

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CIDERA OTAK
SEDANG (COS) DENGAN MASALAH NYERI AKUT**

(Di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan)



OLEH:

YOGA SURIPTO

151210035

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2018

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CIDERA OTAK
SEDANG DENGAN MASALAH NYERI AKUT**

(Di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan)

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada program
Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia
Medika Jombang



OLEH:

YOGA SURIPTO

151210035

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2018

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Yoga Surtpto

NIM : 151210035

Jenjang : Diploma

Program Studi : D-I11 Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian karya saya sendiri, kecuali bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 06 November 2018

Saya yang menyatakan,



Yoga Surtpto

NIM : 151210035

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Yoga Surtpto

NIM : 151210035

Jenjang : Diploma

Program Studi : D-I11 Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Jika dikemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 06 November 2018

Saya yang menyatakan,



Yoga Surtpto

NIM : 151210035

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : YOGA SURIPTO
NIM : 15.121.0035
Tempat Tanggal Lahir : MOJOKERTO, 11 Desember 1997
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Klien Cedera Kepala Sedang (COS) dengan Masalah Nyeri Akut di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.

Menyatakan tugas akhir yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya dan apabila pernyataan tidak benar maka saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, April 2018



LEMBAR PERSETUJUAN

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Yoga Suropto
NIM : 151210035
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Sedang (COS) Dengan Masalah Nyeri Akut

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Menyetujui Komisi pembimbing

Pembimbing Utama



Darsni, S.Kep.Ns.M.Kes
NIK.04.05.053

Pembimbing Anggota



Harnanik Nawangsari S.ST.M.Keb
NIK.02.03.012

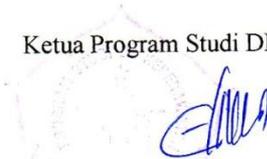
Mengetahui

Ketua STIKes ICMe



Imam Fathoni, S.KM.,MM
NIK.03 04 022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nita Arisanti Y., S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIK.01.09.170

LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Yoga Suropto
NIM : 151210035
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Sedang (COS) Dengan Masalah Nyeri Akut

Telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Menyetujui Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Hyndyah Ikke S., S.Kep., Ns.M.Kes ()

Penguji Utama : Darsini, S.Kep.Ns.M.Kes ()

Penguji Anggota : Harnanik Nawangsari S.ST.M.Keb ()

Ditetapkan di : JOMBANG

Pada : April 2018

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Mojokerto, 11 Desember 1997 dari keluarga bapak Ubedillah dan ibu Ramiasih. Penulis merupakan anak pertama dari dua saudara.

Tahun 2013 penulis lulus dari RA DARUNNIYAH Mojokerto, tahun 2009 penulis lulus dari MI DARUNNIYAH Mojokerto, tahun 2012 penulis lulus dari SMP I DARUNNIYAH Mojokerto, tahun 2015 penulis lulus dari SMKN 1 JETIS Mojokerto, tahun 2015 penulis lulus seleksi masuk STIKes Insan Cendekia Medika Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program Diploma III Keperawatan diantara program studi lain di STIKes Insan Cendekia Medika Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, april 2018

Penulis

Yoga Satripto

MOTTO

“Kesuksesan dimulai dari pemikiran dari hati yang jernih serta kerja keras dan do’a kepada Allah SWT dan do’a dari orang tua karena kesuksesan berawal dari do’a kepada Allah SWT agar nasib yang buruk bisa berubah jadi yang lebih baik”

PERSEMBAHAN

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas karunia dan hidayahnya serta kemudahan yang Engkau berikan akhirnya karya tulis ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Ku persembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

Ibunda tercinta sebagai tanda bakti, hormat, dan rasa terimakasih yang tiada tara kupersembahkan karya sederhana ini kepada ibunda yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta. Terimakasih ibunda tercinta.

Pembimbingku juga tidak lupa kuucapkan banyak terimakasih kepada pembimbingku yang dengan sabar membimbing dari awal hingga akhir sebuah karya tulis sederhana yang membanggakan bagi saya.

Teman dan sahabatku tak lupa juga terima kasih dariku yang memberi dukungan serta motivasi dan berbagi pengalaman denganku.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah – Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan proposal karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan Masalah Nyeri Akut” sesuai dengan waktu yang ditentukan. Proposal karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Dalam penyusunan proposal Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu penulis mengucapkan terima kasih kepada Bapak H. Imam Fatoni SKM, MM. selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Kepada Ibu Nita Arisanti Y.,S.Kep.,NS.,M.Kes. selaku Kepala Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Icm Jombang serta dosen pembimbing utama Ibu Darsini,S.Kep.NS.M.Kes. dan kepada dosen pembimbing dua Ibu Harnanik Nawangsari S.ST.M.Keb. selaku dosen pembimbing Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis teliti. Kepala Diklat RSUD Bangil yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil data dan menyelesaikan Studi Kasus Karya Tulis ilmiah. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan, motivasi, kekuatan, dan nasihat selama menempuh pendidikan distikes icme jombang hingga terselesainya Proposal Karya Tulis Ilmiah ini. Dan tidak lupa kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dorongan dan bantuannya dalam menyelesaikan penyusunan Proposal Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Proposal Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk penulis sangat diharapkan demi kesempurnaan penulis di masa yang akan datang.

Jombang, mei 2018

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CIDERA OTAK SEDANG DENGAN MASALAH NYERI AKUT

DI RUANG HIGH CARE UNIT RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh :

YOGA SURIPTO

Cidera otak sedang adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat congenital ataupun degenerative, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar, yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsifisik. Tujuan dari penelitian ini adalah mampumelaksanakan asuhan keperawatan klien dengan cidera otak sedang dengan masalah nyeri akut.

Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan menggunakan metode studi kasus. Penelitian ini dilakukan di RSUD Bangil Pasuruan di Ruang HCU dengan jumlah klien 2 orang dengan diagnose medis cidera otak sedang dengan masalah keperawatan nyeri akut.

Dari pengkajian yang dilakukan pada 2 klien menunjukan skala nyeri yang berbeda. Klien 1 memiliki tingkat nyeri lebih rendah dibanding klien 2. Pada klien dengan masalah keperawatan nyeri akut intervensi yang digunakan berupa, NOC : Kontrol Nyeridan NIC : Manajemen Nyeri. Implementasi yang digunakan sama antara 2 klien sesuai dengan intervensi yang sudah dibuat, akan tetapi menurut evaluasi memiliki hasil yang berbeda. Pada evaluasi akhir hasil menunjukkan bahwa klien 1 dikatansembuh karena masalah teratasi sehingga nyeri akut pada kepala dapat di kontrol dengan baik dan klien mampu mengikuti intruksi perawat dengan baik. Sedangkan klien 2 menunjukan hasil masalah teratasi sebagian karena klien kurang kooperatif dalam mengikutiperintah dari perawat. Saran yang kita anjurkan pada klien yaitu menggunakan manajemen nyeri berupa teknik mengurangi nyeri ketika berada dirumah dalam waktu pemulihan.

Kata Kunci :AsuhanKeperawatan, CideraOtakSedang, NyeriAkut

ABSTRACT

NURSING INSTITUTION IN CLIENTS WITH BRAIN MEDICINES WITH ACUTE PAID PROBLEM

(Case Study in Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan)

By : Yoga Supto

Moderate brain injury is a defect in the head, not congenital or degenerative, but is caused by external strikes or impacts, which can reduce or alter the consciousness which causes damage to cognitive abilities and physical function. The purpose of this research is able to carry out the client's nursing care with moderate brain injury with acute pain problem.

The design of this research is descriptive by using case study method. This research was conducted at RSUD BangilPasuruan in HCU Room with number of client 2 people with medical diagnosis of moderate brain injury with acute pain nursing problem.

From the assessment conducted on 2 clients addressed different pain scales. Client 1 has a lower pain level than the client 2. In clients with acute pain nursing problems the intervention used is, NOC: Pain Control and NIC: Pain Management. The implementation used equally between 2 clients in accordance with the intervention already made, but according to the evaluation have different results. In the final evaluation the results show that client 1 is cured because the problem is resolved so that acute pain in the head can be controlled properly and the lien is able to follow the nurse's instructions well. While client 2 shows the results of the problem is partially resolved because the client is less cooperative in following the orders of the nurse. The advice we recommend to clients is to use pain management in the form of techniques to reduce pain while at home in recovery time.

Keywords: Nursing Care, Moderate Brain Injury, Acute Pain

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vii
KATA PENGANTAR.....	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT.....	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN.....	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	4
1.4 Tujuan.....	4
1.5 Manfaat.....	5
BAB 2 TINJUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Konsep Penyakit Cidera Kepala Sedang	7
2.2 Konsep Dasar Nyeri Akut.....	12
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Klien dengan Cidera Kepala Sedang..	15
BAB 3 METODE PENELITIAN	22

3.1 Desain Penelitian	22
3.2 Batasan Istilah.....	23
3.3 Partisipan	24
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	24
3.5 Pengumpulan Data.....	25
3.6 Uji Keabsahan Data	25
3.7 Analisa Data.....	26
3.8 Etik Penelitian.....	28

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil	30
4.2 Pembahasan.....	44

BAB 5 PENUTUP

5.1 Kesimpulan.....	49
5.2 Saran	50

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR GAMBAR

No	Daftar Tabel	Halaman
1.	Patway Cidera Kepala Sedang	9

DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Halaman
1.	Intervensi Keperawatan.....	20
2.	Identitas Klien	31
3.	Riwayat Penyakit Klien.....	31
4.	Perubahan Pola Kesehatan Klien	32
5.	Pemeriksaan Fisik Klien	33
6.	Pemeriksaan Penunjang Laboratorium	35
7.	Penatalaksanaan Medis Klien	35
8.	Analisa Data Klien 1 dan Klien 2	36
9.	Intervensi Keperawatan Klien dengan Nyeri Akut	37
10.	Implementasi Keperawatan	39
11.	Evaluasi Keperawatan.....	42

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Pelaksanaan Laporan Kasus
Lampiran 2	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Lembar Format Pengkajian
Lampiran 5	Lembar Surat Pre survey data, studi pendahuluan
Lampiran 6	Lembar Surat Izin penelitian
Lampiran 7	Lembar Persetujuan studi pendahuluan
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Penelitian
Lampiran 9	Lembar Keterangan selesai penelitian
Lampiran 10	Lembar Konsultasi
Lampiran 11	Lembar Pernyataan Bebas Plagiasi

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
<i>C</i>	: <i>Celcius</i>
<i>CBF</i>	: <i>Cerebral Blood Flow</i>
CKB	: Cedera Kepala Berat
CKR	: Cedera Kepala Ringan
CKS	: Cedera Kepala Sedang
COB	: Cedera Otak Berat
COS	: Cedera Otak Sedang
COR	: Cedera Kepala Ringan
<i>CVA</i>	: <i>Cerebro Vascular Accident</i>
Gr	: Gram
GDA	: Gas Darah Arteri
<i>IPPA</i>	: <i>Inspeksi, Perkusi, Palpasi, Auskultasi</i>
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah
MRS	: Masuk Rumah Sakit
<i>NIC</i>	: <i>Nursing Intervention Classification</i>
<i>NOC</i>	: <i>Nursing Outcome classification</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TTV	: Tanda – Tanda Vital
<i>HCU</i>	: <i>High central Unit</i>
<i>WHO</i>	: <i>World Health Organization</i>
<i>WOC</i>	: <i>Web Of Caution</i>
WOD	: Wacana, Observasi, Dokumentasi
ICME	: Insan Cendekia Medika

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Nyeri akut dimana fenomena yang kompleks, dialami secara primer sebagai suatu pengalaman psikologis. Penelitian yang berlangsung selama bertahun – tahun ini oleh ahli – ahli dibidang psikosomatik menunjukkan bahwa selain dipengaruhi oleh kondisi nyata dari fisik itu sendiri dan kondisi jiwa, nyeri juga dipengaruhi secara kuat oleh kondisi emosi, fungsi kognitif, dan faktor - faktor sosial yang menimbulkan serta mempertahankan rasa nyeri. Cedera kepala menjadi penyebab utama kematian dan disabilitas pada usia muda. Cedera otak sering terjadi karena trauma mekanik pada kepala yang terjadi baik secara langsung atau tidak langsung yang kemudian dapat berakibat kepada gangguan fungsi neurologis, fungsi fisik, kognitif, psikososial, bersifat permanen (Nasution, 2014). Indonesia merupakan Negara berkembang yang masih memiliki angka kejadian kecelakaan yang tinggi penyebab cedera kepala (Krisandi, 2013). Untuk mengetahui tingkat keparahan cedera otak terdapat berbagai cara penilaian prognosis trauma kepala yakni diantaranya adalah dengan menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) (Widiyanto, 2007). GCS merupakan instrumen standar yang dapat digunakan untuk mengukur tingkat kesadaran pasien trauma kepala. Biasanya pasien dengan cedera otak sedang masuk dalam tingkat kesadaran yang somnolen.

Menurut WHO setiap tahun hampir 1.500.000 kasus cedera kepala. Dari jumlah tersebut 80.000 di antaranya mengalami kecacatan dan 50.000 orang meninggal dunia. Di Indonesia, cedera kepala merupakan insiden cedera kepala dengan jumlah sebanyak 100.000 jiwa meninggal dunia (Depkes RI, 2013). 10% dari pasien dengan cedera otak merupakan pasien dengan cedera otak sedang. Pasien cedera otak sedang biasanya masih mampu menuruti perintah sederhana, namun tampak bingung dan mengantuk. Dalam 30 menit pasien mengalami penurunan kesadaran dan amnesia. Setelah itu pasien akan kembali ke kesadaran yang composmentis.

Dalam tahap inilah pasien dengan cedera otak sedang akan merasakan nyeri pada bagian kepala akibat tekanan intra kranial yang disebabkan oleh hematoma pada bagian otak dan fraktur pada tulang tengkorak. Nyeri mempunyai sifat yang sangat unik karena di satu sisi nyeri akan menimbulkan penderitaan bagi yang merasakan, tetapi di sisi lain nyeri juga dapat menunjukkan manfaatnya. Setiap individu memiliki penilaian yang berbeda terhadap tingkat nyeri yang dirasakan. Sehingga penilaian skala nyeri biasanya diperoleh dari data subjektif pasien. Menurut SDKI (2017) nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Nyeri akut bila tidak dikelola secara cepat dan baik bisa lambat laun bisa menjadi nyeri kronis. Tingginya angka kejadian cedera otak sedang bisa menimbulkan manifestasi klinis berupa nyeri akut yang disebabkan oleh tekanan intra kranial akibat hematoma atau fraktur tulang tengkorak.

Tindakan yang dilakukan pada penderita Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral adalah pemberian oksigen dan atasi penyebabnya serta pemasangan ventilator. Pada pasien Cidera Otak Sedang (COS) dan sudah terjadi disfungsi pernafasan, dirawat di ruang perawatan intensif (HCU) dan terpasang selang endotrakeal dengan ventilator dan sampai kondisi klien stabil. (Muttaqin, 2008). Pasien juga diberikan posisi yang nyaman (semi fowler) supaya dapat meningkatkan rasa nyaman dan juga mengurangi nyeri. Peran perawat dalam membentuk asuhan keperawatan pada klien dengan perubahan perfusi jaringan serebral diantaranya : memberikan asuhan keperawatan, sebagai (advokad) memberikan pelayanan pada klien, sebagai pendidik (educator), kolaborasi antara tim medis (perawat dengan dokter, ahli gizi, fisioterapi).

Oleh karena itu penulis dalam hal ini ingin melakukan penelitian dengan studi kasus dalam penatalaksanaan nyeri akut pada pasien cidera otak sedang dengan judul “Asuhan Keperawatan pada Klien dengan Cidera Otak Sedang dengan Masalah Nyeri Akut Di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan”.

1.2 Batasan Masalah

Asuhan keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut Di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang dengan masalah nyeri akut di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Dalam pembuatan Karya Tulis Ilmiah dalam pengembangan ilmu keperawatan agar kita mengetahui penatalaksanaan klien dengan masalah cidera otak sedang dan mengetahui perkembangan ilmu pengetahuan terhadap penatalaksanaan klien dengan masalah nyeri akut.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi perawat

Perawat dapat menentukan diagnose dan intervensi keperawatan yang tepat pada pasien dengan Cidera Otak Sedang (COS)

2. Bagi rumah sakit

Supaya keefektifan perawatan pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) dengan nyeri akut dan mempercepat proses penyembuhan.

3. Bagi Institusi Pendidikan

Supaya peneliti ini dapat dijadikan referensi untuk pengembangan ilmu pendidikan keperawatan yang lebih luas.

4. Bagi Peneliti

Supaya peneliti dapat mengaplikasikan teori berupa penatalaksanaan nyeri akut pada klien dengan Cidera Otak Sedang (COS) secara baik.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Penyakit Cidera Kepala Sedang

2.1.1. Definisi

Cedera kepala sedang adalah suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar, yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik (Padila, 2012).

Cidera Otak Sedang (COS) biasanya juga disebut sebagai cidera kepala dikarena secara anatomi organ otak berada di dalam tulang tengkorak kepala. Cidera kepala dapat diklasifikasikan menurut tingkat kesadaran ditentukan dengan nilai GCS, yaitu:

1. Cidera Kepala Ringan
 - a. Nilai GCS 13-15
 - b. Dapat terjadi kehilangan kesadaran tetapi kurang dari 30 menit
 - c. Tidak ada kontusio tengkorak, tidak ada fraktur cerebral, hematoma
(Andra & Yessie, 2012)
2. Cidera Kepala Sedang
 - a. Nilai GCS 9-12
 - b. Saturasi O₂ > 90% dan tekanan darah systole > 100mmhg
 - c. Dapat terjadi kehilangan kesadaran > 30 menit dalam 24 jam
 - d. Dapat terjadi fraktur tengkorak (Padila, 2012).

3. Cidera Kepala Berat

- a. Nilai GCS 8 – 3
- b. Kehilangan kesadaran dan atau terjadi amnesia lebih dari 24 jam
- c. Juga meliputi kontusio serebral, laserasi atau hematoma intracranial
(Andra & Yessie, 2012).

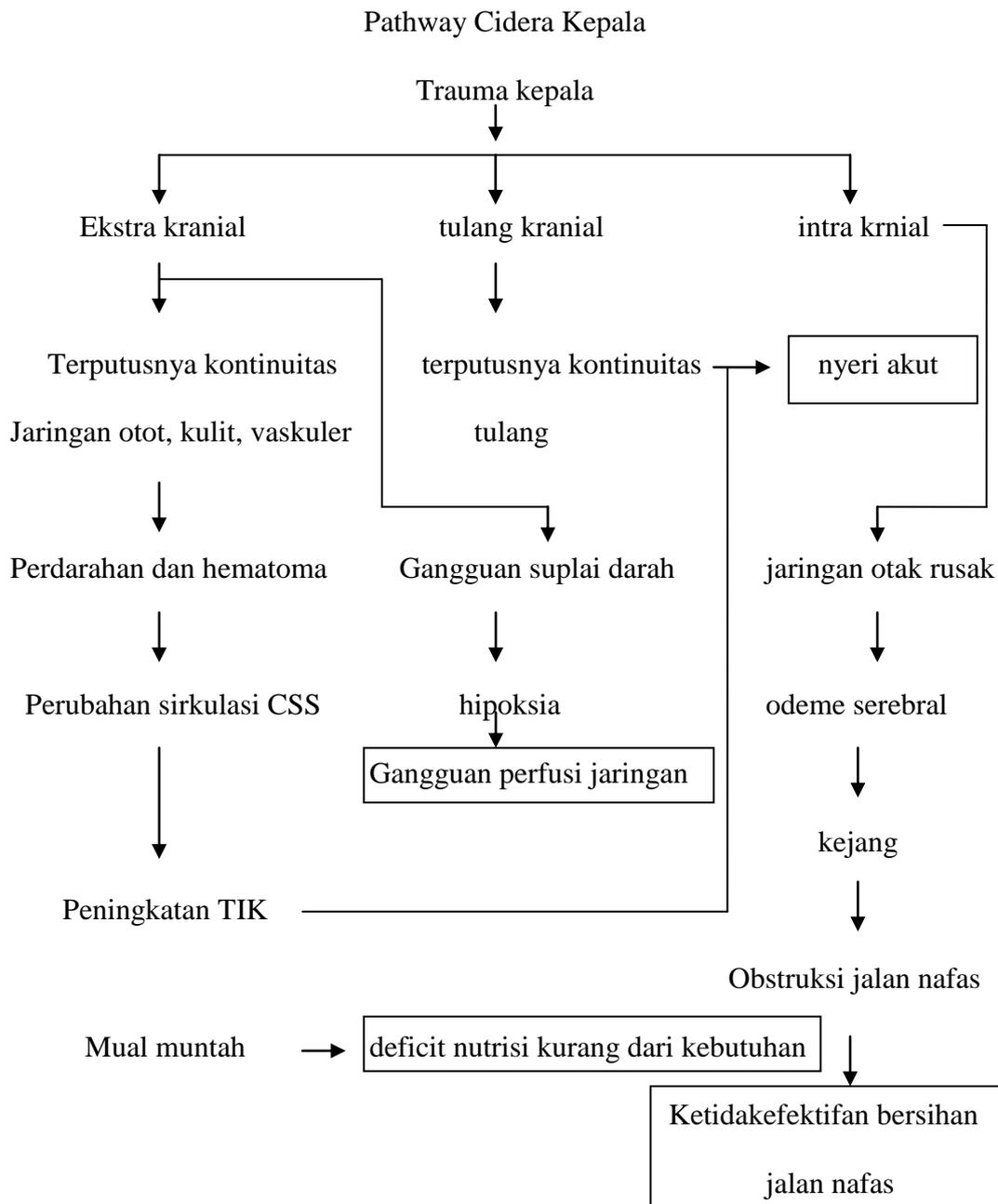
2.1.2 Etiologi

Penyebab cidera kepala sedang adalah adanya trauma yang diakibatkan benturan benda tumpul, trauma benda tajam, kecelakaan saat berkendara atau pun kecelakaan saat berolah raga. Cidera kepala akan menimbulkan luka robekan yang dapat mengenai otak atau pun luka yang terbatas pada daerah yang terkena (Andra & Yessie, 2012).

2.1.3 Patofisiologi

Trauma yang disebabkan oleh benda tumpul dan benda tajam atau kecelakaan dapat menyebabkan cidera kepala. Cidera otak primer adalah cidera otak yang terjadi segera setelah trauma. Cidera kepala primer dapat menyebabkan kontusio dan laserasi. Cidera kepala ini dapat berlanjut menjadi cidera sekunder. Akibat trauma terjadi peningkatan kerusakan sel otak sehingga menimbulkan gangguan autoregulasi. Penurunan aliran darah ke otak menyebabkan penurunan suplai oksigen ke otak dan terjadi gangguan metabolisme dan perfusi otak. Peningkatan rangsangan simpatis menyebabkan peningkatan tahanan vaskuler sistemik dan peningkatan tekanan darah. Penurunan tekanan pembuluh darah di daerah pulmonal mengakibatkan peningkatan tekanan hidrolistik sehingga terjadi kebocoran cairan kapiler. Trauma kepala dapat menyebabkan odeme dan hematoma

pada serebral sehingga menyebabkan peningkatan tekanan intra kranial. Sehingga pasien akan mengeluhkan pusing serta nyeri hebat pada daerah kepala (Padila, 2012).



2.1.4 Manifestasi Klinis

Klien dengan cedera otak sedang mengalami kelemahan pada salah satu bagian tubuh disertai kebingungan bahkan terjadi penurunan kesadaran hingga koma. Terjadi abnormalitas pupil, terjadi defisit neurologis berupa gangguan penglihatan dan pendengar berdasarkan letak lesi yang terdapat pada otak. Pasien akan mengalami kejang otot dan gangguan pergerakan. Bila terjadi perdarahan dan fraktur pada tengkorak maka akan terjadi hematoma yang menyebabkan peningkatan tekanan intra kranial. Peningkatan TIK dapat menimbulkan nyeri atau pusing pada kepala. (Andra & Yessie, 2012).

2.1.5 Komplikasi

Menurut Andra & Yessie (2012) cedera kepala memiliki beberapa komplikasi, antara lain:

1. Edema pulmonal

Edema paru terjadi akibat tubuh berusaha mempertahankan tekanan perfusi dalam keadaan konstan. Peningkatan tekanan intra kranial dapat menyebabkan peningkatan tekanan darah sistemik meningkat untuk mempertahankan perfusi otak secara adekuat. Vasokonstriksi menyebabkan peningkatan aliran darah ke paru sehingga perpindahan cairan ke alveolus juga terganggu.

2. Kejang

Kejang timbul karena adanya gangguan pada neurologis. Resiko ini muncul pada fase akut cedera otak sedang. Sehingga perawat perlu waspada terjadi kejang yang dapat menimbulkan penutupan jalan nafas akibat lidah yang jatuh kebelakang.

3. Kebocoran cairan serebrospinal

Adanya fraktur pada area tulang tengkorak dapat merobek meningen sehingga CSS akan keluar.

4. Infeksi

Luka terbuka pada area fraktur atau tanpa fraktur jika tidak dilakukan perawatan luka secara benar akan menimbulkan infeksi sekunder pada cedera otak sedang. Infeksi ini dapat terjadi pada area meningen yang disebut dengan meningitis.

2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

1. Foto polos tengkorak (skull X-ray)
2. Angiografi serebral
3. Pemeriksaan MRI
4. CT Scan : indikasi ct scan berupa nyeri kepala atau muntah-muntah, penurunan GCS lebih dari 1 poin, adanya laserasi, fraktur tulang tengkorak, dan adanya luka tembus akibat benda tajam atau peluru (Andra & Yessie, 2012).

2.1.7 Penatalaksanaan

Menurut Pedoman Tatalaksana Cidera Otak (2014) penatalaksanaan pasien dengan cedera otak sedang sebagai berikut :

1. Stabilitasi airway, breathing dan sirkulasi
2. Melakukan anamneses, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan neurologis
3. Pemasangan kateter untuk mengevaluasi produksi urin
4. Terapi Medikamentosa :
 - a. Cairan IV NS 0,9 1,5ml/kgBB/jam
 - b. Obat simtomatik melalui IV atau supp
 - c. Obat anti kejang
 - d. Obat analgesik
5. Pembedahan dilakukan bila terjadi fraktur pada tulang tengkorak dan laserasi

2.2 Konsep Dasar Nyeri Akut

2.2.1 Definisi Nyeri Akut

Nyeri merupakan suatu stimulus yang dapat merusak perkembangan otak bayi dan berkontribusi terhadap terjadinya gangguan belajar dan perilaku pada masa anak-anak (Badr, et al., 2010).

Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan atau berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan (SDKI, 2017).

2.2.2 Penilaian Skala Nyeri

1. Anamnese

Menggunakan mnemonic PQRST diperoleh dengan metode wawancara untuk mengetahui proses nyeri pasien. Mnemonic PQRST sebagai berikut:

- a. P (*Paliatif*) : penyebab nyeri
- b. Q (*Quality*) : kualitas nyeri
- c. R (*Regio*) : lokasi atau penyebaran nyeri
- d. S (*Skala*) : deskripsi oleh pasien mengenai tingkat nyeri
- e. T (*Time*) : periode atau waktu yang berkaitan dengan nyeri

2. Metode penentuan skala nyeri

a. VAS (*Visual Analog Scale*)

Skala linier ini menggambarkan secara visual gradasi tingkat nyeri yang mungkin dialami pasien. Rentang nyeri diwakili sebagai garis sepanjang 10cm dengan atau tanpa tanda setiap sentimeter.

b. *Verbal Rating Scale*

Untuk menggambarkan tingkat nyeri dua ujung kestrem juga digunakan pada skala ini. Skala verbal menggunakan kata-kata dan bukan garis. Skala yang digunakan berupa tidak ada nyeri, sedang, parah. Hilang atau redanya nyeri dapat dinyatakan sebagai sama sekali tidak hilang, sedikit berkurang, cukup berkurang / baik dan nyeri hilang sama sekali.

c. *Wong Bker Pain Rating Scale*

Digunakan pada pasien usia kurang dari 3 tahun yang tidak dapat menggambarkan nyeri dengan angka. Dalam metode ini penggambaran skala nyeri menggunakan penggambaran ekspresi wajah.

2.2.3 Batasan Karakteristik Nyeri Akut

1. Tanda gejala Mayor

- a. Mengeluh nyeri
- b. Tampak meringis
- c. Bersikap protektif
- d. Gelisah
- e. Frekuensi nadi meningkat
- f. Sulit tidur

2. Tanda gejala minor

- a. Tekanan darah meningkat
- b. Pola nafas berubah
- c. Nafsu makan berubah
- d. Proses berfikir terganggu
- e. Menarik diri
- f. Berfokus pada diri sendiri
- g. Diaphoresis

2.2.4 Faktor yang Berhubungan

1. Agen pencedera fisiologis (inflamasi, iskemia, neoplasma)
2. Agen pencedera kimiawi (terbakar, bahan kimia iritan)

3. Agen pencedera fisik (abses, amputasi, terbakar, terpotong, trauma, latihan fisik berlebihan)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Klien dengan Cidera Otak Sedang

2.3.1 Pengkajian

1) Identitas Klien

- a. Nama
- b. Umur
- c. Jenis Kelamin
- d. Agama
- e. Pendidikan
- f. Pekerjaan
- g. Alamat
- h. Status Perkawinan

2) Riwayat Kesehatan

- a. Keluhan Utama : Berisi data subjektif yang dirasakan pasien ketika masuk rumah sakit
- b. Riwayat Penyakit Sekarang: pasien mengalami penurunan kesadaran, latergi, mual muntah, nyeri kepala, kelemahan, perdarahan, fraktur tengkorak, amnesia sesaat, gangguan pendengaran, gangguan penciuman.
- c. Riwayat Penyakit Dahulu : Pasien pernah mengalami penyakit sistem syaraf, riwayat trauma terdahulu, riwayat penyakit darah, dan riwayat penyakit sistemik.

d. Riwayat Penyakit Keluarga: adanya riwayat penyakit menular

3) Pola Fungsi Kesehatan

a. Persepsi dan Pemeliharaan Kesehatan

Berisi tentang pengetahuan pasien terhadap penyakit yang diderita, harapan di rawat di RS, alergi pengobatan, dan data lainnya.

b. Nutrisi dan Metabolik

Pasien mengalami mual, muntah, gangguan cerna, gangguan menelan, kaji bisung usus

c. Aktivitas dan Latihan

Terjadi gangguan aktivitas karena adanya nyeri kepala dan kelemahan.

d. Tidur dan Istirahat

Terjadi gangguan pola tidur akibat nyeri kepala dan proses hospitalisasi.

e. Eliminasi

Pasien mengalami inkontinensia serta obstipasi dan hematuria jika terjadi perdarahan pada organ perkemihan.

f. Pola Persepsi

Berisi data tentang peran pasien dalam keluarga serta koping terhadap penyakitnya

4) Pemeriksaan Fisik

a. Vital Sign

Tekanan darah : menunjukkan normal hingga abnormal

- Suhu : berada pada rentang hipertermi suhu $>38^{\circ}\text{C}$
- Nadi : takikardi
- Respiratory Rate : normal atau abnormal
- b. Kesadaran : somnolen hingga koma
- GCS : 9 – 12
- c. Keadaan Umum
1. Status Gizi : pasien mengalami kegemukan, normal atau kurus
 2. Sikap : pasien menunjukkan menahan nyeri pada area kepala jika terjadi peningkatan TIK atau fraktur tengkorak.
- d. Pemeriksaan Fisik
1. B1 (*Breathing*) :
Inspeksi : pasien terlihat menggunakan otot bantu nafas.
Pernafasan terlihat chyne stokes. Terlihat peningkatan frekuensi nafas.
Auskultasi : terdapat bunyi stridor yang diakibatkan lidah jatuh kebelakang ketika penurunan kesadaran ataupun kejang. Terdengar suara ronchi akibat penumpukan sputum pada jalan nafas.
Perkusi : terdapat bunyi redup jika terdapat odeme paru
Palpasi : tidak terdapat benjolan atau masa pada thorak

2. B2 (*Blood*)

Inspeksi : pasien terlihat pucat, sianosis jika terjadi gangguan perfusi. Terdapat perdarahan pada area kepala dengan fraktur dan tanpa fraktur akibat kerusakan jaringan.

Auskultasi : terdengar bunyi jantung s1 s2 tunggal.

Perkusi : tidak terdapat bunyi redup.

Palpasi : terjadi peningkatan frekuensi nadi, nadi teraba lemah, disritmia. Tidak terdapat pembesaran vena jugularis.

3. B3 (*Brain*)

Inspeksi : terjadi penurunan kesadaran, bingung. Respon pupil menunjukkan mengecil menandakan disfungsi encephalo dan gangguan metabolisme. Terlihat sulit menggerakkan bagian tubuh sebagian tergantung bagian otak mana yang mengalami cedera.

Palpasi : terdapat benjolan berupa hematoma karena adanya internal bleeding. Terdapat nyeri tekan pada bagian yang mengalami luka

4. B4 (*Blader*)

Inspeksi : tidak terdapat luka pada area blader. Pasien mengalami oliguria pada pasien dengan gangguan perfusi hingga ke ginjal akibat adanya gangguan metabolisme. Terjadi inkontinensia urin akibat gangguan sistem syaraf.

Palpasi : teraba keras apabila terjadi retensi urin atau pun bendungan urin

Perkusi : terdengar bunyi redup jika terdapat bendungan urin.

5. B5 (Bowel)

Inspeksi : pasien terlihat mual dan muntah akibat peningkatan TIK.

Auskultasi : penurunan jumlah bising usus dan akan terdengar lemah

Palpasi : tidak terdapat gangguan berupa benjolan atau asites

Perkusi : terdengar bunyi timpani

6. B6 (Bone)

Inspeksi : pasien dating akan terlihat parese atau paraplegi akibat bagian otak yang rusak.

Palpasi : terdapat nyeri tekan pada tulang tengkorak yang mengalami kontraktur atau fraktur. Terdapat gangguan reflek patela sesuai letak otak yang mengalami kerusakan serta penurunan tonus otot

2.3.2 Pemeriksaan Penunjang

1. Foto polos tengkorak (skull X-ray)
2. Angiografi serebral
3. Pemeriksaan MRI
4. CT Scan : indikasi ct scan berupa nyeri kepala atau muntah-muntah, penurunan GCS lebih dari 1 poin, adanya laserasi, fraktur tulang tengkorak, dan adanya luka tembus akibat benda

tajam atau peluru

2.3.3 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma kepala).
2. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan edema otak.
3. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan depresi pada pusat nafas di otak.
4. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sputum.
5. Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran (soporos – koma)

2.3.4 Intevensi Keperawatan

Diagnosa	NOC dan indikasi					NIC
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	NOC:					NIC : Menejemen Nyeri 1. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif 2. Berikan edukasi mengenai nyeri dan faktor penyebab nyeri 3. Ajarkan teknik non farmakologi berupa teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi 4. Kurangi faktor pencetus nyeri (misalnya, aktivitas berlebih atau gerakan) 5. Kolaborasi pemberian farmakologi berupa analgesic dengan pemantauan ketat Monitor Tanda Tanda Vital 1. Monitor tekanan darah sistolik dan diastolic 2. Monitor denyut nadi 3. Monitor frekuensi pernafasan 4. Monitor suhu bila mengalami hipotermi atau hipertermi 5. Catat hasil pemantauan tanda-tanda vital
	1. Kontrol Nyeri					
	Indikator					
	Indeks					
	1 2 3 4 5					
	- Mengenal kapan terjadinya nyeri					
	- Menggambarkan faktor penyebab					
	- Menggunakan tindakan pencegahan nyeri tanpa analgesic					
	- Menggunakan analgesic yang direkomendasikan					
	2. Tanda Tanda Vital					
Indikator						
Indeks						
1 2 3 4 5						
- Suhu tubuh						
- Tingkat pernafasan						
- Tekanan darah sistolik						
- Tekanan darah diastolic						
- Tekanan nadi						

2.3.5 Implementasi

Implementasi dilakukan sesuai dengan intervensi yang dibuat ketika di RS. Catat hasil dari implementasi yang dilakukan. Pastikan implementasi dilakukan secara baik dan benar sesuai SOP yang dianjurkan. Sertakan tanggal, nama terang dan TTD ketika membuat dokumentasi evaluasi sebagai legalitas.

2.3.6 Evaluasi

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus – menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini di perlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang (Padila, 2012).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, mulai tahap persiapan sampai tahap penyusunan masalah dalam penelitian (Suryono, 2013). Dalam penelitian study kasus ini menggunakan metode dekskriptif yang berarti suatu metode yang berupaya mengungkapkan keadaan yang terjadi saat ini, untuk selanjutnya dianalisis dan diinterpretasikan.

Studi kasus ini merupakan rancangan yang mencakup satu unit secara intensif misalnya satu klien atau dua klien. Meskipun jumlah subyek cenderung sedikit namun jumlah variable yang berhubungan dengan studi kasus. Rancangan pada studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan penelitian waktu. Riwayat dan perilaku mempelajari suatu kejadian mengenai perorangan (riwayat hidup). Pada metode studi kasus ini diperlukan banyak informasi guna mendapatkan bahan – bahan yang agak luas, sebelumnya biasanya dikaji secara rinci (Nursalam, 2011).

Dalam studi kasus ini dibatasi oleh waktu, tempat, serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas atau individu. Dalam studi kasus ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasikan masalah asuhan keperawatan Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah nyeri akut.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah merupakan pernyataan istilah – istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Dalam penelitian studi kasus batasan istilah adalah :

1. Asuhan keperawatan merupakan suatu hal yang tidak akan terlepas dari pekerjaan seorang perawat dalam menjalankan tugas serta kewajibannya serta peran dan fungsinya terhadap pasiennya. Dalam studi kasus ini peneliti melaksanakan asuhan keperawatan Cidera Otak Sedang (COS) yaitu suatu kerusakan pada kepala, bukan bersifat kongenital ataupun degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar, yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran yang mana menimbulkan kerusakan kemampuan kognitif dan fungsi fisik yang mengalami masalah nyeri akut dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penelitian tindakan keperawatan (evaluasi).
2. Klien adalah seorang yang menerima perawatan medis (setiap orang yang melakukan yang diperlukan secara langsung maupun tidak langsung kepada pelayanan kesehatan / konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan dokter atau perawat.
3. Cidera Otak Sedang (COS) adalah Cidera Otak Sedang (COS) biasanya juga disebut sebagai cidera kepala dikarena secara anatomi organ otak berada di dalam tulang tengkorak kepala. Cidera kepala dapat diklasifikasikan menurut tingkat kesadaran ditentukan dengan nilai GCS.

4. Nyeri akut adalah Nyeri akut adalah pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan atau berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah yang berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta partisipan pada studi kasus ini dipilih dengan menggunakan metode purposive. Metode purposive adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu studi kasus dengan menentukan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam studi kasus, dimanapun partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga pada studi kasus (Nursalam, 2013). Studi kasus ini menggunakan 2 klien dengan karakteristik keadaan klien yang mengalami cedera otak sedang (COS) dengan masalah nyeri akut.

3.4 Lokasi dan waktu penelitian

Lokasi dan waktu penelitian adalah suatu tempat atau wilayah dimana penelitian tersebut akan dilakukan lokasi studi kasus tersebut didasarkan pada:

1. Tempat banyaknya jumlah klien yang mengalami COS di ruang HCU RSUD bangil yang beralamatkan di JL. Raya Raci – Bangil, Masangan pasuruan, jawa timur.
2. Kemudahan peneliti untuk mendapatkan data untuk penelitian.

3. Waktu studi kasus ini peneliti akan melakukan penelitian mulai bulan April 2018 selama 3 hari.

3.5 Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan metode pengumpulan data berupa:

1. Wawancara: metode ini digunakan untuk melakukan anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu, riwayat penyakit keluarga dan riwayat biopsikososiospiritual dengan sumber data dari klien, keluarga, perawat dan tim medis lain.
2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik: metode dilakukan dengan pendekatan berupa inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi pada sistem tubuh pasien secara *head to toe*.
3. Studi Dokumentasi : metode ini dilakukan dengan pengambilan dokumentasi dari hasil pemeriksaan diagnostic, pemeriksaan penunjang dan data lain yang relevan berhubungan dengan data yang diperlukan dalam penelitian.

3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data hasil penelitian yang lebih menekankan pada data atau informasi dari pada sikap dan jumlah orang untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan (pengujian). Pemeriksaan didasarkan atas sejumlah criteria tertentu. Ada 4

kriteria yang digunakan yaitu derajat keperawatan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*) dan kepastian (*confirmability*). Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data / informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti instrument utama), uji keabsahan data dapat dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan atau tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas hasil yang di inginkan. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang di inginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalm studi kasus adalah 4 hari.
2. Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti mengumpulkan dan menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas dan atau informasi yang telah diperoleh responden, apabila pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

3.7 Analisa Data

Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban-jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis berupa observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi menghasilkan data selanjutnya

diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan dalam intervensi. Urutan dalam analisa data:

1) Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil wawancara, observasi dan dokumentasi. Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

2) Mereduksi Data

Data yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

3) Penyajian Data

Penyajian data dilakukan dengan table, gambar dan bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan data klien dijamin dengan memberikan inisial dari identitas klien.

4) Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis. Kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengakajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan, dan evaluasi.

3.8 Etik Penelitian

Dalam melakukan penelitian izin dari institusi untuk melakukan penelitian. Setelah mendapatkan izin barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi : informed consent (persetujuan menjadi responden), anonymity (tanpa nama), dan confidentiality (kerahasiaan) (Tri, 2015).

Dicantumkan etika yang mendasari prnyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan member lembar persetujuan menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.
2. *Anonymity* (tanpa nama) ; masalah etika penelitian yang memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian agar dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
3. *Confidentiality* (kerahasiaan) ; masalah ini merupakan masalah etika dengan member jaminan kerahasiaan hasil penelitian, hasil informasi meupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

8.1 Hasil

8.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian bertempat di RSUD Bangil Jl. Raya Raci Masangan Bangil Pasuruan. RSUD Bangil merupakan rumah sakit tipe B dengan akreditasi paripurna. Peneliti melakukan penelitian di ruang High Care Unit. Ruang High Care Unit merupakan ruang perawatan dengan perhatian khusus. Ruang High Care Unit merupakan ruangan dimana terdapat beberapa pasien yang mengalami penurunan kesadaran serta pasien yang membutuhkan monitor setiap saat. Terdapat 10 tempat tidur serta 2 tempat tambahan untuk pasien infeksius gangguan pernafasan dan 2 tempat tidur bagi pasien infeksiun umum.

8.1.2 Pengkajian

1. Identitas

Tabel 4.1 Identitas Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Sedang dengan Masalah Keperawatan Nyeri Akut di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan 2018

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. K	Sdr. A
Umur	56 Tahun	18 Tahun
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Laki-laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	Tamat SD	SMK
Pekerjaan	Karyawan Swasta	Pelajar
Alamat	Kidul Dalem Pasuruan	Tongas Probolinggo
Status Perkawinan	Kawin	Belum Kawin
Suku Bangsa	Jawa	Jawa
Tanggal MRS	10-04-2018	11-04-2018
Jam MRS	11:43	12:25
Tanggal Pengkajian	11-04-2018	11-04-2018
Jam Pengkajian	09:05	13.00
No RM	003486xx	00360xx
Diagnosa Masuk	COS	COS Susp. Fr. Temporal

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Klien Asuhan Keperawatan Klien dengan Cidera Otak Sedang dengan masalah Nyeri Akut di Ruang HCU RSUD Bangil 2018

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Pasien mengatakan pusing di kepala setelah kecelakaan	Pasien merasakan nyeri di kepala saat ditekan dan digerakan
Riwayat Penyakit Sekarang	pasien mengatakan dia ingin pergi bekerja tetapi dia mengalami kecelakaan dan tidak sadarkan. Pasien dibawa ke RSUD Bangil dan sempat dirawat di HCU karena mengalami COS. Setelah sadar Pasien mengatakan nyeri hebat pada bagian kepala dengan skala nyeri 7 disertai benjolan pada dahi kanan. Badannya lemas serta nyeri pada bagian kaki kanan.	Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kecelakaan ketika ingin berangkat sekolah. Pasien pingsan selama 1 jam dan siuman tetapi muntah 2 kali. Ketika di bawa ke RSUD Bangil pasien sadar tetapi gelisah dan lemah. Akhirnya pasien mendapat perawatan kedaruratan di IGD. Setelah siuman pasien mengatakan pusing dan nyeri pada kepala ketika digerakan. Pasien mengatakan nyeri pada bagian perut serta mual dan nyeri pada tangan akibat luka.
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga mengatakan pasien dulu pernah kecelakaan tetapi	Keluarga mengatakan pasien tidak ada riwayat penyakit

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
	tidak parah hanya luka lecet saja.	apapun dan dulu tidak pernah mengalami kecelakaan

3. Perubahan Pola Kesehatan

Table 3.4 Perubahan pola kesehatan asuhan keperawatan klien dengan COS dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Bangil 2018

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola persepsi dan pola kesehatan	Tn. K setelah sadarkan diri mengatakan tau dia kecalakaan. Tetapi dia merasakan lemas pada tubuhnya dan nyeri hebat pada kepala.	Sdr. A setelah sadarkan diri dia merasakan nyeri hebat pada kepala. Dia mengatakan bingung dan terlihat gelisah. Dia bingung dengan apa yang terjadi dengan nya. Dia tidak tau kronologi yang terjadi.
Pola nutrisi	Keluarga mengatakan Tn. K biasa nya ketika dirumah makan 3x sehari dengan menu nasi dan lauk seadanya. Ketika di RS belum makan karena masih dalam proses perawatan.	Keluarga mengatakan bahwa Sdr. A ini sulit makan ketika dirumah. Biasanya hanya makan 1x sehari. Terlihat dengan badannya yang kurus. Di RS Sdr. A belum mendapat asupan nutrisi karena merasakan nyeri pada perut dan mual serta muntah.
Pola Aktivitas dan Latihan	Keluarga mengatakan ketika di rumah aktif dalam melakukan aktivitas serta bekerja. Saat di RS Tn.K masih dalam keadaan bedrest karena mengalami nyeri hebat pada kepala dan beberapa nyeri pada area lain. Tn.K juga mengalami kelemahan pada tubuhnya serta masih terjadi penurunan kesadaran.	Keluarga mengatakan Sdr. A ketika dirumah mampu beraktivitas dengan normal tanpa bantuan. Saat di RS Sdr. A mengalami badrest total akibat nyeri pada kepala serta beberapa bagian tubuh yang lecet terdapat perdarahan pada pelipis kiri. Pasien juga mengalami kelemahan fisik, gelisah serta penurunan kesadaran.
Pola Tidur dan Istirahat	Keluarga mengatakan ketika dirumah pasien tidur kurang lebih 5 jam setiap hari dan hanya tidur pada malam hari. Di RS pasien mengalami gangguan tidur akibat nyeri hebat dikepala	Keluarga mengatakan ketika dirumah pasien tidur kurang lebih 7 jam ketika siang hari dan malam hari. Ketika di RS pasien mengalami gangguan pola tidur akibat gelisah serta nyeri pada kepala
Pola eliminasi	Keluarga mengatakan Tn. K biasanya BAB 1x sehari ketika pagi hari dan BAK dengan lancar sekitar 3-4x sehari. Di RS pasien belum BAB atau BAK sama sekali	Keluarga pasien mengatakan Sdr. A BAB secara tidak teratur ketika di rumah. Terkadang 2 hari sekali ketika BAB. Ketika di RS Sdr. A belum bak dan BAB akibat gelisah serta penurunan kesadaran

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola persepsi dan peran	Tn.K mengalami gangguan peran sebagai suami dan ayah serta sebagai tulang punggung keluarga akibat MRS	Sdr. A kehilangan peran sebagai anak serta pelajar akibat kecelakaan yang terjadi dan harus MRS. Dia bahkan masih mengalami kebingungan dan gelisah dengan keadaan yang terjadi

4. Pemeriksaan Fisik

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik asuhan keperawatan klien dengan COS dengan masalah keperawatan Nyeri Akut di RSUD Bangil 2018

Observasi	Klien 1	Klien 2
Suhu	36,5 C	37.3 C
Nadi	73x/menit regular	84x/menit irregular
Tekanan darah	130/110 mmHg	100/60 mmHg
RR	28x menit	20x/menit
SPO2	98%	98%
GCS	3-4-5	3-3-5
Kesadaran	Apatis	Apatis
Kesadaran Umum	Lemah, pusing, nyeri pada bagian kepala, terdapat luka lecet pada ekstermitas bawah , sesak nafas	Lemah, gelisah, bingung, pusing serta nyeri kepala, mual, muntah, nyeri pada perut serta nyeri pada ekstermitas akibat adanya luka abrasi.
B1(Breating)	Pasien terlihat menggunakan otot bantu nafas, peningkatan frekuensi pernafasan. Terdengar bunyi wezhing pada kedua lapang paru. Terdengar suara timpani pada lapang thorak Tidak terdapat benjolan atau massa pada Thorak	Pasien terlihat menggunakan otot bantu nafas. Terjadi peningkatan frekuensi nafas. Pola nafas dyspneu. Terdengar bunyi vaskuler pada kedua lapang paru. bunyi timpani pada lapang thorak serta tidak terdapat benjolan pada area thorak

Observasi	Klien 1	Klien 2
B2 (Blood)	Pasien tidak terlihat sianosis. Terlihat ada benjolan hematoma di dahi kanan dan berwarna kebiruan. Tersdengar bunyi s1 s2 jantung tunggal tanpa suara tambahan. Tidak terdengar bunyi redup pada jantung. Denyut nadi dalam batas normal. Tidak terdapat peningkatan vena jugularis. CTR < 3 detik	Pasien tidak terlihat pucat. Tidak terdapat sianosis pada pasien. Terdapat luka serta perdarahan pada temporal pasien. Terdengar bunyi s1 dan s2 tunggal tanpa ada tambahan bunyi s3. Tidak terdapat bunyi redup pada jantung. Tidak terjadi peningkatan denyut nadi, tidak terdapat peningkatan vena jugularis, CRT <3 detik.
B3 (Brain)	Pasien terlihat lemah, terjadi penurunan kesadaran apatis, terdapat massa pada dahi kanan. Terdapat nyeri tekan pada massa yang diakibat internal bleeding pada dahi kanan. Pasien merasakan nyeri hebat pada kepala.	Pasien terlihat lemah, gelisah, terjadi penurunan kesadaran hingga apatis. pasien terlihat menyeringai saat menggerakkan kepala. pasien tampak bingung ketika diberi pertanyaan oleh perawat. Terdapat nyeri tekan pada pelipis kiri.
B4 (Bladder)	Pasien belum miksi ketika sampai RS hingga pengkajian yang dilakukan. Tidak terdapat distensi pada kandung kemih. Tidak terdapat bunyi redup pada kandung kemih.	Pasien belum miksi ketika di RS. Terlihat dipasang kateter urine akibat pasien gelisah dan penurunan kesadaran. Tidak terdapat distensi pada kandung kemih. Tidak terdapat suara redup pada kandung kemih
B5 (Bowel)	Pasien tidak terlihat mual atau pun muntah akibat nyeri pada kepala. Bising usus 10x/menit. Tidak terdapat massa maupun asites. Terdengar bunyi timpani. Pasien belum mendapat terapi diit ketika dilakukan pengkajian.	Pasien terlihat muntah 2x. Terdengar bising usus 16x/menit. Tidak terdapat massa maupun asites. Terdengar bunyi timpani. Pasien belum BAB ketika di RS. Pasien belum mendapat terapi diit ketika di RS.
B6 (Bone)	Pasien terlihat lemah. Terdapat hematoma pada dahi kanan. Terlihat luka pada ekstermitas bawah kanan. Pasien mengalami kelemahan akibat nyeri pada kepala dan penurunan kesadaran. Nyeri tekan pada area dahi kanan. Mampu melokalisir nyeri.	Pasien terlihat lemah. Terdapat luka serta perdarahan pada pelipis kiri. Terdapat luka abrasi serta perdarahan pada ekstermitas atas kanan. Nyeri tekan pada area pelipis serta bagian ekstermitas atas kanan yang mengalami luka.

5. Pemeriksaan Penunjang Laboratorium

Table 4.5 Pemeriksaan penunjang laboratorium tes darah pada asuhan keperawatan klien dengan COS dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Bangil 2018

Jenis Pemeriksaan	Nilai Normal	Klien 1	Klien 2
Darah Lengkap			
Leukosit	3,70-10,1	6,91	16,58
Neutrofil		4,7	7,2
Limfosit		1,4	7,5
Monosit		0,5	0,9
Eosinofil		0,2	0,7
Basofil		0,0	0,3
Neutrofil	39,3-73,7	68,5	43,5
Limfosit	18,0-48,3	19,7	45,4
Monosit	4,40-12,7	6,8	5,2
Fosinofil	0,600-7,30	2,2	4,4
Basofil	0,00-1,70	0,4	1,5
Eritrosit	4,6-6,2	4,370	5,230
Hemoglobin	13,5-18,0	15,10	16,11
Hmatokrit	40-45	45,50	42,53
MCV	81,1-96,0	104,10	81,32
MCH	27,0-31,2	34,60	30,81
MCHC	31,8-35,4	33,30	37,88
RDW	11,5-14,5	13,40	9,53
PLT	155-366	226	276
MPV	6,90-10,6	6,1	8,034

6. Penatalaksanaan Medis

Table 4.6 penatalaksanaan medis pada pasien asuhan keperawatan klien dengan COS dengan masalah keperawatan nyeri akut di RSUD Bangil 2018

Klien 1	Klien 2
Infuse NaCl 20 tpm	Infuse Asering 30tpm
Injeksi antrain 1 gr IV	Injeksi antrain 3x1gr
Injeksi ondansetron IV	Injeksi piracetam 3x3gr
Injeksi ceftriaxone 1gr IV	Injeksi ranitidine 2x1 gr
Injeksi piracetam 3g IV	Injeksi ceftriaxone 2x1gr
Terapi oksigen NRBN 10 L/menit	Injeksi ARS 1amp
	Terapi oksigen 3 L/menit

8.1.3 Analisa data

Analisa Data	Klien 1	
DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif : Pasien mengatakan nyeri pada area kepala seperti tertekan benda berat dengan skala 7 Data objective : Kedaan umum lemah Kesadaran apatis GCS 3-4-5 TTV : TD 130/110 mmHg Nadi 73xmenit Suhu 36,5 C RR 28x/menit Pasien terlihat lemah Pasien terlihat menyeringai saat menggerakkan kepala Terdapat nyeri tekan pada dahi kanan Terdapat nyeri tekan dan luka pada ekstermitas bawah kanan.	Agen pencedera fisik (trauma kepala)	Nyeri akut

Analisa Data	Klien 2	
DATA	ETIOLOGI	MASALAH
Data Subjektif : Pasien mengatakan pusing dan nyeri pada kepala seperti terdapat tekana serta nyeri bertambah hebat ketika digerakan dengan skala 8 Data objective : Kedaan umum lemah dan bingung Kesadaran apatis GCS 3-3-5 TTV : TD 100/60 mmHg Nadi 84xmenit Suhu 37,3 C RR 20x/menit Pasien terlihat lemah Pasien terlihat menyeringai saat menggerakkan kepala Terdapat nyeri tekan dan perdarahan pada pelipis kiri Terdapat nyeri tekan dan luka babras pada tangan	Agen pencedera fisik	Nyeri akut

Diagnosa	NOC dan indikasi					NIC	
Klien 2 An. A: Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	NOC:					NIC :	
	1. Kontrol Nyeri					Menejemen Nyeri	
	Indikator	Indeks				1. Lakukan bina hubungan saling percaya	
		1	2	3	4	5	2. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif
	- Mengenal kapan terjadinya nyeri				√		3. Berikan edukasi mengenai nyeri dan faktor penyebab nyeri
	- Menggambarkan faktor penyebab				√		4. Ajarkan teknik non farmakologi berupa teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi
	- Menggunakan tindakan pencegahan nyeri tanpa analgesic				√		5. Kurangi faktor pencetus nyeri (misalnya, aktivitas berlebih atau gerakan)
	- Menggunakan analgesic yang direkomendasikan				√		6. Kolaborasi pemberian farmakologi berupa analgesic dengan pemantauan ketat
	2. Tanda Tanda Vital					Monitor Tanda Tanda Vital	
	Indikator	Indeks				1. Monitor tekanan darah sistolik dan diastolic	
		1	2	3	4	5	2. Monitor denyut nadi
	- Suhu tubuh					√	3. Monitor frekuensi pernafasan
	- Tingkat pernafasan					√	4. Monitor suhu bila mengalami hipotermi atau hipertermi
	- Tekanan darah sistolik					√	5. Catat hasil pemantauan tanda-tanda vital
- Tekanan darah diastolic					√		
- Tekanan nadi					√		

Implementasi Keperawatan

Klien 1 Tn. K						
Implementasi keperawatan						
Waktu	Hari ke 1	Waktu	Hari ke 2	waktu	Hari ke 3	Paraf
08.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien serta melakukan komunikasi terapiutik	08.00	Melakukan komunikasi terapiutik	08.00	Melakukan komunikasi teraupetik	
08.30	Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif tentang skala nyeri, letak nyeri, intensitas nyeri.	08.25	Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif tentang skala nyeri intensitas nyeri dan letak nyeri.	08.25	melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif tentang skala nyeri, intensitas nyeri dan letak nyeri	
08.45	Memonitor keadaan umum, kesadaran dan GCS	08.50	Memonitor keadaan umu, kesadaran serta GCS	08.50	Memonitor keadaan umum, kesadaran serta GCS	
08.50	Melakukan pemeriksaan TTV Dengan hasil : TD : 130/110 mmHg Nadi 80x/menit Suhu : 36,8 C RR : 24x/menit	09.00	Melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil : TD : 110/90 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36, 6 C RR : 24x menit	09.00	Melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil : TD : 110/90 mmHg Nadi : 84xmenit Suhu : 36,8 C RR : 20xmenit	
09.15	Memberikan edukasi pada pasien tentang penyebab nyeri dan tindakan keperawatan yang dilakukan	09.40	Menganjurkan klien melakukan terapi non farmakologis berupa teknik relaksasi	09.35	Menganjurkan klien melakuka terapi non famakologis berupa teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri	
09.30	Mengajarkan teknik non faramkologis untuk mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi berupa tarik nafas panjang dan dikeluarkan kembali	10.00	Mengajurkan pasien tetap mengurangi pergerakan yang dapat menimbulkan nyeri pada kepala	12.10	Melakukan tindakan kolaborasi medi berupa pemberian terapi famakologis untuk mengurangi nyeri : Infuse RL 20tpm Injeksi antrain 1 gr Injeksi ondacentrone 1gr Injeksi piracetame 3 gr Injeksi ceftriaxone 1gr	
10.00	Mengajarkan pasien untuk mengurangi factor pencetus nyeri dengan menganjurkan bedres dan mengurangi	12.05	Melakukan tindakan kolaborasi medi berupa pemberian terapi famakologis untuk mengurangi nyeri : Infuse RL 20tpm	13.00	Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dan tindakan kolaborasi yang dilakukan	

Waktu	Hari 1	Waktu	Hari ke 2	Waktu	Hari ke 3
	menggerakkan kepala		Injeksi antrain 1 gr Injeksi ondancentrone 1gr Injeksi piracetame 3 gr Injeksi ceftriaxone 1gr		
12.10	Berkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi farmakologis untuk antinyeri dengan dosis yang diberikan :	13.00	Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dan tindakan kolaborasi yang dilakukan		
13.00	Infuse RL 20tpm Injeksi antrain 1 gr Injeksi ondancentrone 1gr Injeksi piracetame 3 gr Injeksi ceftriaxone 1gr				
	Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan mandiri serta tindakan kolaborasi medis yang dilakukan				

Klien 2 Sdr. A						
Implementasi keperawatan						
Waktu	Hari ke 1	Waktu	Hari ke 2	waktu	Hari ke 3	Paraf
	11 April 2018		12 April 2018		13 April 2018	
14.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada klien dan keluarga klien serta melakukan komunikasi terapiutik	14.00	Melakukan komunikasi teraupituk	14.00	Melakukan komunikasi teraupetik	
14.30	Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif tentang skala nyeri, letak nyeri, intensitas nyeri.	14.25	Melakukan pengkajian nyeri secara komperhensif tentang skala nyeri intensitas nyeri dan letak nyeri.	14.25	melakukan pengakjian nyeri secara komperhensif tentang skala nyeri, intensitas nyeri dan letak nyeri	
14.45	Memonitor keadaan umum, kesadaran dan GCS	14.50	Memonitor keadaan umu, kesadaran serta GCS	14.50	Memonitor keadaan umum, kesadaran serta GCS	
14.50	Melakukan pemeriksaan TTV Dengan hasil	15.00	Melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil : TD : 110/90mmH	15.00	Melakukan pemeriksaan TTV dengan hasil :	

Waktu	Hari ke 1	Waktu	Hari ke 2	Waktu	Hari ke 2
	TD : 100/60 mmHg Nadi 76x/menit Suhu : 37C RR : 20x/menit		Nadi : 760x/menit Suhu : 36,9 C RR : 20x menit		TD : 110/90 mmHg Nadi : 76xmenit Suhu : 36,8 C RR : 20xmenit
15.15	Memberikan edukasi pada pasien tentang penyebab nyeri dan tindakan keperawatan yang dilakukan	15.40	Menganjurkan klien melakukan terapi non farmakologis berupa teknik relaksasi	15.35	Menganjurkan klien melakukan terapi non farmakologis berupa teknik relaksasi untuk mengurangi nyeri
15.30	Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri dengan teknik relaksasi berupa tarik nafas panjang dan dikeluarkan kembali	16.00	Mengajarkan pasien tetap mengurangi pergerakan yang dapat menimbulkan nyeri pada kepala	18.10	Melakukan tindakan kolaborasi medi berupa pemberian terapi farmakologis untuk mengurangi nyeri : Infuse asering 20tpm Injeksi antrain 1 gr Injeksi ondacentrone 1gr Injeksi piracetame 3 gr Injeksi ceftriaxone 1gr Injeksi ARS 1amp
16.00	Mengajarkan pasien untuk mengurangi factor pencetus nyeri dengan menganjurkan bedres dan mengurangi menggerakkan kepala	18.05	Melakukan tindakan kolaborasi medi berupa pemberian terapi farmakologis untuk mengurangi nyeri : Infuse asering 20tpm Injeksi antrain 1 gr Injeksi ondacentrone 1gr Injeksi piracetame 3 gr Injeksi ceftriaxone 1gr Injeksi ARS 1amp	19.00	Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dan tindakan kolaborasi yang dilakukan
18.10	Berkolaborasi dengan tim medis untuk pemberian terapi farmakologis untuk antinyeri dengan dosis yang diberikan : Infuse asering 20tpm Injeksi antrain 1 gr Injeksi ondacentrone 1gr Injeksi piracetame 3 gr Injeksi ceftriaxone 1gr Injeksi ARS 1amp	18.00	Melakukan dokumentasi tindakan keperawatan dan tindakan kolaborasi yang dilakukan		
19.00	Melakukan dokumentasi keperawatan mandiri dan tindakan kolaborasi medis yang dilakukan				

8.1.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi	Hari 1 11 April 2018	Hari 2 12 April 2018	Hari 3 13 April 2018
Klien 1 Tn. K	<p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri hebat di kepala dengan skala 7</p> <p>O: Keadaan umum lemah Kesadaran : apatis GCS : 3-4-5 TTV : TD : 100/60 mmHg Nadi 76x/menit Suhu : 37C RR : 20x/menit Pasien terlihat menahan nyeri Pasien terlihat menyeringai Terdapat nyeri tekan pada luka hematoma dan luka pada ekstermitas pada kaki Pasien terlihat bedrest Pasien terlihat mengurangi pergerakan</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi lanjut</p> <p>a. Obseravasi nyeri secara komperhensif b. Observasi TTV c. Observasi keadaan umum d. lakukan tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri e. lakukan tindakan kolaborasi faramakologis f. Lakukan dokumentasi</p>	<p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri hebat di kepala dengan skala 4</p> <p>O: Keadaan umum lemah Kesadaran : composmetis GCS : 4-5-6 TTV : TTV dengan hasil : TD : 110/90 mmHg Nadi : 80x/menit Suhu : 36, 6 C RR : 24x menit Pasien terlihat menahan nyeri Pasien terlihat menyeringai Terdapat nyeri tekan pada luka hematoma dan luka pada ekstermitas pada kaki Pasien terlihat bedrest Pasien terlihat mengurangi pergerakan</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi lanjut</p> <p>g. Obseravasi nyeri secara komperhensif h. Observasi TTV i. Observasi keadaan umum j. lakukan tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri k. lakukan tindakan kolaborasi faramakologis Lakukan dokumentasi</p>	<p>S : pasien mengatakan sudah tidak merasa nyeri pada kepala</p> <p>O: Keadaan umum lemah Kesadaran : composmetis GCS : 4-5-6 TTV : TD : 110/90 mmHg Nadi : 84xmenit Suhu : 36,8 C RR : 20xmenit Pasien terlihat menahan nyeri Pasien terlihat menyeringai Terdapat nyeri tekan pada luka hematoma dan luka pada ekstermitas pada kaki Pasien terlihat bedrest Pasien terlihat mengurangi pergerakan</p> <p>A: Masalah teratasi P: pasien KRS</p>

Evaluasi	Hari 1 11 April 2018	Hari 2 12 April 2018	Hari 3 13 April 2018
Klien 2 Sdr. A	<p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri hebat di kepala dengan skala 8</p> <p>O:</p> <p>Keadaan umum lemah</p> <p>Kesadaran : apatis</p> <p>GCS : 3-3-5</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 100/60 mmHg</p> <p>Nadi 76x/menit</p> <p>Suhu : 37C</p> <p>RR : 20x/menit</p> <p>Pasien terlihat menahan nyeri</p> <p>Pasien terlihat menyeringai</p> <p>Terdapat nyeri tekan pada luka di pelipis dan luka pada ekstermitas pada tangan</p> <p>Pasien terlihat bedrest</p> <p>Pasien terlihat mengurangi pergerakan</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi lanjut</p> <p>a. Obseravasi nyeri secara komperhensif</p> <p>b. Observasi TTV</p> <p>c. Observasi keadaan umum</p> <p>d. lakukan tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>e. lakukan tindakan kolaborasi faramakologis</p> <p>f. Lakukan dokumentasi</p>	<p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri hebat di kepala dengan skala 7</p> <p>O:</p> <p>Keadaan umum lemah</p> <p>Kesadaran : composmetis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 110/90mmHg</p> <p>Nadi : 760x/menit</p> <p>Suhu : 36, 9 C</p> <p>RR : 20x menit</p> <p>Pasien terlihat menahan nyeri</p> <p>Pasien terlihat menyeringai</p> <p>Terdapat nyeri tekan pada luka di pelipis dan luka pada ekstermitas pada tangan</p> <p>Pasien terlihat bedrest</p> <p>Pasien terlihat mengurangi pergerakan</p> <p>A:</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P: intervensi lanjut</p> <p>a. Obseravasi nyeri secara komperhensif</p> <p>b. Observasi TTV</p> <p>c. Observasi keadaan umum</p> <p>d. lakukan tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>e. lakukan tindakan kolaborasi faramakologis</p> <p>f. Lakukan dokumentasi</p>	<p>S : pasien mengatakan masih merasakan nyeri di kepala dengan skala 5</p> <p>O:</p> <p>Keadaan umum lemah</p> <p>Kesadaran : composmetis</p> <p>GCS : 4-5-6</p> <p>TTV :</p> <p>TD : 110/90 mmHg</p> <p>Nadi : 76xmenit</p> <p>Suhu : 36,8 C</p> <p>RR : 20xmenit</p> <p>Pasien terlihat menahan nyeri</p> <p>Pasien terlihat menyeringai</p> <p>Terdapat nyeri tekan pada luka di pelipis dan luka pada ekstermitas pada tangan</p> <p>Pasien terlihat bedrest</p> <p>Pasien terlihat mengurangi pergerakan</p> <p>A:</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: intervensi lanjut</p> <p>a. Obseravasi nyeri secara komperhensif</p> <p>b. Observasi TTV</p> <p>c. Observasi keadaan umum</p> <p>d. lakukan tindakan non farmakologi untuk mengurangi nyeri</p> <p>e. lakukan tindakan kolaborasi faramakologis</p> <p>f. Lakukan dokumentasi</p>

8.2 Pembahasan

Pada pembahasan ini penulis menguraikan beberapa perbedaan yang terjadi, antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori dalam “Asuhan Keperawatan Klien dengan Cidera Otak Sedang dengan Masalah Nyeri Akut” di Ruang HCU RSUD Bangil. Selain itu penulis akan membahas tentang pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

8.2.1 Pengkajian

1. Data Subjektif

Data subjektif pada tinjauan kasus cedera otak sedang dengan masalah keperawatan nyeri akut dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan, baik klien 1 dan klien 2 didapatkan sama-sama mengatakan nyeri hebat pada kepala. Akan tetapi letak nyeri berbeda dan klien 2 mengalami nyeri lebih hebat dari pada klien 1.

Menurut Andra & Yessie (2012) pasien dengan cedera otak sedang mengeluhkan nyeri hebat pada kepala yang diakibatkan karena terputusnya kontinuitas tulang atau jaringan. Nyeri hebat juga dirasakan akibat peningkatan tekanan intra kranial.

Menurut penulis nyeri hebat yang dirasakan klien 1 diakibatkan benturan saat terjadinya trauma dan adanya hematoma pada dahi kanan menyebabkan rasa nyeri serta pusing. Pada klien 2 menurut penulis nyeri hebat pada klien disebabkan karena adanya terputusnya jaringan tulang yaitu berupa fraktur pada temporalis sehingga menyebabkan sensasi nyeri hebat.

2. Data objektif

Data objektif dari pengkajian 2 klien dengan nyeri akut menunjukkan perbedaan berupa nilai GCS yang tidak sama tetapi dengan status kesadaran yang sama berupa apatis. Klien 2 menunjukkan ekspresi nyeri lebih hebat dibandingkan klien 1. Klien 2 mengalami kebingungan serta gelisah. Klien 1 mengalami internal bleeding sedangkan klien 2 mengalami fraktur serta terlihat luka robek di pelipis.

Menurut penulis klien 2 mengalami nyeri hebat lebih dari klien 1 terlihat dari ekspresi yang ditunjukkan. Pada klien 1 nyeri yang dirasakan dengan skala nyeri 7. Hasil pemeriksaan TTV menunjukkan TD 130/110 mmHg, nadi 73x/menit, suhu 36, 5 C, dan RR 28x/menit. Pasien terlihat menyeringai saat menggerakkan kepala. Pada klien 2 nyeri yang dirasakan dengan skala nyeri 8 dan nilai GCS lebih rendah dibanding klien 1. Hasil TTV menunjukkan TD 100/60 mmHg, nadi 84x/menit, suhu 37, 3 C dan RR 20x/menit. Klien 2 terlihat menyeringai saat menggerakkan kepala. Terdapat nyeri tekan pada luka di bagian pelipis.

Menurut Andra & Yessie (2012) terjadinya nyeri hebat pada kepala pada klien dengan cedera otak sedang diakibatkan karena adanya trauma benda tumpul akibat benturan yang terjadi. Terputusnya jaringan atau fragmen tulang mengakibatkan nyeri dan dapat menyebabkan peningkatan tekanan intra cranial. Sehingga

beberapa pasien dengan cedera otak sedang mengalami penurunan kesadaran.

8.2.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan 2 menunjukkan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik berupa trauma kepala.

Menurut Andra & Yessie (2012) diagnosa keperawatan yang diambil berupa nyeri akut. Diagnose diambil sesuai data subjektif dan data objektif yang didapat dari pemeriksaan fisik dan sesuai dengan batasan karakteristik yang ada.

Menurut peneliti nyeri akut pada klien 1 dan klien 2 diakibatkan karena adanya trauma yang cukup keras pada kepala dan terputusnya jaringan serta fragmen pada tulang.

8.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada Tn. K dan Sdr. A dengan diagnose keperawatan nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu sama. Intervensi yang digunakan berupa NOC : 1. Kontrol nyeri, 2. Tanda-tanda vital dan NIC : 1. Manajemen nyeri, 2. Monitor tanda-tanda vital.

Menurut peneliti perencanaan keperawatan pada klien 1 dan klien 2 meliputi kelengkapan data serta data penunjang lainnya dan dilakukan menurut dengan kondisi klien. Sehingga peneliti tidak menemukan adanya kesenjangan antara teori dengan kasus dilahan praktik.

8.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan pemberian terapi medis berupa farmakologi yang didapat oleh klien karena keadaan umum yang berbeda.

Menurut peneliti kedua klien mampu mengikuti instruksi peneliti dalam melakukan implementasi yang dilaksanakan sesuai intervensi keperawatan yang dibuat. Klien 1 lebih kooperatif dalam mengikuti interuksi yang diberikan sehingga klien 1 lebih cepat mempraktikkan cara mengurangi nyeri. Sedangkan klien 2 tidak mengikuti interuksi peneliti dengan tepat sehingga klien tetap merasa cemas dan merasa nyeri hebat pada kepala.

Menurut Wijaya & Putri (2013) pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan asuhan keperawatan dalam pengumpulan data, dan melaksanakan advis tenaga medis lain sesuai dengan kondisi klien.

8.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dari evaluasi keperawatan selama 3 hari didapat, pada klien 1 menunjukkan penurunan rasa nyeri yang signifikan sehingga dalam waktu 3 hari klien 1 dinyatakan sembuh dan dapat pulang kerumah untuk penyembuhan dirumah. Sedangkan klien 2 selama dialukan tindakan keperawatan selama 3 hari belum menunjukkan hasil sesuai rencana yang dibuat. Pasien masih merasakan nyeri pada kepala,

sehingga klien 2 belum bisa pulang dari rumah sakit tetapi sudah menunjukkan penurunan skala nyeri.

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan klien yang mengalami cedera otak sedang pada TN. K dan Sdr. A dengan masalah keperawatan nyeri akut di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami cedera otak sedang pada klien Tn.K dan Sdr. A dengan data subjektif yang dilakukan melalui wawancara dan observasi didapat data berupa pasien mengeluhkan pusing serta nyeri hebat pada kepala, pasien terlihat lemah dan sama- sama terjadi penurunan kesadaran apatis tetapi memiliki skala nyeri yang berbeda.
2. Pada Tn. K dan Sdr. A sama- sama mendapat diagnose keperawatan berupa nyeri akut yang diakibatkan trauma serta fraktur pada tulang tengkorak akibat trauma yang mengakibatkan cedera otak sedang yang ditandai dengan, ekspresi menyeringai, nyeri meningkat ketika aktifitas, adanya nyeri tekan pada bagian luka.
3. Dalam intervensi yang dilakukan pada Tn. K dan Sdr. A dengan masalah keperawatan nyeri akut meliputi tindakan berupa manajemen nyeri serta memonitor tanda-tanda vital yang dilakukan melalui tindakan keperawatan mandiri ataupun tindakan kolaborasi dengan tim medis lainnya.
4. Implementasi yang dilakukan pada Tn.K dan Sdr. A yang mengalami cedera otak sedang dengan masalah keperawatan nyeri akut dilakukan secara

menyeluruh dan tindakan keperawatan dilakukan sesuai dengan intervensi keperawatan yang sudah dibuat. Jenis tindakan keperawatan yang dilakukan berupa tindakan mandiri perawat serta tindakan kolaborasi dengan tim medis lainnya. Tindakan yang dilakukan sesuai dengan keadaan serta kemampuan pasien. Seluruh tindakan yang dilakukan sudah mendapat persetujuan dari pasien maupun keluarga pasien. Implementasi dilakukan selama 3 hari rawat, dengan hasil sesuai dengan kondisi pasien yang membaik ataupun tanpa perubahan.

5. Evaluasi klien yang mengalami cedera otak sedang dengan masalah keperawatan nyeri akut, catatan perkembangan pada Tn. K mengalami peningkatan yang signifikan dan dengan hasil akhir evaluasi berupa pulang dari RS Karena nyeri yang dirasakan sudah hilang. Sedangkan pada Sdr. A tidak menunjukkan hasil yang signifikan, bahkan ketika perawatan selama 3 hari menunjukan hasil akhir masalah hanya teratasi sebagian karena pasien masih mengeluhkan nyeri pada kepala akibat adanya fraktur pada temporal.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan yang dibuat maka penulis menyampaikan saran sebagai berikut :

1. Bagi Perawat

Penelitian ini efektif digunakan jika pasien kooperatif terhadap penggunaan teknik manajemen nyeri untuk pasien dengan nyeri akut. Sehingga dapat menurunkan tingkat nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Penelitian ini dapat dijadikan referensi dalam pemberian asuhan keperawatan dengan masalah nyeri akut.

2. Bagi Penulis Selanjutnya

Diharapkan penulis selanjutnya dapat mengembangkan teknik yang digunakan dalam manajemen nyeri. Sehingga teknik yang digunakan semakin beragam dan lebih efektif untuk mengurangi nyeri akut. Semoga penelitian ini dapat dijadikan referensi bagi penulis selanjutnya untuk mengembangkan ilmu keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Bajamal, Abdul Hafid, dkk. 2014. *Pedoman Tatalaksana Cedera Otak*. Surabaya: Tim Nuerotrauma RSUD dr. Soetomo FK Universitas Airlangga Surabaya.
- Gloria, dkk. 2013. *Nursing Interventions Classification Edisi Bahasa Indonesia*. Jakarta : CV. Mocomedia
- ICME STIKes. 2017. *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah: Studi Kasus Program D-III Keperawatan*. Jombang: STIKes ICME Jombang.
- Sue, Moorhead, dkk. 2013. *Nursing Outcomes Classification Edisis Bahasa Indonesia*. Jakarta : CV. Mocomedia
- Nur Rohman, dr. 2016. *Perubahan Kadar Protein S100 β Pada Pasien Cidera Otak Sedang (COS)Selama Perawatan*. Tesis Program Pendidikan Dokter Spesialis-I Program Studi Ilmu Bedah. Fakultas Kedokteran Universitas Sebelas Maret RSUD dr. Moewardi Surakarta.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis, Edisi 3*. Jakarta: Salemba Medika.
- Padila. 2012. *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Saferi, andra & Putri, Mariza Yessie. 2013. *Keperawatan Medikal Bedah Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta: Nuha Medika
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2017. *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta: DPP PPNI.
- Yudianta, dkk. 2015. *Assesment Nyeri*. Departemen Neurologi Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta Indonesia. Vol. 42. No. 3.

Lampiran 2**PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Nama : Yoga Suropto

NIM : 151210035

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cedera Kepala Sedang Dengan

Nyeri a Akut Di RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/I untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidak nyamanan bagi klien, maka peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, April 2018

Peneliti

(Yoga Suropto)

Lampiran 4**PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang akan saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidak nyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela tanpa ada unsure pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Pasuruan, April 2018

Responden

()



Lampiran 4

PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :
MRS tanggal : No. RM :
Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :
Usia : Nama :
Jenis kelamin :
Suku : rga :
Agama :
Pendidikan :
Alamat :

B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya, jenis : tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis : tidak
3. Riwayat Operasi ya, jenis : tidak

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

ya : tidak
jelaskan :

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
Makanan Frekuensix/hrJenis..... Diit PantanganAlergi makanan yang disukai Minum Frekuensi..... x/hari Jenis..... Alergi		
Eliminasi BAB Frekuensix/hari warna konsistensi BAK FrekuensiX/Hari Warna		

Alat bantu		
KebersihanDiri Mandi.....X/hari Keramasx/hari Sikat GigiX/Hari Memotong Kuku..... Ganti Pakaian Toileting		
Istirahat/Tidur Tidur siang.....jam Tidur Malamjam Kebiasaan Merokok/Jamu		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

S : °C N : x/mnt TD : mmHg
 RR : x/mnt

Masalah Keperawatan :

2. Sistem Pernafasan (B₁)

a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung ada tidak
 Septumnasi simetris tidak simetris
 Lain-lain

Masalah Keperawatan :

b. Bentuk dada simetris asimetris barrel chest

Frekuensi :x/hari jumlah:..... jenis :

7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B₆)

- a. Pergerakan sendi bebas terbatas
- b. Kelainan ekstremitas ya tidak
- c. Kelainan tl. Belakang ya tidak
- d. Fraktur ya tidak
- e. Traksi/spalk/gips ya tidak
- f. Kompartemen sindrom ya tidak
- g. Kulit Ikterik Sianosis kemerahan hiperpigmentasi
- h. Akral hangat panas dingin kering basah
- i. Turgor baik kurang jelek
- j. Luka : jenis : luas : bersih kotor Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 Cobaan Tuhan hukuman lainnya

Masalah Keperawatan :

2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya
 murung gelisah tegang marah/menangis
3. Reaksi saat interaksi kooperatif tak kooperatif curiga
4. Gangguan konsep diri ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

Kebiasaan beribadah sering kadang-kadang tidak pernah

Lain-lain :

I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

J. TERAPI

.....,
 Mahasiswa,

(.....)

ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM:

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		SESUAI DENGAN NANDA 2014

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

IntervensiKeperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & criteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional

ImplementasiKeperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasikeperawatan	Paraf

EvaluasiKeperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S : O : A : P :	

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATANSTKES ICME JOMBANG
RUANG RSUD JOMBANG**

DICHARGE PLANNING	No. Reg : Nama : JenisKelamin : Alamat :
	Tanggal MRS: Tanggal KRS:
Tanggal/TempatKontrol :	
Dipulangkandari RSUD JOMBANG dengankeadaan : <input type="checkbox"/> SembuhPulangpaksa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pindah RS lain <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Meneruskandenganobatjalan	
Aturan Diet :	
Obat-obatan yang masihdiminumdanjumlahnya :	
Cara perawatanluka di rumah :	
AktivitasdanIstirahat :	
Lain-lain :	
Yang di bawapulang (Hasil Lab, Foto, ECG) : <input type="checkbox"/> Lablembar EKG <input type="checkbox"/>lembar <input type="checkbox"/> Foto..... lembar <input type="checkbox"/> CT Scanlembar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> USGlembar lain-lainlemb	
Sayaselakukeluargamenyatakantelahmendapatpenyuluhanhal-haltersebut di atasolehmahasiswa D3 KEPERAWATAN STIKES ICME dantelahmengerti. <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p align="center">Pasien/Keluarga</p> <p align="center">(.....)</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p align="right">Jombang , 20...</p> <p align="center">Perawat</p> <p align="center">(.....)</p> </div> </div>	

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

NAMA : YOGA SURIPTO
NIM : 151210035
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK SEDANG (COS) DENGAN MASALAH NYERI AKUT
PEMBIMBING 1 :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	2-2-18	bab III → acc Lampiran	
	4-2-18	nyeri akut	
	15-2-18	bab 10 → Rumeni Lampiran bab	
	15-2-18	bab 10 → acc bab 4 → Rumeni	
	10-3-18	bab 9 → Rumeni	
	20-3-18	bab 9 → acc Lampiran	
	2-4-18	nyeri akut	

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

NAMA : YOGA SURIPTO
NIM : 151210035
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK SEDANG (COS) DENGAN MASALAH NYERI AKUT
PEMBIMBING 2 :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	4-12-17	perencanaan asuhan keperawatan	
	10-12-17	kebutuhan 1 -> rencana	
	20-12-17	kebutuhan 2 -> asuhan keperawatan (asuhan keperawatan)	
	28-12-17	kebutuhan 3 -> asuhan	
	2-1-18	kebutuhan 4 -> rencana asuhan	
	10-1-18	kebutuhan 5 -> asuhan	
	14-1-18	evaluasi asuhan	

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

NAMA : YOGA SURIPTO
NIM : 151210035
JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK SEDANG (COS) DENGAN MASALAH NYERI AKUT
PEMBIMBING 2 :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	22-2-18	sub 10. → nyeri puncuk kanan ?!	
	15-2-18	sub 10. → a/c	
	25-2-18	sub 11. → nyeri	
	7-3-18	sub 11. → nyeri kiri pusing	
	15-3-18	sub 11. → a/c	
	25-3-18	D- pusing + nyeri	
	4-4-18	nyeri kanan	

LEMBAR KONSULTASI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

NAMA : YOGA SURIPTO

NIM : 151210035

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA
 OTAK SEDANG (COS) DENGAN MASALAH NYERI AKUT

PEMBIMBING 1 :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
1.	5-12-17	masalah → nyeri	
	15-12-17	masalah → nyeri	
	25-12-17	bab 1 → nyeri	
	1-1-18	bab 1 → as	
	5-1-18	bab 1 → nyeri	
	10-1-18	bab 1 → as	
	25-1-18	bab 1 → nyeri	