

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

(Di Ruang MELATI RSUD Bangil Pasuruan)



Oleh:

YUSUF PRASETYO ALAM

171210038

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2020**

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

(Di Ruang MELATI RSUD Bangil Pasuruan)

KTI : STUDI KASUS

Diajukan sebagai salah satu syarat mendapatkan gelar Ahli Madya Keperawatan (A.Md.Kep) Pada Program Study Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia medika Jombang

OLEH:

YUSUF PRASETYO ALAM

171210038

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2020**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Yusuf Prasetyo Alam
NIM : 171210038
Tempat tanggal lahir : Mojokerto, 27 Desember 1997
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul karya tulis ilmiah : Asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang MELATI RSUD Bangil Pasuruan

Menyatakan bahwa karya tulis ilmiah 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 telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 05 Februari 2020

Peneliti

Yusuf Prasetyo Alam

LEMBAR PERSETUJUAN

Proposal karya tulis ilmiah diajukan oleh :

Nama : Yusuf Prasetyo Alam
 NIM : 171210038
 Program studi : DIII Keperawatan
 Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
 Judul karya tulis ilmiah : Asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan ketidakefektifan nyri akut di Ruang MELATI RSUD Bangil Pasuruan

Telah diperiksa dan disetujui isi serta susunannya sehingga dapat diajukan dalam ujian Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Sekolah Tinggi Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang

Menyetujui,

Komisi pembimbing

Pembimbing Utama

Pembimbing Anggota



H. Imam Fatoni, S.Km, MM
 NIK. 03.04.022



Afif Hidayatul Arham, S.Kep.,Ns.,M.Kep
 NIK. 01.11.439

Mengetahui,

Ketua
 Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika

Ketua Program Studi Diploma III Keperawatan



H. Imam Fatoni, S.Km, MM
 NIK : 03.04.022



Maharani, S.Kep.,Ns.MM
 NIK. 03.04.028

LEMBAR PENGESAHAN

Proposal Karya tulis ilmiah ini telah diajukan oleh :

Nama : Yusuf Prasetyo Alam
NIM : 171210038
Program studi : DIII Keperawatan
Institusi : STIKes Insan Cendekia Medika Jombang
Judul karya tulis ilmiah : Asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang MELATI RSUD Bangil Pasuruan

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan dewan penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada

Program Studi Diploma III keperawatan

Komisi Dewan Penguji,

Panitia Penguji.

1. Penguji Utama : Maharani Tri P., S.Kep.,Ns.MM ()
2. Penguji Anggota1 : H.Imam Fatoni, S.Km, MM ()
3. Penguji Anggota2 : Afif Hidayatul Arham, S.Kep.,Ns.,M.Kep ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada Tanggal : Februari 2020

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di kota Mojokerto.dari keluarga ayah M.Yunus dan Ibu Dani Setyo Susanti. Penulis merupakan anak pertama.

Tahun 2006 penulis lulus dari TK Dharma Wanita Meri, tahun 2011 penulis lulus dari SDN Meri Dua, tahun 2014 penulis lulus dari SMPN Delapan Mojokerto dan tahun 2016 penulis lulus dari SMK Kesehatan Bhakti Indonesia Medika,tahun 2017 penulis lulus seleksi masuk STIKes "Insan Cendekia Medika" Jombang melalui Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKes "ICME" Jombang. jalur PMDK gelombang 1. Penulis memilih program Studi D3

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang,05 Februari 2020

Penulis

Yusuf Prasetyo Alam

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT atas segala karunia-NYA sehingga Karya Tulis Ilmiah dengan judul "Asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan nyeri akut di Ruang MELATI RSUD Bangil Pasuruan" ini dapat selesai tepat pada waktunya.

Penyusunan karya tulis ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terimakasih kepada H. Imam Fatoni, SKM., MM selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang yang telah memberikan sarana prasarana. Maharani Tri Puspita.,S.Kep.Ns.,MM, selaku Kaprodi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Imam Fatoni, S.Km, MM. selaku pembimbing utama yang telah banyak memberi pengarahan, motivasi dan masukan dalam penyusunan proposal ini. Afif Hidayatul Arham, S.Kep.,Ns.,M.Kep selaku pembimbing anggota yang telah banyak memberi motivasi, pengarahan dan ketelitian dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini.

Ungkapan terimakasih juga disampaikan kepada kedua orang tuaku yang selalu memberi do'a, dukungan dan semangat tiada henti dan selalu memberi dukungan baik moral maupun material dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini. Serta teman-teman D3 Keperawatan yang aku sayangi sudah menjadi teman yang

luar biasa selama tiga tahun ini yang selalu membantu baik secara langsung maupun tidak langsung memberikan saran dan dorongan sehingga terselesaikannya karya tulis ilmiah ini.

Semoga Allah SWT memberikan rahmat-Nya dan semua pihak yang telah memberikan kesempatan, dukungan dan bantuan menyelesaikan karya tulis ilmiah ini. Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini masih jauh dari sempurna, mengingat keterbatasan kemampuan penulis, namun peneliti berusaha semaksimal mungkin sesuai dengan kemampuan, maka dengan segala kerendahan hati penulis mengharap saran dan kritik yang membangun demi kesempurnaan karya tulis ilmiah ini, penulis berharap karya tulis ilmiah ini dapat bermanfaat bagi profesi keperawatan amin.

Jombang, 05 Februari 2020

Penulis

Yusuf Prasetyo Alam

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK SEDANG DENGAN MASALAH NYERI AKUT DI RUANG HCU RSUD BANGIL PASURUAN

**Oleh :
Yusuf Prasetyo**

Cedera otak merupakan penyebab kecacatan dan kematian yang cukup tinggi dalam neurologi yang menjadi masalah kesehatan, penderitanya sebagian besar orang muda, sehat dan penyebab terbanyak terjadinya cedera otak adalah benturan atau kecelakaan. Cedera otak di bagi 3 yaitu: ringan, sedang, berat tergantung tingkat kesadaran. Tujuan penelitian ini mampu Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut.

Desain penelitian ini menggunakan metode studi kasus, pada 2 cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut. Pengumpulan data dengan cara wawancara, observasi dan pemeriksaan fisik. Analisa data dengan cara pengumpulan data, pengkajian data dan kesimpulan Etik penelitian: surat persetujuan, tanpa nama, kerahasiaan.

Hasil penelitian klien 1 mengatakan pusing nyeri kepala skala 6 kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 tensi darah 90/70 mmHg luka pada kepala lebar 1 cm dan hidung, tangan kiri patah tulang, perdarahan telinga. Sedangkan klien 2 mengatakan pusing berputar nyeri kepala skala 5 luka kepala lebar 1,5 cm dan patah kaki kanan kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 tensi darah 90/80 mmHg.

Kesimpulan bagi klien dan keluarga diharapkan paham cara perawat klien cedera otak sedang sehingga mempermudah saat perawatan lanjutan di rumah saat klien sudah diperbolehkan pulang dan bagi perawat diharapkan dapat merawat klien cedera otak sedang secara optimal dengan melakukan pengkajian yang detail sehingga mempercepat proses kesembuhan klien.

Kata kunci: Cedera Otak Sedang, Nyeri Akut.

ABSTRACT**NURSING CARE IN CLIENTS OF BRAIN INJURY WITH ACUTE PAIN
PROBLEMS IN THE HCU SPACE GENERAL HOSPITAL
BANGIL PASURUHAN AREA**

**By:
Yusuf Prasetyo**

Brain injury is a cause of disability and death which is quite high in neurology which is a health problem, most sufferers are young, healthy and the most common cause of brain injury is a collision or accident. Brain injury is divided into 3, namely: mild, moderate, severe depending on the level of awareness. The purpose of this study is able to carry out nursing care for clients with moderate brain injury with acute pain problems.

The design of this study uses the case study method, in 2 moderate brain injuries with acute pain problems. Data collection by interview, observation and physical examination. Data analysis by collecting data, reviewing data and conclusions Research ethics: approval letter, anonymous, confidentiality.

Client 1 research results said dizziness headache scale 6 awareness: GCS composmentis 4-5-6 blood pressure 90/70 mmHg head 1 cm wide wound and nose, left hand fracture, ear bleeding. Whereas client 2 said puisng rotating headache on a scale of 5 head injuries 1.5 cm wide and right leg fracture awareness: GCS composmentis 4-5-6 blood pressure 90/80 mmHg.

Conclusions for clients and families are expected to understand how the nurse of a moderate brain injury client makes it easier for further treatment at home when the client is allowed to go home and for nurses are expected to be able to treat the client's brain injury optimally by conducting a detailed assessment so as to speed up the client's recovery process.

Keywords: Moderate Brain Injury, Acute Pain.

MOTTO dan PERSEMBAHAN

MOTTO

“Jalani, lakukan yang terbaik dan jangan sesali hasilnya.”

PERSEMBAHAN

Untuk semesta

Terima kasih sudah bersahabat denganku

Terima kasih sudah mengamini setiap harapanku

Untuk semua sistem pendukung

Terima kasih telah kau sabar, setia, dan tak kenal lelah

Tetap temani hingga toga aku pakai

Untukmu Ibu dan Bapak

Maaf aku belum bisa menjadi

Anak yang terbaik untuk kalian

Dan

Terima kasih atas segala doa yang sudah engkau panjatkan

Terima kasih rela bangun memecah heningnya malam

Untuk aku

Untuk mendo'akanku

Terima kasih atas segalanya

Terima kasih sudah menjadi orang tua terbaik di dunia

TERIMAKASIH

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL LUAR	i
HALAMAN SAMPUL DALAM	ii
LEMBAR SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
DAFTAR SINGKATAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.5 Manfaat Penelitian	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dasar Cedera Otak Sedang	6
2.2 Konsep Dasar Nyeri Akut	12
2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan	19
BAB 3 METODE PENELITIAN	
3.1 Desain Penelitian	26
3.2 Batasan Istilah	26
3.3 Partisipan	26
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	26
3.5 Pengumpulan Data	27
3.6 Uji Keabsahan Data	27
3.7 Analisa Data	28
3.8 Etik Penelitian	29
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 2.1 Intervensi keperawatan	24

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Pathway	11

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 Jadwal Kegiatan	32
Lampiran 2 Permohonan Responden	33
Lampiran 3 Persetujuan Responden	34
Lampiran 4 Form Pengkajian	35
Lampiran 5 Lembar Konsultasi	104

DAFTAR SINGKATAN

Lambang

1. % : Persentase
2. ⁰ : Derajat
3. / : Atau
4. & : Dan
5. > : Lebih dari

Singkatan

1. STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
 2. ICMe : Insan Cendekia Medika
 3. WHO : *World Health Organization*
 4. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
 5. DINKES : Dinas Kesehatan
 6. NIC : Nursing Interventions Classification
 7. NOC : Nursing Outcomes Classifications
 8. GCS : *Glasgow Coma Scale*
 9. COS : Cedera otak sedang
 10. DEPKES : Departemen kesehatan
 11. RI : Republik Indonesia
 12. O₂ : Oksigen
 13. TIK : Tekanan intra kranial
 14. CT scan : Computerized Tomography Scan
 15. CBF : Cerebral blood flow
 16. EEG : Elektroensefalografi
 17. X-Ray : Rongsen
 18. EKG : Elektrokardiogram
- NGT : Nasogastrik tube

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera otak merupakan penyebab kecacatan dan kematian yang cukup tinggi dalam neurologi yang menjadi masalah kesehatan penyebab terbanyak terjadinya cedera otak adalah benturan atau kecelakaan. Cedera otak di bagi 3 yaitu: ringan, sedang, berat tergantung tingkat kesadaran (Pretyana D. A, 2017). Cedera otak dapat diukur keparahannya yakni dengan mengukur tingkat kesadaran menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) (Suripto Y, 2018). Cedera otak sedang didefinisikan dengan adanya GCS 9-12 dimana pasien mengeluh nyeri, serta terdapat abrasi dan hematoma (Rosani P, 2018). Nyeri akut yang muncul pada pasien cedera otak sedang pada bagian kepala akibat adanya tekanan intra kranial yang disebabkan oleh hematoma pada bagian otak dan fraktur pada tulang tengkorak (Rosani P, 2018).

Sebagai negara maju, di Eropa dan Amerika Serikat sekitar 1–1,5 juta jiwa mengalami cedera kepala tiap tahunnya. Sementara itu sebagai negara berkembang, Indonesia memiliki jumlah insiden cedera kepala relatif tinggi yaitu sebesar 19,6% (Verra Apriawanti *el at*, 2019). Di Jawa Timur mencapai angka 619 cedera kepala pertahun (DINKES JATIM, 2019). Berdasarkan studi kasus tanggal 25 Februari 2020 di RSUD Bangil Pasuruhan pasien cedera kepala akibat kecelakaan tahun 2019 mencapai 274 pasien (RM RSUD Bangil, 2020).

Cedera kepala sedang dimulai dengan adanya kelainan struktural atau fisiologis pada fungsi otak oleh faktor eksternal yang diindikasikan sebagai onset baru atau perburukan dari satu atau lebih gejala klinis meliputi kehilangan kesadaran, kehilangan memori tepat setelah terjadinya trauma. Pasien cedera kepala sedang masih mampu menuruti perintah sederhana, namun tampak bingung dan mengantuk, biasanya ditandai dengan 30 menit awal pasien mengalami penurunan kesadaran dan amnesia. Setelah kembali ke kesadaran yang composmetis pada tahap inilah pasien dengan cedera otak sedang akan merasakan nyeri akut yang timbul mendadak pada bagian kepala akibat tekanan intra kranial yang disebabkan oleh hematoma pada bagian otak dan fraktur pada tulang tengkorak (Rosani P, 2018). Setelah terjadinya trauma dapat juga mengakibatkan kelainan status mental (kebingungan, disorientasi, dan pemikiran lambat), defisit neurologis (kelemahan, kehilangan keseimbangan, perubahan penglihatan, praxis, paresis atau plegia, kelainan sensoris dan afasia (Clarinta, 2016).

Cedera kepala sedang didefinisikan dengan adanya GCS 13-15 dimana pasien tidak kehilangan kesadaran, mengeluh pusing dan nyeri akut, serta terdapat abrasi dan hematoma (Rosani P, 2018). Nyeri merupakan sensasi ketidaknyamanan yang bersifat individual. Nyeri tidak lagi dipandang sebagai kondisi alami dari cedera atau trauma yang akan berkurang secara bertahap seiring waktu, karena nyeri yang tak mereda dapat menyebabkan komplikasi, peningkatan lama rawat inap di rumah sakit dan distress (Rosani P, 2018).

Perawat mempunyai peran penting dalam pemberian pereda nyeri yang adekuat. Nyeri dapat diatasi dengan melakukan berbagai alternatif, baik secara farmakologis maupun non farmakologis. Secara farmakologis dapat diatasi dengan menggunakan obat-obatan analgesik. Sedangkan penatalaksanaan non farmakologis terhadap nyeri dapat dilakukan dengan tindakan manajemen nyeri di antaranya teknik relaksasi mencakup latihan pernafasan diafragma, imajinasi terbimbing. Pelatihan relaksasi biasanya dilakukan pada jangka waktu terbatas dan tidak memiliki efek samping . Teknik imajinasi terbimbing adalah proses menggunakan kekuatan pikiran untuk mengarahkan tubuh untuk menyembuhkan diri, memelihara kesehatan maupun relaksasi melalui komunikasi dalam tubuh yang melibatkan semua indera penjelasan sederhanannya menggunakan imajinasi dengan sengaja untuk memperoleh relaksasi atau menjauhkan dari sensasi yang tidak diinginkan. Perasaan rileks akan diteruskan ke hipotalamus merangsang kelenjar pituitary yang menghasilkan *endorphin* sebagai neurotransmitter yang mempengaruhi suasana hati menjadi rileks, dan kompres (Rosani P, 2018).

Berdasarkan uraian tersebut penulis ingin melakukan penelitian studi kasus dengan judul “asuhan keperawatan pada klien dengan cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”.

1.2 Batasan Masalah

Asuhan keperawatan cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di Ruang Melati RSUD aangil Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Sebagai pengembangan ilmu keperawatan dalam penatalaksanaan klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut.

1.5.2 Manfaat praktis

Menambah wawasan dalam menegakkan diagnose keperawatan intervensi keperawatan implementasi keperawatan evaluasi keperawatan yang tepat pada pasien dengan cedera otak sedang dan Mmeningkatkan

mutu kuwalitas pelayanan dan perawatan pada klien cedera otak sedang dengan nyeri akut sehingga dapat mempercepat proses kesembuhan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Cedera Otak Sedang

2.1.1 Definisi

Cedera otak adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa pendarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak (Pretyana D A, 2017). Cedera kepala merupakan adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Febriyanti dkk, 2017).

Cedera otak adalah salah satu penyebab kematian. Secara global insiden cedera otak meningkat dengan tajam terutama karena peningkatan penggunaan kendaraan bermotor (Ucha & Rekha, 2016).

2.1.2 Klasifikasi

Cedera otak dapat dibagi menjadi 3 menurut Prasetyo, (2016)

yaitu :

a. Cedera Otak Ringan

Glaslow Coma Scale > 12, tidak ada kelainan dalam CT-Scan, tiada lesi operatif dalam 48 jam rawat inap di Rumah Sakit. Trauma otak ringan atau cedera otak ringan adalah hilangnya fungsi neurologi atau menurunnya kesadaran tanpa menyebabkan kerusakan lainnya.

Cedera otak ringan adalah trauma kepala dengan GCS : 15 (sadar penuh) tidak kehilangan kesadaran, mengeluh pusing dan nyeri kepala,

hematoma, laserasi dan abrasi. Cedera otak ringan adalah cedera otak karena tekanan atau terkena benda tumpul. Cedera otak ringan adalah cedera otak tertutup yang ditandai dengan hilangnya kesadaran sementara. Pada suatu penelitian kadar laktat rata-rata pada penderita cedera otak ringan 1,59 mmol/L.

b. Cedera Otak Sedang

Glasgow Coma Scale 9-12, lesi operatif dan abnormalitas dalam CT-Scan dalam 48 jam rawat inap di Rumah Sakit. Pasien mungkin bingung atau somnolen namun tetap mampu untuk mengikuti perintah sederhana (GCS 9-13). Pada suatu penelitian cedera otak sedang mencatat bahwa kadar asam laktat rata-rata 3,15 mmol/L.

c. Cedera Otak Berat

Glasgow Coma Scale < 9 dalam 48 jam rawat inap di Rumah Sakit. Hampir 100% cedera otak berat dan 66% cedera otak sedang menyebabkan cacat yang permanen. Pada cedera kepala berat terjadinya cedera otak primer sering kali disertai cedera otak sekunder apabila proses patofisiologi sekunder yang menyertai tidak segera dicegah dan dihentikan. Penelitian pada penderita cedera otak secara klinis dan eksperimental menunjukkan bahwa pada cedera otak berat dapat disertai dengan peningkatan titer asam laktat dalam jaringan otak dan cairan serebrospinalis (CSS) ini mencerminkan kondisi asidosis otak. Pada suatu penelitian penderita cedera otak berat menunjukkan kadar rata-rata asam laktat 3,25 mmol/L.

2.1.3 Etiologi

Etiologi cedera otak menurut Amin & Hardhi, (2013) yaitu:

1. Cedera akselerasi terjadi jika objek bergerak menghantam kepala yang tidak bergerak
2. Cedera deselerasi terjadi jika kepala yang bergerak membentur obyek diam, seperti pada kasus jatuh atau tabrakan mobil ketika kepala membentur kaca depan mobil
3. Cedera akselerasi-deselerasi sering terjadi dalam kasus kecelakaan kendaraan bermotor dan episode kekerasan fisik
4. 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
5. Cedera rotasional terjadi jika pukulan menyebabkan otak berputar dalam rongga tengkorak, yang mengakibatkan peregangan atau robeknya neuron dalam substansia alba serta robeknya pembuluh darah yang memfiksasi otak dengan bagian dalam rongga tengkorak

2.1.4 Manifestasi Klinik

Tanda gejala pada pasien dengan cedera otak menurut Wijaya dan Putri (2013), adalah :

1. Cedera otak ringan – sedang
 - a. Disorientasi ringan
 - b. Amnesia post traumatik
 - c. Hilang memori sesaat

- d. Sakit kepala
 - e. Mual muntah
 - f. Vertigo dalam perubahan posisi
 - g. Gangguan pendengaran
2. Cedera otak sedang – berat
- a. Oedema pulmonal
 - b. Kejang
 - c. Infeksi
 - d. Tanda herniasi otak
 - e. Hemiparase
 - f. Gangguan syaraf kranial

2.1.5 Patofisiologi

Patofisiologi cedera otak menurut Pretyana D A, (2017) yaitu :

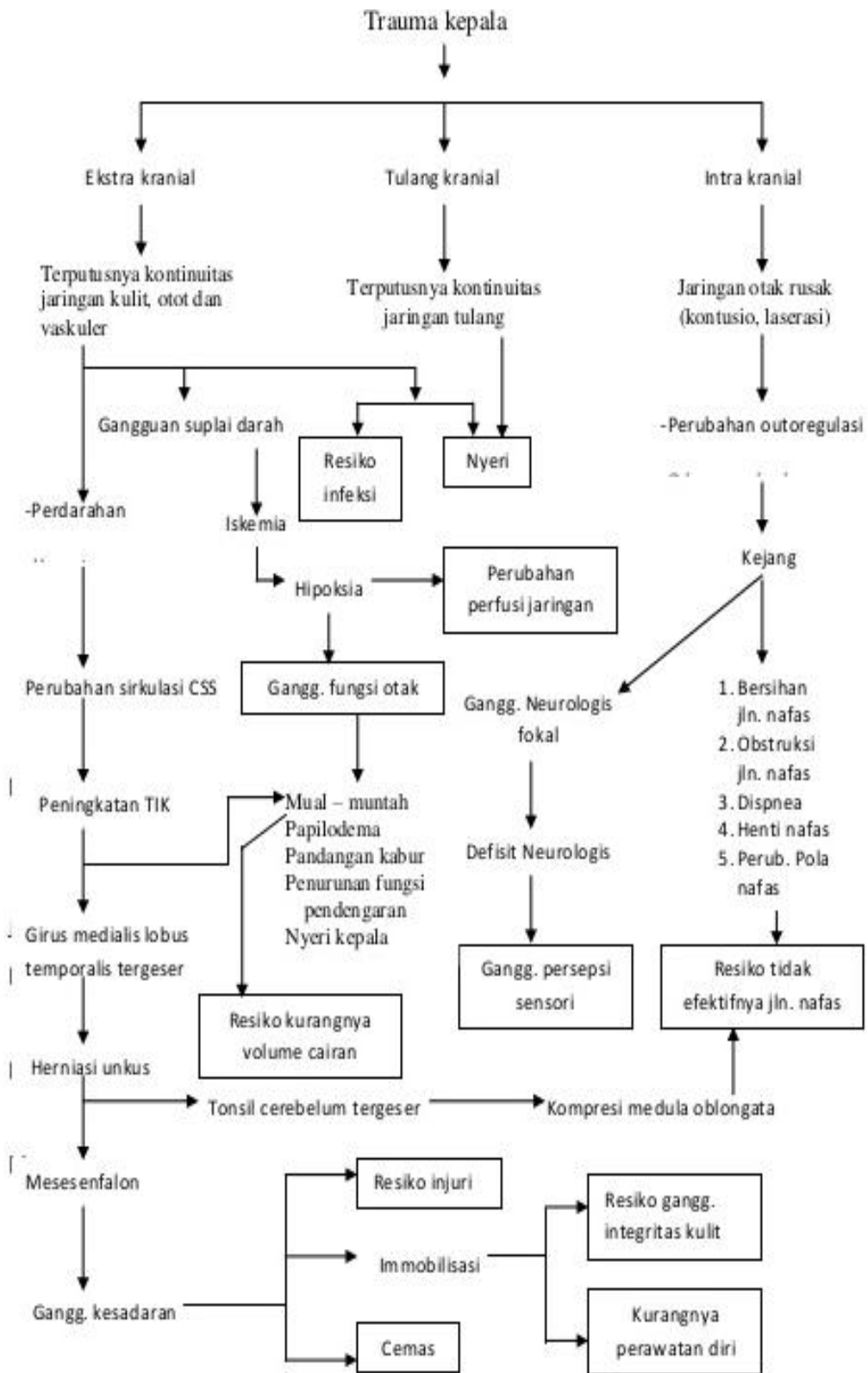
1. Pukulan langsung: dapat menyebabkan kerusakan otak pada sisi pukulan (*coup injury*) atau pada sisi yang berlawanan dari pukulan ketika otak bergerak dalam tengkorak dan mengenai dinding yang berlawanan.
2. Rotasi/deselerasi: fleksi, ekstensi, atau rotasi leher menghasilkan serangan pada otak yang menyerang titik-titik tulang dalam tengkorak (misalnya pada sayap dari tulang sfenoid). Rotasi yang hebat juga menyebabkan trauma robekan di dalam substansi putih otak dan batang otak, menyebabkan cedera aksonal dan bintik-bintik perdarahan intraserebral.

3. Tabrakan: otak seringkali terhindar dari trauma langsung kecuali jika berat (terutama pada anak-anak dengan tengkorak yang elastis)
4. Peluru: Cenderung menyebabkan hilangnya jaringan seiring dengan trauma. Pembengkakan otak merupakan masalah akibat disrupsi tengkorak yang secara otomatis menekan otak :
 - a. Derajat cedera otak primer secara langsung berhubungan dengan jumlah kekuatan yang mengenai kepala.
 - b. Kerusakan sekunder terjadi akibat : komplikasi sistem pernapasan (hipoksia, hiperkarbia, obstruksi jalan napas), syok hipovolemik (cedera kepala tidak menyebabkan syok hipovolemik – lihat penyebab lain), perdarahan intrakranial, edema serebral, epilepsi, infeksi, dan hidrosefalus.
 - c. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan.

Penatalaksanaan di rumah sakit menurut Pretyana D A, (2017), adalah :

 - 1) Berikan infuse dengan cairan non osmotik (kecuali dextrose oleh karena dextrose cepat dimetabolisme menjadi H_2O+CO_2 sehingga dapat menimbulkan edema serebri)
 - 2) Diberikan analgesia atau anti muntah secara intravena
 - 3) Berikan posisi kepala dengan sudut 15-45 derajat tanpa bantal kepala, dan posisi netral, karena dengan posisi tersebut dari kaki dapat meningkatkan dan memperlancar aliran balik vena kepala sehingga mengurangi kongesti cerebrum dan mencegah penekanan pada syaraf medula spinalis yang menambah TIK.

Pathway



Sumber: Pretyana D A, (2017)

2.1.6 Komplikasi

Komplikasi yang dapat terjadi pada pasien dengan cedera otak menurut Pretyana D A (2017), antara lain:

1. *Deficit neurologis*
2. Infeksi sistemik (pneumonia, septikemia)
3. Infeksi bedah neuro (infeksi luka, osteomielitis, meningitis, ventrikulitis, abses otak)
4. *Osifikasi heterotrofik* (nyeri tulang pada sendi-sendi yang menunjang berat badan)
5. *Epidural hematoma* (EDH) adalah berkumpulnya darah di dalam ruang epidural di antara tengkorak dan dura meter. Keadaan ini sering di akibatkan karena terjadi fraktur tulang tengkorak yang menyebabkan arteri meningeal tengah terputus atau rusak (laserasi) dimana arteri ini berada diantara dura meter dan tengkorak daerah inferior menuju bagian tipis tulang temporal dan terjadi hemoragik sehingga menyebabkan penekanan pada otak.

2.2 Konsep Dasar Nyeri Akut

2.2.1 Pengertian nyeri akut

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 tiga bulan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.2.2 Etiologi nyeri akut

Penyebab nyeri akut salah satunya adalah agen pencedera fisik (prosedur operasi) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Nyeri merupakan suatu kondisi yang lebih dari sekedar sensasi tunggal yang disebabkan oleh stimulus tertentu. Nyeri bersifat subjektif dan individual (Potter & Perry, 2010).

Nyeri akut adalah nyeri yang terjadi setelah cedera akut, penyakit atau intervensi bedah, dan memiliki awitan bedah yang cepat, dengan intensitas yang bervariasi (ringan sampai berat) serta berlangsung singkat (kurang dari enam bulan) dan menghilang dengan atau tanpa pengobatan setelah keadaan pulih pada area yang rusak. Nyeri akut biasanya berlangsung singkat, misalnya nyeri pada fraktur. Klien yang mengalami nyeri akut biasanya menunjukkan gejala respirasi meningkat, denyut jantung dan tekanan darah meningkat. Nyeri ini biasanya berlangsung tidak lebih dari enam bulan. Awitan gejalanya mendadak dan biasanya penyebab serta lokasi nyeri sudah diketahui. Nyeri akut ditandai dengan peningkatan tegangan otot dan kecemasan yang keduanya meningkatkan persepsi nyeri.

Teori Gate Control mengusulkan bahwa impuls nyeri dapat diatur atau bahkan dihambat oleh mekanisme pertahanan disepanjang sistem saraf pusat. Mekanisme pertahanan dapat ditemukan di sel-sel gelatinosa substansia di dalam kornu dorsalis pada medula spinalis, talamus, dan sistem limbik. Suatu keseimbangan aktivitas dari neuron sensori dan serabut kontrol desenden dari otak mengatur proses pertahanan. Neuron

delta-A dan C melepaskan substansi P untuk menstransmisikan impuls melalui mekanisme pertahanan. Neuron beta-A yang lebih tebal, yang lebih cepat yang melepaskan neurotransmitter penghambat. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut beta-A, maka akan menutup mekanisme pertahanan. Apabila masukan yang dominan berasal dari serabut delta- A dan serabut C, maka akan membuka pertahanan tersebut dan klien akan mempersepsikan nyeri. Saat impuls diantarkan ke otak, terdapat pusat korteks yang lebih tinggi di otak yang memodifikasi persepsi nyeri. Alur saraf desenden melepaskan opiat endogen, seperti endorfin dan dinorfin, suatu pembunuh nyeri alami yang berasal dari tubuh. Neuromodulator ini menutup mekanisme pertahanan dengan menghambat pelepasan substansi P (Potter & Perry, 2010).

Terdapat tiga komponen fisiologis dalam nyeri yaitu resepsi, persepsi, dan reaksi. Stimulus penghasil nyeri mengirimkan impuls melalui serabut saraf perifer. Serabut nyeri memasuki medula spinalis dan menjalani salah satu dari beberapa rute saraf dan akhirnya sampai di dalam masa berwarna abu-abu di medula spinalis. Terdapat pesan nyeri dapat berinteraksi dengan sel-sel saraf inhibitor, mencegah stimulus nyeri sehingga tidak mencapai otak atau ditransmisi tanpa hambatan ke korteks serebral, maka otak menginterpretasi kualitas nyeri dan memproses informasi tentang pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki serta asosiasi kebudayaan dalam upaya mempersiapkan nyeri (Potter & Perry, 2010).

2.2.3 Faktor yang mempengaruhi nyeri akut

Faktor yang dapat mempengaruhi nyeri akut pada pasien cedera otak sedang yaitu etnik dan nilai budaya, tahap perkembangan, lingkungan dan individu pendukung, Ansietas dan stress (Mubarak, 2015)

1. Etnik dan nilai budaya

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperlihatkan nyeri adalah sesuatu yang alamiah. Kebudayaan lain cenderung untuk melatih perilaku yang tertutup (*introvert*). Sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologis seseorang. Dengan demikian, hal ini dapat memengaruhi pengeluaran fisiologis opial endogen sehingga terjadilah persepsi nyeri.

2. Tahap perkembangan

Usia dan tahap perkembangan seseorang merupakan variabel penting yang akan memengaruhi reaksi dan ekspresi terhadap nyeri. Dalam hal ini, anak-anak cenderung kurang mampu mengungkapkan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri yang mereka rasakan dibandingkan orang dewasa, dan kondisi ini dapat menghambat penanganan nyeri untuk mereka.

3. Lingkungan dan individu pendukung

Lingkungan yang asing, tingkat kebisingan yang tinggi, pencahayaan, dan aktivitas yang tinggi di lingkungan tersebut akan dapat memperberat nyeri. Selain itu, dukungan dari keluarga dan orang terdekat menjadi salah satu factor penting yang memengaruhi persepsi nyeri individu. Sebagai contoh, individu yang sendirian, tanpa keluarga atau teman-temannya yang

mendukungnya, cenderung merasakan nyeri yang lebih berat dibandingkan mereka yang mendapat dukungan dari keluarga dan orang-orang terdekat.

4. Ansietas dan stress

Ansietas sering kali menyertai peristiwa nyeri yang terjadi. Ancaman yang tidak jelas asalnya dan ketidakmampuan mengontrol nyeri atau peristiwa di sekelilingnya dapat memperberat persepsi nyeri. Sebaliknya, individu yang percaya bahwa mereka mampu mengontrol nyeri yang mereka rasakan akan mengalami penurunan rasa takut dan kecemasan yang akan menurunkan persepsi nyeri mereka

5. Pengukuran intensitas nyeri

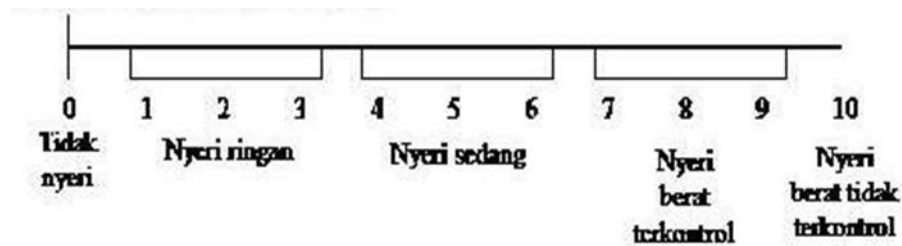
Intensitas nyeri merupakan gambaran tentang seberapa parah nyeri yang dirasakan oleh individu, pengukuran intensitas nyeri sangat subjektif dan individual, serta kemungkinan nyeri dalam intensitas yang sama dirasakan sangat berbeda oleh dua orang yang berbeda. Pengukuran nyeri dengan pendekatan objektif yang paling mungkin adalah menggunakan respons fisiologis tubuh terhadap nyeri itu sendiri, namun pengukuran dengan teknik ini juga tidak dapat memberikan gambaran pasti tentang nyeri itu sendiri.

2.2.4 Skala nyeri

1. Skala intensitas nyeri deskriptif

Skala deskriptif adalah alat pengukuran tingkat keparahan nyeri yang lebih objektif. Skala pendeskripsi verbal (*Verbal Descriptor Scale-VDS*) merupakan sebuah garis yang terdiri atastiga sampai lima kata pendeskripsi yang tersusun dengan jarak yang sama di sepanjang

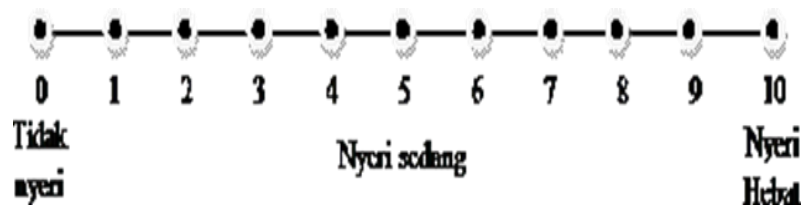
garis. Pendeskripsi ini di-ranking dari “tidak terasa nyeri” sampai “nyeri yang tidak tertahankan”.



Gambar 2.1 Skala Intensitas Nyeri Deskriptif

2. Skala penilaian nyeri numerik

Skala penilaian numerik (*Numerical Rating Scales-NRS*) lebih digunakan sebagai pengganti alat pendeskripsi data. Dalam hal ini, klien menilai nyeri dengan menggunakan skala 0-10. Skala paling efektif digunakan saat mengkaji intensitas nyeri sebelum dan setelah intervensi terapeutik.

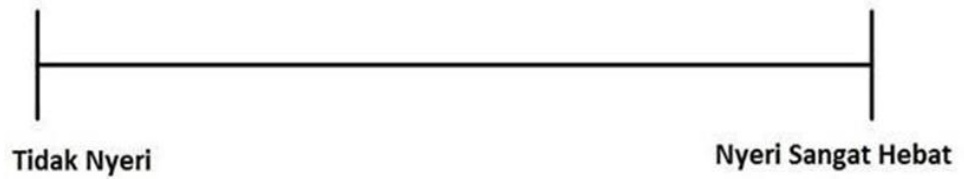


Gambar 2.2 Skala Nyeri Numerik

3. Skala analog visual

Skala analog visual (*Visual Analog Scale-VAS*) tidak melabel subdivisi. VAS merupakan suatu garis lurus, yang mewakili intensitas nyeri terus-menerus dan pendeskripsi verbal pada setiap ujungnya. Skala ini memberi klien kebebasan penuh untuk mengidentifikasi keparahan nyeri. VAS dapat merupakan pengukuran keparahan nyeri

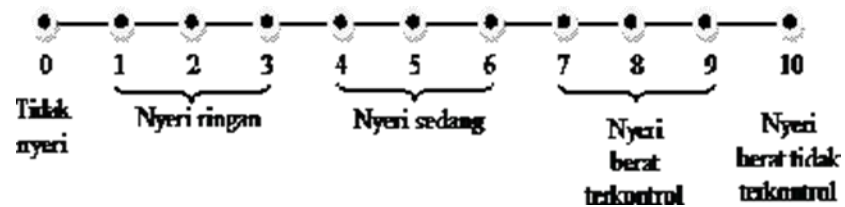
yang lebih sensitif karena klien dapat mengidentifikasi setiap titik pada rangkaian daripada dipaksa memilih satu kata atau satu angka.



Gambar 2.3 Skala Nyeri Analog Visual

4. Skala nyeri menurut Bourbanis

Skala nyeri harus dirancang sehingga skala tersebut mudah digunakan dan tidak menghabiskan waktu banyak saat klien melengkapinya.



Gambar 2.4 Skala Nyeri menurut Bourbanis

5. Tanda dan gejala

Menurut Tim Pokja SDKI PPNI (2017), data mayor dan data minor pada nyeri akut antara lain:

Tabel 1

Tanda dan Gejala Mayor Minor Nyeri Akut

Gejala dan Tanda Mayor Subjektif	Objektif
1. Mengeluh nyeri	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tampak meringis 2. Bersifat protektif (misalnya waspada, posisi menghindari nyeri) 3. Gelisah 4. Frekuensi nadi meningkat 5. Sulit tidur
Gejala dan Tanda Minor Subjektif	Objektif
1. Tidak ditemukan data subjektif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah meningkat 2. Pola nafas berubah 3. Nafsu makan berubah 4. Proses berpikir terganggu 5. Menarik diri 6. Berfokus pada diri sendiri 7. Diaforesis

(Sumber : TIM POKJA SDKI DPP PPNI, *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator diagnostic. 2017*)

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.3.1 Pengkajian

Pengumpulan data klien baik subjektif atau objektif pada gangguan sistem persyarafan sehubungan dengan cedera kepala tergantung pada bentuk, lokasi, jenis injuri dan adanya komplikasi pada organ vital lainnya. Data yang perlu di dapati adalah sebagai berikut :

1. Identitas klien dan keluarga (penanggung jawab) : nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, golongan darah, hubungan klien dengan keluarga.

2. Riwayat kesehatan : tingkat kesadaran *Glow Coma Scale* (GCS) (< 15), muntah, dispnea atau takipnea, sakit kepala, wajah simetris atau tidak, lemah, luka pada kepala, akumulasi pada saluran nafas kejang.
3. Riwayat penyakit dahulu haruslah diketahui dengan baik yang berhubungan dengan sistem persyarafan maupun penyakit sistem sistemik lainnya. Demikian pula riwayat penyakit keluarga terutama yang mempunyai penyakit keturunan atau menular.
4. Riwayat kesehatan tersebut dapat dikaji dari klien atau keluarga sebagai data subjektif. Data - data ini sangat berarti karena dapat mempengaruhi prognosa klien.

2.3.2 Pengkajian Primer

1. Airway: Kaji kepatenan jalan nafas, observasi adanya lidah jatuh, adanya benda asing pada jalan nafas (bekas muntahan, darah, sekret yang tertahan), adanya edema pada mulut, faring, laring, disfagia, suara stridor, gargling atau *whezing* yang menandakan adanya masalah pada jalan nafas.
2. Breathing: Kaji keefektifan pola nafas, *Respiratory Rate*, abnormalitas pernapasan, pola nafas, bunyi nafas tambahan, penggunaan otot bantu nafas, adanya nafas cuping hidung, saturasi oksigen.
3. Circulation: kaji *heart rate*, tekanan darah, kekuatan nadi, capillary refill, akral, suhu tubuh, warna kulit, kelembapan kulit, perdarahan eksternal jika ada.
4. *Disability*: berisi pengkajian kesadaran dengan GCS, ukuran dan reaksi pupil.

5. Exposure: berisi pengkajian terhadap suhu serta adanya injury atau kelainan lain atau lingkungan yang ada disekitar klien.

2.3.3 Pengkajian Sekunder

1. Keadaan/ penampilan umum
 - a. Kesadaran: composmentis
 - b. Tanda-tanda vital
 - 1) TD: 120 / 80 mmhg
 - 2) Nadi: Frekuensi: 80 – 100 kali per menit, Irama: teratur
 - 3) Respirasi: Frekuensi: 16 – 24 kali per menit, Irama: teratur
 - 4) Suhu : 36,5 – 37,5°C
 - c. History (*Sample*)
 - 1) Subjektif: berisi keluhan utama yang dirasakan pasien.
 - 2) Alergi: kaji adanya alergi terhadap makanan atau obat.
 - 3) Medikasi: kaji penggunaan obat yang sedang atau pernah dikonsumsi.
 - 4) Riwayat penyakit sebelumnya: riwayat penyakit sebelumnya yang berhubungan dengan yang sekarang.
 - 5) Last meal: berisi hasil pengkajian makanan atau minuman terakhir yang pernah dikonsumsi oleh pasien sebelum datang ke IGD.
 - 6) Event leading: berisi kronologi kejadian, lamanya gejala yang dirasakan, penanganan yang telah dilakukan, gejala lain yang telah dirasakan, lokasi nyeri atau keluhan lain yang dirasakan

2. Pemeriksaan fisik

Aspek neurologis yang di kaji adalah : tingkat kesadaran, biasanya GCS < 15, disorientasi orang, tempat dan waktu, perubahan nilai tanda – tanda vital, kaku kuduk, hemiparese.

3. Pemeriksaan penunjang

a. CT-Scan

CT-Scan berguna untuk mendiagnosis dan memantau lesi intrakranial atau mengevaluasi dan menentukan luasnya cedera neurologis. Radiogram dilakukan dengan komputer setiap interval 1 derajat dalam suatu busur sebesar 180 derajat. CT-Scan telah dapat menggantikan echoensefalografi dan memiliki kemampuan diagnostic yang jauh lengkap.

b. MRI

Digunakan sama seperti CT-Scan dengan atau tanpa kontras radioaktif.

c. *Cerebral Angiography*

Menunjukkan anomali sirkulasi cerebral, seperti perubahan pada jaringan otak sekunder menjadi odema, perdarahan dan trauma.

d. *Serial Elektroensefalografi (EEG)*

Dapat melihat perkembangan gelombang yang patologis.

e. X-Ray

Mendeteksi perubahan struktur tulang.

f. *Brainstem Auditory Evoked Response (BAER)*

Mengoreksi batas fungsi korteks dan otak kecil.

g. *Positron Emission Tomography* (PET)

Mendeteksi perubahan aktifitas metabolisme otak.

2.3.4 Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik
2. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial.
3. Ketidakefektifan pola napas berhubungan dengan depresi pada pusat napas di otak.
4. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot
5. Kekurangan volume cairan berhubungan dengan kehilangan cairan aktif

2.3.5 Intervensi Keperawatan

Diagnosa	NOC dan indikasi	NIC
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	<p>NOC:</p> <p>1. Kontrol Nyeri</p> <p>Indikator</p> <p>Indeks 1 2 3 4 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenal kapan terjadinya nyeri - Menggambarkan faktor penyebab - Menggunakan tindakan pencegahan nyeri tanpa analgesic - Menggunakan analgesic yang direkomendasikan <p>2. Tanda Tanda Vital</p> <p>Indikator</p> <p>Indeks 1 2 3 4 5</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh - Tingkat pernafasan - Tekanan darah sistolik - Tekanan darah diastolic - Tekanan nadi 	<p>NIC :</p> <p>Menejemen Nyeri</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 <p>Monitor Tanda Tanda Vital</p> <ol style="list-style-type: none"> 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

2.3.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi atau tindakan adalah pengelolaan dan perwujudan dan rencana keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap ini, perawat sebaiknya tidak bekerja sendiri, tetapi perlu melibatkan secara integrasi semua profesi kesehatan yang menjadi tim perawatan kesehatan dirumah (Setiadi, 2010).

2.3.7 Evaluasi Keperawatan

Tahap terakhir dari proses keperawatan adalah evaluasi. Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dengan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan (Setiadi, 2010).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain penelitian

Desain penelitian ini jenis studi kasus yang akan mengeksplorasi masalah keperawatan asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan otak diruang Melati RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah studi kasus ini asuhan keperawatan pada:

1. Klien dengan diagnosa medis cedera otak sedang (COS)
2. Klien dengan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan otak.

3.3 Partisipan

Partisipan pada kasus ini adalah dua klien dasar cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan ketidakefektifan perfusi jaringan, dengan keadaan sadar penuh (*composmetis*) yang kooperatif, pada hari ke 2 atau lebih.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi

Penelitian dilaksanakan di ruang Melati penyakit dalam RSUD Bangil Jalan Raya Raci – Bangil, Balungbendo, Masangan, Bangil, Pasuruan, Provinsi Jawa Timur.

3.4.2 Waktu

Waktu penelitian dilakukan dari pertama klien masuk rumah sakit yang minimal dirawat tiga hari. Penelitian yang dilakukan oleh peneliti

dilaksanakan dari bulan Januari 2019 sampai penelitian selesai mengumpulkan hasil karya tulis ilmiah.

3.5 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif ada 4 cara untuk mencapai keabsahan data, yaitu: *kreadibility* (kepercayaan); *dependility* (ketergantungan); *konfermability* (kepastian) (Anggraeni,D.M & Saryono, 2010)

1. Kepercayaan (*kreadibility*)

Kreadibilitas data dimaksudkan untuk membuktikan data yang berhasil dikumpulakn sesuai dengan sebenarnya. Ada kegiatan yang dilakukan untuk mencapai kreadibilitas ialah : triangulasi berupa pengumpulan data yang lebih dari satu sumber, yang menunjukkan informasi yang sama.

2. Ketergantungan (*dependility*)

Kriteria ini digunakan untuk menjaga kehati-hatian akan terjadinya kemungkinan kesalahan dalam mengumpulkan dan mengintrepretasikan data sehingga data dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Kesalahan sering dilakukan oleh manusia itu sendiri terutama peneliti karena keterbatasan pengalaman, waktu, pengetahuan. Cara untuk menetapkan bahwa proses penelitian dapat dipertanggungjawabkan melalui audit dipendability oleh ouditor independent oleh dosen pembimbing.

3. Kepastian (*konfermability*)

Kriteria ini digunakan untuk menilai hasil penelitian yang dilakukan dengan cara mengecek data dan informasi serta interpretasi hasil penelitian yang didukung oleh materi yang ada pelacakan audit

3.7 Analisa Data

1. Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data studi kasus ini terdapat tiga tahapan yaitu : data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi, dokumen), data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan implementasi dan evaluasi.

2. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari partisipan.

3. Kesimpulan

Data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3.8 Etik Penelitian

Secara umum prinsip etika dalam penelitian atau pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai, hak-hak subjek, dan prinsip keadilan. Selanjutnya diuraikan sebagai berikut menurut (Nursalam, 2015) menyatakan bahwa:

1. Informed consent

Subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent juga perlu dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu

2. Tanpa nama (*anonymity*)

Memberikan jaminan dalam penggunaan subyek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Semua informasi yang dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset. Peneliti menjaga semua informasi yang diberikan oleh responden dan tidak menggunakan informasi tersebut untuk kepentingan pribadi dan di luar kepentingan keilmuan.

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Lokasi penelitian bertempat di Ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan. Ruang Melati memiliki 16 ruang perawatan dan 130 tempat tidur. Disediakan 7 ruangan khusus laki-laki dan 4 ruangan untuk perempuan. Lokasi beralamat di Jln. Raya Raci-Bangil, Pasuruan.

4.1.2 Penyajian

Tabel 4.1 Identitas klien

Identitas klien	Klien 1	Klien 2
Nama	Tn. Y	Tn. K
Umur	52 tahun	54 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMP
Pekerjaan	Petani	Petani
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Alamat	Kebonsari, Purworejo Pasuruan	Tambaan, Gadingrejo Pasuruan
Suku/bangsa	Jawa/ Indonesia	Jawa/ Indonesia
Tanggal MRS	12 Maret 2020	12 Maret 2020
Tgl pengkajian	13 Maret 2020	13 Maret 2020
Jam pengkajian	10:30 WIB	11:20 WIB
No. RM	321XXX	041XXX
Diagnosa masuk	COS	COS

Sumber : Data primer, 2020

Tabel 4.2 riwayat penyakit

Riwayat penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan pusing nyeri kepala skala 6	Klien mengatakan pusing berputar nyeri kepala skala 5
Riwayat penyakit sekarang	Klien mengatakan kemarin mengalami kecelakaan karena terjatuh dari pohon mangga saat mau ambil daun untuk pakan kambing, klien jatuh dan kepala terkena batu yang ada dibawah pohon, klien mengalami patah tulang pada tangan dan luka pada wajah. Kemudian keluarga membawa klien ke RSUD Bangil Pasuruhan.	Klien mengatakan kemarin mengalami kecelakaan lalu lintas karena saat mau kesawah ditabrak sepeda motor dari belakang, klien sempat tidak sadarkan diri karena terdapat luka pada kepala dan patah tulang pada kaki, kemudian sama warga setempat yang menolong klien dibawa ke RSUD Bangil Pasuruhan.
Riwayat penyakit dahulu	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang kronik	Klien mengatakan tidak memiliki riwayat penyakit yang kronik
Riwayat penyakit keluarga	Klien mengatakan didalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang kronik	Klien mengatakan didalam anggota keluarga tidak ada yang menderita penyakit yang kronik
Riwayat psikososial	Klien mengatakan ingin segera sehat dan selalu berdoa mohon kesembuhan	Klien mengatakan ingin segera sehat dan selalu berdoa mohon kesembuhan

Sumber: Data primer, 2020

Tabel 4.3 Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan system)

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola manajemen kesehatan	Klien mengatakan saat sakit berobat kepuskesmas.	Klien mengatakan saat sakit minum jamu atau obat dari warung
Pola nutrisi	<p>Di rumah: klien mengatakan makan 3x/hari, menu nasi, lauk pauk dan sayur, dan nafsu makan baik. Minum air putih \pm 1300/hari.</p> <p>Di RS: klien mengatakan makan 3x/hari dengan diit bubur halus dari RS nafsu makan menurun. Minum air putih \pm 1000 ml/hari.</p>	<p>Di rumah: Klien mengatakan makan 3x/hari, menu nasi lauk pauk dan sayur dan nafsu makan baik. Minum air putih \pm 1200 ml/hari.</p> <p>Di RS: klien mengatakan makan 3x/hari dengan diit bubur halus dari RS nafsu makan menurun. Minum air putih \pm 1000 ml/hari.</p>
Pola eliminasi	<p>Di Rumah: klien mengatakan BAK 5 x/hari, warna kuning jernih, frekuensi normal, bau khas amoniak dan BAB 1x/hari warna kecoklatan dengan konsistensi padat.</p> <p>Di RS: klien mengatakan belum BAB saat di RS, BAK dengan kateter 1 hari urine \pm 600 ml.</p>	<p>Di Rumah: klien mengatakan BAK 6 x/hari, warna kuning keruh, frekuensi normal, bau khas amoniak dan BAB 1x/hari warna kuning dengan konsistensi padat.</p> <p>Di RS: klien mengatakan belum BAB saat di RS, BAK dengan kateter 1 hari urine \pm 500 ml.</p>
Pola istirahat tidur	<p>Di Rumah: klien mengatakan tidur \pm 7 jam/hari tidak ada gangguan tidur.</p> <p>Di RS: klien mengatakan susah tidur bisa tidur \pm 5 jam, klien kurang nyaman dengan lingkungan RS.</p>	<p>Di Rumah: klien mengatakan tidur \pm 8 jam/hari tidak ada gangguan tidur.</p> <p>Di RS: klien mengatakan tidur \pm 6 jam, kurang nyaman dengan kondisinya sehingga saat malam hari sering bangun.</p>
Pola aktivitas	<p>Di Rumah: klien mengatakan aktivitas sehari-hari dilakukan secara mandiri.</p> <p>Di RS: klien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga.</p>	<p>Di Rumah: klien mengatakan aktivitas sehari-hari dilakukan secara mandiri.</p> <p>Di RS: klien mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarganya.</p>

Sumber : Data primer, 2020

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/pendekatan system)

Observasi	Klien 1	Klien 2
Keadaan umum	Lemah	Lemah
Suhu	37 °C	36,4 °C
Nandi	80 x/menit	80 x/menit
Tensi darah	160/100 mmHg	170/100 mmHg
Respirasi	28 x/menit	28 x/menit
Glasgow coma scale	4-5-6	4-5-6
Kesadaran	Composmentis	Composmentis
Pemeriksaan head to toe		
Kepala	Inspeksi: ada luka di kepala atas lebar 1 cm, nyeri skala 6	Inspeksi ada luka dikepala belakang lebar 1,5 cm, nyeri skala 5
Kulit kepala	Palpasi: edema	Palpasi: edema
Rambut	Inspeksi: warna hitam, jenis rambut ikal, tidak rontok	Inspeksi: warna hitam, jenis rambut ikal, tidak rontok
Wajah	Inspeksi : simetris bentuk wajah oval, terdapat luka lecet pada dahi, hidung	Inspeksi: simetris bentuk wajah bulat, terdapat luka lecet pada dahi dan pipi
Mata	Inspeksi: simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.	Inspeksi: simetris, fungsi penglihatan baik, konjungtiva merah muda, sclera putih, pupil isokor.
Hidung	Inspeksi: simetris, fungsi penciumsn baik, tidak ada pernafasan cuping hidung	Inspeksi: simetris, fungsi penciumsn baik, tidak ada pernafasan cuping hidung
Mulut	Inspeksi: bibir pecah-pecah, pucat Palpasi: tidak ada nyeri tekan.	Inspeksi: bibir pecah-pecah, pucat Palpasi: tidak ada nyeri tekan.
Telinga	Inspeksi: fungsi pendengaran baik, lubang telinga kotor (terdapat serumen)	Inspeksi: fungsi pendengaran baik, lubang telinga kotor (terdapat serumen)
Leher	Inspeksi: tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan	Inspeksi: tidak ada pembesaran limfe dan tyroid Palpasi: tidak ada nyeri tekan
Dada	Inspeksi: bentuk dada simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan Perkusi: suara kedua paru sonor Auskultasi: suara vesikuler	Inspeksi: bentuk dada simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan Perkusi: suara kedua paru sonor Auskultasi: suara vesikuler
Abdomen	Inspeksi: bentuk simetris Palpasi : tidak ada nyeri tekan tidak ada pembesaran hepar	Inspeksi: bentuk simetris Palpasi: tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembesaran hepar

	Perkusi: timpani Auskultasi: bising usus 12 x/menit	Perkusi: timpani Auskultasi: bising usus 11 x/menit								
Ekstermitas	Inspeksi: adanya gangguan pada ekstermitas atas kiri Kekuatan tonus otot <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>5</td><td>2</td></tr> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> </table>	5	2	5	5	Inspeksi: adanya gangguan pada ekstermitas bawah kanan Kekuatan tonus otot <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td>5</td><td>5</td></tr> <tr><td>2</td><td>5</td></tr> </table>	5	5	2	5
5	2									
5	5									
5	5									
2	5									
	Palpasi: akral hangat, edema	Palpasi: akral hangat, edema								

Sumber : Data primer, 2020

Tabel 4.5 Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	12/03/2020	12/03/2020	
	Klien 1	Klien 2	
Kalium	3,80	5,15	3,80 – 5,50 meq/l
Hematologi			
Darah lengkap otomatis			
Hemoglobin	15,0	16,20	L. 13,2-17,3 g/dl
Lekosit	16,400	16,000	L. 3.800-10.600/ul
Hematokrit	37,3	33,3	L. 40-52%
Eritrosit	5.120.000	4.730.000	L. 4,5-5,5 jt/ul
Trombosit	170.00	211.000	150.000-350.000cm
Hitung jenis			
Eosinofil	2	1	1-3%
Basofil	-	-	
Batang	3	3	3-5%
Segmen	64	50	50-65%
Limfosit	11	13	25-35%
Monosit Kimia klinik	8	6	4-10%
Glukosa sewaktu	110	120	< 200 mg/dl
Natrium	107	100	136-144 meq/l
Klorida	104	102	96-107 meq/l

Sumber: Laboratorium medik, 2020

Tabel 4.6 Terapi obat

Terapi	Klien 1	Klien 2
Infus	PZ 1500 /24 jam	PZ 1500 /24 jam
Injeksi	Ketorolac 3 x 30 mg Ranitidin 2x 25 mg Ceftriaxon 2x1 gr Citicolin 2 x 500 mg Asam tranexamat 3x 500 mg Antrain 3 x 500 mg	Pantoprazole 2 x 1 vial Ceftriaxon 2 x 1 gr Domperidone 2 x 10 mg Ketorolac 3 x 30 mg Antrain 3 x 500 mg Asam tranexamat 3x 500 mg

Sumber : Data primer, 2020

Tabel 4.7 Analisa data keperawatan

Data	Etiologi	Masalah keperawatan
<p>Klien 1</p> <p>Data subjektif : Klien mengatakan pusing nyeri kepala skala 6</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6 Suhu 37 °C Nadi 80 x/menit Tensi darah 90/70 mmHg Respirasi 28 x/menit Luka pada kepala dan hidung Patah pada tangan kiri Perdarahan pada telinga Mengkaji respon terhadap nyeri <ul style="list-style-type: none"> P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 6 T: hilang timbul 	<p>Trauma kepala</p> <p>↓</p> <p>Trauma Tulang kranial</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri akut
<p>Klien 2</p> <p>Data subjektif : Klien mengatakan pusing berputar nyeri kepala skala 5</p> <p>Data objektif :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keadaan umum : lemah Kesadaran : composmentis GCS 4-5-6 Suhu 36,4 °C Nadi 80 x/menit Tensi darah 90/80 mmHg Respirasi 28 x/menit luka pada wajah dan pipi Patah kaki kanan Mengkaji respon terhadap nyeri <ul style="list-style-type: none"> P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 5 T: Terus menerus 	<p>Trauma kepala</p> <p>↓</p> <p>Trauma Tulang kranial</p> <p>↓</p> <p>Terputusnya kontinuitas jaringan tulang</p> <p>↓</p> <p>Nyeri</p>	Nyeri akut

Sumber : Data primer, 2020

4.1.3 Diagnosa keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa keperawatan

Klien	Diagnosa keperawatan
Klien 1	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma kepala)
Klien 2	Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma kepala)

Sumber : Data primer, 2020

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi keperawatan klien 1 dan klien 2

Diagnosa	NOC dan indikasi	NIC
Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	<p>NOC:</p> <p>1. Kontrol Nyeri</p> <p>Indikator</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengenal kapan terjadinya nyeri - Menggambarkan faktor penyebab - Menggunakan tindakan pencegahan nyeri tanpa analgesic - Menggunakan analgesic yang direkomendasikan 	<p>NIC :</p> <p>Menejemen Nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Lakukan pengkajian nyeri komperhensif 7. Berikan edukasi mengenai nyeri dan faktor penyebab nyeri 8. Ajarkan teknik non farmakologi berupa teknik relaksasi nafas dalam dan teknik distraksi 9. Kurangi faktor pencetus nyeri (misalnya, aktivitas berlebih atau gerakan) 10. Kolaborasi pemberian farmakologi berupa analgesic dengan pemantauan ketat
	<p>2. Tanda Tanda Vital</p> <p>Indikator</p> <ul style="list-style-type: none"> - Suhu tubuh - Tingkat pernafasan - Tekanan darah sistolik - Tekanan darah diastolic - Tekanan nadi 	<p>Indeks</p> <p>1 2 3 4 5</p> <p>Monitor Tanda Tanda Vital</p> <ul style="list-style-type: none"> 6. Monitor tekanan darah sistolik dan diastolic 7. Monitor denyut nadi 8. Monitor frekuensi pernafasan 9. Monitor suhu bila mengalami hipotermi atau hipertermi 10. Catat hasil pemantauan tanda-tanda vital

Sumber : Kasenda M, (2018)

4.1.6 Implementasi keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke-1	Paraf	Jam	Hari ke-2	Paraf	Jam	Hari ke-3	Paraf
		Sabtu, 14 Maret 2020			Minggu, 15 Maret 2020			Senin, 16 Maret 2020	
Klien 1 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	08.00	Memberikan edukasi mengenai nyeri: disebabkan karena benturan di kepala		08.00	Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 4 T: hilang timbul		08.00	Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 2 T: hilang timbul	
	08.20	Melakukan pengkajian nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 6 T: hilang timbul		08.15	Mengajarkan teknik non farmakologi: teknik distraksi		08.30	Mengajarkan teknik non farmakologi: teknik kompres hangat	
	09.00	Mengajarkan teknik non farmakologi: teknik relaksasi nafas dalam		09.00	Mengurangi faktor pencetus nyeri : menganjurkan klien istirahat		09.00	Mengurangi faktor pencetus nyeri : menganjurkan klien istirahat	
	10.00	Berkolaborasi pemberian farmakologi: Ketorolac 3x 30 mg Ranitidin 2x25 mg Ceftriaxon 2x1 gr Citicolin 2x 500 mg Asam tranexamat 3x 500 mg Antrain 3 x500 mg		10.15	Berkolaborasi pemberian farmakologi: Ketorolac 3x 30 mg Ranitidin 2x25 mg Ceftriaxon 2x1 gr Citicolin 2x 500 mg Asam tranexamat 3x 500 mg Antrain 3 x500 mg		11.10	Berkolaborasi pemberian farmakologi: Ketorolac 3x 30 mg Ranitidin 2x25 mg Ceftriaxon 2x1 gr Citicolin 2x 500 mg Asam tranexamat 3x 500 mg Antrain 3 x500 mg	
				12.30	Memonitor TTV TD : 100/90 mmHg N : 82 x/mnt S : 36,4 °C RR : 24 x/mnt		11.15	Memonitor TTV TD : 110/90 mmHg N : 82 x/mnt S : 36,2°C RR : 24 x/mnt	
	12.30	Memonitor TTV S: 37 °C N: 80 x/menit TD: 90/70 mmHg RR:28 x/menit							

Diagnosa Keperawatan	Jam	Hari ke-1	Paraf	Jam	Hari ke-2	Paraf	Jam	Hari ke-3	Paraf
		Sabtu 14 Maret 2020			Minggu 15 Maret 2020			Senin 16 Maret 2020	
Klien 2 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	08.15	Memberikan edukasi mengenai nyeri: disebabkan karena benturan di kepala		08.00	Mengajarkan teknik non farmakologi: teknik distraksi		08.15	Mengkaji respon terhadap nyeri Klien mengatakan sudah tidak nyeri tetapi sedikit pusing	
	08.50	Melakukan pengkajian nyeri P: Dislokasi Q:Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 5 T:terus menerus		08.15	Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 2 T: hilang timbul		08.50	Mengajarkan teknik non farmakologi: teknik kompres air hangat	
	09.10	Mengajarkan teknik non farmakologi: teknik relaksasi nafas dalam		09.00	Mengurangi faktor pencetus nyeri : menganjurkan klien istirahat		09.10	Mengurangi faktor pencetus nyeri : menganjurkan klien istirahat	
	11.00	Berkolaborasi pemberian farmakologi: Ketorolac 3x 30 mg Ranitidin 2x25 mg		10.15	Berkolaborasi pemberian farmakologi: Pantoprazole 2 x 1 vial Ceftriaxon 2 x 1 gr Domperidone 2 x 10 mg Ketorolac 3 x 30 mg Antrain 3 x 500 mg		11.00	Berkolaborasi pemberian farmakologi: Pantoprazole 2 x 1 vial Ceftriaxon 2 x 1 gr Domperidone 2 x 10 mg Ketorolac 3 x 30 mg Antrain 3 x 500 mg	
	11.15	Ceftriaxon 2x1 gr Citicolin 2x 500 mg Asam tranexamat 3x 500 mg		11.20	Asam tranexamat 3x 500 mg Memonitor TTV TD : 110/80 mmHg N : 80 x/mnt S : 36,4 °C RR : 24 x/mnt		12.20	Asam tranexamat 3x 500 mg Memonitor TTV TD : 120/90 mmHg N : 82 x/mnt S : 36 °C RR : 24 x/mnt	
	12.20	Antrain 3 x500 mg Memonitor TTV S: 37 °C N: 80 x/menit TD: 90/80 mmHg RR:28 x/menit							

4.1.7 Evaluasi keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1 Sabtu 14 Maret 2020	Paraf	Hari ke-2 Minggu 15 Maret 2020	Paraf	Hari ke-3 Senin 16 Maret 2020	Paraf
Klien 1 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	<p>S:Klien mengatakan pusing nyeri kepala skala 6 dan sakit pada tangan yang ada lukanya</p> <p>O: Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 CRT < 2detik Suhu 37 °C Nadi 80 x/menit Tensi darah 160/100 mmHg Respirasi 28 x/menit Luka pada kepala dan hidung Patah pada tangan kiri Perdarahan pada telinga Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 6 T: hilang timbul</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri Berikan edukasi mengenai nyeri Ajarkan teknik non farmakologi Kolaborasi pemberian farmakologi Monitor Tanda Tanda Vital 		<p>S:Klien mengatakan pusing nyeri kepala sudah berkurang skala 4 dan sakit pada tangan yang ada lukanya</p> <p>O: Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 CRT < 2detik Suhu 36 °C Nadi 82 x/menit Tensi darah 140/90 mmHg Respirasi 24 x/menit Luka pada kepala dan hidung Patah pada tangan kiri Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 4 T: hilang timbul</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri mengenai nyeri Ajarkan teknik non farmakologi Kurangi faktor pencetus nyeri Kolaborasi pemberian farmakologi Monitor Tanda Tanda Vital 		<p>S:Klien mengatakan sudah tidak pusing dan nyeri kepala sudah berkurang skala 2 dan sudah berkurang sakit pada luka tangannya</p> <p>O: Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 CRT < 2detik Suhu 36,2 °C Nadi 80 x/menit Tensi darah 130/90 mmHg Respirasi 24 x/menit Luka pada kepala dan hidung Patah pada tangan kiri Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 2 T: hilang timbul</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi keperawatan dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri mengenai nyeri Ajarkan teknik non farmakologi Kurangi faktor pencetus nyeri Kolaborasi pemberian farmakologi Monitor Tanda Tanda Vital 	

Diagnosa Keperawatan	Hari ke-1 Sabtu 14 Maret 2020	Paraf	Hari ke-2 Minggu 15 Maret 2020	Paraf	Hari ke-3 Senin 16 Maret 2020	Paraf
Klien 2 Nyeri akut b.d agen pencedera fisik (trauma kepala)	<p>S : Klien mengatakan pusing berputar nyeri kepala skala 5 dan perih bagian luka dikaki</p> <p>O:Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 CRT < 2 detik Suhu 36,4 °C Nadi 80 x/menit Tensi darah 170/100 mmHg Respirasi 28 x/menit luka pada wajah dan pipi Patah kaki kanan Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 5 T: Terus menerus</p> <p>A : masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri Berikan edukasi mengenai nyeri Ajarkan teknik non farmakologi Kolaborasi pemberian farmakologi Monitor Tanda Tanda Vital 		<p>S : Klien mengatakan pusing berputar dan nyeri kepala skala 2 dan perih bagian luka dikaki</p> <p>O:Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 CRT < 2 detik Suhu 36 °C Nadi 84 x/menit Tensi darah 150/100 mmHg Respirasi 24 x/menit luka pada wajah dan pipi Patah kaki kanan Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 2 T: Hilang timbul</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri mengenai nyeri Ajarkan teknik non farmakologi Kurangi faktor pencetus nyeri Kolaborasi pemberian farmakologi Monitor Tanda Tanda Vital 		<p>S : Klien mengatakan pusing berputar berkurang dan sudah tidak nyeri tetapi perih bagian luka dikaki masih terasa</p> <p>O:Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 CRT < 2 detik Suhu 36,4 °C Nadi 82 x/menit Tensi darah 130/90 mmHg Respirasi 22 x/menit luka pada wajah dan pipi Patah kaki kanan Mengkaji respon terhadap nyeri: sudah tidak nyeri</p> <p>A : masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> Lakukan pengkajian nyeri mengenai nyeri Ajarkan teknik non farmakologi Kurangi faktor pencetus nyeri Kolaborasi pemberian farmakologi Monitor Tanda Tanda Vital 	

Sumber: data primer, 2020

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

Berdasarkan pengkajian didapat data klien 1 mengatakan pusing nyeri kepala skala 6 dan sakit pada tangan yang ada lukanya O: Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 Suhu 37 °C Nadi 80 x/menit Tensi darah 90/70 mmHg Respirasi 28 x/menit Luka pada kepala lebar 1 cm dan hidung Patah pada tangan kiri Perdarahan pada telinga Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditimpa benda berat R: Kepala S: 6 T: hilang timbul. Sedangkan klien 2 mengatakan pusing berputar nyeri kepala skala 5 luka pada kepala lebar 1,5 cm dan perih bagian luka dikaki Keadaan umum : lemah Kesadaran: composmentis GCS 4-5-6 Suhu 36,4 °C Nadi 80 x/menit Tensi darah 90/80 mmHg Respirasi 28 x/menit luka pada wajah dan pipi Patah kaki kanan Mengkaji respon terhadap nyeri P: Dislokasi Q: Ditusuk-tusuk R: Kepala S: 5 T: Terus menerus.

Setelah kembali ke kesadaran yang composmentis pada tahap inilah pasien dengan cedera otak sedang akan merasakan nyeri akut yang timbul mendadak pada bagian kepala akibat tekanan intra kranial yang disebabkan oleh hematoma pada bagian otak dan fraktur pada tulang tengkorak (Rosani P, 2018). Setelah terjadinya trauma dapat juga mengakibatkan kelainan status mental (kebingungan, disorientasi, dan pemikiran lambat), defisit neurologis (kelemahan, kehilangan keseimbangan, perubahan penglihatan, praxis, paresis atau plegia, kelainan sensoris dan afasia (Clarinta, 2016).

Menurut peneliti pada kedua klien mengalami cedera otak sedang dikarenakan kedua klien mengeluh nyeri kepala dengan skala berbeda klien 1 skala 6 sedangkan klien 2 skala 5 dan kedua klien juga mengalami luka pada kepala. Peneliti tidak menemukan kesenjangan antara data dan teori.

4.2.2 Diagnosa

Diagnosa keperawatan pada kedua klien ditegakkan berdasarkan keluhan yang dirasakan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma kepala).

Cedera otak sedang didefinisikan dengan adanya GCS 9-12 dimana pasien mengeluh nyeri, serta terdapat abrasi dan hematoma (Rosani P, 2018). Nyeri akut yang muncul pada pasien cedera otak sedang pada bagian kepala akibat adanya tekanan intra kranial yang disebabkan oleh hematoma pada bagian otak dan fraktur pada tulang tengkorak (Rosani P, 2018).

Menurut peneliti diagnosa keperawatan yang ditegakkan untuk kedua klien yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma kepala), kondisi dimana terjadi nyeri akut yang muncul pada pasien cedera otak sedang pada bagian kepala akibat adanya tekanan intra kranial. Keterangan dengan teori dan fakta data tersebut tidak terjadi kesenjangan

4.2.3 Intervensi

Intervensi keperawatan kedua klien yang dibuat disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yaitu Manajemen Nyeri: Lakukan pengkajian nyeri komprehensif, Berikan edukasi mengenai nyeri dan faktor penyebab nyeri, Ajarkan teknik non farmakologi, Kurangi faktor pencetus nyeri, Kolaborasi pemberian farmakologi berupa analgesic dengan pemantauan ketat dan Monitor Tanda Tanda Vital.

Menurut Kasenda M, (2018) intervensi keperawatan untuk nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma kepala) yaitu Manajemen Nyeri: Lakukan pengkajian nyeri komprehensif, Berikan edukasi mengenai nyeri dan faktor penyebab nyeri, Ajarkan teknik non farmakologi, Kurangi faktor pencetus nyeri, Kolaborasi pemberian farmakologi berupa analgesic dengan pemantauan ketat dan Monitor Tanda Tanda Vital: Monitor tekanan darah sistolik dan diastolic, Monitor denyut nadi, Monitor frekuensi pernafasan, Monitor suhu bila mengalami hipotermi atau hipertermi, Catat hasil pemantauan tanda- tanda vital

Menurut peneliti intervensi keperawatan pada kedua klien diberikan sesuai kondisi klien berdasarkan diagnosa keperawatan yaitu dengan memberikan intervensi Manajemen Nyeri: Lakukan pengkajian nyeri komprehensif, Berikan edukasi mengenai nyeri dan faktor penyebab nyeri, Ajarkan teknik non farmakologi, Kurangi faktor pencetus nyeri, Kolaborasi pemberian farmakologi berupa analgesic dengan pemantauan ketat dan Monitor Tanda Tanda Vital.

4.2.4 Implementasi

Implementasi yang diberikan pada kedua klien sama seperti intervensi keperawatan yang membedakan hanyalah pada pemberian terapi medis yang diresepkan oleh dokter yang disesuaikan dengan keadaan dan kebutuhan klien. Klien 1 ketorolac 3 x 30 mg, ranitidin 2x 25 mg, ceftriaxon 2x1 gr, citicolin 2 x 500 mg, asam tranexamat 3x 500 mg, antrain 3 x 500 mg sedangkan klien 2 pantoprazole 2 x 1 vial ceftriaxon 2 x 1 gr domperidone 2 x 10 mg ketorolac 3 x 30 mg antrain 3 x 500 mg asam tranexamat 3x 500 mg.

Penatalaksanaan di rumah sakit menurut Pretyana D A, (2017), adalah berikan infuse dengan cairan non osmotik (kecuali dextrose oleh karena dextrose cepat dimetabolisme menjadi H_2O+CO_2 sehingga dapat menimbulkan edema serebri), diberikan analgesia atau anti muntah secara intravena, berikan posisi kepala dengan sudut 15-45 derajat tanpa bantal kepala, dan posisi netral, karena dengan posisi tersebut dari kaki dapat meningkatkan dan memperlancar aliran balik vena kepala sehingga mengurangi kongesti cerebrum dan mencegah penekanan pada syaraf medula spinalis yang menambah TIK.

Menurut peneliti implementasi keperawatan dan terapi medis kedua klien sudah diberikan sesuai dengan keadaan dan kebutuhan klien dengan tujuan mempercepat proses kesembuhan klien.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan disimpulkan pada hari ke tiga didapatkan data klien 1 mengatakan sudah tidak pusing dan nyeri kepala sudah

berkurang skala 2 dan sudah berkurang sakit pada luka tangannya. Sedangkan klien 2 mengatakan pusing berputar berkurang dan sudah tidak nyeri tetapi perih bagian luka dikaki masih terasa.

Tahap terakhir dari proses keperawatan adalah evaluasi. Tahap penilaian atau evaluasi adalah perbandingan yang sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dengan tenaga kesehatan lainnya. Tujuan evaluasi adalah untuk melihat kemampuan klien dalam mencapai tujuan (Setiadi, 2010).

Menurut peneliti evaluasi keperawatan dari kedua klien menunjukkan hasil perkembangan yang signifikan hal ini dibuktikan dengan data klien 1 mengatakan sudah tidak pusing dan nyeri kepala sudah berkurang skala 2. Sedangkan klien 2 mengatakan pusing berputar berkurang dan sudah tidak nyeri tetapi perih bagian luka dikaki masih terasa.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

- 5.1.1 Berdasarkan pengkajian didapat data klien 1 mengatakan pusing nyeri kepala skala 6 dan sakit pada tangan yang ada lukanya sedangkan klien 2 mengatakan pusing berputar nyeri kepala skala 5 dan perih bagian luka dikaki.
- 5.1.2 Diagnosa keperawatan pada kedua klien ditegakkan berdasarkan keluhan yang dirasakan yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik (trauma kepala).
- 5.1.3 Intervensi keperawatan kedua klien yang dibuat disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yaitu Manajemen Nyeri: Lakukan pengkajian nyeri komprehensif, Berikan edukasi mengenai nyeri dan faktor penyebab nyeri, Ajarkan teknik non farmakologi, Kurangi faktor pencetus nyeri, Kolaborasi pemberian farmakologi berupa analgesic dengan pemantauan ketat dan Monitor Tanda Tanda Vital.
- 5.1.4 Implementasi keperawatan pada kedua klien sudah dilakukan sesuai intervensi keperawatan yang sudah dibuat sesuai intervensi keperawatan yang membedakan hanya pada terapi medias klien.
- 5.1.5 Evaluasi keperawatan dari kedua klien menunjukkan hasil perkembangan teratasi sebagian hal ini dikarenakan kedua klien masih merasakan sakit pada bagian lukanya dan klien 1 masih nyeri skala 2 pada kepalanya.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi klien dan keluarga

Diharapkan penelitian ini dapat menambah pengetahuan cara perawat pasien cedera otak sedang sehingga mempermudah saat perawatan lanjutan di rumah saat klien sudah diperbolehkan pulang dari rumah sakit.

5.2.2 Bagi perawat

Diharapkan dapat mengaplikasikan asuhan keperawatan pasien cedera otak sedang secara optimal dengan melakukan pengkajian yang detail sehingga mempercepat proses kesembuhan klien.

5.2.3 Bagi institusi pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam pembelajaran asuhan keperawatan cedera otak sedang dan sebagai bahan tambahan untuk peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin, Hardhi, 2013, *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC, Jilid 1,2*, Yogyakarta : MediAction Publishing
- Clarinta, U & Iyos, R.N. 201, *Cedera Kepala Berat dengan Perdarahan Subaraknoid. Medula Unila*, Volume 4. Nomor 4. Januari 2016: 189
- ICME STIKes, 2020, *Buku Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah*, Jombang : Stikes Icme.
- Mubarak, W. I, 2015, *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, 2015, *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Ed,3, Jakarta Selatan : Salemba Medika.
- Pretyana D. A, 2017, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Yang Mengalami Cedera Kepala Ringan Dengan Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas Di Igd Rsud Karanganyar*, Program Studi D3 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Kusuma Husada Surakarta.
- Prasetyo, JokoWareng, Purwanti, oktisri, 2016, *Pengaruh Terapi Hypoanalgesia pada Nyeri Post Operasi Fraktur di Rumah Sakit Karima Utama Surakarta*, <http://v1.eprints.ums.ac.id/archive/etd/44867/6>
- Potter, Perry, 2010, *Fundamental Of Nursing: Consep, Proses and Practice. Edisi 7. Vol. 3*. Jakarta : EGC
- Rosani P, 2018, *Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Ringan + Multiple Fraktur (Fraktur Maksilofacial + Fraktur Femur 1/3 Dextra Tertutup) Dengan Pemberian Aromaterapi Jeruk Untuk Mengurangi Nyeri Di Ruang Igd Rsup Dr.M.Djamil Padang*, Program Profesi Ners Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas.
- RM RSUD Bangil, 2020, *Data pasien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di RSUD Bangil Pasuruan*, Pasuruhan: Rekam Medik RSUD Bangil
- Suripto Y, 2018, *Asuhan Keperawatan Pada Klien Dengan Cedera Otak Sedang (Cos) Dengan Masalah Nyeri Akut (Di Ruang High Care Unit Rsud Bangil Pasuruan*, Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

- Setiadi, Nugroho J, 2010, *Perilaku Konsumen*. Jakarta: Kencana
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017, *Stanadar Diagnosis keperawatan Indonesia Definisi dan indikator diagnostik*, edisi 1 : PPNI
- Verra Apriawanti, Sonny G.R. Saragih, Diana Natalia, (2019), *Hubungan antara Glasgow Coma Scale dan Lama Perawatan pada Pasien Cedera Kepala dengan Perdarahan Subdural*, Jurnal Kesehatan Khatulistiwa. Volume 5. Nomor 1: FK UNTAN
- Wijaya, A.S & Putri, Y.M, 2013, *KMB 1 Keoerawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta: Nuha Medika
- Wijaya, A.S & Putri, Y.M, 2013, *KMB 2 Keoerawatan Medikal Bedah*, Yogyakarta: Nuha Medika

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th.2020**

No	Kegiatan	Bulan																			
		Januari				Februari				Maret				April				Mei			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus	■	■	■	■	■	■	■	■												
2	Pembibingan Proposal Studi Kasus									■	■	■	■	■							
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus													■							
4	Ujian Proposal Studi Kasus														■						
5	Revisi Proposal Studi Kasus															■					
6	Pengambilan dan Pengolahan Data																■				
7	Pembimbingan Hasil																	■	■	■	
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																				■
9	Ujian Sidang Studi Kasus																				
10	Revisi Studi Kasus dan pengumpulan Studi Kasus																				

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Yusuf Prasetyo

NIM : 171210038

Adalah mahasiswa DIII Keperawatan STIKes ICMe Jombang yang akan melakukan karya tulis ilmiah dalam bentuk studi kasus tentang “asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan” sebagai upaya dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Tugas akhir ini bermanfaat sebagai meningkatkan mutu pelayanan dan perawatan pada klien COS.

Untuk itu saya mohon partisipasi Bapak/Ibu menjadi responden dalam karya tulis ilmiah ini. Semua data yang telah dikumpulkan akan dirahasiakan. Data responden disajikan untuk keperluan karya tulis ilmiah ini. Apabila dalam penelitian ini responden merasa tidak nyaman dengan kegiatan yang dilakukan, maka responden dapat mengundurkan diri.

Apabila Bapak/Ibu bersedia menjadi responden, silahkan menandatangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

Yusuf Prasetyo

Lampiran 3

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Tn. Y.....

Umur :52 tahun.....

Jenis Kelamin :Laki Laki.....

Pekerjaan :Petani.....

Alamat :Kebonsari,Purworejo Pasuruan.....

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah “asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan nyeri akut.
3. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat merawat klien cedera otak sedang (COS).

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Bangil, Februari 2020

Peneliti,

Responden,

(.....)

(.....)

Saksi Pertama

(.....)

INFORMED CONSENT

(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama .Tn.K.....

Umur :54 Tahun.....

Jenis Kelamin :Laki Laki.....

Pekerjaan :Petani.....

Alamat :Tamban,Gadingrejo Paasuruan.....

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

- 4. Judul karya tulis ilmiah “asuhan keperawatan pada klien cedera otak sedang dengan masalah nyeri akut di ruang Melati RSUD Bangil Pasuruan”
- 5. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan pada klien cedera otak sedang (COS) dengan masalah keperawatan nyeri akut.
- 6. Manfaat yang akan diperoleh hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi pengetahuan dan manfaat kepada klien dan keluarga untuk dapat merawat klien cedera otak sedang (COS).

Responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penelitian dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak manapun.

Bangil, Februari 2020

Peneliti,

Responden,

(.....)

(.....)

Saksi Pertama

(.....)

Lampiran 4



PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG
2020

PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Pengkajian tgl. : Jam :

MRS tanggal : No. RM :

Diagnosa Masuk :

A. IDENTITAS PASIEN

Nama : Penanggung jawab biaya :

Usia : Nama :

Jenis kelamin : Alamat :

Suku : Hub. Keluarga :

Agama : Telepon :

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/hr		

<p>Jenis.....</p> <p>Diit</p> <p>Pantangan</p> <p>Alergi</p> <p>makanan yang disukai</p> <p>Minum</p> <p>Frekuensi..... x/hari</p> <p>Jenis.....</p> <p>Alergi</p>		
<p>Eliminasi</p> <p>BAB</p> <p>Frekuensix/hari</p> <p>warna</p> <p>konsistensi</p> <p>BAK</p> <p>FrekuensiX/Hari</p> <p>Warna</p> <p>Alat bantu</p>		
<p>Kebersihan Diri</p> <p>Mandi.....X/hari</p> <p>Keramasx/hari</p> <p>Sikat GigiX/Hari</p> <p>Memotong Kuku.....</p> <p>Ganti Pakaian</p> <p>Toileting</p>		
<p>Istirahat/Tidur</p>		

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

Septum nasi simetris tidak simetris

Lain-lain

Masalah Keperawatan :

b. Bentuk dada simetris asimetris barrel chest
 Funnel chest Pigeons chest

c. Keluhan sesak batuk nyeri waktu napas

d. Irama napas teratur tidak teratur

e. Suara napas vesicular ronchi D/S wheezing D/S rales D/S

Lain-lain:

3. Sistem Kardiovakuler (B₂)

a. Keluhan nyeri dada ya tidak

b. Irama jantung teratur tidak teratur

c. CRT < 3 detik > 3 detik

d. Konjungtiva pucat ya tidak

e. JVP normal meningkat menurun

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

4. Sistem Persarafan (B₃)

a. Kesadaran composmentis apatis somnolen sopor koma

GCS :

b. Keluhan pusing ya tidak

c. Pupil isokor anisokor

d. Nyeri tidak ya, skala nyeri : lokasi :

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

5. Sistem Perkemihan (B₄)

a. Keluhan : kencing menetes inkontinensia retensi

gross hematuri disuria poliuria

Masalah Keperawatan :

Lain-lain :

G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL

- 1. Persepsi klien terhadap penyakitnya
 cobaan Tuhan hukuman lainnya
 - 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 :

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.

Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional
		Mengandung SMART			

--	--	--	--	--	--

Implementasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf

Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM :

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

--	--	--	--	--

LEMBAR KONSUL KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Yusuf Prastyo Alam
 NIM : 171210038
 Program Studi : D3 Keperawatan
 Judul KTI :

Pembimbing I : H. Imam fatoni, SKM, MM




Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan
Selasa 14/01/2020	Revisi Judul Revisi BAB I : latar belakang masalah, skala data kronologi dan solusi	✓
Rabu 15/01/2020	Acc Judul Revisi bab I : masalah, kronologi	✓
Jum'at 17/01/2020	Revisi BAB I : solusi lanjut bab 2.	✓
Rabu 22/01/2020	Acc bab I Revisi bab 2 : penulisan Jarak.	✓
Jum'at 24/01/2020	Revisi bab 2 : pathway. Lanjut BAB III	✓
Sabtu 25/01/2020	Acc BAB I Revisi BAB III Masih ada penulisan 73 salah	✓
Kamis, 30/01/2020	Revisi BAB III selesai	✓

**LEMBAR MENGIKUTI
SEMINAR PROPOSAL KARYA TULIS ILMIAH / STUDI KASUS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

NAMA : Y. PRASETYO ALAM

NIM : 171210038

PRODI : D3 KEPERAWATAN

NO	NAMA PENGUJI	TANDA TANGAN PENGUJI	KETERANGAN STATUS AUDIENCE SEMINAR (SEBAGAI PESERTA/ PEMBAHAS)
1	Ibu Ruliati gkm ., M.kes		Peserta
2	Ibu Hindayah lke, S.kep.,Ns.,M.kep		Peserta
3	Ibu Maharani		Pembahas

CATATAN: Mahasiswa boleh mendaftar ujian Hasil Karya Tulis Ilmiah / Studi Kasus di Administrasi Akademik Prodi setelah memenuhi persyaratan minimal mengikuti 3x seminar proposal.