
























































Elka Keny.doc

Date: 2019-07-19 12:44 WIB

* All sources 100 | Internet sources 44 | Own documents 47 | Organization archive 3 | Plagiarism Prevention Pool 6

<input checked="" type="checkbox"/>	[0]	"Elma Nuraini 161210015.docx" dated 2019-07-03	37.0%	261 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[1]	"Saroh Nurbaiti 161210035.docx" dated 2019-07-03	7.1%	51 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[2]	"PRIYONO (161210031).docx" dated 2019-07-03	6.2%	48 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[3]	"skripsi YOHANES NEW.docx" dated 2019-07-15	6.1%	42 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[4]	"Revisi Ekanannda 161210012.docx" dated 2019-07-15	5.8%	48 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[5]	"elma plagscan ke 2.docx" dated 2019-07-19	5.6%	39 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[6]	"Fatimatul Azizah (161210017).pdf" dated 2019-07-01	5.0%	43 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[7]	"Nur Amilus Sholeh 161210028.docx" dated 2019-07-03	4.6%	37 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[8]	"Revisi Saroh 161210035.docx" dated 2019-07-17	4.7%	37 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[9]	"Sutia 161210040.docx" dated 2019-07-15	4.2%	33 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[10]	"Bagas 161210005.docx" dated 2019-07-03	4.0%	29 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[11]	"skripsi MANSYUR.docx" dated 2019-07-15	3.3%	31 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[12]	"BERTHA RISWARDANI.docx" dated 2019-07-04	3.4%	32 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[13]	"Susi Fitriana Dewi 161210039.doc" dated 2019-07-03	3.4%	30 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[14]	"Teshalonica 161210041.pdf" dated 2019-07-03	3.4%	25 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[15]	"PLAG SCAN KTI 18-07-2019 OKTAVIANI.docx" dated 2019-07-18	3.1%	27 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[16]	"skripsi SUKARMI NEW.docx" dated 2019-07-15	3.2%	29 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[17]	"AGUS WIRANTO 161210001.docx" dated 2019-07-03	3.2%	28 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[18]	"Fita Fatimah.pdf" dated 2019-07-17	3.2%	26 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[19]	"Riska Nova 161210034.doc" dated 2019-07-17	3.1%	23 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[20]	"Heru Febrianto 161210020.docx" dated 2019-07-03	3.1%	24 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[21]	"Sheilatur Rohmah 161210037.doc" dated 2019-07-03	2.6%	21 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[22]	"Desi Maulida 161210007.docx" dated 2019-07-15	2.4%	20 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[23]	"Revisi Nurul Bab 1-5.docx" dated 2019-07-15	2.6%	24 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[24]	"Revisi Ekanannda 161210012 fix.docx" dated 2019-07-16	1.9%	24 matches

<input checked="" type="checkbox"/>	[25]	"BAB 1 -5 RAICHA.doc" dated 2019-07-16 1.8% 17 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[26]	"Dwi Istiani 161210010.pdf" dated 2019-07-03 1.8% 20 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[27]	"DESI MAULIDA AMALIYA 161210007.docx" dated 2019-07-16 1.7% 16 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[28]	"Revisi Nurul Bab 1-5.docx" dated 2019-07-16 1.6% 19 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[29]	"Raicha bab4-5.docx" dated 2019-07-15 1.4% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[30]	https://id.wikipedia.org/wiki/Saraf_kranial 1.8% 16 matches 6 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[37]	https://www.pinterpandai.com/sistem-saraf-pusat-tepi-pengertian-fungsi-gambar/ 1.8% 16 matches 15 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[53]	https://liakamaliah-kesehatan.blogspot.com/ 1.8% 16 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[54]	"REVISI BAB 1-5 DESI M.docx" dated 2019-07-17 1.4% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[55]	https://akper-kesdam.blogspot.com/2011/07/aliran-darah-otak.html 1.7% 16 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[56]	https://arismunawarslalu.blogspot.com/2011/05/fisiologi-sistem-persyarafan.html 1.7% 16 matches 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[58]	https://patimahlina.blogspot.com/2013/08/makalah-anfis-pernafasan-share.html 1.7% 16 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[59]	https://irvannurse.blogspot.com/ 1.7% 16 matches 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[61]	https://udarajunior.blogspot.com/2012/ 1.7% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[62]	https://jhunyprayitno.blogspot.com/p/sistem-persarafan.html 1.7% 15 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[63]	https://bocahpopay.blogspot.com/ 1.7% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[64]	https://id.123dok.com/document/y60eer5y-...bangil-pasuruan.html 1.5% 11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[65]	https://www.sridianti.com/12-pasang-saraf-kranial-dan-fungsinya.html 1.6% 14 matches 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[67]	"revisi ke 2 sutia plagscan.docx" dated 2019-07-19 1.3% 12 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[68]	"Revisi sella bab 1-5.docx" dated 2019-07-16 1.2% 19 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[69]	"Revisi Sella Tria.docx" dated 2019-07-17 1.2% 19 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[70]	"BAB 1-5 RIKKA NUR.doc" dated 2019-07-17 1.1% 14 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[71]	"Dera bab 1-5.doc" dated 2019-07-16 1.0% 12 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[72]	https://fandik-prasetyawan.blogspot.com/2012/05/12-saraf-kranial.html 1.4% 12 matches 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[74]	"Revisi 2 Nurul Bab 1-5.docx" dated 2019-07-16 1.2% 15 matches

<input checked="" type="checkbox"/>	[75]	 from a PlagScan document dated 2018-05-12 04:44  11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[76]	 https://www.slideshare.net/nonazesifa/sistem-persyarafan  10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[77]	 "Asri Astutik 161210003.docx" dated 2019-07-18  12 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[78]	 "Revisi Mei 161210026.docx" dated 2019-07-15  10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[79]	 https://sharekeperawatan.blogspot.com/2017/08/pengkajian-neurologi-saraf-kranial.html  11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[80]	 "Revisi 2 Nurul Bab 1-5.docx" dated 2019-07-17  13 matches  1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[82]	 "BAB 1-5 RIKKA HOEYYY.doc" dated 2019-07-16  12 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[83]	 "Revisi Nova.doc" dated 2019-07-19  9 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[84]	 https://lahasang.blogspot.com/2012/07/saraf-cranial-dan-saraf-spinal.html#!  7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[85]	 "PLAG SCAN OKTAVIANI CEPET SIDANG OKKKK.docx" dated 2019-07-19  7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[86]	 "Revisi 2 Ekananda.docx" dated 2019-07-16  10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[87]	 repo.stikesicme-jbg.ac.id/1609/  7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[88]	 eprints.ums.ac.id/25445/14/NASKAH_PUBLIKASI.pdf  5 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[89]	 "Dera Eka Novita revisi 4.doc" dated 2019-07-18  6 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[90]	 "Revisi Dera.doc" dated 2019-07-17  6 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[91]	 from a PlagScan document dated 2019-05-02 03:55  4 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[92]	 from a PlagScan document dated 2018-07-03 01:33  5 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[93]	 eprints.ums.ac.id/25445/1/BAB_I.pdf  4 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[94]	 https://www.academia.edu/36323368/BAB_III_fraktur  5 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[95]	 "Intan Ratnasari.docx" dated 2019-07-19  7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[96]	 https://bangsahsehat.blogspot.com/2018/1...y-cedera-kepala.html  4 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[97]	 from a PlagScan document dated 2018-07-25 09:21  5 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[98]	 https://satriadwipriangga.blogspot.com/2...pada-nnf-dengan.html  7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[99]	 from a PlagScan document dated 2018-07-03 01:33  6 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[100]	 https://gloriabetsy.blogspot.com/2012/12/trauma-kepala.html  3 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[101]	 https://racanastkipta1304.blogspot.com/2...engumpulan-data.html  2 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[102]	 https://adhifriastawan.blogspot.com/2014/01/medical-ini-gue-mempunyai-postingan.html  5 matches

0.3% 3 matches

- ✓ [103] https://www.academia.edu/5752055/12_Pasang_Saraf_Kranial_dan_Fungsinya
0.4% 3 matches
- ✓ [104] https://www.academia.edu/37811668/ANATOMI_FISIOLOGI_SISTEM_SARAF_PUSAT
0.4% 3 matches
- ✓ [105] <https://ners-blog.blogspot.com/2011/10/makalah-trauma-kepala.html>
0.4% 3 matches
- ✓ [106] https://www.academia.edu/8109906/12_fungsi_saraf_kranial
0.3% 2 matches
- ✓ [107] <https://tokoobatherbal77.blogspot.com/2018/11/pengobatan-cedera-kepala-ringan.html>
0.4% 3 matches
1 documents with identical matches
- ✓ [109] "REVISI Susi Fitriana 161210039.doc" dated 2019-07-08
0.4% 3 matches
- ✓ [110] <https://muflichana.blogspot.com/2015/05/makalah-teknik-analisis-data.html>
0.3% 1 matches
- ✓ [111] https://biologinondika2011.blogspot.com/2013/04/kelompok-1_28.html#!
0.3% 2 matches
- ✓ [112] <https://ppskr.blogspot.com/2016/05/bab-iv-metode-penelitian.html>
0.3% 1 matches
- ✓ [113] <https://asuhankeperawatanyarsisumaddza.blogspot.com/2010/09/kti-dm.html>
0.3% 3 matches
- ✓ [114] <https://riskayoungmidwife.blogspot.com/2015/09/pembahasan-nifas.html>
0.2% 3 matches
- ✓ [115] <https://sehat-terawat.blogspot.com/2013/01/asuhan-keperawatan.html>
0.3% 1 matches
- ✓ [116] "Nurul Aisyah 161210029.docx" dated 2019-07-18
0.2% 3 matches
- ✓ [117] <https://chachaflanet.blogspot.com/2012/06/konsep-dasar-keperawatan-proses-tahap.html>
0.3% 2 matches
- ✓ [118] <https://afri liaratna.blogspot.com/2013/01/studi-kasus.html#!>
0.3% 3 matches
- ✓ [119] "Sheilatur Rohmah 161210037 BARU.doc" dated 2019-07-17
0.2% 2 matches
- ✓ [120] from a PlagScan document dated 2018-07-29 02:55
0.2% 3 matches
- ✓ [121] <https://wins-nursing.blogspot.com/2008/>
0.2% 3 matches
- ✓ [122] https://www.academia.edu/20378617/Asuhan_Keperawatan_STROKE_HEMORAGIK
0.2% 1 matches
- ✓ [123] <https://kumpulan-askepaskepku.blogspot.com/2008/>
0.2% 3 matches
- ✓ [124] https://affin-aknatikharin.blogspot.com/...-dengan-kasus_7.html
0.2% 2 matches
- ✓ [125] <eprints.umm.ac.id/41729/3/jiptumpp-gdl-cantikmaha-48503-3-babii.pdf>
0.2% 2 matches
- ✓ [126] eprints.ums.ac.id/16101/2/BAB_I.pdf
0.2% 1 matches

49 pages, 7939 words

PlagLevel: 44.3% selected / 44.4% overall

314 matches from 127 sources, of which 70 are online sources.

Settings

Data policy: Compare with web sources, Check against my documents, Check against my documents in the organization repository, Check against

organization repository, Check against the Plagiarism Prevention Pool

Sensitivity: Medium

Bibliography: Consider text

Citation detection: Reduce PlagLevel

Whitelist: --

BAB 1

PENDAHULUAN

^[0]▶ 1.1 Latar Belakang

Gangguan perfusi jaringan serebral terjadi pada klien yang mengalami cedera otak sedang (COS) yang diakibatkan karena kecelakaan lalu lintas dengan adanya benturan. Hal ini mengakibatkan penurunan kadar oksigen dalam darah karena adanya sumbatan yang diakibatkan benturan tersebut.^[0]▶ Pada gangguan perfusi jaringan serebral menyebabkan gangguan fungsi neurologis berupa gangguan fisik, kognitif, dan fungsi psikososial baik bersifat sementara maupun permanen.

^[2]▶ Menurut WHO tahun 2010, menyampaikan setiap tahun di Amerika Serikat hampir 1.500.000 ada kasus cedera otak. cedera otak atau yang sering disebut neuromatrauma, masih merupakan masalah yang serius. Berdasarkan hasil Riskesdas pada tahun 2018 telah menunjukkan sebanyak 100.000 jiwa meninggal dunia (Depkes RI 2018). Tingginya morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan cedera otak di Jawa Timur menunjukkan bahwa cedera otak memerlukan penanganan yang komperhensif pre hospital care dan hospital care merupakan factor yang sangat penting untuk diperbaiki dan ditingkatkan untuk meningkatkan morbiditas dan mortalitas. Data yang diambil dari ruang HCU Melati RSUD Bangil Pasuruan november sampai januari 2018 mencapai 82 pasien (vica dwi 2018).

^[0]▶

Gangguan perfusi jaringan serebral disebabkan oleh otak mengalami kerusakan, baik fungsi fisiologisnya maupun struktur anatomis yang terjadi karena adanya benturan atau hentakan keras pada kepala. Cidera Otak Sedang (COS) jarang menyebabkan kerusakan otak permanen. Pada orang dewasa, cedera otak sedang umumnya terjadi karena kecelakaan, membentur, terjatuh, atau karena terkena pukulan keras dibagian kepala. Sedangkan pada anak-anak, kondisi ini lebih sering disebabkan karena terjatuh dan terbentur.

Tindakan yang dilakukan pada penderita cidera otak sedang (COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral adalah dengan pemberian oksigen, pemberian terapi medis sesuai dengan tingkat cidera yang dialami klien, mendampingi klien karena pasien bisa saja mengalami pusing, mual muntah dan sensitife terhadap cahaya

Berdasarkan latar belakang dan data yang didapatkan, penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan khusus "Cidera Otak Sedang di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan"

^[9] 1.2 Batasan Masalah

Asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Sedang dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.

^[9]▶ 1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana Asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Sedang dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan?

1.4 Tujuan

^[1]▶ 1.4.1 Tujuan Umum

Melakukan asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Sedang dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

^[6]▶ 1.4.2 Tujuan Khusus

^[1]▶ 1. Melakukan pengkajian pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

^[1]▶ 2. Menetapkan diagnosis keperawatan pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan

^[1]▶ 3. Menyusun perencanaan pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

4. Melakukan tindakan pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

5. Melakukan evaluasi pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1^[10] Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis dari studi kasus ini adalah menambah wawasan keilmuan khususnya Keperawatan Medikal Bedah (KMB) pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral sesuai dengan standart keperawatan professional dan menjadi bahan pengembangan dalam memberikan pelayanan keperawatan professional yang komperhensif.

1.5.2^[11] Manfaat praktis

[1] ▶ 1. Perawat

Hasil studi kasus ini dapat memberikan pengetahuan tentang cidera otak sedang dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral.

[1 2 6] ▶ 2. Rumah sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat bagi rumah sakit sebagai masukan dan pertimbangan dalam menyikapi masalah kelengkapan anamnesis klien.

[8 8] ▶ 3. Institusi

Dapat digunakan untuk informasi dan pembelajaran bagi institusi untuk pengembangan mutu dimasa mendatang.

[8 8] ▶
4. Keluarga dan klien

Pasien dapat mengetahui tentang penyakit yang diderita dan keluarga dapat mengetahui cara penanganan klien pada gangguan perfusi jaringan serebral sesuai dengan standart keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN KASUS

^[0]▶ 2.1 Konsep Cidera Otak Sedang (COS)

2.1.1 Anatomi Fisiologi

Otak adalah pusat dari system syaraf yang menjadi organ terpenting dalam tubuh manusia. Di dalam otak terdapat 100.000.000 neuron atau sel syaraf yang berfungsi penting. Dan volume otak sekitar 1.350 cc. Otak terbagi menjadi 4 diantaranya:

1. Cerebrum (Otak besar)

Bagian otak ini menempati ruang $\frac{2}{3}$ dari massa otak keseluruhan karena dari itu menjadi bagian otak terbesar serta yang paling menonjol. Cerebrum atau otak besar terletak di bagian atas rongga tengkorak.

2. Cerebellum (Otak kecil)

Otak kecil ini memiliki bentuk permukaan yang berlekuk-leku, otak ini bagian terbesar dari otak belakang, ia terletak di atas batang otak tepatnya di bawah oksipital serebrum.

3. Brainstem (Batang otak)

Batang otak ini terletak di dasar rongga kepala memanjang yang sampai ke sumsum tulang belakang. Oleh karena itu batang otak ini disebut sebagai penghubung dengan sumsum tulang belakang.

4. Sistem limbic (Limbik Sistem)

Dibagian otak ini seluruh neuron bekerja mengatur tingkah laku seperti dorongan motivasional dan tingkah laku emosional. Dan bagian otak ini adalah bagian yang membungkus batang otak yang terletak di dalam otak besar.

2.1.2 Susunan saraf

Susunan saraf kranial ada 12 yaitu:

No.	Nama	Jenis	Fungsi
I.	Olifaktorius	Sensori	Menerima rangsang dari hidung dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau
II.	Optikus	Sensori	Menerima rangsang dari mata dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai persepsi visual
III.	Okulomotorik	Motorik	Menggerakkan sebagian besar otot mata
IV.	Troklearis	Motorik	Menggerakkan beberapa otot mata
V.	Trigeminus	Gabungan	Sensori: Menerima rangsangan dari wajah untuk diproses di otak sebagai sentuhan Motorik: Menggerakkan rahang
VI.	Abdusen	Motoric	Abduksi mata
VII.	Fasialis	Gabungan	Sensorik: Menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa Motorik: Mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi wajah
VIII.	Vestibulokoklearis	Sensori	Sensori sistem vestibular: Mengendalikan keseimbangan Sensori koklea: Menerima rangsang untuk diproses di otak sebagai suara
IX.	Glosofaringeal	Gabungan	Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam

X.	Vagus	Gabungan	Sensori: Menerima rangsang dari organ dalam Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam
XI.	Aksesorius	Motorik	Mengendalikan pergerakan kepala
XII.	Hipoglossus	Motorik	Mengendalikan pergerakan lidah

2.1.3^[100] Definisi

Cidera kepala sedang adalah hilangnya fungsi neurology atau menurunnya kesadaran tanpa menyebabkan kerusakan lainnya (smeltzer, 2002)

Cidera kepala sedang adalah trauma kepala GCS: 15 (sadar penuh) tidak ada kehilangan kesadaran, mengeluh pusing dan nyeri kepala , hematoma , laserasi dan abrasi (mansjoer,2000).

^[100] Cidera kepala sedang adalah cedera kepala tertutup yang ditandai dengan hilangnya kesadaran sementara (Corwin,2000).

Jadi cedera kepala sedang adalah trauma yang mengakibatkan cidera otak dan dikarenakan adanya kejadian seperti kecelakaan atau adanya benda asing yang masuk ke otak . Hal ini menyebabkan kerusakan otak sehingga klien akan mengalami gangguan di otak.

2.1.4^[0] Klasifikasi

Cidera Otak dapat dibagi menjadi 3 kelompok berdasarkan nilai GCS (Gasglow Coma Scale) yaitu :

1. ^[0] Cidera Otak Ringan (COR)

a. Cidera Otak Ringan (COR)

b. Kelainan pada pemeriksaan CT-Scan tidak ditemukan

- c. Tidak dianjurkan atau dilakukan operasi
 - d. ^[0]▶ Ketika dirawat dirumah sakit dalam waktu 48 jam
2. Cidera Otak Sedang (COS)
- a. GCS 9-12
 - b. Ditemukan kelainan pada CT-Scan
 - c. Tindakan operasi diperlukan karena terdapat lesi intrakranial
 - d. ^[0]▶ Ketika dirawat di rumah sakit setidaknya 48 jam
3. ^[0]▶ Cidera Otak Berat (COB)
- a. Nilai GCS 8
 - b. Tindakan operasi diperlukan karena terdapat lesi intracranial
 - c. ^[0]▶ Bila trauma dalam waktu 48 jam, nilai GCS 8, Menurut (Dewanto, 2009)

2.1.5 Etiologi

1. Trauma tajam

Menyebabkan cidera setempat dan menimbulkan cidera local. Kerusakan local merupakan: ^[0]▶ contusion serebral, hematom serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

2. ^[0]▶ Trauma tumpul

Trauma benda, tumpul menyebabkan cidera menyuluhan (disfusi) kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam bentuk cidera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak

menyebar, hemoragik kecil, multiple pada otak koma terjadi karena cedera menyebar pada hemisfer, serebral, batang otak, atau keduanya.^[0] (Wijaya, 2012)

Penyebab dari Cidera Otak Sedang (COS) itu juga bisa dari:

1. Kecelakaan lalu lintas
2. Jatuh
3. Kesalahan saat latihan fisik
4. Saat olah raga mengalami cedera
5. Terkena tembak/bom sehingga terjadi trauma
6. Kecelakaan rumah tangga^[0]
7. Kecelakaan di saat kerja. Menurut (Ginsberg, 2007)

2.1.6^[24] Manifestasi klinis

1. Kesadaran menurun pada khusus cedera otak.
2. Terlihat pola nafas menjadi abnormal.^{[0] ▶}
3. Tidak ada respon pupil
4. Sakit kepala dapat terjadi dengan peningkatan tekanan intrakranial^{[5] ▶}
5. Peningkatan tekanan intracranial juga mengakibatkan muntah.
6. Perubahan perilaku, fisik, dan kognitif pada gerakan motorik dan berbicara bisa terjadi dengan kejadian segera atau secara lambat.^{[0] ▶}
7. Dalam kejadian ini bisa terjadi amnesia (Corwin,2009).

2.1.7^[0] Patofisiologi

Trauma pada kepala bisa disebabkan oleh benda tumpul maupun benda tajam.^[0] Cidera yang disebabkan benda tajam biasanya merusak daerah daerah setempat atau lokal dan cedera yang disebabkan benda

tumpul lebih luas.^{[0]▶} Berat ringannya cedera tergantung pada lokasi benturan, penyerta cedera, kekuatan benturan dan rotasi saat cedera.

^{[2]▶} Pada saat otak mengalami hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen melalui proses mekanik anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah.^{[0]▶} Pada kontusio berat, hipoksia atau kerusakan otak akan terjadi penimbunan asam laktat akibat metabolisme anaerob. Hal ini akan menyebabkan asidosis metabolik.

2.1.9^[0] Pemeriksaan penunjang

Dalam pemeriksaan penunjang Radiograf tengkorak digunakan untuk menentukan lokasi perdarahan atau bekuan darah bisa juga untuk lokasi fraktur.^[0] Pada CT scan dan MRI hasil pemeriksaan yang didapat ialah untuk letak dan luas cedera. CT-Scan adalah salah satu alat diastnostic pilihan yang digunakan untuk pemeriksaan diruang kegawadaruratan.^[0] MRI adalah perangkat yang terlihat lebih akurat karena paling sensitif, dapat mendiagnosis cedera aksondifus, namun kekurangannya mahal dan kurang dapat diakses di bagian besar fasilitas.

2.1.10^[0] Penatalaksanaan

Terapi Cidera Otak Sedang (COS) biasanya dengan observasi dan tirah baring atau bed rest.^[0] Mungkin diperlukan pembedahan untuk pembuluh darah yang pecah yang berfungsi untuk pengeluaran benda asing dan sel yang mati, terutama pada cedera kepala terbuka. Dekompresi melalui borr hole yaitu cara pengeboran lebam didalam otak, ada tindakan lain yang diperlukan :

1. Dilakukan tindakan pemberian ventilasi mekanik.
2. Dalam tindakan ini diperlukan antibiotic karena pada cedera otak terbuka untuk mencegah infeksi. Dan pemberian diuretic serta obat anti inflamasi berguna untuk menurunkan tekanan intracranial.

2.1.11 Komplikasi

Pada perdarahan otak tekanan intracranial meningkat sehingga terjadi penekanan, sel neuron juga akan tertekan. Pada masalah ini akan terjadi hematoma dan penurunan kesadaran, sehingga terjadi perluasan.

2.1.12^[0]► Pengertian gangguan perfusi jaringan serebral

Gangguan perfusi jaringan serebral adalah keadaan ketika seorang individu sedang mengalami atau beresiko mengalami penurunan oksigen dan penurunan sirkulasi jaringan serebral (otak).

2.1.13 Etiologi

1. Adanya penyakit pendukung (tumor otak)
2. Trauma kepala (kecelakaan lalu lintas, perkelahian, benturan, pukulan benda tajam atau tumpul)
3. Perobekan pembuluh darah di otak
4. Adanya endapan lemak di pembuluh darah
5. Terjadi diseksi arteri
6. Aneuris serebri

2.1.14 Tanda-tanda peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK) antara lain :

1. Suhu di atas normal
2. Terdapat perubahan motorik dan sensori
3. Klien mengalami gangguan saat berbicara
4. Terjadi kejang
5. Tekanan darah tinggi (hipertensi)
6. Bradikardi
7. Pembengkakan syaraf optik

8. Muntah proyektil

^[0]▶ 2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Cidera Otak Sedang (COS)

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas Klien

Di dalam pengkajian identitas meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, tempat tanggal lahir, pekerjaan, status, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor rekam medis, diagnosa masuk.

2. Keluhan Utama

Klien mengalami penurunan kesadaran.

^[0]▶ 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Apakah ada riwayat trauma yang mengenai kepala karena kecelakaan lalu lintas, jatuh dari ketinggian, dan langsung trauma di kepala. ^[0]▶ Biasanya mengalami penurunan kesadaran, konvulsi, muntah, sakit kepala, lemah, serta dapat disertai koma.

^[0]▶ 4. Riwayat Penyakit Dahulu

Apakah ada riwayat hiperkapnea, riwayat cidera kepala sebelumnya, diabetes mellitus, anemia, penyakit jantung, penggunaan obat – obatan anti koagulan, obat-obat adiktif, alkohol.

^[0]▶ 5. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada riwayat penyakit hipertensi dan diabetes mellitus.

^[0]▶ 6. Riwayat psikososial

Meliputi informasi mengenai perilaku, perasaan, dan emosi yang dialami penderita sehubungan dengan penyakitnya serta tanggapan keluarga terhadap penyakit penderita.

2.2.2^[0] Pola fungsi kesehatan

1.^[0] Pola persepsi

Dalam pengkajian ini menggambarkan persepsi klien terhadap apa yang diderita, tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita trauma Cidera Otak Sedang (COS) dengan gangguan perfusi jaringan serebral.

2. Pola nutrisi

Pada penderita Cidera Otak Sedang (COS) mengeluh anoreksia klien muntah proyektil, sehingga terjadi penurunan berat badan.

3. Pola eliminasi

Terjadi penurunan jumlah urine, terjadi (polyuria, nokturia, anuria) tonus otot terlihat menurun karena klien tidak dapat bergerak normal.

4. Pola aktivitas/istirahat

Klien melantur dan berbicara tidak jelas atau sulit ditangkap oleh orang disekitarnya, klien mengalami penurunan kesadaran.

5. Nilai dan keyakinan

Menurut agama dan kepercayaan klien tentang gambaran trauma Cidera Otak Sedang (COS) yang diderita klien dengan kecemasan, harapan kesembuhan akan sakitnya.

2.2.3^[0] Pemeriksaan fisik

Umumnya mengalami penurunan kesadaran, kadang mengalami gangguan komunikasi bicara yaitu sulit dimengerti, tanda – tanda vital:^[0] tekanan darah meningkat, denyut nadi bervariasi.

1. B1^[0] (Breathing)

Pada inspeksi, didapatkan klien lemah, sesak nafas dan peningkatan frekuensi nafas.^[0] Saat auskultasi terdengar suara nafas tambahan yaitu ronchi dengan penurunan tingkat kesadaran (koma).

2. B2^[0] (Blood)

Pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan shock hipovolemik yang sering terjadi pada klien cidera otak sedang.^[0] Tekanan darah biasanya mengalami peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah 180 mmHg).

3. B3^[0] (Brain)

Terjadi cidera kepala bagian kanan dan ada epidural hematoma kanan. Dengan GCS-12

4. B4^[0] (Bladder)

Pasien terpasang dower kateter dengan produksi urine \pm 1.500 cc / hari.

5. ^[0]► B5 (Bowel)

Klien untuk makan dan minum di bantu dengan susu lewat NGT dan cairannya infus.

6. ^[0]► B6 (Bone)

Klien untuk bergerak sendi terbatas, hemiplegi kiri. ^[0]► Ekstremitas atas dan bawah terdapat luka lecet. ^[0]► Akral hangat, turgor cukup, warna kulit agak pucat.

2.2.4 ^[0]► Diagnosa keperawatan

1. ^[1]► Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan edema dan perdarahan otak.
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penyempitan pembuluh darah di otak.
3. ^[0]► Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sputum.
4. ^[0]► Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan gangguan kesadaran

Tabel. 2.2 ^[0]► Rencana Asuhan Keperawatan (Nanda NOC dan NIC 2015)

No Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
		Perawatan sirkulasi : alat bantu
Gangguan perfusi jaringan serebral b/d Hematoma dan	Tekanan darah Sistole	Mekanik 1. Lakukan penilaian

perdarahan otak.		sirkulsi
		perifer secara
Definisi: ^[0] Penurunan	Diastole	komprensif
		(seperti mengecek nadi
sirkulasi darah yang	Tekanan nadi	perifer,
		edema, waktu
dapat mengganggu	Tekanan darah rata	pengisian kapiler,
otak.	Rata	dan suhu ekstremitas).
		Monitor kemampuan
Batasan	Kekuatan nadi	2. ⁰ sensori dan
Karakteristik:	karotis kanan	Kognitif
1. Keterlambatan	Kekuatan nadi	3. Monitor tingkat
		ketidaknyamanan atau
luka perifer	karotis kiri	nyeri
2. Nyeri ekstremitas	Kekuatan nadi	Dada
3. Penurunan nadi	brakialis kanan	4. Evaluasi tekanan arteri
		pulmonal, tekanan
Perifer	Kekuatan nadi	darah
		sistemik, cardiac
4. Perubahan fungsi	brakialis kiri	output.
Motoric	Kekuatan nadi	5. Observasi tanda-tanda
5. Tidak ada nadi	femoralis kanan	Hemodialisis
		Berikan anti keagulan
Perifer	Kekuatan nadi	6. ⁰ dan
		antitrombolitik sesuai
6. ⁰ Klaudikasi	femoralis kiri	instruksi

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Dalam penelitian ini menggunakan desain studi kasus.^{[0]▶} Studi kasus adalah penelitian tentang status subjek penelitian, subjeknya dipilih bisa individu, kelompok, masyarakat atau lembaga yang berkenan dalam semua proses penelitian ini.^{[0]▶} Tujuan yang didapat ialah untuk memberi gambaran lengkap tentang latar belakang, sifat, serta karakteristik yang khas dari kasus yang di teliti (Nazir, 2009).

^{[0]▶} Penelitian yang memiliki desain studi kasus ini digunakan untuk mengeksplorasi dari asuhan keperawatan klien yang mengalami Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Dalam hasil studi kasus ini peneliti memberikan batasan istilah yang berguna untuk menghindari kesalahan dalam pemahaman judul. Berikut adalah batasan judul yang ditulis oleh peneliti:

1. ^{[0] ▶} **Asuhan Keperawatan** adalah metode yang tersusun secara sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, dan dalam pemberian asuhan keperawatan difokuskan pada respond an reaksi pada individu di suatu kelompok dan gangguan kesehatan di perseorangan baik aktual maupun potensial.
2. ^{[0] ▶} **Klien** adalah individu yang menjadi fokus utama dalam proses pemberian asuhan keperawatan atau menerima tindakan medis. ^{[0]▶} Dalam studi kasus ini terdapat 2 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama.
3. ^{[5]▶} **Cidera Otak Sedang(COS): Medium Brain Injury (MBI)** adalah suatu trauma yang terjadi karena bahaya dari luar yang menyebabkan disfungsi otak yang berasal dari pukulan keras sehingga ke kepala atau luar tubuh dan kejadian ini akan menyebabkan kecacatan utama bahkan terjadi kematian pada berbagai usia. ^{[0]▶} Cidera otak khususnya cidera otak sedang ini sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas.
4. ^{[0] ▶} **Gangguan perfusi jaringan serebral** adalah Keadaan dimana yang menjadi masalah utama dalam cidera otak sedang karena penurunan pernafasan pada tingkat perifer dalam suplai darah kapiler dan mengalami penurunan nutrisi.

^[3]▶ 3.3 Partisipan

Partisipan adalah semua orang yang turut berperan dalam proses kegiatan selama proses penelitian ini dan juga orang-orang yang ikut serta dalam kegiatan.^[0]▶ Di studi kasus ini subjek yang digunakan adalah 2 klien dengan diagnosa medis Cidera Otak Sedang(COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.^[3]▶ Klien yang dipilih untuk kasus ini adalah klien yang dirawat sejak masuk sampai pulang minimal dirawat 3 hari.

^[0]▶ 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

^[9]▶ 3.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang HCU Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan alamat di Jl. Raci Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruan.

3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dalam karya tulis ilmiah dilakukan di bulan April 2019.

3.5 Pengumpulan Data

Di dalam penelitian ini dilakukan pengumpulan data yang berfungsi untuk memperkuat memperoleh hasil antara lain:

1. Wawancara

Di dalam proses wawancara terdapat teknik pengumpulan data yang dilakukan langsung/bertatap muka dengan responden/informan (vicadwi 2018).^[3]▶ Peneliti menggunakan 2 jenis wawancara yaitu auto-anamnesa

ialah wawancara yang dilakukan secara langsung dengan klien dan allo-anamnesa ialah wawancara yang dilakukan secara tidak langsung, dengan keluarga atau sejumlah orang yang mengetahui tentang klien.

2. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data dan melakukan pengamatan langsung kepada subjek penelitian, guna mencari hal – hal atau perubahan yang terjadi.^[4] Peneliti melakukan observasi untuk mendapatkan gambaran realistis perilaku, kejadian/sesuatu serta untuk mengevaluasi terhadap aspek tertentu untuk melaksanakan umpan balik terhadap pengukuran/suatu prosedur tindakan yang diberikan pada subjek penelitian tersebut (Anggraeni, 2010).

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dari suatu dokumen.^[0] Sumbernya bisa berupa laporan, catatan harian, foto biografi, dan lain-lain (Anggraeni, 2010).^[0] Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medis, dan pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan dari subjek yang diteliti.

^[4] 3.6 Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dimaksudkan untuk memperoleh hasil penelitian dengan validitas tinggi, uji keabsahan data dilakukan dengan:

1. Memperpanjang waktu pengamatan:^{[0]▶} dalam studi kasus ini waktu yang di tentukan adalah 3 hari, akan tetapi jika belum mencapai validitas yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari.^{[0]▶} Sehingga yang diperlukan adalah 4 hari dalam studi kasus ini.
2. Metode triangulasi merupakan metode pengumpulan data dengan cara penggabungan dari berbagai teknik pengumpulan data dan sumber data yang ada.^{[0]▶} Dalam studi kasus ini digunakan penggabungan teknik pengumpulan data seperti dari wawancara, observasi dan dari studi dokumentasi.

^{[0]▶} 3.7 Analisis Data

Analisis data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesa kerja.^{[0]▶} Analisis data yang dilakukan dari awal sampai akhir penelitian.^{[0]▶} Analisis data dilakukan melalui proses pelacakan, pengaturan sistematis transkrip – traskrip suatu wawancara, catatan lapangan, dan bahan – bahan lain sehingga peneliti dapat menyajikan temuannya.^{[0]▶} Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban – jawaban dari penelitian yang diperoleh dari hasil intrepetasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah penelitian.^{[0]▶} Observasi dan studi dokumentasi yang menghasilkan

data selanjutnya diinterpretasikan oleh peneliti dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut (Anggraeni, 2010).^[0] Urutan dalam analisis adalah:

1. Pengumpulan data

Data yang dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara Observasi Dokumentasi).^[0] Hasil ditulis data bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk laporan asuhan keperawatan.^[0] Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

2. Mereduksi data

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk laporan asuhan keperawatan.^[0] Data yang terkumpul kemudian di koding oleh peneliti dan mempunyai arti tertentu sesuai dengan topik penelitian yang diterapkan.^[0] Data obyektif dan analisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan kemudian dibandingkan nilai normal.

3. Penyajian data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif.^[0] Kerahasiaan dari responden dijamin dengan jalan menggambarkan identitas dari responden.

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil – hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan

perilaku kesehatan.^{[0]▶} Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

^{[78]▶} 3.8 Etika Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain:

^{[0]▶} 1. Prinsip manfaat

1) Bebas dari penderitaan:^{[0]▶} penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek.

^{[0]▶} 2) Bebas dari eksploitasi:^{[0]▶} objek penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan.^{[0]▶} Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasi, informasi yang telah diberikan tidak akan digunakan dalam hal-hal yang bisap merugikan subjek.

^{[0]▶} 3) Risiko (benefits ratio)

Peneliti perlu hati-hati dalam mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat pada subjek oleh tindakan yang diberikan.

^{[0]▶} 2. Prinsip menghargai hak asasi manusia

1) Hak untuk setuju atau tidak setujumenjadi responden (right to self determination).^{[0]▶}

2) Hak mendapatkan jaminan dari tindakan yang peneliti berikan (right tofull disclosure).^{[0]▶}

3) Informed consent, subjek mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden, dalam informed consent dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya digunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (right to justice)

- 1) Responden berhak untuk dapat pengobatan yang adil (right in fair treatment), subjek harus diperlakukan adil, mulai dari sebelum sampai sesudah keikutsertaannya dalam penelitian tanpa ada diskriminasi.
- 2) Hak untuk dijaga kerahasiaannya (right to privacy), hak subjek untuk meminta semua data yang diberikan untuk dirahasiakan, untuk penulisan identitas nama hanya memakai inisial, tanpa nama (anonymity) dan rahasia (confidentiality).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Tempat Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di RSUD Bangil Jl. Raya Raci Masangan No. 9 Bangil Ruang HCU 9, dengan kapasitas tempat tidur 12 dengan klien yang akan diperiksa dan disertai ruang AC yang sangat bersih dan luas. Yang jaga di HCU terdiri 18 orang perawat.

4.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas Klien dengan Cidera Otak Sedang (COS)

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Tn. S	Tn. R
Umur	37 tahun	20 tahun

Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMK
Status perkawinan	Belum kawin	Belum kawin
Alamat	Purwosari, Pasuruan	Sumberasih, Probolinggo
Suku/bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal MRS	6 April 2019	27 April 2019
Tanggal pengkajian	8 April 2019	28 April 2019
Jam masuk	06:30 wib	06:00 wib
No. RM	00389980	00391952
Diagnosa masuk	COS	COS

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Daftar riwayat penyakit klien dengan Cidera Otak Sedang (COS)

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama Riwayat Penyakit sekarang	Klien berbicara melantur Keluarga klien mengatakan klien berjalan di jalan sekitar rumah lalu saat menyeberang klien	Klien berbicara melantur Keluarga klien mengatakan klien sedang mengendarai sepeda motor dengan kencang lalu menabrak ibu
Riwayat penyakit	ditabrak sepeda motor. Klien langsung dibawa ke RSUD Bangil untuk melakukan pemeriksaan.	yang sedang berjalan, dan klien jatuh dengan benturan keras di kepala. Klien langsung dibawa ke RSUD Bangil untuk melakukan pemeriksaan.
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit ini sebelumnya.	Keluarga klien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit ini sebelumnya
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien mengatakan tidak pernah mengalami COS.	Keluarga klien mengatakan tidak pernah mengalami COS.
Riwayat psikososial	Klien hanya bisa istirahat ditempat tidur dan tidak bisa beraktivitas seperti sebelumnya.	Klien hanya bisa istirahat ditempat tidur dan tidak bisa beraktivitas seperti sebelumnya.
Pengkajian spiritual	Keluarga klien selalu berdo'a untuk kesembuhan klien, klien jarang melakukan ibadah.	Keluarga klien selalu berdo'a untuk kesembuhan klien, klien jarang melakukan ibadah.

3. Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan persistem)

Tabel 4.3 Daftar pola kesehatan klien dengan Cidera Otak Sedang (COS).

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola nutrisi	Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien makan 3x/hari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, buah dan minum air putih 1.500 ml/hari. ⁽¹⁰⁾	Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien makan 3x/hari dengan menu nasi, sayur, lauk pauk, buah, dan minum air putih 1000 ml/hari. ⁽¹⁰⁾ Ketika sakit pasien makan minum lewat sonde(NGT). ⁽¹⁰⁾
Pola eliminasi	Ketika sakit klien terpasang selang makan yang masuk hanya susu dan air putih lewat selang sonde(NGT). ⁽¹⁰⁾ Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien BAK 6X/hari warna kuning jernih, BAB 1x/hari dengan bau khas feses. Saat sakit pasien BAK 1500cc/hari dengan warna kuning jernih, BAB 1x/hari di pagi hari lembek warna kuning. ⁽¹⁰⁾ Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien tidur 7-8 jam/hari. Saat dirumah sakit klien melantur jarang. ⁽¹³⁾	Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien BAK 5x/hari dengan warna kuning jernih, BAB 1x/hari warna kuning dengan bau khas feses. ⁽¹³⁾ Ketika dirumah sakit klien BAK 1500cc/hari dengan alat bantu selang kateter warna kuning jernih, BAB 1x/hari di pagi hari dengan bau khas feses.
Pola istirahat/tidur	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien tidur 7-8 jam/hari. Saat dirumah sakit klien melantur jarang. ⁽¹³⁾	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien tidur siang 1-2 jam kalau tidur malam 7-8 jam. Dan ketika

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola aktivitas	tidur. Ketika dirumah klien melakukan segala aktivitas sendiri, tapi saat dirumah sakit semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.	dirumah sakit pasien jarang tidur karena melantur. Disaat di rumah klien melakukan semua aktivitas tanpa bantuan keluarganya. Tapi ketika di rumah sakit semua aktivitas dibantu oleh keluarga dan perawat.
Pola reproduksi seksual	Keluarga klien mengatakan bahwa klien belum menikah, namun saat di rumah sakit klien ditanya mengatakan sudah berkeluarga dengan bicara melantur.	Keluarga klien mengatakan klien belum menikah.

Sumber: Data primer April 2019

4. Pemeriksaan fisik (pendekatan head to toe/pendekatan persistem)

Table 4.4 Pemeriksaan fisik

Observasi	Klien 1	Klien 2
S	37	36,8
N	115x/menit	110x/menit
TD	108/60 MmHg	96/53 MmHg
P	26 x/menit	28 x/menit
GCS	334	344
Pemeriksaan fisik		
Kepala	Inspeksi: Wajah berbentuk bulat, warna rambut hitam. Kulit kepala berbau dan kotor., terdapat luka.	Inspeksi: wajah lonjong, rambut hitam pendek, kulit kepala kotor dan berbau.
Mata	Inspeksi: Mata kiri dan kanan terlihat simetris.	Inspeksi: Mata kiri dan kanan simetris.
Hidung	Inspeksi: tidak ada secret, tidak ada polip, terpasang oksigen NRBM 10 liter/menit.	Inspeksi: tidak ada polip, terpasang oksigen NRBM 8 liter/menit. Tidak ada secret.
Telinga	Inspeksi: telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada alat bantu pendengaran., Palpasi: tidak ada benjolan pada telinga.	Inspeksi: telinga kanan dan kiri simetris, tidak ada alat bantu pendengaran. Palpasi: tidak ada benjolan pada telinga.
Mulut dan gigi	Inspeksi: Mukosa bibir pucat dan kering, ada karies gigi, klien tidak menggunakan gigi palsu, dan lidahnya bersih.	Inspeksi: mukosa bibir kering, ada karies gigi, pucat.
Leher	Inspeksi: tidak ada benjolan pada leher. Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid	Inspeksi: tidak ada benjolan pada leher.
Observasi	Klien 1	Klien 2

Thoraks dan paru-paru	Inspeksi: simetris kanan kiri, bentuk dada normal chest, tidak ada tarikan intercostal saat bernafas, tidak ada jejas, pergerakan dada saat inspirasi dan ekspirasi tidak normal(tachypnea).	Inspeksi: simetris kanan kiri, bentuk dada normal chest, pergerakan dada saat inspirasi dan ekspirasi tidak normal(tachypnea), tidak ada tarikan intercostal saat bernafas, tidak ada jejas.
Jantung	Palpasi: nyeri tekan tidak ada, teraba denyut nadi.	Palpasi: tidak ada nyeri tekan, denyut nadi teraba.
Abdomen	Auskultasi: suara nafas vesikuler. Inspeksi: abdomen simetri, buncit, tidak terdapat luka, tidak ada jejas.	Auskultasi: suara nafas vesikuler. Inspeksi: abdomen simetri, datar, tidak ada luka, tidak ada jejas.
Genetalia	Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: bising usus 32x/menit.	Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: bising usus 30x/menit.
Muskuloskeletal	Inspeksi: Nampak bekas garukan disekitar genetalia, genetalia bersih. Ekstremitas atas: klien terpasang Ns. 21 tpm, klien bisa menggerakkan tangannya, terdapat luka goresan. Ekstremitas bawah: klien bisa menggerakkan kakinya	Inspeksi: tidak terdapat luka, bersih tidak ada feses atau kotoran lain. Ekstremitas atas: klien terpasang Ns. 21 tpm, klien tidak bisa menggerakkan tangan kiri karena ada bidai. Ekstremitas bawah: klien bisa menggerakkan kakinya

Sumber: Data primer April 2018

5. Hasil pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
Lab:	Terlampir.	Terlampir.
Pemeriksaan darah X ray	Foto thorax AP, cervical AP/lat ankle D	Foto thorax AP
Invasive :biopsy		

Sumber: Data primer April 2019.

Tabel 4.6 Hasil pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil		Nilai normal
	Klien 1	Klien 2	
Eosinofil	0,0	2,3	0-6%
Basofil	0,0	0,8	0-2%
Netrofil %	12,6		
Limfosit %	1,1	42,4	15-45%
Monosit %	0,3	4,7	0-11%
Eritrosit (RBC)	5,049	4.320.000	
Hemoglobin (HGB)	14,08	13,8	13,4-15,7
Hematokrit (HCT)	41,85	38,3	45-47
MCV	82,87		
MCH	27,89		
MCHC	33,66		27,0-31,2
RDW	12,01		11,5-14,5
PLT	382		155-366
MPV	6,915		6,90-10,6
KIMIA KLINIK ELEKTROLIT			
SERUM			
Natrium (Na)	140,60		135-147
Kalium (K)	4,06		3,5-5

Tabel 4.7⁽⁰⁾ Daftar terapi obat pasien dengan Cidera Otak Sedang(COS)

Klien 1		Klien 2	
Inf. Ns	21 tpm	Inf. Ns	21 tpm
Inj. Mannitol		Inj. Mannitol	
Inj. Ondansetron	(IV) 2x4 mg	Inj. Formacin	(IV) 2x2 gram
Inj. Antrain	(IV) 2x1 mg	Inj. ondansetron	(IV)2x4 mg
Inj. Lavenox	(IV) 3x500 mg	Inj. antrain	(IV)3x1 gram
Inj. Phenotoin	(IV) 3x100 mg	Inj. phenotoin	(IV)3x100 mg
Inj. Ranitidin	(IV) 2x1 mg		
Inj. Piracetam	(IV) 3x3g ram		

4.1.3^[9] Analisa Data

Analisa data	Etiologi	Masalah keperawatan
Klien 1		
Ds : Keluarga klien mengatakan klien hanya berbicara tidak jelas dan melantur DO : keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, muntah, terdapat luka dikepala di atas telinga. CRT 2 detik GCS 334 TTV TD: 108/60 MmHg N : 115x/menit RR: 26 x/menit S : 37 ^o C SPO2: 87% Terpasang infus Ns 21 tpm. ^[9]	Perdarahan ↓ Brakikardi ↓ Aliran darah ke otak menurun ↓ Hipoksia jaringan ↓ Gangguan perfusi jaringan serebral	Gangguan perfusi jaringan serebral
Klien 2		
Ds : Keluarga klien mengatakan klien hanya melantur berbicara tidak jelas DO : keadaan umum lemah, mukosa bibir kering, tidak muntah. CRT 2 detik GCS 345 TTV TD: 96/53 MmHg N : 110x/menit RR: 28 x/menit S : 36,8 ^o C SPO2: 87% Terpasang infus Ns 21 tpm. ^[9]	Perdarahan ↓ Brakikardi ↓ Aliran darah ke otak menurun ↓ Hipoksia jaringan ↓ Gangguan perfusi jaringan serebral	Gangguan perfusi jaringan serebral

4.1.3^[7] Diagnosa KeperawatanTabel 4.8^[1] Diagnosa keperawatan

Klien	Diagnosa keperawatan
Klien 1	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema dan perdarahan otak
Klien 2	Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema dan perdarahan otak

4.1.4 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi keperawatan

Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
<p>Klien 1 Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak dan perdarahan otak.</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x4 jam diharapkan tidak mengalami odema otak dan perdarahan otak.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah systole 2. Tekanan darah diastole 3. Kekuatan nadi karotis kanan 4. Kekuatan nadi brakialis kanan 5. Saturasi oksigen 6. Suara nafas tambahan 7. Distensi vena leher 8. Edema perifer <p>Penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>Perawatan sirkulasi: alat bantu mekanik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi perifer, edem, waktu pengisian kapiler, dan suhu ekstremitas) 2. Monitor kemampuan sensori dan kognitif. 3. Monitor tingkat ketidaknyamanan atau nyeri dada. 4. Evaluasi tekanan arteri pulmonal, tekanan darah sistemik, cardiac output. 5. Berikan tranfusi darah yang sesuai.
<p>Klien 2 Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema dan perdarahan otak</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x4 jam diharapkan tidak mengalami odema otak dan perdarahan otak.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah systole 2. Tekanan darah diastole 3. Kekuatan nadi karotis kanan 4. Kekuatan nadi brakialis kanan 5. Saturasi oksigen 6. Suara nafas tambahan 7. Distensi vena leher 8. Edema perifer <p>Penilaian :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>Perawatan sirkulasi: alat bantu mekanik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi perifer, edem, waktu pengisian kapiler, dan suhu ekstremitas) 2. Monitor kemampuan sensori dan kognitif. 3. Monitor tingkat ketidaknyamanan atau nyeri dada. 4. Evaluasi tekanan arteri pulmonal, tekanan darah sistemik, cardiac output. 5. Berikan tranfusi darah yang sesuai.

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Klien 1 : Tn. S

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan pada klien 1

Hari/ tanggal Senin 08-04-2019	Hari/tanggal Selasa 09-04-2019	Hari/tanggal : Rabu 10-04-2019	Paraf
Waktu	Waktu	Waktu	Implemetasi
08:30	14:30	21:00	Merawat luka klien. (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)
Melakukan bina hubungan saling percaya terhadap keluarga klien untuk menjalin hubungan yang baik dalam berkomunikasi terapeutik.	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter dengan Nrbm 10liter/menit	Merawat luka klien. (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)	
08:45	15:00	21:30	Melakukan verbed setiap hari agar tidak terjadi infeksi atau bau, karena klien badrest.
Melakukan personal oral hygiene(pinset, kapas, cairan bersih)	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral	Melakukan tranfusi darah (1 kantong 500cc)	
09:15	15:30	22:00	Melakukan tranfusi darah (1 kantong 500cc)
Merawat luka klien(pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)	Melakukan verbed pada klien untuk mencegah infeksi dan agar tidak berbau	Melakukan tranfusi darah (1 kantong 500cc)	
09:30	16:00	22:30	Memonitor tanda-tanda TIK.
Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10liter/menit.	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter.	Memonitor tanda-tanda TIK.	
09:45	16:30	23:00	Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram).
Memposisikan klien nyaman mungkin namun tetap sesuai prosedur keperawatan.	Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram).	Melakukan kolaborasi obat-obatan piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul	
10:00	17:00	23:30	Melihat tingkat kesadaran klien (mengukur GCS).
Melakukan kolaborasi obat(injeksi iv antrain 1 gram, ondansentron 4 gram, formacin 2 gram).	Memposisikan klien nyaman mungkin sesuai prosedur.	Melihat tingkat kesadaran klien (mengukur GCS).	

Hari/ tanggal Senin 08-04-2019		Hari/tanggal Selasa 09-04-2019		Hari/tanggal : Rabu 10-04-2019		Paraf
Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi	
10:30	Melakukan transfusi darah pada klien (1 kantong 500cc)	17:30	Melihat tingkat kesadaran klien dengan pengukuran GCS.	24:00	Melakukan pemberian oksige Nrbm 10 liter/menit	

Klien 2 : Tn. R

Hari/ tanggal Minggu 28-04-2019		Hari/tanggal Senin 29-04-2019		Hari/tanggal : Selasa 30-04-2019		Paraf
Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi	
14:30	Melakukan bina hubungan saling percaya terhadap keluarga klien untuk menjalin hubungan yang baik dalam berkomunikasi terapiutik.	08:00	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10 liter/menit.	20:00	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral (memantau monitor)	
15:00	Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan	08:30	Merawat luka klien(pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)	20:30	Mengukur kemampuan klien dalam menggerakkan anggota tubuh	
15:30	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10 liter/menit	09:00	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral	21:00	Memonitor adanya nyeri atau tidak	
16:00	Memposisikan klien nyaman mungkin namun tetap sesuai prosedur keperawatan.	09:30	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter.	21:30	Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram).	
16:30	Melakukan kolaborasi obat(injeksi iv antrain 1 gram, ondansentron 4 gram, formacin 2 gram).	10:00	Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram).	22:00	Melakukan pemberian oksigen Nrbm 10 liter/menit	
17:00	Melihat tingkat kesadaran klien	10:30	Menilai tingkat kesadaran kepada klien, dengan melihat GCS.	22:30	Memposisikan klien nyaman mungkin	

Hari/ tanggal Minggu 28-04-2019		Hari/tanggal Senin 29-04-2019		Hari/tanggal : Selasa 30-04-2019		Paraf
Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi	
17:30	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral	11:00	Memposisikan klien senyaman mungkin sesuai prosedur.	23:00	Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan dengan perintah.	
18:00	Memonitor tanda-tanda TIK	11:30	Melakukan pemberian oksigen Nrbm 10 liter/menit			
18:30	Melakukan transfusi darah pada klien	12:00	Menilai tingkat kesadaran klien.			

4.1.7^[71] Evaluasi Keperawatan

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	8 April 2019	9 April 2019	10 April 2019
Klien 1 Tn. S	S: Klien melantur bicara tidak jelas. O: Keadaan umum lemah, muntah, bicara tidak jelas, mukosa bibir kering, kesadaran delirium, GCS: 3-4-4 TTV TD: 96/53 mmHg N: 110x/menit S: 36,8°C RR: 28 x/menit SPO2: 87% - Klien tampak lemah - Akral hangat - Terdapat luka di kepala dengan kedalaman 3cm - Terdapat karies gigi - Tranfusi darah 500cc - Terpasang NGT - Terpasang oksigen Nrbm 10 liter/menit	S: Klien Melantur O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara melantur tidak jelas, mukosa bibir kering, kesadaran delirium, GCS: 3-4-4 TTV TD: 100/64 mmHg N: 98x/menit S: 36,6°C RR: 24 x/menit SPO2: 96% - Klien tampak lemah - Akral hangat - Terdapat luka di kepala dengan kedalaman 3cm dengan keadaan bersih tidak ada tanda infeksi - Terpasang infus pump dengan cairan Ns Rate 21, limit 500, dan mannitol grojok - Terpasang oksigen Nrbm 10 liter/menit - Terpasang DC 500 cc/jam	S: Klien melantur O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara tidak jelas namun bisa dimengerti, mukosa bibir kering, kesadaran delirium, GCS: 3-4-5 TTV TD: 112/70 mmHg N: 108x/menit S: 36,6°C RR: 26 x/menit SPO2: 96% - Klien tampak lemah - Akral hangat - Luka dalam keadaan bersih dan tidak ada tanda infeksi - Terpasang infus pump dengan cairan Ns Rate 21, limit 500, dan mannitol grojok. - Tranfusi darah 500cc

Evalusi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	8 April 2019	9 April 2019	10 April 2019
	Terpasang syring pump		
	A: Masalah belum teratasi	A: Masalah belum teratasi	A: Masalah teratasi sebagian
	<p>P: Lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan personal oral hygiene (pinset, kapas, cairan bersih) Merawat luka klien (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle) Merawat luka klien (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle) Memberi oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10 liter/menit. Melakukan kolaborasi obat (injeksi iv angtrain 1 gram, ondansetron 4 gram, formacin 2 gram) 	<p>P: Lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter dengan Nrbm 10 liter/menit. Melakukan kolaborasi obat (injeksi iv angtrain 1 gram, ondansetron 4 gram, formacin 2 gram) Melihat tingkat kesadaran klien dengan pengukuran GCS. 	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> Merawat luka klien. (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle) Melakukan kolaborasi obat-obatan piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul
Klie 2 Tn. R	28 April 2019	29 April 2019	30 April 2019
	S: Klien melantur	S: Klien melantur	S: Klien melantur
	<p>O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara tidak jelas, mukosa bibir kering, kesadaran delirium,</p> <p>GCS: 3-4-4 TTV TD: 96/53 mmHg N: 110x/menit S: 36,8⁰C RR: 28 x/menit SPO2: 87%</p>	<p>O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara melantur tidak jelas, mukosa bibir kering, kesadaran delirium,</p> <p>GCS: 3-4-5 TTV TD: 100/64 mmHg N: 98x/menit S: 36,6⁰C RR: 24 x/menit SPO2: 96%</p>	<p>O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara tidak jelas namun bisa dimengerti, mukosa bibir kering, kesadaran</p> <p>GCS: 3-5-5 TTV TD: 112/70 mmHg N: 108x/menit S: 36,6⁰C RR: 26 x/menit SPO2: 96%</p>

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 2 Tn. R	28 April 2019	29 April 2019	30 April 2019
	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Akral hangat - Terdapat luka di kepala dengan kedalaman 3cm - Klien tidak merespon ketika disuruh mengangkat tangan atau kaki. - Terpasang infus pump dengan cairan Ns Rate 21, limit 500, dan mannitol grojok - Terpasang oksigen Nrbm 10 liter/menit - Terpasang DC 500 cc/jam - Terpasang NGT - Terpasang syring pump <p>A: masalah belum teratasi P: Lanjut Intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan 2. Memposisikan klien senyaman mungkin namun tetap sesuai prosedur keperawatan. 3. Melakukan kolaborasi obat(injeksi iv antrain 1 gram, ondansentron 4 gram, formacin 2 gram). 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Akral hangat - Terdapat luka di kepala dengan kedalaman 3cm - Terpasang infus pump dengan cairan Ns Rate 21, limit 500, dan mannitol grojok - Terpasang oksigen Nrbm 10 liter/menit - Terpasang DC 500 cc/jam - Terpasang NGT - Terpasang syring pump <p>A: masalah belum teratasi P: Lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10 liter/menit 2. Merawat luka klien(pinset, kasa seteril, cairan NaCl, supratulle) 	<ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak lemah - Akral hangat - Terdapat luka di kepala dengan kedalaman 3cm - Terpasang infus pump dengan cairan Ns Rate 21, limit 500, dan mannitol grojok - Terpasang oksigen Nrbm 10 liter/menit - Terpasang DC 500 cc/jam - Terpasang NGT - Terpasang syring pump <p>A: masalah teratasi sebagian P: Lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral (memantau monitor) 2. Melakukan kolaborasi obat-obatan piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul 3. Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan dengan perintah

^[0]▶ 4.2 Pembahasan

Pada bab ini semua hasil penelitian berisi tentang mengapa(why) dan bagaimana(how).^[0]▶ Urutan penelitian ini adalah F-T-O (Fakta-Teori-Opini) dan terdapat tinjauan pustaka yang berisi untuk menjawab tujuan khusus.

4.2.1 Pengkajian

^[0]▶ 1. Data subyektif

Pada pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada klien Tn.S^[0]▶ usia 37 tahun yang mengalami Cidera Otak Sedang(COS) ditemukan data subyektif klien melantur. Sedangkan ketika didapatkan data tersebut menunjukkan klien 1 lebih parah dibandingkan klien 2 karena klien 1 muntah dan klien 2 tidak muntah.

Pada penelitian kasus ini peneliti menyimpulkan klien 1 lebih parah dibandingkan klien 2, ditemukan klien 1 dengan GCS 334 dan klien 2 dengan GCS 345 dan keduanya sama sama melantur dan berbicara kurang jelas.

^[0]▶ 2. Data obyektif

Klien 1:^[0]▶ Keadaan umum lemah, muntah, mukosa bibir kering, GCS 3-3-4, CRT 2 detik. TTV klien TD: 108/60 mmHg, N: 115 x/menit, S: 37 °C RR: 26x/menit, SPO2: 87%, akral hangat, kedalaman luka 3 cm.

Klien 2:^[0]▶ Keadaan umum melantur, tidak muntah, mukosa bibir kering, GCS: 3-4-5, CRT 2 detik, TTV klien TD: 96/53 mmHg, N: 110 x/menit, S: 36,8 °C , RR: 28 x/menit,SPO2: 87%. Akral hangat, kedalaman luka di kepala 3cm.^[12]▶

Menurut peneliti, hasil penelitian yang didapat data fakta dari klien adalah tingkat kesadaran klien 1 dan klien 2 yang dilihat dari pemeriksaan GCS.

3. Pemeriksaan diagnostik

Data yang diperoleh dalam pemeriksaan laboratoriu, eritrosit didapatkan klien 1 yaitu 5.049^{[0]▶} dan klien 2 yaitu 4,320.000. Sedangkan nilai normalnya eritrosit 4.330.000-5.950.000. Jadi klien 1 memiliki jumlah eritrosit belum dalam kategori normal. Klien satu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak manfaat untuk menaikkan atau mencapai eritrosit dalam jumlah normal.^{[0]▶} Setelah dilakukan foto CT-scant klien 1 terdapat benturan hebat dan dialami odema otak besar, mengalami pendarahan hebat.^{[0]▶} Sedangkan klien 2 juga terdapat benturan tetapi, tidak separah klien 1. Klien 2 mengalami odema tapi kecil juga mengalami pendarahan.^{[0]▶}

4.2.2^{[0]▶} Diagnosa Keperawatan

Dari data yang didapat di dalam hasil penelitian klien 1 dan klien 2 ini ditemukan diagnosa keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema dan perdarahan otak. Menurut hasil yang didapat peneliti kedua klien mempunyai penyebab odema dan perdarahan otak yang sama yaitu benturan.^{[0]▶}

Menurut peneliti juga ditemukan penilaian kesadaran GCS (Glasgow Coma Scale) klien dan mengalami pendarahan yang banyak, muntah dan vital sign.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Dalam pemberian intervensi keperawatan pada Tn. S dan Tn. R dengan diagnosa gangguan perfusi jaringan serebral dengan odema dan perdarahan otak menurut peneliti sudah dilakukan sesuai prosedur keperawatan. Karena peneliti mengacu pada NOC NIC keperawatan sehingga memperoleh evaluasi. NOC: Rentang normal pada pemeriksaan tanda tanda vital, tidak ditemukan tanda tanda penurunan TIK, Jelas dalam komunikasi verbal, konsentrasi baik, dan orientasi baik, Kesadaran yang diukur dengan GCS belum mencapai normal. NIC: Monitoring tekanan intrakranium.

^[0]▶ Dalam evaluasi kasus ini membahas mengenai cedera otak yang berhubungan dengan asuhan keperawatn pasien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral, diperoleh intervensi keperawatan yaitu: ^[0]▶ vital sign, tanda- tanda TIK, komunikasi baik, kesadaran dan GCS belum mencapai tingkat normal.

4.2.4 ^[0]▶ Implementasi Keperawatan

implementasi adalah realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. ^[0]▶ Yang meliputi kegiatan pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien

selama dan setelah pelaksanaan tindakan, serta menilai data baru yang muncul dari klien.

^[0] Menurut peneliti, implementasi yang dilaksanakan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang ada dalam standart intervensi keperawatan yang tertulis dalam buku NIC.^[0] Serta ada tambahan implementasi pada saat dilapangan yang tidak tercantum dalam intervensi yang direncanakan, tetapi memang harus dilaksanakan karena bersifat wajib, yaitu membina hubungan saling percaya terhadap klien keluarga.^[0] Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, dan mengukur tanda-tanda vital klien.

4.2.5^[7] Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah proses atau tahapan akhir dari studi kasus di dalam penelitian ini.^[22] Dan dari hasil penelitian diperoleh evaluasi pada klien 1 dan klien 2 yang menunjukkan klien 1 belum sembuh ditandai klien masih lemah dan melantur dan klien 2 sudah mampu berbicara dan mengeluh nyeri pada bagian luka dikepala, klien 2 juga bisa menggerakkan tangan dan kaki.^[1] Klien 1 dan klien 2 belum sembuh total karena dalam proses asuhan keperawatan gangguan di persyarafan membutuhkan waktu lama dalam observasi. Pada hari ketiga klien 2 mengalami dehidrasi namun klien 2 bisa mengucap meminta minum.^[0] Menurut Padila, (2017) evaluasi adalah langkah akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keerawatan tercapai atau tidak. Dan jika dalam proses asuhan

keperawatan belum mencapai tujuan akan dilakukan pengkajian ulang atau dilakukan asuhan keperawatan kembali.

^[0]▶ Menurut peneliti, dan hasil evaluasi keperawatan mulai hari pertama sampai hari ketiga, keluhan utama dan data obyektif yang didapat belum teratasi karena memang dalam proses rehabilitasi atau proses penyembuhan pada klien gangguan syaraf akan membutuhkan waktu lama karena klien membutuhkan terapi oksigen yang cukup sampai benar benar pulih.

BAB 5

PENUTUP

^{[1]▶} 5.1 Kesimpulan

Setelah dilakukan semua proses asuhan keperawatan dan memperoleh hasil penelitian pada klien dengan Cidra Otak Sedang (COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral pada Tn. S dan Tn. R^{[9]▶} di Ruang HCU Melati Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan. Telah didapat kesimpulan.

^{[2]▶} Pengkajian yang dilakukan pada klien yang mengalami Cidera Otak Sedang(COS) pada Ny. S dan Tn. R diperoleh hasil yang didapat dari tinjauan kasus adalah data subyektif, dan setelah diteliti pada kedua klien tersebut sama sama mengalami gangguan perfusi jaringan serebral ditandai klien melantur dan berbicara tidak jelas atau tidak bisa dipahami. Namun dari keadaan kedua klien terlihat klien 1 lebih parah dibandingkan klien 2 karena terlihat dari proses pemulihan, klien 2 dalam perawatan selama tiga hari bisa mengeluh nyeri dan menunjukkan bagian yang nyeri sedangkan klien 1 belum bisa masih berbicara sulit untuk dipahami.^{[0]▶} Pada hari ke tiga sudah bisa mengeluh nyeri bagian kepala post op (luka jahitan) karena klien mengalami dehidrasi klien meminta minum.

^{[0]▶} Diagnosa keperawatan yang diambil pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema dan perdarahan otak, karena trauma yang dialami klien 1 dan 2 sama sama dalam batasan sedang kedua klien ini memiliki tanda dan gejala

seperti, klien melantur berbicara tidak jelas, ada luka atau lesi di bagian kepala, mukosa bibir kering, GCS 3-3-4, CRT 2 detik.

^[0]▶ Dalam rencana keperawatan pada kedua klien yang mengalami Cidera Otak Sedang(COS) yaitu Tn. S dan Tn. ^[0]▶ R dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral ada beberapa tindakan pada klien yaitu, Melihat adanya penurunan perfusi serebral, memonitor saturasi oksigen, mengatur posisi tempat tidur klien yang nyaman sesuai prosedur keperawatan, memonitor tanda-tanda TIK, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

^[0]▶ Implementasi keperawatan atau tindakan dalam proses asuhan keperawatan terhadap klien dengan Cidera Otak Sedang(COS) pada Tn. S dan Tn. ^[1]▶ R dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral, dan seluruh tindakan keperawatan dilakukan sesuai rencana keperawatan. Ada beberapa jenis tindakan keperawatan di dalam asuhan keperawatan yaitu tindakan mandiri, kolaborasi, dan tindakan rujukan. ^[0]▶ Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral disesuaikan dengan rencana keperawatan atau intervensi keperawatan. ^[91]▶ Pada proses nyata yang dilakukan langsung ke klien sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan perawat harus menyesuaikan tindakan yang di butuhkan klien sesuai dengan kondisi klien, perawat harus bisa menilai diri-sendiri, apakah mampu dalam semua tindakan keperawatan dan kemampuan interpersonal intelektual teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. ^[6]▶ Implementasi atau tindakan keperawatan dalam kasus ini yang dilakukan oleh peneliti selama 3 hari selama dirawat di ruang HCU Melati

RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan, dengan hasil secara umum kondisi kesehatan pasien sudah pulih meskipun belum kembali normal karena proses pemulihan kasus trauma syaraf membutuhkan waktu yang lama.

5.1 Saran

Dari kesimpulan yang diperoleh dalam studi kasus ini peneliti telah menemukan beberapa saran untuk individu maupun kelompok:

1. Perawat

Hasil studi kasus ini diharapkan memberikan tambahan pengetahuan tentang cedera otak sedang dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral.

2. Rumah sakit

Hasil penelitian diharapkan dapat bermanfaat bagi rumah sakit sebagai masukan dan pertimbangan dalam menyikapi masalah kelengkapan anamnesis klien.

3. Institusi

Dapat digunakan untuk informasi dan pembelajaran bagi institusi untuk pengembangan mutu dimasa mendatang.

4. Keluarga dan klien

Pasien dapat mengetahui tentang penyakit yang diderita dan keluarga dapat mengetahui cara penanganan klien pada gangguan perfusi jaringan serebral sesuai dengan standart keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization (WHO) 2010. Kasus cedera otak.
- Rikerdes2018. Hasil catatan jumlah kasus cedera otak.
- Corwin, Elizabeth J. 2015. Buku Patofisiologi. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Dewanto, George. Dkk. 2016.^[0] **Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Syaraf.** Jakarta: EGC
- Padila. 2017. Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ginsberg. 2015.^[0] **Lecture Notes Neurologi Edisi Kedelapan.** Jakarta.
- Smeltzer, 2002. Pedoman laporan pendahuluan cedera otak sedang.
- Vica dwi, 2018.^[0] **Asuhan Keperawatan Cedera Otak.** Jombang.^[17]
- Nanda NIC NOC, 2015-2017.** Edisi 10:Diagnosa Keperawatan.
- Nanda NIC NOC, 2015-2017. Edisi 10:^[121] **Intervensi dan implementasi keperawatan.**
- ^[0] **Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen, Penelitian Keperawatan.** Yogyakarta: Salemba Medika
- Data primer 2019. Data pengkajian asuhan keperawatan. Jombang.

