

**ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.K DENGAN
GANGGUAN NEUROLOGIS : *MILD HEAD INJURY* MENGGUNAKAN
PEMBERIAN INTERVENSI POSISI *Head up 30°* DI RUANG KHALID
BIN WALID RSUD AL-IHSAN BANDUNG**

KARYA ILMIAH AKHIR NERS

Diajukan Untuk Menempuh Ujian Akhir Pada Program Profesi Ners Sekolah
Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut

DISUSUN OLEH :

APRILIANTI

KHGD24066



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN KARSA HUSADA GARUT

PROGRAM STUDI PROFESI NERS

TAHUN 2025

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG

**JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.K
DENGAN GANGGUAN NEUROLOGIS : *MILD HEAD
INJURY* MENGGUNAKAN PEMBERIAN INTERVENSI
POSISI *Head up 30°* DI RUANG KHALID BIN WALID RSUD
AL-IHSAN BANDUNG**

NAMA : APRILIANTI

NIM : KHGD24066

Garut, 12 September 2025

Menyetujui,
Pembimbing



Sri Yekti W, S.Kp. Ners., M.Kep

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL : ANALISIS ASUHAN KEPERAWATAN PADA Ny.K
DENGAN GANGGUAN NEUROLOGIS : *MILD HEAD
INJURY* MENGGUNAKAN PEMBERIAN INTERVENSI
POSISI *Head up 30°* DI RUANG KHALID BIN WALID RSUD
AL-IHSAN BANDUNG

NAMA : APRILIANTI

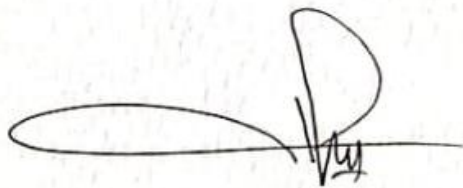
NIM : KHGD24066

Garut, 22 September 2025

Menyetujui,

Penguji I

Penguji II



Wahyudin, S.Kep., M.Kes



Rudy Alfiansyah, S.Kep., Ners., M.Pd

Mengetahui,
Ketua Program Studi Profesi Ners

Mengesahkan,
Pembimbing



Sri Yekti, S.Kp., Ners., M.Kep



Sri Yekti, S.Kp., Ners., M.Kep

ABSTRAK

ANALISI ASUHAN KEPERAWATAN PADA NY.K DENGAN GANGGUAN NEUROLOGIS : *MILD HEAD INJURY* MENGUNAKAN PEMBERIAN INTERVENSI *HEAD UP 30°* DI RUANG KHALID BIN WALID RSUD AL-IHSAN BANDUNG

APRILIANTI, S.Kep

KHGD24066

ABSTRAK

Latar belakang : Cedera kepala adalah kerusakan pada kepala yang bukan bersifat bawaan atau degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran, serta menimbulkan kerusakan pada kemampuan kognitif dan fungsi fisik. Cedera kepala dapat menyebabkan tekanan intrakranial meningkat yang diakibatkan oleh edema serebri maupun pendarahan di otak. Tanda dari adanya tekanan intrakranial yang meningkat salah satunya yaitu sakit kepala. Salah satu penatalaksanaan nonfarmakologi yang dapat dilakukan dalam mengatasi masalah tersebut adalah dengan posisi *head up 30°*. **Tujuan:** studi kasus ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran mengenai posisi *head up 30°* sebagai intervensi pada pasien dengan *mild head injury* atau cedera kepala ringan. **Metode:** penelitian ini menggunakan metode studi kasus dengan satu responden yang mengalami cedera kepala. Proses keperawatan dilakukan melalui tahapan pengkajian, penetapan diagnose, perencanaan, implementasi dan evaluasi. **Hasil :** hasil pengkajian didapatkan keluhan sakit kepala dengan Tekanan darah : 14/81 mmHg, nadi 62x/menit, respirasi 20x/menit, suhu 36,3°C, Spo 98%. Diagnose keperawatan yang ditegakan meliputi penurunan kapasitas adaptif intrakranial, nyeri akut, dan nausea. Intervensi yang dilakukan adalah manajemen peningkatan tekanan intrakranial dengan *head up 30°* , manajemen nyeri dan manajemen mual. Setelah dilakukan *head up 30°* keluhan sakit kepala menurun. **Kesimpulan:** posisi *head up 30°* dapat diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien dengan cedera kepala dalam menurunkan tekanan intrakranial.

Kata kunci : cedera kepala, *head up 30°*, *mild head injury*

ABSTRAC

ANALYSIS OF NURSING CARE FOR MRS. K WITH NEUROLOGICAL DISORDERS: MILD HEAD INJURY USING 30° HEAD UP INTERVENTION IN THE KHALID BIN WALID ROOM, AL-IHSAN BANDUNG HOSPITALS

APRILIANTI, S.Kep

KHGD24066

ABSTRAC

Background: Head injury is damage to the head that is not congenital or degenerative, but is caused by an external physical attack or impact that can reduce or alter consciousness, as well as cause damage to cognitive abilities and physical function. Head injury can cause increased intracranial pressure caused by cerebral edema or bleeding in the brain. One sign of increased intracranial pressure is a headache. One of the non-pharmacological treatments that can be done to overcome this problem is with a 30° head up position. **Purpose:** This case study aims to obtain an overview of the 30° head up position as an intervention in patients with mild head injury. **Method:** This study uses a case study method with one respondent who suffered a head injury. The nursing process is carried out through the stages of assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation. **Results:** The results of the assessment obtained complaints of headache with blood pressure: 14/81 mmHg, pulse 62x / minute, respiration 20x / minute, temperature 36.3°C, Spo 98%. The established nursing diagnoses included decreased intracranial adaptive capacity, acute pain, and nausea. Interventions included management of increased intracranial pressure with a 30° head-up position, pain management, and nausea management. After the 30° head-up position, headache complaints decreased. **Conclusion:** The 30° head-up position can be applied in nursing care to patients with head injuries to reduce intracranial pressure.

Keywords: head injury, 30° head-up position, mild head injury

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa:

1. Karya ilmiah akhir Ners saya ini, adalah asli dan belum pernah di ajukan untuk mendapatkan gelar akademik Ners baik dari STIKes Karsa Husada Garut.
2. Karya ilmiah akhir Ners ini adalah murni gagasan, rumusan dan penelitian saya sendiri, tanpa bantuan pihak lain kecuali arahan Tim Pembimbing.
3. Dalam Karya ilmiah akhir Ners ini tidak terdapat karya atau pendapat yang telah di tulis atau di publikasikan orang lain kecuali secara tertulis dengan jelas di cantumkan sebagai acuan dalam naskah pengarang dan dicantumkan dalam daftar pustaka.
4. Pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan apabila dikemudian hari terdapat penyimpangan dan ketidakbenaran dalam pernyataan ini, maka saya bersedia menerima sanksi akademik berupa pencabutan gelar yang telah di peroleh karena karya ini, serta sanksi lainnya sesuai dengan noma yang berlaku di STIKes Karsa Husada Garut

Garut, 12 September 2025

Pembuat pernyataan

Aprilianti, S.Kep

KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim,

Dengan memanjatkan puji serta syukur ke hadirat Allah SWT yang telah melimpahkan Rahmat dan hidayah-Nya. Shalawat serta salam semoga selalu tercurahkan kepada baginda kita yakni Nabi Muhammad SAW, kepada keluarganya sahabatnya serta sampai kepada kita selaku umatnya, sehingga penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir ini dengan judul “Analisis Asuhan Keperawatan Ny. K Dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head Up 30°* Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan”.

Karya Ilmiah Akhir-Ners ini diajukan sebagai tugas akhir untuk menempuh pendidikan Program Studi Profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut. Dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir-Ners ini penulis telah mendapat bantuan dan dukungan dari beberapa pihak yang terlibat, maka pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terimakasih sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Dr. H. Hadiat, MA, selaku Ketua Pembina Yayasan Dharma Husada Insani Garut
2. Bapak H.D. Suryadi, SE., M.Kep, selaku Ketua Umum Pengurus Yayasan Dharma Husada Insani Garut
3. Bapak Dr. Iwan Wahyudin, M.Kep selaku Ketua STIKes Karsa Husada Garut

4. Ibu Sri Yekti Widadi, S.Kp., M.Kep, selaku Ketua Prodi Profesi Ners dan Pembimbing Utama yang telah meluangkan waktu, memberi arahan, memberi motivasi, dan memberi ilmu yang luar biasa kepada penulis
5. Bapak Wahyudin S.Kep., M.Kes selaku penelaah satu Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
6. Bapak Rudy A, Ns., M.Pd selaku penelaah kedua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut
7. Staf dan Dosen Program Studi Profesi Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Karsa Husada Garut yang telah memberikan arahan dalam menyelesaikan KIA ini
8. Terima kasih yang tak terhingga kuucapkan kepada kedua orang tua saya yang sangat saya cintai dan saya banggakan. Doa, kasih sayang, serta pengorbanan kalian adalah sumber kekuatan dalam hidup saya.
9. Terakhir, penulis ingin menyampaikan rasa terimakasih yang mendalam kepada diri sendiri, Aprilianti. Terima kasih telah bertahan sejauh ini, terima kasih kepada jiwa yang tetap kuat, terimakasih kepada raga yang terus melangkah. Semoga langkah kebaikan selalu menyertai dan semoga Allah selalu meridhai setiap langkahmu serta menjagamu dalam perlindungan-Nya. Aamin.

Akhir kata penulis ucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini. Semoga kebaikan yang diberikan kepada penulis dibalas oleh Allah SWT.

Garut, September 2025

Aprilianti, S.Kep

DAFTAR ISI

LEMBAR PERSETUJUAN SIDANG.....	i
ABSTRAK	iii
ABSTRAC.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN	v
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR BAGAN.....	xii
BAB I	
PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar belakang	1
1.2. Rumusan Masalah	3
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum	4
1.3.2. Tujuan Khusus	4
1.4. Manfaat Penulisan.....	5
1.4.1. Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2. Manfaat Praktis	5
1.5. Sistematika Penulisan	6
BAB II	
TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Konsep Dasar Cedera Kepala	7
2.1.1. Pengertian	7

2.1.2. Etiologi	7
2.1.3. Patofisiologi	8
2.1.4. Patway	10
2.1.5. Manifestasi Klinik.....	11
2.1.6. Pemeriksaan Penunjang	12
2.1.7. Penatalaksanaan Medis	13
2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan.....	14
2.2.1. Pengkajian.....	14
2.2.2. Diagnosa Keperawatan	16
2.2.3. Intervensi Keperawatan	17
2.2.4. Implementasi Keperawatan.....	29
2.2.5. Evaluasi Keperawatan.....	29
2.3. Konsep Dasar Posisi <i>Head up 30°</i>	30
2.3.1. Pengertian	30
2.3.2. Prosedur	30

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN.....	34
3.1. Tinjauan kasus.....	34
3.1.1. Pengkajian Keperawatan.....	34
3.1.2. Diagnosa Keperawatan	49
3.1.3. Intervensi Keperawatan	50
3.1.4. Implementasi Keperawatan.....	58
3.1.5. Evaluasi Keperawatan.....	64
3.1.6. Catatan Perkembangan	67
3.2. Pembahasan.....	69
3.2.1. Pengkajian Keperawatan.....	69

3.2.2. Intervensi Keperawatan	36
3.2.3. Implementasi Keperawatan	37
3.2.4. Evaluasi Keperawatan	38
3.2.5. <i>Evidence Based Practice (EBP)</i>	40
BAB IV	
KESIMPULAN DAN SARAN	42
4.1. Kesimpulan	42
4.2. Saran.....	43
4.2.1. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan.....	43
4.2.2. Bagi Institusi Pendidikan.....	43
4.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya.....	43
DAFTAR PUSTAKA	44

DAFTAR TABEL

Table 2.1 Intervensi Keperawatan.....	17
Tabel 2.2 <i>Evidence Based Practice</i> (EBP).....	30
Tabel 3.1 Status Nyeri	39
Tabel 3.2 Pola Makan dan Minum	42
Tabel 3.3 Pola Eliminasi.....	43
Tabel 3.4 Aktivitas Sehari-hari.....	43
Tabel 3.5 Pola Istirahat dan Tidur	44
Tabel 3.6 Pemeriksaan Penunjang.....	45
Tabel 3.7 Terapi Medis.....	46
Tabel 3.8 Analisa Data	47
Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan.....	50
Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan	58
Tabel 3.11 Evaluasi Keperawatan	64
Tabel 3.12 Catatan Perkembangan	67

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Patway Cedera kepala	10
---	----

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Cedera kepala adalah kerusakan pada kepala yang bukan bersifat bawaan atau degeneratif, tetapi disebabkan oleh serangan atau benturan fisik dari luar yang dapat mengurangi atau mengubah kesadaran, serta menimbulkan kerusakan pada kemampuan kognitif dan fungsi fisik (Brain Injury Association of America, 2018). Trauma kepala atau cedera kepala adalah kelainan pada struktur kepala akibat trauma fisik atau benturan yang berpotensi menimbulkan gangguan fungsi otak. Benturan keras yang langsung mengenai kepala sangat memungkinkan untuk terjadinya cedera kepala. Cedera kepala ringan dapat didefinisikan sebagai cedera dengan Glasgow Coma Scale (GCS) 13-15, dimana pasien tetap sadar, dapat berkomunikasi dan mengikuti perintah verbal maupun motorik (Kemenkes RI, 2022).

Menurut WHO (2021) prevalensi kasus cedera kepala adalah 75-200 kasus/100.000 populasi kasus tersebut terjadi pada disemua usia baik laki-laki maupun perempuan. Sedangkan Riskesdas (2018), prevalensi kejadian cedera kepala di Indonesia berada pada angka 11,9%. Cedera kepala menempati posisi ketiga setelah cedera pada anggota gerak bawah dan anggota gerak atas dengan prevalensi 67,9% dan 32,7%. Kejadian cedera kepala tertinggi di Indonesia berada di provinsi Jawa Timur tepatnya di Gorontalo dengan prevalensi 17,9%. Sedangkan untuk di provinsi Jawa Barat memiliki prevalensi sebesar 12,3%, dimana kota dengan kejadian cedera kepala tertinggi berada di kota Bandung,.

Sebesar 12,06% dan untuk di RSUD AL-Ihsan sendiri prevalensi kejadian cedera kepala adalah sebesar 46 kasus atau 4,6% kejadian cedera kepala

Terdapat bermacam-macam kondisi cedera kepala, mulai dari cedera kepala ringan hingga cedera kepala berat yang berpotensi menyebabkan kecacatan hingga kematian. Gejala cedera kepala ringan dapat berupa adanya benjolan atau pembengkakan di area kepala, luka, atau memar di kulit kepala, pusing dan sakit kepala, mengalami kebingungan dan sulit berkonsentrasi, keseimbangan terganggu, penglihatan kabur, telinga berdenging, dan mudah lelah. Sedangkan, pada cedera kepala berat bisa dijumpai adanya penurunan kesadaran atau koma, mual dan muntah hebat, gangguan ingatan, bicara cadel, sulit berjalan dan menjaga keseimbangan, perubahan perilaku, kejang, darah atau cairan bening mengalir dari telinga atau hidung (Kemenkes RI, 2022). Menurut Siahaya et al., (2020) Derajat keparahan cedera kepala dapat dinilai dengan menggunakan *Glassgow Coma Scale* (GCS). GCS merupakan indikator penting dalam menilai tingkat keparahan cedera kepala dengan menilai respon mata, verbal, serta respon motorik seseorang. Berdasarkan nilai GCS, cedera kepala dibagi menjadi : cedera kepala ringan (GCS13-15); cedera kepala sedang (GCS 9-12); cedera kepala berat (GCS 3-8).

Cedera kepala dapat menyebabkan tekanan intrakranial meningkat yang diakibatkan oleh edema serebri maupun pendarahan di otak. Tanda dari adanya tekanan intrakranial yang meningkat salah satunya yaitu nyeri kepala. Nyeri merupakan pengalaman sensorik multidimensi yang tidak menyenangkan akibat adanya kerusakan jaringan. Nyeri merupakan suatu bentuk peringatan akan adanya bahaya kerusakan jaringan. Muh. Ihy Alimuddin et al., (2024) Nyeri kepala terjadi

karena adanya peregangan pada struktur intrakranial yang peka terhadap nyeri dan menimbulkan perasaan tidak nyaman (Kusuma, 2019). Penatalaksanaan terhadap nyeri dapat berupa tindakan farmakologis dan non farmakologis. Banyak terapi non farmakologis yang telah digunakan dalam dunia keperawatan diantaranya posisi *head up 30°*, akupuntur, relaksasi, distraksi, hypnosis, dan terapi musik (Kusuma, 2019).

Posisi *Head up 30°* adalah posisi dimana kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30 derajat dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus atau tidak menekuk (Kusuma, 2019). Posisi *Head up 30°* berguna untuk mengurangi tekanan pada intrakranial serta dapat mengurangi rasa nyeri dan dapat mempertahankan kesadaran (Muh. Ihya Alimuddin et al., 2024). Penelitian yang dilakukan oleh Anggraeni, (2019) mengatakan ada pengaruh posisi *Head up 30°* terhadap nyeri kepala pada cedera kepala ringan dengan $P\text{ value} = 0,002$; $\alpha < 0,05$. Penelitian studi kasus yang dilakukan oleh Muh. Ihya Alimuddin et al., (2024) juga mengatakan ada pengaruh posisi *Head up 30°*, dimana posisi tersebut dapat menurunkan rasa nyeri serta membuat pasien menjadi nyaman.

Berdasarkan uraian diatas peneliti tertarik untuk melakukan pemberian posisi *Head up 30°* pada Ny.K dengan *Mild Head Injury* (MHI) atau cedera kepala ringan di RSUD Al-Ihsan Bandung.

1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian yang terdapat pada latar belakang diatas maka rumusan masalah dalam Karya Ilmiah Akhir Ners ini adalah “Analisis Asuhan Keperawatan *Mild Head Injury* (MHI) Pada Ny.K dengan Posisi *Head up 30°* Di Ruang Khalid Bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung”.

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mahasiswa mampu melaksanakan Asuhan Keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung

1.3.2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan pengkajian Ny.K dengan Gangguan Neurologis *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- b. Menegakan diagnosa keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- c. Menyusun perencanaan keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- d. Melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- e. Melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- f. Menganalisis *evidence based practice* terapi non farmakologi Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan

Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid
RSUD Al-Ihsan Bandung

1.4. Manfaat Penulisan

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil dari penulisan ini diharapkan dapat berkontribusi dalam pengembangan ilmu keperawatan medical bedah, khususnya dalam asuhan keperawatan untuk pasien dengan *Mild Head Injury* (MHI). Selain itu, hasil ini diharapkan menjadi referensi penting dalam pengembangan ilmu keperawatan jiwa bagi peserta didik, khususnya Program Studi Profesi Ners di STIKes Karsa Husada Garut. Temuan ini dapat digunakan sebagai dasar atau data pendukung untuk pengajaran dalam bidang keperawatan medikal bedah .

1.4.2. Manfaat Praktis

Hasil studi kasus ini diharapkan bisa digunakan untuk referensi dalam penyusunan standar asuhan Sistematika penulisan bertujuan untuk mempermudah pemahaman dan penelaahan penelitian. Dalam laporan studi kasus ini, sistematika penulisan terdiri dari 4 bab, dapat dijelaskan sebagai berikut :

keperawatan pada pasien dengan *Mild Head Injury* (MHI) dan dapat digunakan sebagai dasar untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan pada pasien sehingga dapat menjadi peningkatan kualitas perawat pelaksana tentang dokumentasi, dan dapat dimasukkan kedalam SOP manajemen rumah sakit untuk menentukan inovasi penatalaksanaan gangguan neurologis.

1.5. Sistematika Penulisan

a. Bab I Pendahuluan

Pendahuluan terdiri dari latar belakang, tujuan penulisan, manfaat, dan sistematika penulisan.

b. Bab II Tinjauan Pustaka

Tinjauan Pustaka terdiri dari landasan teori yang berisi tentang pembahasan mengenai *Mild Head Injury* (MHI), teori mengenai *Mild Head Injury* (MHI), dan kosep dasar asuhan keperawatan pada pasien dengan *Mild Head Injury* (MHI).

c. Bab III Tinjauan Kasus dan Pembahasan

Tinjauan kasus terdiri dari tinjauan kasus berdasarkan format asuhan keperawatan yang digunakan dan terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Serta terdapat pembahasan mengenai analisis asuhan keperawatan menggunakan Evidence Based Practice (EBP) terapi Posisi *Head up 30°*

d. Bab IV Kesimpulan dan Saran

Penutup berisikan tentang kesimpulan dan saran. Bagian akhir, terdiri dari daftar Pustaka dan lampiran

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Dasar Cedera Kepala

2.1.1. Pengertian

Cedera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala meliputi trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. Cedera kepala paling sering dan penyakit neurologik yang serius di antara penyakit neurologik, dan merupakan proporsi epidemik sebagai hasil kecelakaan jalan raya (Setyowati & Suparmanto, 2021).

Cedera kepala merupakan peristiwa yang dapat menyebabkan kerusakan struktur kepala manusia yang terjadi akibat adanya benturan secara mendadak dan juga dapat mengakibatkan kerusakan pada bagian luar maupun bagian dalam kepala seperti patah tulang tengkorak, robekan meningen, dan kerusakan jaringan otak yang dapat menyebabkan kerusakan pada saraf tertentu sehingga dapat berujung pada kematian (Muh. Ihya Alimuddin et al., 2024).

2.1.2. Etiologi

Menurut Yessie (2022), ada beberapa penyebab dari trauma kepala, antara lain:

a. Trauma Tajam

Trauma oleh benda tajam dapat menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera lokal. Kerusakan lokal meliputi kontusio serebral,

hematoma serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

b. Trauma Tumpul

Trauma oleh benda tumpul dan menyebabkan cedera menyeluruh (difusi). Kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam 4 bentuk yaitu cedera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar, hemoragi kecil multiple pada otak koma terjadi karena cedera menyebar pada *hemisfer serebral*, batang otak atau keduanya

2.1.3. Patofisiologi

Berdasarkan patofisiologinya, kita mengenal dua macam cedera otak yaitu cedera otak primer dan cedera otak sekunder. Cedera otak primer adalah cedera yang terjadi saat atau bersamaan dengan kejadian trauma, dan merupakan suatu fenomena mekanik. Umumnya menimbulkan lesi permanen. Tidak banyak yang bisa kita lakukan kecuali membuat fungsi stabil, sehingga sel-sel yang sedang sakit bisa mengalami proses penyembuhan yang optimal. Trauma kepala terjadi karena beberapa hal diantaranya, bila trauma ekstrakranial akan dapat menyebabkan adanya lesi pada kulit kepala selanjutnya bisa perdarahan karena mengenai pembuluh darah. Karena perdarahan yang terjadi terus-menerus dapat menyebabkan hipoksia, hiperemia peningkatan volume darah pada area peningkatan permeabilitas kapiler, serta *vasodilatasi arterial*, semua menimbulkan peningkatan isi intrakranial, dan peningkatan tekanan intrakranial (TIK).

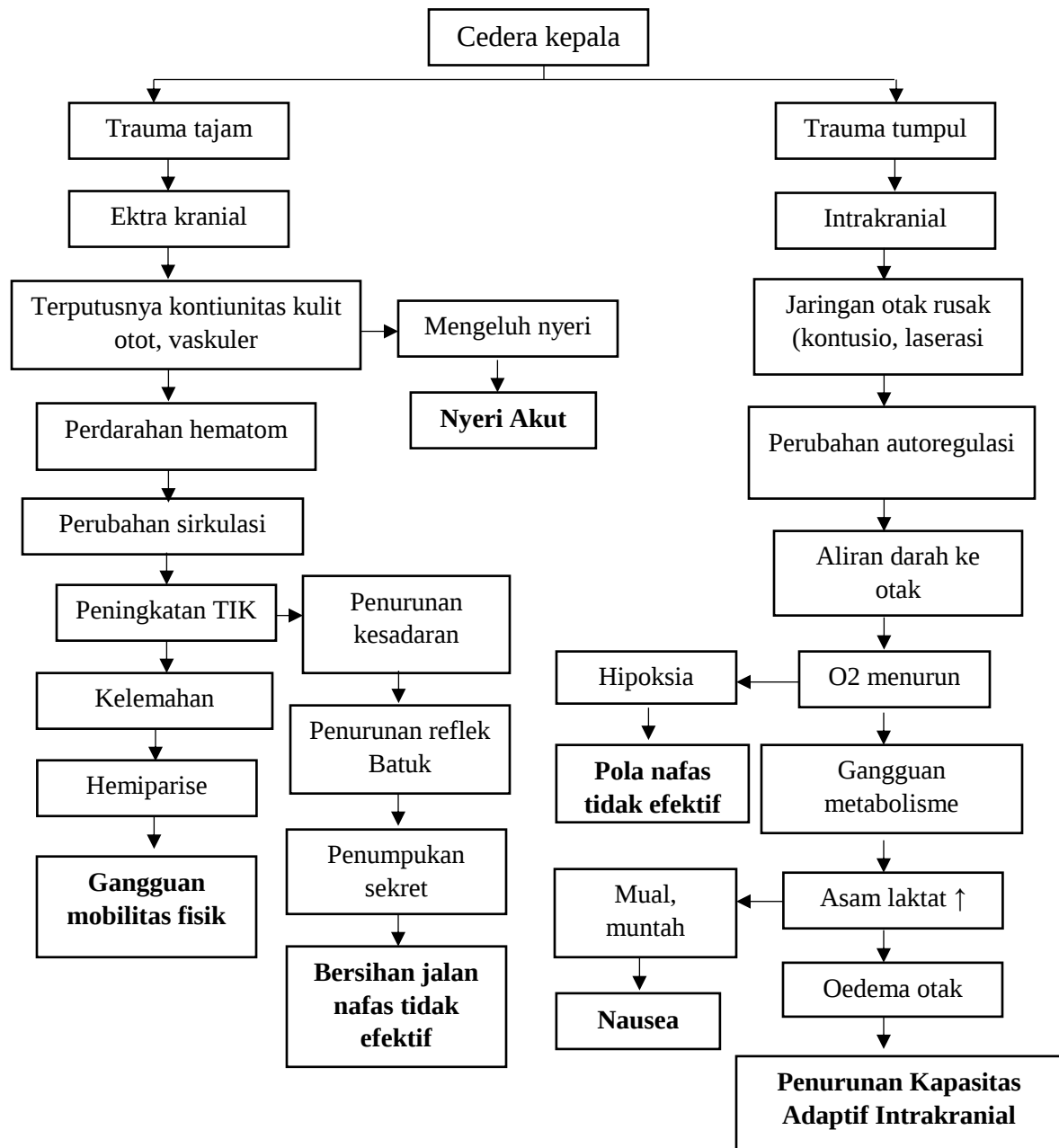
Pada trauma kepala tertutup utamanya disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas, trauma tumpul dan kompresi yang kuat dapat mengganggu fungsi normal otak secara langsung karena benturan yang keras, sehingga menimbulkan kerusakan pada

pembuluh darah otak dan saraf yang menyebabkan kompresi jaringan otak dan hambatan aliran darah ke otak, yang mengakibatkan kontusio fokal terlokalisir atau cedera difus kedaerah lainnya.

Namun bila trauma mengenai tulang kepala akan menyebabkan robekan dan terjadi perdarahan juga. Trauma kepala intrakranial dapat mengakibatkan laserasi, perdarahan dan kerusakan jaringan otak bahkan bisa terjadi kerusakan susunan syaraf kranial terutama motorik yang mengakibatkan terjadinya gangguan dalam mobilitas (Yessie,2022)

2.1.4. Patway

Bagan 2.1 Patway Cedera kepala



Sumber : (Yessie , 2022, Tim Pokja SDKI DPP PPNI,2016)

2.1.5. Manifestasi Klinik

Menurut (Yessie, 2022), gejala klinis dari trauma kepala ditentukan oleh derajat cedera dan lokasinya. Derajat cedera otak kurang lebih sesuai dengan tingkat gangguan kesadaran penderita). Tingkat yang paling ringan ialah pada penderita gegar otak, dengan gangguan kesadaran yang berlangsung hanya beberapa menit saja, atas dasar ini trauma kepala dapat digolongkan menjadi:

- a. Trauma kepala ringan (kelompok risiko rendah)
 - 1) Skor skala koma *glasgow* 15 (sadar penuh, alternative dan orientatif)
 - 2) Tidak ada kehilangan kesadaran (misalnya konkusi)
 - 3) Tidak ada intoksikasi alkohol atau obat terlarang
 - 4) Klien dapat mengeluh nyeri kepala dan pusing
 - 5) Pasien dapat mengeluh abrasi, laserasi atau hematoma kulit kepala
 - 6) Tidak adanya kriteria cedera, sedang berat
- b. Trauma kepala sedang
 - 1) Skor skala koma *glasgow* 9-14 (kontusio, latergi atau stupor)
 - 2) Konfusi
 - 3) Amnesia pasca trauma
 - 4) Muntah
 - 5) Tanda kemungkinan fraktur cranium (tanda *battle*, mata rabun, *hemotimpanum*, *otore* atau *rinore* cairan *cerebrospinal*)
 - 6) Kejang
- c. Trauma kepala berat
 - 1) Skor skala koma *glasgow* 3-8 (koma)
 - 2) Penurunan derajat kesadaran secara progresif
 - 3) Tanda neurologis fokal

- 4) Trauma kepala penetrasi atau serba fraktur depresi cranium.

2.1.6. Pemeriksaan Penunjang

Menurut Rosyidi (2019), ada beberapa pemeriksaan penunjang pada trauma kepala yaitu :

a. CT-scan

Digunakan untuk mengidentifikasi adanya hemoragik, ukuran ventrikuler, infark pada jaringan mati.

b. Foto tengkorak atau cranium

Digunakan untuk mengetahui adanya fraktur pada tengkorak.

c. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Digunakan sebagai penginderaan gelombang elektromagnetik.

d. Laboratorium

1) Kimia darah: Untuk mengetahui keseimbangan elektrolit

2) Kadar elektrolit: Untuk mengoreksi keseimbangan elektrolit sebagai akibat peningkatan tekanan intrakranial.

3) *Screen toksikologi*: Untuk mendeteksi pengaruh obat sehingga menyebabkan penurunan kesadaran.

e. Serebral angiographi, menunjukkan anomaly sirkulasi serebral, seperti perubahan jaringan otak sekunder menjadi edema, perdarahan dan trauma.

f. X-ray, digunakan untuk mendeteksi perubahan struktur tulang, perubahan struktur garis (perdarahan atau edema), frakmen tulang.

g. *Brainstem Auditory Evoked Response* (BAER), digunakan untuk mengoreksi batas fungsi kortek dan otak kecil.

h. *Positron Emission Tomography* (PET), digunakan untuk mendeteksi perubahan

aktivitas metabolisme otak.

- i. CSF & lumbal pungsi, dapat dilakukan jika diduga terjadi perdarahan subaracnoid

2.1.7. Penatalaksanaan Medis

Menurut Pirton et al. (2019) ada beberapa penatalaksanaan medis pada trauma kepala yaitu :

a. Farmakologi

1. Bila perlu dapat diberikan manitol 20% (perhatikan kontraindikasi). Dosis awal 1gr/kgBB. Manitol merupakan diuretik osmostika yang bekerja dengan cara memindahkan cairan ke kompartemen vaskuler, meningkatkan volume sirkulasi, serta mengurangi viskositas darah. Syarat pemberian manitol adalah:
 - a) Osmolaritas <320 mOsmol/L
 - b) CVP 6-2 CmH₂O
 - c) Tekanan darah sistolik 110 mmHg
 - d) Diuresis 24 jam positif
 - e) Fungsi ginjal normal
 - f) Hb >10 mg/dl
2. Berikan analgetik, dan bila perlu dapat diberikan sedasi jangka pendek
3. Pada kasus resiko tinggi infeksi akibat fraktur basis crani atau fraktur terbuka profilaksis antibiotik, sesuai dosis
4. Diclofenac sodium : Pasien dengan trauma kapitis tertutup cenderung mengalami koagulopati akut
5. Pertahankan CPP 70-95 mmHg
6. Pertahankan ICP 5-15 mmHg

7. Gastrointestinal, pemasangan NGT untuk pemberian obat dan nutrisi

b. Non Farmakologi

Posisi kepala ditinggikan 30°, dilakukan untuk memenuhi kebutuhan oksigenasi di otak sehingga menghindari terjadinya hipoksia, dan tekanan intrakranial menjadi stabil dalam batas yang normal.

2.2. Konsep Dasar Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah Langkah pertama yang perawat lakukan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan kebutuhan pasien. Dalam melakukan pengkajian data yang dibutuhkan adalah data yang akurat, jelas dan nyata. Data tersebut dikumpulkan dari hasil wawancara yang dilakukan kepada pasien (E.Payage, 2023).

a. Identitas

Melakukan pengkajian identitas pasien yang berisikan nama, usia, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnosa medis, tanggal masuk rumah sakit, dan alamat. Selain identitas pasien, dan identitas penanggung jawab juga dikaji seperti nama, umur, pekerjaan, pendidikan, dan hubungan dengan pasien.

b. Riwayat kesehatan

1. Keluhan utama

Keluhan utama merupakan alasan utama pasien datang ke rumah sakit tergantung seberapa jauh dampak dari trauma kepala disertai penurunan tingkat kesadaran.

2. Riwayat kesehatan sekarang

Riwayat kesehatan sekarang adalah faktor penting bagi petugas kesehatan

pada saat penegakan diagnosa atau menentukan kebutuhan pasien. Kaji kapan cedera terjadi dan penyebab cedera.

3. Riwayat kesehatan dahulu

Pengkajian yang perlu ditanyakan adalah adanya riwayat trauma kepala sebelumnya, hipertensi, diabetes melitus, penyakit jantung, anemia, penggunaan obat- obatan antikoagulan, aspirin, vasodilator, obat-obatan adiktif, dan konsumsi alkohol berlebihan.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Melakukan pengkajian adanya anggota keluarga terdahulu yang menderita hipertensi dan diabetes melitus.

c. Pemeriksaan fisik

1. Sistem pernafasan

Apakah bentuk dada simetris atau tidak, apakah ada pernafasan cuping hidung, normalnya bunyi nafas vesikuler.

2. Sistem kardiovaskuler

Mengkaji suara jantung, peningkatan JVP, menghitung CRT

3. Sistem persyarafan

Mengkaji kesadaran, mengkaji 12 fungsi syaraf

4. Sistem Muskuloskeletal

Mengkaji kekuatan otot, apakah ada kekakuan sendi, ada fraktur atau tidak,

5. Sistem Integumen

Mengkaji apakah ada luka terbuka atau tidak, warna kulit, turgor kulit, dan kaji apakah ada edema atau tidak

6. Sistem perkemihan

Mengkaji apakah terdapat distensi kandung atau tidak, mengkaji apakah ada kesulitan pada saat buang air kecil

7. Sistem endokrin

Mengkaji apakah ada pembesaran kelenjar tiroid dan distensi vena jugularis

8. Sistem pencernaan

Mengkaji apakah ada masalah dalam sistem pencernaan seperti konstipasi, lalu kaji apakah ada nyeri ditekan pada saat perut di palpasi, mendengarkan bunyi bising usus

9. Sistem reproduksi

Kaji apakah ada masalah dalam sistem reproduksi

2.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Menurut tim Pokja SDKI DPP PPNI, diagnosis yang mungkin muncul pada pasien dengan cedera kepala Adalah sebagai berikut :

- a. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan Edema Otak cedera kepala
- b. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma)
- c. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (cedera kepala)
- d. Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial

- e. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas
- f. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot

2.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018)

Table 2.1 Intervensi Keperawatan

No	Dignosa keperawatan (SDKI)	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial berhubungan dengan edema otak (cedera kepala) Ds : - Sakit kepala Do : - Tekanan darah meningkat - Tekanan nadi meningkat - Tingkat kesadaran menurun	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam diharapkan kapasitas adaptif intracranial meningkat dengan kriteria hasil : - Sakit kepala menurun - Tekanan darah membaik - Tekanan nadi membaik	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK - Monitor status pernafasan Terapeutik - Berikan posisi semi fowler - Cegah terjadinya kejang - Pertahankan suhu tubuh normal	Observasi - Mengetahui penyebab seperti trauma kepala, perdarahan, tumor, atau infeksi membantu dalam penanganan yang tepat - Gejala seperti sakit kepala, muntah proyektil, perubahan kesadaran, dan pupil anisokor merupakan indikator penting untuk deteksi dini

			Kolaborasi - kolaborasi pemberian obat sedasi dan antikonvulsan, jika perlu	dan intervensi segera. - Gangguan pernapasan dapat terjadi akibat tekanan pada pusat respirasi di otak; pemantauan membantu mencegah hipoksia yang dapat memperburuk TIK. Terapeutik - Posisi ini membantu menurunkan TIK dengan meningkatkan aliran vena dari otak tanpa mengganggu perfusi serebral. - untuk mencegah komplikasi neurologis lebih lanjut. - menjaga suhu normal membantu mengontrol
--	--	--	---	--

				beban metabolik otak. Kolaborasi - membantu menurunkan aktivitas otak dan menstabilkan TIK; antikonvulsan mencegah atau mengontrol kejang yang dapat memperparah kondisi neurologis.
2	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (trauma) Ds : - Mengeluh nyeri Do : - Tampak meringis - Bersikap protektif (mis. waspada, posisi	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x.... jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Bersikap protektif menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Observasi - Mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri dapat membantu menentukan penyebab atau sumber nyeri. - Mengukur intensitas nyeri dengan skala standar (misalnya skala numerik 1-10) memudahkan

	menghindari nyeri) - Gelisah - Frekuensi nadi meningkat - Sulit tidur	- Gelisah menurun	- Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup - Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik: - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri	evaluasi tingkat keparahan nyeri - Menunjukkan nyeri melalui respons nonverbal seperti wajah menyeringai, gelisah, atau perubahan postur tubuh. - Mengidentifikasi nyeri yang mungkin tidak diungkapkan secara verbal - Nyeri yang tidak terkelola dengan baik dapat mengurangi kualitas hidup seseorang, seperti mengganggu aktivitas sehari-hari, tidur, dan hubungan sosial. - Untuk mencegah komplikasi penggunaan obat nyeri, seperti ketergantungan, gangguan
--	--	---	---	---

			- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Anjurkan teknik non farmakologis untu mengurangi nyeri Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	pencernaan, atau efek samping lain yang merugikan. Terapeutik - Metode seperti teknik relaksasi, kompres panas/dingin, atau distraksi dapat membantu mengurangi ketergantungan pada obat analgesic - Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat mengurangi stres dan membantu pasien lebih rileks, sehingga membantu meredakan nyeri - Tidur yang cukup dan istirahat yang baik dapat membantu pemulihan. - Berbagai jenis nyeri (misalnya nyeri visceral atau nyeri
--	--	--	--	---

				neuropatik) memerlukan strategi manajemen yang berbeda agar lebih efektif. Edukasi - Pasien mengenali kapan perlunya intervensi lebih lanjut dan meningkatkan kemandirian dalam pengelolaan nyeri. - Mencegah overdosis atau ketergantungan, serta memaksimalkan efektivitas obat. - Sebagai alternatif dalam mengurangi nyeri Kolaborasi - Untuk memberikan analgesik memastikan pasien
--	--	--	--	---

				mendapatkan dosis yang tepat
3	Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan gangguan neurologis (cedera kepala) Ds : - Dipsnea Do : - Penggunaan oto bantu nafas - Fase ekspirasi memanjang - Pola nafas abnormal (mis. takipnea, bradypnea, hiperventilasi, Kussmaul, cheyne-stokes)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama jam ...x..., diharapkan pola nafas membaik Kriteria hasil: - Dispnea menurun - Penggunaan otot bantu nafas menurun - Pemanjangan fase ekspirasi menurun - Frekuensi nafas membaik	Manajemen Jalan Napas (I.01011) Observasi: - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan Terapeutik: - Posisikan semi-fowler atau fowler - Berikan minum hangat - Berikan oksigen, <i>jika perlu</i> Edukasi - Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari, jika tidak kontraindikasi Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu	Observasi - Untuk mendeteksi adanya perubahan seperti takipnea, bradipnea, atau dipsnea - Untuk mendeteksi adanya ronchi, <i>wheezing</i> Terapeutik - Memudahkan ekspansi paru dan meningkatkan ventilasi - Memberikan rasa nyaman - Meningkatkan oksigenasi Edukasi - Membantu mengencerkan sekret Kolaborasi - Membantu melebarkan bronkus dan

				memperlancar aliran udara
4	Nausea berhubungan dengan peningkatan tekanan intrakranial Ds : - Mengeluh mual - Merasa ingin muntah - Tidak berminat makan Do : - (tidak tersedia)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x...jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan mual menurun - Perasaan ingin muntah menurun - Nafsu makan meningkat	Manajemen Mual (1.03117) Observasi - Identifikasi pengalaman mual - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan) - Identifikasi penyebab mual - Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) Terapeutik - Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik Edukasi - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup - Anjurkan sering membersihkan mulut - Anjurkan makanan tinggi	Observasi - Untuk mengetahui persepsi subjektif pasien - Untuk menilai sejauh mana mual memengaruhi kualitas hidup - Untuk mengidentifikasi faktor pencetus (mis. obat psikologis, kondisi pasien) secara spesifik Terapeutik - Mencegah rasa penuh pada lambung yang dapat memperburuk mual dan meningkatkan nafsu makan Edukasi - Mengurangi keang dapat memicu atau

			karbohidrat dan rendah lemak Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antimetik, jika perlu	memperburuk mual - Mengurangi rasa tidak enak mulut akibat mual/muntah - Karbohidrat mudah dicerna dan membantu menstabilkan lambung Kolaborasi - Membantu mengontrol mual secara farmakologis
5	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan spasme jalan nafas Ds : - (tidak tersedia) Do : - Batuk tidak efektif - Tidak mampu batuk - Sputum berlebih	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ...x... jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : - Produksi sputum menurun - Ronhci menurun - Mengi menurun	Manajemen jalan nafas (01011) Observasi - Monitor bunyi nafas - Monitor pola nafas - Monitor sputum Terapeutik - Posisikan semi fowler - Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik	Observasi - Untuk mendeteksi adanya ronki, wheezing, atau stridor sebagai tanda obstruksi jalan napas atau penumpukan secret - Mengetahui adanya perubahan seperti takipnea, dispnea, atau penggunaan otot

	- Mengi, <i>wheezing</i>, atau ronkhi kering	- <i>Wheezing</i> menurun	- Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal - Berikan oksigen jika perlu Edukasi - Ajurkan asupan cairan 2000 ml/hari - Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi - Kolaborasi pemberian bronkodilator	bantu napas sebagai tanda distress pernapasan - Perubahan sputum dapat menunjukkan adanya infeksi, dehidrasi, atau perbaikan kondisi pasien. Teurapeutik - Memudahkan ekspansi paru, menurunkan tekanan diafragma, dan meningkatkan ventilasi. - Mengurangi risiko hipoksia - Untuk mencegah hipoksia - Meningkatkan oksigenasi Edukasi - Membantu mengencerkan secret - membantu pasien membersihkan
--	--	---	--	--

				jalan nafas secara mandiri Kolaborasi - Membantu melebarkan bronkus dan memperlancar aliran udara
6	Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot Ds : - Mengeluh sulit menggerakkan ekstremitas Do : - Kekuatan otot menurun - Rentang gerak (ROM) menurun	Mobilitas Fisik (L.05042) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama ... X 24 Jam ekpektasi mobilitas fisik meningkatkan dengan kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang Gerak (ROM) Meningkat - Nyeri menurun - Cemas ketika bergerak menurun	Dukungan Mobilisasi (I.05173) Observasi - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi Terapeutik - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan	Observasi - Mengetahui keluhan sejak awal - Mengetahui sejauh mana kemampuan bergerak membantu mencegah kelelahan atau risiko cedera - Mengetahui perubahan hemodinamik yang bertujuan mencegah komplikasi - Mendeteksi dini adanya ketidaknyamanan atau kelemahan Teurapeutik

		- Gerakan terbatas menurun - Kelemahan Fisik menurun	alat bantu (misal. pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, Jika perlu - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan Edukasi - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (misal. duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)	- Memberikan rasa aman, mengurangi risiko jatuh, - Untuk mencegah cedera pada pasien dengan keterbatasan mobilitas - Mempercepat pemulihan Edukasi - Untuk menambah pemahaman pasien - Mencegah komplikasi imobilisasi seperti dekubitus, thrombosis vena dalam serta memperepat penyembuhan
--	--	---	---	---

2.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping. Implementasi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan intervensi/ rencana keperawatan (Clara, 2020)

2.2.5. Evaluasi Keperawatan

Menurut Miftah (2020) Evaluasi keperawatan adalah langkah terakhir pada proses keperawatan, evaluasi keperawatan ini dilakukan untuk menandai apakah rencana keperawatan yang dilakukan pada pasien sudah sesuai dengan perencanaan atau tidak. Berdasarkan jenisnya evaluasi terbagi menjadi dua antara lain :

a. Evaluasi Proses (Evaluasi Formatif)

Pada evaluasi proses ini perawat memfokuskan pada aktivitas apa saja yang telah dilakukan dalam proses keperawatan serta bagaimana hasil akhir dari aktivitas yang telah dilakukan dalam proses keperawatan serta bagaimana hasil akhir dari aktivitas yang telah dilakukan dan bagaimana kualitas pelayanan tindakan keperawatan.

b. Evaluasi Hasil (Evaluasi Sumatif)

Pada evaluasi sumatif ini, perawat memfokuskan pada hasil akhir tindakan keperawatan yang telah dilakukan pada klien. Perawat dapat melihat apakah ada status kesehatan atau perubahan status di akhir tindakan.

2.3. Konsep Dasar Posisi *Head up 30°*

2.3.1. Pengertian

Posisi *Head up 30°* merupakan cara memposisikan kepala seseorang lebih tinggi sekitar 30° dari tempat tidur dengan posisi tubuh sejajar dan kaki lurus. Posisi headup 30° bertujuan untuk menurunkan tekanan intrakranial pada pasien cedera kepala (Siregar *et al.*, 2023)

2.3.2. Prosedur

Menurut Siregar (2023) prosedur kerja pengaturan posisi *Head up 30°* adalah sebagai berikut :

- a. Meletakkan posisi pasien dalam keadaan terlentang.
- b. Mengatur posisi kepala lebih tinggi dan tubuh dalam keadaan datar.
- c. Kaki dalam keadaan lurus dan tidak menekuk.
- d. Mengatur ketinggian tempat tidur bagian atas setinggi 30°.

2.4. Evidence Based Practice (EBP)

Tabel 2.2 Evidence Based Practice (EBP)

No	Nama penulis, tahun	Judul Penelitian	Populasi dan Sampel	Metode	Hasil
1	Baharuddin Siregar ¹ , Kipa Jundapri ² , Deni Susyanti ³ , Suharto ⁴ (2023)	Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial	2 orang klien	Studi kasus	Berdasarkan hasil pengkajian pada kasus 1 dan kasus 2 ditemukan keluhan yang sama seperti sakit kepala. Intervensi yang dilakukan pada kedua kasus tersebut adalah head up 30 dimana

		Melalui Posisi <i>Head up 30°</i>			posisi tersebut berpengaruh terhadap sakit kepala dan keluhan lain yang klien rasakan
2	Syifa Inayati ¹ , Yosi Oktarina ² , Amd Junaidi ³ (2025)	Penerapan Posisi <i>Head up 30°</i> Pada Pasien Cedera Kepala Post <i>Craniotomy</i> Dengan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	1 pasien	Rancangan penelitian ini menggunakan desain studi kasus	Hasil penelien pada kasus ini menunjukkan adanya keefektifan pemberian posisi <i>Head up 30°</i> pada pasien cedera kepala. Penerapan posisi <i>Head up 30°</i> juga menurunkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti nyeri kepala berkurang, tekanan darah membaik.
3	Wahidin ¹ , Ngabdi Supraptini ² (2020)	Penerapan Teknik <i>Head Up 30°</i> Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang	2 orang klien	Jenis penelitian ini adalah deskriptif menggunakan metode pendekatan studi kasus	Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan kepada Tn. A dan Tn.I dengan memberikan intervensi yang sama yaitu posisi <i>head up 30°</i> terdapat perubahan yang signifikan dimana keluhan seperti nyeri kepala dan tingkat kesadaran membaik
4	Sri Hartati ¹ , Gad Data ²	<i>Nursing intervention</i>	<i>2 people</i>	<i>Case study</i>	<i>The results of the 30° head-up intervention</i>

	Missesa ³ , Ester Inung Sylvia ⁴ (2025)	<i>of Head Up 30° position to reduce intracranial pressure in ICH patients in the Nusa Indah room of Dr. Doris Sylvanus Hospital Palangka Raya</i>			<i>showed an average decrease in MAP in both patients of around 11– 12 mmHg and an increase in SpO₂ of around 1.5–2.5%. This indicates that the nursing intervention of 30° head-up positioning is proven to be effective in helping to reduce intracranial pressure</i>
5	Sumirah Budi Pertami*, Sulastyawati, Puthut Anami 2017	<i>Efeect of 30° head-up posisition on intracranial preassure change in patients with head injury in surgical ward of general hospital of Dr. R. Soedarsono pasuruan</i>	<i>30 head injury patient</i>	<i>This was a quasi- experimental study with posttest only control time series time design.</i>	<i>Findings showed p- value 0.010 (<0.05) on awareness level and p- value 0.031 (<0.05) on mean arterial pressure, which indicated that there was a statistically significant effect of the 30° head-up position on level of awareness and mean arterial pressure. There was a significant effect of the 30° head-up position on intracranial pressure changes, particularly in the level of awareness and mean</i>

					<i>arterial pressure in patients with head injury</i>
--	--	--	--	--	---

BAB III

TINJAUAN KASUS DAN PEMBAHASAN

3.1. Tinjauan kasus

3.1.1. Pengkajian Keperawatan

A. Identitas

a) Identitas Klien

Nama : Ny. K
Tanggal lahir : 10 juni 1974
Umur : 50
Pendidikan : SMP
Jenis kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Suku bangsa : Sunda
Pekerjaan : Ibu rumah tangga
Alamat : Cikembang Rt03 Rw03, Kertasari
Tanggal masuk : 7 April 2025
No cm : 00987324
Diagnosa Medis : MHI (*Mild Head Injury*)

b) Identitas Penanggung Jawab

Nama : Tn.N
Umur : 29 tahun
Pendidikan : SMA
Jenis kelamin : Laki-laki
Agama : Islam
Suku bangsa : Sunda
Pekerjaan : Buruh
Alamat : Cikembang
Hubungan dg klien : Anak Klien

B. Riwayat Kesehatan

1. Keluhan utama

Sakit kepala

2. Riwayat kesehatan saat ini

Klien mengatakan ada riwayat terjatuh dari atv, klien juga mengatakan sempat tidak sadarkan diri saat di bawa ke rumah sakit pangandaran, kemudian klien juga mengatakan ada riwayat keluar darah dari telinga setelah jatuh dari atv tersebut. Klien juga mengatakan nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk, skala nyeri 3 (0-10), nyeri dirasakan hilang timbul.

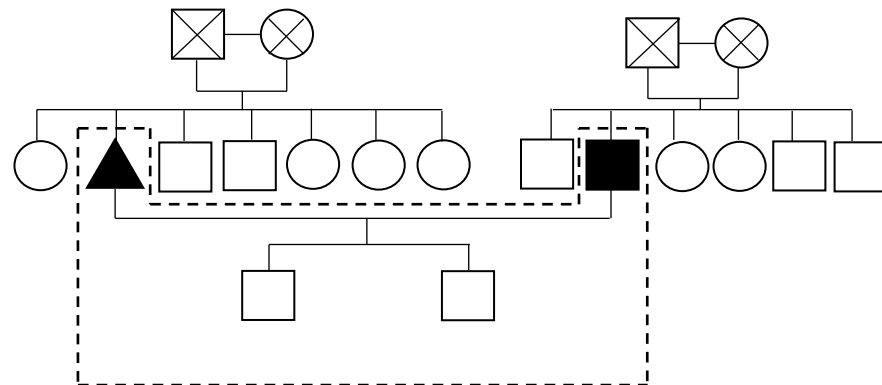
3. Riwayat kesehatan masa lalu

Klien mengatakan sebelumnya tidak mempunyai penyakit yang sama seperti yang klien rasakan sekarang, klien juga mengatakan tidak mempunyai alergi pada makanan obat ataupun cuaca

4. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan didalam keluarganya tidak ada yang mempunyai penyakit menular seperti TBC, HIV, dan penyakit penular lainnya

5. Genogram



Keterangan :	
	Laki-laki
	Perempuan
	Suami
	Klien
	Tinggal serumah
	Garis perkawinan
	Garis keturunan

C. Pemeriksaan Fisik

1. Keadaan umum

Tingkat kesadaran : Composmentis

GCS : E5M6V4 = 15

TTV

Tekanan darah : 141/81 mmHg

Nadi : 62x/menit

Rr : 20x/menit

Suhu : 36,3°C

Spo2 : 98%

Bb awal : 60kg

Bb sekarang : 59kg

2. Sistem Pernafasan

Tidak terdapat pernafasan cuping hidung, lubang hidung simetris, Spo2 98%, tidak ada sesak, tidak ada sianosis, bunyi nafas vesikuler

3. Sistem Kardiovaskuler

Crt < 2 detik, bunyi jantung S1-S2 lub dub, irama regular, nadi perifer teraba, akral hangat, bentuk dada

4. Sistem Persyarafan

NI Olfactorius, (klien dapat membedakan bau)

NII Optikus, (fungsi penglihatan baik, klien dapat membedakan warna, lapang pandang baik)

NIII Okulomotorius (pupil isokor)

NIV Trochlear (klien dapat menggerakkan bola matanya ke kiri dan ke kanan)

NV Trigeminus (fungsi otot mengunyah baik)

NVI Abducent (klien dapat menggerakkan bola matanya ke kiri dan ke kanan)

NVII Facial (ekspresi wajah sesuai)

NVIII Vestibulokoklearis (fungsi pendengaran klien normal)

NIX Glosfaringeal (kemampuan mengunyah baik, klien berbicara dengan jelas)

NX Vagus (kemampuan menelan baik)

NXI Aksesoriusk (klien dapat menggerakkan lehernya)

NXII Hypoglossal (klien dapat menggerakkan lidahnya)

5. Sistem Muskuloskeletal

Kekuatan otot 5555

6. Sistem Integument

Terpasang infus di tangan sebelah kiri, terdapat sedikit luka lecet di punggung dan siku, warna kulit sawo matang, terdapat nyeri di tekan pada benjolan di kepala, turgor kulit <2 detik.

7. Sistem Perkemihan

Tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak terdapat nyeri ditekan, klien tidak terpasang kateter urin

8. Sistem Gastrointestinal

Tidak terdapat nyeri ditekan pada area perut, bising usus 13x/menit, pada saat diperkusi terdengar suara timpani

9. Sistem Endokrin

Tidak terdapat pembesaran vena jugularis, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid

10. Sistem Penginderaan

Mata : simetris, konjungtiva anemis, pupil isokor, tidak terdapat nyeri ditekan pada mata, tidak terdapat luka

Hidung : lubang hidung simetris, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat luka

Mulut : mukosa bibir lembab, tidak terdapat luka dan nyeri ditekan

Telinga : telinga simetris, tidak terdapat nyeri ditekan, tidak terdapat luka, pendengaran baik.

11. Sistem Reproduksi

Klien sudah menopause, tidak ada masalah pada system reproduksi.

D. Aspek Psikologis

1) Status nyeri

Tabel 3.1 Status Nyeri

NO	INTENSITAS NYERI	DESKRIPSI
1.	☐ Tidak Nyeri	Pasien mengatakan tidak merasa nyeri
2.	☐ Nyeri Ringan	Pasien mengatakan sedikit nyeri atau ringan
3.	☐ Nyeri Sedang	Pasien mengatakan nyeri sedang atau masih bisa ditahan, pasien nampak gelisah, pasien mampu sedikit berpartisipasi dalam perawatan
4.	☐ Nyeri Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak dapat ditahan atau berat, pasien sanga gelisah, fungsi mobilitas dan perilaku pasien berubah
5.	☐ Nyeri Sangat Berat	Pasien mengatakan nyeri tidak tertahankan atau sangat berat, perubahan ADL yang mencolok (ketergantungan), putus asa

2) Status emosional

- Bagaimana ekspresi hati dan perasaan klien : klien mengatakan ingin cepat sembuh dan pulang kerumah
- Tingkah laku yang menonjol : klien terlihat sering tidur
- Suasana yang membahagiakan klien : saat berkumpul dengan keluarga
- Stressing yang membuat perasaan klien tidak nyaman : sakit kepala

3) Gaya komunikasi

Klien tidak berhati-hati dalam berbicara, klien tidak menolak untuk diajak berbicara, komunikasi klien jelas, klien tidak menggunakan bahasa isyarat,

4) Pola interaksi

Orang yang dekat dengan dan dipercaya klien anak suami dan anak klien, klien berinteraksi aktif, tipe kepribadian klien terbuka

5) Dampak di rawat di rumah sakit

Tidak terdapat perubahan secara fisik dan psikologis pada klien

E. Aspek Psikososial dan Spiritual

1) Data psikososial

a. Persepsi klien tentang penyakit

Klien menyadari bahwa klien sedang sakit

b. Konsep diri

a) Identitas diri

Klien mengatakan dirinya Perempuan

b) Harga diri

Klien mengatakan dirinya berharga

c) Peran diri

Klien mengatakan dirinya berperan sebagai istri, ibu, dan nenek dari cucunya

d) Ideal diri

Klien mengatakan ingin sembuh dan pulang kerumah

e) Hubungan/ komunikasi

Klien berhubungan baik dengan keluarganya ataupun tetangganya dan orang disekitarnya

2) Data spiritual

a. Nilai dan keyakinan

Klien beragama islam dan meyakini bahwa tuhan yang ia sembah adalah Allah.

b. Kegiatan ibadah

Klien mengatakn ibadah yang dilakukan adalah sholat lima waktu dan mengaji Al-quran

F. Aktivitas sehari-hari (sebelum dan selama sakit)

1) Pola makan dan minum

Hari : Selasa

Tanggal : 8 April 2025

Tabel 3.2 Pola makan dan minum

No	Jenis	Sehat	Sakit
1.	Pola Makan		
	Jenis	Nasi: nasi putih Lauk: ayam ikan Sayur: bayam, sop	Nasi : nasi lembek Lauk: telur Sayur:
	Porsi	1 porsi	1 porsi
	Frekuensi	3x/hari	3x/hari
	Diet Khusus	Tidak ada	Tidak ada
	Makanan Disukai	Nasi liwet	Bubur
	Kesulitan Menelan	Tidak ada	Tidak ada
	Gigi Palsu	Tidak ada	Tidak ada
	Nafsu Makan	Baik	Terkadang mual
	Usaha mengatasi masalah	Tidak ada	Makan sedikit-sedikit
2.	Pola minum		
	Jenis	Air putih	Air putih
	Frekuensi	6-7 gelas	4-6 gelas
	Pantangan	Tidak ada	Tidak ada
	Minuman yang disukai	The	Teh

[illegible]

5.	Berpindah	√							√		
6.	Berjalan	√							√		
7.	Berbelanja	√							√		
8.	Memasak	√							√		
9.	Naik tangga	√							√		
10.	Pemeliharaan rumah	√							√		

Ket: 0 = Mandiri
 1 = Alat bantu
 2 = Dibantu orang lain
 3 = Dibantu orang lain-alat
 4 = Tergantung/tidak mampu

4) Pola istirahat dan tidur

Hari : Selasa

Tanggal : 8 April 2025

Tabel 3.5 Pola Istirahat dan Tidur

No	Jenis	Sebelum Masuk RS	Selama Dirawat
1.	Tidur Siang Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	± 30 menit Tidak ada Lingkungan tenang Apabila di bangunkan	± 1 jam Tidak ada Lingkungan tenang Apabila di bangunkan
2.	Tidur Malam Lama Tidur Keluhan Mempermudah tidur Mempermudah bangun	± 8 jam Tidak ada Lingkungan tenang Apabila di bangunkan	± 9 jam Tidak ada Lingkungan tenang Apabila di bangunkan

G. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3.6 Pemeriksaan Penunjang

No	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Unit	Nilai Rujukan
1	Hasil Laboratorium (07 April 2025)			
	Hemoglobin	13.4	g/dL	12,0-16,0
	Leukosit	15000	Sel/uL	3800-10600
	Eritrosit	4.62	Juta/uL	3.6-5.8
	Hematokrit	41.2	%	35-47
	Trombosit	241000	Sel/uL	150000-440000
	MCV	89.7	fL	80-100
	MCH	29.1	Pg	26-34
	MCHC	32.4	%	32-36
	RDW-SV	13.7	%	11,5-14,5
	RDW-SD	51.7	fL	
2	Hasil Radiologi (07 April 2025)	- Tidak tampak kontusio paru - Tidak tampak TB paru aktif - Kardiomegali - Tidak tampak garis fraktur di os costa		
3	Hasil CT Scan (07 April 2025)	- Ada kontusio cerebri di pronto parietal kanan		

H. Terapi Medis

Tabel 3.7 Terapi Medis

No	Obat yang diberikan	Jenis golongan obat	Manfaat obat	Dosis obat	Cara pemberian
1	Ringer Laktat	Kristaloid	Menggantikan cairan dan elektrolit tubuh	1500cc/jam	IV
2	Ketorolac	NSAID (Non Steroidal Anti Inflammatory Drug)	Meredakan nyeri sedang hingga berat	2x1 amp	IV
3	Piracetam	Nootropik/ obat peningkat fungsi kognitif	Mengatasi gangguan pergerakan mioklonus kortikal, vertigo, atau gangguan kognitif	3x3 gr	IV
4	Ranitidin	Antagonis reseptor H2 (H2 blocker)	Mengobati gejala akibat produksi asam lambung berlebih	2x1 amp	IV
5	Ambacim	Antibiotik sefalosporin	Mengobati infeksi bakteri	2x1 gr	IV
6	Kalnex	Antifibrinolitik	Mengurangi atau menghentikan perdarahan	3x1 amp	IV

I. Analisa Data

Tabel 3.8 Analisa Data

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Ds : - Klien mengatakan sakit kepala Do : - Td : 141/81 mmHg - Kesadaran composmentis - GCS = 15 - Hasil CT Scan : ada kontusio serebri di fronto parietla kanan - Spo2 : 98%	Cedera kepala ↓ Trauma tumpul ↓ Intrakranial ↓ Jaringan otak rusak (kontusio) ↓ Perubahan autoregulasi ↓ Aliran darah ke otak ↓ ↓ O2 menurun ↓ Gangguan metabolisme ↓ Asam laktat meningkat ↓ Oedema otak ↓ Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial
2	Ds : - Klien mengatakan nyeri - Klien mengatakan skala nyeri 3 Do :	Cedera Kepala ↓ Esktra kranial ↓	Nyeri Akut

	- klien bersikap protektif (menghindari nyeri) - Td : 141/81 mmHg - N : 62x/menit - Rr : 20x/menit - S : 36,3°C - Spo2 : 98%	Terputusnya kontinuitas kulit, otot, vaskuler ↓ Mengeluh nyeri ↓ Nyeri Akut	
3	Ds : - Klien mengeluh mual - Klien mengeluh merasa ingin muntah Do : - Klien tampak lemas - Porsi makanan tidak habis	Cedera kepala ↓ Trauma tumpul ↓ Intrakranial ↓ Jaringan otak rusak (kontusio) ↓ Perubahan autoregulasi ↓ Aliran darah ke otak ↓ ↓ O2 menurun ↓ Gangguan metabolisme ↓ Asam laktat meningkat ↓ Mual ↓ Nausea	Nausea

3.1.2. Diagnosa Keperawatan

- A. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebri (Cedera Kepala) ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengatakan sakit kepala

Do :

- Td : 141/81 mmHg
- Kesadaran composmentis
- GCS = 15
- Hasil CT Scan : ada kontusio serebri di fronto parietla kanan
- Spo2 : 98%

- B. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma) ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengatakan nyeri
- Klien mengatakan skala nyeri 3

Do :

- klien bersikap protektif (menghindari nyeri)
- Td : 141/81 mmHg
- N : 62x/menit
- Rr : 20x/menit
- S : 36,3°C
- Spo2 : 98%

- C. Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial ditandai dengan :

Ds :

- Klien mengeluh mual
- Klien mengeluh merasa ingin muntah

Do :

- Klien tampak lemas
- Porsi makanan tidak habis

3.1.3. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.9 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)	Rasional
1	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebri (Cedera Kepala) ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan sakit kepala Do : - Td : 141/81 mmHg - Kesadaran composmentis - GCS = 15 - Hasil CT Scan : ada kontusio serebri di fronto	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : - Sakit kepala menurun (5) - Tekanan darah membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi - Identifikasi penyebab peningkatan TIK - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK - Monitor status pernafasan Terapeutik - Berikan posisi <i>Head up 30°</i> - Pertahankan suhu tubuh normal Kolaborasi - kolaborasi pemberian	Observasi - Mengetahui penyebab seperti trauma kepala, perdarahan, tumor, atau infeksi membantu dalam penanganan yang tepat - Gejala seperti sakit kepala, muntah proyektil, perubahan kesadaran, dan pupil anisokor merupakan indikator penting untuk deteksi dini dan intervensi segera.

	parietla kanan - Spo2 : 98%		obat sedasi dan antikonvulsan , jika perlu	- Gangguan pernapasan dapat terjadi akibat tekanan pada pusat respirasi di otak; pemantauan membantu mencegah hipoksia yang dapat memperburuk TIK. Terapeutik - Posisi ini membantu menurunkan TIK dengan meningkatkan aliran vena dari otak tanpa mengganggu perfusi serebral. - menjaga suhu normal membantu mengontrol beban metabolik otak. Kolaborasi
--	-----------------------------------	--	---	---

				- membantu menurunkan aktivitas otak dan menstabilkan TIK; antikonvulsan mencegah atau mengontrol kejang yang dapat memperparah kondisi neurologis.
2	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma) ditandai dengan : Ds : - Klien mengatakan nyeri - Klien mengatakan skala nyeri 3 Do : - klien bersikap protektif	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun	Manajemen nyeri (I.08238) Observasi: - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang	Observasi - Mengetahui lokasi dan karakteristik nyeri dapat membantu menentukan penyebab atau sumber nyeri. - Mengukur intensitas nyeri dengan skala standar (misalnya skala numerik 1-10) memudahkan evaluasi tingkat keparahan nyeri

	(menghindari nyeri) - Td : 141/81 mmHg - N : 62x/menit - Rr : 20x/menit - S : 36,3°C - Spo2 : 98%		memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup - Monitor efek samping penggunaan analgetic Terapeutik: - Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri - Fasilitasi istirahat dan tidur - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam	- Menunjukkan nyeri melalui respons nonverbal seperti wajah menyeringai, gelisah, atau perubahan postur tubuh. - Mengidentifikasi nyeri yang mungkin tidak diungkapkan secara verbal - Nyeri yang tidak terkelola dengan baik dapat mengurangi kualitas hidup seseorang, seperti mengganggu aktivitas sehari-hari, tidur, dan hubungan sosial. - Untuk mencegah komplikasi penggunaan obat nyeri,
--	--	--	---	--

			pemilihan strategi meredakan nyeri Edukasi: - Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan menggunakan analgesik secara tepat - Anjarkan teknik non farmakologis - untu mengurangi nyeri Kolaborasi: - Kolaborasi pemberian analgetik, <i>jika perlu</i>	seperti ketergantungan , gangguan pencernaan, atau efek samping lain yang merugikan. Terapeutik - Metode seperti teknik relaksasi, kompres panas/dingin, atau distraksi dapat membantu mengurangi ketergantungan pada obat analgesic - Lingkungan yang nyaman dan tenang dapat membantu mengurangi stres dan membantu pasien lebih rileks, sehingga membantu
--	--	--	--	--

				meredakan nyeri - Tidur yang cukup dan istirahat yang baik dapat membantu pemulihan. - Berbagai jenis nyeri (misalnya nyeri visceral atau nyeri neuropatik) memerlukan strategi manajemen yang berbeda agar lebih efektif. Edukasi - Mencegah overdosis atau ketergantungan, serta memaksimalkan efektivitas obat. - Sebagai alternatif dalam mengurangi nyeri Kolaborasi
--	--	--	--	--

				- Untuk memberikan analgesik memastikan pasien mendapatkan dosis yang tepat
3	Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial ditandai dengan : Ds : - Klien mengeluh mual - Klien mengeluh merasa ingin muntah Do : - Klien tampak lemas - Porsi makanan tidak habis	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil : - Keluhan mual menurun - Nafsu makan meningkat	Manajemen Mual (1.03117) Observasi - Identifikasi pengalaman mual - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan) - Identifikasi penyebab mual - Monitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan) Terapeutik - Berikan makanan dalam jumlah	Observasi - Untuk mengetahui persepsi subjektif pasien - Untuk menilai sejauh mana mual memengaruhi kualitas hidup - Untuk mengidentifikasi faktor pencetus (mis. obat psikologis, kondisi pasien) secara spesifik Terapeutik - Mencegah rasa penuh pada lambung yang dapat memperburuk mual dan

			kecil dan menarik Edukasi - Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup - Anjurkan sering membersihkan mulut - Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak Kolaborasi - Kolaborasi pemberian antimetik, jika perlu	meningkatkan nafsu makan Edukasi - Mengurangi keang dapat memicu atau memperburuk mual - Mengurangi rasa tidak enak mulut akibat mual/muntah - Karbohidrat mudah dicerna dan membantu menstabilkan lambung Kolaborasi - Membantu mengontrol mual secara farmakologis
--	--	--	--	---

3.1.4. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.10 Implementasi Keperawatan

No	Hari/ tanggal	Dx Kep	Jam	Implementasi	Respon	Paraf
1	Selasa, 8 April 2025	1	09.15	- Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK	- Klien mengatakan jatuh dari ATV saat beribur	 April
			09.17	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	Hasil CT Scan : adanya kontusio	
			09.19	- Memonitor status pernafasan	serebri di fronto parietla kanan	
			09.21	- Memberikan posisi <i>Head up 30°</i>	- Klien mengatakan sakit kepala dan suka mual	
			09.23	- Mempertahankan suhu tubuh normal	Hasil CT Scan : adanya kontusio	
			12.00	- Memberikan obat Piracetam 3x3 gr Ambacim 2x1 gr Kalnex 3x1 amp	serebri di fronto parietla kanan - Rr :20x/menit Spo2 : 98% - Klien berada posisi <i>Head up 30°</i> dan terpasang <i>neckcollar</i> - Suhu 36,3 °C - Klien tampak tenang saat diberi obat	
		2	10.05	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri	- Lokasi nyeri di kepala, nyeri hilang timbul, nyeri seperti di tusuk tusuk	 April
			10.10	- Mengidentifikasi skala nyeri	- Klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10)	

			10.13	- Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	- Nyeri kepala bertambah apabila klien tertidur dengan terlentang	
			10.15	- Memfasilitasi istirahat dan tidur	- Klien berada di tempat tidur dengan tirai yang tertutup dan lampu dimatikan	
			10.17	- Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri		
			10.20	- Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat	- Klien tampak memperhatikan saat diberi penjelasan	
			10.23	- Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)	- Klien diberi obat secara terjadwal	
			12.00	- Memberikan obat ketorolac 2x1 Amp	- Klien mengatakan sudah faham	
		3	11.15	- Mengidentifikasi pengalaman mual	- Klien mengatakan sebelumnya pernah mual namun hanya sesekali	 April
			11.17	- Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan)	- Klien mengatakan nafsu makannya menurun karena mual dan hanya makan sedikit	
			11.22	- Mengidentifikasi penyebab mual		
			11.25	- Memonitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)	- Klien mengatakan mual dirasakan setelah klien terjatuh dari atv	
			11.27	- Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik		

			11.28	- Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup	- Klien mengatakan mualnya tidak terlalu sering	
			11.29	- Menganjurkan sering membersihkan mulut (kumur-kumur dengan <i>listerine</i>)	- Makanan tersedia dalam kotak makanan yang berisi bubur dan lauk pauknya	
			12.00	- Memberikan Ranitidin 2x1 amp	- Klien mengatakan istirahat nya cukup - Klien mengatakan suka kumur-kumur menggunakan <i>listerine</i> - Klien tampak tenang saat diberikan obat	
2	Rabu, 9 April 2025	1	08.10	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	- Klien mengatakan masih sakit kepala dan terkadang masih mual	 April
			08.12	- Memonitor status pernafasan	Hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietla kanan	
			08.14	- Memberikan posisi <i>Head up 30°</i>	- Rr : 20x/menit Spo2 : 97%	
			08.17	- Mempertahankan suhu tubuh normal	- Klien berada pada posisi <i>Head up 30°</i> dan terpasang <i>neckcollar</i>	
			11.59	- Memberikan obat Piracetam 3x3 gr Ambacim 2x1 gr	- Klien tampak tenang saat diberi obat Piracetam 3x3 gr Ambacim 2x1 gr	
		2	09.15	- Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi,	- Klien mengatakan nyeri di kepala, nyeri	

			09.16	frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - Mengidentifikasi skala nyeri	dirasakan hilang timbul - Skala nyeri 3 (0-10) - Klien berada di tempat tidur dengan tirai yang tertutup dan lampu dimatikan	April
			09.17	- Memfasilitasi istirahat dan tidur		
			09.19	- Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat	- Klien diberi obat secara terjadwal	
			09.21	- Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam) - Memberikan obat ketorolac 2x1 Amp	- Klien tampak memahami - Klien tampak tenang saat diberikan obat ketorolac 2x1 Amp	
	3	10.15	- Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan)	- Klien mengatakan masih mual dan hanya makan sedikit		April
		10.18	- Memonitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)	- Klien mengatakan masih merasakan mual namun tidak disertai muntah		
		10.20	- Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup	- Makanan tersedia (nasi lembek dan lauk-pauknya)		
		10.22	- Menganjurkan sering membersihkan mulut (kumur-kumur dengan <i>listerine</i>)	- Klien mengatakan tidurnya cukup		
		11.59	- Memberikan Ranitidin 2x1 amp	- Klien mengatakan suka kumur-kumur setelah makan		

					- Klien tampak tenang saat diberikan obat Ranitidin 2x1 amp	
3	Kamis, 10 April 2025	1	08.10	- Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK	- Klien mengatakan sakit kepala berkurang	 April
			08.12	- Memonitor status pernafasan	Hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietla kanan	
			08.13	- Memberikan posisi <i>Head up 30°</i>	- Rr :20x menit Spo2 : 97%	
			08.16	- Mempertahankan suhu tubuh normal	- Klien berada pada posisi <i>Head up 30°</i> dan klien sudak tidak dipasang <i>neckcollar</i>	
		2	12.01	- Memberikan obat Piracetam 3x3 gr Ambacim 2x1 gr	- Suhu : 36,8 °C - Klien tampak tenang saat diberikan obat Piracetam 3x3 gr Ambacim 2x1 gr	 April
			09.05	- Mengidentifikasi skala nyeri	- Klien mengatakan skala nyeri 2 (0-10)	
			09.07	- Memfasilitasi istirahat dan tidur	- Klien berada ditempat tidur dengan tirai yang tertutup	
			09.08	- Menganjurkan menggunakan analgesik secara tepat	- Klien diberi obat secara terjadwal	
3	Kamis, 10 April 2025	2	09.10	- Mengajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri (Teknik relaksasi nafas dalam)	- Klien tampak faham dan menyimak - Klien tampak tenang saat diberi obat ketorolac 2x1 Amp	 April

			12.01	- Memberikan obat ketorolac 2x1 Amp		
		3	10.15	- Memonitor mual (frekuensi, durasi dan tingkat keparahan)	- Klien mengatakan masih sedikit merasakan mual	 April
			11.00	- Memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik	- Makanan tersedia dalam kotak makanan yang berisi bubur sumsum	
			11.25	- Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup	- Klien mengatakan istirahatnya cukup	
			11.26	- Menganjurkan sering membersihkan mulut (kumur-kumur dengan <i>listerine</i>)	- Klien mengatakan suka kumur-kumur setelah makan	
			12.01	- Memberikan Ranitidin 2x1 amp	- Klien tampak tenang saat diberikan obat - Ranitidin 2x1 amp	

3.1.5. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.11 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tanggal	Dx	Evaluasi	Paraf
1	Selasa, 08 April 2025	1	S : klien mengatakan sakit kepala kadang disertai mual O : Hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietla kanan - Klien terpasang <i>neckcollar</i> - Kesadaran composmentis - Gcs : E4V5M6 = 15 - Terdapat benjolan di kepala - Td : 141/81 mmHg - N : 62x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 98% - Suhu : 36,3°C A : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial tertasi sebagian P : lanjutkan intervensi	 April
		2	S : - klien mengatakan nyeri kepala, - klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) O : - Td : 142/80 mmHg - N : 65x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 97% - Suhu : 36,3°C - Klien terpasang infus RL - Klien terpasang <i>neckcollar</i> A : Nyeri Akut teratasi sebagian	

			P : Lanjutkan intervensi	
		3	S : - Klien mengatakan mual - Klien mengatakan tidak menghabiskan makanannya karena mual O : - Mukosa bibir sedikit kering - Ada sisa di kotak makan klien A : Nausea P : Lanjutkan intervensi	
2	Rabu, 09 April 2025	1	S : klien mengatakan sakit kepala kadang disertai mual O : Hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietla kanan - Klien terpasang <i>neckcollar</i> - Kesadaran composmentis - Gcs : E4V5M6 = 15 - Terdapat benjolan di kepala - Td : 143/80 mmHg - N : 70x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 97% - Suhu : 36°C A : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	 April
		2	S : - klien mengatakan nyeri kepala, - klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10) O : - Td : 138/90 mmHg	

			- N : 69x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 98% - Suhu : 36,4°C - Klien terpasang infus RL - Klien terpasang <i>neckcollar</i> A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
		3	S : - Klien mengatakan masih mual - Klien mengatakan tidak menghabiskan makanannya karena masih mual O : - Ada sisa di kotak makan klien A : Nausea P : Lanjutkan intervensi	
3	Kamis, 10 April 2025	1	S : klien mengatakan sakit kepala berkurang O : - Hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietla kanan - Kesadaran composmentis - Gcs : E4V5M6 = 15 - Terdapat benjolan di kepala - Td : 135/70 mmHg - N : 65x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 97% - Suhu : 36,9°C A : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial teratasi sebagian P : lanjutkan intervensi	 April
		2	S :	

			- klien mengatakan nyeri kepala, - klien mengatakan skala nyeri 2 (0-10) O : - Td : 130/90 mmHg - N : 79 x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 99% - Suhu : 36,4°C - Klien terpasang infus RL A : Nyeri Akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi	
		3	S : Klien mengatakan mual sudah berkurang O : - Terdapat sedikit sisa makanan A : Nausea P : Lanjutkan intervensi	

3.1.6. Catatan Perkembangan

Tabel 3.12 Catatan Perkembangan

Hari/ tanggal	Dx	Catatan Perkembangan	Paraf
Jumat, 11 April 2025	1	S : klien mengatakan masih sakit kepala sudah berkurang O : - Kesadaran composmentis - GCS : E4V5M6 : 15 - Td : 126/80 mmHg - N : 75x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 98% - Suhu : 36,5°C A : Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	 April

		P : Intervensi dihentikan (pasien pulang) I : Kolaborasi pemberian analgetic untuk dirumah E : klien dapat melakukan teknik nonfarmakologi (<i>Head up 30°</i>)	
	2	S : - Klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang - Klien mengatakan skala nyeri 1 (0-10) O : - Klien tampak tenang - Td : 120/82 mmHg - N : 73x/menit - Rr : 20x/menit - Spo2 : 99% - Suhu : 36°C A : Nyeri Akut P : Intervensi dihentikan (pasien pulang) I : kolaborasi pemberian anagetik untuk dirumah E : klien dapat melakukan teknik non farmakologi (relaksasi nafas dalam) dirumah	 April
	3	S : klien mengatakan sudah tidak mual O : - Porsi makanan dihabiskan - Mukosa bibir lembab A : Nausea P : Intervensi dihentikan	 April

3.2. Pembahasan

Dalam bab ini penulis akan memaparkan hasil analisis asuhan keperawatan pada Ny.K dengan kasus *Mild Head Injury* (MHI) atau Cedera Kepala Ringan di Ruang Khalid bin Walid di RSUD Al-Ihsan Bandung. Asuhan keperawatan ini melewati beberapa tahapan diantaranya pengkajian keperawatan, perumusan masalah keperawatan, penyusunan intervensi keperawatan, tindakan implementasi keperawatan dan yang terakhir evaluasi keperawatan.

3.2.1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah tahap dasar dari seluruh proses keperawatan dengan tujuan mengumpulkan informasi dan data-data pasien. Supaya dapat mengidentifikasi masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien, baik fisik, mental, sosial, dan lingkungan. Pengkajian yang lengkap, akurat, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Pengkajian dilakukan di RSUD Al-Ihsan Bandung diruangan Khalid Bin Walid pada hari Selasa tanggal 08 April 2025. Pengkajian dilakukan kepada Ny.K dengan diagnosa medis *Mild Head Injury* (MHI) atau Cedera Kepala Ringan didapatkan data sebagai berikut : nama Ny.K, tanggal lahir 10 Juni 1974, berjenis kelamin perempuan, umur 50 tahun, klien beragama islam, suku bangsa suku sunda, pekerjaan ibu rumah tangga, alamat klien di Cikembang Rt/Rw 03/03 Kertasari, klien datang kerumah sakit pada tanggal 7 April 2025 dengan diagnose MHI (*Mild Head Injury*) atau cedera kepala ringan.

Pada saat melakukan pengkajian klien mengeluh sakit kepala. Selain itu juga klien mengatakan sakit kepala nya kadang disertai mual. Klien dirinya terjatuh saat bermain atv dan klien juga mengatakan bahwa dirinya sempat tidak sadarkan diri saat dibawa ke rumah sakit. Hal ini sesuai dengan teori Dhaneswara Patya *et al.*,

(2025) bahwa keluhan utama pasien dengan cedera kepala adalah sakit kepala baik disertai mual ataupun tidak. Cedera kepala terjadi karena adanya kekuatan mekanik baik tumpul maupun tajam seperti kecelakaan saat berkendara, terjatuh, berolahraga, sehingga membuat terbentuknya lesi di jaringan otak. Hal ini juga sejalan dengan Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018) yang mengatakan bahwa

diagnosa Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial (D.0066) dapat disebabkan oleh edema serebral (cedera kepala).

3.2.2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung actual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2018). Berikut adalah rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada kasus Ny.K :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebri (Cedera Kepala)

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan penulis pada Tanggal 8 April 2025 didapatkan data klien mengeluh sakit kepala dengan riwayat terjatuh dari ATV pada saat berlibur, klien juga ada riwayat sempat tidak sadarkan diri pada saat dibawa ke rumah sakit namun pada saat pengkajian klien ada pada kesadaran *composmentis* dengan *GCS (Glow Coma Scale)* 15

2. Nyeri akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)

Pada masalah ini penulis menemukan data dimana klien mengatakan nyeri kepala. P : nyeri bertambah bila klien tidur dengan terlentang, Q : nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk, R : nyeri dibagian kepala S : skala nyeri 3 (0-10), T : nyeri dirasakan hilang timbul

3. Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial

Pada diagnosa ini penulis menemukan data dimana klien mengeluh mual, klien juga mengatakan merasa ingin muntah. Selain itu juga klien tidak menghabiskan makanannya terlihat masih ada sisa dalam kotak makanannya.

3.2.3. Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Berikut ini merupakan tindakan yang dilakukan :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebri (Cedera Kepala)

Perencanaan keperawatan pada masalah ini menggunakan pedoman dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) yaitu manajemen peningkatan tekanan intrakranial dimana tindakan yang diberikan berupa Observasi : identifikasi penyebab peningkatan TIK monitor tanda dan gejala dari peningkatan TIK, Terapeutik : berikan posisi *Head up 30°*, pertahankan suhu tubuh normal, Kolaborasi : pemberian obat (piracetam 3x3 gr, ambacim 2x1, kalnex 3x1 amp).

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma).

Perencanaan keperawatan pada masalah ini menggunakan pedoman dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) yaitu manajemen nyeri dimana tindakan yang diberikan berupa Observasi : identifikasi (Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri), identifikasi skala nyeri, identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, Terapeutik : fasilitasi istirahat dan tidur, Edukasi : jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, anjurkan menggunakan analgetic secara tepat, ajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (mis: teknik relaksasi nafas dalam), Kolaborasi : pemberian obat (ketorolac 2x1 amp).

3. Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial

Perencanaan keperawatan pada masalah ini menggunakan pedoman dari Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI, 2018) yaitu manajemen mual dimana tindakan yang diberikan berupa Observasi : identifikasi pengalaman mual, identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis: nafsu makan), identifikasi penyebab mual, monitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), Terapeutik : berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, Edukasi : anjurkan istirahat dan tidur yang cukup, anjurkan sering membersihkan mulut, Kolaborasi pemberian obat (ranitidine 2x1 amp).

3.2.4. Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan tindakan langsung dari intervensi yang telah disusun dari pengumpulan data. Dalam melakukan implementasi keperawatan atau tindakan keperawatan disesuaikan dengan intervensi keperawatan yang telah dibuat (Clara, 2020). Implementasi dimulai dari hari Selasa tanggal 8 April 2025 sampai dengan

hari jumat tanggal 11 april 2025, berikut adalah implementasi yang dilakukan oleh penulis :

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebri (cedera kepala)

Implementasi yang dilakukan oleh penulis adalah mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK, memonitor tanda dan gejala dari peningkatan TIK, memberikan posisi *Head up 30°*, mempertahankan suhu tubuh normal, memberikan obat (piracetam 3x3 gr, ambacim 2x1, kalnex 3x1 amp)

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Trauma)

Implementasi yang dilakukan oleh penulis adalah mengidentifikasi (Lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri), mengidentifikasi skala nyeri, mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan rasa nyeri, memfasilitasi istirahat dan tidur, menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, menganjurkan menggunakan analgetic secara tepat, mengajarkan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi rasa nyeri (teknik relaksasi nafas dalam), memberikan obat (ketorolac 2x1 amp).

3. Nausea berhubungan dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial

Implementasi yang dilakukan oleh penulis adalah mengidentifikasi pengalaman mual, mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (nafsu makan), mengidentifikasi penyebab mual, memonitor mual (frekuensi, durasi, dan tingkat keparahan), memberikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik, menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup, menganjurkan sering membersihkan mulut (kumur-kumur dengan *listerine*), memberikan obat (ranitidine 2x1 amp).

3.2.5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap kritis yang memungkinkan perawat untuk terus memantau, menilai, dan meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien. Evaluasi juga dilakukan untuk memastikan bahwa perawatan yang diberikan selalu berpusat pada kebutuhan individu pasien serta didasarkan pada bukti dan praktik terbaik dalam keperawatan (Ns. Naryati, 2024).

Evaluasi diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada hari Selasa 8 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan sakit kepala kadang disertai mual, hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietla kanan, klien terpasang *neckcollar*, kesadaran *composmentis*, gcs 15 E4V5M6, terdapat benjolan dikepala, Tekanan darah 141/81 mmHg, nadi 62x/menit, respirasi 20x/menit, spo2 98%, suhu 36,3°C.

Evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut pada hari Selasa 8 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan nyeri kepala, klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10), Tekanan darah 142/80 mmHg, nadi 65x/menit, respirasi 20x/menit, spo2 97%, suhu 36,3°C, klien terpasang infus RL, klien terpasang *neckcollar*.

Evaluasi diagnosa keperawatan mual pada hari Selasa 8 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan mual, klien mengatakan tidak menghabiskan makanannya karena mual, mukosa bibir sedikit kering, terlihat ada sisa dikotak makan klien.

Evaluasi diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada hari Rabu 9 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan sakit kepala kadang disertai mual, hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietla kanan, klien terpasang *neckcollar*, kesadaran *composmentis*, gcs 15 E4V5M6, terdapat benjolan dikepala, Tekanan darah 143/80 mmHg, nadi 70x/menit, respirasi 20x/menit, spo2 97%, suhu 36,°C.

Evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut pada hari Rabu 9 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan nyeri kepala, klien mengatakan skala nyeri 3 (0-10), Tekanan darah 138/90 mmHg, nadi 65x/menit, respirasi 20x/menit, spo2 98%, suhu 36,4°C, klien terpasang infus RL, klien terpasang *neckcollar*.

Evaluasi diagnosa keperawatan mual pada hari Rabu 9 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan mual, klien mengatakan tidak menghabiskan makanannya karena mual, terlihat ada sisa di kotak makan klien.

Evaluasi diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada hari Kamis 10 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan sakit kepala berkurang, hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietal kanan, kesadaran *composmentis*, GCS 15 E4V5M6, terdapat benjolan di kepala, Tekanan darah 135/70 mmHg, nadi 65x/menit, respirasi 20x/menit, SpO₂ 97%, suhu 36,9°C.

Evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut pada hari Kamis 10 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan nyeri kepala, klien mengatakan skala nyeri 2 (0-10), Tekanan darah 130/90 mmHg, nadi 79x/menit, respirasi 20x/menit, SpO₂ 99%, suhu 36,4°C, klien terpasang infus RL

Evaluasi diagnosa keperawatan mual pada hari Kamis 10 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan mual sudah berkurang, terlihat ada sedikit sisa makanan.

Evaluasi diagnosa keperawatan penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada hari Jumat 11 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan sakit kepala berkurang, hasil CT Scan : adanya kontusio serebri di fronto parietal kanan, kesadaran *composmentis*, GCS 15 E4V5M6, terdapat benjolan di kepala, Tekanan darah 126/80 mmHg, nadi 75x/menit, respirasi 20x/menit, SpO₂ 98%, suhu 36,5°C

Evaluasi diagnosa keperawatan nyeri akut pada hari Jumat 11 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan nyeri kepala sudah berkurang, klien mengatakan skala nyeri 1 (0-10), Tekanan darah 120/80 mmHg, nadi 73x/menit, respirasi 20x/menit, SpO₂ 99%, suhu 36°C.

Evaluasi diagnosa keperawatan mual pada hari Jumat 11 April 2025 didapatkan data subjektif dan data objektif : klien mengatakan sudah tidak mual, porsi makanan dihabiskan, mukosa bibir lembab

3.2.6. Evidence Based Practice (EBP)

Pada saat melakukan studi kasus ada beberapa masalah keperawatan yang muncul dengan tanda dan gejala yang mendukung terhadap masalah yang dialami klien diantaranya penurunan kapasitas adaptif intrakranial, nyeri akut dan mual.

Oleh karena itu, penulis memberikan intervensi non farmakologi untuk mengatasi masalah tersebut dengan memberikan posisi *Head up 30°*. Implementasi yang diberikan kepada pasien yaitu dengan posisi *Head up 30°* dimana posisi kepala lebih tinggi dari posisi tidur yang terlentang dengan kaki yang lurus dan tidak menekuk. Posisi tersebut dilakukan rutin setiap harinya.

Berdasarkan jurnal pertama yang dilakukan oleh Siregar *et. al* (2023) yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial Melalui Posisi *Head up 30°* dilakukan kepada 2 orang pasien ditemukan keluhan yang sama yaitu sakit kepala. Intervensi yang dilakukan pada kedua kasus tersebut adalah head up 30 dimana posisi tersebut berpengaruh terhadap sakit kepala dan keluhan lain yang klien rasakan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Inayati *et al.*, (2025) yang berjudul “Penerapan Posisi *Head up 30°* Pada Pasien Cedera Kepala Post *Craniotomy* Dengan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial” menunjukkan adanya keefektifan pemberian posisi *Head up 30°* pada pasien cedera kepala. Penerapan posisi *Head up 30°* juga menurunkan tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial seperti nyeri kepala berkurang, tekanan darah membaik. Penelitian ini dilakukan kepada 1 orang pasien dengan metode studi kasus.

Hasil penelitian Wahidin *et.al*, (2020) yang berjudul “ Penerapan Teknik Head Up 30 ° Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang” yang dilakukan kepada 2 pasien yaitu Tn.A dan Tn.I dengan memberikan intervensi yang sama yaitu posisi head up 30° terdapat perubahan yang signifikan dimana keluhan seperti nyeri kepala dan tingkat kesadaran membaik

Penelitian yang dilakukan oleh Sri *et al.*, (2025) dengan judul “ *Nursing intervention of Head Up 30° position to reduce intracranial pressure in ICH patients in the Nusa Indah room of Dr. Doris Sylvanus Hospital Palangka Raya*” yang dilakukan kepada 2 orang dengan melakukan intervensi head up 30° selama 3 hari menunjukkan penurunan rata-rata MAP pada kedua pasien sekitar 11–12 mmHg dan peningkatan SpO2 sekitar 1,5–2,5%. Hal ini menunjukkan bahwa

intervensi keperawatan posisi 30° head-up terbukti efektif membantu menurunkan tekanan intrakranial

Selain itu juga penelitian yang dilakukan oleh Pertami, (2021) berjudul “*Efeect of 30° head-up posisition on intracranial preassure change in patients with head injury in surgical ward of general hospital of Dr. R. Soedarsono pasuruan*” yang dilakukan kepada 30 pasien dengan metode penelitian kuasi eksperiemental hasil peneltian menunjukan nilai p 0,010 ($<0,05$) terhadap tingkat kesadaran dan nilai p 0,031 ($<0,05$) terhadap tekanan arteri rata-rata, yang menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan secara statistik dari posisi kepala tegak 30° terhadap tingkat kesadaran dan tekanan arteri rata-rata. Terdapat efek signifikan posisi kepala tegak 30° terhadap perubahan tekanan intrakranial, terutama pada tingkat kesadaran dan tekanan arteri rata-rata pada pasien cedera kepala.

BAB IV

KESIMPULAN DAN SARAN

3.2. Kesimpulan

Setelah melakukan Asuhan Keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis *Mild Head Injury* (MHI) dari mulai tanggal 8-11 April 2025 di Ruang Khalid Bin Walid RSUD AL-IHSAN Provinsi Jawa Barat maka penulis dapat mengambil kesimpulan sebagai berikut:

- a. Penulis melakukan pengkajian Ny.K dengan Gangguan Neurologis *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- b. Penulis menegakan diagnosa keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- c. Penulis menyusun perencanaan keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- d. Penulis melaksanakan tindakan keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung
- e. Penulis melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan pada Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung

- f. Penulis menganalisis *evidence based practice* terapi non farmakologi Ny.K dengan Gangguan Neurologis : *Mild Head Injury* (MHI) Menggunakan Pemberian Intervensi Posisi *Head up 30°* di Ruang Khalid bin Walid RSUD Al-Ihsan Bandung

3.3. Saran

3.3.2. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Penulis berharap hasil penelitian pada kasus ini dapat memberikan tambahan informasi, pengetahuan, dan menjadi bahan referensi dalam pengembangan ilmu pengetahuan tentang *Mild Head Injury* (MHI) dengan pemberian *head up 30°*

3.3.3. Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam proses pembelajaran mahasiswa keperawatan dalam mata kuliah keperawatan medikal bedah

3.3.4. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan bagi mahasiswa khususnya peneliti selanjutnya, agar dapat mengaplikasikan pemberian *head up 30°* sebagai salah satu intervensi non farmakologi dalam penanganan sakit kepala pada pasien dengan *Mild Head Injury* (MHI) atau cedera kepala ringan.

DAFTAR PUSTAKA

- Clara, F. P. (2020). *Clara Febiola_191101100_Penerapan Implementasi Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Dhaneswara Patya, T., Febri, W., Program, R., Keperawatan, S., & Kesehatan, I. (2025). Asuhan keperawatan pada pasien trauma kepala dengan masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial di IGD RSUP Dr. Sardjito. *Prosiding Seminar Nasional Penelitian Dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 3(22), 22–2025.
- Inayati, S., Oktarina, Y., & Junaidi, A. (2025). Penerapan Posisi Head Up 30° pada Pasien Cedera Kepala Post Craniotomy dengan Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial di Ruang ICU RSUD Raden Mattaher Kota Jambi. *Malahayati Nursing Journal*, 7(2), 468–485. <https://doi.org/10.33024/mnj.v7i2.16194>
- Kusuma, A. H., & Anggraeni, A. D. (2019). Pengaruh Posisi Head Up 30 Derajat Terhadap Nyeri Kepala Pada Pasien Cedera Kepala Ringan. *Jurnal Ilmu Keperawatan Dan Kebidanan*, 10(2), 417. <https://doi.org/10.26751/jikk.v10i2.699>
- Midwifery, J., Hartati, S., Datak, G., & Sylvia, E. I. (2025). *Nursing intervention of Head Up 30 ° position to reduce intracranial pressure in ICH patients in the Nusa Indah room of Dr . Doris Sylvanus Hospital Palangka Raya Machine Translated by Google*. 7(3), 327–331.
- Miftah, W. F. (2020). Penerapan Evaluasi Keperawatan Terhadap Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *JIP: Jurnal Ilmiah PGMI*, 2(3), 28–31.
- Muh. Ihya Alimuddin, Al-Afik, & Cipto Wahyuning Utama. (2024). Pengaruh Pemberian Posisi Head Up 30° Terhadap Tingkat Kenyamanan Pasien Cedera Kepala Di Ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD Tidar Kota Magelang: Case Report. *Corona: Jurnal Ilmu Kesehatan Umum, Psikolog, Keperawatan Dan Kebidanan*, 2(2), 48–54. <https://doi.org/10.61132/corona.v2i2.394>
- Ns. Naryati, S.Kep., M. K., & Sulistia Nur, S.Kep., Ners., M. K. (2024). Proses

Keperawatan : Konsep, Implementasi, dan Evaluasi. In *Universitas Nusantara PGRI Kediri* (Vol. 01).

Pertami, S. B. (2021). Effect of 30° Head Up Position on Intracranial Pressure Change in Patients with Head Injury in Surgical Ward of General Hospital. *Jurnal Keperawatan*, 1(2), 101–107.

Siahaya, N., Huwae, L. B. S., Angkejaya, O. W., Bension, J. B., & Tuamelly, J. (2020). Prevalensi Kasus Cedera Kepala Berdasarkan Klasifikasi Derajat Keperahannya Pada Pasien Rawat Inap Di Rsud Dr. M. Haulussy Ambon Pada Tahun 2018. *Molucca Medica*, 12, 14–22. <https://doi.org/10.30598/molmed.2020.v13.i2.14>

Siregar, B., Jundapri, K., Susyanti, D., & Suharto, S. (2023). Asuhan Keperawatan Pada Pasien Cedera Kepala Dengan Peningkatan Tekanan Intrakranial Melalui Posisi Head Up 30. *SENTRI: Jurnal Riset Ilmiah*, 2(11), 4949–4956. <https://doi.org/10.55681/sentri.v2i11.1843>

Wahidin, Ngabdi Supraptini. (2020). Penerapan Teknik Head Up 30° Terhadap Peningkatan Perfusi Jaringan Otak Pada Pasien Yang Mengalami Cedera Kepala Sedang. *Nursing Science Journal (NSJ)*, 1(1), 7–13. <https://doi.org/10.53510/nsj.v1i1.14>

Yogyakarta, T. K. H. dan H. M. R. D. S. (2022). *No Title*. 2022. <https://sardjito.co.id/2022/03/09/mengenal-cedera-kepala/>

Setyowati, R., & Suparmanto, G. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN CEDERA KEPALA RINGAN DALAM PEMENUHAN KEBUTUHAN OKSIGENASI*. 4, 64–70. <http://www.digg.com>

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018). Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Edisi 1 : Jakarta

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018). Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Edisi 1 : Jakarta

Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2018). Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI), Edisi 1 : Jakarta

Yessie, Andra (2022). “Asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan dengan masalah keperawatan nyeri akut.” Jurnal Keperawatan Universitas Muhammadiyah Ponorogo (July): 1–23.

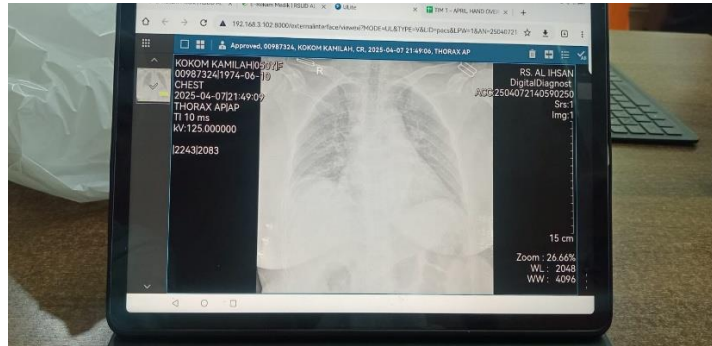
LAMPIRAN

Lembar Bimbingan

Nama : Aprilianti

Nim : KHGD24066

No	Tanggal	Materi yang dikonsulkan	Saran pembimbing	Paraf pembimbing
1.		Menentukan Tema,		
2.		Bab 1	prevalensi Stomatitis Penulisan.	
3.		Bab 1		
3.		Bab 2		
4.		Bab 2		
5.		Bab 3		
6.		Bab 3		
7		Bab 1, 2 3, 4 9044		





DAFTAR RIWAYAT HIDUP



- **Identitas diri**

Nama : Aprilianti, S.Kep
Tempat, Tanggal Lahir : Garut, 07 April 2002
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Alamat : Kp. Pangkalan, Leles, Garut
Email : Aprillianti095@gmail.com
Instagram : @aprilnt_

- **Riwayat Pendidikan**

2008 – 2014 : SDN 3 Cipancar
2014 – 2017 : SMPN 1 Leles
2017 – 2020 : MA Baitul Arqom Al-Islami
2020 – 2024 : STIKes Karsa Husada Garut
2025 : STIKes Karsa Husada Garut