**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Y. T. DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP SIMPANG EMPAT KECAMATAN SIMPANG EMAT TAHUN 2020**



KARYA TULIS ILMIAH

ERNA SURYANI

PO7520119177

PROGRAM REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU ( RPL) POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN PRODI D-III JURUSAN KEPERAWATAN TAHUN 2020

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Y. T. DENGAN TGANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP SIMPANG EMPAT KECAMATAN SIMPANG EMPAT TAHUN 2020**

Karya Tulis Ini Di Ajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Menyelesaikan Program Studi D-III Kelas RPL Jurusan Keperawatan Medan



KARYA TULIS ILMIAH

ERNA SURYANI

PO7520119177

PROGRAM REKOGNISI PEMBELAJARAN LAMPAU ( RPL) POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MEDAN PRODI D-III JURUSAN KEPERAWATAN 2020

**LEMBAR PERSETUJUAN**

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y.T DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP SIMPANG EMPAT KECAMATAN SIMPANG EMPAT TAHUN 2020

NAMA : ERNA SURYANI

NIM : PO7520119177

 Telah Di Terima Dan Di Setujui Untuk Di Seminarkan Di Hadapan Penguji

Medan, 24 juni 2020

Menyetujui

Pembimbing

Lestari S.Kep,Ns,M.Kep

NIP: 198008292002 12 2002

Ketua jurusan keperawatan

Politeknik kesehatan kemenkes medan

Johani Dewita Nasution SKM.M.Kes

NIP : 196505121999032001

**LEMBAR PENGESAHAN**

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN.Y.T DENGAN GANGGUAN SISTEM PERSYARAFAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP SIMPANG EMPAT KECAMATAN SIMPANG EMPAT TAHUN 2020

NAMA : ERNA SURYANI

NIM : PO7520119177

Karya Tulis Ilmiah Ini Telah Di Uji Pada Sidang Akhir

 Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Medan

Medan, 25 juni 2020

 Penguji Penguji II

Wiwik Dwi Arianti Doni Simatupang

NIP : 19751002199703 NIP: 196407051988032003

Ketua penguji

Lestari S.Kep, Ns, M.Kep

NIP: 198008292002 12 2002

Ketua jurusan keperawatan

Poliklinik kesehatan kemenkes Medan

Johani Dewita Nasution, SKM, M.Kes

NIP : 196505121999032001

**KATA PENGANTAR**

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan kasih-Nya yang senantiasa menyertai dalam penyelesaian Studi Kasus dengan Judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn Y. T. Dengan Gangguan System Persyarafan Di Puskesmas Simpang Empat. Karya Tulis Ilmiah ini merupakan salah satu persyaratan akademik dalam menyelesaikan Studi Ahli Madya Keperawatan di Politeknik Kesehatan Kemenkes Medan Jurusan Keperawatan. Selama proses penulisan studi kasus ini, penulis mendapat bimbingan dan dukungan dari berbagai pihak, maka perkenalan penulis menyampaikan penghargaan dan ucapan terima kasih kepada:

1. Ibu Dra.Ida Nurhayati,M.Kes selaku Direktur Politekhnik Kesehatan Kementerian Kesehatan Medan,
2. Ibu Johani Dewita Nasution, SKM, M. Kes Selaku Ketua Jurusan keperawatan politekhnik kesehatan kementerian kesehatan medan,
3. Muhamad Sutan Fakhrizal Munthay selaku Pimpinan Puskesmas Simpang Empat yang telah memebantu dalam pelaksaan asuhan keperawatan ini.
4. Ibu Lestari S.Kep, Ns, M.Kep. selaku pembimbing studi kasus yang dengan setia dan sabar meluangkan waktu, tenaga dan pikiran untuk membimbing penulis dalam menyelesaikan penyusunan studi kasus ini mulai dari penentuan judul sampai pada penulisan akhir.
5. Ibu Wiwik Dwi Arianti S.Kep, Ns, M.Kep. selaku penguji I yang telah memberikan masukan serta kritik yang membangun bagi kemajuan penulis.
6. Doni Simatupang, S.Kep, Ns, M.Kep selaku penguji II yang telah memberikan masukan dan kritik yang membangun bagi kemajuan penulis.
7. Teman -temanku Mahasiswa DIII Keperawatan , atas perhatiannya semoga kita tetap menjalin serta menjaga silaturrokhim diantara kita semua, amin.
8. Rekan-rekan dan semua pihak yang telah banyak membantu dalam penelitian.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa studi kasus ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu segala pendapat, saran dan kritik yang membangun sangat diharapkan agar dapat digunkan penulis untuk penyempurnaan studi kasus ini.

Simpang empat, 25 juni 2020

Penulis

ERNA SURYANI

**DAFTAR ISI**

**KATAPENGANTAR i**

**DAFTAR ISI iii**

**BAB 1. PENDAHULUAN** 1

* 1. Latar Belakang 1
	2. Tujuan Penulisan 3
	3. Perumusan Masalah 3
	4. Metode Penulisan 4
	5. Sistematika Penulisan 5

**BAB II LANDASAN TEORI 6**

* 1. Konsep Teori 6

 2.1.1Defenisi 6

2.1.2Etiologi 7

2.1.3Patofisiologi 12

2.1.4Tanda dan Gejala 13

2.1.5Penatalaksanaan 13

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan 14

2.2.1Pengkajian 14

2.2.2Diagnosa Keperawatan 18

2.2.3Intervensi Keperawatan 18

2.2.3Perencanaan 27

2.2.4Evaluasi 29

**BAB III TINJAUAN KASUS 31**

* 1. Pengkajian 37

3.2 Diagnosa Keperawatan 40

3.3 Implementasi 40

3.4 Evaluasi 40

BAB IV PEMBAHASAN 42

 4.1 Pengkajian 42

 4.2 Diagnosa Keperawatan 43

 4.3 Implementasi 43

 4.5 Evaluasi 43

**BAB IV KESIMPULAN DAN SARAN 44**

* 1. Kesimpulan 44

4.2 Saran 44

**DAFTAR PUSTAKA 45**

#  BAB 1

# PENDAHULUAN

* 1. **Latar Belakang**

Cedera kepala (trauma kepala) merupakan kondisi dimana struktur kepala mengalami benturan dari luar dan berpotensi menimbulkan gangguan pada fungsi otak. Beberapa kondisi pada cedera kepala meliputi luka ringan, memar di kulit kepala, bengkak, perdarahan, dislokasi, patah tulang tengkorak dan gegar otak, tergantung dari mekanisme benturan dan parahnya cedera yang dialami (Smletzer,2016).

Nyeri kepala pada pasien cedera kepala ringan disebabkan oleh perubahan neurokimia meliputi depolarisasi saraf, pengeluaran asam amino pada neuro transmiter yang berlebihan, disfungsi serotogenik , gangguan opiate endogen. Gejala klinis nyeri pada pasien cedera kepala ringan terdapat beberapa tipe yaitu : nyeri kepala migraine, nyeri kepala kluster, nyeri kepala cercicogenik dari hasil penelitian didapatkan hasil 37 % pasien mengalami nyeri kepala tension, 27 % migraine dan 18 % cercicogenik dan gejala nyeri akan terus dialami oleh pasien sampai 1 tahun ( Lenaerts and Couch, 2017 ).

Akibat trauma kepala pasien dan keluarga mengalami perubahan fisik maupun psikologis, asuhan keperawatan pada penderita cedera kepala memegang peranan penting terutama dalam pencegahan komplikasi.Komplikasi dari cedera kepala adalah infeksi, perdaraham.Cedera kepala berperan pada hampir separuh dari seluruh kematian akibat trauma.Cedera kepala merupakan keadaan yang serius.Oleh karena itu, diharapkan dengan penanganan yang cepat dan akurat dapat menekan mordibitas dan mortilitas penanganan yang tidak optimal dan terlambatnya rujukan dapat menyebabkan keadaan penderita semakin memburuk dan berkurangnya pemilihan fungsi (Fauzi, 2017).

Di Puskesmas Simpang Empat pada tahun 2019 menurut wawancara dengan beberapa perawat yang menjadi sepuluh besar adalah cedera kepala akibat kecelakaan lalulintas. Ini terjadi karena ketidaktertiban berlalu lintas para masyarakat, Hasil rekam medik tercatat dari sepuluh kasus penyakit di Puskesmas Simpang Empat sebanyak 37,98% adalah penyakit cedera kepala, yang terbagi menjadi 15,05% cedera kepala ringan, 19,12% cedera kepala sedang, 3,81% cedera kepala berat.

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2018, jumlah data yang dianilis seluruhnya 1.027.758 orang untuk semua umur.Adapun responden yang tidak pernah mengalami cedera 942.984 orang dan yang pernah mengalami cedera 84.774 orang. Sebanyak 34.409 kasus cedera disebabkan karena transportasi sepeda motor, yang menjadi penyebab cedera kedua tertinggi (40,6%) setelah jatuh (40,9%). Pravelensi cedera secara nasional adalah 8,2% dan pravalensi angka cedera yang disebabkan oleh sepeda motor di Sumatera Barat 49,5%. Pravalensi cedera tertinggi berdasarkan karakterisitik responden yaitu pada kelompok umur 15-24 tahun (11,7%) dan pada laki-laki (10,1%) (Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Departemen Kesehatan Republik Indonesia,2018).

* 1. **Tujuan**
1. **Umum**

Untuk memperoleh gambaran dan pengalaman nyata pada asuhan keperawatan masalah ketidakefektifan perfusi jaringan serebral pada orang dewasa dengan Cidera Kepala Ringan ( CKR ).

1. **Khusus**
2. Mampu menyajikan data sampai dengan menegakan analisis data.
3. Mampu merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien dengan cidera kepala ringan
4. Mampu merumuskan rencana tindakan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala ringan.
5. Mampu melakukan Evaluasi Keperawatan pada pasien dengan cidera kepala ringan.
6. Mampu mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien dengan cidera kepala ringan

### 1.3 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka dapat saya rumuskan masalah sebagai berikut: Asuhan Keperawatan Pada Tn.” Y T“ Dengan Gangguan Sistem Persyarafan Di Puskesmas Rawat Inap Simpang Empat Kecamatan Simpang Empat

* 1. **Manfaat**

### 1.4.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis studi kasus ini adalah untuk pengembangan ilmu keperawatan dalam pembuatan Asuhan Keperawatan tentang klien cedera kepala ringan agar perawat mampu memenuhi kebutuhan dasar pasien selama di rawat di puskesmas.

## 1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi masyarakat sebagai bahan masukan dalam melakukan asuhan keperawatan kepada pasien cedera kepala khususnya penanganan nyeri.
2. Sebagai referensi dan wacana dalam perkembangan ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang keperawatan pada pasien cidera kepala.
3. Mampu memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif kepada pasien dengan nyeri akut akibat cidera kepala
4. Karya tulis ilmiah ini dapat memberikan informasi bagi klien dan keluarga mengenai penatalaksanaan atau tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengatasi nyeri pada klien.
5. Pasien dan keluarga mendapatkan informasi dan pengetahuan tentang cara mengontrol nyeri akibat cidera kepala.
	1. **Sistematika Penulisan**

Sistematika penulisanakan di uraikan secara singkaat dalam bentuk bab dan sub bab penulisan karya tulis, maka penulis akan menyusun menjadi 5 bab, yaitu:

BAB 1 : Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan,perumusan masalah, manfaat penulisan dan sistematika penulisan

BABII :Landasan teori terdiri dari konsep dasar ( definisi,etiologi, patofisiologi, tanda dan gejala, penatalaksaan) konsep asuhan keperawata terdiri dari ( pengkajian, diagnosa keperawatan, perencaan keperawatan,evaluasi )

BAB III :Tinjauan kasus terdiri dari pengakajian, diagnose keperawatan,perencaan keperawatan, evaluasi.

BABIV :Pembahasan terdiri dari pengkajian,diagnosa keperawatan,perencanaan keperawatan dan evaluasi

 BAB V : Penutup terdiri kesimpulan dan saran

 **BAB II**

**LANDASAN TEORI**

**2.1 KONSEP DASAR**

**2.1.1 Defenisi**

Cedera kepala merupakan cedera yang meliputi trauma kulit kepala, tengkorak dan otak. Cedera kepala paling sering dan penyakit neurologik yang serius diantara penyakit neurologik dan merupakan proporsi epidemic sebagai hasil kecelakaan jalan raya (Smeltzer & Bare 2017).

Resiko utama pasien yang mengalami cidera kepala adalah kerusakan otak akibat atau pembekakan otak sebagai respons terhadap cidera dan menyebabkan peningkatan tekanan intrakranial, berdasarkan standar asuhan keperawatan penyakit bedah ( Temanggung, 2016), cidera kepala sendiri didefinisikan dengan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai pendarahan interslities dalam rubstansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak.

Cedera Kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak (Muttaqin, 2018).

 **2.1.2    Etiologi**

Menurut Tarwoto (2017), penyebab dari Cedera Kepala adalah :

1. Kecelakaan lalu lintas.
2. Terjatuh
3. Pukulan atau trauma tumpul pada kepala.
4. Olah raga
5. Benturan langsung pada kepala.
6. Kecelakaan industri.

**2.1.3 Patofisiologi**

Otak di lindungi dari cedera oleh rambut, kulit, dan tulang yang membungkusnya. Tanpa perlindungan ini, otak yang lembut (yang membuat kita seperti adanya) akan mudah sekali terkena cedera dan mengalami kerusakan. Cedera memegang peranan yang sangat besar dalam menentukan berat ringannya konsekuensi patofisiologis dari suatu trauma kepala..Lesi pada kepala dapat terjadi pada jaringan luar dan dalam rongga kepala.Lesi jaringan luar terjadi pada kulit kepala dan lesi bagian dalam terjadi pada tengkorak, pembuluh darah tengkorak maupun otak itu sendiri. Terjadinya benturan pada kepala dapat terjadi pada 3 jenis keadaan, yaitu :

1. Kepala diam dibentur oleh benda yang bergerak
2. Kepala yang bergerak membentur benda yang diam dan
3. Kepala yang tidak dapat bergerak karena bersandar pada benda yang lain dibentur oleh benda yang bergerak (kepala tergencet). Terjadinya lesi pada jaringan otak dan selaput otak pada cedera kepala diterangkan oleh beberapa hipotesis yaitu getaran otak, deformasi tengkorak, pergeseran otak dan rotasi otak.

Dalam mekanisme cedera kepala dapat terjadi peristiwa contre coup dan coup.Contre coup dan coup pada cedera kepala dapat terjadi kapan saja pada orang-orang yang mengalami percepatan pergerakan kepala.Cedera kepala pada coup disebabkan hantaman pada otak bagian dalam pada sisi yang terkena sedangkan contre coup terjadi pada sisi yang berlawanan dengan daerah benturan.Kejadian coup dan contre coup dapat terjadi pada keadaan.Keadaan ini terjadi ketika pengereman mendadak pada mobil/motor. Otak pertama kali akan menghantam bagian depan dari tulang kepala meskipun kepala pada awalnya bergerak ke belakang. Sehingga trauma terjadi pada otak bagian depan.Karena pergerakan ke belakang yang cepat dari kepala, sehingga pergerakan otak terlambat dari tulang tengkorak, dan bagian depan otak menabrak tulang tengkorak bagian depan.

Pada keadaan ini, terdapat daerah yang secara mendadak terjadi penurunan tekanan sehingga membuat ruang antara otak dan tulang tengkorak bagian belakang dan terbentuk gelembung udara.Pada saat otak bergerak ke belakang maka ruangan yang tadinya bertekanan rendah menjadi tekanan tinggi dan menekan gelembung udara tersebut. Terbentuknya dan kolapsnya gelembung yang mendadak sangat berbahaya bagi pembuluh darah otak karena terjadi penekanan,sehingga daerah yang memperoleh suplai darah dari pembuluh tersebut dapat terjadi kematian sel-sel otak. Begitu juga bila terjadi pergerakan kepala ke depan.

**PATWEY**

Cedera Kepala

 Respon biologis

 Cidera otak sekunder

Cedera Otak Primer

 Kerusakan Sel Otak

 Gangguan Autoregulasi

 Strees

 Aliran darah ke otak

 katekolamin sekresi

 Asam lambung

 Rangsangan simpatis

 O2 gangguan metabolisme

 Mual , muntah

 Tahanan vaskuler sistemik & TD

 Tekanan pembuluh darah [pulmonal

Asam laktat

Asupan nutrisi kurang

Oedema otak

 Tekanan hidrostatik

Kebocoran cairan kapiler

Gangguan perfusi jaringan serebral

Cardiac out put

Oedema paru

Difusi O2 terhambat

Gangguan perfusi jaringan

Hipoksemia,

hiperkapnea

Gangguan pola nafas

**Cara Mengukur Tingkat Kesadaran**

Tingkat kesadaran tertinggi atau bisa dibilang terjaga sepenuhnya, berada di skala 15. Sementara yang terendah atau yang dikatakan koma, berada di skala 3.

Untuk mengetahuinya skala GCS, tim medis akan melakukan pengecekan sebagai berikut:

**1.Mata**Nilai GCS yang dievaluasi melalui pemeriksaan mata:

- Jika tim medis meminta membuka mata dan merangsang seseorang dengan nyeri tapi mata orang tersebut tidak bereaksi dan tetap terpejam, maka poin GCS yang didapat yaitu 1.

- Jika mata terbuka akibat rangsang nyeri saja, poin GCS yang didapat yaitu 2.

- Jika mata seseorang terbuka hanya dengan mendengar suara atau dapat mengikuti perintah untuk membuka mata, poin GCS yang didapat yaitu 3.

- Jika mata terbuka secara spontan tanpa perintah atau sentuhan, maka poin yang didapat yaitu 4.

**2.Suara**

Nilai GCS yang dievaluasi dalam pemeriksaan respons suara:

- Jika seseorang tidak mengeluarkan suara sedikitpun, meski sudah dipanggil atau dirangsang nyeri, maka orang tersebut mendapat poin 1.

- Jika suara yang keluar seperti rintihan tanpa kata-kata, poin yang didapat yaitu 2.

- Seseorang dapat berkomunikasi tapi tidak jelas atau hanya mengeluarkan kata-kata tapi bukan kalimat yang jelas, poin GCS yang didapat yaitu 3.

- Jika seseorang dapat menjawab pertanyaan dari tim medis tapi pasien seperti kebingungan atau percakapan tidak lancar, maka poin yang didapat adalah 4.

- Seseorang dapat menjawab semua pertanyaan yang diajukan dengan benar dan sadar penuh terhadap orientasi lokasi, lawan bicara, tempat, dan waktu, maka poin yang didapat yaitu 5.

**3.Gerakan**

Nilai GCS yang dievaluasi dalam pemeriksaan respons gerakan:

- Tidak ada respons gerakan tubuh walau sudah diperintahkan atau diberi rangsangan nyeri, poin GCS yang didapat yaitu 1.

- Seseorang hanya dapat mengepalkan jari tangan dan kaki, atau menekuk kaki dan tangan saat diberi rangsangan nyeri, poin yang didapatkan adalah 2.

- Seseorang hanya menekuk lengan dan memutar bahu saat diberi rangsangan nyeri, poin GCS yang didapat yaitu 3.

- Seseorang dapat menggerakkan tubuh menjauhi sumber nyeri ketika dirangsang nyeri, poin GCS yang diperoleh yaitu 4. Contohnya, seseorang dapat menjauhkan tangan ketika dicubit.

- Bagian tubuh yang tersakiti dapat bergerak dan orang yang diperiksa dapat menunjukkan lokasi nyeri, poin GCS yang didapat yaitu 5. Contohnya ketika tangan diberi rangsangan nyeri, tangan akan mengangkat.

- Seseorang dapat melakukan gerakan ketika diperintahkan, poin GCS yang didapatkan yaitu 6.

**2.1.4 Tanda dan Gejala**

Gejala yang terjadi pada penderita cedera kepala ringan mungkin tidak langsung terlihat tepat pada saat cedera. Pada umumnya, gejala  baru terlihat beberapa hari atau beberapa minggu setelah cedera terjadi.

Selain itu, gejala juga seringkali tidak disadari baik oleh orang yang mengalami cedera, keluarga, maupun dokter yang menangani.Pasalnya, penderita kerap terlihat normal meskipun sering merasa tidak dapat berpikir dengan normal.

Ketika muncul, beberapa gejala yang dapat ditemukan pada penderita cedera kepala ringan meliputi:

* [Sakit kepala](https://www.sehatq.com/penyakit/sakit-kepala?utm_source=artikel&utm_medium=artikel&utm_campaign=internallink).
* Gangguan penglihatan.
* [Kesadaran yang menurun](https://www.sehatq.com/penyakit/penurunan-kesadaran?utm_source=artikel&utm_medium=artikel&utm_campaign=internallink) (hanya sementara).
* Sulit berkonsentrasi.
* Pusing atau hilang keseimbangan.
* Rasa mual.
* Telinga berdenging.
* [Kejang-kejang](https://www.sehatq.com/penyakit/kejang?utm_source=artikel&utm_medium=artikel&utm_campaign=internallink).
* Gangguan emosional.
* Gangguan atau kesulitan tidur.
* [Muntah](https://www.sehatq.com/penyakit/muntah?utm_source=artikel&utm_medium=artikel&utm_campaign=internallink).
* Rasa sensitif terhadap cahaya dan suara.
* *Mood* yang berubah-ubah.
* Lamban dalam berpikir.
* Merasa kebingungan atau linglung.
* Kesulitan dalam mengemukakan pendapat atau perasaan.
	+ 1. **Penatalaksaan**

**2.1.5.1 Keperawatan**

1. Observasi 24 jam
2. Jika pasien masih muntah sementara dipuasakan terlebih dahulu. Makanan atau cairan, pada trauma ringan bila muntah-muntah, hanya cairan infus dextrose 5%, amnifusin, aminofel (18 jam pertama dari terjadinya kecelakaan), 2-3 hari kemudian diberikan makanan lunak
3. Berikan terapi intravena bila ada indikasi
4. Pada anak diistirahatkan atau tirah baring

**2.1.5.2 Medis**

1. Terapi obat-obatan
2. Dexamethason/kalmethason sebagai pengobatan anti edema serebral, dosis sesuai dengan berat ringannya trauma
3. Pengobatan anti edema dengan larutan hipertonis yaitu mannitol 20 % atau glukosa 40 % atau gliserol 10 %
4. Antibiotika yang mengandung barrier darah otak (penisillin) atau untuk infeksi anaerob diberikan metronidasol
5. Pembedahan bila ada indikasi (hematom epidural besar, hematom sub dural, cedera kepala terbuka, fraktur impresi >1 diplo)
6. Lakukan pemeriksaan angiografi serebral, lumbal fungsi, CT Scan dan MRI (Satynagara, 2017).
	1. **Konsep Asuhan Keperawatan**
		1. **Pengkajian**
		2. Primary Survey
7. Airway dan cervical control

Hal pertama yang dinilai adalah kelancaran airway.Meliputi pemeriksaan adanya obstruksi jalan nafas yang dapat disebabkan benda asing, fraktur tulang wajah, fraktur mandibula atau maksila, fraktur larinks atau trachea. Dalam hal ini dapat dilakukan “chin lift” atau “jaw thrust”. Selama memeriksa dan memperbaiki jalan nafas, harus diperhatikan bahwa tidak boleh dilakukan ekstensi, fleksi atau rotasi dari leher.

1. Breathing dan ventilation

Jalan nafas yang baik tidak menjamin ventilasi yang baik.Pertukaran gas yang terjadi pada saat bernafas mutlak untuk pertukaran oksigen dan mengeluarkan karbon dioksida dari tubuh. Ventilasi yang baik meliputi:fungsi yang baik dari paru, dinding dada dan diafragma.

1. Circulation dan hemorrhage control
2. Volume darah dan Curah jantung

Kaji perdarahan klien.Suatu keadaan hipotensi harus dianggap disebabkan oleh hipovelemia.3 observasi yang dalam hitungan detik dapat memberikan informasi mengenai keadaan hemodinamik yaitu kesadaran, warna kulit dan nadi.

1. Kontrol Perdarahan
2. Disability

Penilaian neurologis secara cepat yaitu tingkat kesadaran, ukuran dan reaksi pupil.

1. Exposure dan Environment control

Dilakukan pemeriksaan fisik head toe toe untuk memeriksa jejas.

* + 1. Secondary Survey
1. Fokus assessme
2. Head to toe assessment
3. Pengkajian

Data Dasar Pengkajian Klien (Doenges, 2018). Data tergantung pada tipe, lokasi dan keperahan, cedera dan mungkin dipersulit oleh cedera tambahan pada organ-organ vital.

1. Aktivitas/istirahat

   Gejala        :   Merasa lelah, lemah, kaku, hilang keseimbangan.

 Tanda     :   Perubahan kesadaran, letargi, hemiparese, puandreplegia, ataksia, cara berjalan tidak tegang.

1. Sirkulasi

 Gejala       :   Perubahan tekanan darah (hipertensi) bradikardi, takikardi.

1. Integritas Ego

 Gejala       :   Perubahan tingkah laku dan kepribadian.

 Tanda       :   Cemas, mudah tersinggung, angitasi, bingung, depresi dan impulsif.

1. Makanan/cairan

              Gejala       :   Mual, muntah dan mengalami perubahan selera.

              Tanda       :   muntah, gangguan menelan.

1. Eliminasi

 Gejala       :   Inkontinensia, kandung kemih atau usus atau mengalami gangguan fungsi.

1. Neurosensori

 Gejala       :   Kehilangan kesadaran sementara, amnesia, vertigo, sinkope, kehilangan pendengaran, gangguan pengecapan dan penciuman, perubahan penglihatan seperti ketajaman.

 Tanda       :   Perubahan kesadaran bisa sampai koma, perubahan status mental, konsentrasi, pengaruh emosi atau tingkah laku dan memoris.

1. Nyeri/kenyamanan

       Gejala       :   Sakit kepala.

 Tanda       :   Wajah menyeringai, respon menarik pada rangsangan nyeri yang hebat, gelisah, tidak bisa istirahat, merintih.

1. Pernafasan

 Tanda       :   Perubahan pola pernafasan (apnoe yang diselingi oleh hiperventilasi nafas berbunyi)

1. Keamanan

               Gejala       :   Trauma baru/trauma karena kecelakaan.

 Tanda       :   Fraktur/dislokasi, gangguan penglihatan, gangguan rentang gerak, tonus otot hilang, kekuatan secara umum mengalami paralisis, demam, gangguan dalam regulasi suhu tubuh.

1. Interaksi sosial

 Tanda       :  Apasia motorik atau sensorik, bicara tanpa arti, bicara berulang-ulang, disartia.

* + 1. **Diagnosa Keperawatan**
1. Ketiakdakefektifan perfusi jaringan cerebral b.d edema serebral, peningkatan TIK
2. Pola nafas tidak efektif b.d gangguan kerusakan pusat pernafasan di medulla oblongata/jaringan otak
3. Nyei akut b.d agen injuri fisik
4. Trauma , tindakan invasif , immunosupresif , kerisakan jaringan factor resiko infeksi
5. Defisit self care b.d kelemahan fisik penurunan kesadaran.
	* 1. **Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No  | Diagnosa Keperawatan  | NOC | NIC |
| 1 | Ketiakdakefektifan perfusi jaringan cerebral b.d edema serebral, peningkatan TIK | Setelah di lakukan asuhan keperawatan 2x 24 jam klien menunjukkan status sirkulasi dan tissue perfusion cerebral membaik dengan KH :-TD dalam rentang normal (120/80 mmhg ).-Tidak ada tanda peningkatan TIK -Klien mampu bicara dengan jelas, menunjukkan konsentrasi, perhatian dan orientasi baik-fungsi sensori motorik cranial utuh: kesadaran membaik (GCS 15 tidak ada gerakan involuter.  | **Monitoring tekanan intrakranium :**a. kaji, observasi , evaluasi tanda-tanda penurunan perfusi serebral: gangguan mental, pingsan, reaksi pupil, penglihatan kabur, nyeri kepala, gerakan bola mata.b. Hindari tindakan valsava manufer (suction lama, mengedan, batuk terus menerus)c. Berikan oksigen sesuai instruksi dokter d. lakukan tindakan bedrest totale. Posisikan kepala pasien lebih tinggi dari badan (30-40 derajat)f.Minimalkan stimulasi dari luarg.Monitor vital sign serta tingkat kesadaran h.Monitor tanda-tanda TIKi.Batasi gerakan leher dan kepala j.Kolaborasi pemberian obat-obatan untuk meningkatkan volume intravaskuler sesuai perinth dokter.  |
| 2 | Pola nafas tidak efektif b.d gangguan kerusakan pusat pernafasan di medulla oblongata/jaringan otak | Setelah dilakukan Asuhan Keperawatan 2x24 jam klien menunjukkan pola nafas yang efektif dengan KH: -Pernafaasan 16-20x/i, teratur-Suara nafas bersih-Pernafasan vesikuler -Saturasi O2 ≥ 95 % | a. Kaji status nafas klien b.Kaji penyebab ketidakefektifan pola nafasc. Beri posisi head up 35-45 derajat d.Monitor perubahan tingkat kesadaran, status mental dan peningkatan TIKe.Beri oksigen sesuai anjuran medicf.Kolaborasi dokter untuk terapi, tindakan dan pemeriksaan |
| 3 | Nyei akut b.d agen injuri fisik | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam tingkat kenyamanan klien meningkat, nyeri terkontrol dengan KH: * Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala nyeri 2-3

-Ekspresi wajah tenang -Klien dapat beristirahat dan tidur  | Manajemen nyeri :- Klien nyeri secra komperhensif (lokasi,karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan factor presipitasi)b.Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan c.Gunakan tekhnik komunikasi teraupatik untuk mengetahui pengalaman nyeri klien sebelumnya.d.Kontrok fktor lingkungan yang mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan,kebisingane.Kurangi faaktor presipitasi nyerif.Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmokologis non farmokologis)f.Ajarkan tekhnik non farmokologis (relaksasi,distraksi dll)untuk mengatasi nyeri h.Kolaborasi untuk pemberian analgetiki.Evaluasi tindakan pengurang nyeri/control nyeri |
| 4 | Trauma tindakan invasive, imunosupresif,kerusakan jaringan, factor resiko infeksi  | Setelah dilakukan asuhan jeperawataan selama 2x24 jam infeksi terdeteksi terdeteksi dengan KH :-Tidak ada tanda-tanda infeksi-Suhu normal (36-37c) | Kontrol infeksi :a.Bersihkan lingkungan setelah dipakai pasien lain b.Batasi pengunjung bila perluc.Lakukan cuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan d..Gunakan baju,masker dan sarung tangan ssebagai alat pelindung e.Pertahankan lingkungan yang aseptic selama pemasangan alat f.Lakukan perawatan luka,drainage,dressing infus dan kateter setiap hari,jika ada Berikan antibiotik sesuai program Proteksi terhadap infeksi:a.Monitor taanda dan gejala infeksi sistemik dan localb.Monitor hitung granulosit dan WBCc.Monitor kerentanan terhadap infeksi d.Pertahankan tekhnik aseptic untuk setiap tindakane.Inpeksi kulit dan membrane mukosa terhadap kemerahan,panas,drainasf.Inspeksi kondisi luka insisi bedah  |
| 5 |  Defisit self care b/d kelemahan fisik,penurunan kesadaran | Setelah dilakukan aasuhan keperawatan selama 2x24 jam klien dan keluarga dapat mearawat diri: dengan kriteria -Kebutuhan kliensehari-hari terpenuhi (makam,berpakaian,toileting,berhias,hygine,oral hygiene,)-klien bersih dan tidak bau | Bantuan perawatan diri:a.Monitoring terhadap perawatan diri yang mandiribMonitoring kebutuhan akan personal hygine,toileting,berpakaian,makan berhiasc.Beri bantuan sampai klien mempunyai kemampuan untuk merawat dirid.Bantu klien dalam memenuhi kebutuhannya sehari-harie.Anjurkan klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari sesuai kemampuannyaf.Pertahankan aktivitas perawatan diri secara ruting.Dorong untuk melakukan secara mendiri taapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukan nyah.Anjurkan keluarga untuk ikutsertaan dalam memenuhi ADL Klien  |

* + 1. **Implementasi**

Implementasi keperawatan merupakan kategori dari perilaku keperawatan,  dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan (Potter& Perry 2017, dalam Haryanto, 2017).

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Gordon, 2018, dalam Potter & Perry, 2018).

Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Nettina, 2017).

Jadi, implemetasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

**Tipe implementasi keperawatan**

Secara garis besar terdapat tiga kategori dari implementasi keperawatan (Craven dan Hirnle, 2017) antara lain:

1. Cognitive implementations.

Meliputi pengajaran atau pendidikan, menghubungkan tingkat pengetahuan klien dengan kegiatan hidup sehari-hari, membuat strategi untuk klien dengan disfungsi komunikasi, memberikan umpan balik, mengawasi tim keperawatan, mengawasi penampilan klien dan keluarga, serta menciptakan lingkungan sesuai kebutuhan, dan lain lain.

1. Interpersonal implementations.

Meliputi koordinasi kegiatan-kegiatan, meningkatkan pelayanan, menciptakan komunikasi terapeutik, menetapkan jadwal personal, pengungkapan perasaan, memberikan dukungan spiritual, bertindak sebagai advokasi klien, role model, dan lain lain.

1. Technical implementations.

Meliputi pemberian perawatan kebersihan kulit, melakukan aktivitas rutin keperawatan, menemukan perubahan dari data dasar klien, mengorganisir respon klien yang abnormal, melakukan tindakan keperawatan mandiri, kolaborasi, dan rujukan, dan lain-lain.

* + 1. **Evaluasi**

Evaluasi yaitu penilaian hasil dan proses. Penilaian hasil menentukan seberapa jauh keberhasilan yang dicapai sebagai keluaran dari tindakan. Penilaian peoses menentukan apakah ada kekeliruan dari setiap tahapan proses mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi itu sendiri. (Ali, 2019)
 Evaluasi merupakan tahap akhir yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau tidak untuk mengatasi suatu masalah.(Meirisa, 2016).Pada tahap evaluasi, perawat dapat mengetahui seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaan telah tercapai.
 Meskipun tahap evaluasi diletakkan pada akhir proses keperwatan tetapi tahap ini merupakan bagian integral pada setiap tahap proses keperawatan.  Pengumpulan data perlu direvisi untuk menentukan kecukupan data yang telah dikumpulkan dan kesesuaian perilaku yang observasi.Diagnosis juga perlu dievaluasi dalam hal keakuratan dan kelengkapannya.Evaluasi juga diperlukan pada tahap intervensi untuk menentukan apakah tujuan intervensi tersebut dapat dicapai secara efektif.(Nursalam, 2018).

**BAB III**

**TINJAUAN KASUS**

* 1. **Pengkajian**
		1. **Identitas Pasien**

Tanggal Pengkajian         : 15 juni 2020

Tanggal Masuk                : 14Juli 2020

Ruang                              : Pria

Nomor Register               : Bt.5087

Diagnosa Medis               : Trauma Capitis

1. Identitas Klien

Nama Klien               : Tn. Y.T

Jenis Kelamin            : Laki - laki

Usia                            : 25 tahun

Status Perkawinan    : belum menikah

Agama                       : Islam

Pendidikan                : SMA

Bahasa                      : bahasa indonesia

Pekerjaan                   : Swasta

Alamat                       : Jln.jampalan Simpang empat

Sumber biaya             : Pribadi

Sumber informasi      : Klien dan keluarga

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pengkajian primer  | Pasien 1 | Pasien II |
| Airway BreathingCirculationDisabilityExposure | Tidak ada secret di hidung, tidak tampak ada sumbatan pada jalan nafas, tidak adanya lidah jatuhRespiratory rate 26 kali/menit, suara nafas vesikuler, irama reguler, klien tampak bernafas menggunakan otot bantu pernafasan, tampak retraksi dada, terpasang O2 menggunakan nasal kanul 3 liter per menit.Tekanan darah : 110/70 mmHgNadi : 70 kali/menitSuhu : 36,6oC teraba hangat , warna kulit sawo matang.Kesadaran klien Composmentis, Glasgow comascale 15,SPO2100% tidak ada perdarahan.Tampak ada benjolan didaerah kepala, tidak terdapat deformitas pada tubuh pasien, kondisi lingkungan disekitar aman. | Tidak tampak ada sumbatan pada jalan nafas, tidak adanya lidah jatuh.Respiratory rate 20 kali/menit, suara nafas vesikuler, irama reguler, terpasang O2 menggunakan nasal kanul 3 liter per menit.Tekanan darah : 130/80 mmHgNadi : 70 kali/menitSuhu : 36,5oC teraba hangat.Kesadaran klien Composmentis, Glasgow coma scale 15,SPO298% tidak ada perdarahan.Ada jejas didaerah kepala, tidak terdapat deformitas pada tubuh pasien, kondisi lingkungan disekitar aman. |

1. **Riwayat Kesehatan Keluarga**

**Riwayat Kesehatan Keluarga**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Riwayat kesehatan keluarga  | Pasien 1 | Pasien 2 |
| Keluarga klien mengatakan di dalam keluarganya tidak memiliki riwayat penyakit menurun seperti hipertensi, jantung, DM, serta tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, tetanus. | Keluarga klien mengatakan di dalam keluarganya memiliki riwayat penyakit menurun yaitu hipertensi, tetapi tidak memiliki riwayat penyakit menular seperti TBC, tetanus. |

1. Analisa Data

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Masalah  | Etiologi  |
| Pasien 1 |
| Ds :Pasien mengatakan pusing karena jatuh dengan kepala membentur aspal Do :Hasil CT-scan :-Tampak gambaran massa hematom wajah dan temporal | Gangguanperfusi jaringan serebral | Peningkatan tekanan intracranial |
| Ds :Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala kadang di sertai pusingP: Nyeri timbul saat akan berpindah posisiQ: Nyeri seperti di tekanR: Nyeri di bagian kepalaS: Skala nyeri 3T: Nyeri hilang Do :Pasien tampak meringis kesakitanTTV :TD: 110/70 mmHgN: 70x/menitRR: 26x/menitS: 36,6OC | Nyeri akut  | Agen cedera fisik  |
| Pasien 2 |
| Ds :Pasien mengatakan pusing karena naik motor kesempret jatuh kepala membentur Do :-Pasien terpasang oksigen 3 liter permenit-HasilCT-scanTampak gambaran massa hematom di temporal SN | Gangguan perfusi jaringan serebral | Peningkatan tekanan intracranial |
| Ds :Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala yang membentur aspalP: Nyeri timbul saat bergerakQ: Nyeri seperti di tekanR: Nyeri di bagian kepalaS: Skala nyeri 4T: Nyeri terus-menerusDo :Pasien tampak menahan sakit dan memegangi bagian kepala yang sakit TTV :TD: 130/80 mmHgN: 70x/menitRR: 22x/menitS: 36,5OC | Nyeri akut  | Agen cedera fisik  |

**3.2 Diagnosa Keperawatan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data  | Masalah  | Etiologi  |
| Ds : -TD : 110/90mmhg- Nadi: 82x/iPernafasan : 22x/iTemp:360C-Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala kadang di sertai pusingP: Nyeri timbul saat akan berpindah posisiQ: Nyeri seperti di tekanR: Nyeri di bagian kepalaS: Skala nyeri 3T: Nyeri hilang timbulDo :Pasien tampak meringis kesakitan TTV :TD: 110/70 mmHgN: 70x/menitRR: 26x/menitS: 36,6OC | Nyeri akut | Agen cedera fisik  |
| Ds : -TD: 110/70 mmHgN: 70x/menitRR: 26x/menitS: 36,6OC Pasien mengatakan nyeri di bagian kepala yang membentur aspalP: Nyeri timbul saat bergerakQ: Nyeri seperti di tekanR: Nyeri di bagian kepalaS: Skala nyeri 4T: Nyeri terus-menerusDo :Pasien tampak menahan sakit dan memegangi bagian kepala yang sakit TTV :TD: 130/80 mmHgN: 70x/menitRR: 22x/menitS: 36,5OC |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dx keperawatan  | Criteria hasil  | Intervensi  |
| Dx 1 | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan pasien tidak ada gangguan perfusi jaringan serebral kriteria hasil: -Mencegah cedera-GCS dalam batas normal E4 M5 V6-Tanda-tanda vital dalam batas normal RR 16-24x/menit | -Lakukan pengkajian perubahan pasien dalam merespon stimulus-Berikan posisi yang senyaman mungkin -Observasi tekanan intrakranial dan respon neurologis-Observasi status oksigen-Observasi adanya nyeri kepala-Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian oksigen -Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian obat |
|  | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x3 jam diharapkan nyeri dapat teratasi dengan kriteria hasil:-Pasien mampu mengenali nyeri-Pasien mampu mengontrol nyeri-Tidak ada gangguan pola tidur | -Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif-Berikan posisi yang nyaman-Ajarkan tehnik relaksasi nafas dalam-Kolaborasi dengan dokter terkait pemberian analgesik |

**3.3 Implementasi Keperawatan**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dx keperawatan  | Jam  | Implementasi  |
| Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakrania | 09.000 | Memberikan terapi oksigen Mengobservasi tanda-tanda adanya peningkatan tekananintrakranial dan respon neurologisMengobservasi tanda-tanda vital |
| Nyeri akut berhubungan dengan agen cedera fisik | 09.20 | Mengkaji skala nyeri pasienMengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam |

**3.4 Evaluasi Keperawatan**

|  |  |
| --- | --- |
| Dx | Evaluasi |
| 1 | S: Pasien mengatakan pusing dibagian kepalaO : Pasien tampak memegangi bagian area kepala yang sakit, terpasang oksigen 3 lpmA : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensi:-Kaji pusing pasien-Kaji TTV |
| 2 | S : Pasien mengatakan masih sesak nafasO : Pasien tampak menggunakan otot bantu pernafasan A : Masalah belum teratasiP : Lanjutkan intervensi-Monitor respirasi dan statusoksigen-Monitor tanda-tanda vital |

**BAB IV**

**PEMBAHASAN**

**4.1  Pengkajian**

Pada teoritis, menurut berat ringannya berdasarkan GCS (Glosgow Coma Scale), klien termasuk dalam *Cedera Kepala ringan*(kelompok risiko rendah), yaitu:

-    GCS 13-15 (sadar penuh, atentif, orientatif)

-    Kehilangan kesadaran /amnesia tetapi kurang 30 mnt

-    Tak ada fraktur tengkorak

-    Tak ada contusio serebral (hematom)

-    Tidak ada intoksikasi alcohol atau obat terlarang

-    Pasien dapat mengeluh nyeri kepala dan pusing

-    Pasien dapat menderita abrasi, laserasi, atau hematoma kulit kepala

-    Tidak adanya criteria cedera sedang-berat

Pada kasus, tanda dan gejala yang ditemukan pada klien yaitu:

-     GCS klien 14

-     Kehilangan kesadaran saat dibawa ke RS

-     Adanya penurunan kesadaran selama <30 menit

-      Klien tidak mampu mengingat kejadian kecelakaan

-      Tidak ada hematom

-      Klien tidak megeluh nyeri kepala dan pusing

-     Tidak ada tampak tanda abrasi, laserasi, atau hematoma pada kulit kepala

**4.2  Perencanaan**

Semua perencanaan keperawatan yang dituangkan pada kasus mengacu ke teoritis. Setiap tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana tindakan keperawatan.

Pada teoritis, diagnosa keperawatan yang dapat muncul adalah:

1.      Bersihan luka b.d kerusakan jaringan akibat infeksi jaringan

2.      Perfusi jaringan serebral tidak efektif b.d edema serebral

3.      Perubahan persepsi sensori b.d trauma defisit neurologis

4.      Resti infeksi b.d trauma jaringan, kerusakan kulit, prosedur invasif.

5.      Kerusakan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan tubuh, cedera ortopedi.

6.      Resti perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh b.d penurunan tingkat kesadaran, mual, muntah.

Sedangkan pada kasus, diagnosa yang dapat diangkat adalah :

1.      Perfusi jaringan serebral tidak efektif b.d edema serebral

2.      Resti infeksi b.d trauma jaringan, kerusakan kulit

3.      Perubahan persepsi sensori b.d trauma defisit neurologis

**4.3  Implementasi**

Implementasi keperawatan yang dilaksanakan dari tanggal 15 juni 2020 sesuai dengan rencana tindakan keperawatan, yaitu:

**BAB V**

**PENUTUP**

**5.1 Kesimpulan**

Cedera adalah suatu akibat daripada gaya-gaya yang bekerja pada tubuh atau sebagian daripada tubuh dimana melampaui kemampuan tubuh untuk mengatasinya, gaya-gaya ini bisa berlangsung dengan cepat atau jangka lamaCedera sering dialami oleh seorang atlit, seperti cedera goresan, robek pada ligamen, atau patah tulang karena terjatuh. Cedera tersebut biasanya memerlukan pertolongan yang profesional dengan segera.

Banyak sekali permasalahan yang dialami oleh atlit olahraga, tidak terkecuali dengan sindrom ini. Sindrom ini bermula dari adanya suatu kekuatan abnormal dalam level yang rendah atau ringan, namun berlangsung secara berulang-ulang dalam jangka waktu lama. Jenis cedera ini terkadang memberikan respon yang baik bagi pengobatan sendiri

Cedera Olahraga adalah rasa sakit yang ditimbulkan karena olahraga, sehingga dapat menimbulkan cacat, luka dan rusak pada otot atau sendi serta bagian lain dari tubuh.

 **5.2   Saran**

Dalam berolahraga hal yang perlu diperhatikan adalah keselamatan dalam berkerja dan melakukan aktifitas, oleh sebab itu menghindari cidera olahraga sangat penting dalam hal berolahraga.

**DAFTAR PUSTAKA**

Aghakhani, N., Azami, M., Jasemi, M. et al.(2013). Epidemiology of Traumatic Brain Injur in Urmia, Iran. Iranian Red Crescent Medical Journal,

 Arikunto, Suharsimi. 2018. Teori cedera kepala. Jakarta: Rineka Cipta.

 Batticaca, F. B. 2017. Asuhan Keperawatan pada cedera kepala ringan. Jakarta: Salemba Medika.

Deswani.2017. Asuhan Keperawatan dan Berdikir Kritis. Jakarta: Salemba Medika. Haddad, S.H., & Arabi, Y.M. 2016.Critical care manajementof severe traumatic brain injury in adults.

 Muttaqin, A. 2018.Pengantar Asuhan Keperawatan Klien dengan cedera kepala. Jakarta: Salemba Medika.

Musliha. 2010. Keperawatan Gawat Darurat. Yogyakarta: Nuha Medika.

Nursalam. 2016. Konsep dan Penerapan Metodologi penelitian Ilmu Keperawatan. Edisi 2. Jakarta: Salemba medika.

 Tarwoto, Wartonah, Suryati, 2017. Keperawatan Medikal Bedah Gangguan Sistem Persyarafan. Jakarta: SagungSeto.

**KEGIATAN BIMBINGAN**

NAMA : ERNA SURYANI

NIM : PO7520119177

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN Y. T. DENGAN CEDERA KEPALA RINGAN DI PUSKESMAS RAWAT INAP SIMPANG EMPAT KECAMATAN SIMPANG EMPAT TAHUN 2020

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO  | Tanggal | Materi Bimbingan  | Saran  | Tanda tangan pembimbing  |
| 1 |  | Konsul judul  | Revisi judul  |  |
| 2 |  | Perbaikan judul  | ACC judul lanjut BAB 1 |  |
| 3 |  | Konsul BAB 1 | Revisi BAB I , cara pengutipan nama penulisan KTI  |  |
| 4 |  | Perbaikan BAB 1 | ACC BAB I lanjut BAB II |  |
| 5 |  | Konsul BAB II | Revisi BAB II,tambahkan materi pengutipan sumber,perbaikan tujuan  |  |
| 6 |  | Perbaikan BAB II | ACC BAB II,lanjut BAB III |  |
| 7 |  | Konsul BAB III | Revisi BAB III,perbaikan DO,perumusan masalah  |  |
| 8 |  | Perbaikan BAB III | ACC BAB III, lanjut BAB IV  |  |
| 9 |  | Konsul BAB IV | Revisi BAB IV,pebaikan pembahsan pengkajian  |  |
| 10 |  | Perbaikan BAB IV | ACC BAB IV , lanjut BAB V |  |
| 11 |  | Konsul BAB V | Revisi BAB V, kesimpulan askep |  |
| 12 |  | Perbaikan BAB V | ACC BAB V |  |
| 13 |  | Konsul daftar pustaka  | Revisi daftar pustaka, cara penulisan  |  |
| 14 |  | Perbaikan daftar pustaka  | ACC daftar pustaka |  |
| 15 |  | Konsul BAB 1 s/d V (ACC) | ACC ujian KTI |  |