

## BAB V

### PENUTUP

#### A. Kesimpulan

##### 1. Pengkajian

Klien bernama Tn. A berumur 55 tahun, agama islam, pekerjaan buruh, alamat tempat tinggal di Bayat, Klaten. Diagnose medis Cedera Kepala Sedang (CKS). Pasien masuk tanggal 26 Juni 2021 di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Islam Klaten. Klien datang dengan keluhan utama kepalanya robek dan tidak sadarkan diri.

Klien mengalami kecelakaan lalu lintas dan langsung dibawa ke RSUD Islam Klaten dan mendapatkan perawatan. Tanda-tanda vital klien saat dikaji : TD : 140/80 mmHg, Nadi : 68x/menit, Suhu : 36°C, RR (*Respiratory Rate*) : 20x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%.

Hasil pemeriksaan fisik, jalan nafas klien tidak ada sumbatan. Klien bernafas spontan tanpa alat bantu dan tidak sesak. Irama pernafasan teratur, tidak ada refleks batuk, tidak ada bunyi suara nafas tambahan. Nadi 68x/menit dengan irama teratur. Tekanan darah 140/80 mmHg, akral teraba hangat, *capillary refill time* (CRT) < 2 detik.

Terapi yang diberikan : Nacl 0,9% 1500 cc 20 tpm, injeksi ranitidine 2x1 amp/IV, injeksi ketorolac 1x20 mg/IV.

##### 2. Diagnosa Keperawatan

Diagnose keperawatan pada studi kasus ini yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif dan risiko gangguan integritas kulit/jaringan.

##### 3. Intervensi Keperawatan

###### a. Risiko perfusi serebral tidak efektif

Penulis memberikan intervensi dengan memonitor adanya peningkatan tekanan intracranial (TIK) dengan teliti, memonitor status pernafasan, melakukan terapeutik seperti : memberikan posisi semi fowler, cegah terjadinya kejang, pertahankan suhu tubuh normal, melakukan kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, dan kolaborasi pemberian diuretic osmosis. Implementasi yang akan dilakukan pada kasus ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : tingkat kesadaran

meningkat, kognitif meningkat, tekanan intracranial (TIK) menurun, gelisah menurun, dan kesadaran membaik.

b. Risiko integritas kulit/jaringan

Penulis memberikan intervensi dengan mengidentifikasi penyebab gangguan integritas kulit, melakukan terapeutik seperti : ubah posisi tiap 2 jam jika tirah baring, melakukan edukasi dengan menganjurkan meningkatkan asupan nutrisi, menganjurkan meningkatkan asupan buah dan sayur, dan menganjurkan untuk menghindari terpapar suhu ekstrem. Implementasi yang akan dilakukan pada kasus ini setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil : perfusi jaringan meningkat, nyeri menurun, perdarahan menurun, dan kemerahan menurun.

## **B. Saran**

1. Bagi Profesi Perawat

Hasil laporan ini diharapkan dapat meningkatkan Asuhan Keperawatan pasien cedera kepala secara lebih komprehensif.

2. Bagi Institusi STIKes Muhammadiyah Klaten

Hasil laporan ini dapat dijadikan bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program Studi Keperawatan STIKes Muhammadiyah Klaten dalam bidang Keperawatan Gawat Darurat.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil laporan ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan perawatan di ruangan khususnya ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD).

4. Bagi Masyarakat

Hasil laporan ini dapat dijadikan pedoman masyarakat untuk mengetahui gejala, pencegahan dan penanganan penyakit cedera kepala.

5. Bagi Pengembangan dan Studi Kasus Selanjutnya

Hasil laporan studi kasus ini dapat menjadi landasan yang kuat untuk penerapan asuhan-asuhan keperawatan berikutnya, khususnya yang menyangkut topik Asuhan Keperawatan pada pasien cedera kepala.