

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Asuhan keperawatan pada Tn. S dengan cedera otak sedang pre dan post operasi EDH temporal (d). yang dilaksanakan pada tanggal 08 April 2014 di Ruang Bedah Pav Mina RS Siti Khotijah Sepanjang

#### **3.1 Pengkajian Keperawatan**

Pre Operasi : Dilakukan pada tanggal 08 April 2014 jam 08.30 WIB

Post Operasi : Dilakukan pada tanggal 09 April 2014 jam 08.00 WIB

##### **3.1.1 Pengumpulan Data**

#### **1. Identitas**

Tn.S. umur 58 Th, berjenis kelamin laki-laki, suku Jawa Indonesia, pekerjaan Swasta, pendidikan terakhir SMA, alamat Jl. Bibis Karah no.89 sby.

#### **2. Keluhan utama**

Pre Operasi

Pasien gelisah tidak dapat dikaji

Post Operasi

Pasien mengeluh nyeri kepala pada luka operasinya.

#### **3. Riwayat Kesehatan**

##### **a. Riwayat Kesehatan / Penyakit Sekarang.**

Pre Operasi

Pasien mengalami kecelakaan pada tanggal 08-04-2014 pada jam 03.30 wib pada saat pergi ke pasar, terdapat luka di kepala sebelah kanan, ada perdarahan di telinga kanan, serta ada lecet dikaki dan tangan kanan, pasien mengalami

benturan yang cukup keras sehingga mengakibatkan cedera otak sedang, dan pasien tidak sadarkan diri sekitar 30 menit pasien tidak bisa mengingat kejadian kecelakaan, kemudian pasien dibawa ke UGD RS.Sitti Khotijah Sepanjang untuk dilakukan pemeriksaan dan penanganan yang lebih lanjut dan di rawat inap diruang bedah Pav Mina. Kesadaran somnolen GCS 2.3.4 dan suara tidak jelas. pernapasan 31 x/menit dengan irama ireguler, tipe pernafasan iregular dan kedalaman dangkal, ada pergerakan cuping hidung, tekanan darah 180/100 mmhg, MAP 127 mmhg, Suhu 36,7 C, Nadi 72 x/ menit sedangkan irama reguler, kualitas kuat, pasien gelisah Spo2 78%, muntah 2 kali.

#### Post Operasi

Tn.S. dengan Diagnosa Medis COS+Multiple Vulnus Abrasi dilakukan tindakan Operasi EDH Temporal (d) karena ada hematoma epidural dan subdural hematoma tipis dikepala diatas telinga sebelah kanan, Operasi dilaksanakan pada tanggal 08-04-2014, pasien masuk ruang OK pada pukul 17.00 wib, pasien keluar dari ruang OK pada pukul 22.00 wib dan masuk keruang ICU.

Airway bebas, pernafasan 27x/menit, Spo2 94% terpasang selang O2 nasal 4 lpm, tidak ada retraksi otot bantu nafas, suara ronchi dan wheezing -/-, tidak ada penumpukan sekret, s1 dan s2 tunggal, tidak ada suara tambahan tekanan darah 190/120 mmhg, MAP 143.3 mmhg, suhu 37.5 c, acral hangat kering merah, CRT < 3 detik, pasien gelisah GCS 3.3.5 kesadaran somnolen, pupil isokor, reaksi cahaya ka/ki +/+, kejang (-), pasien terpasang selang kateter produksi urine 100 cc/ 2 jam, warna kuning jernih, makan 3 sendok, peristaltic usus + 8x/menit, BAB (-), kemampuan pergerakan mengalami kelemahan,

pada kepala sebelah kanan pada luka operasi tertutup balutan dan terpasang drainase cairan 20 cc warna darah merah segar.

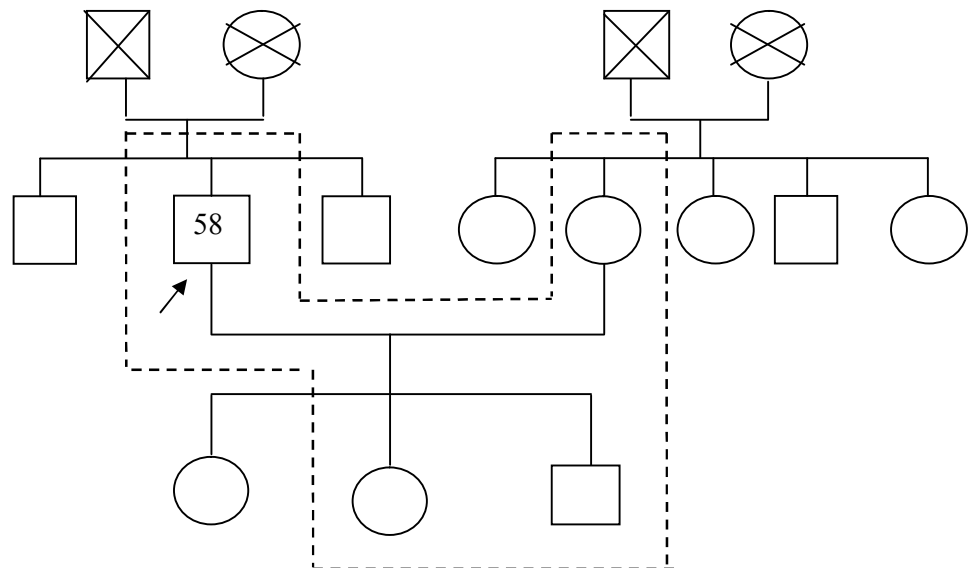
#### Riwayat Kesehatan / Penyakit Dahulu

Keluarga pasien menyatakan bahwa pasien belum pernah mengalami kecelakaan sebelumnya, pasien mempunyai penyakit hipertensi, pasien mengalami stroke dan dirawat diRS. Siti Khotijah Sepanjang 3 tahun yang lalu.

#### b. Riwayat Kesehatan / Penyakit Keluarga

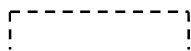
Keluarga pasien menyatakan pasien mempunyai penyakit keturunan hipertensi dari ayahnya.

#### c. Genogram



#### Keterangan :

- :laki- laki
- :perempuan
- ↗ :pasien
- ⊗ :meninggal



----- :tinggal serumah  
 \_\_\_\_\_ : garis keturunan

#### 4. Pola Fungsi Kesehatan

##### a. Pola Persepsi dan tata laksana hidup sehat :

###### Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan Tn. S ada kebiasaan merokok dan tidak minum minuman beralkohol, jika pasien sakit periksa ke RS terdekat. Pasien biasa mandi 2 kali sehari, cuci rambut 2 hari sekali, sikat gigi 2 kali sehari. Saat di RS keluarga pasien mengatakan Tn. S belum melakukan kegiatan membersihkan diri seperti mandi, cuci rambut dan sikat gigi.

###### Post Operasi

Pasien diruang ICU dilakukan kegiatan membersihkan diri seperti mandi, cuci rambut, dan sikat gigi dengan bantuan perawat

##### b. Pola Nutrisi dan Metabolisme.

###### Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien makan 3 kali sehari secara teratur porsi sedang, jenis makanan yang dimakan adalah nasi, sanyur, lauk pauk minum air putih ± 1500 ml tidak mual dan tidak muntah, setelah masuk rumah sakit pasien tidak makan karena puasa.

###### Post Operasi

Pasien makan dengan diet BH(bubur halus) ± 3 sendok makan, minum dari jam 08.00 – 14.00 ± 400cc.

##### c. Pola Eliminasi

###### Eliminasi Alvi :

#### Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAB  $\pm$  1 kali sehari, setelah masuk rumah sakit pasien tidak BAB selama 1 hari.

#### Post Operasi

Pasien belum BAB

Eliminasi Uri :

#### Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan sebelum sakit pasien BAK  $\pm$  3-4 kali sehari, setelah masuk rumah sakit pasien terpasang selang kateter , jumlah urine  $\pm$  1000 cc dari jam 05.- 08.00 wib warnanya kuning, baunya khas, tidak ada sumbatan aliran lancar.

#### Post Operasi

Pasien terpasang selang kateter dengan ukuran 16 di fiksasi di paha sebelah kiri .urine tampung : 600 cc dari jam 08.00-12.00, warna kuning.

#### d. Pola Istirahat dan tidur

##### Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit tidur siang (-). dan tidur malam  $\pm$  7 jam dari jam 21.00 – 04.00. setelah di rumah sakit klien tidak bisa tidur, pasien tampak Gelisah.

##### Post Operasi

Pasien tidak bisa tidur, tampak gelisah

e. Pola Aktifitas dan latihan

Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien bekerja jualan dipasar, setelah dirumah sakit pasien hanya terbaring ditempat tidur.

Post Operasi

Pasien hanya terbaring ditempat tidur, aktifitas mandi, gosok gigi, makan minum dibantu oleh Perawat.

f. Pola persepsi dan konsep diri

Pre Operasi

Gambaran diri : tidak dapat dikaji

Harga diri : tidak dapat dikaji

Ideal diri : tidak dapat dikaji

Peran : tidak dapat dikaji

Identitas diri : tidak dapat dikaji

Post Operasi

Pada pengkajian post operasi pola persepsi dan konsep diri pasien tidak dapat dikaji.

g. Pola sensori dn kognitif

Sensori

Pre Operasi

Pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman pengecapan.

Post Operasi

lima panca indra pasien baik/normal, pasien mengeluh nyeri pada luka post operasi di kepala kanan dan terpasang drainase. pasien mengatakan nyeri yang dirasakan sepanjang waktu dengan skala nyeri 9.

Kognitif :

Pre Operasi tidak dapat dikaji dan Post Operasi Pasien dan keluarga mengetahui bahwa cara perawatan pasca operasi adalah dengan menjaga luka agar tidak sampai terkena air dan menjaga agar balutan tetap bersih.

#### h. Pola Reproduksi Seksual

Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mengalami penurunan dalam hubungan seksual dan mempunyai 3 anak.

Post Operasi

Pasien mengatakan mempunyai 3 anak, 2 perempuan dan 1 laki-laki

#### i. Pola Hubungan Peran

Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan hubungan Tn. S dengan keluarganya terjalin dengan harmonis dan baik dengan masyarakat sekitar. Pasien menggunakan bahasa jawa dalam komunikasi sehari-harinya.

Post Operasi

Tn. S dapat menjalin komunikasi dan hubungan baik dengan perawat maupun dengan tenaga medis yang lain

#### j. Pola Penanggulangan stress

Pre Operasi

Keluarga pasien mengatakan apabila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu istrinya.

#### Post Operasi

Semua yang ada pada perasaan pasien selalu ditumpahkan pada istrinya.

#### k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Tn. S beragama islam, sehari-hari melaksanakan shalat 5 waktu, . Selama pasien masuk rumah sakit tidak mampu melakukan sholat wajib karena kondisinya lemah dan terpasang kateter. Dan selama operasi pasien tidak mampu melakukan shalat wajib karena kondisinya yang masih lemah pasca operasi EDH Temporal (d).

#### 5. Pemeriksaan Fisik

Pengkajian fisik pre operasi tanggal 08 April 2014. Pemeriksaan umum yaitu keadaan penyakitnya sedang. Kesadaran somnolen GCS 2.3.4 dan suara tidak jelas. tekanan darah 180/100 mmhg, Suhu 36,7 C, Nadi 72 x/menit sedangkan irama reguler, kualitas kuat, pernapasan 31 x/menit, pasien gelisah Spo2 78%.

Post Operasi tanggal 09 April 2014. Pemeriksaan umum yaitu keadaan penyakitnya sedang. Kesadaran Somnolen GCS 3.3.5 dan suara jelas. tekanan darah 190/120 mmhg, Suhu 37.5C, Nadi 60 x/menit sedangkan irama ireguler, kualitas kuat, pernapasan 27x/menit dengan irama reguler Spo2 94%,

#### a. Kepala

##### Pre Operasi dan Post Operasi

Rambut warna hitam putih, keadaan kulit kepala bersih tidak ada ketombe, bengkak dan terdapat luka operasi di kepala daerah temporalis dextra, luas luka 1 cm, balutan bersih ada nyeri tekan, posisi untuk menghindari nyeri,



pasien sering memegang kepalanya dan terpasang drainase dikepala sebelah kanan  $\pm$  20 cc, warna darah merah segar.

b. Muka

Pre Operasi

Raut muka tampak menyeringai, gelisah, bersih, tidak ada sembab, tidak ada lesi dan edema.

Post Operasi

Raut muka pasie menyeringai, gelisah.

c. Mata

Pre Operasi

Bentuk Mata simetris, bersih tidak ada sekret, tidak ada perdarahan, reflek pupil terhadap cahaya Bagus (isokor), konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterus, pergerakan bola mata simetris, di palpasi tekanan bola mata kanan dan kiri sama, dan tidak ada nyeri tekan.

Post Operasi

mata bagian bawah tampak sedikit kehitaman dan mata terlihat kuyu

d. Telinga

Pre Operasi

Bentuk telinga simetris, terdapat perdarahan ditelinga kanan, bentuk dan ukuran kanan dan kiri sama, ada nyeri tekan, tidak ada massa.

Post Operasi

Pendengaran klien normal, telinga simetris, bentuk dan ukuran kanan dan kiri sama, tidak ada perdarahan ditelinga kanan, ada nyeri tekan, tidak ada massa.

e. Hidung

Irama pernapasan ireguler, tipe pernapasan iregular dan kedalaman dangkal, ada pernapasan cuping hidung, lubang hidung bersih tidak ada sekret, tidak ada epitaksis, tidak ada polip, mukosa hidung lembab, tidak ada nyeri tekan.

f. Mulut dan faring

Pre Operasi dan Post Operasi

Ada inflamasi dimulut, Keadaan bibir dan mukosa mulut tidak lembab, tidak ada sariawan, warna gigi putih, gigi tidak lengkap, tidak memakai gigi palsu, gusi tidak bengkak, tidak ada ulkus lidah.

g. Leher

Pre Operasi dan Post operasi

Tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, tidak ada bengkak, tidak ada jaringan parut, tidak ada pembesaran vena jugularis, denyut nadi carotis terasa, tidak ada kaku kuduk.

h. Thorak

Pre Operasi

Bentuk dada tampak normal, simetris, tidak ada luka, gerakan dada: frekwensi 31x/menit, irama ireguler dan kedalaman dangkal, ictus cordis tidak tampak. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ictus cordis teraba di ics 5 dan 6, vokal vremitus pergerakan dada sama. Diperkusi suara normal atau sonor dan tidak ada suara nafas tambahan

Post Operasi

Bentuk dada tampak normal, simetris, tidak ada luka, gerakan dada: frekwensi 27x/menit, irama ireguler dan kedalaman dangkal ictus cordis tidak tampak. Tidak ada nyeri tekan, tidak ada benjolan, ictus cordis teraba di ics 5 dan 6,

vokal vremitus pergerakan dada sama. Diperkusi suara normal atau sonor, auskultasi tidak ada suara nafas tambahan.

i. Abdomen

Pre Operasi dan post operasi

Tidak tampak adanya pembesaran perut (asites), tidak ada luka, warna sawo matang, tidak ada jaringan parut, gerakan dinding usus tidak terlihat. Dipalpasi tidak ada distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, dan tidak ada massa. Diperkusi suara normal atau timpani bising usus  $\pm$  08 kali permenit.

j. Inguinal, genital dan anus

Pre Operasi dan Post Operasi

Pasien terpasang selang kateter ukuran 16, daerah genital dan anus bersih, tidak ada pembesaran klenjar hemoroid, tidak ada nyeri tekan dan nodul, tidak ada lesi.

k. Integumen

Pre Operasi

Warna kulit sawo matang, tidak ada ikterus, tidak ada rash, kulit tubuh lembab, tekstur elastis, akral hangat, CRT > 3 detik, tidak ada peningkatan suhu tubuh

Post Operasi

Warna kulit sawo matang, akral hangat, CRT < 2 detik, tekstur elastis, ada peningkatan suhu tubuh.

l. Ekstremitas dan neurologis

Pre Operasi

Pada tulang ekstremitas tidak ada fraktur tapi terdapat lesi dikaki sebelah kanan, tidak ada edema pada ekstremitas. Tingkat kesadaran somnolen, GCS 2.3.4, tidak ada kaku kuduk, tidak ada refleks patologis kernig dan brudzinski.

#### Post Operasi

Pada tulang ekstremitas tidak ada fraktur tapi terdapat lesi dikaki sebelah kanan, tidak ada edema pada ekstremitas. Tingkat kesadaran Somnolen, GCS 3.3.5, tidak ada kaku kuduk, tidak ada refleks patologis kernig dan brudzinski.

### 6. Pemeriksaan Penunjang

#### a. Pemeriksaan Laboratorium : tanggal 08 April 2014

##### Pemeriksaan Darah Lengkap

Parameter	Hasil	normal
HGB	14.4 g/dl	L:13.0-18 P:11.5-16.5
RBC	5.01 $10^6$ /ul	L:4.5-5.5 P:4.0-5.0
HCT	41.9 %	L:40.0-50.0 P:37.0-45.0
MCV	83.6 fl	82.0-92.0
MCH	28.7 pg	27.0-31.0
MCHC	34.4 g/dl	32.0-37.0
RDW-SD	41.2 fl	35-47
RDW-CV	13.8 %	11.5-14.5
WBC	17.94+ $10^3$ /UL	4.0-11.0
EO//	0.0 %	0-1
BASO%	0.1 %	0-1
NEUT%	90.21 %	50-70
LYMPH//	6.10 %	20-40

MONO%	3.6 %	2-8
ALBUMIN	3.0 gr %	3.5-5.3 gr %
PROTEIN	5 gram	6-8 gram

b. Pemeriksaan CT-Scan pada tanggal 08 april 2014

ada fraktur linear yang mengenai temporal kanan

terjadi perdarahan epidural yang terletak di basal temporal meluas keatas, ukuran 3.5 x 7.5 cm tinggi 4 cm (volume 52 cc)

efek masa yang ditimbulkan terlihat menekan lobus temporal/ parietal sisi kanan menekan ventrikel lateral kanan serta menimbulkan shift struktur midline kekiri sejarak 7mm. juga ada perdarahan subdural tipis yang mengisi di fissure interhemisphere meluas ke tentorium. Tidak ada perdarahan intra cerebral

Kesimpulan :

1. Fraktur linear dengan hematoma epidural tsb, diatas.
2. Subdural hematoma tipis tersebut diatas.

c. Terapi

Infuse RR 1500 cc/ 24 jam

Infuse Manitol 4 kali 100 cc

Injeksi ceftriaxone 2 kali 1 (1000 mg)

Injeksi santagesik 3 kali 1(1000 mg)

Injeksi brainact 2 kali 250 mg

Injeksi ranitidine 2 kali 1

Injeksi phenitoin 3 kali 1

Injeksi kalnex 3 kali 500 mg

Po : captpril 1 kali 25 mg, travast 10 mg 0-0-1.

### 3.2 Analisa Data

Setelah pengumpulan data di atas kemudian dikelompokkan sehingga di dapat suatu masalah sebagai berikut:

#### **Pre Operasi**

##### *1. Kelompok Data Pertama*

Tanggal 08 April 2014 jam 08.30 wib

- a. Data Subyektif: tidak dapat dikaji
- b. Data Obyektif:

Keadaan pasien gelisah, bengkak dan terdapat luka dikepala didaerah temporalis dexstra, kesadaran somnolen, GCS 2.3.4, muntah 2 kali, terdapat hematoma epidural dan subdural hematoma tipis di kepala sebelah kanan, observasi tekanan darah 180/100 mmhg, MAP 127 mmhg, nadi 72 x/menit, suhu 36,7°c.

Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

- c. Kemungkinan Penyebab

Trauma kepala

##### *2. Kelompok Data kedua*

Tanggal 08 April 2014 jam 08.30 wib

- a. Data Subyektif : tidak dapat dikaji
- b. Data Obyektif :

Airway bebas, pernafasan 31 x/menit dengan irama ireguler, kedalaman dangkal, Spo2 78% terpasang selang masker O2 dengan aliran 8 liter/menit dengan konsentrasi 60 %, terdapat retraksi otot bantu nafas, tidak ada ronchi dan wheezing.

Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan pola nafas

c. Kemungkinan penyebab

Disfungsi neurovaskuler

### **Post Operasi**

#### *1. Kelompok Data Pertama*

Tanggal 09 April 2014 jam 08.00 wib

a. Data Subyektif : pasien mengeluh nyeri kepala

b. Data Obyektif

Keadaan pasien gelisah, kesadaran somnolen GCS 3.3.5 merintih kesakitan, perubahan tekanan darah 190/120 mmhg MAP 14.3 mmhg, nadi 60 x/menit, suhu 37,5 c, akral hangat kering dan merah CRT >3 detik.

c. Masalah Keperawatan

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral

d. Kemungkinan penyebab

Trauma kepala

#### *2. Kelompok Data kedua*

Tanggal 09 April 2014 jam 08.00 wib

a. Data Subyektif : pasien mengeluh nyeri kepala

b. Data Obyektif

Keadaan pasien gelisah, muka pasien menyeringai, pasien merintih kesakitan, tampak sering memegang kepalanya, posisi untuk menghindari nyeri, diafosis dengan skala nyeri 9, terdapat luka operasi dikepala didaerah temporalis dexstra,

kondisi balutan luka bersih, bengkak disekitar luka, dan terpasang drainase  $\pm$  20 cc warna darah merah segar.

c. Masalah Keperawatan

Nyeri Akut

d. Kemungkinan penyebab

Terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan.

3. *Kelompok Data ketiga*

Tanggal 09 April 2014 jam 08.00 wib

a. Data Subyektif

Pasien mengatakan semalam tidak bisa tidur karena nyeri yang dirasakan pada luka operasi. Siang tidak bisa tidur karena mengeluh kesakitan.

Data Obyektif

Pasien terlihat kelelahan, gelisah, mata bagian bawah tampak sedikit kehitaman dan sayup. pasien tidur Malam  $\pm$  4 jam tapi sering terbangun karena kesakitan dibekas operasi, Observasi tanda tanda vital tekanan darah 190/120 mmHg, nadi 120x/menit, suhu 37, 5° C, pernapasan 27x/menit

b. Masalah Keperawatan

Gangguan pola tidur

c. Kemungkinan penyebab

Nyeri.

4. *Kelompok Data keempat*

Tanggal 09 April 2014 jam 08.00 wib

a. Data Subyektif : pasien mengatakan lemas

b. Data Obyektif



Semua kebutuha pasien ADL (activity dialy living), seperti makan, minum, mandi, gosok gigi dibantu oleh perawat maupun keluarganya.

c. Masalah Keperawatan

Gangguan mobilitas fisik

d. Kemungkinan penyebab

Gangguan neuromuskular

### 3.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data di atas dapat dirumuskan beberapa diagnosa keperawatan yang muncul pada Tn.S adalah :

#### **Pre Operasi.**

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Trauma kepala yang ditandai dengan Keadaan pasien gelisah, bengkak dan terdapat luka dikepala didaerah temporalis dexstra, kesadaran somnolen, GCS 2.3.4, muntah 2 kali, terdapat hematoma epidural dan subdural hematoma tipis di kepala sebelah kanan, observasi tekanan darah 180/100 mmhg, MAP 127 mmhg, nadi 72 x/menit, suhu 36,7°c.
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Disfungsi neurovaskuler ditandai dengan Airway bebas, pernafasan 31 x/menit dengan irama ireguler, kedalaman dangkal, Spo2 78% terpasang selang masker O2 dengan aliran 8 liter/menit dengan konsentrasi 60 %, terdapat retraksi otot bantu nafas, tidak ada ronchi dan wheezing.

### **Post Operasi**

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Trauma kepala yang ditandai dengan Keadaan pasien gelisah, kesadaran somnolen GCS 3.3.5 merintih kesakitan, perubahan tekanan darah 190/120 mmhg MAP 14.3 mmhg, nadi 60 x/menit, suhu 37,5 c, akral hangat kering dan merah CRT >3 detik.
2. Nyeri akut berhubungan dengan Terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan ditandai dengan Keadaan pasien gelisah, muka pasien menyeringai, pasien merintih kesakitan, tampak sering memegang kepalanya, posisi untuk menghindari nyeri, diafosis dengan skala nyeri 9, terdapat luka operasi dikepala didaerah temporalis dexstra, kondisi balutan luka bersih, bengkak disekitar luka, dan terpasang drainase ± 20 cc warna darah merah segar.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri ditandai dengan Pasien terlihat kelelahan, gelisah, mata bagian bawah tampak sedikit kehitaman dan sayup. pasien tidur Malam ± 4 jam tapi sering terbangun karena kesakitan dibekas operasi, Observasi tanda tanda vital tekanan darah 190/120 mmHg, nadi 120x/menit, suhu 37, 5° C, pernapasan 27x/menit
4. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskular ditandai dengan semua kebutuhan ADL pasien seperti makan, minum, makan dan gosok gigi dibantu oleh perawat maupun keluarga.

### 3.4 Rencana Keperawatan

Tahap perencanaan di bawah ini disusun berdasarkan urutan prioritas masalah yaitu

#### Pre Operasi

##### 1. Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Trauma kepala.

Tanggal 08 April 2014.

NOC

##### a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan pasien mempertahankan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik atau sensorik.

##### b. Kriteria Hasil

##### 1. Tanda-tanda vital stabil dan dan tidak ada tanda peningkatan TIK

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5 °C– 37,5°C

Pernapasan : 16 – 20 x/menit

##### 2. Nilai GCS 456

##### 3. Kesadaran kompos mentis

##### 4. Pasien tidak gelisah

##### c. Intervensi / NIC

##### 1. Monitor tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan Po<sub>2</sub>, PCo<sub>2</sub>, Ph, kadar bikarbonat, PaCo<sub>2</sub>, Sao<sub>2</sub>, dan kadar hemoglobin.

Rasional : Peningkatan TD sistemik yang diikuti oleh penurunan TD diastolik

(nadi yang membesar) merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK, jika diikuti oleh penurunan kesadaran. Hipovolemia/ hipertensi dapat mengakibatkan kerusakan/ iskhemia cerebral. Demam dapat mencerminkan kerusakan pada hipotalamus.

2. Pantau atau catat status neurologis secara teratur dan bandingkan dengan nilai GCS.

Rasional : Mengkaji tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan bermanfaat dalam menentukan lokasi, perluasan dan perkembangan kerusakan SSP.

3. Evaluasi ukuran, bentuk, kesimetrisan / kesamaan antara kanan dan kiri dan reaktifitas pupil.

Rasional : Reaksi pupil diatur oleh saraf cranial okulomotor (III) berguna untuk menentukan apakah batang otak masih baik. Ukuran/ kesamaan ditentukan oleh keseimbangan antara persarafan simpatis dan parasimpatis. Respon terhadap cahaya mencerminkan fungsi yang terkombinasi dari saraf kranial optikus (II) dan okulomotor (III).

4. Tentukan factor-faktor yang menyebabkan koma / penurunan perfusi jaringan otak dan potensial peningkatan TIK.

Rasional : Penurunan tanda/gejala neurologis atau kegagalan dalam pemulihannya setelah serangan awal, menunjukkan perlunya pasien dirawat di perawatan intensif.

5. Bantu pasien untuk menghindari refleks corneal, batuk, muntah dan mengejan.

Rasional : Aktivitas ini akan meningkatkan tekanan intrathorak dan intraabdomen yang dapat meningkatkan TIK.

6. Tinggikan kepala pasien 15-45 derajat sesuai indikasi/yang dapat ditoleransi.

Rasionalnya : Meningkatkan aliran balik vena dari kepala sehingga akan mengurangi kongesti dan oedema atau resiko terjadinya peningkatan TIK.

7. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi.

Rasionalnya : Menurunkan hipoksemia, yang mana dapat meningkatkan vasodilatasi dan volume darah serebral yang meningkatkan TIK.

8. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi, misal: diuretik, steroid, antikonvulsan, analgetik, sedatif, antipiretik.

Rasionalnya : Diuretik digunakan pada fase akut untuk menurunkan air dari sel otak, menurunkan edema otak dan TIK,. Steroid menurunkan inflamasi, yang selanjutnya menurunkan edema jaringan. Antikonvulsan untuk mengatasi dan mencegah terjadinya aktifitas kejang. Analgesik untuk menghilangkan nyeri . Sedatif digunakan untuk mengendalikan kegelisahan, agitasi. Antipiretik menurunkan atau mengendalikan demam yang mempunyai pengaruh meningkatkan metabolisme serebral atau peningkatan kebutuhan terhadap oksigen.

2. Diagnosa Keperawatan 2

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Disfungsi neurovaskuler

Tanggal 08 April 2014.

NOC

- a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mempertahankan pola pernafasan efektif.

b. Kriteria hasil

1. Menunjukkan pola pernafasan efektif
2. Kedalaman inspirasi dan kemudahan bernafas
3. Ekspansi dada simetris
4. Tidak ada suara nafas tambahan

c. Intervensi/ NIC

1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman pernapasan, Catat ketidakaturan pernapasan.

Rasionalnya : Perubahan dapat menandakan awitan komplikasi pulmonal atau menandakan lokasi/luasnya keterlibatan otak. Pernapasan lambat, periode apnea dapat menandakan perlunya ventilasi mekanis.

2. Perhatikan pergerakan dada, amati kesimetrisan, penggunaan otot-otot bantu serta retraksi otot supraklavikula dan interkosta.

Rasional : untuk mengetahui seberapa berat klien bernafas dan untuk mengetahui intervensi apa yang harus di lakukan.

3. Angkat kepala tempat tidur sesuai aturannya, posisi miring sesuai indikasi.

Rasionalnya : Untuk memudahkan ekspansi paru/ventilasi paru dan menurunkan adanya kemungkinan lidah jatuh yang menyumbat jalan napas.

4. Anjurkan pasien untuk melakukan napas dalam yang efektif bila pasien sadar.

Rasionalnya : Mencegah/menurunkan atelektasis.

5. Lakukan penghisapan dengan ekstra hati-hati, jangan lebih dari 10-15 detik. Catat karakter, warna dan kekeruhan dari sekret.

Rasionalnya : Penghisapan biasanya dibutuhkan jika pasien koma atau dalam keadaan imobilisasi dan tidak dapat membersihkan jalan napasnya sendiri.

Penghisapan pada trakhea yang lebih dalam harus dilakukan dengan ekstra hati-hati karena hal tersebut dapat menyebabkan atau meningkatkan hipoksia yang menimbulkan vasokonstriksi yang pada akhirnya akan berpengaruh cukup besar pada perfusi jaringan.

6. Auskultasi suara napas, perhatikan daerah hipoventilasi dan adanya suara tambahan yang tidak normal misal: ronkhi, wheezing, krekel.

Rasionalnya : Untuk mengidentifikasi adanya masalah paru seperti atelektasis, kongesti, atau obstruksi jalan napas yang membahayakan oksigenasi serebral dan/atau menandakan terjadinya infeksi paru.

7. Berikan oksigen.

Rasional : Memaksimalkan oksigen pada darah arteri dan membantu dalam pencegahan hipoksia. Jika pusat pernapasan tertekan, mungkin diperlukan ventilasi mekanik.

### **Post Operasi**

1. Diagnosa Keperawatan 1

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Trauma kepala.

Tanggal 09 April 2014.

NOC

- a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan pasien mempertahankan tingkat kesadaran, kognisi, dan fungsi motorik atau sensorik.

- b. Kriteria Hasil

Tanda-tanda vital stabil dan tidak ada tanda peningkatan TIK

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit  
Suhu : 36,5 °C– 37,5°C  
RR : 16 – 20 x/menit  
Nilai GCS :456

Kesadaran kompos mentis

Pasien tidak gelisah

c. Intervensi/ NIC

1. Monitor tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, pernafasan Po<sub>2</sub>, PCo<sub>2</sub>, Ph, kadar bikarbonat, PaCo<sub>2</sub>, Sao<sub>2</sub>, dan kadar hemoglobin.

Rasional : Peningkatan TD sistemik yang diikuti oleh penurunan TD diastolik (nadi yang membesar) merupakan tanda terjadinya peningkatan TIK, jika diikuti oleh penurunan kesadaran. Hipovolemia/hipertensi dapat mengakibatkan kerusakan/iskhemia cerebral. Demam dapat mencerminkan kerusakan pada hipotalamus.

2. Pantau atau catat status neurologis secara teratur dan bandingkan dengan nilai GCS.

Rasional : Mengkaji tingkat kesadaran dan potensial peningkatan TIK dan bermanfaat dalam menentukan lokasi, perluasan dan perkembangan kerusakan SSP.

3. Evaluasi ukuran, bentuk, kesimetrisan / kesamaan antara kanan dan kiri dan reaktifitas pupil.

Rasional : Reaksi pupil diatur oleh saraf cranial okulomotor (III) berguna untuk menentukan apakah batang otak masih baik. Ukuran/ kesamaan ditentukan oleh keseimbangan antara persarafan simpatis dan parasimpatis. Respon terhadap



cahaya mencerminkan fungsi yang terkombinasi dari saraf kranial optikus (II) dan okulomotor (III).

4. Tentukan factor-faktor yang menyebabkan koma / penurunan perfusi jaringan otak dan potensial peningkatan TIK.

Rasional : Penurunan tanda/gejala neurologis atau kegagalan dalam pemulihannya setelah serangan awal, menunjukkan perlunya pasien dirawat di perawatan intensif.

5. Bantu pasien untuk menghindari refleks corneal, batuk, muntah dan mengejan.

Rasional : Aktivitas ini akan meningkatkan tekanan intrathorak dan intraabdomen yang dapat meningkatkan TIK.

6. Tinggikan kepala pasien 15-45 derajat sesuai indikasi/yang dapat ditoleransi.

Rasionalnya : Meningkatkan aliran balik vena dari kepala sehingga akan mengurangi kongesti dan oedema atau resiko terjadinya peningkatan TIK.

7. Berikan oksigen tambahan sesuai indikasi.

Rasionalnya:Menurunkan hipoksemia, yang mana dapat meningkatkan vasodilatasi dan volume darah serebral yang meningkatkan TIK.

8. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat sesuai indikasi, misal: diuretik, steroid, antikonvulsan, analgetik, sedatif, antipiretik.

Rasionalnya : Diuretik digunakan pada fase akut untuk menurunkan air dari sel otak, menurunkan edema otak dan TIK,. Steroid menurunkan inflamasi, yang selanjutnya menurunkan edema jaringan. Antikonvulsan untuk mengatasi dan mencegah terjadinya aktifitas kejang. Analgesik untuk menghilangkan nyeri . Sedatif digunakan untuk mengendalikan kegelisahan, agitasi. Antipiretik

menurunkan atau mengendalikan demam yang mempunyai pengaruh meningkatkan metabolisme serebral atau peningkatan kebutuhan terhadap oksigen

## 2. Diagnosa Keperawatan 2

Nyeri akut berhubungan dengan Terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan

Tanggal 09 April 2014.

NOC

### a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien mampu mempertahankan derajat kenyamanan secara adekuat.

### b. Kriteria Hasil

skala nyeri : 0 pasien tampak rileks dan tenang

tanda tanda vital normal

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 x/menit

Suhu : 36,5 °C– 37,5°C

RR : 16 – 20 x/menit

### c. Intervensi/ NIC

#### 1. Observasi tanda-tanda vital dan tingkat nyeri

Rasional : untuk mengetahui keadaan umum dan tingkatan nyeri dalam menentukan intervensi.

#### 2. Ajarkan teknik relaksasi dan distraksi

Rasional : Dengan tehnik relaksasi akan mengurangi ketegangan otot-otot sehingga nyeri yang dialami akan berkurang dan dengan tehnik distraksi maka perhatian klien terhadap nyeri yang dirasakan pun berkurang.

3. Berikan informasi tentang manajemen nyeri farmakologi dan non farmakologi

Rasional :dapat mengurangi rasa nyeri

4. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik

Rasional : untuk mengurangi rasa nyeri

3. Diagnosa Keperawatan 3

Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri

Tanggal 09 April 2014

NOC

- a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam waktu 2x24 jam pasien dapat istirahat dengan optimal

- b. Kriteria Hasil

Muka tampak segar, mata bagian bawah tidak kehitaman, klien tidur  $\pm$  8 jam sehari.

- c. Intervensi/ NIC

1. Kaji faktor penyebab gangguan tidur

Rasional :Memudahkan mengatasi penyebab gangguan tidur klien

2. Pantau pola tidur pasien

Rasional:untuk mengetahui seberapa lama pasien dapat tidur

3. Kurangi atau hilangkan distraksi dan gangguan tidur dengan membatasi pengunjung

Rasional :Banyaknya pengunjung yang datang dapat mengurangi waktu istirahat pasien.

4. Bantu upaya tidur pasien dengan menganjurkan melakukan rutinitas yang biasa dilakukan pasien sebelum tidur

Rasional :Melakukan rutinitas sebelum tidur dapat meningkatkan relaksasi dan membantu memudahkan pasien untuk tidur.

4. Diagnosa Keperawatan 4

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskular

Tanggal 09 April 2014

NOC

- a. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien mampu melakukan aktivitas fisik dan ADL (activity daily living), tidak terjadi komplikasi dekubitus, bronkopneumonia, tromboflebitis dan kontraktur sendi.

- b. Kriteria hasil

mencapai mobilitas ditempat tidur yang dibuktikan oleh pengaturan posisi tubuh, mendemonstrasikan mobilitas yang dibuktikan oleh indikator (kordinasi,performa posisi tubuh,pergerakan otot dan sendi)

- c. Intervensi/ NIC

1. lakukan pengkajian mobilitas pasien secara terus menerus

Rasional: Untuk menentukan tingkat aktivitas dan bantuan yang diberikan.

2. Kaji tingkat kesadaran

Rasional: untuk mengetahui kondisi pasien

3. Kaji kekuatan otot dan mobilitas sendi (rentang pergerakan)

Rasional: untuk mengetahui seberapa kekuatan otot, supaya mengetahui intervensi apa yang akan dilakukan.

#### 4.5 Catatan Keperawatan

Catatan keperawatan merupakan realisasi dari perencanaan yang telah disusun berdasarkan prioritas:

##### **Pre Operasi**

##### **Pelaksanaan tanggal: 08 April 2014**

##### *1. Diagnosa Keperawatan 1*

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Trauma kepala  
jam 08.00 wib

- a. Melakukan observasi TTV dan Spo2.

Respon: tekanan darah 180/100 mmhg, MAP 127 mmhg, nadi 72 x/menit, suhu 36,7°C, pernafasan 31x/menit, Spo2 78%.

- b. Memberikan terapi O2 dengan menggunakan nasal 8 lpm

Respon: pasien lebih tenang

- c. Memantau dan mencatat status neurologis pasien terhadap peningkatan TIK

Respon: GCS 2.3.4 kesadaran somnolen, pasien gelisah, muntah dua kali.

- d. Mengukur bentuk, ukuran, kesimetrisan kanan kiri dan reaktifitas pupil

Respon: bentuk simetris, ukuran 2/2, isokor dan reaktifitas pupil +/-

jam 09.00 wib

- e. Mengobservasi tanda-tanda peningkatan TIK

Respon: pasien muntah 2 kali

- f. Memberikan posisi kepala lebih tinggi 30 derajat

Respon: posisi kepala 30 derajat dan tidak terjadi muntah

jam 12.30 wib

- g. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi terhadap obat yang diberikan

## 2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Disfungsi neurovaskuler

### **Pelaksanaan tanggal: 08 April 2014**

jam 08.00 wib

- a. Mengobservasi TTV dan Spo2

Respon: tekanan darah 180/100 mmhg, MAP 127 mmhg, nadi 72 x/menit, suhu 36,7°C, pernafasan 31x/menit, dengan irama ireguler, kedalaman dangkal, ada pergerakan cuping hidung, Spo2 78 %.

- b. Memberikan terapi O2 dengan selang masker 8 lpm

Respon: pasien lebih tenang

- c. Auskultasi adanya suara tambahan

Respon: tidak ada suara rockhi atau mheezing

- d. Mengobservasi adanya pergerakan dada dan cuping hidung

Respon: ada pergerakan cuping hidung

jam 09.00 wib

- e. Memberikan posisi kepala lebih tinggi 30 derajat

Respon: posisi kepala hed up

- f. Menganjurkan kepada pasien untuk nafas dalam

Respon: pasien tidak melakukan

- g. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi terhadap obat yang diberikan

**Pelaksanaan tanggal: 09 April 2014**

jam 07.30 wib

- a. Melakukan observasi TTV dan Spo2

Respon: tekanan darah 190/120 mmhg, MAP 143.3 mmhg, nadi 60 x/menit, suhu 37.5 C, pernafasan 27x/menit, Spo2 94%

- b. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, ceftriaxone 1 vial, brainanct 1 amp, ranitidine 1 amp.

Respon: tidak ada reaksi alergi terhadap obat yang diberikan

- c. Memberika obat oral captopril 1x25 mg

Respon: tidak ada alergi obat

- d. Auskultasi adanya suara tambahan

Respon : tidak ada suara ronkhi atau wheezing

- e. Memberikan posisi kepala hed up 30 derajat

Respon : pasien tampak rileks

jam 12.00 wib

- f. Mengobservasi TTV dan Spo2

Respon: tekanan darah 170/100 mmhg, nadi 88 x/menit, suhu 36.4 c, pernafasan 24x/menit, Spo2 96%

- g. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, dan manitol 1x 100 cc.

Respon: tidak ada alergi obat.

## Post Operasi

**Pelaksanaan tanggal: 09 April 2014**

### 1. *Diagnosa Keperawatan 1*

Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan Trauma kepala  
jam 08.00 wib

a. Mengobservasi TTV dan Spo2.

Respon: tekanan darah 190/120 mmhg, MAP 143.3 mmhg, nadi 60 x/menit, suhu 37.5°C, pernafasan 27 x/menit, Spo2 94 %.

b. Memberikan terapi O2 dengan menggunakan nasal 8 lpm

Respon: pasien lebih tenang

c. Mengkaji tingkat kesadaran pasien

Respon: GCS 3.3.5 kesadaran somnolen, pasien tampak gelisah

d. Mengukur bentuk, ukuran, kesimetrisan kanan kiri dan reaktifitas pupil

Respon: bentuk simetris, ukuran 2/2, isokor dan reaktifitas pupil +/-

jam 09.00 wib

e. Mengobservasi tanda-tanda peningkatan TIK

Respon: pasien tidak muntah

f. Memberikan posisi kepala lebih tinggi 30 derajat

Respon: posisi kepala 30 derajat dan tidak terjadi muntah

jam 12.00 wib

g. Mengobservasi TTV dan Spo2

Respon: tekanan darah 170/100 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36.4 c, pernafasan 24x/menit, Spo2 96%



- h. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, dan manitol 1x 100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi terhadap obat yang diberikan.

**Pelaksanaan tanggal: 10 April 2014**

jam 08.00 wib

- a. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien

Respon: tekanan darah 160/100 mmhg, nadi 78x/menit, suhu 37 C. pernafasan 24x/menit, keadaan umum pasien lemah dan tidak gelisah.

- b. Mengkaji tingkat kesadaran pasien

Respon: GCS 4.5.6 kesadaran kompos mentis

- c. Memberikan posisi kepala head up

Respon: pasien kooperatif dan posisi kepalanya head up

- d. Memberikan obat oral Travast 10 mg

Respon: tidak ada alergi obat

- e. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, ceftriaxone 1 vial, brainanct 1 amp, ranitidine 1 amp dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi

jam 12.30

- f. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien

Respon: tekanan darah 150/ 90 mmhg, nadi 78x/menit, suhu 36.5 c, pernafasan 21x/menit. keadaan umum pasien masih lemah.

- g. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada alergi obat

## 2. *Diagnosa Keperawatan 2*

Nyeri akut berhubungan dengan Terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan.

### **Pelaksanaan Tanggal 09 April 2014**

jam 08.00 wib

#### a. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien

Respon : Tekanan darah 190/120 mmhg, MAP 143.3 mmhg nadi 60 x/ menit, suhu 37.5°C, pernapasan 27x/ menit. pasien tampak gelisah terpasang drainase di kepala bagian kanan ± 20cc

#### b. Mengkaji penyebab, kualitas, lokasi, skala, dan waktu timbulnya nyeri yang dirasakan pasien

Respon: nyeri terjadi karena terputusnya kontinuitas jaringan akibat prosedur pembedahan, muka pasien menyeringai, posisi untuk menghindari nyeri, diaphoresis dan pasien gelisah, kualitas nyeri kuat nyeri timbul sepanjang waktu.

#### c. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, ceftriaxone 1 vial, brainanct 1 amp, ranitidine 1 amp dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi

#### d. Menganjurkan pasien untuk Melakukan tehnik managemen nyeri dengan tehnik relaksasi dan distraksi.

Respon: pasien tidak melakukan tehnik relaksasi dan distraksi

#### e. Membantu pasien mendapatkan Posisi kepala head up

Respon : pasien tampak tenang

jam 12.00 wib

#### f. Melakukan observasi TTV

Respon : tekanan darah 170/100 mmhg, nadi 88x/ menit, suhu 36.4°C, RR 24 x/ menit.

- g. Memberikan injeksi santagesik, kalnex, Phenitoin dan infuse manitol 1x100 cc

Respon : tidak ada tanda tanda alergi terhadap obat yang diberikan.

**Pelaksanaan tanggal 10 April 2014**

jam 08.00 wib

- a. Mengobservasi ttv dan keadaan umum pasien.

Respon: tekanan darah 160/100 mmhg, nadi 78x/menit, suhu 36.5°C, pernafasan 24x/menit, keadaan umum pasien lemah, drainase ± 15 cc

- b. Memberikan injeksi santagesik, kalnex, phenitoin Ceftriaxone, brainact, ranitidine.

Respon : tidak ada tanda tanda alergi terhadap obat yang diberikan.

- c. Mengobservasi skala nyeri

Respon: pasien mengeluh nyeri kepala,nyeri seperti di tusuk-tusuk nyeri hilang timbul dengan skala nyeri 5. pasien tampak menyeringai dan posisi menghindari nyeri.

- d. Menjelaskan kepada keluarga dan pasien tentang penyebab terjadinya nyeri yang dialami.

Respon: keluarga mengerti tentang penyebab terjadinya nyeri.

- e. Menganjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi rasa nyeri.

Respon: pasien hanya melakukan tehnik relaksasi saat terjadi nyeri dengan cara tarik nafas panjang selama 5 detik kemudia dihembuskan perlahan-lahan melalui mulut.

jam 12.30

- f. Mengobservasi TTV dan keadaan umum pasien

Rasional: tekanan darah 150/90 mmhg, nadi 78x/menit, suhu 37 c. pernafasan 24x/menit. keadaan umum pasien masih lemah.

- g. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi

**Pelaksanaan tanggal 11 April 2014**

jam 08.00 wib

- a. Melakukan observasi TTV dan keadaan umum pasien

Respon: tekanan darah 150/90 mmhg nadi 78x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 21x/ menit, terpasang drainase dikepala ± 8cc

- b. Mengobservasi tingkat nyeri pasien

Respon: pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2 tidak tampak menyeringai.

- c. Menganjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi rasa nyeri.

Respon: pasien melakukan tehnik relaksasi saat terjadi nyeri dengan cara tarik nafas panjang selama 5 detik kemudian dihembuskan perlahan-lahan melalui mulut, dan pasien tampak berbicara dengan istrinya.

- d. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, ceftriaxone 1 vial, brainanct 1 amp, ranitidin 1 amp dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi

jam 12.00 wib

- e. Mengobsevasi TTV dan keadaan umum pasien

Respon: tekanan darah 150/90 mmhg, nadi 78x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 21x/menit. dan pasien menyatakan nyerinya berkurang.

- f. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi

**Pelaksanaan tanggal 12 April 2014**

jam 08.00 wib

- g. Melakukan observsi TTV dan keadaan umum pasien

Respon: tekanan darah 150/90 mmhg nadi 78x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 21x/ menit,terpasang drainase dikepala ± 8cc

- h. Mengobservasi tingkat nyeri pasien

Respon: pasien mengatakan nyeri berkurang dengan skala nyeri 1 tidak tampak menyeringai.

- i. Menganjurkan pasien untuk melakukan tehnik relaksasi dan distraksi untuk mengurangi rasa nyeri.

Respon: pasien melakukan tehnik relaksasi saat terjadi nyeri dengan cara tarik nafas panjang selama 5 detik kemudian dihembuskan perlahan-lahan melalui mulut, dan pasien tampak berbicara dengan istrinya.

- j. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp, ceftriaxone 1 vial, brainanct 1 amp, ranitidin 1 amp dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi

jam 12.00 wib

- k. Mengobsevasi TTV dan keadaan umum pasien

Respon: tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 78x/menit, suhu 36,5°C, pernafasan 21x/menit. dan pasien menyatakan nyerinya berkurang.

1. Memberikan injeksi santagesik 1 amp, kalnex 1 amp, phenitoin 1 amp dan infus manitol 1x100 cc.

Respon: tidak ada tanda-tanda alergi

### 3. *Diagnosa Keperawatan 3*

Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri

#### **Pelaksanaan tanggal 09 April 2014**

- a. Mengkaji faktor penyebab tidur

Respon: nyeri kepala bekas operasi, pasien tampak gelisah dan posisi untuk menghindari nyeri

- b. Mengobservasi pola tidur pasien

Respon: semalam pasien tampak tidak bisa tidur, ada garis kehitaman dibawah mata, mata terlihat tampak keru.

- c. Menganjurkan pasien untuk relaksasi dan menghilangkan distraksi yang dapat mempengaruhi tidur pasien.

Respon: pasien tidak melakukan

jam 12.00 wib

- d. Mengobsevasi TTV

Respon: tekanan darah 170/100 mmhg, nadi 88x/menit, suhu 36.4 c, pernafasan 24x/menit, Spo2 96%

- e. Mengkaji pola tidur pasien

Respon: pasien dapat tidur ± 1jam mulai jam 11.00-12.00 wib

**Pelaksanaan tanggal 10 April 2014**

jam 08.00 wib

- a. Mengkaji pola tidur pasien

Respon: keluarga pasien mengatakan pasien dapat tidur malam  $\pm$  3 jam mulai jam 23.00-03.00 wib, masih ada garis kehitaman dibawah mata.

- b. Menganjurkan pasien untuk relaksasi dan menghilangkan distraksi yang dapat mempengaruhi tidur pasien.

Respon: pasien bersedia untuk melakukan

- c. Menganjurkan pasien untuk tetap melakukan relaksasi setiap mau tidur.

Respon: pasien menarik nafas dalam setiap mau tidur

- d. Menganjurkan keluarga dan pasien untuk melakukan rutinitas yang biasa dilakukan sebelum tidur supaya pasien dapat tidur.

Respon: pasien kooperatif.

**Pelaksanaan tanggal 11 April 2014**

jam 08.00 wib

- a. Mengkaji pola tidur pasien

Respon: pasien mengatakan pasien dapat tidur malam  $\pm$  5 jam mulai jam 22.00-03.00 wib, tidak tampak ada garis kehitaman dibawah mata.

- b. Menganjurkan pasien untuk tetap melakukan relaksasi setiap mau tidur.

Respon: pasien menarik nafas dalam setiap mau tidur

- c. Menganjurkan keluarga dan pasien untuk tetap melakukan rutinitas yang biasa dilakukan sebelum tidur supaya pasien dapat tidur.

Respon: pasien kooperatif.

#### 4. *Diagnosa Keperawatan 4*

Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskular

##### **Pelaksanaan tanggal 09 April 2014**

- a. Mengobservasi mobilisasi pasien secara terus menerus

Respon: pasien tampak terbaring ditempat tidur

- b. Mengkaji tingkat kesadaran pasien

Respon: GCS 3.3.5 kesadaran somnolen

- c. Mengobservasi kekuatan otot dan mobilitas sendi

Respon: pasien tampak lemah.

##### **Pelaksanaan tanggal 10 April 2014**

- a. Mengkaji tingkat kesadaran pasien

Respon: GCS 4.5.6 kesadaran kompos mentis

- b. Mengajarkan pada keluarga dan pasien untuk merubah posisi tubuh dan mengajarkan latihan ROM aktif agar aliran darah pada ekstermitas tetap terjadi jika nyeri yang dirasakan sudah reda.

Respon: pasien belum mampu melakukan ROM aktif

- c. Mengevaluasi apakah pasien melaksanakan latihan ROM yang diajarkan.

Respon: keluarga pasien mengatakan Tn.S tidak mencoba ROM aktif

- d. Memberikan posisi kepala tinggi/ head up

Respon: pasien bersedia berubah posisi.

##### **Pelaksanaan tanggal 11 April 2014**

- a. Mengevaluasi apakah pasien melaksanakan latihan ROM yang diajarkan

Respon: pasien tampak berlatih ROM aktif

- b. Membantu pasien memberikan posisi kepala/ head up



Respon: pasien mengatakan lebih nyaman

**Pelaksanaan tanggal 12 April 2014**

c. Mengevaluasi apakah pasien melaksanakan latihan ROM yang diajarkan

Respon: pasien tampak berlatih ROM aktif

d. Membantu pasien memberikan posisi kepala/ head up

Respon: pasien mengatakan lebih nyaman

**3.6 Catatan Perkembangan**

Evaluasi/catatan perkembangan klien dilaksanakan setelah implementasi dilakukan. Catatan perkembangan pre operasi pada Tn. S adalah sebagai berikut :

**Pre Operasi:**

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan trauma kepala

**Tanggal 08 April 2014 jam 12.30 wib**

Subyektif : tidak dapat dikaji pasien gelisah

Obyektif : Keadaan umum pasien lemah, bengkak dan terdapat luka dikepala didaerah temporalis dexstra, kesadaran somnolen, GCS 2.3.4, muntah 2 kali, terdapat hematoma epidural dan subdural hematoma tipis di kepala sebelah kanan, observasi tekanan darah 180/100 mmhg, MAP 127 mmhg, nadi 72 x/menit, suhu 36,7°c, pernapasan 31 x/menit, Spo2 87 %.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan

**Tanggal 09 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien menyatakan nyeri kepala

Obyektif : Keadaan umum pasien lemah, terdapat luka operasi dikepala didaerah temporalis dexstra, bengkak, dan terpasang drainase ± 20 cc warna darah merah

segar, kesadaran somnolen, GCS 3.3.5, nyeri kepala, pasien tampak gelisah, observasi tekanan darah 190/120 mmhg, MAP 143.3 mmhg, nadi 60 x/menit, suhu 37, 5° C, pernapasan 27 x/menit,

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan

**Tanggal 10 April 2014 jam 08.00 wib**

Subyektif : pasien menyatakan masih nyeri kepala

Obyektif : GCS 4.5.6, kesadaran kompos mentis, gelisah, tekanan darah 160/100 mmhg, nadi 78 x /menit, suhu 36,4°C, pernapasan 24x/ menit.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6,7,8 dilanjutkan

**Tanggal 11 April 2014 jam 08.00 wib**

Subyektif : pasien menyatakan nyerinya sudah berkurang

Obyektif : GCS 4.5.6, kesadaran kompos mentis, pasien tidak gelisah, tekanan darah 150/90 mmhg, nadi 78 x /menit, suhu 36,5°C, pernafasan 21x/ menit.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6,7,8 dihentikan

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan Disfungsi neurovaskuler

**Tanggal 08 April 2014 jam 12.30 wib**

Subyektif : pasien gelisah tidak dapat dikaji

Obyektif : Keadaan umum pasien lemah, observasi tekanan darah 180/100 mmhg, nadi 72 x/menit, suhu 36,7° c, pernapasan 31 x/menit dengan irama ireguler, kedalaman dangkal, ada pergerakan cuping hidung, Spo2 87 %, dan terpasang selang masker O2 dengan aliran 8 liter/menit dengan konsentrasi 60 %.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6,7,dilanjutkan

**Tanggal 09 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien menyatakan sedikit sesak pada saat nyeri kepala

Obyektif : tekanan darah 170/100 mmhg.nadi 78x/menit, pernafasan 24x/menit, spo2 96 %.tidak ada pergerakan cuping hidung, kedalaman inspirasi.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6,7,dihentikan

**Post Operasi**

1. Nyeri akut berhubungan dengan Terputusnya kontinuitas jaringan karena prosedur pembedahan

**Tanggal 09 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien mengeluh nyeri kepala dengan skala 9

Obyektif : Pasien tampak gelisah, muka pasien menyeringai, pasien merintih kesakitan, tampak sering memegang kepalanya, posisi untuk menghindari nyeri,diafosis, dengan skala nyeri 9 dan perubahan tekanan darah 190/120 mmhg, nadi 60x/menit, suhu 37, 5° C, pernafasan 27x/menit, dan terpasang drainase di kepala sebelah kanan.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4 dilanjutkan

**Tanggal 10 April 2014 jam 11.00 wib**

Subyektif : pasien mengatakan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 5

Obyektif : muka pasien tampak menyeringai, Tekanan darah 160/100 mmhg, nadi 78 x/ menit, suhu 36,5°C, pernapasan 24 x/menit.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4 dilanjutkan

**Tanggal 11 April 2014 jam 11.00 wib**

Subyektif : pasien mengatakan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 2

Obyektif : muka pasien rileks Tekanan darah 150/90 mmhg, nadi 78 x/ menit, suhu 36,5°C, pernapasan 21x / menit.

Assesment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4 dilanjutkan

**Tanggal 12 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien mengatakan nyerinya berkurang dengan skala nyeri 1

Obyektif : muka pasien rileks Tekanan darah 130/90 mmhg, nadi 78 x/ menit, suhu 36,5°C, pernapasan 21x / menit.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4 dihentikan pasien krs

2. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Nyeri

**Tanggal 09 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien mengatakan semalam tidak bisa tidur

Obyektif : pasien tampak lemas, mata bagian bawah tampak sedikit kehitaman dan mata terlihat keru, Tekanan darah 190/120 mmhg, nadi 60 x/ menit, suhu 37.5°C, pernapasan 27x / menit.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4 dilanjutkan

**Tanggal 10 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien mengatakan semalam bisa bisa tidur

Obyektif : pasien dapat tidur malam selama 5 jam, mulai juam 22.00-03.00 wib,tidak tampak kehitaman dibawah mata, Tekanan darah 160/100 mmhg, nadi 78 x/ menit, suhu 36,4°C, pernapasan 24x / menit.

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4 dihentikan

### 3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan neoromuskular

#### **Tanggal 09 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien menyatakan lemas

Obyektif : Semua kebutuhan pasien seperti makan, minum, mandi dan gosok gigi dibantu oleh perawat pasien gelisah

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,dilanjutkan

#### **Tanggal 10 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : pasien menyatakan masih lemas

Obyektif : Semua kebutuhan pasien seperti makan, minum, mandi dan gosok gigi dibantu oleh keluarga pasien belum mencoba ROM aktif

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,dilanjutkan

#### **Tanggal 11 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : Pasien mengatakan lebih nyaman

Obyektif : Pasien tampak berlatih ROM aktif tetapi semua kebutuhan pasien di bantu oleh keluarga

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,dilanjutkan

**Tanggal 12 April 2014 jam 12.00 wib**

Subyektif : Pasien mengatakan lebih nyaman

Obyektif : Pasien tampak berlatih ROM aktif tetapi semua kebutuhan pasien masih di bantu oleh keluarga

Assesment : Masalah teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,dihentikan pasien krs