

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TRAUMA KEPALA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO
KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI
JARINGANOTAK**

(Studi Di Ruang Asoka RSUD Jombang)



Oleh :

MIFTAKHUL KHUSNAH

NIM. 151210020

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TRAUMA KEPALA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO
KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI
JARINGAN OTAK**

(Studi Di Ruang Asoka RSUD Jombang)



Oleh :

MIFTAKHUL KHUSNAH

NIM. 151210020

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018**

KARYA TULIS ILMIAH : STUDI KASUS

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TRAUMA KEPALA
DENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO
KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI
JARINGAN OTAK

(Studi Di Ruang Asoka RSUD Jombang)

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

OLEH :

MIFTAKHUL KHUSNAH

NIM. 151210020

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2018

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Miftakhul Khusnah
NIM : 151210020
Jenjang : Diploma
Program Studi : D3 Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI dengan judul Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak secara keseluruhan benar-benar karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang 3 Oktober 2018

Saya Yang Menyatakan



Miftakhul Khusnah
NIM 151210020

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : MIFTAKHUL KHUSNAH

Nim : 151210020

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

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

Jombang, 03 Oktober 2018

Saya yang menyatakan



MIFTAKHUL KHUSNAH

NIM : 151210020

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : MIFTAKHUL KHUSNAH

Nim : 151210020

Jenjang : Diploma

Program Studi : Keperawatan

Menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah (KTI) yang berjudul “ Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak Di RSUD Jombang” adalah bukan Karya Ilmiah orang lain baik sebagian maupun keseluruhan kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

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

Jombang, April 2018



MIFTAKHUL KHUSNAH

NIM. 151210020

LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Miftakhul Khusnah
NIM : 151210020
Program Studi : DIII Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma
Kepala Dengan Masalah Keperawatan
Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan
Otak

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



Arif Wijaya, S.Kep.M.Kep
NIK.01.11.437

Pembimbing Anggota



Inavatul Aini, S.ST.M.Kes
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 : Miftakhul Khusnah
NIM : 151210020
Program Studi : D III Keperawatan
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Bayi Asfiksia Neonatorum dengan Masalah Ketidakefektifan Bersih Jalan Napas di Ruang Perinatologi RSUD Bangil Pasuruan

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 : Ruliati, SKM.M.Kes ()

Penguji Utama : Arif Wijaya, S.Kep., M.Kep ()

Penguji Anggota : Inayatul Aini S.ST.M.Kes ()

Ditetapkan di : JOMBANG

Pada : April 2018

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Ngawi, 09 November 1996 dari Ayah yang bernama Setya Hadi dan Ibu bernama Supainah. Penulis merupakan anak pertama dan tunggal.

Tahun 2003 penulis lulus dari TK Dharma Wanita Padas Ngawi. Tahun 2009 penulis lulus dari SD Negeri Karang Malang 2. Tahun 2012 penulis lulus dari SMP Negeri 1 Kasreman dan tahun 2015 penulis lulus dari SMK Kesehatan Bakti Indonesia Medika Ngawi, tahun 2015 penulis lulus seleksi masuk STIKES “Insan Cendekia Medika” Jombang melalui jalur PMDK. Penulis memilih program Studi DIII Keperawatan dari lima pilihan program studi yang ada di STIKES “ICME” Jombang.

Jombang, April 201

MOTTO

“ Hidup ini pilihanjadi tetaplah berjuang gapai cita – citamu setinggi mungkin”

PERSEMBAHAN

Aku persembahkan Karya Tulis ini untuk seseorang yang selalu mensupport aku dan selalu memberi semangat dukungan dalam bentuk apapun dan yang selalu menemani di setiap revisi sampai ke gerbang pintu ujian.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah- Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah dengan judul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak” ini dapat terselesaikan tepat pada waktunya.

Karya Tulis Ilmiah penelitian ini disusun sebagai salah satu persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Insan Cendekia Medika Jombang. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini penulis banyak mendapat bimbingan dan arahan dari berbagai pihak oleh karena itu penulis mengucapkan banyak terimakasih kepada Ketua Stikes ICME Jombang, Pembimbing Utama, Pembimbing Anggota, Ketua Program Studi D3 Keperawatan, Direktur RSUD Jombang yang telah memberikan izin untuk penelitian, beserta staf perawat di Ruang Asoka dan responden yang berpartisipasi dalam penelitian ini, beserta seluruh civitas akademik program studi D3 Keperawatan saya ucapkan banyak terimakasih. Ungkapan terimakasih juga saya sampaikan kepada kedua orang tua yang telah membiayai pendidikan sampai jenjang diploma serta yang selalu memanjatkan doa di setiap sujudnya sehingga karya tulis ini terselesaikan. Serta teman-teman D3 Keperawatan yang aku cintai sudah menjadi teman-teman yang luar biasa selama 3 tahun ini.

Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini banyak sekalikekurangan, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari semua pembaca. Semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pembaca.

Jombang, April 2018

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN TRAUMA KEPALADENGAN MASALAH KEPERAWATAN RESIKO KETIDAKEFEKTIFAN PERFUSI JARINGAN OTAK DI RUANGASOKA RSUDJOMBANG

Oleh :

MIFTAKHUL KHUSNAH

Trauma kepala merupakan suatu gangguan traumatik pada fungsi otak yang di sertai atau tanpa di sertai perdarahan intestinal dalam substansi otak tanpa di ikuti terputusnya kontinuitas otak dan terjadi karena adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa di sertai kehilangan kesadaran. Tujuan umum penelitian ini adalah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak. Penelitian ini dilakukan di ruang Asoka RSUD Jombang pada tanggal 26-28 April 2018 dan di dapatkan angka kejadian Trauma Kepala 156 kasus/bulan di tahun 2018.

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Penelitian yang di ambil dari RSUD Jombang sebanyak 2 klien dengan masalah keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak.

Pada klien dengan masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak, intervensi yang digunakan adalah NOC : status neurologi, perfusi jaringan serebral. NIC : manajemen edema serebral, monitor tanda-tanda vital, monitor tekanan intrakranial.

Berdasarkan hasil evaluasi 3 hari terakhir menunjukan klien 1 dan 2 masih belum teratasi masalahnya. Saran yang di berikan sebaiknya keluarga meningkatkan pengetahuan tentang perawatan pada klien Trauma Kepala sehingga keluarga bisa mengurangi rasa pusing yang di timbulkan sewaktu waktu pada pasien dengan post trauma kepala.

Kata kunci : Trauma Kepala, Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

ABSTRACT
NURSING CARE IN CLIENT HEAD TRAUMA WITH PROBLEM NURSING
RISK OF INFECTION PERFUSION BRAIN
NETWORK IN ROOM ASOKA RSUD
JOMBANG

By:

MIFTAKHUL KHUSNAH

Head trauma is a traumatic disorder of brain function accompanied or absent with intestinal bleeding in brain substance without following discontinuous brain continuity and occurs due to a sudden blow or collision of the head with or without consciousness loss. The general purpose of this study is to implement Nursing Care At Head Trauma Clients With Problem Nursing Risk Of Infection Perfusion Brain Network. This research was conducted in Asoka Hospital of Jombang General Hospital on 26-28 April 2018 and got Head Trauma incidence rate 156 cases / month in 2018.

The research design used is case study. Research taken from RSUD Jombang as many as 2 clients with Problem Nursing Risk Of Infection Perfusion Brain Network.

On clients with Problem Nursing Risk Of Infection Perfusion Brain Network, the intervention used was NOC: neurological status, cerebral tissue perfusion. NIC: management of cerebral edema, monitor vital signs, intracranial pressure monitor.

Based on the evaluation of the last 3 days shows the clients 1 and 2 are still not resolved the problem. Suggestions are given should the family increase knowledge about the care of the Head Trauma client so that the family can reduce the sense of dizziness in timbulkan sewaktu waktu in patients with head trauma post.

Keywords: Head Trauma, Risk Of Infection Perfusion Brain Network

DAFTAR ISI

Halaman Sampul Depan	i
Halaman Sampul Belakang	ii
Pernyataan Keaslian	iii
Pernyataan Bebas Plagiasi	iv
Surat Pernyataan	v
Lembar Persetujuan	vi
Lembar Pengesahan	vii
Riwayat Hidup	viii
Motto	ix
Kata Pengantar	x
Abstrak.....	xi
Daftar Isi	xiii
Daftar Gambar	xvi
Daftar Tabel	xvii
Daftar Singkatan	xviii
Daftar lampiran	xix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan Penelitian	3
1.4.1 Tujuan Umum	3
1.4.2 Tujuan Khusus	4
1.5 Manfaat Penelitian	4
1.5.1 Manfaat Teoritis.....	4
1.5.2 Manfaat Praktis	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Trauma Kepala	
2.1.1 Definisi Trauma Kepala	7
2.1.2 Klasifikasi Trauma Kepala	8

2.1.3 Etiologi Trauma Kepala.....	9
2.1.4 Faktor Risiko Trauma Kepala.....	10
2.1.5 Patofisiologi Trauma Kepala	11
2.1.6 WOC Trauma Kepala.....	12
2.1.7 Manifestasi Klinis Trauma Kepala	11
2.1.8 Pemeriksaan Penunjang Trauma Kepala	13
2.1.9 Komplikasi Trauma Kepala.....	13
2.1.10 Penatalaksanaan Trauma Kepala	13
2.1.11 Penanganan pertama untuk kasus Trauma Kepala	14
2.2 Konsep Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak	
2.2.1 Definisi Resiko Ketidakstabilan Perfusi Jaringan Otak	15
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak	
2.3.1 Pengkajian	17
2.3.2 Pemeriksaan Fisik.....	18
2.4 Diagnosa Keperawatan	23
2.5 Intervensi Keperawatan	25
2.6 Implementasi Keperawatan	26
2.7 Evaluasi Keperawatan	28

BAB 3 METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian	29
3.2 Batasan Istilah	29
3.3 Partisipan	30
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian	
3.4.1 Lokasi Penelitian	30
3.4.2 Waktu Penelitian	30
3.5 Pengumpulan Data	31
3.6 Uji Keabsahan Data.....	32
3.7 Analisis Data	32
3.8 Etik Penelitian	34

BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data.....	35
4.1.2 Pengkajian	36
4.1.3 Analisa Data	36
4.1.4 Diagnosa Keperawatan.....	42
4.1.5 Intervensi Keperawatan.....	43
4.1.6 Implementasi Keperawatan	44
4.1.7 Evaluasi Keperawatan	47

4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian	49
4.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	50
4.2.3 Intervensi Keperawatan.....	51
4.2.4 Implementasi Keperawatan.....	52
4.2.5 Evaluasi Keperawatan	53

BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan.....	54
5.2 Saran.....	55

Daftar pustaka.....	56
----------------------------	-----------

Lampiran	57
-----------------------	-----------

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 : <i>WOC</i> Stroke Nanda	10

DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 2.1 Klasifikasi Trauma Kepala berdasarkan kerusakan Jaringan Otak.....	6
Tabel 2.2 Klasifikasi Trauma Kepala berdasarkan tingkat Keparahan.....	7
Tabel 2.3 Klasifikasi Trauma Kepala berdasarkan jenisnya.....	7
Tabel 2.4 Nilai normal <i>Glasgow Coma Scale</i>	19
Tabel 2.5 Nilai motorik.....	19
Tabel 2.6 Intervensi Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak.....	25
Tabel 4.1 Identitas Klien.....	36
Tabel 4.2 Riwayat Penyakit.....	36
Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan.....	37
Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik 6B.....	39
Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik.....	40
Tabel 4.6 Pemeriksaan Laboratorium.....	40
Tabel 4.7 Pemberian Terapi.....	41
Tabel 4.8 Analisa Data.....	41
Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan.....	43
Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Klien 1 dan 2.....	44
Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Klien 1 dan 2.....	47

DAFTAR SINGKATAN

AGD	: Analisa Gas Darah
ATLS	: <i>Advanced Trauma Life Support</i>
CSS	: Cairan Cerebrospinal
CVP	: <i>Central Venous Pressure</i>
CSF	: <i>Critical Success Factors</i>
CPP	: <i>Controllable Pitch Propeler</i>
IV	: Intravena
IPPA	: Inpeksi, Perkusi, Palpasi, Auskultasi
NANDA	: North American Nursing Diagnosis Association
NIC	: Nursing Intervention Classification
NOC	: Nursing Outcome Classification
PEEP	: <i>Positive End- Expiratory Pressure</i>
PCWP	: <i>Pulmonary Wedge Pressure</i>
ROM	: <i>Read-only Memory</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TIK	: Tekanan Intrakranial
TTV	: Tanda Tanda Vital
WBC	: White Blood Cell
WHO	: World Health Organization / Organisasi Kesehatan Dunia
WOC	: Web Of Caution

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Karya Tulis Ilmiah	57
Lampiran 2	Permohonan Menjadi Responden	58
Lampiran 3	Persetujuan Menjadi Responden	59
Lampiran 4	Form Pengkajian Keperawatan Medikal Bedah	61
Lampiran 5	Penelitian	71
Lampiran 6	Lembar Konsul Pembimbing 1	72
Lampiran 7	Lembar Konsul Pembimbing 2	73
Lampiran 8	Surat Balasan Keterangan BAKORDIKLAT RSUD Jombang.....	74

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Trauma kepala merupakan suatu gangguan traumatik pada fungsi otak yang di sertai atau tanpa di sertai perdarahan intestinal dalam substansi otak tanpa di ikuti terputusnya kontinuitas otak dan terjadi karena adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa di sertai kehilangan kesadaran (Muttaqin, 2008). Secara umum insiden trauma kepala meningkat dengan tajam karena adanya peningkatan kendaraan bermotor sehingga menyebabkan terjadinya kecelakaan lalu lintas di jalan raya (Miranda, 2014).Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak terjadi pada 24 jam pertama trauma kepala yang di akibatkan oleh situasi oksigen dalam otak dan *Glasgow Coma Scale (GCS)* menurun, apabila tidak di tangani dengan baik dan dengan segera akan meningkatkan tekanan intrakranial pada otak sehingga penanganan utamanya harus dengan meningkatkan suplai oksigen ke otak (Kusuma, 2012).

World Health Organization (WHO) memperkirakan bahwa pada tahun 2020 kecelakaan lalu lintas akan menjadi penyebab penyakit trauma ketiga terbanyak di dunia (Irawan, 2010). Di Indonesia saat ini trauma kepala merupakan penyebab hampir setengah dari seluruh kematian akibat trauma, hal ini di karenakan kepala merupakan bagian tersering dan rentan terlibat dalam suatu kecelakaan. Distribusi kasus trauma kepala lebih rentan pada kelompok usia produktif yaitu 15 – 44 tahun (Satyanegara, 2014). Berdasarkan hasil Riskesdas tahun 2013, prevalensi trauma kepala di Indonesia sebesar 8,2%. Jawa timur

dalam kasus trauma kepala menduduki peringkat ke 6 dengan prevalensi sebesar 9,3%. Kejadian trauma kepala terbanyak disebabkan karena jatuh 40,9% dan kecelakaan sepeda motor 40,6%. Menurut penelitian pada tahun 2008 jumlah kejadian angka trauma kepala sebanyak 2126 orang, sebanyak 66,7% terjadi karena kecelakaan lalu lintas (Dian, 2009).

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak umumnya terjadi pada kasus traumakepala yang diakibatkan oleh kecelakaan lalu lintas maupun bukan kecelakaan lalu lintas. Penyebab trauma kepala bukan kecelakaan lalu lintas meliputi jatuh, terkena benda tajam, terbakar, terkena air panas, tergigit atau tersengat hewan, kejatuhan atau terkena lemparan benda dan lainnya. Tempat terjadinya trauma dapat dibedakan antara area bisnis atau umum ataupun dalam perindustrian. Jenis trauma dapat dibedakan menjadi trauma mata saja, gagar otak saja, patah tulang saja, ataupun trauma lainnya (Tana, 2015). Terjadinya trauma pada kepala ditandai dengan keluarnya cairan *cerebrospinal* yang keluar dari telinga. Bahkan trauma kepala langsung atau tidak langsung mengenai kepala dapat mengakibatkan luka pada kulit kepala, fraktur tulang tengkorak, robekan selaput otak, dan kerusakan jaringan pada otak itu sendiri dapat mengakibatkan gangguan neurologis dan terjadinya resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak (Miranda, 2014).

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak rentan mengalami penurunan sirkulasi pada otak yang dapat mengganggu kesehatan yang beresiko terjadinya neoplasma otak (Herdman, 2015). Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat diberikan beberapa tata laksana perawatan seperti manajemen edema serebral, monitor tanda – tanda vital dan dengan memonitor tekanan intrakranial

(Butcher, 2013). Sebagai pemberi asuhan keperawatan, peran perawat adalah sebagai *Care Giver*, di antaranya yang memberikan pelayanan keperawatan secara langsung atau tidak langsung pada pasien dengan menggunakan pendekatan dan membuat langkah untuk pemecahan masalah yang muncul pada kasus trauma kepala. Peran perawat dalam hal ini adalah dengan mengurangi peningkatan tekanan intrakranial dapat di berikan tindakan keperawatan dengan posisi kepala *flat* 0° dan posisi *elevasi* 30° (Sunardi, 2011). Peningkatan karbon dioksida dan penurunan oksigen menimbulkan *vasodilatasi* dan *eksudasi* cairan yang mengakibatkan edema pada otak dan salah satu cara mekanisme kompensasi dengan reflex *chusing* dapat membantu untuk mempertahankan aliran darah ke otak agar tidak terjadinya edema pada otak yang akan meningkatkan tekanan intrakranial (Price & Lorraine, 2015).

1.2 Batasan Masalah

Masalah pada studi kasus ini di batasi pada Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan Keperawatan Pada Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak?

1.4 Tujuan Umum

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Trauma kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di Ruang Asoka RSUD Jombang.
2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di Ruang Asoka RSUD Jombang.
3. Menyusun perencanaan pada klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di Ruang Asoka RSUD Jombang.
4. Melakukan tindakan pada klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di Ruang Asoka RSUD Jombang.
5. Melakukan evaluasi pada klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di Ruang Asoka RSUD Jombang.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu Keperawatan Asuhan Keperawatan Medikal Bedah Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak agar perawat mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien selama di rawat di Rumah Sakit.

1.5.2 Manfaat praktis

1. Bagi Klien atau Keluarga

Sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaannya, sehingga mampu mengambil keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan keperawatan yang diberikan dan diajarkan oleh perawat.

2. Bagi Perawat

Sebagai bahan masukan untuk perawat khususnya di Rumah Sakit dalam melaksanakan tindakan Asuhan Keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan khususnya pada klien Trauma kepala.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat digunakan sebagai data dasar untuk penelitian selanjutnya dengan masalah keperawatan yang sama dan tema yang berbeda.

4. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Memberikan masukan dan pertimbangan bagi pimpinan rumah sakit dalam pengambilan kebijakan dalam pemberian pelayanan yang maksimal terhadap klien dengan Trauma Kepala.

5. Bagi Dosen Stikes Icme

Dapat dijadikan bahan referensi dan bahan pertimbangan bagi tenaga pendidik tentang Asuhan Keperawatan pada klien Trauma Kepala guna meningkatkan mutu dan kualitas pendidikan serta sebagai bahan referensi bagi mahasiswa keperawatan, sehingga mahasiswa dapat memperoleh gambaran tentang Asuhan Keperawatan pada klien trauma kepala.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Trauma Kepala

2.1.1 Definisi Trauma Kepala

Trauma kepala merupakan trauma yang mengenai otak yang dapat mengakibatkan perubahan fisik intelektual, emosional, dan sosial. Trauma tenaga dari luar yang mengakibatkan berkurang atau terganggunya status kesadaran dan perubahan kemampuan kognitif, fungsi fisik dan emosional (Judha & Rahil, 2011).

Trauma kepala yaitu adanya deformasi berupa penyimpangan bentuk atau penyimpangan garis pada tulang tengkorak, percepatan dan perlambatan yang merupakan perubahan bentuk di pengaruhi oleh perubahan peningkatan dan percepatan faktor dan penurunan kecepatan, serta notasi yaitu pergerakan pada kepala dirasakan juga oleh otak sebagai akibat perputaran pada tindakan pencegahan (Rendy, 2012).

2.1.2 Klasifikasi Trauma Kepala

Tabel 2.1 Klasifikasi trauma kepala berdasarkan kerusakan jaringan otak

No	Jenis	Pengertian
1	<i>Komosio serebri</i>	Gangguan fungsi neurologi ringan tanpa adanya kerusakan otak yang terjadi hilangnya kesadaran kurang dari 10 menit atau tanpa disertai amnesia retrograd, mual, muntah
2	<i>Kontusio serebri</i>	Gangguan fungsi neurologi disertai kerusakan jaringan otak tetapi kontinuitas otak masih utuh, hilangnya kesadaran lebih dari 10 menit
3	<i>Lasario serebri</i>	Gangguan fungsi neurologi disertai kerusakan otak yang berat dengan fraktur tengkorak terbuka

Tabel 2.2 Klasifikasi trauma kepala berdasarkan tingkat keparahan

Ringan	Tidak ada fraktur tulang tengkorak, tidak ada <i>kontusio serebri</i> , <i>hematom</i> , <i>GCS</i> antara 13 – 15 serta kehilangan kesadaran kurang dari 30 menit
Sedang	Kehilangan kesadaran lebih dari 30 menit, muntah, <i>GCS</i> antara 9-12 dan dapat mengalami fraktur pada tengkorak
Berat	<i>GCS</i> 3-8 dan hilang kesadaran lebih dari 24 jam serta adanya <i>kontusio serebri</i> dan <i>laserasi</i>

Tabel 2.3 Klasifikasi trauma kepala berdasarkan jenisnya

Terbuka	Menyebabkan fraktur pada tulang tengkorak jaringan otak
Tertutup	Seperti keluhan gagar otak ringan dan odem <i>serebral</i> yang luas

2.1.3 Etiologi Trauma Kepala

1. Trauma tajam

Trauma oleh benda tajam menyebabkan trauma setempat dan menimbulkan trauma lokal kerusakan lokal meliputi *Contusio serebral*, *hematom serebral*, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

2. Trauma tumpul

Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan trauma menyeluruh kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk : cedera *akson*, kerusakan otak *hipoksia*, pembekakan otak menyebar, *hemoragi* kecil multiple pada otak koma terjadi karena cedera menyebar pada *hemisfer* serebral, batang otak atau kedua-duanya.

Akibat trauma tergantung pada

- a. Kekuatan benturan
- b. *Akselerasi dan deselerasi*
- c. Cup dan kontra cup

Trauma cup adalah kerusakan pada daerah dekat terbentur

Trauma kontra cup adalah kerusakan trauma yang berlawanan pada sisi desakan benturan

3. Lokasi benturan
4. Rotasi meliputi perubahan posisi rotasi pada kepala menyebabkan trauma regangan dan robekan substansia alba dan batang otak
5. Depresi fraktur yaitu kekuatan yang mendorong fragmen tulang turun menekan otak lebih dalam yang mengakibatkan CSS mengalir keluar ke hidung ,telinga.

2.1.4 Faktor Resiko Terjadinya Trauma Kepala

1. Faktor pemakai jalan

Pemakai jalan merupakan unsure yang terpenting dalam lalu lintas karena manusia sebagai pemakai jalan.

2. Faktor pengemudi

Tingkah laku pribadi pengemudi di dalam arus lalu lintas adalah faktor yang menentukan karakteristik lalu lintas yang terjadi serta pengemudi yang mengkonsumsi alcohol atau obat-obatan saat mengendarai mobil atau motor.

3. Faktor pejalan kaki

Pejalan kaki sangat mudah mengalami cedera serius atau kematian jika di tabrak oleh kendaraan bermotor.

4. Faktor kendaraan

Sebab-sebab kecelakaan yang disebabkan faktor kendaraan yaitu kecelakaan lalu lintas karena perlengkapan, penerangan, pengamanan, dan mesin kendaraan.

5. Faktor jalan

Jalan sebagai landasan Bergeraknya kendaraan harus di rencanaakn sedemikian rupa agar memnuhi syarat keamanan dan kenyamanan bagi pemakainya.

6. Faktor lingkungan

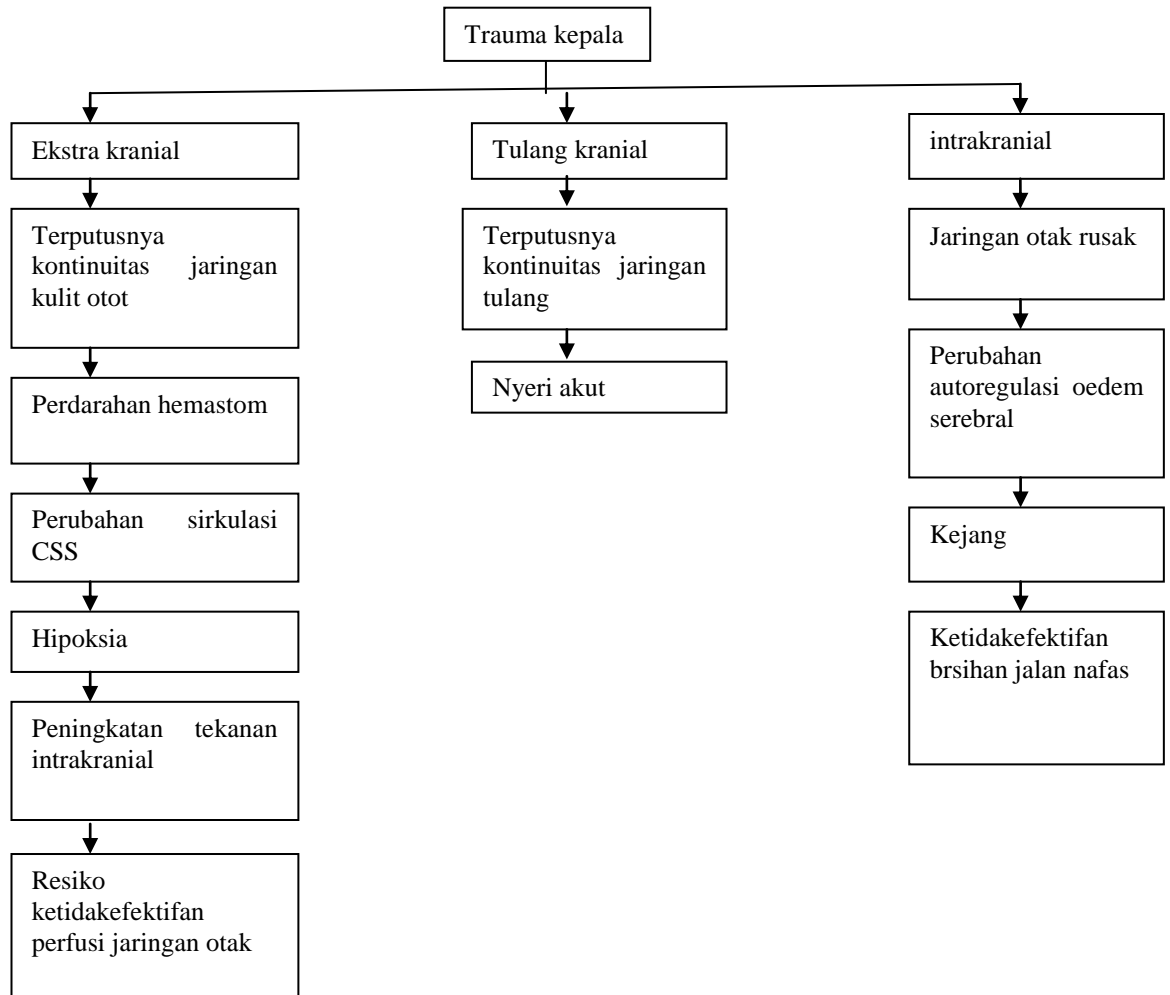
Faktor lingkungan juga sangat mempengaruhi termasuk pengemudi dalam mengatur kecepatan.

2.1.5 Patofisiologi Trauma Kepala

Adanya trauma dapat mengakibatkan gangguan atau kerusakan struktur misalnya kerusakan pada parenkim otak, kerusakan pembuluh darah, perdarahan odema dan gangguan biokimia otak seperti penurunan *adenosine tripospat* dalam *mitokondria*, perubahan *permeabilitas vaskuler*.

Perdarahan otak menimbulkan *hematom*, misalnya pada *epidural hematom* yaitu berkumpulnya darah antara lapisan *periosteum* tengkorak dengan duramater, *subdural hematom* di akibatkan berkumpulnya darah pada ruang antara dura mater dengan *subarahmoid* dan *intraserebral hematom* adalah berkumpulnya darah pada jaringan.

2.1.6 WOC Trauma Kepala



Gambar 2.1 WOC Trauma Kepala Nanda (Kusuma & Nurarif, 2015)

2.1.7 Manifestasi Klinis Trauma Kepala

1. Perdarahan *epidural* / *hematoma epidural*

- a. Suatu akumulasi darah pada ruang antara tulang tengkorak bagian dalam dan meningen paling luar.
- b. Gejala penurunan kesadaran ringan, gangguan *neurologis*, kacau mental sampai koma
- c. Peningkatan tekanan intrakranial yang mengakibatkan gangguan pernafasan, bradikardi, penurunan ttv.
- d. *Herniasi* otak yang menimbulkan dilatasi pupil dan reaksi cahaya hilang, isokor dan anisokor, ptosis.

2. *Hematoma subdural* akumulasi darah antara durameter dan *araknoid* karena robekan dengan gejala sakit kepala letargi dan kejang.

3. *Hematoma subdural* akut dengan gejala 24- 48 jam setelah cedera, sub akut gejala terjadi 2 hari sampai 2 minggu , kronis 2 minggu sampai dengan 3-4 bulan setelah trauma

4. *Hematoma intrakranial*

- a. Pengumpulan darah lebih dari 25 ml dalam parenkim otak
- b. Penyebab fraktur depresi tulang tengkorak, trauma penetrasi peluru, gerakan *akselerasi* dan *deselerasi* secara tiba – tiba.

5. Fraktur tengkorak

- a. Fraktur *liner* melibatkan os *temporal* dan parietal, jika garis fraktur meluas ke arah *orbita* / *sinus paranasal*.

- b. Fraktur *basiler* fraktur pada dasar tengkorak, bisa menimbulkan *CSS* dengan sinus dan memungkinkan bakteri masuk.

2.1.8 Pemeriksaan penunjang Trauma Kepala

1. Pemeriksaan diagnostik

- a. *CT scan*
- b. MRI dengan / tanpa menggunakan kontras
- c. *Angiografi serebral* menunjukkan kelainan sirkulasi serebral
- d. EEG memperlihatkan keadaan atau berkembangnya gelombang patologis
- e. BAER menentukan fungsi korteks dan batang otak
- f. PET menunjukkan perubahan aktivitas metabolisme pada otak

2. Pemeriksaan laboratorium

- a. AGD (PO_2, PH, HCO_3) untuk mengkaji keadekuatan ventilisasi agar AGD dalam rentang normal untuk menjamin aliran darah *serebral* adekuat atau dapat juga untuk melihat masalah oksigenasi yang dapat meningkatkan tekanan intrakranial
- b. Elektrolit serum
- c. Hematologi meliputi leukosit, Hb, *albumin, globulin*, protein serum

- d. CSS untuk menentukan kemungkinan adanya perdarahan *subarachnoid* (warna, komposisi, tekanan)
- e. Pemeriksaan toksikologi untuk mendeteksi obat yang mengakibatkan penurunan kesadaran
- f. Kadar *antikonvulsan* darah untuk mengetahui tingkat terapinyang cukup efektif untuk mengatasi kejang

2.1.9 Komplikasi Trauma Kepala

1. Defisit neurologi lokal
2. Kejang
3. Pneumonia
4. Perdarahan gastrointestinal
5. Disritmia jantung
6. *Syndrom of inappropriate secretion of antidiuretic hormone*
7. Hidrosepalus
8. Kerusakan kontrol respirasi
9. *Inkontinensiabladder dan bowel*

2.1.10 Penatalaksanaan Trauma Kepala

1. Penatalaksanaan umum
 - a. Monitor respirasi
 - b. Monitor tekanan intrakranial
 - c. Atasi syok bila ada
 - d. Kontrol tanda vital
 - e. Keseimbangan cairan dan ekektrolit

2. Operasi

Dilakukan untuk mengeluarkan darah pada *intraserebral*, *debridemen* luka, *kranioplasti*, prosedur shunting pada *hidrocephalus*, *kraniotomi*.

3. Pengobatan

- a. Diuretik untuk mengurangi edema *serebral* misalnya monitol 20%, furodemid (lasik).
- b. Antikonvulson untuk menghentikan kejang misalnya dengan dilantin, tegretol, valium.
- c. Kortokosteroid untuk menghambat pembentukan edema misalnya deksametason.
- d. Antagonis histamin untuk mencegah terjadinya iritasi lambung karena hipersekreasi akibat efek trauma kepala misalnya dengan cemetidin, ranitidine
- e. Antibiotik jika terjadi luka yang besar.

2.1.11 Penanganan pertama untuk kasus Trauma Kepala

Pertolongan pertama dengan trauma kepala yaitu mengikuti standart yang telah ditetapkan dalam *ATLS* yang meliputi anamnesa sampai pemeriksaan fisik secara seksama dan stimultan pemeriksaan fisik meliputi *airway*, *breathing*, *circulasi*, *disability* (*ATLS*, 2000). Pada pemeriksaan *airway* usahakan jalan nafas stabil, dengan cara kepala miring, buka mulut, bersihkan muntahan darah, adanya benda asing. Perhatikan tulang leher, imobilisasi, cegah gerakan *hiperekstensi*, *hiperfleksi* ataupun rotasi. Semua

penderita trauma kepala yang tidak sadar harus dianggap disertai cedera *vertebra cervical* sampai terbukti tidak adanya trauma *cervical* pasang collar barce. Jika sudah stabil tentukan saturasi oksigen minimal saturasinya di atas 90%, jika tidak usahakan dilakukan intubasi dan support pernafasan. Setelah jalan nafas sudah terbebas sedapat mungkin pernafasannya diperhatikan frekuensinya normal antara 16-18x/menit, dengarkan suara nafas bersih, jika tidak ada nafas lakukan nafas buatan, kalau bisa lakukan monitor terhadap gas darah dan petahankan PCO² antara 28-35 mmhg karena jika lebih dari 35 mmhg kan terjadi *vasodilatasi* yang berakibat terjadinya edema *serebri*

2.2 Konsep Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

2.2.1 Definisi dari resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

Menurut NANDA (2015–2017), resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak yaitu rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan.

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak adalah penurunan kadar oksigen sebagai akibat dari kegagalan dalam memelihara jaringan di tingkat kapiler (Saputro, 2007).

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak adalah resiko gangguan perfusi jaringan yang beresiko mengalami penurunan sirkulasi otak yang dapat mengganggu kesehatan. Sehingga pada masalah keperawatan resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak dapat berhubungan dengan aliran arteri terhambat, reduksi mekanis dari aliran

vena/arteri, kerusakan transportasi oksigen melewati kapiler/alveolar (Herdman, 2014).

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak meliputi

1. Agens farmaseutikal
2. *Aterosklerosis aortik*
3. Diseksi arteri
4. Embolisme
5. Endokarditis infeksi
6. Neoplasma otak dan lainnya
7. Massa tromboplastin parsial abnormal
8. Massa protombin abnormal
9. Baru terjadi *infark miokardium*
10. Fibrilasi atrium
11. Hiperkolesterolemia
12. Hipertensi
13. Kardiomiopati dilatasi
14. Katup prostetik mekanis
15. Koagulasi intravaskular diseminata
16. Koagulopati miksoma atrium
17. Penyalahgunaan zat
18. Segmen ventrikel kiri akinetik
19. Sindrom *sick sinus*
20. Stenosis karatoid

2.3 Konsep Askep Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

2.3.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

a. Jenis kelamin laki-laki lebih rentan mengalami trauma kepala di bandingkan perempuan karena laki-laki lebih sering berada di luar rumah yang berkaitan dengan pekerjaan

b. Pekerjaan sebagai pegawai, buruh, wiraswasta di perkantoran kerap mengalami trauma kepala bahkan petani atau nelayan juga bisa mengalami trauma kepala

c. Usia 15 - 44 tahun rentan mengalami trauma kepala yang di akibatkan oleh kecelakaan di waktu bekerja atau bahkan kecelakaan lalu lintas di jalan raya

d. Tempat kejadian trauma kepala terjadi di area bisnis dan industri bahkan pertanian di pedesaan juga mengalami trauma kepala yang rentan (Tana, 2016)

2. Riwayat Kesehatan Sekarang

a. Keluhan Utama

Adanya penurunan kesadaran, letargi, mual dan muntah, sakit kepala, wajah tidak simetris, lemah, paralysis, perdarahan, fraktur, hilang keseimbangan, sulit menggenggam, amnesia seputar kejadian, tidak bisa beristirahat, kesulitan mendengar, mengecap dan mencium bau, sulit mencerna/menelan makanan.

b. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien pernah mengalami penyakit sistem persyarafan, riwayat trauma masa lalu, riwayat penyakit darah, riwayat penyakit sistemik / pernafasan kardiovaskuler dan metabolik

c. Riwayat kesehatan keluarga

Adanya riwayat penyakit menular

2.3.2 Pemeriksaan fisik

Setelah dilakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan klien sebaiknya dilakukan pemeriksaan fisik dengan per sistem.

1. Kedaan umum

Secara umum keadaan umum pasien dapat di nyatakan dalam tiga kriteria yaitu ringan, sedang, berat. Ringan terdiri dari kesadaran penuh, tanda-tanda vital stabil, pemenuhan kebutuhan mandiri. Sedang terdiri dari kesadaran penuh s/d apatis, tanda-tanda vital stabil, memerlukan tindakan medis, memerlukan observasi, pemenuhan kebutuhan di bantu sebagian s/d sepenuhnya. Berat terdiri dari kesadaran penuh s/d somnolen, tanda-tanda vital tidak stabil, memakai alat bantu organ vital, melakukan tindakan pengobatan yang intensif.

2. Tingkat kesadaran

a. Penilaian kesadaran dengan kuantitatif

Tabel 2.4 Nilai normal *Glasgow Coma Scale*

No	Komponen	Nilai	Hasil
1	Verbal	1	Tidak berespon
		2	Suara tidak dapat dimengerti
		3	Bicara kacau atau kata-kata tidak tepat
		4	Bicara membingungkan
		5	Orientasi baik
2	Motorik	1	Tidak berespon
		2	Ekstensi abnormal
		3	Flexi abnormal
		4	Menarik area nyeri
		5	Melokalisasi nyeri
		6	Dengan perintah
3	Reaksi membuka mata	1	Tidak berespon
		2	Rangsang nyeri
		3	Dengan perintah
		4	Spontan

Tabel 2.5 Nilai Motorik

Respon	Skala
Kekuatan normal	5
Kelemahan sedang	4
Kelemahan berat (antigravity)	3
Kelemahan berat (not antigravity)	2
Gerakan trace	1
Tak ada gerakan	0

b. Penilaian kesadaran dengan kualitatif

1) Composmentis yaitu tingkat kesadaran sepenuhnya baik terhadap diri maupun lingkungan sekitarnya. Pasien dapat menjawab dengan baik pertanyaan - pertanyaan pemeriksaan yang ditunjukkan kepadanya.

2) Apatis yaitu tingkat kesadaran dimana pasien tampak acuh tak acuh terhadap lingkungan di sekitarnya. Respon verbal masih baik.

3) Somnolen yaitu penurunan kesadaran dimana pasien tampak lemah, mengantuk, respon verbal masih baik dan dapat

sadar atau menjawab pertanyaan bila dirangsang, akan tetapi pasien akan kembali tertidur bila rangsangan dihentikan.

4) Delirium yaitu penurunan kesadaran dimana pasien tampak gaduh gelisah, berbicara tidak menentu dan disorientasi terhadap waktu dan tempat.

5) Sopor yaitu keadaan kesadaran dimana pasien dalam keadaan mengantuk yang dalam. Pasien masih dapat dibangunkan dengan rangsangan yang kuat misalnya rangsang nyeri, tetapi pasien tidak terbangun sempurna dan tidak dapat memberikan jawaban verbal yang baik.

6) Koma yaitu penurunan kesadaran yang dalam. Tidak ada pergerakan spontan dan tidak memberikan respon terhadap rangsang nyeri.

3. Sistem kardiovaskuler

Palpasi denyut nadi dalam rentang normal atau terjadi bradikardi dan takikardi

Auskultasi apa terjadi perubahan tensi darah

4. Sistem neurologi

- a. Inspeksi kaji *LOC (level of consciousness)* atau tingkat kesadaran : dengan melakukan pertanyaan tentang kesadaran pasien terhadap waktu, tempat dan orang, kaji status mental, kaji adanya kejang atau tremor
- b. Palpasi kaji tingkat kenyamanan, adanya nyeri dan termasuk lokasi, durasi, tipe dan pengobatannya, kaji fungsi sensoris dan tentukan apakah normal atau mengalami gangguan

Dapat juga di lakukan pemeriksaan pada saraf cranial :

- 1) Saraf I *olfactorius* pada beberapa keadaan trauma kepala didaerah yang merusak anatomis dan fisiologis saraf ini klien akan mengalami kelainan pada fungsi penciuman/*anosmia* unilateral atau bilateral.
- 2) Saraf II *optik* hematoma *palpebra* pada klien trauma kepala akan menurunkan lapangan penglihatan dan mengganggu fungsi dari *nervus optikus*. Perdarahan diruang intrakranial, terutama *hemoragia subarakhnoidal*, dapat disertai dengan perdarahan di retina. Anomali pembuluh darah didalam otak dapat bermanifestasi juga di fundus. Tetapi dari segala macam kalainan didalam ruang intrakranial, tekanan intrakranial dapat dicerminkan pada fundus.
- 3) Saraf III, IV, VI *okulomotor, toklearis, abduksen* gangguan mengangkat kelopak mata terutama pada klien dengan trauma yang merusak rongga orbital. pada kasus-kasus trauma kepala dapat dijumpai *anisokoria*. Gejala ini harus dianggap sebagai tanda serius jika *midriasis* itu tidak bereaksi pada penyinaran. Tanda awal *herniasi tentorium* adalah midriasis yang tidak bereaksi pada penyinaran. Paralisis otot – otot okular akan menyusul pada tahap berikutnya. Jika pada trauma kepala terdapat anisokoria dimana bukannya midriasis yang ditemukan, melainkan miosis yang bergandengan dengan pupil yang normal pada sisi yang lain, maka pupil yang miosislah yang abnormal. Miosis ini disebabkan oleh

lesi dilobus *frontalis ipsilateral* yang mengelola pusat *silio-spinal*. Hilangnya fungsi itu berarti pusat *silio-spinal* menjadi tidak aktif sehingga pupil tidak berdilatasi melainkan berkonstriksi.

- 4) Saraf V *trigeminus* pada beberapa keadaan trauma kepala menyebabkan *paralisis nervus trigeminus*, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan menguyah.
- 5) Saraf VII *fasialis* persepsi pengecap mengalami perubahan.
- 6) Saraf VIII vestibuloklearis perubahan fungsi pendengaran pada klien cedera kepala ringan biasanya tidak didapatkan penurunan apabila trauma yang terjadi tidak melibatkan *saraf vestibuloklearis*.
- 7) Saraf IX dan X *glossofaringeus* dan *vagus* kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.
- 8) Saraf XI *aksesorius* bila tidak melibatkan trauma pada leher, mobilitas klien cukup baik dan tidak ada atrofi otot *sternokleidomastoideus* dan *trapezius*.
- 9) Saraf XII *hipoglosus* indera pengecap mengalami perubahan

5. Sistem perkemihan

Sistem genitourinaria meliputi disuria (nyeri saat berkemih), frekuensi, kencing menetes, hematuria, poliuria, oliguria, nokturia, inkontinensia, infeksi saluran kemih. Pengkajian pada genitalia pria antara lain : lesi, rabas, nyeri testikuler, massa testikuler, masalah prostat, penyakit kelamin, perubahan hasrat seksual, impotensi, masalah aktivitas sosial. Sedangkan pengkajian pada genitalia wanita antara lain : lesi, rabas, dispareunia, perdarahan pasca senggama, nyeri pelvis, *sistol*, penyakit kelamin, infeksi saluran kemih, masalah aktivitas seksual,

riwayat menstruasi (menarche, tanggal periode menstruasi terakhir), tanggal dan hasil pap smear terakhir.

6. Sistem pencernaan

Konstipasi, konsisten feses, frekuensi eliminasi askultasi bising usus, anoreksia, adanya distensi abdomen, nyeri tekan abdomen.

7. Sistem muskuloskeletal

Nyeri berat tiba – tiba atau bahkan mungkin terlokalisasi pada area jaringan yang dapat berkurang untuk imobilisasi.

8. Sistem endokrin

Adanya pembesaran pankreas, adanya lesi atau luka dan bisa juga terjadinya memar, perubahan warna kulit dan kuku seperti pucat atau sianosis, kulit kering dan kasar.

9. Sistem pernafasan

Perubahan pola nafas, irama atau frekuensi kedalaman bunyi *nafasronchi* mengi positif.

2.4 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas mengenai status kesehatan atau masalah aktual atau resiko mengidentifikasi dan menentukan intervensi keperawatan untuk mengurangi, mencegah atau menghilangkan masalah kesehatan klien yang ada pada tanggung jawabnya (Tarwoto & Wartonah, 2011).

Dilihat dari status kesehatan klien, diagnosa dapat dibedakan menjadi aktual, potensial, risiko dan kemungkinan

1. Aktual diagnosa keperawatan yang menggambarkan penilaian klinik yang harus di validasi perawat karena ada batasan *mayor*. Contoh jalan nafas tidak efektif karena adanya akumulasi sekret.
2. Potensial diagnosa keperawatan yang menggambarkan kondisi klien kearah yang lebih positif (kekuatan pasien). Contoh potensial meningkatkan status kesehatan klien berhubungan dengan intake nutrisi kurang adekuat.
3. Risiko diagnosa keperawatan yang menggambarkan kondisi klinis individu lebih rentan mengalami masalah. Contoh risiko infeksi berhubungan dengan efek pembedahan.
4. Kemungkinan diagnosa keperawatan yang menggambarkan kondisi klinis individu yang memerlukan data tambahan sebagai faktor pendukung yang lebih adekuat.

Jadi yang dimaksud dengan diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang jelas yang berkaitan dengan masalah yang didapat pada pasien baik itu secara aktual, potensial, risiko atau kemungkinan.

Contoh diagnosa keperawatan trauma kepala yang muncul

- a. Nyeri akut berhubungan dengan trauma benda tumpul
- b. Risiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan trauma kepala

2.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.6 Intervensi Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

Diagnosa	NOC	NIC
Rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan	Setelah 1. Status neurologi	1. Manajemen edema serebral a. Monitor adanya kebingungan b. Monitor status neurologi c. Monitor tanda – tanda vital d. Catat cairan cerebrospinal e. Analisa pola tekanan intrakranial f. Batasan cairan g. Batasi suction kurang dari 15 detik dan lainnya h. Monitor karakteristik cairan cerebrospinal i. Monitor <i>CVP, PCWP</i> j. Monitor TIK <i>dan CPP</i> k. Monitor status pernafasan l. Biarkan TIK kembali ke nilai normal diantara aktivitas keperawatan m. Monitor TIK pasien dan respon neurologi n. Kurangi stimulus dalam lingkungan pasien o. Catat perubahan pasien p. Saring bercakapan dalam pendengaran pasien q. Berikan anti kejang sesuai kebutuhan r. Hindari flexi leher/flexi eksterm pada lutut atau panggul s. Hindari <i>valsava maneuver</i> t. Berikan pelunak feces u. Posisikan tinggi kepala tempat tidur 30° v. Hindari penggunaan <i>PEEP</i> w. Berikan agen <i>paralisis</i> sesuai kebutuhan x. Dorong keluarga atau orang yang penting untuk bicara dengan pasien y. Hindari cairan IV hipotonik z. Batasi suction kurang dari 15 detik aa. Monitor nilai – nilai laboratorium bb. Lakukan ROM latihan pasif cc. Monitor intake dan output dd. Pertahankan suhu normal ee. Lakukan tindakan terjadinya pencegahan kejang
Faktor resiko	Indikator	
1. Agens farmasetikal	1. Kesadaran	
2. <i>Aterosklerosis</i> aortik	2. Kontrol motor sentral	
3. Diseksi arteri	3. Fungsi sensorik dan motorik kranial	
4. Embolisme	4. Fungsi sensorik dan motorik spinal	
5. <i>Endokarditis</i> infeksi	5. Fungsi otonom	
6. Massa trombolastin parsial abnormal	6. Tekanan intrakranial	
7. Massa protombin abnormal	7. Komunikasi yang tepat dengan situasi	
8. <i>Fibrilasi atrium</i>	8. Ukuran pupil	
9. Hiperkolesterolemia	9. Pola gerakan mata	
10. Hipertensi	10. Pola bernafas	
11. <i>Kardiomiopati</i> dilatasi	11. Pola istirahat tidur	
12. Katup prostetik mekanis	12. Tekanan darah	
13. Koagulasi intravaskuladiseminata	13. Tekanan nadi	
14. Koagulopati mikroma atrium	14. Laju pernafasan	
15. Penyalahgunaan zat	15. Hipertermia	
16. Segmen ventrikel akinetik	16. Denyut jantung apikal	
17. Sindrom <i>sick</i>	17. Denyut nadi radial	
18. <i>Stenosis</i> karatoid	18. Orientasi kognitif	
19. <i>Stenosis</i> mitral	19. Status kognitif	
	20. Aktivitas kejang	
	21. Sakit kepala	
	Skala	
	1 = Sangat terganggu	
	2 = Banyak terganggu	
	3 = Cukup terganggu	
	4 = Sedikit terganggu	
	5 = Tidak terganggu	
	2. Perfusi jaringan serebral	
	Indikator	
	1. Tekanan intrakranial	2. Monitor tanda – tanda vital
	2. Tekanan darah sistolik	a. Monitor tekanan darah, suhu, nadi
	3. Tekanan darah diastolik	b. Catat gaya dan fluktuasi yang luas pada tekanan darah
	4. Nilai rata-rata-rata tekanan darah	c. Monitor warna kulit kelembapan
	5. Hasil serebral angiogram	d. Monitor suara paru – paru
	6. Sakit kepala	e. Monitor nada jantung dan lainnya
	7. Bruit karotis	f. Monitor tekanan darah saat pasien berbaring, duduk
	8. Kegelisahan	g. Monitor tekanan darah setelah pasien meminum obat
	9. Kelesuan	
	10. Kecemasan tidak dijelaskan	
	11. Agitasi	

-
- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>12. Muntah
 13. Cegukan
 14. Keadaan pingsan
 15. Demam
 16. Kognisi terganggu
 17. Penurunan tingkat kesadaran
 18. Reflex saraf terganggu</p> <p>Skala
 1 = Devisiasi berat dari sekitaran normal
 2 = Devisiasi yang cukup besar dari kisaran normal
 3 = Devisiasi sedang dari kisaran normal
 4 = Devisiasi ringan dari kisaran normal
 5 = Tidak devisi dari kisaran normal</p> | <p>h. Auskultasi tekanan darah dikedua lengan dan bandingkan
 i. Monitor tekanan darah, denyut nadi, pernafasan sebelum dan sesudah aktivitas
 j. Inisiasi dan pertahankan perangkat pemantauan suhu tubuh secara terus menerus
 k. Monitor dan laporkan tanda dan gejala hipotermia dan hipertermia
 l. Monitor keberadaan dan kualitas nadi
 m. Ambil nadi apikal dan radial secara simultan
 n. Monitor terkait dengan nadi <i>paradoksus</i>
 o. Monitor terkait dengan nadi alternative
 p. Monitor tekanan nadi yang melebar atau menyempit
 q. Monitor irama dan tekanan jantung
 r. Monitor irama dan laju pernafasan
 s. Monitor oksimetri nadi
 t. Monitor pola pernafasan abnormal
 u. Monitor sinosis sentral dan perifer
 v. Monitor adanya kuku clubbing
 w. Monitor terkait adanya tiga tanda chusing reflex
 x. identifikasi kemungkinan penyebab perubahan tanda – tanda vital
 y. Periksa secara berkala keakuratan instrument yang digunakan untuk perolehan data pasien</p> <p>3. Monitor tekanan intrakranial
 a. Rekam tekanan intrakranial
 b. Monitor intake dan output
 c. Cegah perangkat jangan bergeser
 d. Atur alarm pemantau
 e. Berikan antibiotik atau analgesik
 f. Bantu menyisipkan perangkat pemantauan tekanan intrakranial
 g. Berikan informasi kepada pasien atau keluarga
 h. Kalibrasi <i>transduser</i>
 i. Buat tingkat transduser eksternal sampai ke titik refrensi anatomi konsisten
 j. Cek sitem lampu di perangkat medis
 k. Monitor kualitas dan karakteristik gelombang tekanan intrakranial
 l. Monitor tekanan aliran darah otak
 m. Monitor status neurologis
 n. Monitor pasien tekanan intrakranial dan reaksi perawatan neurologis serta rangsang lingkungan
 o. Monitor jumlah, nilai, karakteristik pengeluaran cairan <i>serebrospinal</i>
 p. Jaga posisi koleksi yang di perintahkan
 q. Pertahankan sterilisasi sistem pemantauan
 r. Ganti transduser, sistem lampu, tempat pengeluaran sesuai indikasi
 s. Ganti atau perkuat daerah penyisipan</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
-

pakain yang diperlukan
 t. Monitor daerah penyisipan terkait dengan ada tidaknya infeksi
 u. Ambil sampel pengeluaran *CSF*
 v. Monitor suhu dan jumlah *WBC*
 x. Periksa pasien terkait ada tidaknya gejala kaku kuduk
 y. Letakan kepala dan leher pasien dalam posisi netral
 z. Sesuaikan kepala tempat tidur untuk mengoptimalkan perfusi
 aa. Monitor efek rangsangan lingkungan pada tekanan intrakranial
 bb. Berikan ruang untuk perawatan agar meminimalkan elevasi tekanan intrakranial
 cc. Ganti prosedur penyedotan untuk meminimalkan peningkatan tekanan intrakranial
 dd. Monitor karbondioksida dan pertahankan dalam parameter yang di tentukan
 ee. Jaga tekanan arteri sistemik dalam jangkauan tertentu
 ff. Berikan agen farmakologis untuk mempertahankan tekanan intrakranial
 gg. Beritahu dokter untuk peningkatan tekanan intrakranial yang tidak bereaksi sesuai peraturan perawatan

2.6 Implementasi Keperawatan

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik di laksanakan untuk memodifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan klien. Adapun tahap – tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut

1. Tahap 1 Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini perawat mengevaluasi hasil identifikasi pada tahap perencanaan.

2. Tahap 2 Fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan

emosional. Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan keperawatan meliputi tindakan : independen, dependen, dan interdependen.

3. Tahap 3 Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus di ikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang di sengaja 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 melangkah pengkajian ulang (Lisimidar, 2012)

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang di gunakan adalah studi kasus. Studi kasus yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah di gunakan untuk mengeksplorasi masalah Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di RSUD Jombang.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah yang digunakan untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti sangat perlu memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian ini sebagai berikut :

1. Asuhan Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang di fokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok dan perseorangan terhadap gangguan kesehatan yang di alami, baik actual maupun potensial
2. Klien adalah individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama

3. Trauma kepala adalah gangguan traumatik dari fungsi otak yang di sertai atau tanpa di sertai perdarahan intestinal dalam substansi otak tanpa di ikuti terputusnya kontinuitas otak.
4. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak yaitu rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah sejumlah orang yang turut berperan serta dalam sesuatu kegiatan, keikutsertaan dan peran peserta. Subyek yang di gunakan dalam penelitian ini adalah klien yang dikaji dan ditemui pada saat penelitian sebanyak 2 klien dengan diagnosa Medis Trauma Kepala dengan masalah keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di RSUD Jombang. Klien yang dipilih adalah klien yang dirawat di Rumah Sakit yang telah melalui fase akut sampai pulang.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.3.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Jombang yang beralamat di JL.KH. Wahid Hasyim No.52, Kec. Jombang, Kab. Jombang.

3.3.2 Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan mulai dari penyusunan proposal pada bulan Januari sampai dengan Februari 2018

3.5 Pengumpulan Data

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik tersebut adalah

1. Wawancara adalah percakapan yang memiliki tujuan tertentu, biasanya antara dua orang yang saling bertukar informasi dan ide melalui tanya jawab. Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan 2 jenis wawancara yaitu *autoanamnesa* dan *heteroanamnesa*.

2. Observasi dan pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan hasil perbuatan jiwa secara aktif dan penuh perhatian untuk menyadari adanya rangsangan. Alasan peneliti melakukan observasi adalah untuk menyajikan gambaran realistis perilaku atau kejadian, menjawab pertanyaan, membantu mengerti perilaku manusia dan mengevaluasi. Pemeriksaan fisik pada kasus ini menggunakan pendekatan IPPA : inspeksi, palpasi, perkusi, auskultasi pada sistem tubuh klien.

3. Studi Dokumentasi

Studi dokumentasi adalah kegiatan mencari data atau variabel dari sumber berupa catatan tentang kasus dan buku yang diamati dalam studi dokumentasi (Suryono, 2013 dalam Mukhlis 2016). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medis pemeriksaan diagnostic dan data lain yang relevan.

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas dan atau informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga

menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan /tindakan
2. Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang pernah mengalami masalah yang sama.

3.7 Analisa Data

Analisis data dilakukan sejak peneliti dilapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan. Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban – jawaban dan penelitian yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut (Tri, 2015 dalam Mukhlis) dan urutan dalam analisis tersebut adalah

1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara.Observasi, Dokumen) hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan.

2. Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk laporan pendahuluan dan dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan dalam nilai normal.

3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan menggunakan inisial pada nama klien dan No Rm klien.

4. Kesimpulan

Dari 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.

3.8 Etik Penelitian

1. *Informed Consent* (persetujuan menjadi responden), dimana subjek harus mendapatkan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi untuk menolak menjadi

responden. Pada *informed consent* juga perlu di cantumkan bahwa data yang dioeroleh hanya dioergunakan untuk pengembangan ilmu.

2. *Anonimity* (tanpa nama), dimana subjek mempunyai hak untuk meminta bahwa data yang diberikan harus dirahasiakan. Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari responden atau tanpa nama(*anonymity*).
3. *Confidentiality(rahasia)*, kerahasiaan yang diberikan kepada responden dijamin oleh peneliti (Nursalam, 2014).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Pengumpulan Data

RSUD Kabupaten Jombang merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Jombang. Berdasarkan Keputusan Menteri dan Kesejahteraan Sosial No. 238/MenKes-Kesos/SK/2001 RSUD Jombang menjadi RSUD Tipe B Non Pendidikan dan pada Tahun 2015 RSUD Jombang telah terakreditasi versi 2012 dengan predikat Tingkat PARIPURNA Tahun 2015-2018. Lokasi RSUD Jombang berada di jalan KH. Wakhid Hasyim 52 Jombang. RSUD Jombang mampu memberikan pelayanan kedokteran spesialis dan non spesialis. Rumah sakit ini mampu menampung rujukan dari rumah sakit swasta dan puskesmas yang berada di sekitar wilayah Jombang.

Kapasitas RSUD Jombang terdiri atas 486 tempat tidur rawat inap, 2 tempat tidur suite room, 52 tempat tidur di kelas VIP/VVIP, 50 tempat tidur di kelas I, 65 tempat tidur di kelas II, 184 tempat tidur di kelas III, 28 tempat tidur di ICU dan 105 tempat tidur di HCU. RSUD Jombang memiliki pelayanan rawat jalan sebanyak 22 poliklinik yang terdiri dari 18 poli spesialis dan 4 poli non spesialis serta 8 instalasi rawat inap yang saat ini sudah berbentuk SMF. Pelayanan juga dilengkapi dengan Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Laboratorium Klinik, Instalasi Laboratorium Patologi Anatomi, Instalasi Radiologi, Instalasi ICU Sentral, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Sterilisasi Sentral, kefarmasian, pelayanan gizi dan rehabilitasi medik

Pengkajian di lakukan di Ruang Asoka dengan kapasitas 17 tempat tidur dengan 15 klien yang rawat inap disertai dengan ruangan yang bersih.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Sdr. G	Sdr K
Umur	13 thn	16
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMA
Pekerjaan	Pelajar	Pelajar
Status perkawinan	-	-
Alamat	Gedang Sewu Pare Kediri	Gempol Legundi Gudo
Suku bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal MRS	23-04-2018	23-04-2018
Tanggal Pengkajian	24-04-2018	24-04-2018
Jam Pengkajian	10.00 WIB	12.00 WIB
No RM	40xxxx	40xxxx
Diagnosa Masuk	COR	COR

Sumber : Data Primer (2018)

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Klien Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan utama	Klien mengatakan kepalanya pusing.	Klien mengatakan kepalanya pusing
Riwayat Penyakit Sekarang	Ibu klien mengatakan klien mengalami kecelakaan pada hari minggu jam 19.00 pada tanggal 22-04-2018 karena menghindari anak kecil yang sedang bermain di pinggir jalan sehingga pasien jatuh dan kemudian sama warga yang menolong di bawa ke RS Toloengrejo Pare dengan patah pada tangan kanan dan bengkak pada mata dengan luka robek 3 cm pada dahi bagian kanan dengan 7 jahitan pasien jatuh dengan keadaan	Ibu klien mengatakan klien mengalami kecelakaan pada hari minggu pada tanggal 22-04-2018 jam 13.00 tabrakan dengan sesama sepeda motor dan klien berdua dengan temannya dengan luka dan bengkak pada mata dan rahang dengan gigi lepas 3 dan mulut dengan 4 jahitan karena luka robek dan pasien di rawat inap di Puskesmas Perak selama 2 hari dan kemarin tanggal 23-04-2018 keluarga klien meminta untuk di rujuk di

	sadar kemudian pasien di rujuk ke RSUD Jombang pada jam 22.00 dan di rawat inap di Ruang Asoka pada jam 23.50.	RSUD Jombang karena bengkak pada rahang tiak kunjung sembuh agar bisa di lakukan foto pada rahang yang bengkak di rujuk lewat IGD jam 16.16 dan di rawat inap di Ruang Asoka pada jam 18.10.
Riwayat Penyakit dahulu	Klien mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat penyakit menurun atau menular.	Klien mengatakan bahwa tidak memiliki riwayat penyakit menurun atau menular.
Riwayat Keluarga	Keluarga klien mengatakan jika tidak ada anggota keluarga yang mmeiliki riwayat penyakit menurun atau menular.	Keluarga klien mengatakan jika tidak ada anggota keluarga yang mmeiliki riwayat penyakit menurun atau menular.
Riwayat Alergi	Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi.	Klien mengatakan tidak mempunyai riwayat alergi.
Riwayat Psikososial	1. Respon pasien terhadap sakitnya Sdr G menganggap inicobaan dari tuhan. 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya Sdr G tidak bisa bersekolah hanya bisa berbaringdi tempat tidur dan tidak bisa melakukan apa-apa.	1. Respon pasien terhadap sakitnya Sdr K menganggap ini cobaan dari tuhan 2. Pengaruh penyakit terhadap perannya Sdr K tidak bisa bersekolah dan berkumpul bersama temannya hanya bisa berbaring di tempat tidur.
Riwayat Spiritual	Klien walaupun sedang sakit selalu berdoa menginginkan kesembuhannya, klienjarang melakukan ibadah.	Klien tetap bersyukur dengan keadaannya saat ini walaupun sedang sakit selalu berdoa untuk kesembuhannya, klien jarang melakukan ibadah.

Sumber : Data Primer (2018)

3.)Perubahan Pola Kesehatan (Pendekatan Gordon / Pendekatan Sistem

Tabel 4.3 Pola Kesehatan Klien Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola Manajemen Kesehatan	Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah berobat di rumah sakit atau tenaga medis di desanya. Klien jugamengatakan bahwa dirinyajarang sekali sakit tetapi kecelakaan yang dialaminya mengharuskan di rawat di RSUD Jombang	Klien mengatakan sebelumnya tidak pernah berobat di rumah sakit atau tenaga medis didesanya. Klien jugamengatakan bahwa dirinyajarang sekali sakit tetapi kecelakaan yang dialaminya mengharuskan di rawat di RSUD Jombang
Pola Nutrisi	Di Rumah : Klien mengatakan sebelum sakit, selara makan baik, makan 3x/ hari	Di Rumah : Klien mengatakan nafsu makannya sebelum sakit 3x/ hari dengan menu nasi dan

	<p>dengan menu nasi dan lauk pauk, minum air putih ± 1500 ml/hari.</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan selera makan menurun karena tidak terbiasa makan makanan diet yang diberikan oleh tim gizi makan 3x/hari dengan diet TKTP dan minum ± 500 ml/hari karena tidak mau minum air putih.</p>	<p>lauk pauk, minum air putih ± 1500 ml/hari.</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan selera makan menurun karena sakit tenggorokan buwat menelan dan oleh tim gizi di beri makan 3x/hari dengan diit cair 6x200 bertahap ke lunak sesuai dengan kondisi klien dan minum sedikit berkurang ± 500 ml/hari.</p>
Pola Eliminasi	<p>Di Rumah : Klien mengatakan kebiasaan bak dirumah kurang lebih 6x /hari (± 1500 cc) warna kuning jernih bau khas dan bab 1x/hari warna kuning bau khas feses.</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan bak 4x/hari (± 1000 cc) warna kuning jernih bau khas dan bab 1x/hari warna kuning bau khas feses.</p>	<p>Di Rumah : Klien mengatakan kebiasaan bak dirumah 7x/hari warna kuning jernih, dan bab 1x/hari (± 1800 cc) warna kuning jernih bau khas dan bab 1x/hari warna kuning kecoklatan bau khas feses.</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan bak 4x/hari (± 1000 cc) warna kuning jernih bau khas dan selama di rumah sakit klien belum bab sama sekali klien ingin bab tapi tidak bisa.</p>
Pola Istirahat-Tidur	<p>Di Rumah : Klien mengatakan ketika istirahat tidur di rumah siang hari sekitar 2 jam dan pada malam hari tidur mulai dari jam 22.00 – 05.00 dengan total tidur tiap harinya ± 9 jam</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan susah tidur kadang terbangun pada malam hari karena merasakan sakit pada kepalanya dan tidur mulai jam 24.00 terbangun sewaktu - waktu kalau siang tidak bisa tidur karena keadaan lingkungan yang berisik.</p>	<p>Di Rumah : klien mengatakan di rumah tidak pernah tidur siang pulang sekolah langsung pergi bermain dan tidur malam sekitar jam 23.00-06.00 sehingga total tidur ± 7 jam</p> <p>Di Rumah Sakit : Klien mengatakan tidur siang ± 30 menit pada malam hari tidur tidak nyenyak kebangun karena kepalanya pusing dan tidur mulai jam 23.00.</p>
Pola Aktivitas	<p>Di Rumah : Sdr G dirumah selalu melakukan aktivitas dengan bersekolah kalau pagi dan bermain bersma teman.</p> <p>Di Rumah Sakit : Sdr G hanya berbaring di tempat tidur dan sesekali duduk di atas tempat tidur hanya turun tempat tidur kalau mau ke toilet dengan di</p>	<p>Di Rumah : Sdr K dirumah selalu melakukan aktivitas dengan bersekolah kalau pagi dan bermain bersma teman</p> <p>Di Rumah Sakit : Sdr K berbaring di tempat tidur dan hanya turun tempat tidur kalau mau ke toilet dengan di bantu ibunya.</p>

bantu ibunya.

Pola Penanggulangan Stress	Sdr G mengalami stress semenjak di rawat dan tidak bersekolah karena takut ketinggalan pelajaran.	Sdr K mengalami stress semenjak di rawat dan tidak bersekolah karena takut ketinggalan pelajaran.
----------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------

Sumber : Data Primer (2018)

4. Pemeriksaan Fisik (Pendekatan *Head To Toe* / Pendekatan Sistem)

Tabel 4.4 Pemeriksaan Fisik (6B) Klien Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

OBSERVASI	Klien 1	Klien 2
Suhu	36 ° C	36,5° C
Nadi	89x/menit	88x/menit
Tekanan Darah	140/70 mmhg	130/80 mmhg
Respirasi	20x/menit	20x/menit
GCS	4-5-6	4-5-6
Kesadaran	Lemah	Lemah
Kedadaan umum	Composmentis	Composmentis

Pemeriksaan fisik (6B)

B 1 *Breathing*

Inspeksi : bentuk dadasimetris, pola napas tratur/vesikuler, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikan otot bantu, RR: 20x/menit.
Palpasi : tidak terdapat nyeri tekan
Perkusi : sonor (paru kanan dan kiri normal).
Auskultasi : suara normal (vesikuler).

Inspeksi : bentuk dadasimetris, pola napas tratur /vesikuler, pergerakan dinding dada normal, tidak ada tarikanotot bantu, RR: 20x/menit.
Palpasi : terdapat nyeri tekan dan bengkak pada bagian perut
Perkusi : sonor (paru kanan dan kiri normal).
Auskultasi : suara normal (vesikuler).

B 2 *Bleeding*

Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera putih.
Palpasi : tidak ada nyeri tekan. CRT < 2 detik .
Auskultasi : suara jantung reguler, TD : 100/70 mmhg, N: 89x/menit.

Inspeksi : konjungtiva pucat, sklera putih.
Palpasi : tidak ada nyeri tekan. CRT < 2 detik
Auskultasi : suara jantung reguler, TD : 140/110 mmhg, N: 82x/menit.

B 3 *Brain*

Inspeksi : kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, bicara agak sulit, pusing,pupil isokor
Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

Inspeksi : kesadaran composmentis, GCS 4-5-6, bicara agak sulit, pusing, pupil isokor
Palpasi : tidak ada nyeri tekan.

B 4 *Bladder*

Inspeksi : tidak terpasang catheter, klien bak dengan ke toilet.
Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

Inspeksi : tidak terpasang catheter, klien bak dengan pispot.
Palpasi: tidak ada nyeri tekan pada kandung kemih.

B 5 <i>Bowel</i>	<p>Inspeksi : mukosa bibir kering, terdapat luka pada mulut dan bengkak pada wajah dan mata tidak terpasangngtidak sakit menelan bentuk abdomensimetris.</p> <p>Palpasi :ada benjolanatau nyeri tekan, tidak adapembesaran hepar.</p> <p>Perkusi : timpani.</p> <p>Auskultasi : bising usus12x/menit.</p>	<p>Inspeksi : mukosa bibir kering luka pada bibir dan di jahit dan gigi lepas 3 tidak terpasangngtsakitmenelan, bentuk abdomen simetris, gigi lepas 3. mulut robek dengan 4 jahitan</p> <p>Palpasi :ada benjolanatau nyeri tekan, tidak adapembesaran hepar.</p> <p>Perkusi : timpani.</p> <p>Auskultasi : bising usus12x/menit.</p>
B 6 <i>Bone</i>	<p>Inspeksi : terdapat luka robek pada atas alis sebelah kanan dengan 7 jahitan,patah pada tangan kanan, terdapat luka biset pada kaki dan seluruh tangan, bengkak pada mata kanan, kekuatan otot</p> <p style="text-align: center;">4 0 —+ 4 · 5</p> <p>Palpasi : kulit kering, akrall dingin.</p>	<p>Inspeksi : luka dan bengkak pada mata dan rahang, luka pada tangan dan kaki, kekuatan otot</p> <p style="text-align: center;">4 5 —+ 4 · 5</p> <p>Palapsi : kulit kering akrall dingin</p>

Sumber : Data Primer (2018)

5. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 4.5 Pemeriksaan Diagnostik Klien Trauma Kepala

Pemeriksaan diagnostik pada Sdr. G	Pemeriksaan diagnostik pada Sdr. K
1. Ct-Scan : Tgl 23-04-2018 jam 10.00	1. Ct-Scan : Tgl 24-04-2018 jam 13.30

Sumber : Rekam Medik April (2018)

Tabel 4.6 Pemeriksaan Laboratorium Klien Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1 24/04/2018	Klien 2 23/04/2018	
Kalium	4,25	-	3,80 – 5,50 meq/l
Hematologi			
Darah lengkap otomatis			
Hemoglobin	12,9	12,8	L. 13,2-17,3 g/dl
Lekosit	11,700	10,800	L. 3.800-10.600/ul
Hematokrit	38,2	36,5	L. 40-52%
Eritrosit	4.790.000	4.410.000	L. 4,5-5,5 jt/ul
Trombosit	247.00	192.000	150.000-350.000cm
Hitung jenis			
Eosinofil	-	-	1-3%
Basofil	-	-	
Batang	-	-	3-5%
Segmen	86	75	50-65%
Limfosit	9	15	25-35%

Monosit	5	10	4-10%
Kimia klinik			
Glukosa sewaktu	106	90	< 200 mg/dl
Natrium	137	-	136-144 meq/l
Klorida	104	-	96-107 meq/l

Sumber : Laboratorium April (2018)

4.1.3 Terapi Obat

Tabel 4.7 Pemberian Terapi Klien Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

Terapi			
Klien 1		Klien 2	
Tanggal 25 april 2018		Tanggal 25 april 2018	
Infus Pz	1500 /24 jam (3 flas)	Infus Pz	1000 /24 jam (2 flas)
P/o piracetam	4x3 mg	P/o piracetam	4x3 mg
Ranitidin	2x1 amp	Ranitidin	2x1 amp
Ondansentron	2x1 amp	Ondansentron	2x1 amp
Dexketoprofen	3x1 mg	Dexketoprofen	3x1 mg
trometamol		trometamol	

Sumber : Data primer 2018

4.1.4 Analisa Data

Tabel 4.8 Analisa Data Klien 1 Dan 2 Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
KLIEN 1		
Data subjektif :	Peningkatan Tekanan	Resiko Ketidakefektifan
Klien mengatakan kepalanya pusing	Intrakranial	Perfusi Jaringan Otak
Data objektif :		
a. Keadaan umum :		
Lemah		
b. Kesadaran :		
Composmentis		
c. GCS 4-5-6, CRT < 2 detik		
d. Tanda-tanda vital		
TD :140/70 mmhg		
RR : 20 x/menit		
S : 36 °C		
N: 89x/menit		
e. Terdapat luka robek pada atas alis kanan dengan 7 jahitan		
f. Pupil isokor		
g. Patah pada tangan kanan		
h. Terdapat luka biset pada kaki dan seluruh		

-
- tangan
- i. Bengkak pada mata kanan
 - j. Kekuatan otot $\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$

KLIEN 2

Data subjektif :

Klien mengatakan kepalanya Peningkatan Tekanan Resiko Ketidakefektifan
pusing dan mual Intrakranial Perfusi Jaringan Otak

Data objektif :

- a. Keadaan umum : Lemah
 - b. Kesadaran : Composmentis
 - c. GCS 4-5-6, CRT < 2 detik
 - d. Tanda-tanda vital
TD : 130/80 mmhg
RR : 20 x/menit
S : 36,5 °C
N : 88x/menit
 - e. Terdapat luka dan bengkak pada mata dan rahang
 - f. Gigi lepas 3
 - g. Mulut luka robek dengan 4 jahitan
 - h. Pupil isokor
 - i. Luka-luka pada tangan dan kaki
 - j. Kekuatan otot $\frac{4}{4} \mid \frac{5}{5}$
-

Sumber : Data Primer (2018)

4.1.5 Diagnosa Keperawatan

Klien 1 : Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

Klien 2 : Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

4.1.6 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Keperawatan Klien Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

Diagnosis Keperawatan	NOC (Tujuan,Kriteria Hasil)	NIC
Klien 1 Sdr.G	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan pada otak efektif Dengan kriteria hasil : 1. Kesadaran 2. Ukuran pupil 3. Komunikasi yang tepat dengan situasi 4. Tekanan darah 5. Sakit kepala 6. Tekanan nandi	Monitor Neurologi 1. BHSP 2. Monitor tingkat kesadaran 3. Pantau ukuran pupil,bentuk,kesimetrisan dan reaktivitas 4. Monitor ingatan saat ini,rentang perhatian,ingatan di masa lalu,suasana perasaan,efek dan perilaku 5. Monitor tanda-tanda vital : suhu,tekanan,darah,denyut nadi,dan respirasi 6. Catat keluhan sakit kepala 7. Berikan antibiotik atau analgesik sesuai advis dokter 8. Monitor terhadap adanya tremor 9. Monitor kesimetrisan wajah
Klien 2 Sdr. K	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan pada otak efektif Dengan kriteria hasil : 1. Tekanan darah sistolik 2. Sakit kepala 3. Kegelisahan 4. Muntah 5. Penurunan tingkat Kesadaran 6. Reflex saraf terganggu 7. Tekanan intrakranial	Manajemen edema serebral 1. BHSP 2. Monitor tanda-tanda vital 3. Monitor adanya kebingungan perubahan pikiran, keluhan pusing, pingsan 4. Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal 5. Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat 6. Motivasi keluarga atau orang yang terpenting untuk bicara dengan pasien 7. Lakukan latihan rom pasif 8. Berikan antibiotik atau analgesik sesuai advis dokter 9. Catat perubahan klien dalam berespon terhadap stimulus 10. Letakan kepala klien dalam posisi netral

Sumber : Bulechek (2013)

4.1.7 Implementasi Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

Tabel 4.10 Implementasi Keperawatan Klien 1 (Sdr. G) Dan Klien 2 Sdr. K Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

Hari/tanggal	Waktu	Implementasi	Paraf
25 April 2018 Klien 1	08.00	1. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	
	08.15	2. Memonitor tingkat kesadaran dengan menilai pasien menggunakan GCS meliputi respon membuka mata, verbal, gerakan	
	08.30	3. Memantau ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan dan reaktivitas dengan menyuruh pasien membuka matanya	
	08.45	4. Memonitor ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan di masa lalu apa pasien mampu menceritakan kejadian penyebab penyakitnya	
	09.00	5. Memonitor tanda-tanda vital : Tekanan darah : 140/70 mmhg Nadi : 89x/menit Suhu : 36°C Respirasi : 20x/menit	
	09.15	6. Mencatat keluhan sakit kepala dengan menanyakan berapa menit sekali sakitnya muncul	
	09.30	7. Memberikan analgesik melalui iv seperti piracetam 4x3mg	
	09.45	8. Memonitor terhadap adanya tremor dengan menyuruh klien mengangkat tangannya apa masih tremor atau tidak	
	10.00	9. Memonitor kesimetrisan wajah apa ada bengkak luka pada wajah	
Klien 2	09.30	1. Melakukan bina hubungan saling percaya pada pasien dan keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik	
	09.45	2. Memonitor tanda-tanda vital Tekanan darah : 130/80 mmhg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,°c Respirasi : 20x/menit	
	10.00	3. Memonitor adanya kebingungan perubahan pikiran dengan mengajak bicara pasien apa pasien kesulitan untuk menangkap pembicaraan yang berlangsung	
	10.15	4. Memonitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal apa pasien menurun tingkat ketahanan tubuhnya	
	10.30	5. Merencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat dengan baik minimal 8 jam per hari	
	10.45	6. Memotivasi keluarga atau orang yang terpenting untuk bicara dengan pasien dengan memberikan pengetahuan pada keluarga	
	11.00	7. Melakukan latihan ROM pasif dengan meminta pasien untuk menggerakkan tubuhnya seperti mengangkat tangan atau kakinya yang sulit	

		digerakan
	11.15	8. Memberikan analgesik melalui iv seperti piracetam 4x3 mg
	11.30	9. Mencatat perubahan klien dalam berespon terhadap stimulus apa klien berespon dengan baik atau menolak
	11.45	10. Meletakkan kepala klien dalam posisi netral untuk menghindari adanya peningkatan TIK
26 April 2018	09.00	1. Memonitor tingkat kesadaran dengan menilai pasien menggunakan GCS meliputi respon membuka mata, verbal, gerakan
Klien 1	09.15	2. Memantau ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan dan reaktivitas dengan menyuruh pasien membuka matanya
	09.30	3. Memonitor ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan di masa lalu apa pasien mampu menceritakan kejadian penyebab penyakitnya
	09.45	4. Memonitor tanda-tanda vital : Tekanan darah : 130/60 mmhg Nadi : 86x/menit Suhu : 36°C Respirasi : 20x/menit
	10.00	5. Memberikan analgesik melalui iv seperti piracetam 4x3 mg
	10.15	6. Memonitor terhadap adanya tremor dengan menyuruh klien mengangkat tangannya apa masih tremor atau tidak
Klien 2	10.15	1. Memonitor tanda-tanda vital Tekanan darah : 110/80 mmhg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,5°C Respirasi : 20x/menit
	10.30	2. Memonitor adanya kebingungan perubahan pikiran dengan mengajak bicara pasien apa pasien kesulitan untuk menangkap pembicaraan yang berlangsung
	10.45	3. Memotivasi keluarga atau orang yang terpenting untuk bicara dengan pasien dengan memberikan pengetahuan pada keluarga
	11.00	4. Memberikan analgesik melalui iv seperti piracetam 4x3mg
	11.15	5. Memonitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal apa pasien menurun tingkat ketahanan tubuhnya
	11.30	6. Merencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat dengan baik minimal 8 jam perhari
	11.45	7. Mencatat perubahan klien dalam berespon terhadap stimulus apa klien berespon dengan baik atau menolak
	12.00	8. Meletakkan kepala klien dalam posisi netral untuk menghindari adanya peningkatan TIK

27 April 2018 Klien 1	10.00	1. Memonitor tanda-tanda vital : Tekanan darah : 120/90 mmhg Nadi : 82x/menit Suhu : 36°C Respirasi : 20x/menit
	10.15	2. Memberikan analgesik melalui iv seperti piracetam 4x3 mg
27 April 2018 Klien 2	10.30	1. Memonitor tanda-tanda vital Tekanan darah : 110/70 mmhg Nadi : 82x/menit Suhu : 36,5°C Respirasi : 20x/menit
	10.45	2. Memonitor adanya kebingungan perubahan pikiran dengan mengajak bicara pasien apa pasien kesulitan untuk menangkap pembicaraan yang berlangsung
	11.00	3. Memotivasi keluarga atau orang yang terpenting untuk bicara dengan pasien dengan memberikan pengetahuan pada keluarga
	11.15	4. Memberikan analgesik melalui iv seperti piracetam 4x3mg
	11.30	5. Memonitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal apa pasien menurun tingkat ketahanan tubuhnya
	11.45	6. Memonitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal apa pasien menurun tingkat ketahanan tubuhnya


Sumber : Data Primer (2018)

4.1.8 Evaluasi Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan

Masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

Tabel 4.11 Evaluasi Keperawatan Klien 1 dan 2 Dengan Trauma Kepala Di Ruang Asoka RSUD Jombang 2018

Hari/tanggal	Waktu	Evaluasi
25 April 2018 Klien 1	11.30	<p>S : Klien mengatakan kepalanya pusing O : Keadaan umum : lemah Kesadaran : compos mentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 140/70 mmhg Nadi : 89x/menit Suhu : 36°C Respirasi : 20x/menit</p> <p>Pupil isokor Terdapat luka robek pada atas alis kanan dengan 7 jahitan Patah pada tangan kanan Terdapat luka biset pada kaki dan seluruh tangan Bengkak pada mata kanan A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Pantau ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan dan reaktivitas 3. Monitor ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan

		<p>di masa lalu, suasana perasaan, efek dan perilaku</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Monitor tanda-tanda vital : suhu, tekanan, darah, denyut nadi, dan respirasi 5. Catat keluhan sakit kepala 6. Berikan antibiotik atau analgesik sesuai advis dokter 7. Monitor terhadap adanya tremor 8. Monitor kesimetrisan wajah
Klien 2	12.30	<p>S : Klien mengatakan kepalanya pusing dan mual O : Keadaan umum : Lemah Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6, CRT < 2 detik Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 130/80 mmhg Nadi : 88x/menit Suhu : 36,°c Respirasi : 20x/menit</p> <p>Pupil isokor Terdapat luka dan bengkak pada mata dan rahang Gigi lepas 3 Mulut luka robek dengan 4 jahitan Luka-luka pada tangan dan kaki Kekuatan otot 4 5  4 · 5</p> <p>A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor adanya kebingungan perubahan pikiran, keluhan pusing 3. Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal 4. Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat 5. Motivasi keluarga atau orang yang terpenting untuk bicara dengan pasien 6. Lakukan latihan ROM pasif 7. Berikan antibiotik analgesik sesuai advis dokter 8. Catat perubahan klien dalam berespon terhadap stimulus 9. Letakan kepala klien dalam posisi netral
26 April 2018 Klien 1	11.00	<p>S : Klien mengatakan pusingnya sudah sedikit berkurang O : Keadaan umum : Cukup Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6 Tanda-tanda vital : Tekanan darah: 130/60 mmhg Nadi : 86x/menit Suhu : 36°c Respirasi : 20x/menit</p> <p>Pupil isokor A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tingkat kesadaran 2. Pantau ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan dan reaktivitas 3. Monitor ingatan saat ini, rentang perhatian, ingatan di masa lalu, suasana perasaan, efek dan perilaku 4. Monitor tanda-tanda vital : suhu, tekanan, darah, denyut nadi, dan respirasi 5. Berikan antibiotik atau analgesik sesuai advis dokter 6. Monitor terhadap adanya tremor

Klien 2	12.00	<p>S : Klien mengatakan pusing dan mualnya berkurang O : Keadan umum Cukup Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6 Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 110/70 mmhg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,5°C Respirasi : 20x/menit</p> <p>Pupil isokor A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor adanya kebingungan perubahan pikiran, keluhan pusing 3. Motivasi keluarga atau orang yang terpenting untuk bicaradengan pasien 4. Berikan antibiotik atau analgesik sesuai advis dokter 5. Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengannilai normal 6. Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat 7. Catat perubahan klien dalam berespon terhadap stimulus 8. Letakan kepala klien dalam posisi netral
27 April 2018 Klien 1	11.00	<p>S: Klien mengatakan pusingnya sudah hilang hanya timbul kalau buwat duduk O : Keadaan umum : Cukup Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6 Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 120/90 mmhg Nadi : 82x/menit Suhu : 36°C Respirasi : 20x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Berikan antibiotik atau analgesik sesuai advis dokter
Klien 2	13.00	<p>S : Klien mengatakan masih sama sedikit pusing dan mual O : Keadan umum : Cukup Kesadaran : Composmentis GCS 4-5-6 Tanda-tanda vital : Tekanan darah : 110/70 mmhg Nadi : 86x/menit Suhu : 36,5°C Respirasi : 20x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi di lanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda vital 2. Monitor adanya kebingungan perubahan pikiran, keluhan pusing 3. Motivasi keluarga atau orang yang terpenting untuk bicara dengan pasien 4. Berikan antibiotik atau analgesik sesuai advis dokter

5. Monitor status neurologi dengan ketat dan bandingkan dengan nilai normal
 6. Rencanakan asuhan keperawatan untuk memberikan periode istirahat
-

Sumber : Data Primer (2018)

4.2 Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada Sdr. G dan Sdr. K di Ruang Asoka RSUD Jombang pada kasus Trauma Kepala dengan masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak didapatkan pengkajian

4.2.1 Pengkajian (Data subjektif/objektif)

Klien dengan trauma kepala akan di tandai dengan kehilangan kesadaran seketika terjadi untuk beberapa menit dan klien juga akan mengeluhkan pusing pada kepala bahkan di sertai dengan mual dan itu terjadi karena adanya peningkatan tekanan intrakranial. Pada klien 1 di tandai dengan keluhan pusing dan klien tampak lemah hanya berbaring di tempat tidur pada klien 2 pasien mengeluhkan pusing dan mual dan pasien tampak gelisah karena kesakitan.

Trauma kepala merupakan trauma yang mengenai otak yang dapat mengakibatkan perubahan fisik intelektual, emosional, dan sosial. Trauma kepala dari luar yang mengakibatkan memar pada kepala sehingga mengganggu respon pasien dan penurunan kesadarannya. Pada klien trauma kepala juga akan mengakibatkan naiknya tekanan darah systole dan diastole pada klien dan itu juga salah satu yang menimbulkan rasa pusing pada klien (Judha & Rahil, 2011).

Status kesadaran di awal pasien dengan trauma kepala akan menunjukkan apakah pasien perlu di rawat dengan intensif atau hanya observasi. Klien dengan di sertai muntah bahkan tekanan darah yang terus bertambah itu menunjukkan klien harus di rawat dengan intensif karena adanya peningkatan intrakranial pada otak. Bahkan klien dengan trauma kepala akan mengalami

penurunan pola pikir atau yang paling sering terjadi pasien tidak mampu di ajak bicara dengan baik.

4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan Masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak. Hal ini dibuktikan dari klien yang mengeluh pusing dan hanya berbaring di tempat tidur. Menurut peneliti Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di akibatkan oleh situasi oksigen dalam otak menurun apabila tidak di atasi dengan segera akan terjadi peningkatan tekanan intrakranial sehingga pasien mengeluh pusing dan tekanan darah meningkat.

Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak yaitu rentan mengalami penurunan sirkulasi jaringan otak yang dapat mengganggu kesehatan. Di tandai dengan hipertensi, neoplasma otak, miksoma atrium, dembolisme, diseksi arteri, aterosklerosis aortik, hiperkolesterolimia, fibrilasi atrium (Herdman, 2015).

Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak bisa terjadi karena peningkatan tekanan intrakranial dan itu bisa mengakibatkan terjadi pusing bahkan mual seperti yang di rasa pada klien 2 dan pusing dapat mengganggu kesehatan pada klien sehingga tidak bisa beraktivitas terutama untuk ke sekolah pada ke dua klien.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang diberikan Sdr G dan Sdr K dengan Masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak. Intervensi yang di berikan pada klien terutama cara menimalisir pusing yang di keluhkan oleh ke 2 klien.

Berdasarkan hasil penelitian pada ke 2 klien terdapat perubahan yang signifikan dikarenakan klien sangat komprehensif untuk proses penyembuhannya karena pasien ingin segera bisa melakukan aktivitas terutama ingin segera ke sekolah agar tidak ketinggalan pelajaran.

Intervensi yang di pakai adalah NIC dengan manajemen edema serebral seperti contohnya monitor adanya kebingungan pasien saat di ajak bicara, Monitor tanda-tanda vital untuk mengetahui tekanan darah, suhu, nadi, respirasi pada klien dan setelah atau sebelum beraktivitas bisa di lihat tekanan darahnya apa ada perbedaan yang menonjol, Monitor tekanan intrakranial dapat di lakukan dengan meletakkan posisi klien dengan netral (Butcher, 2013).

Klien dengan trauma kepala dapat di lakukan tindakan dengan memberikan posisi yang nyaman untuk klien agar pusing dan mualnya tidak berkelanjutan.

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 diberikan dengan sesuai intervensi yang diimplementasikan pada klien 1 dan klien 2 tanpa ada yang tidak di lakukan dan tim gizi juga membantu karena klien 2 yang odem atau sakit pada bagian mandibula dengan memberikan makan dengan diit cair.

Merupakan inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan di mulai setelah rencana tindakan di susun dan di tujukan pada *nursing orders* untuk membantu klien mencapai tujuan yang di harapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik di

laksanakan untuk memodifikasi faktor – faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan (Sunardi, 2011).

Klien dengan trauma kepala yang mengeluhkan pusing bahkan mual pada klien ke 2 akan di berikan beberapa tindakan salah satunya yang terpenting adalah memberikan posisi yang nyaman pada klien agar klien tidak merasakan pusingnya lagi. Salah satunya menetralkan posisi kepala head up agar peredaran darah bisa lancar pada otak.

4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Dari catatan perkembangan selama 3 hari pada 2 klien menunjukkan proses kesembuhannya walaupun klien 1 masih merasakan pusing tapi sudah tidak merasa pusing yang hebat dan klien 2 di hari ke 3 masih mengatakan pusing.

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang di sengaja 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 melangkah pengkajian ulang (Lisimidar, 2012)

Sehingga evaluasi dari ke dua klien akan berbeda walaupun dengan keluhan sama proses sembuhnya berbeda seperti klien 1 pusing saat pasien ingin duduk dan klien 2 masih pusing dan kadang sewaktu waktu masih merasakan mual.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami Trauma kepalapada Sdr. G dan Sdr. K dengan masalah Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di Ruang Asoka RSUD Jombang maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus adalah sebagai berikut :

1. Dari catatan perkembangan selama 3 hari pada 2 klien menunjukkan klien 1 pusing saat pasien ingin duduk dan klien 2 masih pusing dan kadang sewaktu waktu masih merasakan mual.
2. Pada klien 1 dan 2 dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak di tandai dengan pasien yang selalu mengeluhkan pusing pada kepala setelah mengalami kecelakaan.
3. Di dalam Intervensi Keperawatan yang di berikan pada klien sesuai dengan NIC 2015 yang mengalami Trauma Kepala pada Sdr. G dan Sdr.K dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak dengan Manajemen Edema Serebral, Monitor Tanda-tanda vital, Monitor Tekanan Intrakranial.
4. Implementasi klien yang mengalami Trauma Kepala pada Sdr. G dan Sdr. K dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak dilakukan secara menyeluruh tindakan keperawatan dilakukan sesuai perencanaan.

5. Evaluasi klien mengalami Trauma Kepala dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak dari catatan perkembangan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 1 dan 2 sudah dikatakan mulai berkurang skitnya ditandai dengan pusing yang sedikit berkurang pada klien 1 dan klien 2 masih sedikit pusing dan mual.

5.2 Saran

1. Bagi Klien dan Keluarga

Sebaiknya keluarga meningkatkan pengetahuan tentang perawatan pada klien Trauma Kepala sehingga keluarga bisa menimalisir atau mengurangi rasa pusing apa bila sewaktu-waktu timbul.

2. Bagi Perawat

Dapat meningkatkan mutu pelayanan pada kasus Trauma Kepala dan bisa memperhatikan kondisi serta kebutuhan pasien Trauma Kepala dengan masalah resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat digunakan sebagai dasar untuk penelitian selanjutnya dengan masalah keperawatan yang sama dan tema yang berbeda.

4. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Meningkatkan pelayanan mutu kesehatan pada kasus Trauma Kepala.

5. Bagi Dosen Stikes Icme

Sebagai tempat menempuh ilmu keperawatan diharapkan hasil penelitian ini dijadikan sebagai acuan dalam penelitian yang selanjutnya yang terkait dengan masalah seperti Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak.

DAFTAR PUSTAKA

- Amin & Hardhi.(2015). NANDA NIC-NOC Jilid 1.Jogja : Medication Jogja
- Arifin.(2013). Trauma Kepala.Jakarta : Sagung Seto
- Bulechek & Wagner.(2013). Nursing Interventions Classification.Indonesia : CV.Mocomedia
- Herdman & Kamitsuru.(2015). Diagnosis Keperawatan.Jakarta : EGC
- Irawan H, Setyawan. (2010). Perbandingan Glasgow Coma Scale dalam Memprediksi Disabilitas Pasien Trauma Kepala. Majalah Kedokteran Indonesia,<http://indonesia.digitaljournals.org/index.php/idnmed/article/download/.../745>, di akses tanggal 9 januari 2018
- Mutaqqin, Arif. (2008). Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan.Jakarta : Salemba Medika
- Miranda. (2014). Gambaran Hasil CT Scan Trauma Kepala Di BLU RSUP Prof. Dr Kondou Manado Peride 2012-2013
- Padila.(2012). Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah.Yogyakarta: Nuha Medika
- Rahmah, Annisa. (2016). Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala. Fakultas Ilmu Kesehatan UMP
- Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) (2013). <http://www.depkes.go.id/resources/download/general/Hasil%20Riskasdas%202013.pdf>, diakses pada tanggal 9 januari 2018
- Satyanegara.(2010). Ilmu Bedah Syaraf.Jakarta : Gramedia
- Tarwoto dkk. (2007). Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem *Persyarafan*. Jakarta : Sagung Seto
- Tri, Maharani, dkk. (2016). Panduan Penyusunan Karya Tulis Ilmiah : Studi Kasus Program Studi Diploma III Keperawatan. Jombang : STIKES ICME
- Wijaya & Putri. (2013). KMB 1 Keperawatan Medikal Bedah (Keperawatan Dewasa), Yogyakarta: Nuha Medika.
- Waty, Lusiana. (2015). Faktor Akibat Trauma Kepala Pada Kelompok Pekerja Usia Produktif Di Indonesia, Vol. 19 no 1
- Yuniarti, Nur. (2007). Epidemiologi Trauma Secara Global. Fakultas Kedokteran University Udayana

Lampiran 1

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN Th. 2018**

No.	Jadwal kegiatan	Bulan																														
		November				Desember				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	2	3	4	1	2					
1.	Pendaftaran mahasiswa peserta studi kasus																															
2.	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																															
3.	Pendaftaran ujian proposal studi kasus																															
4.	Ujian Proposal Studi Kasus																															
5.	Revisi Proposal Studi Kasus																															
6.	Pengurusan Ijin																															
7.	Pengambilan Dan Pengumpulan Data																															
8.	Analisa Data																															
9.	Bimbingan Hasil																															
10.	Ujian Hasil																															
11.	Revisi KTI Seminar Hasil																															
12.	Pengumpulan Dan Penggandaan KTI																															

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Miftakhul Khusnah

NIM : 151210020

Adalah mahasiswa DIII Keperawatan yang akan melakukan karya tulis ilmiah tentang “ Trauma Kepala ” sebagai upaya dalam memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif. Tugas akhir ini bermanfaat sebagai persyaratan untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan pada Program Studi Diploma III Keperawatan Stikes Insan Cendekia Medika Jombang.

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 menanda tangani pada lembar persetujuan yang telah disediakan. Atas perhatian dan partisipasinya saya ucapkan terimakasih.

Hormat Saya,

(.....)

Lampiran3

INFORMED CONSENT**(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Gilang Satria
 Umur : 16 thn
 Jenis Kelamin : laki - laki
 Pekerjaan : Pelajar
 Alamat : Gedang Sewu Para Bediri

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :

1. Judul karya tulis ilmiah "Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak"
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perkusi Jaringan Otak
3. Manfaat yang akan diperoleh sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaannya, sehingga mampu mengambil keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan keperawatan yang diberikan dan diajarkan oleh perawat

Dan 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.

Jombang, 25-09-2018


Peneliti,


 (Miftakul Khusni)

Responden,


 (Gilang Satria)

Saksi Pertama


 (Lilik)

INFORMED CONSENT**(PERNYATAAN PERSETUJUAN IKUT PENELITIAN)**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : CHAIRUL UMAM
 Umur : 16 Thn
 Jenis Kelamin : Laki - Laki
 Pekerjaan : pelajar
 Alamat : Tempelan Cempel Leganot Gudo

Telah mendapat keterangan secara terinci dan jelas mengenai :


1. Judul karya tulis ilmiah " Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak"
2. Tujuan karya tulis ilmiah melaksanakan Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perkusi Jaringan Otak
3. Manfaat yang akan diperoleh sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuk memahami keadaannya, sehingga mampu mengambil keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan keperawatan yang diberikan dan diajarkan oleh perawat

Dan responden mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan karya tulis ilmiah tersebut. Oleh karena itu saya 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.

Jombang, 25.09.2018

Peneliti,


 (Hafikah Klucih)

Responden,


 CHAIRUL UMAM

Saksi Pertama


 ZULFAHRI

Lampiran 4



PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN

STIKES ICME JOMBANG

2018

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 ya jenis : tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya jenis : tidak
3. Riwayat Operasi ya jenis : tidak

D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

y tid

jelaskan

E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
<p>Makanan</p> <p>Frekuensix/hr</p> <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>		

Memotong Kuku..... Ganti Pakaian Toileting		
Istirahat/Tidur Tidur siang.....jam Tidur Malamjam Kebiasaan Merokok/Jamu		

F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Tanda-tanda vital

Masalah Keperawatan

S : °C N : x/mnt TD : mmHg

RR : x/mnt

2. Sistem Pernafasan (B₁)

a. Hidung:

Masalah Keperawatan

Pernafasan cuping hidung ada tidak

Septum nasi simetris tidak simetris

Lain-lain

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 normalmening_{at} menuru_{at}

Masalah Keperawatan

4. Sistem Persarafan (B₃)

a. Kesadaran komparatif mentis apatis sopor holo 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 hematuria disuria poliuria

oliguria anuria

b. Alat bantu (kateter, dll) ya tidak

c. Kandung kencing : membesar ya tidak

nyeri tekan ya tidak

d. Produksi urine : ml/hari warna : bau :

e. Intake cairan : oral : cc/hr parenteral :

..... cc/hr

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

6. Sistem Pencernaan (B₅)

a. TB : cm BB : kg

b. Mukosa mulut : lembab kering merah stomatitis

c. Tenggorokan nyeri telan sulit menelan

d. Abdomen supel tegang nyeri tekan, lokasi :

Luka operasi jejas lokasi :

Pembesaran hepar ya tidak

Pembesaran lien ya tidak

Ascites ya tidak

Mual ya tidak

Muntah ya tidak

Terpasang NGT ya tidak

Masalah Keperawatan

Bising usus :.....x/mnt

- e. BAB :.....x/hr, konsistensi : lunak cair lendir/darah
 konstipasi inkontinensia kolostomi
- f. Diet padat lunak cair
 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 ya tidak
- e. Traksi/spalk/gips ya tidak
- f. Kompartemen sindrom ya tidak
- g. Kulit ikterik sianosis kemerahan hiperpigmentasi
- h. Akral h₂gat panas dingin kering t₂ah
- i. Turgor baik kurang jelek
- j. Luka : jenis :..... luas : bersih or

Masalah Keperawatan

Lain-lain :

8. Sistem Endokrin

- a. Pembesaran kelenjar tyroid ya tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening ya tidak

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

Masalah Keperawatan

Lain-lain :

H. PENGKAJIAN SPIRITUAL

- Kebiasaan beribadah sering kadang tidak pernah

Lain-lain

Masalah Keperawatan

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 2015

Diagnosa Keperawatan yang muncul 2

1.

2.

Intervensi Keperawatan

Hari/tanggal	No. Diagnosa	Tujuan & kriteria hasil	Waktu	Rencana tindakan	Rasional

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 :	

Lampiran 5

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
“INSAN CENDEKIA MEDIKA”



Website: www.stikescmjbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 058/KTI/BAAk/K31/073127/III/2018
 Lamp. : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Jombang, 28 Maret 2018

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Jombang

di

Tempat

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi D3 - Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan Ijin Penelitian kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **MIFTAKHUL KHUSNAH**
 NIM : 15 121 0020
 Judul Penelitian : *Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala Dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi/Karya Tulis Ilmiah sebagaimana tersebut di atas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua









H. Imam Fatoni, SKM., MM
NIK: 03-04-022

Lampiran 6

LEMBAR KONSUL

Nama : Miftakhul Khusnah
 Nim : 151210020
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala
 Dengan Masalah Keperawatan Resiko
 Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak









Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	5-12-2017	identifikasi masalah	
2.	6-12-2017	masalah → judul	
3.	8-12-2017	judul → acc.	
4.	10-12-17	Bab I → Revisi	
5.	19-12-17	Bab I → Revisi	
6.	17-12-17	Acc → Bab I Lampiran Bab II	
7.	20-12-17	Bab II → Revisi	
8.	1-1-18	Bab II → acc Lampiran Bab III	

LEMBAR KONSUL

Nama : Miftakhul Khusnah
 Nim : 151210020
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala
 Dengan Masalah Keperawatan Resiko
 Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak








Pembimbing 1

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
9	15-1-18	Bab <u>ii</u> → Revisi	
10	28-1-18	Bab <u>ii</u> → Revisi wpa → ace ut → proposal	 
11	2-2-18	Bab <u>ii</u> → Revisi	
12	3-3-18	Bab <u>ii</u> → ace lanjut Bab <u>ii</u>	
13	4-4-18	Bab <u>ii</u> → Revisi	
14	10-4-18	Bab <u>ii</u> → ace wpa bab <u>ii</u>	 

LEMBAR KONSUL

Nama : Miftakhul Khusnah
 Nim : 151210020
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala
 Dengan Masalah Keperawatan Resiko
 Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak








Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
1.	10.12.17.	Penulisan → revisi	
2	15.12.17.	Bab I → Kaji penulisan.	
3.	25.12.17.	Bab I → acc lanjut Bab II.	
4.	1.1.18.	Bab II → kaji Bab II → acc.	
5	9-1-18	Bab II → kaji	
6.	6-2-18.	Bab II → acc maju.	
7.	00-2-18.	Bab IV → Revisi penulisan Keperawatan pada.	

LEMBAR KONSUL

Nama : mIftakhul Khusnah
 Nim : 151210020
 Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala
 Dengan Masalah Keperawatan Resiko
 Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak

Pembimbing 2

No	Tanggal	Hasil Konsultasi	Paraf
8	15-2-18	bedah di → kerusi pemeriksaan → diuji	
9	30-2-18	bedah di → acc. Caring of bed di	
10	3-3-18	bedah di → fiksasi lampiran	
11	5-3-18	bedah di → PWS	
12	18-3-18	bedah di → acc	
13	4-4-18	lampiran sensor dibersihkan	
14	8-4-18	maju ujian hasil	

Lampiran 7



PEMERINTAH KABUPATEN JOMBANG
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. KH.Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502 FAX. (0321) 879316
 Website : www.rsudjombang.com ; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id Kode Pos : 61411

SURAT KETERANGAN

Nomor : 072 / 4425 / 415.47 / 2018

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

Nama : Miftakhul Khusnah
 NIM : 14 321 0020
 Program Study : D3 Keperawatan
 Institusi : Stikes ICME Jombang

Telah melaksanakan Pengambilan data dan Penelitian di Paviliun Asoka Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang guna melengkapi penyusunan Karya Tulis Ilmiah sebagai syarat memperoleh gelar Diploma keperawatan dengan judul penelitian "*Asuhan Keperawatan Pada Klien Trauma Kepala dengan Masalah Keperawatan Resiko Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Otak*" pada tanggal 26 April 2018 s/d tanggal 28 April 2018.

Jombang, 04 Mei 2018

DIREKTUR RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
 KABUPATEN JOMBANG



dr. PUDJI UMBARAN, MKP
 Pembina Tk. I
 NIP. 19680410 200212 1 006