan kejang yang terjadi setelah trauma kapitis. Diduga kejadian ini disebabkan oleh

perdarahan konteks serebri yang kemudian meninggalkan perlekatan, jaringan parut, atrofi, nekrosis, dan cacat lainnya. Secara klinis epilepsi dibedakan atas :

1. *Immediate epilepsy* yang timbul sesaat pasca trauma dan disertai dengan kesadaran yang menurun.
2. *Delayed epilepsy* dimana insert serangan bangkit dalam masa tiga bulan pertamapasca trauma.
3. *Late epilepsy* yang mana onsetnya dimulai setelah tiga bulan pasca trauma.

g. Kejang pasca trauma

Kejang dapat terjadi segera dalam 24 jam pertama, minggu pertama, atau dapat berlanjut seminggu kemudian. Kejang segera tidak menyebabkan kejang lebih lanjut. Kejang dini menunjukkan peningkatan risiko kejang lanjut.

h. Afasia

Afasia adalah hilangnya kemampuan berbahasa karena benturan atau cedera pada lobus temporalis sebelah kiri dan lobus frontal disebelah kanan.

i. Apraksia

Apraksia adalah ketidakmampuan untuk melakukan tugas yang membutuhkan ingatan atau gerakan. Kerusakan ini terjadi pada lobus parietal atau frontal.

j. Amnesia

Amnesia adalah ketidakmampuan mengingat semua kejadian yang baru saja atau telah lama terjadi. Amnesia berlangsung beberapa saat dan tergantung kepada berat ringannya cedera, pada cedera hebat amnesia bisa bersifat menetap. Mekanisme otak untuk menerima informasi dan mengingatnya kembali dari memori terutama terletak didalam lobus oksipitalis, lobus parietalis dan lobus temporalis.

k. Defisit neurologis dan psikologis

Tanda awal penurunan fungsi neurologis adalah perubahan tingkat kesadaran, nyeri kepala hebat, dan mual/muntah parah, yang merupakan tanda-tanda peningkatan TIK.

l. Edema serebral

Edema serebral merupakan keadaan dan gejala patologis, radiologis maupun gambaran intraoperatif, keadaan ini mempunyai peranan yang sangat bermakna pada kejadian pergeseran otak dan peningkatan intrakranial. Edema serebral juga sering terjadi tanpa adanya perdarahan intraserebral. Keadaan ini dapat terjadi akibat gangguan sekunder dan hipotensi sistemik dan hipoksia, cedera arterial atau hipertensi intrakranial.

m. Hipoksia dan hipotensi

Merupakan penyebab tersering dari kerusakan otak sekunder penderita sekunder cedera kepala khususnya sehubungan dengan terjadinya morbiditas serta mortalitas. Hipoksia dan hipotensi akan menyebabkan perubahan-perubahan minimal, yang kemudian bersamaan dengan efek cedera mekanisme memperberat gangguanmetabolisme serebral.

Hipoksia bisa timbul akibat dari adanya aspirasi, obstruksi saluran napas, atau cedera toraks yang terjadi bersamaan dengan trauma kepala, sedangkan hipoksia juga sering terjadi pasca cedera kepala dengan ventilasi normal.

8. Penatalaksanaan

Penanganan harus dilakukan sejak dari tempat kecelakaan, selama transportasi, diruang gawat darurat, sampai ruang operasi, ruang perawatan/ICU, monitor : derajat kesadaran, vital sign, kemunduran motorik, reflek batang otak, monitor tekanan intrakranial, diperlukan pada : koma dengan perdarahan intrakranial atau kontusio otak, GCS <6 (motorik<4).setelah evakuasi hematom, trauma multipel sehingga memerlukan ventilasi tekanan positif intermitten (IPPV) (Musliha, 2010).

Menurut Satyanegara (2010) penanganan kasus-kasus cedera kepala di unit gawat darurat didasarkan atas patokan pemantauan dan penanganan terhadap penderita secara umum yaitu perhatian urutan prioritas terhadap “6B”

- a. *Breathing* (jalan napas dan pernapasan), perlu diperhatikan adanya obstruksi jalan napas segera dibebaskan dengan tindakan : suction, intubasi, trakheostomi. Oksigenasi yang cukup atau hiperventilasi bila perlu merupakan tindakan yang berperan penting sehubungan dengan edema serebri yang terjadi.
- b. *Blood* (sirkulasi darah), mencakup pengukuran tekanan darah dan pemeriksaan laboratorium darah. Peningkatan tekanan darah dan nadi yang menurun mencirikan adanya suatu peningkatan tekanan intrakranial, sebaliknya tekanan darah yang menurun dan makin cepatnya denyut nadi menandakan adanya syok hipovolemik akibat perdarahan dan memerlukan tindakan transfusi.
- c. *Brain* (otak), langkah awal penilaian keadaan otak ditekankan terhadap GCS. Perubahan respon merupakan implikasi adanya perbaikan/perburukan terhadap cedera kepalanya, dan apabila pemantauan menunjukkan adanya perburukan perlu pemeriksaan lebih mendalam terhadap keadaan pupil, serta gerakan- gerakan bola mata (refleks okulosefalik, okulovestibuler, deviasi konjugat, nistagmus).
- d. *Bladder* (kandung kencing), kandung kemih perlu selalu dikosongkan (pemasangan kateter), karena apabila kandung kemih penuh akan mengakibatkan penderita mengejan sehingga tekanan intrakranial cenderung lebih meningkat.
- e. *Bowel* (sistem pencernaan), seperti halnya diatas, bahwa usus yang penuh juga cenderung untuk meningkatkan tekanan intrakranial.
- f. *Bone* (tulang), adanya fraktur mengakibatkan nyeri yang juga pada gilirannya akan mengakibatkan kenaikan tekanan intrakranial. Sehingga penanganan kelainan tulang sehubungan dengan trauma yang dialami penderita juga harus dilakukan secara adekuat.

Penatalaksanaan berdasarkan klasifikasi derajat cedera kepala

a. Cedera kepala ringan

Penatalaksanaannya meliputi anamnesa yang berkaitan dengan jenis dan waktu kecelakaan, riwayat penurunan kesadaran atau pingsan, riwayat adanya amnesia serta keluhan lain yang berkaitan dengan peningkatan tekanan intrakranial seperti : nyeri kepala, pusing, dan muntah. Dilakukan pemeriksaan radiologis berupa foto polos kepala yang bertujuan untuk mengetahui adanya fraktur tengkorak, posisi kelenjar pineal, pneumosefalus dan lainnya. Kemudian pemeriksaan CT Scan juga perlu dilakukan untuk semua kasus cedera kepala.

b. Cedera kepala sedang

Penatalaksanaan pertama selain anamnesa dan pemeriksaan fisik serta foto polos tengkorak, juga mencakup pemeriksaan tomografi komputer otak (CT Scan). Dilakukan pemeriksaan neurologis setiap setengah jam sekali.

c. Cedera kepala berat

Penatalaksanaan cedera kepala berat termasuk kelompok yang mencakup tujuhtahap, yaitu :

- 1) Stabilisasi kardiopulmoner mencakup prinsip ABC (*Airway-Breathing-Circulation*).
- 2) Pemeriksaan umum untuk mendeteksi berbagai macam cedera kepala atau gangguan-gangguan dibagian tubuh lainnya.
- 3) Pemeriksaan neurologis mencakup pemeriksaan GCS, pemeriksaan pupil,refleks okulosefalik dan refleks okulovestibuler.

Penanganan cedera dibagian lainnya

- a. Pemberian pengobatan seperti : anti edema serebri, anti kejang, dan natrium bikarbonat.
- b. Tindakan pemeriksaan diagnostik seperti sken tomografi komputer otak,angiografi serebral, dan lainnya.

Padila (2012) menyatakan bahwa penatalaksanaan pasien cedera kepala di rumah sakit dengan GCS 13-15 meliputi :

- a. Infus dengan cairan normoosmotik (kecuali Dextrose, karena dextrose cepat dimetabolisme menjadi $H_2O + CO_2$ sehingga dapat menimbulkan edema serebri).
- b. Diberikan analgesia/anti muntah secara intravena, jika tidak muntah dicoba minum sedikit demi sedikit.
- c. Mobilisasi dilakukan sedini mungkin, dimulai dengan memberikan bantal selama 6 jam kemudian setengah duduk pada 12 jam kemudian duduk penuh dan dilatih berdiri.

Perawatan di rumah sakit apabila GCS <13:

- a. Posisi telentang kepala miring ke kiri dengan diberi bantal tipis, hal ini untuk memperbaiki venous return sehingga TIK turun.
- b. Beri oksigen 6-8 liter/menit,
- c. Atasi hipotensi, usahakan tekanan sistolik di atas 100 mmHg, jika tidak ada perbaikan dapat diberikan vasopressor.
- d. Pada penderita GCS <9 atau diperkirakan akan memerlukan perawatan yang lebih lama maka hendaknya dipasang NGT untuk memberikan makanan,
- e. Sedini mungkin penderita dilakukan mobilisasi untuk menghindari terjadinya statik pneumonia atau dekubitus dengan cara melakukan miring ke kiri dan ke kanan setiap 2 jam.

B. Konsep Asuhan Keperawatan Pada Kasus Cedera Kepala

1. Pengkajian

Pengumpulan data klien baik secara subjektif maupun objektif yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi kekuatan dan kebutuhan penderita yang dapat diperoleh melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, serta pemeriksaan penunjang lainnya (Nugroho, 2011).

a. Anamnesa

1. Identitas penderita

Meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, alamat, status pernikahan, suku bangsa, nomor registrasi, tanggal masuk rumah sakit dan diagnosa medis (Bararah, 2013).

2. Identitas penanggung jawab

Berisikan data umum dari penanggung jawab pasien yang bisa dihubungi selama menjalani masa rawatan di rumah sakit.

3. Keluhan utama

Biasanya pasien dengan cedera kepala mengalami penurunan kesadaran, nyeri kepala dan adanya perdarahan akibat kecelakaan atau benturan.

4. Riwayat kesehatan sekarang

Biasanya ditemukan adanya cedera kepala yang terjadi akibat kecelakaan lalu lintas, benturan atau pukulan. Dan data yang didapatkan seperti muntah proyektil, konvulsi, takipneu, sakit kepala, luka dibagian kepala, paralisis adanya akumulasi sekret pada saluran pernapasan, adanya liquor dari hidung dan telinga, serta kejang.

5. Riwayat kesehatan dahulu

Biasanya pasien mengalami trauma yang mengenai kepala akibat dari kecelakaan, jatuh dari ketinggian, trauma langsung ke kepala. Perlu dilakukan pengkajian tentang riwayat hipertensi, riwayat cedera kepala sebelumnya, jantung koroner, diabetes mellitus, anemia.

6. Riwayat kesehatan keluarga

Biasanya cedera kepala tidak dipengaruhi oleh riwayat penyakit keluarga, namun perlu dikaji adanya anggota keluarga yang menderita hipertensi, diabetes mellitus, jantung koroner dan lain sebagainya.

7. Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

b. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik pada pasien dengan cedera kepala meliputi :

1. Keadaan umum

Biasanya pasien dengan cedera kepala mengalami penurunan kesadaran bahkan sampai koma.

2. Tingkat kesadaran

Kemungkinan hasil dari pemeriksaan GCS biasanya pasien dengan cedera kepala ringan ditemukan nilai GCS nya 14-15, sedangkan cedera kepala sedang ditemukan GCS 9-13, dengan kesadaran delirium hingga somnolen, dan cedera kepala berat GCS nya 3-8 dengan kesadaran stupor bahkan koma. (Amin & Hardhi, 2015).

3. Tanda-tanda vital

- a) Nadi

Biasanya pada cedera kepala ringan hingga sedang frekuensi nadinya cepat atau takikardia sebagai respon autonom terhadap kerusakan hipotalamus dan juga dapat ditemui pada tahap akhir dari peningkatan TIK.

- b) Tekanan darah

Biasanya pada cedera kepala berat dengan keadaan yang lebih parah terjadi penurunan tekanan darah atau hipotensi sebagai hasil akhir peningkatan TIK.

- c) Frekuensi pernapasan

Biasanya terdapat gangguan pola napas, adanya bunyi nafas tambahan seperti ronkhi, nafas cepat dan pendek dan takipnea (Tarwoto, 2013).

4. Kepala

Biasanya pada pasien cedera kepala tampak simetris, terdapat lesi, adanya hematom, adanya jejas di kepala.

5. Mata

Biasanya pada pasien cedera kepala ditemukan adanya hematoma pada mata, perdarahan konjungtiva, perubahan bilik mata depan, kerusakan pupil, gangguan lapang pandang.

6. Hidung

Biasanya ditemukan adanya pernapasan cuping hidung, gangguan penciuman dan adanya perdarahan di hidung.

7. Telinga

Biasanya juga ditemukan perdarahan dari telinga pada pasien cedera kepala.

8. Mulut

Biasanya bibir tampak edema, mukos bibir kering, adanya gangguan menelan dan terjadi penumpukan sekret di mulut.

9. Thoraks (paru)

a) Inspeksi : biasanya didapatkan peningkatan frekuensi pernapasan, kedalam dan upaya bernafas antara lain, takipnea, dyspnea, menggunakan obat bantu pernapasan.

b) Palpasi : biasanya fremitus kiri dan kanan

c) Perkusi: biasanya bunyi sonor

d) Auskultasi : adanya bunyi nafas tambahan seperti ronkhi, gurgling

10. Abdomen

Biasanya bising usus pasien hipoperistaltik.

11. Ekstremitas

Biasanya ditemukan kelemahan terhadap ekstremit

12. Genitalia

Biasanya pasien terpasang kateter.

13. Pemeriksaan sistem persyarafan

a) Pemeriksaan tanda rangsang meningeal

Biasanya pada cedera kepala sedang sampai berat ditemukan data adanya gangguan pada pemeriksaan kaku kuduk, brunzinski, dan kernig.

b) Pemeriksaan nervus kranialis

Biasanya pada cedera kepala ditemukan adanya gangguan pada nervuskranialis III, IV, VI, VII, dan VIII.

c) Pemeriksaan kekuatan otot

Biasanya pasien dengan gangguan cedera kepala kekuatan ototnya berkisar antara 0 sampai 4 tergantung tingkat keparahan cedera

kepala yang dialami oleh pasien tersebut.

14. Kebutuhan dasar

a) Eliminasi

Biasanya terjadi perubahan status eliminasi dan gangguan eliminasi, seperti terjadinya inkontinensia, hematuri, dan obstipasi.

b) Nutrisi

Biasanya pasien mengalami mual, muntah, gangguan mencerna dan menelan makanan, serta berkurangnya nafsu makan.

c) Istirahat

Biasanya terjadi mobilisasi dan gangguan pola tidur.

15. Konsep diri

Biasanya pada pasien dengan cedera kepala ditemukan adanya perubahan tingkah laku, kecemasan, berdebar, bingung, delirium.

16. Interaksi social

Biasanya ditemukan afasia motorik/sensorik, bicara tanpa arti, bicara berulang-ulang (Bararah & Jauhar, 2013).

17. Pemeriksaan penunjang

a) Foto polos kepala (skull X ray). Dari foto polos kepala dapat ditemukan fraktur, dan umumnya fraktur ditemukan pada usia <30 tahun

b) Pemeriksaan diagnostic

1) Foto tengkorak

Mengetahui adanya fraktur tengkorak (sumpel, depresi, komminut), fragmen tulang.

2) Foto servikal

Mengetahui adanya fraktur servikal

3) CT-Scan, MRI

Biasanya ditemukan adanya edema serebri, hematoma serebral, herniasi otak (Tarwoto, 2013).

4) X-Ray

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

- 5) Serum alcohol
Mendeteksi penggunaan alkohol sebelum cedera kepala.
 - 6) Serum obat
Mengetahui penyalahgunaan obat sebelum cedera kepala.
 - 7) Pemeriksaan obat dalam urine
Mengetahui pemakaian obat sebelum kejadian (Tarwoto, 2013)
- c) Pemeriksaan laboratorium
- 1) AGD
Biasanya pada cedera kepala terjadi peningkatan PCO₂ dan penurunan PO₂.
 - 2) Hematologi
Leukosit, Hb, albumin, globulin, protein serum

2. Kemungkinan diagnosa keperawatan yang muncul menurut SDKI

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral
- b. Resiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan cedera kepala
- c. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
- d. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis
- e. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis.
- f. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral
- g. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neuromuskuler.
- h. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan hipoksia serebral
- i. Resiko ketidakseimbangan cairan berhubungan dengan trauma/perdarahan
- j. Hipertermia berhubungan dengan respon trauma.

3. Intervensi Keperawatan

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Muntah menurun 6. Papilledema menurun 7. Tekanan darah membaik 8. Tekanan nadi membaik 9. Tekanan intrakranial membaik	Observasi: 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun) 3. Monitor intake output cairan. Terapeutik: 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Pertahankan suhu normal.
2.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Perfusi Serebral meningkat, dengan kriteria hasil: 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Tekanan intrakranial menurun 4. Sakit kepala menurun 5. Gelisah menurun 6. Nilai rata-rata tekanan darah membaik	Observasi: 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik) 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor tekanan perfusi serebral 6. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK.

		<ul style="list-style-type: none"> 7. Kesadaran membaik 8. Tekanan darah sistolik membaik 9. Tekanan darah diastolik membaik 	<p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Pertahankan posisi kepala dan leher netral.
3.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Muntah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 6. Tekanan darah membaik 	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik. <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal terapi relaksasi napas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri

			<ol style="list-style-type: none"> 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik.
--	--	--	--

4. Implementasi Keperawatan

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun. Perawat membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan, oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik ini dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang memengaruhi perawat melaksanakan intervensi sesuai dengan perencanaan yang telah dirumuskan agar tidak terjadinya komplikasi pada pasien cedera kepala.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan digambarkan sebagai bagian akhir proses keperawatan, evaluasi keefektifan tahap implementasi (dan intervensi keperawatan) memungkinkan perawat dan pasien untuk memantau dan menilai tujuan dan hasil yang telah tercapai. Akan tetapi, pendekatan sistematis merupakan proses yang berkelanjutan dan evaluasi adalah aspek yang konstan pada asuhan keperawatan, tergantung kepada situasi perawatan dan status kesehatan pasien, beberapa intervensi keperawatan harus dievaluasi per-jam, dan terkadang per-hari, per-minggu atau bahkan per-bulan. Pasien yang dirawat di bangsal atau di unit perawatan intensif mungkin memerlukan pemantauan kondisi per-jam, sementara pasien yang tinggal di panti werda membutuhkan beberapa aspek perawatan, misalnya pengendalian nyeri, pemantauan yang terus menerus, dan perawatan kebersihan mulut yang dipantau perminggu atau per bulan.

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan desain studi kasus. Studi kasus dilakukan dengan menelaah suatu masalah melalui studi kasus tunggal. Unit yang dimaksud dianalisis secara rinci dalam hal unit yang terkait dengan kasusu sendiri, faktor risiko yang terpengaruh, kejadian yang terkait dengan kejadian tersebut, dan perilaku serta respons pasien terhadap pengobatan atau paparan tertentu. (Kartika, 2017). Penelitian ini bertujuan untuk mendeskripsikan perawatan pasien cedera kepala di bangsal RSUP Trauma Center. dokter. M.Jamil Padang.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang rawat Trauma Center RSUP. Dr. M.Djamil Padang. Waktu penelitian dilakukan pada bulan Desember 2021 sampai bulan september 2022. Asuhan keperawatan dilakukan selama 5 hari dari tanggal 30 agustus sampai 03 september 2022.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan penelitian atau subjek penelitian (Kartika, 2017). Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien cedera kepala yang dirawat diruang Trauma Center RSUP DR.M. Djamil Padang yaitu sebanyak 3 orang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi yang diteliti dan mewakili seluruh populasi (Kartika, 2017). Sampel dalam penelitian ini adalah satu pasien cedera kepala di bangsal Trauma Center RSUP DR M. Djamil Padang. Sampel diambil dengan menggunakan teknik *non Probability sampling* yaitu *purposive sampling*, metode pengambilan sampel berdasarkan pertimbangan, yaitu metode pengambilan sampel yang ditargetkan.

Hal ini dilakukan oleh peneliti sendiri berdasarkan karakteristik atau sifat populasi yang telah diketahui sebelumnya (Notoatmodjo, 2010).

Teknik pengambilan sampel dengan menggunakan metode purposive Sampling, yaitu metode pengambilan sampel yang memungkinkan sampel mencerminkan karakteristik populasi yang telah diketahui sebelumnya dengan mengekstraksi sampel dari populasi sesuai dengan keinginan peneliti (tujuan atau masalah penelitian) (Nursalaam, 2015) Adapun kriteria sampel dalam penelitian ini yaitu :

a. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi adalah karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang terjangkau dan akan diteliti (Kartika, 2017) Kriteria inklusi dari penelitian ini adalah :

1. Pasien dan keluarga bersedia menjadi responden
2. Pasien dengan minimal hari rawatan kedua

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi adalah menghilangkan atau mengeluarkan subyek yang memenuhi kriteria inklusi dan studi karena berbagai sebab (Kartika, 2017) Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien yang hari rawat kurang dari 5 hari
2. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran saat melakukan asuhan keperawatan.

Pengambilan sampel penelitian menggunakan sampel *purposive sampling*, sampel diambil satu dari tiga orang dengan diagnosa cedera kepala dimana sampel tersebut termasuk pada kriteria inklusi dan eksklusi.

D. Alat dan Instrumen Pengumpulan Data

Alat atau alat pengumpulan data yang digunakan adalah format tahapan proses keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi. Metode pengumpulan data dimulai dengan anamnesis, pemeriksaan fisik, observasi langsung, dan pendokumentasian.

1. Pengkajian

Pengkajian dilakukan ketika pasien baru masuk pertama kalinya di fasilitas kesehatan (rumah sakit).

Bentuk yang umumnya dipakai dalam format pengkajian sebagai berikut :

a) Format Anamnesa

Format tanya jawab biasanya pertanyaan-pertanyaan yang bersifat umum (identitas pasien seperti nama, tempat, dan tanggal lahir, pendidikan, nama ibu kandung, ataupun riwayat kesehatan pasien seperti penyakit yang pernah diderita pasien)

b) Pengkajian Lanjutan

Pengkajian lanjutan dilakukan secara terus menerus selama proses keperawatan diberikan, sehingga data ini adalah data yang up to date.

Data ini dapat ditulis dalam format tertentu yang disebut diagram flow sheet. Contoh dalam pengkajian lanjutan adalah pengkajian tanda-tanda vital yang dilakukan selama periode waktu tertentu. Format flow sheet memungkinkan perawat untuk melihat apakah kondisi pasien berubah selama periode waktu yang berbeda.

c) Pengkajian Ulang

Pengkajian ulang dilakukan setelah intervensi. Pengkajian ini dapat dicatat dalam bentuk format catatan keperawatan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan dapat ditegakkan jika data-data yang telah ada dianalisa. Kegiatan pendokumentasian diagnosa keperawatan sebagai berikut :

a) Analisa data

Dalam analisa data meliputi data pasien, masalah dan penyebabnya. Data pasien terdiri dari data subjektif, yaitu data yang diperoleh selama intervensi dengan pasien dan biasanya apa yang dikeluhkan oleh pasien, dan data objektif yaitu data yang diperoleh perawat dari hasil pengamatan dan pemeriksaan fisik.

b) Menegakkan Diagnosa

Hal-hal yang perlu diperhatikan saat menegakkan diagnosa adalah PES (Problem, Etiologi, Symtom) dan menggunakan istilah diagnosa keperawatan yang dibuat dari daftar SDKI.

3. Intervensi

Rencana keperawatan terdiri dari beberapa komponen sebagai berikut:

- a) Diagnose yang diprioritaskan
- b) Tujuan dan kriteria hasil
- c) Intervensi

4. Implementasi

Implementasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen :

- a) Tanggal dan waktu dilakukabn implementasi keperawatan
- b) Diagnosa keperawatan
- c) Tindakan keperawatan berdasarkan intervensi keperawatan
- d) Tanda tangan perawat pelaksana

5. Evaluasi

Evaluasi keperawatan teridiri dari beberapa komponen :

- a) Tanggal dan waktu evaluasi keperawatan
- b) Diagnosa Keperawatan
- c) Evaluasi keperawata

E. Teknik Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data yang menggunakan beberapa sumber data mengacu pada metode pengumpulan data yang menggabungkan metode pengumpulan data yang berbeda dengan sumber data yang ada.

Untuk memperoleh data dari sumber data yang sama, peneliti menggunakan observasi, pengukuran, wawancara mendalam, dan studi dokumentasi secara bersamaan dari sumber data yang sama (Sugiyono, 2017).

1. Observasi

Dalam observasi ini peneliti mengamati dan mengobservasi atau melihat kondisi pasien, selain mengamati respon tubuh terhadap tindakan yang dilakukan, mengamati keadaan umum, tingkat kesadaran pasien, tanda-tanda peningkatan TIK, dan tindakan apa saja yang telah dilakukan pada pasien. Misalnya, pasien terpasang infus, pemberian obat, oksigen yang terhubung, dan transfusi darah.

2. Pengukuran

Pengukuran adalah mengamati kondisi atau keadaan pasien dengan cara pengukuran menggunakan alat ukur untuk pemeriksaan fisik. Pemeriksaan fisik adalah suatu metode pengumpulan data dengan cara memeriksa secara langsung pasien untuk menemukan perubahan atau kelainan. Selama pemeriksaan fisik ini, peneliti melakukan pemeriksaan fisik lengkap dengan prinsip IPPA (inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi). Pemeriksaan fisik yang didapatkan seperti pengukuran tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu, tingkat kesadaran pasien dan adanya tanda-tanda peningkatan TIK pada pasien.

3. Wawancara

Wawancara adalah pertemuan dua orang untuk bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab, sehingga dapat dikonstruksikan makna dalam suatu topik tertentu. Wawancara yang dilakukan dalam penelitian ini yaitu wawancara bebas terpimpin (format pengkajian yang disediakan). Wawancara jenis ini merupakan kombinasi dari wawancara tidak terpimpin dan wawancara terpimpin. Meskipun terdapat unsur kebebasan, wawancara yang digunakan untuk mengumpulkan data pengkajian seperti identitas pasien, riwayat kesehatan dahulu (riwayat trauma kepala), keluhan masuk rumah sakit, riwayat kesehayan sekarang, dan riwayat kesehatan keluarga yang sebelumnya (riwayat keluarga memiliki penyakit hipertensi, DM, Penyakit jantung koroner dan penyakit kronis lainnya), kondisi lingkungan pasien, dan activity daily (ADL) seperti makan, minum, BAB, BAK, istirahat dan tidur.

4. Dokumentasi

Dokumentasi merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu yang disusun berdasarkan perkembangan kondisi pasien. Dokumen bisa berbentuk tulisan, gambar, atau karya-karya monumental dari seseorang. Dalam penelitian ini menggunakan dokumentasi dari rumah sakit untuk menunjang penelitian yang akan dilakukan. Data pemeriksaan laboratorium darah lengkap, pemeriksaan AGD, Ct-Scan, Ronthgen Kepala, dan data pengobatan pasien.

F. Jenis-Jenis Data

1. Data primer

Data primer adalah data yang dikumpulkan langsung dari pasien seperti pengkajian kepada pasien, meliputi : identitas pasien, riwayat kesehatan pasien, pola aktifitas sehari-hari dirumah, dan pemeriksaan fisik terhadap pasien.

2. Data Sekunder

Data sekunder merupakan sumber data penelitian yang diperoleh langsung dari rekam medik, serta dari dokumentasi di ruang rawat inap Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang. Data sekunder umumnya berupa bukti, data penunjang, catatan atau laporan historis yang telah tersusun dalam arsip yang tidak dipublikasikan.

G. Analisis Data

Data yang dikumpulkan dari hasil pengkajian dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif. Hasil analisa data tersebut kemudian dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan, dilanjutkan dengan menyusun intervensi keperawatan, melaksanakan implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB IV

DESKRIPSI KASUS DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Kasus

1. Pengkajian

Pasien Tn.F berusia 22 tahun datang melalui IGD RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tanggal 29 agustus 2022 jam 22.30 WIB akibat kecelakaan sepeda motor. Pasien dengan diagnosa CK dengan GCS 13 E3M6V4 + Edema cerebri + multipel VE er facial + fraktur costae 3,4 lateral sinistra tertutup.

Pengkajian keperawatan dilakukan pada tanggal 30 agustus 2022 pukul 10.00 WIB kepada Tn. F (Laki-laki) berumur 22 tahun, pekerjaan wiraswasta, agama Islam, alamat tabing. Diagnosa medik cedera kepala dibagian parietal bone dextra sedang (GCS 13) . Selama dirawat penanggung jawab pasien adalah Ny.I, istri dari pasien yang merupakan seorang ibu rumah tangga.

Saat dilakukan pengkajian tanggal 30 agustus 2022 jam 10.00 WIB di Ruang Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang, pasien mengatakan mengalami muntah 2 kali yang pertama sebelum masuk rumah sakit dan di IGD, saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh sakit kepala dibagian kanan akibat benturan dikepala pada saat kecelakaan, sakit kepala terasa seperti berdenyut-denyut, dengan skala 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi kurang lebih 2 menit. Pasien mengatakan sakit atau nyeri kepala pada saat disentuh. Pasien mengatakan badannya terasa pegal-pegal. Pasien juga mengatakan pada saat tidur pasien selalu gelisah dan merintih jika sakit kepala. Pasien tampak meringis menahan rasa sakit akibat luka-luka lecet pada anggota tubuhnya seperti lecet-lecet pada bagian wajah, serta luka lecet dibagian tangan dan kaki sebelah kanan. Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Pada riwayat kesehatan dahulu klien, keluarga mengatakan bahwa klien sebelumnya pernah di rawat di rumah sakit karna juga pernah kecelakaan. Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit DM, jantung, hipertensi dan stroke.

Kegiatan aktivitas sehari-hari didapatkan data pasien memiliki kebiasaan makan saat sehat makan 3 kali sehari dengan porsi sedang dan menghabiskan porsi makanannya, klien rutin makan sayur dan buah buahan, klien sering makan makanan yang bersantan dan berlemak, klien juga suka makan makanan manis seperti es krim, teh, kue coklat dan lain-lain. Keluarga pasien mengatakan saat sehat pasien biasanya minum sekitar 9-10 gelas sehari (2000-2500 cc/hari). Pada saat sakit makanan pasien yang habis hanya $\frac{1}{4}$ porsi saja. Pola istirahat dan tidur klien sering tidur (8-9 jam) sehari. dan saat sakit mengatakan klien sulit untuk tidur karena merasa gelisah terhadap kondisi yang dialaminya saat ini.

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan hasil KU sedang, kesadaran Apatis E3M6V4, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pernapasan cuping hidung, mukosa bibir kering, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Suhu 36,5°C, Nadi 110 x/menit, Pernapasan 24 x/menit. Pada ekstremitas Atas :pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9% pada tangan kanan, CRT <2 detik, Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 28 agustus 2022 didapatkan hasil : Hemoglobin 12.5 g/dL; Leukosit 12.79 103/mm³; Trombosit 244 103/mm³; Hematokrit 39%; Eritrosit 4.39 106/ μ L.

2. Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data pada tanggal 31 agustus 2022, ditemukan masalah keperawatan sebagai berikut:

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Cerebral

Diagnosa keperawatan pertama ini diangkat dan diperkuat berdasarkan gejala dan tanda mayor: pasien mengeluh sakit kepala

dibagian kanan akibat benturan dikepala pada saat kecelakaan. Pasien mengatakan sakit atau nyeri kepala pada saat disentuh. Pasien mengatakan badannya terasa pegal-pegal. Pasien juga mengatakan pada saat tidur pasien selalu gelisah dan merintih jika sakit kepala. Tekanan darah 140/90 mmHg, tingkat kesadaran menurun E3M6V4. Pasien tampak meringis menahan rasa sakit. Adapun gejala dan tanda minor yaitu pasien merasa gelisah karena sakit. Dan pasien juga mengalami muntah serta pasien tampak lesu/lemah.

b. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)

Diagnosa keperawatan ketiga ini diangkat dan diperkuat berdasarkan gejala dan tanda mayor: pasien mengeluh sakit kepala dibagian kanan akibat benturan dikepala pada saat kecelakaan, sakit kepala terasa seperti berdenyut-denyut, dengan skala 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi kurang lebih 2 menit. Pasien mengatakan sakit atau nyeri kepala pada saat disentuh. Pasien mengatakan badannya terasa pegal-pegal. Pasien juga mengatakan pada saat tidur pasien selalu gelisah dan merintih jika sakit kepala. Pasien tampak meringis menahan rasa sakit akibat luka-luka lecet pada anggota tubuhnya seperti lecet-lecet pada bagian wajah, serta luka lecet dibagian tangan dan kaki sebelah kanan. Adapun gejala dan tanda minor yaitu durasi nyeri berlangsung selama 2 menit nyeri hilang timbul, dengan skala nyeri 4, tekanan darah pasien sempat meningkat 140/90 mmHg. Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

c. Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera kepala

Diagnosa keperawatan kedua ini diangkat dan diperkuat berdasarkan pasien mengalami penurunan kesadaran, GCS 13 E3M6V4. Tekanan Darah 140/90 mmHg, Suhu 36,5°C, Nadi 110 x/menit, Pernapasan 24 x/menit, CRT <2 detik.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun pada tanggal 01 september 2022. Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan berpedoman pada Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sesuai dengan tugas dan fungsi perawat dengan empat tindakan keperawatan meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi serta mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Adapun intervensi yang akan dilakukan yaitu:

a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan

Edema Cerebral

Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan yaitu Kapasitas Adaptif Intrakranial menurun dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, fungsi kognitif meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, papiladema menurun, tekanan darah membaik. Intervensi menurut SIKI yaitu Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral; monitor tanda/gejala peningkatan TIK seperti Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun; monitor intake output cairan. Terapeutik: minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang; pertahankan suhu normal.

b. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)

Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan yaitu Tingkat Nyeri menurun dengan kriteria hasil: keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, muntah menurun, frekuensi nadi membaik, tekanan darah membaik. Intervensi berdasarkan SIKI yaitu Manajemen Nyeri yaitu Observasi: identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri; identifikasi skala nyeri; identifikasi skala nyeri non verbal; identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri; identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri; identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri; monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah

diberikan; monitor efek samping penggunaan analgetik. Terapeutik: berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri seperti terapi relaksasi napas dalam; kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri; pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. Edukasi: jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri; jelaskan strategi meredakan nyeri; anjurkan memonitornyeri secara mandiri; ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. Kolaborasi: kolaborasi pemberian analgetik.

c. Risiko Perfusi Cerebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala

Rencana asuhan keperawatan yang akan dilakukan yaitu Perfusi Serebral meningkat dengan kriteria hasil: tingkat kesadaran meningkat, kognitif meningkat, sakit kepala menurun, gelisah menurun, nilai rata-rata tekanan darah membaik, kesadaran membaik, tekanan darah sistolik membaik, tekanan darah diastolik membaik. Intervensi menurut SIKI yaitu Pemantauan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik; monitor peningkatan TD; monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD); monitor penurunan tingkat kesadaran; monitor tekanan perfusi serebral; monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: pertahankan posisi kepala.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dengan empat tindakan keperawatan yaitu observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi. Implementasi dilakukan selama 5 hari dari tanggal 30 Agustus sampai 03 September 2022 yaitu:

a. Selasa, 30 september 2022

Implementasi yang dilakukan diantaranya:

Diagnosa 1:

Pemantauan Tekanan Intrakranial: Observasi : Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK seperti, lesi menempati ruang, gangguan metabolisme, edema serebral, peningkatan tekanan vena, obstruksi aliran cairan serebrospinal, hipertensi intrakranial idiopatik. Memonitor peningkatan TD. Memonitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD). Memonitor penurunan tingkat kesadaran. Memonitor tekanan perfusi serebral. Memonitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik : Mempertahankan posisi kepala.

Diagnosa 2 :

Manajemen Nyeri: Observasi: mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh pasien dengan menggunakan metode PQRST, lalu didapatkan hasil P (Provoking atau faktor pemicu nyeri) nyeri akibat benturan saat kecelakaan; Q (Quality atau kualitas nyeri) nyeri terasa berdenyut-denyut; R (Region atau lokasi nyeri) di parietal bone dexstra; S (Severity atau skala nyeri) skala nyeri 4; dan T (Time atau frekuensi nyeri yang dirasakan) nyeri hilang timbul. Mengidentifikasi dan memantau apa saja faktor yang memperberat nyeri yang dirasakan pasien, pasien mengatakan keadaan lingkungan di ruangan yang bising dapat menambah rasa nyerinya; serta mengidentifikasi respon nyeri non verbal pasien yaitu pasien tampak meringis menahan rasa nyerinya; dan memonitor tanda-tanda vital didapatkan TD 140/90 mmHg, S: 36,5° C, N: 110 x/menit, P: 24 x/menit. Edukasi: mengajarkan teknik non-farmakologis terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri, dengan cara meminta klien untuk menarik napas dalam melalui hidung, menjaga mulut tetap tertutup. Hitunglah sampai 3 selama inspirasi. Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan gerakan naiknya abdomen sejauh mungkin, tetap dalam kondisi rileks dan cegah lengkung pada

punggung. Jika ada kesulitan menaikkan abdomen, tarik napas dengan cepat, lalu napas kuat melalui hidung. Meminta klien untuk menghembuskan udara melalui bibir, seperti meniup dan ekspirasikan secara perlahan dan kuat sehingga terbentuk suara hembusan tanpa mengembungkan pipi, teknik pursed lip breathing ini menyebabkan resistensi pada pengeluaran udara paru, meningkatkan tekanan di bronkus (jalan napas utama) dan meminimalkan kolapsnya jalan napas yang sempit.

Meminta klien untuk berkonsentrasi dan merasakan turunnya abdomen ketika ekspirasi. Hitunglah sampai 7 selama ekspirasi. Mengajarkan klien untuk menggunakan latihan ini dan meningkatkannya secara bertahap 5-10 menit. Latihan ini dapat dilakukan dalam posisi tegap, berdiri, dan berjalan.

Diagnosa 3 :

Pemantauan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik; monitor peningkatan TD; monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD); monitor penurunan tingkat kesadaran; monitor tekanan perfusi serebral; monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: pertahankan posisi kepala.

Terapeutik : memodifikasi lingkungan (pencahayaannya, kebisingan, suhu, matras, dan tempat tidur). Melakukan prosedur untuk meningkatkan kenyamanan (pengaturan posisi).

b. Rabu, 31 Agustus 2022

Implementasi yang dilakukan diantaranya:

Diagnosa 1:

Pemantauan Tekanan Intrakranial: Observasi: Memonitor peningkatan TD. Memonitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD). Memonitor penurunan tingkat kesadaran. Didapatkan TD:

137/89 mmHg, N: 100 x/i, S: 36,5°C, P: 22x/i. Terapeutik :

Mempertahankan posisi kepala.

Diagnosa 2:

Manajemen Nyeri: Observasi: mengidentifikasi nyeri yang dirasakan pasien, didapatkan hasil Pasien mengatakan nyeri pada kepla bagian kanan (parietal bone dexstra), nyeri terasa berdenyut-denyut, skala nyeri 4, durasi nyeri berlangsung sekitar 2 menit, nyeri hilang timbul. Terapeutik: melakukan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien; memonitor tanda-tanda vital, didapatkan TD: 137/89 mmHg, S: 36°C, N: 100 x/menit, P: 22 x/menit. Edukasi: menganjurkan pasien untuk mengulangi kembali teknik napas dalam yang sudah diajarkan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, pasien tampak mengikuti arahan yang dijelaskan oleh perawat.

Diagnosa 3:

Pemantauan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik; monitor peningkatan TD; monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD); monitor penurunan tingkat kesadaran; monitor tekanan perfusi serebral; monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: pertahankan posisi kepala.

c. Kamis, 01 september 2022

Implementasi yang dilakukan diantaranya:

Diagnosa 1:

Pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD). Memonitor penurunan tingkat kesadaran. Didapatkan TD: 128/75 mmHg, N: 99 x/i, S: 36,2°C, P: 21x/i. Terapeutik : Mempertahankan posisi kepala.

Diagnosa 2:

Manajemen Nyeri: Observasi: mengidentifikasi nyeri yang dirasakan pasien, didapatkan hasil Pasien mengatakan nyeri pada kepla bagian kanan (parietal bone dexstra), nyeri terasa berdenyut-denyut, skala nyeri 4, durasi nyeri berlangsung sekitar 2 menit, nyeri hilang timbul. Terapeutik: melakukan kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri yang dirasakan oleh pasien; memonitor tanda-tanda vital, didapatkan TD: 128/75 mmHg, S: 36,2°C, N: 99 x/menit, P: 21 x/menit. Edukasi: menganjurkan pasien untuk mengulangi kembali teknik napas dalam yang sudah diajarkan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan, pasien tampak mengikuti arahan yang dijelaskan oleh perawat.

Diagnosa 3:

Pemantauan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik; monitor peningkatan TD; monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD); monitor penurunan tingkat kesadaran; monitor tekanan perfusi serebral; monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: pertahankan posisi kepala.

d. Jum'at, 02 september 2022

Implementasi yang dilakukan diantaranya:

Diagnosa 1:

Pemantauan Tekanan Intrakranial: Observasi: Memonitor peningkatan TD. Memonitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD). Memonitor penurunan tingkat kesadaran. Didapatkan TD: 120/80 mmHg, N: 89 x/i, S: 36,5°C, P: 22x/i. Terapeutik Mempertahankan posisi kepala.

Diagnosa 2:

Manajemen Nyeri: Observasi: mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh pasien didapatkan hasil pasien mengatakan nyeri pada kepala

bagian kanan (parietal bone dexstra) akibat benturan, nyeri terasa berdenyut- denyut, skala nyeri 4, durasi nyeri berlangsung sekitar 2 menit, nyeri hilang timbul; memonitor tanda-tanda vital, didapatkan TD: 120/80 mmHg, S: 36,5°C, N: 89 x/menit, P: 22 x/menit. Edukasi: menganjurkan pasien untuk banyak istirahat dan tidur untuk membantu dalam penurunan nyeri, pasien tampak tidur siang selama kurang lebih 2 jam.

Diagnosa 3:

Pemantauan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik; monitor peningkatan TD; monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD); monitor penurunan tingkat kesadaran; monitor tekanan perfusi serebral; monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: pertahankan posisi kepala dan leher.

e. Sabtu, 03 september 2022

Implementasi yang dilakukan diantaranya:

Diagnosa 1:

Pemantauan Tekanan Intrakranial: Observasi: Memonitor peningkatan TD. Memonitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD). Memonitor penurunan tingkat kesadaran. Didapatkan TD: 115/84 mmHg, N: 78 x/i, S: 36°C, P: 19x/i. Terapeutik : Mempertahankan posisi kepala.

Diagnosa 2:

Manajemen Nyeri: Observasi: mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh pasien, pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) akibat benturan , nyeri terasa ngilu dan berdenyut-denyut, skala nyeri 4, durasi nyeri berlangsung sekitar 2 menit, nyeri hilang timbul; memonitor tanda-tanda vital, didapatkan TD: 115/84 mmHg, S: 36°C, N: 78 x/menit, P: 19 x/menit.

Diagnosa 3:

Pemantauan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK seperti lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik; monitor peningkatan TD; monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD); monitor penurunan tingkat kesadaran; monitor tekanan perfusi serebral; monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: pertahankan posisi kepala dan leher.

5. Evaluasi Keperawatan

Setelah dilakukan implementasi keperawatan kepada pasien, maka dilakukan evaluasi keperawatan dan didapatkan hasil sebagai berikut:

Diagnosa 1:

S: pasien mengatakan sakit kepala sudah mulai berkurang karena sudah diberikan terapi disrasi seperti membayangkan hal-hal yang indah dan menutup mata dan teknik relaksasi nafas dalam. O: TD pasien mulai normal 137/87 mmHg, suhu 36°C, nadi 84x/menit, pernapasan 21x/menit. A: sakit kepala sudah teratasi sebagian ditandai dengan berkurangnya sakit kepala. P: intervensi pemantauan tekanan intrakranial dilanjutkan.

Diagnosa 2:

S: pasien mengatakan nyeri sudah berkurang jauh lebih baik sejak kemarin hingga hari ini karena sudah diberikan terapi teknik relaksasi napas dalam; nyeri hilang timbul. O: skala nyeri 3, setelah diberikan terapi teknik relaksasi napas dalam selama 10-15 menit, nyeri menurun menjadi skala 3; pasien tampak tenang dan rileks; tekanan darah 137/87 mmHg, suhu 36°C, nadi 84x/menit, pernapasan 21x/menit. A: nyeri sudah teratasi sebagian ditandai dengan penurunan skala nyeri menjadi skala 3 (ringan). P: intervensi manajemen nyeri, terapi distraksi, dan teknik relaksasi napas dalam dilanjutkan di rumah pasien.

Diagnosa 3:

S: pasien mengatakan keluhan sakit kepala sudah mulai berkurang jauh lebih baik sejak kemarin hingga hari ini. O: kesadaran pasien sudah mulai

membalik, pasien tidak ada lagi muntah, GCS 14. A: keluhan sakit kepala sudah teratasi sebagian karena keluhan sakit kepala mulai menurun. P: manajemen peningkatan tekanan intrakranial dilanjutkan.

B. Pembahasan Kasus

Pada pembahasan kasus ini peneliti akan membahas kesinambungan antara teori dengan laporan kasus asuhan keperawatan pada Tn.F dan dengan hasil penelitian dari orang lain. Kegiatan yang dilakukan meliputi pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, melakukan intervensi keperawatan, melakukan implementasi keperawatan, dan melakukan evaluasi keperawatan.

1. Pengkajian

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Saat dilakukan pengkajian tanggal 30 Agustus 2022 jam 10.00 WIB di Ruang Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang, pasien mengatakan mengalami muntah 2 kali yang pertama sebelum masuk rumah sakit dan di IGD, saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh sakit kepala dibagian kanan akibat benturan dikepala pada saat kecelakaan, sakit kepala terasa seperti berdenyut-denyut, dengan skala 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi kurang lebih 2 menit. Pasien mengatakan sakit atau nyeri kepala pada saat disentuh. Pasien mengatakan badannya terasa pegal-pegal. Pasien juga mengatakan pada saat tidur pasien selalu gelisah dan merintih jika sakit kepala. Pasien tampak meringis menahan rasa sakit akibat luka-luka lecet pada anggota tubuhnya seperti lecet-lecet pada bagian wajah, serta luka lecet dibagian tangan dan kaki sebelah kanan. Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

Berdasarkan hasil penelitian Lumbantobing dan Anna(2015) mengatakan bahwa cedera kepala lebih banyak terjadi pada laki-laki dibandingkan perempuan yaitu 58% lebih banyak dibandingkan perempuan yang diakibatkan karena tingginya angka mobilitas pada laki-laki dibandingkan

perempuan. Menurut peneliti ada kecenderungan pengaruh jenis kelamin dalam kasus cedera kepala. Cedera kepala lebih sering terjadi pada laki-laki dibanding perempuan. Keluhan ini sesuai dengan teori yang dikemukakan oleh (Bahrudin, 2017), tanda gejala yang ditemukan pada pasien cedera kepala adalah terjadinya kerusakan pada kulit kepala dan jaringan subkutan, tulang tengkorak.

Resiko utama pasien yang mengalami cedera adalah kerusakan otak akibat pendarahan atau pembengkakan otak sebagai respon terhadap cedera dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial (Arif Mutaqqin, 2011).

Menurut analisa peneliti hal ini sesuai dengan data yang didapatkan pada saat melakukan pengkajian dimana pasien mengeluh nyeri dengan skala nyeri 4, nyeri hilang timbul. Hal ini terjadi karena adanya reseptor nyeri yang tersebar di kulit dan mukosa khususnya pada persendian yang dirangsang oleh stimulus mekanis.

Untuk itu, diharapkan perawat mampu mengkaji lebih rinci mengenai nyeri menggunakan metode PQRST dan menggunakan pengukuran skala nyeri baik skala intensitas nyeri numerik menurut Hayward maupun skala wajah atau Wong Baker faces rating scale.

b. Pemeriksaan Fisik

Pada pemeriksaan fisik, didapatkan hasil KU sedang, kesadaran Apatis, konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pernapasan cuping hidung, mukosa bibir kering, Tekanan Darah 140/90 mmHg, Suhu 36,5°C, Nadi 110 x/menit, Pernapasan 24 x/menit. Pada ekstremitas atas CRT <2 detik.

Berdasarkan teori Margareth (2012) pada pemeriksaan fisik yang dikaji adalah tingkat kesadaran, biasanya GCS yang

kurang dari 15 disorientasi orang, tempat dan waktu dan biasanya pasien tidak dapat diinstruksikan dan membedakan berbagai rangsangan stimulus rasa, raba, suhu dan getaran. Nervus kranialis dapat terganggu apabila trauma meluas sampai ke batang otak karena edema otak atau perdarahan yang terjadi di otak. Menurut analisis peneliti pasien mengalami penurunan dan pada aspek neurologis dan penilaian nervus kranialis, tidak seluruh nervus dapat dinilai.

Berdasarkan hasil pemeriksaan fisik yang didapatkan, terdapat keterkaitan dengan teori yang dikemukakan oleh Atoilah E.M & Engkus (2013) bahwasanya respon fisiologi terhadap nyeri tergantung dari kekuatan dan durasi nyeri, misalnya pada nyeri akut, respon akan timbul segera dan merangsang aktivitas saraf simpatik dengan manifestasi berupa: peningkatan denyut nadi, peningkatan pernapasan, tampak pucat, dan lainnya. Pemeriksaan fisik pada ekstremitas pasien fraktur didapatkan adanya keterbatasan gerak sendi, dan terasa nyeri saat digerakkan.

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan data pengkajian yang telah dilakukan, didapatkan tiga diagnosa pada kasus Tn.F yaitu Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral, Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala, Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma).

a. Diagnosis Keperawatan 1: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral

Menurut SDKI (2017), penurunan kapasitas adaptif intrakranial merupakan gangguan mekanisme dinamika intrakranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intrakranial. Gejala dan

tanda mayor berupa: pasien mengeluhkan sakit kepala, tekanan darah pasien juga meningkat, dan tingkat kesadaran pasien menurun. Adapun gejala dan tanda minor: yaitu pasien merasa gelisah, muntah (tanpa disertai mual), pasien juga merasa lesu/lemah, fungsi kognitif terganggu.

Menurut Anna et al., 2018, penurunan kapasitas adaptif intrakranial adalah gangguan mekanisme dinamika cairan intracranial, yang menyebabkan peningkatan TIK yang tidak proporsional dan berulang dalam respons terhadap berbagai stimuli yang berbahaya dan tidak berbahaya. Menurut peneliti, terdapat kesesuaian antara teori dan kasus.

b. **Diagnosis Keperawatan 2: Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)**

Menurut SDKI (2017), nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Gejala dan tanda mayor berupa: pasien mengeluhkan nyeri di kepala pada bagian kanan (dextra parietal bone), pasien mengatakan nyeri akan bertambah apabila area kepala yang sakit disentuh atau bila terjadi guncangan pada tempat tidurnya, nyeri terasa berdenyut-denyut. Pasien mengatakan badannya terasa ngilu dan pegal-pegal. Pasien tampak meringis menahan rasa sakit. Adapun gejala dan tanda minor yaitu durasi nyeri berlangsung selama 2 menit, dengan skala nyeri 4. Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu.

Berdasarkan gejala dan tanda yang didapatkan dari diagnosis Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisiologis sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Wahyuni (2019)

yaitu data subjektif pasien mengatakan nyeri terasa di daerah fraktur, nyeri bertambah kuat saat daerah fraktur digerakkan, sikap tubuh tampak melindungi daerah nyeri, sedangkan untuk data objektif didapatkan pengukuran nadi dan pernapasan yang meningkat. Faktor yang berhubungan dengan nyeri akut yaitu agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma), agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan), dan agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma, latihan fisik berlebihan). Etiologi yang tepat untuk ditegakan pada pasien adalah agen pencedera fisik (trauma) karena nyeri terjadi pada area fraktur yang mengalami trauma akibat cedera fisik (Hadirman & Shigemi, 2015).

Berdasarkan hal diatas, peneliti mengangkat diagnosa keperawatan utama pada pasien adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, apabila nyeri tidak segera diatasi maka akan mengakibatkan peningkatan denyut nadi, peningkatan tekanan darah, pucat, berkeringat, pernapasan meningkat tidak teratur, disertai dengan kelemahan (Atoilah, E.M & Engkus, 2013). Bila terus berlanjut maka dapat mengganggu kebutuhan dasar manusia salah satunya kebutuhan akan rasa aman dan nyaman (Potter & Perry, 2012).

Menurut analisa peneliti, tegaknya diagnosis keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis sesuai dengan teori dan penelitian yang ada dimana keluhan utama yang dirasakan oleh pasien cedera kepala adalah nyeri dengan skala 4, nyeri terasa ngilu dan berdenyut-denyut, tampak gelisah, dan meringis.

Oleh karena itu, perawat perlu mengidentifikasi tanda dan gejala yang ada agar dapat menerapkan asuhan keperawatan yang optimal untuk membantu mengatasi rasa nyeri yang dirasakan pasien, agar kebutuhan akan rasa aman dan nyaman bisa terpenuhi.

c. **Diagnosis Keperawatan 3: Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala**

Menurut SDKI (2017), risiko perfusi serebral tidak efektif merupakan berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak. gejala dan tanda mayor: pasien mengatakan sulit menggerakkan kedua kakinya, badannya terasa ngilu dan pegal-pegal. Gejala dan tanda minor yaitu pasien mengatakan bagian kepala terasa nyeri apabila disentuh. Gerakan tampak lambat dan sangat hati-hati.

Arif Fadhila, dkk (2016), risiko perfusi serebral tidak efektif dimana keadaan yang berisiko mengalami penurunan sirkulasi darah ke otak, yang diawali dengan penurunan kapasitas adaptif intracranial adalah gangguan mekanisme mekanika intracranial dalam melakukan kompensasi terhadap stimulus yang dapat menurunkan kapasitas intracranial. Dengan tanda dan gejala mayor yaitu tekanan darah meningkat, bradikardi, tingkat kesadaran menurun, refleks neurologis terganggu dan tanda gejala minor yaitu gelisah, peningkatan TIK, lemah dan lesu. Menurut peneliti terdapat kesamaan kasus yang di temukan dengan teori.

3. Intervensi Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah kesehatan pasien. Dalam menentukan tahap perencanaan, perawat membutuhkan berbagai pengetahuan dan keterampilan seperti tentang kekuatan dan kelemahan pasien; nilai dan kepercayaan pasien; batasan praktek

keperawatan; peran dari tenaga kesehatan lainnya; kemampuan dalam memecahkan masalah; mengambil keputusan; menulis tujuan; memilih dan membuat strategi keperawatan yang aman dalam memenuhi tujuan; serta kemampuan dalam melaksanakan kerjasama dengan tenaga kesehatan lain. Kegiatan perencanaan ini meliputi mengidentifikasi prioritas masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil serta tindakan (Hidayat, 2009).

a. Diagnosis 1

Pada diagnosis pertama penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat. Intervensi untuk diagnosa penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral adalah pemantauan tekanan intrakranial, dengan tindakan keperawatan: mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misal, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi), monitor peningkatan TD, monitor pelebaran tekanan nadi, monitor penurunan tingkat kesadaran, monitor tekanan perfusi serebral, monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK.

Intervensi asuhan keperawatan pada pasien dengan peningkatan tekanan intrakranial dilakukan dengan pemantauan metode yang dilakukan secara invasive (langsung), pemantauan yang dilakukan secara invasif dengan memantau kondisi klinis pasien pada peningkatan tekanan intrakranial yaitu observasi keadaan atau tingkat kesadaran pasien perawat melakukan penilaian skala koma glasgow kondisi pasien serta dapat melihat seberapa parah kondisi pasien, melakukan pemeriksaan pupil untuk dapat menilai seberapa parah penyempitan dengan menggunakan cahaya serta, memeriksa motorik ocular (khususnya pada nervus III dan VI), melakukan pemeriksaan motoric (terkhususkan pada hemiparesis), cek kondisi pasien adanya mual atau muntah, serta keluhan nyeri pada kepala, dan lakukan vital sign.

Pemberian posisi yang tepat dan hemodinamik dan pemantauan pernapasan dan dukungan. Kepala dan tubuh yang sesuai positioning mengurangi peningkatan tekanan intrakranial sementara mencegah komplikasi paru dan cedera tekanan. Posisi head-up jika disarankan dalam manajemen tekanan intrakranial dalam penelitian menunjukkan p-value 0,010 ($<0,05$), yang mengindikasikan bahwa ada efek signifikan secara statistik. Memastikan posisi kepala dan leher garis tengah memfasilitasi vena jugularis drainase. Pada mereka yang diduga cedera tulang belakang leher selanjutnya, perangkat pengencangan tabung endotrakeal yang ketat harus dihindari.

b. Diagnosis 2

Pada diagnosis kedua nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Trauma) diharapkan tingkat nyeri berkurang dan kontrol nyeri meningkat. Intervensi untuk diagnosa nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Trauma) pertama adalah Manajemen Nyeri, dengan tindakan keperawatan: lakukan pengkajian nyeri yang meliputi lokasi, karakteristik, onset/durasi, frekuensi, kualitas, intensitas atau beratnya nyeri dan faktor pencetus; ajarkan prinsip-prinsip manajemen nyeri; gunakan pengontrolan nyeri sebelum nyeri bertambah berat; dukung istirahat/tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.

c. Diagnosis 3

Pada diagnosis ketiga risiko perfusi serebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala diharapkan perfusi serebral meningkat. Intervensi untuk diagnosa risiko perfusi serebral tidak efektif adalah Pemantauan Tekanan Intrakranial yaitu Observasi: identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik); monitor peningkatan TD; monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD); monitor penurunan tingkat kesadaran; monitor tekanan perfusi serebral; monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: pertahankan posisi kepala.

Pemantauan tekanan intrakranial paling banyak digunakan karena pencegahan dan kontrol terhadap peningkatan TIK serta mempertahankan tekanan perfusi serebral (Cerebral Perfusion Pressure/ CPP) adalah tujuan dasar penanganan cedera kepala. Pemantauan TIK dapat menentukan tindakan yang perlu dilakukan agar terhindar dari cedera otak selanjutnya, dimana dapat bersifat irreversibel.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan selama 5 hari dari tanggal 30 agustus sampai 03 september 2022 yaitu:

a. Diagnosa 1

Implementasi yang dilakukan pada Tn.F terkait dengan masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema serebral adalah Observasi: mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misal, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi), memonitor peningkatan TD, memonitor pelebaran tekanan nadi, memonitor penurunan tingkat kesadaran, memonitor tekanan perfusi serebral, memonitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK. Terapeutik: mempertahankan posisi kepala.

b. Diagnosa 2

Implementasi yang dilakukan pada Tn.F terkait dengan masalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik adalah Observasi: mengidentifikasi nyeri yang dirasakan oleh pasien (lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan skala); mengidentifikasi faktor yang memperberat hingga meringankan nyeri; serta mengidentifikasi respon nyeri non verbal pasien; memonitor perubahan nyeri yang dirasakan oleh pasien setelah diberikan terapi teknik non-farmakologis terapi relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri; menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik relaksasi napas dalam yang sudah diajarkan untuk mengurangi nyeri yang dirasakan; menjelaskan pentingnya istirahat dan tidur yang adekuat guna membantu proses penyembuhan dan membantu meredakan nyeri. Kolaborasi: memberikan analgetik.

Menurut analisa peneliti, terdapat kesinambungan antara teori dan penelitian dengan data yang sudah didapatkan. Namun perlu adanya pengontrolan lingkungan di ruangan agar lebih tenang dan nyaman dimana hal tersebut berpengaruh terhadap rasa nyeri yang dirasakan pasien dan juga akan mempengaruhi efektifitas pemberian terapi relaksasi napas dalam.

c. Diagnosa 3

Implementasi yang dilakukan pada Tn.F terkait dengan masalah risiko perfusi serebral berhubungan dengan cedera kepala adalah Observasi: mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (misal, lesi, gangguan metabolisme, edema serebral), memonitor tanda/gejala peningkatan TIK (misal, tekanan darah meningkat, kesadaran menurun), memonitor intake dan output cairan. Terapeutik: meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang, mempertahankan suhu tubuh normal.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari asuhan keperawatan yang membandingkan hasil tindakan yang telah dilakukan dengan kriteria hasil yang sudah ditetapkan. Evaluasi ini mengacu pada Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Dan dilakukan untuk melihat keefektifan intervensi yang sudah dilakukan dengan metode SOAP (SLKI, 2018).

a. Diagnosa 1

Hasil evaluasi keperawatan pada pertemuan ke lima dengan diagnosis pertama nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu: evaluasi subjektif pasien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi teknik relaksasi napas dalam, nyeri terasa hilang timbul. Evaluasi objektif: skala nyeri 3 setelah pemberian teknik nonfarmakologi, pasien tampak menarik napas dalam saat mengalami nyeri, TD :137/87 mmhg, S: 36°C, N: 84x/menit, P: 21x/menit. Hasil ini menunjukkan

pemecahan masalah nyeri pada Tn.F berjalan dengan baik, tetapi pasien masih merasakan nyeri dengan skala 3 maka intervensi bisa dilanjutkan dirumah.

Evaluasi tersebut berkaitan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh (Syah et al., 2018), yang mana didapatkan hasil evaluasi subjektif rata-rata pasien mengatakan nyeri menurun setelah dilakukan terapi murottal pada 10 orang pasien yang mengalami nyeri dengan rata-rata awal skala 6 menjadi skala 3 hingga 2. Evaluasi objektif pasien tampak rileks, tanda-tanda vital normal.

Menurut analisis peneliti, adanya kesamaan antara teori dan penelitian yang ada dengan keberhasilan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada terapi non-farmakologis, dimana ditemukan nyeri pasien sudah menurun menjadi skala nyeri 2.

Untuk itu, perawat harus mengoptimalkan penerapan asuhan keperawatan baik dari segi terapi farmakologi maupun terapi

non-farmakologi sebagai pendamping dalam memberikan asuhan keperawatan yang optimal agar masalah nyeri bisa teratasi dengan baik dan benar.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala di Ruang Trauma Center Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang , dapat disimpulkan :

1. Pengkajian Keperawatan

Hasil pengkajian pada pasien cedera kepala didapatkan keluhan pasien sakit kepala akibat benturan dikepala pada saat kecelakaan. Pasien mengatakan sakit kepala atau nyeri jika kepala disentuh. Pasien mengatakan badannya terasa pegal-pegal. Pasien juga mengatakan pada saat tidur pasien selalu gelisah dan merintih jika sakit kepala. Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang diangkat pada pasien cedera kepala ini ialah penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema cerebral, risiko perfusi cerebral tidak efektif berhubungan dengan cedera kepala, dan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma).

3. Rencana keperawatan

Rencana keperawatan pada pasien cedera kepala ialah manajemen peningkatan tekanan intrakranial, pemantauan tekanan intrakranial, dan manajemen nyeri.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada pasien cedera kepala dilakukan selama 5 hari. Implementasi yang disesuaikan dengan rencana tindakan keperawatan yang telah disusun.

5. Evaluasi Keperawatan

Hasil evaluasi dari tindakan keperawatan yang dilakukan selama 5 hari pada tanggal 30 agustus sampai 03 september 2022 dalam bentuk SOAP. Evaluasi yang didapatkan pada pasien cedera kepala adalah pasien mengalami peningkatan kesadaran dalam waktu 4–5

hari, namun pasien masih diperlukan pemantauan khusus untuk perkembangan pasien selanjutnya.

B. Saran

1. Bagi RSUP Dr. M. Djamil Padang

Melalui pimpinan Rumah Sakit diharapkan dapat memberikan pelayanan pada pasien secara optimal dan meningkatkan mutu pelayanan dirumah sakit khususnya pada pasien Cedera Kepala.

2. Bagi Perawat Ruang Trauma Center

Saran peneliti bagi perawat ruangan diharapkan melakukan pengkajian lebih dalam agar dapat menggali masalah baru, pada masalah keperawatan yang diangkat tidak hanya masalah utama saja perawat diharapkan lebih memperhatikan rencana yang sudah dilakukan dan mempertahankan agar intervensi berjalan secara optimal dan berkesinambungan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

- a. Diharapkan peneliti selanjutnya melakukan pengkajian secara tepat dan mengambil diagnosa secara tepat menurut pengkajian yang ditetapkan. Dalam melaksanakan tindakan keperawatan harus terlebih dahulu memahami masalah dengan baik serta mendokumentasikan hasil tindakan yang telah dilakukan.
- b. Diharapkan hasil peneliti ini dapat dijadikan sebagai acuan atau pembanding dalam melakukan penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

- Bararah, T., & Jauhar, M. (2013). *Asuhan Keperawatan Panduan Lengkap Menjadi Perawat Profesional. Jilid 2*. Prestasi Pustakaraya.
- Batticaca, F. B. (2012). *Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Gangguan Sistem Persarafan*. Salemba Medika.
- Dasar, (Rikesdas). Riset Kesehatan. (2018). *Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian RI Tahun 2018*.
- Dito, A., & Usman, F. S. (2014). *45 Penyakit dan Gangguan Saraf*. Andi.
- Haryono. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah II*. PUSTAKA BARU PRESS.
- Kardiyudiani, N. K., & Susanti, B. A. D. (2019). *Keperawatan Medikal Bedah I*. PT. PUSTAKA BARU.
- Kartika, I. I. (2017). *Buku Ajar Dasar-Dasar Riset Kesehatan Dasar 2013*.
- Krisanty, P., & Dkk. (2014). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat*. CV.
- Mardjono, & Tjahjadi. (n.d.). Cedera Kepala. 2018. <http://mitrakeluarga.com/artikel/artikel-kesehatan/cedera-kepala-Diakses> Desember 2021
- Musliha. (2010). *Keperawatan Gawat Darurat*. Nuha Medika.
- Muttaqin, A. (2011). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Klien dengan Gangguan Sistem Persyarafan*. Salemba Medika.
- Nasir. (2012). Asuhan Keperawatan pada Pasien Ny.A dengan cedera kepala sedang di IGD RSUP. Sragen. *Jurnal FK UMS*. <http://www.co.id/eprints.ums.ac.id-Diakses> September
- Notoatmodjo. (2010). *Metodologi penelitian kesehatan*. PT.RINEKA CIPTA.
- Nugroho, T. (2011). *Asuhan Keperawatan*. Nuha Medika.
- Nurarif, A. H., & Hardhi, K. (2015). *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis dan Nanda Nic-Noc (edisi revisi jilid 1)*. Mediaction Jogja.
- Nursalam. (2015). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis (4th ed.)*. Salemba Medika.
- Padang, R. D. M. D. (2021). *Laporan Catatan Rekam Medik Cedera Kepala RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2019*.

- Padila. (2012). *Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah*. Nuha Medika.
- PPNI, Tim Pokja SDKI DPP. (2016). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SIKI DPP. (2018). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. Dewan Pengurus PPNI.
- PPNI, Tim Pokja SLKI DPP. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Dewan Pengurus PPNI.
- Rendi, M. C., & TH, M. (2012). *Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam*. Nuha Medika.
- Satyanegara, & Dkk. (2010). *Ilmu Bedah Saraf (IV)*. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Satyanegara, & Dkk. (2018). *Ilmu Bedah Saraf (VI)*. PT SinarSurya MegahPerkasa.
- Smeltzer, S. C. (2017). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12 (Devi Yuianti & Amelia Kimin, Penerjemah)*. EGC.
- Sugiyono. (2017). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&K*. Alfabeta.
- Tarwoto. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah*. CV Sagung Seto.
- WHO. (2018). *World Health Statistics 2018*.
- Widia, L. (2015). *Anatomi Fisiologi Tubuh Manusia*. Nuha Medika.
- Widyaswara, P. A. (2016). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Outcome Pasien Cedera Kepala di IGD RSUD PROF. DR. MARGONO SOEKARDJO PURWOKERTO. *Jurnal Ilmu Keperawatan*.
- Wijaya, A. S., & Putri, Y. M. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah: Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Nuha Medika.

LAMPIRAN

FORMAT PENGKAJIAN

A. PENGKAJIAN KEPERAWATAN

1. Pengumpulan Data

a. Identitas Klien

- 1) Nama : Tn.F
- 2) Tempat /Tanggal Lahir : Padang/24 Februari 2000
- 3) Umur : 22 tahun
- 4) Jenis Kelamin : Laki-laki
- 5) StatusKawin : Kawin
- 6) Agama : Islam
- 7) Pendidikan : SMK
- 8) Pekerjaan : Wiraswasta
- 9) Alamat : Tabing
- 10) Diagnosa Medis : Cedera Kepala Sedang

b. Identitas Penanggung Jawab

- 1) Nama : Ny.I
- 2) Pekerjaan : IRT
- 3) Alamat : Tabing
- 4) Hubungan : Istri

c. Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

a) Keluhan Utama

Pasien merupakan seorang laki-laki berusia 22 tahun datang ke IGD RSUP Dr. M.Djamil Padang pada tanggal 29 Agustus 2022 jam 22.30 WIB. Pasien mengalami kecelakaan sepeda motor akibat masuk kedalam lubang yang ada di jalan raya, kemudian pasien terhempas ke aspal sehingga pasien tidak sadarkan diri. Pasien mengalami luka-luka di bagian wajah, serta luka gores pada tangan kanan dan kaki kanan. Diagnosa medis pasien adalah CK GCS 13 E3M6V4 + Edema cerebri + multipel VE er facial + fraktur costae 3,4 lateral sinistra tertutup.

b) Keluhan saat dikaji

Saat dilakukan pengkajian tanggal 30 Agustus 2022 jam 10.00 WIB di Ruang Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang, pasien mengatakan mengalami muntah 2 kali yang pertama sebelum masuk rumah sakit dan di IGD, saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh sakit kepala dibagian kanan akibat benturan dikepala pada saat kecelakaan, sakit kepala terasa seperti berdenyut-denyut, dengan skala 4, nyeri yang dirasakan hilang timbul dengan durasi kurang lebih 2 menit. Pasien mengatakan sakit atau nyeri kepala pada saat disentuh. Pasien juga mengatakan pada saat tidur pasien selalu gelisah dan merintih jika sakit kepala. Pasien tampak meringis menahan rasa sakit akibat luka-luka lecet pada anggota tubuhnya seperti lecet-lecet pada bagian wajah, serta luka lecet dibagian tangan dan kaki sebelah kanan. Saat ini seluruh aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Saat dilakukan wawancara dengan keluarga mengenai riwayat kesehatan dahulu klien, keluarga mengatakan bahwa ini adalah kali pertamanya pasien di rawat di rumah sakit, dan pasien tidak pernah mengalami cedera kepala sebelumnya.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan bahwa tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti klien. Keluarga klien juga tidak ada penyakit genetik seperti DM, jantung, hipertensi ataupun stroke.

d. Pola Aktivitas Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

a) Makan dan Minum

Sehat: keluarga pasien mengatakan ketika pasien sehat, pasien makan sebanyak 3 kali sehari dan mampu menghabiskan satu piring porsi makanannya. Keluarga pasien juga mengatakan

bahwa pasien suka minum kopi setiap pagi, minum air putih

sebanyak 9-10 gelas sehari (2000-2500 cc/hari).

Sakit: keluarga mengatakan pasien hanya mampu menghabiskan setengah porsi makan yang disediakan di oleh pihak rumah sakit.

2) Pola Eliminasi

a) BAB

Sehat: keluarga mengatakan sewaktu sehat, pasien BAB 1x/sehari dengan konsistensi lunak, warna kuning, bau khas feses, tidak ada perdarahan, dan tidak ada keluhan lainnya.

Sakit: keluarga mengatakan selama di rumah sakit, pasien sulit untuk BAB (sembelit).

b) BAK

Sehat: keluarga mengatakan saat sehat klien BAK 8 - 9x sehari (1500-1800 cc/hari) dengan konsistensi urine cair dan berwarna emas kekuningan.

Sakit: klien terpasang kateter dengan volume urin yang tertampung sebanyak 700cc.

3) Pola Istirahat dan Tidur

Sehat: keluarga mengatakan klien tidur malam selama 8-9 jam perhari, dan sesekali tidur siang apabila libur bekerja.

Sakit: keluarga mengatakan klien sulit untuk tidur karena merasa gelisah dan meringis menahan nyeri pada lukanya.

4) Pola Aktivitas dan Latihan

Sehat: keluarga mengatakan klien melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri tanpa dibantu.

Sakit: semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

e. Pemeriksaan Fisik

1) Keadaan Umum

Kesadaran : Apatis

GCS : 13

TTV : TD : 140/90 mmHg

N : 110x/i
RR : 24x/menit
Suhu : 36.5°C
TB : 170 cm
BB : 65 kg

2) Kepala

Kepala pasien terdapat benjolan di kepala bagian parietal bone (dexstra), rambut bewarna hitam, kulit kepala bersih, rambut tidak rontok.

3) Mata

Konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, pupil isokor 3mm/3mm. Reflek pupil mengecil saat diberikan cahaya dan juga isokor +/+ (N. III Okumotoris normal) Gerakan bola mata klien dapat bergerak normal ke kanan dan kiri (N. VI Abdusen normal).

4) Wajah

Klien tidak dapat menggerakkan otot wajah sebelah kanannya akibat luka gores yang ada diwajahnya.

5) Hidung

Tidak terdapat secret, tidak ada pernapasan cuping hidung.

6) Mulut

Mukosa bibir kering dan pucat, tidak ada lesi pada mulut.

7) Telinga

Telinga pasien tampak simetris. Tidak ada perdarahan.

8) Leher

Tidak ada pembesaran vena jugularis, dan tidak ada pembengkakkan kelenjar tiroid.

9) Pemeriksaan Dada

I : dada simetris, tidak ada suara napas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada

P : fremitus kiri kanan

P : sonor

A : vesikuler

10) Pemeriksaan Jantung

I : iktus kordis tidak terlihat

P : iktus kordis teraba 1 jari pada RIC V

P : jantung tidak melebar

A : tidak ada bunyi jantung tambahan

11) Pemeriksaan Abdomen

I : tidak ada distensi abdomen ataupun asites

P : tidak ada nyeri tekan

P : tympani

A : bising usus normal

12) Pemeriksaan Ekstremitas

Atas : Pasien tampak terpasang IVFD NaCl 0,9 % pada tangan kanan (dexstra), terdapat luka gores.

Bawah : CRT <2 detik, dan terdapat luka goresan aspal pada kaki sebelah kanan.

f. Data Psikologis

1) Status emosional : emosi pasien terkontrol

2) Kecemasan : pasien mengatakan cemas dan gelisah akibat kondisi kesehatan yang dialaminya saat ini

g. Data Sosial Ekonomi

Pasien bekerja sebagai wiraswasta dan istri pasien sebagai IRT. Pasien mengatakan berhubungan baik dengan tetangga.

h. Data Spiritual

Saat sehat pasien tidak pernah meninggalkan shalat lima waktu, saat sakit pasien tidak ada melaksanakan sholat karena keterbatasan anggota gerak.

i. Pemeriksaan Penunjang

- Pemeriksaan Laboratorium

Tanggal	Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan	
30-08-2022	HEMATOLOGI				
	Hemoglobin	12,5	g/dL	12,0-14,0	
	Leukosit	12,79	10 ³ / mm ³	5,0-10,0	
	Trombosit	244	10 ³ / mm ³	150-400	
	Hematokrit	39	%	37,0-43,0	
	Eritrosit	4,39	10 ⁶ /μL	4,00-4,50	
	MCV	88	fL	82,0-92,0	
	MCH	29	Pg	27,0-31,0	
	MCHC	32	%	32,0-36,0	
	RDW-CV	13	%	11,5-14,5	
	HITUNG JENIS				
	Basofil	0	%	0-1	
	Basinofil	0	%	1-3	
	Neutrofil Segmen	55	%	50,0-70,0	
	Limfosit	40	%	20,0-40,0	
	Monosit	5	%	2,0-8,0	
	HEMOSTATIS				
	APTT	21,1	detik	22,06-29,46	
	APTT Kontrol	26,0	detik		
	PT	11,2	detik	9,35-12,55	
	PT Kontrol	11,4	detik		
	KIMIA KLINIK				
	Total Protein	5,0	g/dL	6,6-8,7	
	Albumin	3,1	g/dL	3,8-5,0	
	Globulin	1,9	g/dL	1,3-2,7	
	SGOT	21	U/L	<32	
	SGPT	13	U/L	<31	
	Kalsium	9,7	mg/dL	8,1-10,4	
	Ureum Darah	13	mg/dL	10-50	
	Kreatinin Darah	0.6	mg/dL	0,6-1,2	
	Gula Darah Sewaktu	131	mg/dL	50-200	
	ELEKTROLIT				
	Natrium	146	mmo l/L	136-145	
	Kalium	2.8	mmo l/L	3,5-5,1	
	Klorida	115	mmo l/L	97-111	

j. Pemeriksaan Diagnostik

-

k. Terapi Pengobatan

No.	Nama Obat	Dosis	Cara
1.	Ceftriaxone	2 x 5 mg	IV
2.	Ranitidin	2 x 5 mg	IV
3.	Ketorolac	3 x 3 mg	IV
4.	IVFD NaCl 0,9%	2 x 1 kolf	IV

2. Analisa Data

Nama Pasien : Tn. F
No.MR : 01.14.71.48

No.	Data	Penyebab	Masalah
1.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Pasien mengeluh sakit kepala akibat benturan pada saat kecelakaan</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Kepala pasien tampak edema dikagian parietal bone (dexstra) akibat benturan saat kecelakaan</p> <p>b. TD pasien meningkat 140/90 mmHg</p> <p>c. Tingkat kesadaran menurun</p> <p>d. Klien tampak gelisah</p> <p>e. Muntah darah sebanyak 2x, jumlah $\pm 100\text{cc}$</p>	Edema Cerebral	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial
2.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Klien mengeluh nyeri pada kepala</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Kepala pasien tamapak edema dibagian parietal bone (dexstra) akibat benturan saat kecelakaan</p> <p>b. Klien tampak meringis</p> <p>c. Klien tampak gelisah</p> <p>d. Frekuensi nadi meningkat (N : 110x/i)</p> <p>e. TD meningkat 140/90 mmHg</p>	Agen Pencederaan Fisik (Trauma)	Nyeri Akut
3.	<p>Data Subjektif:</p> <p>a. Mengeluh sakit kepala akibat benturan yang dialaminya saat kecelakaan</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Kepala pasien tamapak edema dibagian parietal bone (dexstra) akibat benturan saat kecelakaan</p> <p>b. GCS 13</p>	Cedera Kepala	Risiko perfusi cerebral tidak efektif

B. DIAGNOSA KEPERAWATAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Muncul	Tanggal Teratasi
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral	30 Agustus 2022	03 September 2022
2.	Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)	30 Agustus 2022	03 September 2022
3.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	30 Agustus 2022	03 September 2022

C. INTERVENSI KEPERAWATAN

No.	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Perencanaan Keperawatan	
		Tujuan (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1.	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Fungsi kognitif meningkat 3. Sakit kepala menurun 4. Gelisah menurun 5. Muntah menurun 6. Tekanan darah membaik 7. Tekanan nadi membaik 8. Tekanan intrakranial membaik 	<p>Pemantauan Tekanan Intrakranial Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, kesadaran menurun) 3. Monitor intake output cairan. <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 2. Pertahankan suhu normal.
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)	<p>Setelah dilakukan Intervensi keperawatan diharapkan Tingkat Nyeri menurun, dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Gelisah menurun 4. Muntah menurun 5. Frekuensi nadi membaik 	<p>Manajemen Nyeri Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skalanyeri 3. Identifikasi skala nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperringanyeri 5. Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 6. Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 7. Monitor keberhasilan

		6. Tekanan darah membaik	terapi komplementer yang sudah diberikan 8. Monitor efek samping penggunaan analgetik.
3.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	Setelah dilakukan intervensi keperawatan diharapkan Perfusi Serebral meningkat, dengan kriteria hasil: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Kognitif meningkat 3. Tekanan intrakranial menurun 4. Sakit kepala menurun 5. Gelisah menurun 	<p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berikan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misal terapi relaksasi napas dalam) 2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 3. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri. <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jelaskan penyebab periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik non-farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. <p>Kolaborasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kolaborasi pemberian analgetik <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral, hipertensi intrakranial idiopatik) 2. Monitor peningkatan TD 3. Monitor pelebaran tekanan nadi (selisih TDS dan TDD) 4. Monitor penurunan tingkat kesadaran 5. Monitor tekanan perfusi serebral 6. Monitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK

		<ol style="list-style-type: none">6. Nilai rata-rata tekanan darah membaik7. Tekanan darah sistolik membaik8. Tekanan darah diastolik membaik	<p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none">1. Pertahankan posisi kepala
--	--	---	--

D. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

Hari/ Tanggal	Diagnosa Keperawatan	Implementasi Keperawatan	Evaluasi Keperawatan
Selasa/30 Agustus 2022	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Memonitor intake output cairan. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan seluruh anggota badan pasien sakit-sakit - Keluarga pasien mengatakan pasien selalu gelisah <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak lemah dan lesu - TD : 140/90 mmHg - N : 110x/i - RR :24x/i - S : 36,5° C <p>A:</p> <p>Masalah Kapasitas Adaptif Intrakranial belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
Selasa/30 Agustus 2022	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencederaan Fisik (Trauma)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi skala nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Memonitor 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) akibat benturan saat kecelakaan, nyeri seperti berdenyut-denyut, nyeri yang dirasakan hilang timbul, skala nyeri 4, durasi nyeri berlangsung selama 2 menit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesakitan - Pasien tampak meringis dan gelisah

		<p>keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan</p> <p>Memonitor efek samping penggunaan analgetik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TD : 140/90 MmHg - N : 110x/i - RR : 24x/i - S : 36,5°C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Nyeri Akut belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
Selasa/30 Agustus 2022	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS 3. Memonitor keluhan sakit kepala 4. Memonitor penurunan tingkat kesadaran 5. Memonitor tekanan perfusi serebral <p>Memonitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala secara tiba-tiba - Keluarga pasien mengatakan kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) yang terkena benturan saat kecelakaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasientampak gelisah, dan lemah - GCS 13 - TD : 140/90 mmHg - N : 110 x/i - RR : 24x/i - S : 36,5°C <p>A:</p> <p>Masalah Perfusi Serebral belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

Rabu/31 Agustus 2022	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Memonitor ulang tanda/gejala peningkatan TIK 3. Memonitor intake output cairan. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan seluruh anggota badan pasien masih terara sakit-sakit - Keluarga pasien mengatakan gelisah pasien sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis karena kesakitan karna luka lecet - Pasien tampak gelisah - TD :137/89MmHg - N : 100x/i - RR : 22x/i - N : 36°C <p>A:</p> <p>Masalah Kapasitas Adaptif Intrakranial belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
Rabu/31 Agustus 2022	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencederaan Fisik (Trauma)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi skala nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Memonitor keberhasilan terapi 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) akibat benturan saat kecelakaan, nyeri seperti berdenyut-denyut, nyeri yang dirasakan hilang timbul, skala nyeri 3, durasi nyeri berlangsung selama 1 - 2 menit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesakitan - Pasien tampak meringis dan gelisah - TD : 137/89 MmHg - N : 100x/i

		<p>komplementer yang sudah diberikan</p> <p>7. Memonitor efek samping penggunaan analgetik.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - RR : 22x/i - S : 36,5°C <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah Nyeri Akut belum teratasi <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intervensi dilanjutkan
Rabu/31 Agustus 2022	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS 3. Memonitor keluhan sakit kepala 4. Memonitor penurunan tingkat kesadaran 5. Memonitor tekanan perfusi serebral <p>Memonitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK</p>	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala secara tiba-tiba - Keluarga pasien mengatakan kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) yang terkena benturan saat kecelakaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasientampak gelisah, dan lemah - GCS 13 - TD : 137/89 mmHg - N : 100 x/i - RR : 22x/i - S : 36,5°C <p>A:</p> <p>Masalah Perfusi Serebral belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

<p>Kamis/1 September 2022</p>	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Memonitor ulang tanda/gejala peningkatan TIK 3. Memonitor intake output putcairan. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan seluruh anggota badan pasien masih terara sakit-sakit - Keluarga pasien mengatakan gelisah pasien sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis karena kesakitan karna luka lecet - Pasien tampak gelisah - TD :128/75MmHg - N : 99x/i - RR : 21x/i - N : 36,2°C <p>A:</p> <p>Masalah Kapasitas Adaptif Intrakranial belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Kamis/1 September 2022</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencederaan Fisik (Trauma)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi skala nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) akibat benturan saat kecelakaan, nyeri seperti berdenyut-denyut, nyeri yang dirasakan hilang timbul, skala nyeri 3, durasi nyeri berlangsung selama 1 - 2 menit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesakitan - Pasien tampak meringis dan gelisah - TD : 128/75 MmHg - N : 99x/i - RR : 21x/i

		<p>sudah diberikan</p> <p>7. Memonitor efek samping penggunaan analgetik.</p>	<p>- S : 36,2°C</p> <p>A :</p> <p>- Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>
Kamis/1 September 2022	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS 3. Memonitor keluhan sakit kepala 4. Memonitor penurunan tingkat kesadaran 5. Memonitor tekanan perfusi serebral 6. Memonitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala secara tiba-tiba - Keluarga pasien mengatakan kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) yang terkena benturan saat kecelakaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasientampak gelisah, dan lemah - GCS 14 - TD : 128/75 mmHg - N : 99 x/i - RR : 21x/i - S : 36,2°C <p>A:</p> <p>Masalah Perfusi Serebral belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

<p>Jum'at/2 september 2022</p>	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Memonitor ulang tanda/gejala peningkatan TIK 3. Memonitor intake output putcairan. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan seluruh anggota badan pasien masih terara sakit-sakit - Keluarga pasien mengatakan gelisah pasien sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis karena kesakitan karna luka lecet - Pasien tampak gelisah - TD :120/80 MmHg - N : 89x/i - RR : 22x/i - N : 36,5°C <p>A:</p> <p>Masalah Kapasitas Adaptif Intrakranial belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Jum'at/2 september 2022</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencederaan Fisik (Trauma)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi skala nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) akibat benturan saat kecelakaan, nyeri seperti berdenyut-denyut, nyeri yang dirasakan hilang timbul, skala nyeri 2, durasi nyeri berlangsung selama 1 - 2 menit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesakitan - Pasien tampak meringis dan gelisah - TD : 120/80 MmHg - N : 89x/i - RR : 22x/i

		<p>sudah diberikan</p> <p>7. Memonitor efek samping penggunaan analgetik.</p>	<p>- S : 36,5°C</p> <p>A :</p> <p>- Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>
Jum'at/2 september 2022	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS 3. Memonitor keluhan sakit kepala 4. Memonitor penurunan tingkat kesadaran 5. Memonitor tekanan perfusi serebral 6. Memonitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala secara tiba-tiba - Keluarga pasien mengatakan kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) yang terkena benturan saat kecelakaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasientampak gelisah, dan lemah - GCS 14 - TD : 120/80 mmHg - N : 89 x/i - RR : 22x/i - S : 36,5°C <p>A:</p> <p>Masalah Perfusi Serebral belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

<p>Sabtu/3 September 2022</p>	<p>Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Memonitor ulang tanda/gejala peningkatan TIK 3. Memonitor intake output putcairan. 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan seluruh anggota badan pasien masih terara sakit-sakit - Keluarga pasien mengatakan gelisah pasien sudah mulai berkurang <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak meringis karena kesakitan karna luka lecet - Pasien tampak gelisah - TD :115/84 MmHg - N : 78x/i - RR : 19x/i - N : 36°C <p>A:</p> <p>Masalah Kapasitas Adaptif Intrakranial belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>
<p>Sabtu/3 September 2022</p>	<p>Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencederaan Fisik (Trauma)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri Mengidentifikasi skala nyeri non verbal 3. Mengidentifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Mengidentifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri 5. Mengidentifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri 6. Memonitor keberhasilan terapi komplementer yang 	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan nyeri pada kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) akibat benturan saat kecelakaan, nyeri seperti berdenyut-denyut, nyeri yang dirasakan hilang timbul, skala nyeri 2, durasi nyeri berlangsung selama 1 - 2 menit <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kesakitan - Pasien tampak meringis dan gelisah - TD : 115/84 MmHg - N : 78x/i - RR : 19x/i

		<p>sudah diberikan</p> <p>7. Memonitor efek samping penggunaan analgetik.</p>	<p>- S : 36°C</p> <p>A :</p> <p>- Masalah Nyeri Akut belum teratasi</p> <p>P :</p> <p>- Intervensi dilanjutkan</p>
Sabtu/3 September 2022	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif berhubungan dengan Cedera Kepala	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur TTV 2. Mengkaji tingkat kesadaran dengan menggunakan nilai GCS 3. Memonitor keluhan sakit kepala 4. Memonitor penurunan tingkat kesadaran 5. Memonitor tekanan perfusi serebral 6. Memonitor efek stimulus lingkungan terhadap TIK 	<p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluarga pasien mengatakan pasien mengeluh sakit kepala secara tiba-tiba - Keluarga pasien mengatakan kepala bagian kanan (parietal bone dexstra) yang terkena benturan saat kecelakaan <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasientampak gelisah, dan lemah - GCS 14 - TD : 115/84 mmHg - N : 78 x/i - RR : 19x/i - S : 36°C <p>A:</p> <p>Masalah Perfusi Serebral belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>

JADWAL KEGIATAN PENELITIAN
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA DI RUANG TRAUMA CENTER
RSUP Dr. M. DJAMIL PADANG TABUN 2022

No	KEGIATAN	September		Oktober		November		Desember		Januari		Februari		Maret		April		Mei		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1	Konfirmasi dan Ace Judul Proposal																			
2	Pembuatan Proposal dan Konsultasi																			
3	Pendebatans Sidang Proposal																			
4	Sidang Proposal																			
5	Perbaikan Proposal																			
6	Penelitian dan Penyusunan																			
7	Pendebatans Ujian KTI																			
8	Sidang KTI																			
9	Perbaikan KTI																			
10	Pengumpulan Perbaikan KTI																			
11	Publikasi																			

Pembimbing I



Ns. Yosi Suryaningih, M.Kep.Sp.Kep.MB

NIP. 197605221994031001

Pembimbing II



Ns. Lola Felnanda Amri, S.Kep, M.Kep

NIP. 19760206 200012 2 001

Mahasiswa



Venny Levita Adri

NIM. 193110159

Padang, Januari 2022



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES PADANG

JL. EDIPATI PONDOK KOPPI BANGSALU TELP.(0751) 7981209 FAX. (0751) 7981128 PADANG 25144



Lampiran :
Nomor : PP.03.01/ /2021
Tanggal : 20 Desember 2021

NAMA-NAMA MAHASISWA YANG MELAKUKAN SURVEY DATA

NO	NAMA	NIM	JUDUL PROPOSAL KTI
1	Yuni Mardatihah	193110160	Asuhan Keperawatan pada Pasien CKD- RSUD di RS M.Djamil Padang
2	Vonny Levita Adri	193110159	Asuhan Keperawatan pada Pasien CK - di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M.Djamil Padang
3	Fadhila Ismatul Iffa	193110133	Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemoragik (Stroke Iskemik) Di Ruang Rawat Inap Syaraf RSUP DR. M. Djamil Padang
4	Amanda Nabilla Putri	193110124	Gangguan Rasa Nyaman Nyeri pada Pasien Kanker Payudara di IRNA Bedah RSUP.Dr .M Djamil Padang
5	Habil Afif	193110174	Asuhan Keperawatan pada Pasien TB Paru di RSUP DR. M. Djamil Padang
6	Andres Marshanda	193110125	Asuhan Keperawatan Gangguan Rasa Aman Nyaman pada Pasien Fraktur di Ruangan Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang
7	Berlina Yanistri	193110169	Asuhan Keperawatan Gangguan Pemenuhan Nutrisi pada Pasien Jantung Koroner Di Bangsal Jantung RSUP Dr. M Djamil Padang

Dr. Burhan M. S.
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Dr. Burhan M. S. SKM, NCS
Nip. 19610113-1980031002



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jl. Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Telp. (0751) 873324, 810253, 810254, ext 245
Email : dlat.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor LB.01.02/XVI.1.3.2/9/XIX/2021

Yth. 1. Ka Instalasi Rekam Media
2. Ka IRNA Bedah
Dari Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal Izin Survei Awal
Tanggal 23 Desember 2021

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Vonny Levita Adri
NIM/ BP : 193110159
Institusi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul

"Asuhan Keperawatan pada Pasien CK di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

dr. Adriani Zanir

res Alvin
25/12/21

25/12/21



RSUP DR. M. DJAMIL PADANG
DIREKTORAT SDM, PENDIDIKAN DAN UMUM
KELOMPOK SUBSTANSI PENDIDIKAN & PENELITIAN

Jln. Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Telp. (0751) 893324, 810253, 810254, ext 245
Email : dkiat.mdjamil@yahoo.com

NOTA DINAS

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/038 /XII/2021

Yth. : 1. Ka. Instalasi Rekam Medis
 ② Ka. IRNA Bedah

Dari : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan
Hal : Izin Survei Awal
Tanggal : 23 Desember 2021

Sehubungan dengan peneliti tersebut di bawah ini akan melakukan studi pendahuluan guna menyusun proposal penelitian, maka dengan ini kami mohon bantuannya untuk memberikan data awal/keterangan kepada:

Nama : Vonny Levita Adri
NIM/ BP : 193110159
Institusi : D3 Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk mendapatkan informasi di Bagian Bapak/Ibu dalam rangka melakukan penelitian dengan judul:

"Asuhan Keperawatan pada Pasien CK di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang"

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

28/12/2021
an vonny and
are merplut, adve

dr. Adriani Zanir

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Vonny Levita Adri
 Nim : 193110159
 Pembimbing I : Ns. Yosi Suryarinilsih, M. Kep. Sp.KMB
 Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala di Ruang Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang

No.	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	26/08/2021	Acc Judul	
2.	10/09/2021	Konsul BAB I dan revisi BAB I	
3.	16/12/2021	Konsul BAB I dan BAB II	
4.	19/01/2022	Konsul BAB I, II dan BAB III	
5.	19/01/2022	Revisi BAB I, II, dan III serta Revisi Babasa Asng	
6.	19/01/2022	Konsul BAB I, II dan III	
7.	20/01/2022	Acc Ujian Proposal	
8.	07/06/2022	Konsul BAB IV dan V	
9.	09/06/2022	Konsul Abstrak dan BAB IV, V	
10.	13/06/2022	Konsul BAB IV, V, VI dan Amp	
11.	15/06/2022	Konsul BAB VI	
12.	21/06/2022	Konsul BAB VII, VIII	
13.	22/06/2022	Konsul BAB VIII, IX dan X	
14.	23/06/2022	Acc Sidang Hasil	

Mengetahui,
 Prodi D-III Keperawatan Padang



Henri Suselita, S.Kn, M.Kep, Sp.Iwa
 NIP. 19701020 199303 2 002

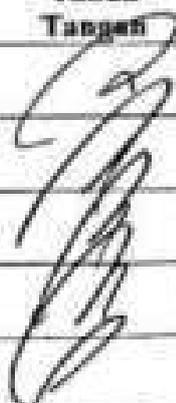
LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL KTI
PRODI D-III KEPERAWATAN PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES RI PADANG

Nama : Venny Levita Adri
 NIM : 193110159
 Pembimbing I : Ns. Yosi suryaningsih, M. Kep, Sp. KMB
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala

No	Tanggal	Kegiatan Atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1	26-05-2021	Acc judul	
2	10-September-2021	revisi BAB I dan BAB II	
3	16-Desember-2021	revisi BAB II dan BAB III	
4	14-Januari-2022	revisi BAB III dan BAB III	
5	17-Januari-2022	revisi BAB III dan BAB III sesuai pembahasan bahasan yang relevan	
6			
7		Acc Uraian proposal	
8			
9			
10			

**LEMBAR KONSULTASI KARYA TULIS ILMIAH
PRODI D-III PADANG JURUSAN KEPERAWATAN
POLTEKKES KEMENKES PADANG**

Nama : Vonny Levita Adri
 Nim : 193110159
 Pembimbing 2 : Ns. Lola Felnanda Amri, M.Kep
 Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala di Ruang Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang

No.	Tanggal	Kegiatan atau Saran Pembimbing	Tanda Tangan
1.	27-6-22	Selamatkan 2 f.dng deskripsi kasus, cek ulang dan pahami de lip. peroleh semua informasi	
2.	27-6-22	Revisi dan info kasus perbaikan penulisan dan tanda baca 'mempolida'	
3.	28-6-22	Konsul BAB 19 dan 2	
4.	28-6-22	Konsul BAB 19, 19 dan 2	
5.	29-6-22		
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

Mengetahui,
 Ketua Prodi D-III Keperawatan Padang


 Henni Sasmita, S.Kp, M.Kep, Sp.Jiwa
 NIP. 19701020 199303 2 002





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBERDAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN PADANG

JL. EMPANG PONDOK KOPRI BANDARAL TELP. (0752) 7982200 FAXI (0752) 7982200 PADANG 35144
WWW.POLITEKNIKKESEHATANPADANG.AKAD.PK



Nomor : PP.03.01/03141/2022
Perihal : Izin Penelitian

09 Mei 2022

Kepada Yth. :

Direktur RSUP Dr.M.Djamil Padang

Di

Tempat

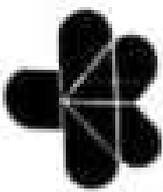
Dengan hormat,

Selubungan dengan telah dilaksanakannya Ujian Seminar Proposal Karya Tulis Ilmiah / Laporan Studi Kasus pada Mahasiswa Program Studi D 3 Keperawatan Padang Poltekkes Kemenkes Padang, maka dengan ini kami mohon kepada Bapak/Ibu untuk memberikan izin kepada Mahasiswa untuk melakukan *Penelitian* di Institusi yang Bapak/Ibu Pimpin s.d :

NO	N A M A /NIM	JUDUL KTI
I	Vanny Levita Adri / 193110159	Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala di Ruang Trauma Center RSUP Dr.M.Djamil Padang Tahun 2022.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kesediaan Bapak/Ibu kami sampaikan ucapan terima kasih.





KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax: (0751) 323731
Website : www.rsujamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com

Nomor : LB.01.02/XVI.1.3.2/L44/V/2022

13 Mei 2022

Perihal : Izin Melakukan Penelitian
a.n. Yonny Levita Adri

Yang terhormat,
Direktur Poltekkes Kemenkes Padang
Di
Tempat

Sehubungan dengan surat Direktur Poltekkes Kemenkes Padang Nomor: PP.03.01/03/141/2022 tanggal 09 Mei 2022 perihal tersebut di atas, bersama ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami tidak keberatan untuk memberi izin kepada:

Nama : Yonny Levita Adri
NIM/BP : 193110159
Instansi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Untuk melakukan penelitian di instalasi yang Bapak/Ibu pimpin dalam rangka pembuatan karya tulis/skripsi/tesis dengan judul :

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala di Ruang Trauma
Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2022 "**

Dengan catatan sebagai berikut:

1. Penelitian yang bersifat intervensi, harus mendapat persetujuan dari panitia etik penelitian kesehatan dengan dikeluarkannya "Ethical Clearance".
2. Semua informasi yang diperoleh di RSUP Dr. M. Djamil Padang semata-mata digunakan untuk perkembangan ilmu pengetahuan dan tidak disebarluaskan pada pihak lain yang tidak berkepentingan.
3. Harus menyerahkan 1 (satu) eksemplar karya tulis ke Bagian Diklit RSUP, Dr. M. Djamil Padang (dalam bentuk CD/soft copy/upload link: bit.ly/litbangrsupmdjamil).
4. Segala hal yang menyangkut pembiayaan penelitian adalah tanggung jawab si peneliti.

Demikianlah kami sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan


dr. Adriani Zanir
NIP. 197301112008012008

Tembusan :

1. Instalasi Terkait
2. Yang bersangkutan



TERAKREDITASI KARS



INFORM CONSENT

(Lembar Persetujuan)

Yang bertandatangan di bawah ini:

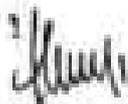
Nama Responden : Felix Ferari
Umur / Tanggal Lahir : 22 th / 24 - Februari - 2000
Penanggung Jawab : Iffi Yama
Hubungan : Iffi

Setelah mendapat penjelasan dari saudara peneliti, saya bersedia menjadi responden pada penelitian atas nama Vonny Levita Adri NIM 193110159, Mahasiswa Prodi D3 Keperawatan Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang.

Demikianlah surat persetujuan ini saya tanda tangani tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Padang, 10 - 03 - 2022

Responden


(Felix ferari)

DAFTAR HADIR PENELITIAN

Nama : Vanny Levita Adri
 NIM : 193110159
 Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes RI Padang
 Judul Penelitian : Analisis Kepertawatan Pada Pasien Cedera Kepala di Ruang Trauma Center RSUP Dr. M. Djamil Padang Tahun 2022

No.	Hari/Tanggal	Jam Datang	Jam Pulang	Tanda Tangan Mahasiswa	Tanda Tangan Petugas
1	Senin/30-8-22	10.00	15.00		
2	Rabu/31-8-22	15.00	17.00		
3	Kamis/01-9-22	11.00	14.00		
4	Jumat/02-9-22	11.00	13.00		
5	Sabtu/03-9-22	11.00	15.00		

Mengetahui,
Kepala Ruang



(M. Hormayoni), S.Kep



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT DR. M. DJAMIL PADANG



Jalan Perintis Kemerdekaan Padang - 25127
Phone : (0751) 32371, 810253, 810254 Fax. (0751) 323731
Website : www.rsdjamil.co.id, E-mail : rsupdjamil@yahoo.com

SURAT KETERANGAN
LB.01.02/XVI.1.3.2/7M/VI/2022

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr. Adriani Zanir
NIP : 197309112008012008
Jabatan : Sub Koordinator Penelitian dan Pengembangan

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Vonny Levita Adri
NIM/BP : 193110159
Institusi : DIII Program Studi Keperawatan Poltekkes Kemenkes Padang

Telah selesai melakukan penelitian di IRNA Bedah RSUP Dr. M. Djamil Padang pada tanggal 13 Mei 2022 s/d 18 Mei 2022, guna pembuatan karya tulis/skripsi/tesis/disertasi yang berjudul :

**"Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala di Ruang Trauma
Center RSUP Dr. M Djamil Padang Tahun 2022 "**

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan seperlunya.

Padang, 13 Juni 2022

a.n. Koordinator Pendidikan & Penelitian
Sub Koordinator Penelitian & Pengembangan



TERAKREDITASI KARS
★★★★★★