



## Asuhan Keperawatan pada Tn. M dengan Post Operasi Craniotomy : Cedera Kepala Sedang di Ruang Mawar 2 RSUD Dr. Soeselo Kabupaten Tegal

Isnaeni Rahmawati <sup>1</sup>, Ahmad Zakiudin <sup>2</sup>, Tati Karyawati <sup>3</sup>,  
Nur Umi Aminatussholihah <sup>4</sup>

<sup>1-4</sup> Akademi Keperawatan Al Hikmah 2 Brebes, Indonesia

**Abstract.** *Head injury is a health problem, one of the main factors of which is traffic accidents. Head injuries occur when the head structure experiences an external impact that has the potential to disrupt brain function. The severity varies, from minor injuries, bruising, swelling, bleeding, dislocation, skull fractures, to concussions. The mechanism of impact and the severity of the injury are determining factors in the type of injury experienced (Poniati & Dani Saputro, 2023). Head injuries can range from minor injuries to the scalp to serious damage to the brain. This injury is usually caused by impact, such as falling, accidents, being hit by sharp objects, being hit or the head hitting something (Rahmawan, 2023).*

**Keywords:** *Nursing Care, Post Craniotomy Operation, Head Injury*

**Abstrak.** Cedera kepala merupakan problematika kesehatan yang salah satu faktor utamanya adalah kecelakaan lalu lintas. Cedera kepala terjadi ketika struktur kepala mengalami benturan luar yang berpotensi mengganggu fungsi otak. Tingkat keparahannya beragam, mulai dari luka ringan, memar, bengkak, perdarahan, dislokasi, patah tulang tengkorak, hingga gegar otak. Mekanisme benturan dan tingkat keparahan cedera menjadi faktor penentu jenis cedera yang dialami (Poniati & Dani Saputro, 2023). Cedera kepala bisa berupa luka ringan di kulit kepala sampai kerusakan serius pada otak. Cedera ini biasanya disebabkan oleh benturan, seperti terjatuh, kecelakaan, terkena benda tajam, tertabrak atau kepala membentur sesuatu (Rahmawan, 2023).

**Kata kunci:** Asuhan Keperawatan, Post Operasi Craniotomy, Cedera Kepala

### 1. LATAR BELAKANG

Pasien cedera kepala diklasifikasikan secara klinis sesuai dengan tingkat kesadaran. Kondisi klinis dan tingkat kesadaran setelah cedera kepala dinilai menggunakan *Glasgow Coma Scale* (GCS) yang merupakan skala universal untuk mengelompokkan cedera kepala dan faktor patologis yang menyebabkan penurunan kesadaran. Berdasarkan nilai GCS, maka penderita cedera kepala dengan nilai GCS <9 dikategorikan cedera kepala berat, GCS 9-13 dikategorikan cedera kepala sedang dan GCS 14-15 dikategorikan sebagai cedera kepala ringan (Nashirah, 2022).

Operasi *craniotomy* adalah operasi yang membuka tulang tengkorak untuk operasi otak. Prosedur ini menyebabkan nyeri yang signifikan pada banyak pasien, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Kraniotomi adalah prosedur pembedahan yang melibatkan sayatan di kepala untuk membuka tulang tengkorak yang memungkinkan dokter bedah saraf untuk melakukan operasi di dalam otak (prosedur intrakranial) dan dapat menyebabkan rasa nyeri yang signifikan pada 90% pasien. Nyeri paling sering terjadi dalam 48 jam setelah operasi dan 30% pasien mengalami nyeri kepala kronis setelah kraniotomi (Firdaus et al., 2022).

Nyeri merupakan gejala yang sering ditemukan pada pasien post operasi. Rasa sakit ini tidak hanya mengganggu kenyamanan, tetapi juga dapat memengaruhi aktivitas sehari-hari, pola tidur, pola makan, bahkan memicu depresi dan kecemasan. Penanganan nyeri kepala post operasi dapat dilakukan dengan dua cara yaitu cara farmakologis dan cara non-farmakologis. Cara farmakologis yaitu dengan penggunaan obat-obatan seperti analgesik (paracetamol dan ibuprofen) atau antimigrain (triptan) untuk meredakan rasa sakit. Obat lain seperti antidepresan dan antikonvulsan dapat digunakan untuk mengatasi komplikasi seperti depresi dan kejang (Baharuddin, 2023).

Teknik non farmakologis merupakan salah satu intervensi keperawatan secara mandiri untuk mengurangi nyeri yang dirasakan oleh pasien. Teknik relaksasi memberikan individu kontrol diri ketika nyeri muncul dan dapat digunakan pada seseorang sehat ataupun sakit. Aromaterapi adalah terapi komplementer dalam praktek keperawatan yang menggunakan minyak esensial dari bau harum tumbuhan untuk mengurangi masalah kesehatan dan memperbaiki kualitas hidup. Mekanisme aromaterapi lavender terjadi melalui sistem penciuman. Dengan menghirup aromaterapi lavender maka akan meningkatkan gelombang alfa didalam otak yang membantu untuk menciptakan keadaan menjadi rileks. Minyak esensial lavender dapat mengurangi kecemasan. Lavender dapat memberikan ketenangan, keseimbangan, rasa nyaman, rasa keterbukaan dan keyakinan. Zat aktif berupa linalool dan linalyl acetate yang terdapat dalam lavender berefek sebagai analgetik (Cahyo et al., 2023).

## **2. KAJIAN TEORITIS**

### **Anatomi Fisiologi Tengkorak**

Tulang tengkorak merupakan tulang-tulang yang menyusun kerangka kepala (Kirnanoro & Maryana, 2021). Tengkorak adalah struktur kompleks yang terdiri dari dua bagian utama yaitu kubah dan basis cranii. Kubah melindungi otak, sedangkan basis cranii memiliki banyak fungsi penting, termasuk menyediakan struktur untuk wajah, menjadi tempat menempelnya otot dan ligamen dan menjadi saluran untuk saraf dan pembuluh darah. Tulang tengkorak terdiri dari 8 buah tulang yang menyusun kepala (*cranium*) dan 14 tulang yang menyusun wajah. (Do Rego Jesus, 2023).

### **Konsep Dasar Cedera Kepala**

Cedera Kepala adalah kondisi dimana struktur kepala mengalami benturan dari luar dan berpotensi menimbulkan gangguan pada fungsi otak. Beberapa kondisi pada cedera kepala meliputi luka ringan, memar di kulit kepala, bengkak, perdarahan, dislokasi, patah tulang

tengkorak dan gegar otak, tergantung dari mekanisme benturan dan parahnya cedera yang dialami (Pratiwi & Zul, 2023).

### **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*Outcome*) yang diharapkan. Sedangkan tindak keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Tindakan pada intervensi keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

### **Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah rangkaian tindakan yang dijalankan oleh perawat untuk membantu klien dalam mengatasi masalah kesehatannya dan mencapai kondisi kesehatan yang sesuai dengan kriteria hasil yang diharapkan (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

## **3. METODE PENELITIAN**

Tanggal Masuk Rumah Sakit : 09 Januari 2024, Jam : 10.00 WIB  
Tanggal Pengkajian : 11 Januari 2024, Jam : 16.30 WIB  
Ruangan Rumah Sakit : Mawar 2  
Diagnosa Medis : Cedera Kepala Sedang

### **Pengkajian**

#### 1. Biodata

##### a. Identitas Klien

Nama : Tn. M  
Usia : 43 tahun  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
T.T.L : Tegal, 12 Oktober 1980  
Status : Menikah  
Pendidikan : SMP  
Pekerjaan : Buruh  
Agama : Islam  
Suku Bangsa : Jawa  
Alamat : Sigendong, RT.05 RW.04 Bumijawa Tegal

##### b. Identitas Penanggung Jawab

Nama : Ny. D  
Usia : 43 tahun  
Alamat : Sigendong, RT.05 RW.04 Bumijawa Tegal  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Hubungan dengan klien : Isteri

## 2. Riwayat Kesehatan

### a. Keluhan Utama

Klien mengatakan nyeri pada luka bekas operasi

P : Nyeri saat bergerak

Q : Seperti terbakar

R : Kepala sebelah kanan

S : Skala 7

T : Hilang Timbul

### b. Riwayat Kesehatan Sekarang

Klien dibawa oleh keluarganya ke IGD RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal pada tanggal 9 Januari 2024 pukul 09.30 WIB karena kecelakaan lalu lintas, terdapat luka robek di kepala sebelah kanan, nilai GCS 12 (E : 3 M : 5 V : 4) dan dilakukan pemeriksaan CT Scan. Klien dipindahkan ke Ruang Mawar 2 dihari yang sama pukul 10.45 WIB. Berdasarkan hasil CT Scan, dokter memutuskan klien untuk dilakukan tindakan operasi. Klien dilakukan tindakan operasi *craniotomy* pada tanggal 10 Januari 2024 pukul 07.30 WIB dan dipindahkan ke Ruang Mawar 2 lagi sekitar jam 10.50 WIB. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 Januari 2024 pukul 16.30 WIB klien mengeluh nyeri pada kepala sebelah kanan, didapatkan hasil tanda-tanda vital : TD : 118/75 mmHg, Nadi : 100x/menit, RR : 21x/menit, Suhu : 36°5 C.

## 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

### Pengkajian

Pengkajian merupakan pengumpulan data dengan interview/ wawancara tentang kondisi pasien, termasuk riwayat medis, keluhan saat ini, pemeriksaan fisik dan mengumpulkan data penunjang hasil tes diagnostik berupa laboratorium. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang aspek psikososial dan lingkungan pasien. Data yang dikumpulkan adalah data subjektif dan objektif (Fredy, 2023).

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan oleh penulis pada tanggal 11 Januari 2024 di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal didapatkan data pada Tn. M berusia 43 tahun, agama Islam, suku bangsa Jawa dan beralamat di Desa Sigendong, RT.05 RW.04 Kecamatan Bumijawa Kabupaten Tegal. Didapatkan Data Subjektif : Klien mengatakan nyeri di luka bekas operasi (P : Nyeri saat bergerak, Q : Nyeri seperti terbakar, R : Kepala sebelah kanan, S : Skala 7, T : Hilang timbul) dan klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan Data Objektif : Klien tampak meringis, tampak balutan kasa di tulang temporal sepanjang 15 cm, klien tampak terbaring di tempat tidur dan tidak banyak gerak.

### **Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis Keperawatan merupakan gambaran dari keadaan yang sedang di alami pasien, kesalahan dalam penegakkan diagnosis dapat berakibat fatal dalam pemberian askep karena diagnosis merupakan acuan dan pedoman untuk menentukan intervensi dan implementasi keperawatan (penegakan) (Fredy, 2023). Diagnosis Keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan data dari hasil pengkajian klien, ditemukan data-data untuk menegakkan 2 masalah keperawatan menurut standar diagnosis keperawatan. Tidak semua diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka muncul pada tinjauan kasus atau pada kasus nyata, karena diagnosis keperawatan pada tinjauan pustaka merupakan diagnosis keperawatan pada klien dengan diagnosis medis cedera kepala sedang (post operasi *craniotomy*) secara umum sedangkan pada kasus nyata diagnosis keperawatan disesuaikan dengan kondisi klien secara langsung.

Berdasarkan masalah keperawatan pada Tn. M yang muncul sesuai dengan teori antara lain :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik

Nyeri akut merupakan pengalaman sensorik emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat yang berlangsung kurang dari 3 bulan. Adapun gejala mayor untuk diagnosis nyeri adalah mengeluh nyeri, tampak meringis, bersikap protektif (misal waspada, posisi menghindari nyeri), gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur. Untuk gejala dan tanda minor diagnosis nyeri adalah tekanan darah meningkat, pola napas berubah,

nafsu makan berubah, proses berpikir terganggu, menarik diri, berfokus pada diri sendiri dan diaphoresis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 11 Januari 2024 penulis mendapatkan data subjektif yaitu klien mengatakan nyeri di luka bekas operasi (P : nyeri saat bergerak, Q : nyeri seperti terbakar, R : kepala sebelah kanan, S : Skala 7, T : hilang timbul) dan klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan data objektif : klien tampak meringis, tampak balutan luka post operasi tertutup kasa sepanjang 15 cm di tulang temporal, klien tampak terbaring di tempat tidur dan tidak banyak gerak.

Setelah melihat tanda dan gejala mayor dan minor sesuai teori dibandingkan dengan hasil pengkajian maka diagnosis nyeri akut diangkat karena terdapat kesesuaian 80%. Diagnosis nyeri akut penulis angkat sebagai diagnosis utama karena nyeri pada luka bekas operasi merupakan keluhan utama yang paling dirasakan klien dan merupakan kebutuhan rasa aman yakni urutan kedua dari yang paling dasar sesuai dengan Hirarki Maslow.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Handayani tahun 2024 yang berjudul “Intervensi Elevasi Kepala pada Pasien dengan *Space-Occupying Lesions* (SOL) Post Operasi *Craniotomy* dengan Nyeri Kepala : *Case Report*” yang menyatakan bahwa nyeri akut menjadi diagnosis aktual yang timbul pada kasus post operasi *craniotomy* (Handayani et al., 2024).

## 2. Risiko infeksi

Risiko infeksi merupakan risiko mengalami peningkatan terserang organisme patogenik. Adapun faktor risiko pada diagnosis risiko infeksi adalah penyakit kronis (misal diabetes melitus), efek prosedur invasif, malnutrisi, peningkatan paparan organisme patogen lingkungan, ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer (misal, gangguan peristaltik, kerusakan integritas kulit, perubahan sekresi pH, penurunan kerja siliaris, ketuban pecah lama, ketuban pecah sebelum waktunya, merokok dan statis cairan tubuh), ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (misal, penurunan hemoglobin, imununosupresi, leukopenia, supresi respon inflamasi dan vaksinasi tidak adekuat) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan pengkajian pada tanggal 11 Januari 2024 penulis mendapatkan data objektif terdapat balutan luka post operasi tertutup kasa sepanjang 15 cm di tulang temporal, nilai leukosit : 18 uL, suhu : 36,5°C. Setelah melihat data objektif maka penulis mengangkat diagnosis risiko infeksi ditandai dengan efek prosedur invasif sebagai diagnosis kedua karena berdasarkan teori Hiraki Maslow, risiko infeksi merupakan kebutuhan aman dan nyaman,

walaupun diagnosis nyeri akut sama-sama kebutuhan aman dan nyaman, tetapi diagnosis nyeri akut merupakan diagnosis aktual sedangkan diagnosa risiko infeksi masih bersifat risiko.

Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Azlinasari tahun 2023 yang berjudul “Asuhan Keperawatan Post Operasi *Craniotomy* dengan Tumor Pineal pada Anak di Ruang PICU : Studi Kasus” menyatakan bahwa proses pembedahan memiliki kemungkinan terjadinya risiko infeksi dikarenakan terdapat mikroba yang masuk secara tidak sengaja ke dalam bagian tubuh yang dibedah (Azlinasari et al., 2023).

Selain diagnosis diatas, penulis juga akan membahas diagnosis yang muncul pada teori namun tidak muncul pada kasus yaitu :

#### 1. Gangguan mobilitas fisik

Gangguan mobilitas fisik adalah keterbatasan dalam gerakan fisik dari satu atau lebih ekstermitas secara mandiri. Dengan tanda dan gejala mayor seperti : mengeluh sulit menggerakkan ekstermitas, kekuatan otot menurun dan rentang gerak (ROM) menurun dan tanda dan gejala minor : nyeri saat bergerak, enggan melakukan pergerakan, merasa cemas saat bergerak, sendi kaku, gerakan tidak terkoordinasi, gerakan terbatas dan fisik lemah (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017).

Berdasarkan pengkajian tanggal 11 Januari 2024 didapatkan data subjektif klien mengatakan selama di rumah sakit sebagian besar aktivitasnya dilakukan secara mandiri, yang dibantu hanya saat berpakaian dan berpindah karena klien masih merasa nyeri pada kepalanya. Setelah melihat gejala dan tanda mayor dan minor sesuai dengan teori kemudian dibandingkan dengan hasil pengkajian tidak ada kesesuaian antara keduanya, maka diagnosis gangguan mobilitas fisik tidak dapat penulis angkat sebagai diagnosis pada kasus ini.

#### **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dilakukan setelah tahap diagnosis dirumuskan menjadi sebuah rencana tindakan keperawatan untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien. Adapun kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah menyusun prioritas masalah, merumuskan tujuan, kriteria hasil, dan memilih strategi asuhan keperawatan, dalam proses keperawatan inti atau pokok dari proses keperawatan adalah di tahapan ini, karena merupakan keputusan awal untuk menangani masalah kesehatan pada klien berdasarkan data untuk mencapai tujuan yang ingin dicapai termasuk menentukan kapan dan siapa yang dapat melakukan tindakan keperawatan untuk klien, keluarga dan orang terdekatnya (sesuai masalahnya). Serta dalam tahapan ini, penyusunan perencanaan dapat berisi melakukan konsultasi dengan tenaga kesehatan yang lain, dan menuliskan atau mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan (Frey, 2023).

Pada tahap intervensi keperawatan, penulis menyusun intervensi sesuai dengan diagnosis keperawatan yang ditemukan pada klien. Intervensi yang dibuat penulis pada klien berdasarkan 4 komponen yaitu observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi yaitu sebagai berikut:

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Tujuan keperawatan pada diagnosa nyeri akut b.d agen pencedera fisik yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan keluhan nyeri cukup menurun, meringis menurun dan sulit tidur menurun (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2017).

Intervensi keperawatan yang ditentukan penulis untuk diagnosis nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik yaitu manajemen nyeri : identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2017).

2. Risiko infeksi d.d efek prosedur invasif

Tujuan keperawatan pada diagnosa risiko infeksi pada Tn. M yaitu setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun.

Intervensi keperawatan yang ditentukan penulis untuk diagnosis risiko infeksi yaitu perawatan luka : monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase dan kolaborasi pemberian antibiotik.

### **Implementasi keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan dan kegiatan komunikasi (Fredy, 2023).

Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama 2 hari dari tanggal 12 Januari 2024 sampai 12 Januari 2024 didapatkan 2 diagnosis yang akan dilakukan tindakan keperawatan sebagai berikut :

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Sesuai intervensi yang sudah direncanakan, tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada diagnosis nyeri akut pada Tn. M tanggal 12 Januari 2024 yaitu mengidentifikasi

lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, memberikan aroma terapi lavender dan memberikan obat keterolak 30 mg (drip) untuk mengurangi nyeri.

Sedangkan tindakan keperawatan pada tanggal 13 Januari 2024 yaitu mengkaji ulang skala nyeri, menganjurkan klien untuk rutin menggunakan aromaterapi lavender dan memberikan obat keterolak 30 mg (drip) untuk mengurangi nyeri.

## 2. Risiko infeksi

Sesuai intervensi yang sudah direncanakan, tindakan keperawatan yang akan dilakukan pada diagnosis risiko infeksi pada Tn. M tanggal 12 Januari 2024 yaitu melepaskan balutan dan plester secara perlahan, memonitor karakteristik luka, membersihkan luka dengan cairan NaCl, memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, memasang balutan sesuai jenis luka dan memberikan obat antibiotik ceftriaxone 1 gr melalui iv.

Sedangkan tindakan keperawatan pada tanggal 13 Januari 2024 yaitu memonitor tanda-tanda infeksi dan memberikan obat antibiotik ceftriaxone 1 gr melalui iv.

## Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi ini adalah proses membandingkan hasil yang telah dicapai setelah dilakukan implementasi keperawatan dan memiliki tujuan yang diharapkan dalam perencanaan.

Setelah penulis melakukan beberapa tindakan keperawatan pada Tn. M dengan post operasi *craniotomy* : cedera kepala sedang di ruang mawar 2 RSUD dr. Soeselo kabupaten Tegal pada tanggal 12 Januari 2024 sampai dengan tanggal 13 Januari 2024 didapatkan evaluasi keperawatan sebagai berikut :

### 1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik

Evaluasi keperawatan pada diagnosis nyeri akut b.d agen pencedera fisik pada Tn. M tanggal 12 Januari 2024 penulis menemukan Data Subjektif : klien mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasi (P : Nyeri saat bergerak, Q : Nyeri seperti terbakar, R : Kepala sebelah kanan, S : Skala 7, T : Hilang timbul) dan klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka bekas operasi. Data Objektif : klien tampak meringis, tampak balutan kasa sepanjang 15 cm pada tulang temporal, nadi : 105 x/menit.

Penulis melihat dari hasil tersebut dengan evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan bahwa nyeri akut pada Tn. M, masalah belum teratasi maka penulis menetapkan untuk melanjutkan intervensi seperti : kaji ulang skala nyeri, anjurkan rutin memakai aromaterapi lavender dan berikan obat keterolak 30 mg (drip) untuk mengurangi nyeri.

Sedangkan evaluasi keperawatan pada tanggal 13 Januari 2024 penulis mendapatkan Data Subjektif : klien mengatakan masih merasa nyeri pada luka bekas operasi (P : Nyeri saat

bergerak, Q : Nyeri seperti ditekan, R : Kepala sebelah kanan, S : Skala 5, T : Hilang timbul) dan klien mengatakan masih sulit tidur karena nyeri pada luka bekas operasi. Data Objektif : klien tampak meringis, tampak balutan kasa sepanjang 15 cm pada tulang temporal, nadi : 96 x/menit. Penulis melihat dari hasil tersebut dengan evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan bahwa nyeri akut pada Tn. M, masalah belum teratasi maka penulis menetapkan untuk melanjutkan intervensi seperti : kaji ulang skala nyeri, anjurkan rutin memakai aromaterapi lavender dan berikan obat ketorolak 30 mg (drip) untuk mengurangi nyeri.

## 2. Risiko infeksi

Evaluasi keperawatan pada diagnosis risiko infeksi pada Tn. M tanggal 12 Januari 2024 penulis menemukan Data Subjektif : klien mengatakan bersedia dilihat lukanya, nyeri saat dibuka balutan lukanya, bersedia diberikan aromaterapi lavender dan obat antibiotik. Data Objektif : klien tampak meringis saat dibuka balutan lukanya dan disuntikkan obat antibiotik, tampak luka post operasi di tulang temporal sepanjang 15 cm dan 15 jahitan, tampak sedikit kemerahan di sekitar jahitan luka. Penulis melihat dari hasil tersebut dengan evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan bahwa risiko infeksi pada Tn. M, masalah teratasi sebagian maka penulis menetapkan untuk melanjutkan intervensi seperti : monitor tanda-tanda infeksi dan berikan obat antibiotik ceftriaxone 1 gr melalui iv.

Sedangkan evaluasi keperawatan pada tanggal 13 Januari 2024 penulis mendapatkan Data Subjektif : klien mengatakan bersedia dilihat lukanya, nyeri saat dibuka balutan lukanya dan bersedia diberikan obat antibiotik. Data Objektif : klien tampak meringis saat dibuka balutan lukanya dan saat disuntikkan obat antibiotik, tampak luka post operasi di tulang temporal sepanjang 15 cm dan 15 jahitan, tidak terdapat tanda-tanda infeksi pada luka. Penulis melihat dari hasil tersebut dengan evaluasi yang ada maka dapat disimpulkan bahwa risiko infeksi pada Tn. M, masalah teratasi, maka penulis menetapkan untuk menghentikan intervensi.

## 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### Simpulan

Setelah penulis melakukan asuhan keperawatan pada Tn. M dengan Post Operasi *Craniotomy* : Cedera Kepala Sedang di Ruang Mawar 2 RSUD dr. Soeselo Kabupaten Tegal yang meliputi pengkajian, dignosis, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dimulai pada tanggal 11 Januari 2024 sampai tanggal 13 Januari 2024, maka dengan ini penulis dapat mengambil simpulan sebagai berikut :

1. Pengkajian yang dilakukan pada tanggal 11 Januari 2024 didapatkan data sebagai berikut : Tn. M berusia 43 tahun, agama Islam, suku bangsa Jawa dan beralamat di Desa

Sigendong, RT.05 RW.04 Kecamatan Bumijawa Kabupaten Tegal. Didapatkan Data Subjektif : Klien mengatakan nyeri di luka bekas operasi (P : Nyeri saat bergerak, Q : Nyeri seperti terbakar, R : Kepala sebelah kanan, S : Skala 7, T : Hilang timbul) dan klien mengatakan sulit tidur karena nyeri pada luka bekas operasi. Sedangkan Data Objektif : Klien tampak meringis, tampak balutan kasa di tulang temporal sepanjang 15 cm, klien tampak terbaring di tempat tidur dan tidak banyak gerak.

2. Diagnosis keperawatan yang ditemukan pada Tn. M berdasarkan hasil pengkajian yaitu : Nyeri akut b.d agen pencedera fisik dan risiko infeksi d.d prosedur infeksi.
3. Intervensi keperawatan yang dilakukan pada Tn. M yaitu :
  - a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik : identifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri, berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.
  - b. Risiko infeksi ditandai dengan prosedur invasif : monitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran dan bau), monitor tanda-tanda infeksi, lepaskan balutan dan plester secara perlahan, bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, bersihkan jaringan nekrotik, berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase dan kolaborasi pemberian antibiotik.
4. Berdasarkan implementasi yang dilakukan selama 2 hari yaitu dari tanggal 12 Januari 2024 sampai tanggal 13 Januari 2024 terdapat 2 diagnosis yang akan dilakukan tindakan keperawatan yaitu :
  - a. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik  
Sesuai intervensi yang sudah direncanakan, tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosis nyeri akut b.d agen pencedera fisik pada tanggal 12 Januari 2024 yaitu : mengidentifikasi lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, mengidentifikasi skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.  
Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2024 yaitu : mengkaji ulang skala nyeri, memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri dan kolaborasi pemberian analgetik.
  - b. Risiko infeksi d.d prosedur invasif  
Sesuai intervensi yang sudah direncanakan, tindakan keperawatan yang dilakukan pada diagnosis risiko infeksi yaitu : memonitor karakteristik luka (misal drainase, warna, ukuran dan bau), memonitor tanda-tanda infeksi, melepaskan balutan dan

plester secara perlahan, membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, membersihkan jaringan nekrotik, memberikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, memasang balutan sesuai jenis luka, mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, mengganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase dan kolaborasi pemberian antibiotik.

Sedangkan tindakan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 13 Januari 2024 yaitu : memonitor tanda-tanda infeksi dan kolaborasi pemberian antibiotik.

5. Hasil evaluasi keperawatan pada Tn. M berdasarkan implementasi yang dilakukan pada tanggal 12 Januari 2024 sampai tanggal 13 Januari 2024, didapatkan hasil evaluasi sebagai berikut : untuk diagnosis pertama nyeri akut b.d agen pencedera fisik masalah teratasi namun tetap melanjutkan intervensi (berikan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri) dan diagnosis kedua risiko infeksi d.d prosedur invasif masalah teratasi namun tetap mempertahankan intervensi (ganti balut setiap hari).

### **Saran**

1. Bagi Akademik

Penulis mengharapkan institusi pendidikan lebih banyak menyediakan buku-buku tentang cedera kepala sesuai dengan perkembangan zaman, agar mahasiswa dapat menyesuaikan tindakan keperawatan dengan perkembangan yang ada.

2. Bagi Perawat

Diharapkan kedepannya semakin meningkatkan mutu pelayanan dengan cara memberikan edukasi tentang kesehatan khususnya untuk klien dengan post operasi agar klien dengan masalah bisa menjaga pola post operasi hidup sehat supaya tidak kambuh kembali.

3. Bagi Penulis

Penulis hendaknya lebih memahami tentang hubungan terapeutik dalam memberikan asuhan keperawatan dan penulis hendaknya lebih memahami terkait kasus cedera kepala sehingga dapat melakukan pengkajian secara tepat dan mengambil diagnosa secara tepat menurut pengkajian yang didapatkan sehingga tidak muncul komplikasi yang lebih berat.

### **6. DAFTAR REFERENSI**

- Baharuddin, S., Kipa, J., Deni, S., & Suharto. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala dengan peningkatan tekanan intrakranial melalui posisi head up 30. *Jurnal Riset Ilmiah*.
- Cahyo Pribadi Putro, D., Wulandari, I., Surakarta, A., Moewardi Surakarta, R., & Penulis, K. (2023). Penerapan slow deep breathing untuk menurunkan skala nyeri pada pasien

cedera kepala ringan (CKR) di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. *Jurnal Ilmu Kesehatan dan Gizi (JIG)*, 1(4). <https://doi.org/10.55606/jikg.v1i4.1708>

- Do Rego, J. (2023). Perbandingan kualitas citra CT-scan kepala pada kasus trauma dengan variasi increment di Rumah Sakit Balimed. *Calory Journal: Medical Laboratory Journal*, 1(4).
- Firdaus, R., Jamilah, N., Friansyah, Y., & Theresia, S. (2022). Lama perawatan dan skor nyeri pascaoperasi pada pasien kraniotomi elektif dengan protokol enhanced recovery after surgery (ERAS): Laporan kasus berbasis bukti. *Jurnal Anestesiologi Indonesia*, 14(1).
- Fredy, K., Herniyatun, F., Fadila, E., Haerianti, M., Masyita, E., Surani, M., Viyan, A., Mahmud, & Arafah, S. (Eds.). (2023). *Metodologi keperawatan*. CV Getpress Indonesia.
- Handayani, A. Y., Rifa'atul Fitri, S. U., & Pahria, T. (2024). Intervensi elevasi kepala pada pasien dengan space-occupying lesions (SOL) due to meningioma post operasi craniotomy dengan nyeri kepala: Case report.
- Indah Pratiwi, P., & Zul, M. (2023). Pemberdayaan masyarakat dalam pencegahan cedera kepala sebagai upaya peningkatan keterampilan dalam penanganan kegawatdaruratan. *JCES (Journal of Character Education Society)*, 6(2). <https://doi.org/10.31764/jces.v6i2.8393>
- Kirnanoro, & Maryana. (2021). *Anatomi fisiologi*. Pustaka Baru Press.
- Nashirah, A. (2022). Cedera kepala sedang. *Averrous: Jurnal Kedokteran dan Kesehatan Malikussaleh*, 8(2).
- Poniati, N., & Dani Saputro, S. (2023). Asuhan keperawatan pada pasien cedera kepala ringan (CKR): Nyeri akut dengan intervensi guide imagery relaxation.
- Rahmawan, B. T. (2023). Asuhan keperawatan pada Tn. N dengan cedera kepala ringan di ruang Baitussalam 1 RSI Sultan Agung Semarang.
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar diagnosis keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2017). *Standar intervensi keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2017). *Standar luaran keperawatan Indonesia* (1st ed.). Dewan Pengurus Pusat.
- Yulia Azlinasari, C., & Septiana, N. (2023). Asuhan keperawatan post op tumor pineal pada anak di ruang PICU: Studi kasus. *Jurnal Gawat Darurat*, 5.