

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK BERAT DENGAN MASALAH PERUBAHAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG HCU RSUD BANGIL PASURUAN

by Sri Tutut Purwati

Submission date: 12-Aug-2020 03:46PM (UTC+0700)

Submission ID: 1368740676

File name: REVISI_TUTUT_TURNIT_3.doc (394.5K)

Word count: 8400

Character count: 52660

PENDAHULUAN**1.1 Latar Belakang**

Cedera pikiran berat **suatu** kondisi **yang** memiliki skor GCS 3-8 mengalami penurunan kesadaran selama lebih dari 24jam dan mengalami penurunan neurologis. Cedera pikiran berat dapat mengakibatkan amnesia, kesadaran, gangguan pada pancaindra. Cedera pikiran berat disebabkan oleh benturan keras ke kepala sehingga mengakibatkan perdarahan pada kepala bagian pembuluh darah otak. Benturan tersebut juga mengakibatkan terputusnya kontinuitas otak, jaringan otak, otot atau vaskuler. Pendarahan kepala bagian dalam dapat mengakibatkan peningkatan intrakranial sehingga terjadi penurunan suplai darah, ketika suplai darah menurun jaringan otak tidak mendapatkan oksugen yang cukup. Penurunan produk oksigen meng akibatakan gangguan metabolisme sehingga produksi asam laktat meningkat dan terjadi edema otakk dan akan menyebabkan gangguan perfusi jaringan serebral.

Berdasarkan data WHO, di Amerika Serikat tercatat sekitar 1.500.000 jiwa mengalami cedera kepala setiap tahunnya dan dari jumlah tersebut sebanyak 80.000 jiwa mengalami kecacatan dan 50.000 jiwa lainnya meninggal dunia. Di Amerika, kecacatan karena cedera kepala mencapai sekitar 5.300.000 orang (Moore & Argur, 2015). Menurut DEPKES RI (2016) pada pasien cedera kepala sekitar 1,79% mengalami cedera otak berat. Riset Kesehatan Daerah sekitar (RISKESDAS) Tahun 2018, Jawa Timur menempati posisi kedua dipulau Jawa pada kasus cedera kepala dengan prevelensi mencapai

46,4%. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Bangil pada bulan 8
September 2017 sampai dengan Januari 2018 terdapat 88 pasien dirawat
dengan cedera kepala yang terdiri dari 82 orang pasien laki-laki mengalami
cedera otak berat dan 6 orang pasien perempuan mengalami edema serebri.

Cedera benak berat diakibatkan oleh benturan atau sentakan keras ke kepala sampai-sampai mengakibatkan perdarahan pada kepala unsur dalam yaitu pada pembuluh darah otak. Benturan tersebut pun mengakibatkan terputusnya kontinuitas kulit, jaringan kulit, otot atau vaskuler. Perdarahan pada kepala unsur dalam menyebabkan peningkatan intrakranial sampai-sampai terjadi penurunan suplai darah. Ketika suplai darah menurun jaringan benak tidak menemukan oksigen yang cukup. Penurunan buatan oksigen akan menyebabkan gangguan metabolisme sehingga buatan asam laktat bertambah dan terjadi edema benak dan akan mengakibatkan gangguan perfusi jaringan serebral. (Martono et al,2016)

Pasien dengan cedera kepala berat harus mendapatkan pertolongan dengan segera. Penanganan pertama yang dapat dilakukan pada pasien cedera kepala yaitu menstabilkan kondisi pasien sesuai dengan ABC. Dalam penanganan kondisi ini pastikan tidak ada sumbatan pada jalan napas (*airway*) dan menstabilkan leher dan tulang belakang agar tetap *in line* dengan menggunakan bidai leher (*colar brace*). Selanjutnya pemeriksaan pernafasan (*brething*) pastikan oksigen pasien adekuat dengan pemberian oksigen dengan baik, bila perlu berikan ventilasi yang adekuat. Observasi keadaan pasien seperti pengukuran tanda-tanda vital, pernafasan, nadi, 18
tekanan darah, suhu tubuh, kadar oksigen dalam darah, tingkat kesadaran,

ukuran pupil mata, reaksi pupil terhadap cahaya, kekuatan pergerakan tangan dan kaki. Penanganan selanjutnya tindakan pengecekan CT scan. Tindakan selanjutnya yang dapat dilakukan pada pasien sedera otak berat adalah prosedur kraniotomi.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah Asuhan keperawatan pada klien cedera benak berat dengan masalah evolusi perfusi jaringan serebral

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien Cedera Pikiran berat di ruang HCU (High Care Unit) Melati RSUD Bangil Pasuruan.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam studi ini ialah :

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Cedera Pikiran Berat di ruang HCU (High Care Unit) Melati RSUD Bangil Pasuruan.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien Cedera Pikiran berat di ruang HCU Melati (High Care Unit) RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Cedera Pikiran berat di ruang HCU Melati (High Care Unit) RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien Cedera Pikiran berat di ruang HCU Melati (High Care Unit) RSUD Bangil Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Cedera Pikiran berat di ruang HCU Melati (High Care Unit) RSUD Bangil Pasuruan.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Pengembangan ilmu keperawatan khususnya bersangkutandengan standart keperawatan profesional dengan asuhan keperawatan pada klien Cedera Pikiran berat dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Guna dosen institusi edukasi

Memberikan pengertian, pengetahuan, dan khusus dalam menyikapi dan menanggulangi bila terdapat penderita Cedera Otak Berat.

2. Guna Perawat

Bahan masukan dan ekstra lengkap yang berkembang dalam intervensi keperawatan pada klien dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral.

3. Peneliti selanjutnya

Referensi guna karya tulis selanjutnya dengan masalah dan tema yang berbeda laksana : faktor-faktor yang mempengaruhi klien dengan perubahan perfusi jaringan serebral dan masalah-masalah yang muncul pada klien Cedera Otak Berat.

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep cedera pikiran berat

2.1.1 Definisi

Cedera Otak Berat (COB) Adalah suatu keadaan dimana interstisial otak mengalami perdarahan tanpa terputusnya continuitas otak dikarenakan adanya benturan, trauma atau cedera pada kepala. (Putri, 2016).

Cedera kepala adalah sebuah trauma yang terjadi pada faedah benak dampak adanya benturan keras dibagian kepala disertai perdarahan didalam substansi pikiran akan tetapi kontinuitas benak tidak terputus (Muttakin, 2015). Cedera kepala adalah cedera yang mencakup trauma kulit kepala, tengkorak, dan otak. (Morton,2012).

2.1.2 Klasifikasi

Cedera Otak Berat (COB) merupakan cedera yang mengakibatkan penderita mengalami penurunan kesadaran dengan jumlah skor GCS 3-8 dan mengakibatkan penderita mengalami hilang ingatan kurang lebih 24 jam. Selain itu, cedera ini juga mengakibatkan adanya laserasi serebral atau perdarahan didalam otak.

Cedera Otak Sedang (COS) merupakan cedera pada otak yang dapat mengakibatkan penderita mengalami penurunan kesadaran dan hilang ingatan kurang lebih dari 30 menit atau tidak lebih dari 24 jam. Pada kondisi ini penderita memiliki jumlah skor GCS 9-12. Cedera ini mengakibatkan tengkorak kepala mengalami fraktur.

Cedera Otak Ringan (COR) merupakan cedera yang mengakibatkan penderita mengalami kehilangan kesadaran atau hilang ingatan tapi tidak lebih dari 30 menit.

Tabel 2.1 Skala Koma Glasgow:

Dewasa	Respon	Bayi dan anak-anak
Buka Mata (Eye)		
Spontan	4	Spontan
Berdasarkan perintah verbal	3	Berdasarkan suara
Berdasarkan rangsangan nyeri	2	Berdasarkan rangsangan nyeri
Tidak memberi respon	1	Tidak memberi respon
Respon verbal		
Orientasi baik	5	Senyum, orientasi terhadap obyek
Percakapan kacau	4	Menangis tetapi dapat ditenangkan
Kata-kata kacau	3	Menangis dan tidak dapat ditenangkan
Mengerang	2	Mengerang dan agitatif
Tidak memberi respon	1	Tidak memberi respons
Respon Motorik		
Menurut perintah	6	Aktif
Melokasi rangsang nyeri	5	Melokalisir rangsang nyeri
Menjauhi rangsang nyeri	4	Menjauhi rangsang nyeri
Fleksi abnormal	3	Fleksi abnormal
Ekstensi abnormal	2	Ekstensi abnormal
Tidak memberi respon	1	Tidak memberi respon
Skor	14-15	12-13
		11-12
		8-10
		<5
Kondisi	Composmentis	Apatis
		Somnolent
		Stupor
		Koma

2.1.3 Etiologi

Mekanisme cedera kepala merangkum cedera akselerasi, deselerasi, akselerasi-deselerasi, coup-countre coup, dan cedera rotasional (Satyanegara, 2010)

- 1) Cedera Akselerasi bisa terjadi bila obyek bergerak menghantam kepala yang tidak bias bergerak (misal, perangkat pemukul menghantam kepala atau peluru yang ditembakkan ke kepala).

- 2) Cedera Deselerasi terjadi bisa terjadi bila kepala yang bergerak membentur obyek diam, seperti permasalahan jatuh atau tabrakan mobil ketika kepala membentur kaca depan mobil.
- 3) Cedera Akselerasi-deselerasi sering terjadi saat permasalahan kemalangan kendaraan bermotor dan episode kekerasan fisik.
- 4) Cedera coup-countre coup terjadi bila kepala terbentur yang mengakibatkan otak bergerak dalam ruang kranial dan dengan kuat mengenai area tulang tengkorak yang berlawanan serta tempat kepala yang pertama kali terbentur. Contohnya adalah pasien dipukul dibagian belakang kepala.
- 5) Cedera rotasional terjadi bila pukulan/benturan mengakibatkan otak berputar dalam rongga tengkorak, yang mengakibatkan peregangan atau robeknya neuron dalam substansia alba serta robeknya pembuluh darah yang memfiksasi pikiran dengan bagian dalam tengkorak.

2.1.4 Manifestasi Klinis

Pada pemeriksaan klinis sering dipakai untuk menilai cedera kepala menggunakan pemeriksaan GCS (Glasgow Coma Scale) biasa dikelompokkan menjadi cedera kepala ringan, sedang dan berat seperti diatas. Nyeri menetap atau setempat, seringkali mengindikasikan terjadinya fraktur. (Smeltzer, suzunna, 2002)

- 1) Fraktur kubuh kranial mengakibatkan bengkak pada sekitar fraktur.
- 2) Fraktur dasar tengkorak dicurigai ketika CSS keluar dari telinga dan hidung.
- 3) Laserasi atau kontusio otak ditunjukkan oleh cairan spinal berdarah.

Kondisi Cedera Kepala bisa terjadi antara lain:

1) Komosio serebri

Tidak ada jaringan pikiran rusak, tetapi hanya kehilangan faedah otak sesaat (pingsang < 10 menit) atau amnesia pasca cedera kepala.

2) Kontusio serebri

Adanya kerusakan jaringan pikiran dan faedah benak (pingsan > 10 menit) atau terdapat lesi neurologik yang jelas. Kontusio serebri sering terjadi dan beberapa besar terjadi di lobus frontal dan lobus temporal, walaupun dapat terjadi pada setiap bagian dari otak. Kontusio serebri dalam waktu sebanyak jam atau hari, dapat merubah menjadi perdarahan intraserebral yang membutuhkan tindakan operasi. (Brain Injury Association Michigan)

3) Laserasi serebri

Kerusakan pikiran luas disertai robekan durameter serta fraktur terbuka pada kranium. (Brain Injury Association of Michigan)

4) Epidural Hematom (EDH)

Hematom antara durameter dan tulang, biasanya sumber perdarahannya merupakan robeknya arteri meningeal media. Ditandai dengan penurunan kesadaran dengan ketidaksamaan neurologis sisi kiri dan kanan (hemiparesis/plegi, pupil anisokor, reflex patologis satu sisi). Gambaran CT Scan tempat hiperdens dengan bentuk bikonveks atau lentikuler diantara sutura. Jika perdarahan > 20cc atau > 1cm midline shift > 5mm dilakukan operasi untuk menghentikan perdarahan.

5) Subdural hematoma (SDH)

Hematoma dibawah lapisan durameter dengan sumber perdarahan dapat berasal dari Bridging vein, a/v cortical, sinus venous. Subdural hematoma merupakan terkumpulnya darah antara durameter dan jaringan otak, dapat terjadi akut dan kronik. Terjadi akibat pecahnya pembuluh darah vena, perdarahan lambat dan sedikit. Periode akut dapat terjadi dalam 48 jam – 2hari, 2 minggu atau sebanyak bulan. Gejala-gejalanya merupakan nyeri kepala, bingung, mengantuk, berpikir lambat, kejang dan udem pupil, dan secara klinis ditandai dengan penurunan kesadaran, disertai adanya lateralisasi yang paling sering berupa hemiparesis/plegi. Pada pemeriksaan CT Scan didapatkan gambaran hiperdens yang berupa bulan sabit (crescent). Indikasi operasi bila perdarahan tebalnya >1 cm dan terjadi pergeseran garis tengah >5mm

6) Subarachnoid Hemorrhage (SAH)

Merupakan perdarahan fokal di daerah subarachnoid. Gejala klinisnya serupa kontusio serebri. Pada pemeriksaan CT Scan didapatkan lesi hiperdens yang mengikuti arah girus-girus serebri di distrik yang bersebelahan dengan hematoma. Hanya di berikan terapi konservatif, tidak memerlukan terapi operatif. (Misulis KE, Head TC)

7) Intracerebral Hemorrhage (ICH)

Perdarahan intracerebral merupakan perdarahan yang terjadi pada jaringan otak biasanya akibat robekan pembuluh darah yang ada dalam jaringan otak. Pada pemeriksaan CT Scan didapatkan lesi perdarahan diantara neuron otak yang relatif normal. Indikasi

dilakukan operasi adanya distrik hiperdens, diameter >3cm, perifer, adanya pergeseran garis tengah.

8) Fraktur basis krani (Misulis KE,Head TC)

Fraktur dari dasar tengkorak,biasanya melibatkan tulang temporal, oksipital,sphenoid dan etmoid. Terbagi menjadi fraktur basis krani anterior dan posterior. Pada fraktur anterior melibatkan tulang etmoid dan sphenoid, sedangkan pada fraktur posterior melibatkan tulang temporal, oksipital dan sebanyak bagian tulang sphenoid. Tanda terdapat fraktur basis krani antara lain:

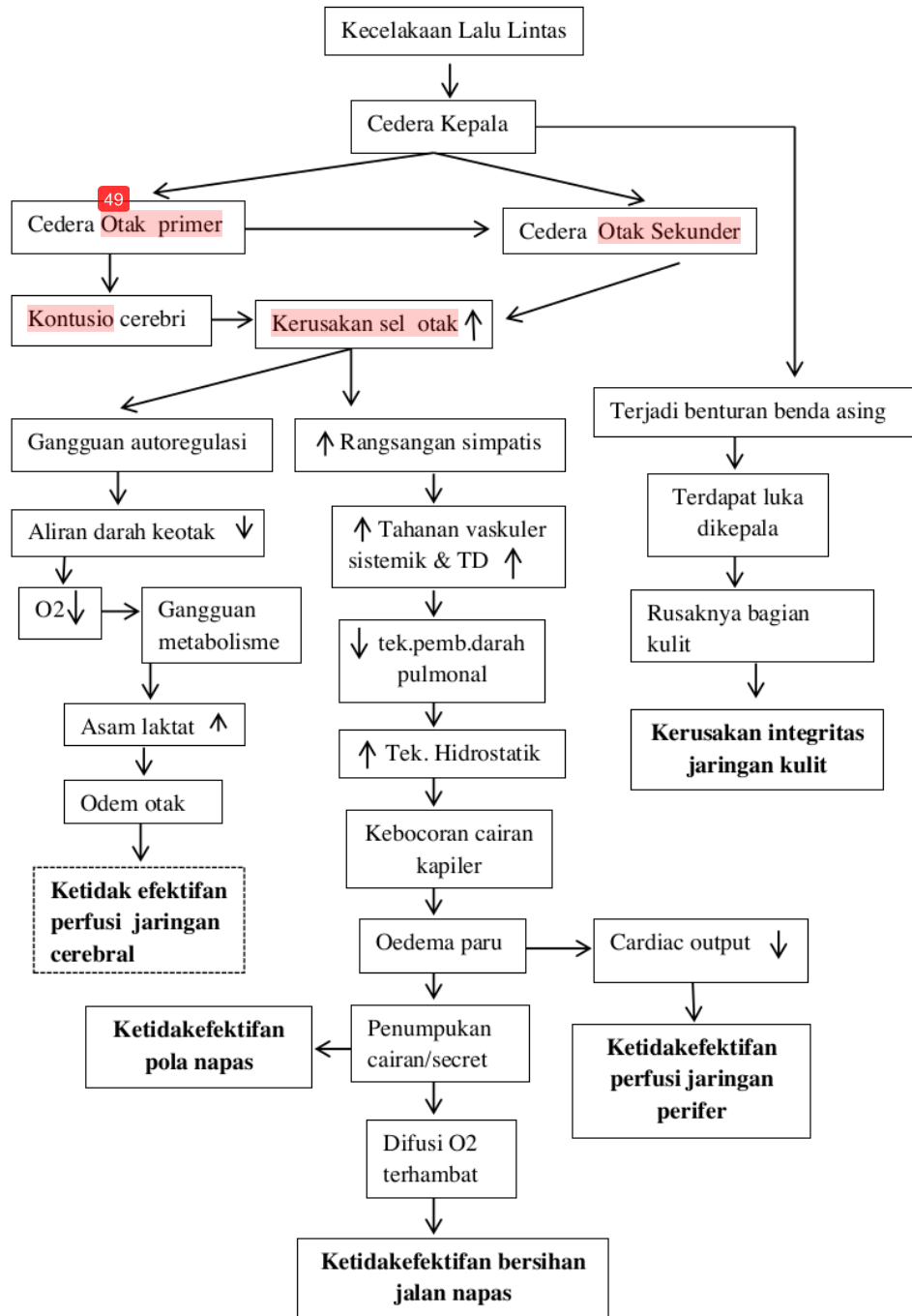
- a) Ekimosis periorbital (Raccoon's eyes)
- b) Ekimosis mastoid (Battle'a sign)
- c) Keluar darah beserta cairan serebrospinal dari hidung atau telinga (rinore atau otore)

34
2.1.5 Patofisiologi

Trauma pada kepala diakibatkan oleh benturan benda tumpul maupun benda tajam. Benturan keras yang terjadi pada kepala menyebabkan perdarahan pada kepala unsur dalam yaitu pada unsur pembuluh darah otak. Benturan itu pun dapat menyebabkan terputusnya kontinuitas kulit, jaringan kulit, otot atau vaskuler. Perdarahan pada kepala unsur dalam menyebabkan penambahan intrakranial sampai-sampai menyebabkan penurunan suplai darah. Ketika suplai darah menurun jaringan benak tidak memburu oksigen yang cukup. Otak yang merasakan kelemahan oksigen akan menikmati gangguan metabolisme sampai-sampai buatan asam laktat

bertambah dan terjadi edema benak dan akan menyebabkan perubahan perfusi jaringan serebral.

GGGghGambar 2.1. Skema Pathway



2.1.7 Pemeriksaan penunjang.

- 1) Laboratorium meliputi pemeriksaan ³ darah lengkap, pemeriksaan kimia darah, pemeriksaan koagulasi, pemeriksaan urinalisis, BGA, pemeriksaan skrining toksikologi pada urine.
- 2) CT Scan kepala meliputi hasil pengecekan ditemukan adanya edema serebral, perdarahan, fraktur, dan lesi. Pemeriksaan CT Scan diindikasikan guna pasien GCS < 13 pada ketika initial assesment, GCS < 15 sesudah dua jam dari onset kejadian, suspect open atau depressed skull fracture, terdapat fenomena fraktur basis kranii, post-traumatic seizure, defisit neurologi fokal, dan muntah lebih dari satu kali (National Institute for Health and Care Excellence/NICE,2014)
- 3) X-Ray kepala dan spinal meliputi dilakukan dengan destniasi untuk melihat terjadinya fraktur
- 4) MRI meliputi Hasil MRI kemungkinan ditemukan adanya edema dan perdarahan pada pasien, namun MRI jarang ditunjukkan untuk pasien yang tidak stabil, memakai ventilator, tidak kooperatif, pasien dalam keadaan situasi trauma akut.
- 5) Angiografi meliputi pengecekan angiografi digunakan untuk menyaksikan terjadinya trauma serebrovaskular atau trombosis.
- 6) Foto toraks
- 7) Pemeriksaan EKG 12 lead.

2.1.8 Penatalaksanaan

1) Pengaturan Jalan nafas (airway)

- a) Melaksanakan imobilisasi servikal dengan teknik jaw thrust atau menggunakan servical collar.
- b) Mengkaji bilamana terdapat suara gurgling, snoring, dan stridor
- c) Jika ada gigi yang lepas atau fragmen tulang dijalan napas dampak trauma diwajah, segera ambil
- d) Buka jalan napas, andai GCS < 8 maka kerjakan intubasi endotrakeal
- e) Lakukan suction jika ada darah, saliva, atau muntahan pada jalan napas.
- f) Lakukan slang orogastrik guna dekomposisi isi ambung (jangan pakai slang nasogastrik)

2) melakukan pernapasan (breathing)

- a) Pertahankan saturasi oksigen > 95% dengan pemberian suplemen oksigen.
- b) Pertahankan frekuensi pernapasan normal (eukapnea) dengan PaCO₂ antara 35-38 mmHg.
- c) Cegah hiperventilasi kecuali terjadi herniasi
- d) Monitoring end-tidal carbon
- e) Pertimbangan pemakaian agen blokade neuromuskular andai pasien mengalami kendala ventilasi.
- f) Melaksanakan dekomposisi dengan jarum ukuran 12G andai ditemukan desakan pneumotoraks (pneumothorax tension)

g) Jika terdapat situasi dalam kondisi pneumotoraks dan hemotoraks yang menakutkan nyawa, kerjakan tindakan saluran pada ICS 5 pada midaksila anterior.

3) Sirkulasi (circulation)

- a) Pertahankan kedudukan normovolemia pada pasien (jaga desakan arteri antara 70-90 mmHg)
 - b) Pertahankan perfusi serebral >70mmHg
 - c) Desakan darah sistolik hendaknya Pada pasien dengan trauma di samping penetrasi atau trauma tumpul, paling tidak 60 mmHg
 - d) desakan darah sistolik hendaknya paling tidak 60 mmHg dilakukan Pada pasien dengan trauma di samping penetrasi atau trauma tumpul,
 - e) Memberikan ekstra cairan isotonik atau produk darah cocok dengan keperluan pasien
 - f) Jika nadi pasien tidak teraba, maka berikan bolus cairan 250cc hingga nadi teraba
 - g) Pasang kateter urin guna monitoring pengeluaran urin (terutama andai pasien diserahkan diuretik)
- 4) Disability, kerjakan monitoring kedudukan GCS (Glasgow Coma Scale) dengan rutin, respons, pupil, nadi, pernapasan, dan desakan darah.
- 5) Menyiapkan pasien untuk pengecekan diagnostik penunjang.
- 6) Mencegah pasien tidak boleh sampai terjadi penambahan TIK dengan pemberian sedasi atau analgesik, pemberian diuretik osmotik (monitol), posisikan pasien head elevation 30°, dan minimalisasi stimulasi eksternal.

- 7) Fasilitasi pasien agar dilakukan tindakan pembedahan (evakuasi hematom, lobektomi, kraniotomi)
- 8) Mencegah supaya pasien tidak boleh sampai terjadi kejang.
- 9) Mempertahankan agar suhu tubuh pasien bias normal
- 10) Pemberian obat seperti Diuretik osmotik, Loop diuretik, Analgesik, Antibiotik, Antihipertensi.

2.1.9 Masalah keperawatan

- 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral
- 2) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer
- 3) Ketidakefektifan pola napas
- 4) Ketidakefektifan bersihan jalan napas
- 5) Kerusakan integritas jaringan kulit

2.1.10 Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada cedera pikiran berat yaitu perdarahan yang terjadi didalam otak baik cedera kepala terbuka maupun tertutup. Perdarahan yang terjadi didalam otak mengakibatkan peningkatan tekanan intrakranial yang berakibat pada sel neuro dan vaskuler tertekan. Perdarahan yang terjadi didalam kepala dapat mengakibatkan penurunan kesadaran (Corwin,2015).

2.2 Konsep dasar gangguan perfusi jaringan serebral

2.2.1 Pengertian perfusi jaringan serebral

Perfusi jaringan serebral ialah suatu suasana dimana seseorang merasakan penurunan pemasokan oksigen kedalam otak. Hal itu diakibatkan karena adanya sumbatan atau pecahnya kontinuitas pembuluh darah yang terdapat

diotak. Sumbatan atau pecahnya kontinuitas pembuluh darah akibatnya adanya benturan yang paling keras pada unsur kepala atau benda asing yang masuk dan merusak pembuluh darah otak.

2.2.2 Penyebab gangguan persfusi jaringa serebral

- 1) Gangguan persfusi jaringa serebral bisa terjadi saat tromboplastin parsial abnormal.
- 2) Gangguan persfusi jaringa serebral bisa terjadi saat protombin abnormal
- 3) Segmen ventikular kriakinetik
- 4) adanya Ateros klerosis aortic
- 5) adanya Diseksi arteri
- 6) Miksoma atrial
- 7) adanya Tumor otak
- 8) adanya Stenosis karotis
- 9) adanya Aneuresis maserebri

2.2.3 Tanda-tanda penambahan tekanan intraknial (TIK)

- 1) Terjadinya tekanan darah tinggi
- 2) Terjadinya Perubahan motorik dan sensorik
- 3) Terjadinya Perubahan bicara
- 4) Terjadinya Kejang
- 5) Terjadinya Hipertemi
- 6) Terjadinya Bradicardia
- 7) Terjadinya Pupil edema
- 8) Terjadinya Muntah proyektif

2.3 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Cedera Otak Berat (COB)

2.3.1 Pengkajian

1) Identitas Klien

Identitas Klien mencakup ¹ Nama; Alamat; Umur; Status; Diagnosa medis; Tanggal MRS; Keluarga yang dihubungi; Catatan kedatangan; no RM; Keluhan Utama; terjadi penurunan kesadaran pasien

2) Riwayat Penyakit yang terjadi saat ini

Terdapat riwayat luka berat tentang kepala seperti benturan keras dan trauma di kepala seringkali mengalami penurunan kesadaran, konvulsi, muntah, sakit kepala, lemah, serta koma.

3) Riwayat Penyakit Dahulu

Terdapat riwayat Penyakit pasien seperti hiperkapnea, riwayat cedera kepala sebelumnya, diabetes melitus, anemia, penyakit jantung.

4) Riwayat Penyakit Keluarga

Terdapat riwayat penyakit pasien seperti degeneratif hipertensi dan diabetes militus.

5) Riwayat Psikososial

¹ Pengasuh klien, interaksi soisial, rekan bermain, peran ibu, kepercayaan agama atau budaya.

¹ 2.3.2 Pola faedah kesehatan.

1) Pola Persepsi

Menggambarkan persepsi keluarga pasien terhadap penyakit yang diderita pasien seperti pengetahuan keluarga dan penatalaksanaan penderita cedera otak berat dengan evolusi perfusi jaringan serebral.

2) Pola Nutrisi

Penderita cedera otak berat asing mengeluh dengan anoreksi, mual, muntah bisa mengakibatkan berat badan menurun.

3) Pola Eliminasi

Pola penyingkiran terjadi dikarenakan perubahan pola berkemih (polyuria, nokturia, anuria) letih, lemah, susah bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

4) Pola Aktivitas/istirahat

Pola aktivitas/istirahat klien bisa terjadi seperti tidak sadarkan diri (koma), lemah, susah bergerak, tonus otot menurun.

5) Nilai Keyakinan

Hasil cerminan cedera otak berat mengenai penyakit yang diderita pasien menurut keterangan dari agama dan kepercayaan, kecemasan, dan destinasi kesembuhan dan asa akan sakitnya.

2.3.3 Pemeriksaan fisik Comprehensif Body Sistem

1) (*Breathing*) B1

Pada inspeksi diketahui klien lemah, terjadi sesak nafas dan peningkatan frekuensi nafas. Saat auskultasi terdengar suara tambahan yaitu ronchi dengan penurunan tingkat kesadaran (koma).

2) (*Brain*) B3

Pasien koma GCS:1-X-X (verbal tidak biasa dikaji karena menggunakan respirator). Sklera putih, pupildatasis/midriasis kanan. Terjadi ada epidural hematoma kanan, post trepanasi dan cedera kepala bagian kanan dan.

3) (*Bladder*) B4

Pasien terpasang kateter dengan urin+ 1.500 cc/hari.

4) (*Bowel*) B5

Pasien saat makan, minum dibantu dengan susu lewat NGT dan cairannya infus.

5) (*Bone*) B6

Pasien saat bergerak hemiplegi kiri, sendi terbatas. Ekstremitasi atas dan bawah terdapat luka lecet. Akral hangat,tugor cukup, warna kulit pucat.

2.3.4 ¹⁶ Diagnosa keperawatan

Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan edema otak

Tabel 2.2 Rencana Asuhan Keperawatan ⁵¹ (Nanda NOC dan NIC 2015)

Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
<p>Perubahan perfusi jaringan serebral b/d odema otak</p> <p>Definisi: Penurunan sirkulasi darah yang bisa mengganggu otak.</p> <p>Batasan Karakteristik:</p> <p>³³</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keterlambatan luka perifer. 2. Nyeri ekstremitas 3. Penurunan nadi perifer 4. Perubahan faedah motorik 5. Ridak terdapat nadi perifer 6. Klaudikasi intermiten <p>Faktor yang berhubungan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stenosis karotik 2. Embolism 3. Cedera kepala 4. Stenosis mitral 5. Neoplasma pikiran 6. Keabnormalan masa protombin/masa tromboplastin parsial 7. Penurunan kepala ventrikel kiri 8. Asteroklerosis dada 9. Tumor otak 10. Efek samping tindakan 	<p>Tekanan darah sistole</p> <p>Tekanan darah dastole</p> <p>Tekanan nadi</p> <p>Tekanan darah rata-rata</p> <p>Kekuatan nadi karotis kanan</p> <p>Kekuatan nadi karotis kiri</p> <p>Kekuatan nadi brakialis kanan</p> <p>Kekuatan nadi brakialis kiri</p> <p>Kekuatan nadi femoralis kanan</p> <p>Kekuatan nadi fermoralis kiri</p> <p>Saturasi oksigen</p> <p>Edema perifer</p> <p>Suara nafas tambahan</p> <p>Ansietas</p> <p>Distensi vena leher</p> <p>Bising pembuluh darah besar</p>	<p>⁶</p> <p>Perawatan sirkulasi: alat bantu mekanik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian sirkulsiperifer secara komprehensif(seperti mengecek nadi perifer,edema,waktu pengisian kapiler, dan suhu ekstremitas) 2. Monitor kemampuan sensori dan kognitif 3. Monitor ketidaknyamanan atau nyeri dada 4. Evaluasi tekanan arteri pulmonal, tekanan darah sistemik, cardiac output 5. Observasi tanda-tanda hemodialisis 6. Berikan anti keagulan dn antitrombolitik sesuai instruksi 7. Berikan transfusi darah yang sesuai 8. Monitor nilai elektrolit, BUN, dan kreatinin setiap hari 9. Monitor intake dan output cairan

2.3.5 Implementasi keperawatan

Implementasi merupakan suatu perbuatan perencanaan keperawatan telah direncanakan sebelumnya (Rohman,2016)

2.3.6 Evaluasi keperawatan

Evaluasi ialah tahapan guna menilai apakah rencana keperawatan cocok dengan rencana yang ditetapkan dalam destinasi keperawatan. Di samping itu penilaian bertujuan guna mengerjakan pengkajian ulang (Padila,2016)

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain yang akan digunakan dalam studi permasalahan ini merupakan penelitiannya tentang status obyek yang diteliti, subyeknya dapat individu, kelompok, lembaga maupun masyarakat yang berkaitan dalam sebuah bagian yang lebih eksklusif dari borongan individu. Yang bertujuan guna memberi cerminan menyeluruh mengenai latar belakangnya, sifat, serta ciri khas yang khas dari permasalahan yang dianalisis (Nazir, 2015)

Dalam studi permasalahan ini penelitian dilaksanakan untuk mengembangkan asuhan keperawatan pada pasien Cedera Otak Berat (COB) dengan masalah evolusi perfusi jaringan serebral di ruang HCU Melalui (High Care Unit) RSUD Bangil, Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Batasan istilah dalam studi permasalahan ini merupakan :

- 1) Asuhan keperawatan merupakan serangkaian pekerjaan keperawatan yang direncanakan, pengimplementasi dari rencana perbuatan asuhan keperawatan dan penilaian dari seluruh tindakan yang telah diserahkan guna klien.
- 2) Klien merupakan seseorang yang menerima pelayanan secara profesional dari pribadi atau suatu kelompok. Dalam studi permasalahan ini, subyek yang dianalisis terdiri dari dua pasien dengan masalah keperawatan dan diagnosaa

3) Medis yang sama merupakan Cedera ¹ Otak Berat (COB) dengan masalah evolusi perfusi jaringan serebral.

4) Cedera Otak Berat (COB merupakan Traumatic Brain Injury (TBI) ialah terjadi diakibatkan oleh kekuatan mekanik luar mengakibatkan disfungsi benak yang berasal dari pukulan keras ke kepala atau luar tubuh salah satunya ialah penyebab kematian atau kecacatan dan mayoritas terjadi dampak kecelakaan kemudian lintas.

3.3 Partisipan

Partisipasi merupakan orang-orang ikut berperan atau berpartisipasi atau ikut serta pada sebuah kegiatan. Partisipan yang ikut dalam riset ini terdiri dari 2 orang klien yang diasuh di ruang HCU Melati (High Care Unit) RSUD Bangil, Pasuruan. 2 orang klien dengan diagnosa Cedera Pikiran berat (COB) dengan masalah evolusi perfusi jaringan serebral.

⁹ 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Tempat yang dipakai guna merangkai KTI studi permasalahan ini merupakan ¹ di RSUD Bangil Jl. Raya Raci Masangan No. 9 Bangil Ruang HCU Melati (High Care Unit).

3.4.2 Waktu Penelitian

Waktu yang digunakan untuk pembuatan KTI studi kasus merupakan studi kasus pribadi (dirumah sakit) waktu semenjak klien satu kali masuk lokasi tinggal sakit sampai kembali dan klien yang diasuh minimal 3 hari.

²² 3.5 Pengumpulan Data

Dalam studi ini metode pendataan data yang digunakan adalah

1) Wawancara

Sumber yang didapat dari hasil wawancara dengan family pasien dan perawat

2) Observasi

Penelitian mengerjakan pengecekan menggunakan teknik had to toe dengan IPPA: Inspeksi (melihat), Palpasi (meraba), Perkusi (mengetuk), Auskultasi (mendengarkan) pada anggota tubuh klien.

3) Studi dokumentasi

Dokumentasi merupakan informasi dari sebuah dokumen. Sumbernya bisa diperoleh berupa laporan, daftar harian, potret biografi, dan lain-lain. Pada arsip ini, penelitian mengoleksi data didapatkan dari hasil wawancara untuk keluarga pasien, daftar hasil keperawatan, pengecekan penunjang

3.6 Uji Keabsahan Data

Uji kebendaran data dalam studi kasus dilaksanakan dengan:

- a) Memperpanjang masa-masa pengamatan: dalam permasalahan waktunya di tentukan 3 hari, jikalau belum menjangkau validasi yang diharapkan maka waktu mendekati data studi kasus dapat diperpanjang satu hari. Sehingga dibutuhkan 4 hari dalam studi permasalahan ini.
- b) Metode triangulasi adalah pengumpulan data dengan penggabungan dari sekian banyak teknik pendataan data dan sumber data yang ada. Dalam studi permasalahan ini dipakai penggabungan teknik pendataan data laksana dari wawancara, observasi dan dari studi dokumentasi.

3.7 Analisa Data

Proses mengoleksi data dan merangkai data kedalam bentuk penyusunan karya tulis ilmiah sampai-sampai menyusun suatu tema dan penulis dapat menyusun hipotesa kerja. Data dari mula hingga akhir diteliti oleh penulis. Analisa data dilaksanakan dengan merangkai hasil wawancara, asuhan keperawatan, pemeriksaan penunjang sampai menyusun suatu tema. Dari hasil wawancara dengan family pasien, mengobservasi klien, dan arsip riset memburu data dari data tersebut peneliti dang mencocokkan dengan riset dan teori-teori yang telah ada sebelumnya.

Urutan yang dipakai dalam meneliti ⁴⁸ yaitu:

a) Pengumpulan Data

Data yang didapatkan dari wawancara dengan family pasien, hasil observasi dengan pasien dan arsip keperawatan dikoleksi sampai-sampai menyusun tema. Dari data tersebut dapat dikelompokkan menjadi satu sampai-sampai menjadi suatu laporan asuhan keperawatan. Sedangkan isi data berisi mengenai klien, ¹ pengkajian, diagnosis, perencanaan (intervensi), penatalaksanaan (implementasi) dan evaluasi.

b) Mereduksi Data

Data yang didapatkan dari wawancara dengan family pasien, hasil observasi dengan pasien dan arsip keperawatan dikoleksi sampai-sampai menyusun tema. Dari data tersebut dapat dikelompokkan menjadi satu sampai-sampai menjadi suatu laporan asuhan keperawatan, lantas pengarang dapat membandingkan dengan data sebelumnya atau dari buku-buku keperawatan

c) Penyajian Data

²⁹ Penulis menyajikan data dalam format narasi, tabel dan gambar yang didapatkan dari data obyek dan subyek, sumber informasi, data yang bersangkutan dengan klien dipastikan kerahasiaannya.

d) Kesimpulan

Data didapatkan dari wawancara, observasi, arsip lintas kelompok hingga dapat sebuah tema. Dan tema itu pengarang dapat menciptakan suatu laporan asuhan keperawatan. Isi dari laporan keperawatan itu berisi: pengkajian, diagnosis, ²¹ intervensi, implementasi dan evaluasi. Kemudian laporan asuhan keperawatan dikomparasikan dengan laporan yang telah ada dan buku-buku keperawatan lainnya guna mengembangkan asuhan keperawatan pada masalah ini.

¹ **3.8 Etika Penelitian**

Prinsip etik yang perlu dicantumkan dalam riset antara lain:

1) Prinsip manfaat

- a) Subyek bebas dari penderitaan: riset yang dilaksanakan tidak mengakibatkan penderitaan pada subyek.
- b) Bebas dari eksploitasi: menghindarkan pasien dari urusan yang tidak menguntungkan. Informasi didapat dari partisipan tidak dipakai dapat merugikan pasien

c) Resiko (benefits ratio)

Dalam mempertimbangkan resiko peneliti mesti berhati-hati bakal dampak perbuatan yang diserahkan oleh subyek.

2) Prinsip saling menghargai

- a) Hak guna menerima atau menampik responden
- b) Hak narasumber guna tidak membalas pertanyaan yang mempunyai sifat rahasia klien
- c) Inform consent menjadi narasumber guna menghindari adanya bimbingan dilain hari
- d) Hak mengawal rahasia klien

3) Prinsip keadilan

- a) Responden berhak mendapat penyembuhan yang adil. Pasien me sti diperlakukan adil, mulai dari sebelum sampai sesudah ikutnya dalam riset tanpa terdapat diskriminasi
- b) Hak guna dipertahankan kerahasiaannya, hak subyek guna meminta seluruh data yang diserahkan guna dirahasiakan, guna pengarang identitas nama me sti menggunakan inisial dan rahasia

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Tempat Pengumpulan Data

Dalam penyusunan studi kasus ini peneliti melakukan pengambilan data serta melakukan pengkajian di RSUD Bangil Jl.Raya Raci Masangan No. 9 Bangil, Pasuruan diruang HCU Melati, dengan kapasitas 12 tempat tidur disertai ruangan ber AC, bersih dan luas. Perawat yang bertugas diruang HCU Melati terdiri dari 18 orang perawat. Pasien yang diteliti dalam studi kasus ini terdiri dari 2 orang responden yang dirawat di HCU Melati dengan diagnosa yang sama.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas klien dengan Cidera Otak Berat (COB).

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Ny. S	Tn. H
Umur	65 tahun	45 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMP
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Sopir truk

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Daftar riwayat penyakit klien dengan Cidera Otak Berat (COB).

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Keluhan Utama	Klien mengalami penurunan kesadaran	Klien mengalami penurunan kesadaran
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami kecelakaan. Sebelumnya, pasien hendak membeli kebutuhan rumah. Dalam perjalanan menuju toko pasien ditabrak motor yang melaju dengan kecepatan tinggi. Akibat t ⁵² akan tersebut pasien tidak sadarkan diri dan terdapat perdarahan dikepalanya. Pasien dibawa ke Puskesmas Grati Pasuruan oleh warga sekitar kejadian. Kemudian pasien dirujuk ke RSUD Bangil untuk mendapatkan pemeriksaan lebih lanjut.	
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami riwayat penyakit seperti ini sebelumnya.	Keluarga pasien mengatakan pasien tidak pernah mengalami riwa ¹¹ penyakit seperti ini sebelumnya
Riwayat keluarga	Keluarga pasien mengatakan anggota keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti ini, tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun.	Keluarga pasien mengatakan anggota ¹¹ keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti ini, tidak memiliki riwayat penyakit menular

Riwayat psikososial	Pasien tidak sadarkan diri dan hanya <i>bed rest</i> di tempat tidur.	atau menurun. Pasien tidak sadar dan hanya <i>bed rest</i> di tempat tidur.
Pengkajian spiritual	Keluarga pasien selalu berikhtiar dan berdoa untuk kesembuhan pasien.	Keluarga pasien selalu berdoa demi kesembuhan pasien.

Sumber: Data primer April 2020.

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

Tabel 4.3 Daftar pola kesehatan klien dengan Cidera Otak Berat (COB).

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola nutrisi	Sebelum sakit: Keluarga klien mengatakan Pasien biasanya makan 45 hari yang terdiri dari nasi, sayur, lauk-pauk, buah dan minum air putih 1.500 ml/hari. Saat sakit: Terpasang NGT/ selang Makan. Makanan yang diberikan dari gizi berupa susu dan air putih dan diberikan melalui sonde.	Sebelum sakit: Keluarga klien mengatakan pasien biasanya makan 3x/hari dengan nasi, sayur, lauk-pauk. Saat sakit: Terpasang NGT. Pasien diberikan makan melalui sonde berupa susu dan air putih.
Pola eliminasi	Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien dirumah BAK 6x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari warna kuning, bau khas feses. Saat sakit: Pasien terpasang selang kateter dengan jumlah BAK sebanyak 1.500 cc/hari dan BAB 1x/hari pada pagi hri dengan konsistensi lembek, berwarna kuning, bau khas feses.	Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan diri pasien biasanya BAK 4x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari lembek, warna kuning, bau khas feses. Saat sakit: Pasien terpasang selang kateter dengan jumlah BAK sebanyak 900 cc/hari. BAB 1x/hari dengan konsistensi lembek, bau khas feses, warna kuning.
Pola istirahat/tidur	Sebelum sakit:	Sebelum sakit:

	Keluarga klien mengatakan 38 an pasien biasanya tidur siang 1 jam dan tidur malam 7 jam. Saat sakit: Pasien tidak sadarkan diri.	Keluarga klien menga 17 an pasien jarang tidur siang dan tidur malam 7 jam. Saat sakit: Pasien tidak sadarkan diri.
Pola aktivitas	Sebelum sakit: Keluarga klien mengatakan klien melakukan aktivitas secara mandiri. Saat sakit: Klien tidak sadarkan diri semua kativitas dan kebersihan klien dibantu oleh perawat dan keluarga.	Sebelum sakit: Keluarga pasien mengatakan pasien pekerja keras dan mandiri. Saat sakit: Klien tidak sadarkan diri, semua aktivitas dan kebersihan klien dibantu oleh perawat dan keluarga.

Sumber: Data primer April 2020

4. Pemeriksaan fisik (head toe-to/ pendekatan sistem).

Tabel 4.4 Daftar pemeriksaan fisik pasien dengan Cidera Otak Berat (COB).

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
S	37	36,6
N	129 x/menit	110 x/ menit
TD	95/52 mmHg	100/78 mmHg
RR	26 x/menit	28 x/menit
SPO2	82%	86 %
GCS	1-1-1	1-1-1
Kesadaran	Koma CRT > 2 detik	Koma RT > 2 detik
Keadaan umum	Lemah, tidak muntah, terdapat luka di kepala sebelah kiri bawah dan odema di dahi kanan..	Lemah, muntah, terdapat luka di kepala kanan atas.
Pemeriksaan fisik Komprehensif body sistem		
(Breathing) B1	Pada inspeksi, didapatkan klien lemah, sesak nafas dan peningkatan frekuensi nafas	Pada inspeksi, didapatkan klien lemah, sesak nafas dan peningkatan frekuensi nafas
(Blood) B2	Tekanan darah biasanya mengalami peningkatan	Tekanan darah biasanya mengalami peningkatan
(Brain) B3	Pasien koma GCS:1-X-X (verbal tidak biasa	Terjadi cedera kepala bagian

	dikaji karena menggunakan respirator)	kanan dan ada epidural hematoma kanan, post trepanasi.
(Bladder) B4	Klien terpasang kateter dengan produksi urin+ 1.500 cc/hari	Klien terpasang kateter dengan produksi urin+ 1.500 cc/hari
(Bowel) B5	Klien untuk makan dan minum dibantu dengan susu lewat NGT dan cairannya infus	Klien untuk makan dan minum dibantu dengan susu lewat NGT dan cairannya infus
(Bone) B6	Klien untuk bergerak sendi terbatas, hemiplegi kiri	Akral hangat, turgor cukup, warna kulit pucat

Sumber: Data primer April 2020

5. Pemeriksaan Diagnostik.

Tabel 4.5 Daftar pemeriksaan diagnostik pasien dengan Cidera Otak Berat (COB).

Pemeriksaan diagnostik Ny. M	Pemeriksaan diagnostik Tn. S
1. Laboratorium: Terlampir	1. Laboratorium: Terlampir.
2. Foto rontgen: foto thorax AP, cervical AP/ lat ankle D: Tanggal 5 April 2020.	2. Foto rontgen: foto thorax AP tanggal: 10 April 2020.
3. Pemeriksaan laboratorium: Tanggal 5 April 2020.	3. Pemeriksaan laboratorium: Tanggal 10 April 2020

Sumber: Data primer April 2020.

Tabel 4.6 Daftar pemeriksaan laboratorium pasien dengan Cidera Otak Berat (COB).

Pemeriksaan	Hasil		Satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI DL	Klien 1	Klien 2		
1 Leukosit (WBC)	22,25	21,20		3,70-10,1
Neutrofil	19,3	18,8		
Limfosit	1,2	1,6		
Monosit	1,1	1,2		
Eosinofil	0,1	0,1		
Basofil	0,1	0,3		
Neutrofil %	86,9	88,2	%	39,3-73,7
Limfosit %	5,5	5,3	%	18,0-48,3
Monosit %	5,0	5,6	%	4,40-12,7
Eosinofil %	0,6	0,2	%	0,600-7,30
Basofil %	0,5	0,2	%	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	4,880	5,662	10 ⁶ / μ L	4,6-6,2

Hemoglobin (47 GB)	14,60	15,30	g/dL	13,5-18,0
Hematokrit (HCT)	44,90	45,60	%	40-54
MCV	92,00	94,10	μm^3	81,1-96,0
MCH	29,90	28,30	Pg	27,0-31,2
MCHC	32,50	32,20	g/dL	31,8-35,4
RDW	13,20	12,20	%	11,5-14,5
PLT	246	228	$10^3 / \mu\text{L}$	155-366
MPV	6,9	8,4	fL	6,90-10,6
23 MIA KLINIK				
ELEKTROLIT				
ELEKTROLIT				
SERUM				
Natrium (Na)	143,70	142,60	23 mol/L	135-147
Kalium (K)	3,96	4,00	Mmol/L	3,5-5
Klorida (Cl)	101,40	98,50	Mmol/L	95-105
Kalsium Ion	1,186	1,280	Mmol/L	1,16-1,32

Tabel 4.7 Daftar terapi obat pasien dengan Cidera Otak Berat (COB).

Klien 1		Klien 2	
Inf. Ns	20 tpm	Inf. Ns	20 tpm
Inj. Mannitol		Inj. Mannitol	
Inj. Pumpitor	(IV) 3x40 mg	Inj. Antrain	(IV) 3x1 gram
Inj. Ondansetron	(IV) 2x4 mg	Inj. Formacin	(IV) 2x2 gram
Inj. Santagesic	(IV) 3x1 gram	Inj. Ondansetron	(IV) 3x4 gram
Inj. Ceftriaxon	(IV) 3x1 gram		
Inj. Citicollin	(IV) 2x500 mg		
Inj. Piracetam	(IV) 3x3 gram		

Sumber: Rekam medik April 2020.

1

4.1.3 Analisa Data

Klien 1

Data	Etiologi	Masalah
<p>Data subyektif: Klien tidak sadar Data obyektif : Keadaan umum jelek, lemah, tidak muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma GCS 1-1-1, CRT > 2 detik. 10 V TD: 100/78 mmHg N: 110 x/menit S: 36,6 RR: 28 x/menit SPO2: 86 %: Klien tampak lemah, terdapat luka di kepala dengan kedalaman 4 cm dan terpasang infus Ns 20 tpm.</p>	Odema otak	Perubahan perfusi jaringan serebral

Klien 2

Data	Etiologi	Masalah
<p>Data subyektif: Klien tidak sadar Data obyektif : Keadaan umum jelek, lemah, muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma GCS 1-1-1, CRT > 2 detik. 10 V TD: 100/78 mmHg N: 110 x/menit S: 36,6 RR: 28 x/menit SPO2: 86 %: Klien tampak lemah, terdapat luka di kepala dengan kedalaman 6 cm dan terpasang infus Ns 20 tpm.</p>	Odema otak	Perubahan perfusi jaringan serebral

1
4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Data	Etiologi	Masalah
<p>Klien 1 Data subyektif: klien tidak sadarkan diri. Data obyektif: Keadaan umum lemah, tidak muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma GCS 1-1-1, CRT > 2 detik. TTV 13 TD: 95/52 mmHg N: 129 x/menit S: 37 RR: 26 x/menit SPO2: 82 % Klien tampak lemah, akral hangat, terdapat luka di bagian kepala dengan kedalaman 4 cm, terpasang infus Ns 20 tpm.</p>	<p>14 Perubahan perfusi jaringan serebral</p>	<p>Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak.</p>
<p>Klien 2 Data subyektif: Klien tidak sadar Data obyektif: Keadaan umum lemah, muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS 1-1-1, CRT > 2 detik. 10 V TD: 100/78 mmHg N: 110 x/menit S: 36,6 RR: 28 x/menit SPO2: 86 % Klien tampak lemah, muntah, terdapat luka di kepala dengan kedalaman 6 cm dan terpasang infus Ns 20 tpm.</p>	<p>Perubahan perfusi jaringan serebral</p>	<p>8 Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak.</p>

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
<p>16 Klien 1 Ny. M Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan</p>	<p>Perawatan sirkulasi: alat bantu mekanik 1. Lakukan penilaian</p>

dengan odema otak.	<p>3x24 jam di harapkan tidak mengalami odema 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>20. penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>6</p> <p>sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi perifer, edema, waktu pengisian kapiler, dan suhu ekstremitas).</p> <ol style="list-style-type: none"> 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.
--------------------	---	--

Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
<p>16. en 2 Tn. S</p> <p>Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak.</p>	<p>Tujuan: Setelah asuhan keperawatan 3x24 jam diinginkan tidak mengalami odema 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>6</p> <p>Perawatan sirkulasi: alat bantu mekanik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi perifer, edema, 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>42) nilai:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu. 2. Banyak terganggu. 3. Cukup terganggu. 4. Sedikit terganggu. 5. Tidak terganggu 	
--	--	--

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Klien 1 Ny. M

Waktu	Implementasi			Paraf
	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal	
	44 5 April 2020	6 April 2020	8 April 2020	
1 20.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada keluarga pasien guna menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	14.00Melakukan rawat luka.	08.00Melakukan rawat luka.	
20.15	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral.	14.30Mengatur posisi tidur yang nyaman bagi klien yaitu bagian kepala lebih tinggi dari badan.	08.30Melakukan verbed setiap hari guna mencegah terjadinya infeksi dan luka baru atau decubitus.	
20.45	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	14.45 Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral.	09.00Mengatur posisi nyaman bagi klien (semi fowler).	
21.00	Mengatur posisi tidur yang nyaman bagi klien.	15.00Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	09.30Memonitor tanda-tanda TIK.	
21.15	Melakukan kolaborasi obatobatan	15.30Melakukan kolaborasi tindakan	09.45Melakukan kolaborasi obat-obatan	

	(injeksi iv Ondansetron 40 mg, santagesic 1 gram, ceftriaxone 1 gram, citicollin 500 mg, piracetam 3 gram.	obatobatan ondansetron 40 mg, ceftriaxone 1 gram, santagesic 1 gram, citicollin 500 mg.	piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul.	
21.45	Mengkaji tingkat kesadaran klien.	16.00Mengkaji tingkat kesadaran klien.	10.00Mengkaji tingkat kesadaran klien.	
22.00	Memonitor tanda-tanda TIK.	6.10Memonitor tanda-tanda TIK.	10.15Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	

Klien 2 Tn. S

Waktu	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Paraf
1	10 April 2020	11 April 2020	12 April 2020	
08.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada keluarga pasien guna menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	15.00Melakukan rawat luka.	21.00Melakukan rawat luka.	
08.15	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral.	15.30Melakukan personal oral hygiene	21.30Melakukan verbed setiap hari guna mencegah terjadinya infeksi dan luka baru atau decubitus.	
08.45	Memonitor oksigen	15.45Mengganti verbed klien	22.00Melakukan transfusi	

	sesuai instruksi dokter.	guna mencegah infeksi	darah	
09.00	Mengatur posisi tidur yang nyaman bagi klien.	16.00 Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	22.30 Memonitor tanda-tanda TIK.	09.00
09.15	Melakukan kolaborasi obat-obatan (injeksi iv antrain 1 gram, ondansentron 4 gram, formacin 2 gram).	16.30 Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram).	22.45 Melakukan kolaborasi obat-obatan piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul.	
09.45	Mengkaji tingkat kesadaran klien.	17.00 Melakukan mobilisasi ROM aktif seperti miring kanan 5 menit, kiri 5 menit.	23.00 Mengkaji tingkat kesadaran klien	
10.00	Memonitor tanda-tanda TIK.	17.10 Melakukan pemberian oksige Nrbm 10 liter/menit.	23.15 Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	
10.30	Melakukan transfui drah	18.00 Menilai tingkat kesadaran klien.	23.30 Melakukan mobilisasi ROM aktif seperti fleksi, ekstensi, miring kanan, kiri.	

Sumber: Data Primer April 2020.

1

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

EVALUASI	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	15 5 April 2020	6 April 2020	7 April 2020
Klien 1 (Ny. M)	<p>S:Klien tidak sadar</p> <p>O:Keadaan umum jelek, lemah, tidak muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS: 1-1-1 TTV 13: 95/52 mmHg N : 129 x/menit S : 37 RR: 26 x/menit SPO2: 82 % -Klien tampak lemah, -Akral hangat, - Terdapat luka di kepala dengan kedalaman 5 cm, -Terpasang infus pump cairan Ns Rate 42, limit 500, dan mannitol grojok. -Terpasang oksigen Nrbm 10 liter/meni, -Terpasang DC 500 cc/jam. -Terpasang NGT -Terpasang syring pump.</p> <p>A:Masalah belum Teratasi</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri luka jahitan di kepalanya.</p> <p>O:Keadaan umum cukup, lemah, kesadaran delirium GCS: 3-2-3 7 TTV TD:100/84 mmHg N: 100 x/menit S: 37 RR:24 x/menit SPO2: 86 % -Klien keadaan cukup - Terpasang infus pump cairan Ns Rate 42, limit 500, dan mannitol grojok. -Terpasang oksigen Nrbm 8 liter/menit. -Terpasang DC 400 cc/jam -Terpasang NGT -Terpasang syring Pump</p> <p>1 A:Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. a.Mengkaji observasi tanda-tanda penurunan serebral. b. Memonitor</p>	<p>S: Klien mengatakan badan semua kaku.</p> <p>O:Keadaan umum cukup, lemah, mukosa bibir kering, kesadaran somnolen GCS 19 -5 TTV TD:110/90mmHg N: 88 x/menit S: 36,8 RR: 24 x/menit SPO2: 88 %. -Klien keadaan cukup. -Terpasang infus pump RL dengan rate 24, limit500, dan cairan mannitol 20 tpm. -Terpasang DC 400 cc/jam -Terpasang NGT -Terpasang oksigen Nrbm 8 liter/menit. -Terpasang syring pump.</p> <p>1 A:Masalah teratasi Sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. a.Memonitor tanda-tanda TIK. b.Memonitor vital sign.</p>

	<p>P Lanjutkan intervensi</p> <p>a. Mengkaji observasi evaluasi tandatanda penurunan serebral.</p> <p>b. Mempertahankan pemberian oksigen Nrbm sesuai instruksi dokter. 7</p> <p>c. Memonitor vital sign serta tingkat kesadaran.</p> <p>d. Memonitor tanda-tanda TIK.</p>	<p>tanda-tanda TIK.</p> <p>c. Memonitor vital sign.</p> <p>d. Mempertahankan pemberian oksigen Nrbm.</p>	
--	--	--	--

EVALUASI	43	Hari ke 2	Hari ke 3
	15 10 April 2020	11 April 2020	12 April 2020
Klien 2 (Tn.S)	<p>S: Pasien tidak sadar</p> <p>O: Keadaan umum jelek, lemah, muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS 1-1-1, CRT > 2 detik.</p> <p>10 V</p> <p>TD: 100/78 mmHg</p> <p>N: 110 x/menit</p> <p>S: 36,6</p> <p>RR: 28 x/menit</p> <p>SPO2: 86 %</p> <p>Klien tampak lemah</p> <p>Terdapat luka di kepala</p> <p>Terpasang infus pump</p>	<p>26 Klien belum Sadar</p> <p>O: Keadaan umum lemah, kesadaran koma GCS: 1-1-1</p> <p>TTV</p> <p>TD: 100/70 mmHg</p> <p>N: x/90menit</p> <p>S: 36</p> <p>RR: 26 x/menit</p> <p>SPO2: 88 %</p> <p>Klien keadaan cukup</p> <p>Terpasang infus pump cairan Ns Rate 42, limit 500, dan mannitol grojok.</p> <p>Terpasang oksigen Nrbm 9</p>	<p>S: Klien mengatakan nyeri luka jahitan di kepala dan badan terasa kaku.</p> <p>O: Keadaan umum cukup, lemah, mukosa bibir kering.</p> <p>Kesadaran somnolen 19</p> <p>GCS 3-5-5</p> <p>TTV</p> <p>TD: 110/88mmHg</p> <p>N: 85 x/menit</p> <p>S: 36,7</p> <p>RR: 24 x/menit</p> <p>SPO2: 90 %.</p>

	Ns dengan Rate 42 dan limit 500, mannitol grojok Terpasang DC Terpasang NGT Terpasang drain Terpasang syring pump A:Masalah belum teratasi.	liter/menit. Terpasag DC 300 cc/jam Terpasang NGT. Terpasang syring pump.	
--	---	--	--

Sumber: Data primer April 2020.

4.2 Pembahasan

Bab ini berisi penjelasan data secara deskriptif yang diperoleh selama proses ⁷ **keperawatan** yakni **pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi**. Selain itu, bab ini bertujuan untuk melihat perbandingan antara fakta yang ada di lapangan dengan teori yang sudah ada sebelumnya dan melihat efektivitas asuhan keperawatan yang telah dilakukan peneliti. Semua temuan persaan maupun perbedaan diuraikan dengan konsep. Pembahasan berisi jawaban-jawaban dari sebuah tujuan meliputi mengapa (why), dan bagaimana (how). Urutan yang digunakan dalam penulisan pembahasan dilakukan secara urut yakni sesuai F-T-O (Fakta- Teori- Opini).

¹ 4.2.1 Pengkajian

1. Data subyektif

Pengkajian dilakukan oleh peneliti di ruang HCU Melati dengan 2 orang partisipan dan dengan diagnosa yang sama. Pada saat dilakukan pengkajian, klien 1 berusia 70 tahun dengan diagnosa Cedera Otak Berat (COB), klien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 1-1-1.

Sedangkan klien 2 berusia 45 tahun dengan diagnosa Cedera Otak Berat (COB), klien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 1-1-1,

Berdasarkan penelitian yang dilakukan peneliti, penulis menarik kesimpulan bahwa keadaan yang dialami klien 2 lebih parah dari klien 1 karena klien 2 mengalami luka pada daerah kepala sebelah kanan bawah dan perdarahan yang sangat banyak dengan kedalaman luka 6 cm, serta klien 2 mengalami muntah. Pada klien 1 mengalami luka pada kepala bagian kiri atas dengan kedalaman luka 4 cm dan terjadi perdarahan hanya sedikit, pasien tidak muntah.

2. Data obyektif

Pengkajian yang dilakukan pada klien 1 didapatkan keadaan klien lemah, tidak sadarkan diri, pasien tidak muntah, mukosa bibir kering dan pucat, kesadaran koma, GCS 1-1-1, CRT < 2 detik. Pemeriksaan tanda-tanda vital yang dilakukan diperoleh TD: 95/52 mmHg, N: 129 x/menit, S: 37, RR: 26 x/menit, SPO2: 82%, akral hangat, terdapat luka di kepala belakang dengan kedalaman 4 cm.

Pada klien 2 didapatkan keadaan umum tidak sadarkan diri, muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS: 1-1-1, CRT < 2 detik, TTV TD: 100/78 mmHg, N: 110 x/menit, S: 36,6; RR: 28 x/menit, SPO2: 86%. Akral hangat, terdapat luka di kepala belakang dengan kedalaman 6 cm.

Berdasarkan data yang didapatkan selama pengkajian, didapatkan kesamaan pada kedua klien yakni mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 1-1-1, kesadaran koma. Tetapi, terdapat perbedaan pada

kedua klien yakni pada klien 1 tidak mengalami muntah dan perdarahan sedikit dengan kedalaman luka 4 cm sedangkan klien 2 muntah dan mengalami perdarah yang sangat banyak dengan kedalaman luka 6 cm.

¹ 3. Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada kedua klien diperoleh klien 1 leukosit (WBC) mengalami peningkatan yaitu 27,20 dan klien 2 juga mengalami peningkatan leukosit yaitu 22,25. Sedangkan nilai normal leukosi berkisar antara 3,70-10,1. Untuk mengurangi atau menurunkan leukosit yang tinggi kedua klien dianjurkan ³⁷ makan makanan yang mengandung omega 3 seperti ikan salmon, ikan forel, serta vitamin C.

Pemeriksaan CT-scan yang dilakukan didapatkan hasil klien 1 mengalami benturan yang sangat kuat dan terjadi odema pada otak besar dan klien juga mengalami perdarahan interstisial. Sedangkan klien 2 mengalami benturan yang sangat kuat, terdapat odema pada otak tapi kecil, serta klien mengalami perdarahan yang banyak.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

⁸ Berdasarkan analisa data yang diperoleh dari pengkajian, pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang yang dilakukan pada ¹⁴ klien 1 dan klien 2 menunjukkan diagnosa keperawatan perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak karena kedua klien mengalami benturan pada kepala yang mengakibatkan perdarahan sehingga terjadi odema pada otak.

Berdasarkan penjelasan dari Arif Mutaqin (2008) pada pasien yang mengalami Cedera Otak Berat (COB) diagnosa yang muncul adalah perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak .

Menurut peneliti, klien yang mengalami Cedera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran, jumlah GCS berkisar antara 3-5, terjadi perdarahan lebih dari normal, muntah pada beberapa klien, terjadi perubahan pada tanda-tanda vital bahkan menurun.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang di berikan pada klien 1 dan klien 2 dengan diagnosa perubahan perfusi jaringan serebral dengan odema otak sesuai dengan NANDA (2015) adalah NOC: Tanda-tanda vital dalam rentang normal, tidak terdapat tanda-tanda TIK, komunikasi verbal jelas, konsentrasi, dan orientasi baik, kesadaran dan GCS normal. NIC: memonitoring tekanan intrakranium.

Berdasarkan penjelasan dari Corwin (2009) dalam bukunya pada bab yang membahas tentang asuhan keperawatan pasien Cidera Otak Berat (COB) dengan diagnosa perubahan perfusi jaringan serebral, intervensi keperawatan yang diberikan meliputi: observasi tanda-tanda vital, observasi adanya tanda-tanda peningkatan TIK, komunikasi baik, GCS dan kesadaran normal.

Menurut peneliti intervensi yang diberikan pada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral pada pasien yang mengalami Cedera Otak Berat (COB).

1

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien dan klien 2 sudah tepat dan sesuai dengan rencana yang sudah dibuat sebelumnya namun, terdapat perbedaan dengan pemberian terapi, klien 1 mendapatkan terapi inj. Pumpitor 40 mg, ondansentron 4 mg, santagesic 1 gram, ceftriaxone 1 gram, citicolin 50 mg, piracetam 3 gram. Sedangkan klien 2 mendapatkan terapi inj. Antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram. Dalam pemberian terapi obat berbeda karena keadaan klien 2 lebih parah dari pada klien 1.

Berdasarkan penjelasan dari Rohmah, (2012) implementasi adalah pelaksanaan dari rencana yang sudah dibuat dan disusun untuk mencapai tujuan yang sudah ditentukan sebelumnya. merupakan realisasi dari rencana tindakan guna mencapai destinasi yang telah ditetapkan. Penatalaksanaan mencakup data-data yang sudah dilakukan, respon klien selama atau setelah dilakukan tindakan, melihat keluhan lain yang muncul dan membuat intervensi lanjutan untuk mengatasinya.

Berdasarkan penjelasan dari peneliti, implementasi yang dilaksanakan pada klien 1 dan klien 2 sesuai dengan intervensi yang ada dalam standart intervensi keperawatan yang tertulis dalam buku NIC. Serta terdapat tambahan implementasi pada saat dilapangan yang tidak tercantum dalam intervensi yang direncanakan, tetapi memang harus dilaksanakan sebab memiliki sifat wajib, yakni membina hubungan saling percaya terhadap klien keluarga. Berkolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi, dan mengukur tanda-tanda vital klien.

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dari evaluasi keperawatan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 2 dilafalkan belum sembuh dengan ditandai lemah, belum bisa bergerak sendiri, belum bisa bicara, tetapi hari ke tiga sudah sadar dan mengeluh nyeri post op (luka jahitan). Berbeda dengan klien 1 keadaanya cukup, telah bisa menggerakkan bagian tubuhnya sendiri, telah bisa bicara walaupun masih ngelantur, klien hari ke dua sudah sadar mengeluh nyeri bagian kepala post op (luka jahitan). Dan meminta minum terus karena dehidrasi.

Berdasarkan penjelasan dari Padila, (2012) penilaian merupakan tahapan akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dan untuk dikaji ulang bila destinasi belum tercapai.

Berdasarkan penjelasan dari peneliti, dan hasil evaluasi keperawatan mulai hari kesatu dan sampai hari ketiga, keluhan utama dan data obyektif yang didapat dari kedua klien, masalah belum teratasi, karena memang masa pemulihan/ rehabilitasi gangguan syaraf benak membutuhkan oksigen cukup, dan penambahan darah yang cukup.

BAB 5

¹ PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di Ruang HCU Melati RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis menarik kesimpulan dan saran yang dibuat menurut penjelasan dari laporan kasus. Berdasarkan data yang diperoleh secara garis besar sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada klien 1 dan klien 2 yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) diperoleh klien 1 dan klien 2 mengalami penurunan kesadaran, namun klien 2 keadaanya cepat membaik yaitu klien dapat menggerakkan bagian tubuhnya, bisa berbicara namun ngelantur, klien pada hari ke dua klien sadar penuh dan mengeluh nyeri bagian kepala post op (luka jahitan). Dan meminta minum terus karena dehidrasi.
2. Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak yang ditandai dengan kedua klien tidak sadarkan diri, terdapat luka pada bagian kepala serta terdapat perdarahan, membran mukosa kering dan pucat yang menunjukkan bahwa pasien mengalami dehidrasi, kesadaran koma, GCS 1-1-1, CRT >2 detik.
3. Intervensi keperawatan yang diberikan pada klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral meliputi: mengobservasi tanda-tanda vital, mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi serebral, memonitor saturasi oksigen, mengatur posisi

tempat istirahat yang nyaman guna klien (semi fowler), memonitor tanda-tanda TIK, menggarap kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

4. Implementasi klien yang menikmati Cidera tak Berat (COB) pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan, dilakukan sudah sesuai dengan intervensi. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri dan kolaborasi, dan tindakan rujukan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral disesuaikan dengan rencana keperawatan. Implementasi yang bisa dilakukan oleh peneliti selama 3 hari didapatkan hasil secara umum kondisi kesehatan pasien sudah pulih atau membaik.
5. Evaluasi klien yang menikmati perubahan perfusi jaringan serebral, klien 2 mengalami kemajuan yang signifikan, serta menunjukkan keadaannya semakin membaik, menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta klien sangat komprehensif untuk proses penyembuhan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka pengarang menyampaikan saran antara lain:

1. Untuk klien dan keluarga

Dengan adanya bimbingan yang dilakukan oleh perawat dan penulis sekitar proses pemberian asuhan keperawatan, diharapkan family klien harus ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat

proses penyembuhan serta bisa menerima dan melaksanakan ketentuan yang sudah ditetapkan di ruangan.

2. Untuk institusi pendidikan

Referensi mengenai asuhan keperawatan perubahan persepsi jaringan serebral diharapkan ditambah dan diperbarui supaya peneliti selanjutnya mempunyai tidak banyak referensi untuk menunjang yang akan dibuat.

3. Untuk penulis selanjutnya

Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ⁴⁰ ini, diharapkan bisa menjadi referensi guna peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- ⁴ Saryono. 2010. Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Sari, Joni Indah. 2019. Cedera Kepala Berat. <https://www.google.com/amp/s/www.sehatq.com/penyakit/cedera-kepala-berat/amp> (Diakses Pada Tanggal 29 Januari 2019)
- Willy, Tjin. 2018. Cedera Kepala Berat, <https://www.alodokter.com/trauma-kepala-berat> (Diakses Pada Tanggal 05 Maret 2018)
- Krisnandi. (2013). Asuhan Keperawatan Cidera Otak Berat. Jakarta.
- ⁴ Rendy, MC. TH (2012). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika
- ⁷ Nursalam. (2011). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen, Penelitian Keperawatan. Yogyakarta: Salemba Medika
- ³⁰ Sayono. Mekar, DA. (2010). Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- ²⁸ Nazir, M. (2009). Metode Penelitian. Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Muttaqin, Arif. (2008). Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan. Salemba Medika. Jakarta.
- Muttaqin, Z. (2008). Pengelolaan Cidera Kepala. Diakses pada tanggal 27 Januari 2013.
- Ginsberg, (2007). Lecture Notes Neurologi Edisi Kedelapan. Jakarta.
- ³⁶ Dewanto, George. Dkk. 2009. Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Syaraf. Jakarta: EGC
- ³⁵ Riyadina Woro, Suhardi & Meda Perman. 2009. Pola dan Determinan Sohodemografi Cidera Akibat Kecelakaan Lalu Lintas di Indonesia.
- ⁹ Padil⁷ 2012. Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Nurarif, Amin Huda dan Hardhi Kusuma. 2016. Asuhan Keperawatan Praktis Berdasarkan Penerapan Diagnosa Nanda, NIC, NOC dalam sekian tidak sedikit permasalahan edisi revisi Jilid 1. Yogyakarta; Mediaction jogja.

Ulya Ikhda, Dkk. ³² 2017 Buku Ajar Keperawatan Gawat Darurat pada Kasus Trauma. Jakarta: salemba medika

Rahmawati, Vica Dwi. 2018. ¹ Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Berat (COB) dengan Masalah Perubahan Perfusi Jaringan Serebral di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan. <https://www.repo.stikesicme-jbg.ac.id> (Diakses tanggal 13 nov 2018)

Nuraini, Elma. 2019. ¹ Asuhan Keperawatan pada Klien post op Cidera Otak Berat (COB) dengan Masalah Perubahan perfusi Jaringan Serebral diruang HCU Melati RSUD Bangil Pasuruan. <https://www.repo.stikesicme-jbg.ac.id/2452/> (Diakses tanggal 04 sep 2019)

Putri, Kisdyani Anggita, Dkk. 2019. ²⁵ Asuhan Keperawatan Dengan Masalah Gangguan Perfusi Jaringan Serebral Pada Pasien Cedera Kepala di RSU Haji Surabaya. <https://www.respository.stikes-ppni.ac.id>

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK BERAT DENGAN MASALAH PERUBAHAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG HCU RSUD BANGIL PASURUAN

ORIGINALITY REPORT

29%

SIMILARITY INDEX

24%

INTERNET SOURCES

1%

PUBLICATIONS

14%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1

id.123dok.com

Internet Source

7%

2

programstudikeperawatan2.blogspot.com

Internet Source

5%

3

Submitted to Universitas Brawijaya

Student Paper

3%

4

digilib.stikeskusumahusada.ac.id

Internet Source

2%

5

www.coursehero.com

Internet Source

1%

6

Submitted to Universitas Muhammadiyah
Ponorogo

Student Paper

1%

7

edoc.pub

Internet Source

1%

repository.poltekeskupang.ac.id

8	Internet Source	1%
9	id.scribd.com Internet Source	1%
10	catatanrifki.blogspot.com Internet Source	1%
11	Submitted to Universitas Pelita Harapan Student Paper	1%
12	Submitted to Universitas Jember Student Paper	1%
13	Submitted to Poltekkes Kemenkes Riau Student Paper	<1%
14	eprints.unipdu.ac.id Internet Source	<1%
15	www.archeo.ens.fr Internet Source	<1%
16	www.materisiswa.com Internet Source	<1%
17	abdipulungan.wordpress.com Internet Source	<1%
18	www.sehatq.com Internet Source	<1%
19	www.slideshare.net Internet Source	<1%

20	docplayer.info Internet Source	<1%
21	Submitted to Universitas Indonesia Student Paper	<1%
22	Submitted to Universitas Pendidikan Ganesha Student Paper	<1%
23	edoc.site Internet Source	<1%
24	Submitted to Sriwijaya University Student Paper	<1%
25	repository.stikes-ppni.ac.id:8080 Internet Source	<1%
26	butiransains.blogspot.com Internet Source	<1%
27	gegekz16.blogspot.com Internet Source	<1%
28	buddifarma.blogspot.com Internet Source	<1%
29	Submitted to iGroup Student Paper	<1%
30	repositori.kemdikbud.go.id Internet Source	<1%
31	samoke2012.wordpress.com	

Internet Source

<1%

32

test.journal.unipdu.ac.id

Internet Source

<1%

33

repository.ump.ac.id

Internet Source

<1%

34

xa-dewie.blogspot.com

Internet Source

<1%

35

P Widiyanti, I Sholikhah, A Isfandiary, NAF Hasbiyani, M B Lazuardi, R D Laksana. "Poly (1,8 Octanediol-co-Citrate) Hydroxyapatite Composite as Antibacterial Biodegradable Bone Screw", IOP Conference Series: Materials Science and Engineering, 2017

Publication

<1%

36

bayuajisismanto.blogspot.com

Internet Source

<1%

37

www.mmirantieka.com

Internet Source

<1%

38

efrosinakrisdayanti.blogspot.com

Internet Source

<1%

39

perpustakaan.poltekkes-malang.ac.id

Internet Source

<1%

40

Submitted to Universitas Muria Kudus

Student Paper

<1%

41 Submitted to Universitas Muhammadiyah
Makassar
Student Paper <1%

42 lantz23.wordpress.com
Internet Source <1%

43 riandonok.blogspot.com
Internet Source <1%

44 www.cultival.fr
Internet Source <1%

45 komprehensif.blogspot.com
Internet Source <1%

46 plus.google.com
Internet Source <1%

47 elearning.vet.unipi.it
Internet Source <1%

48 Submitted to Universitas Terbuka
Student Paper <1%

49 kumpulanaskepp.blogspot.com
Internet Source <1%

50 dediirawandi.files.wordpress.com
Internet Source <1%

51 Submitted to Ridge High School
Student Paper <1%

Exclude quotes Off

Exclude matches Off

Exclude bibliography Off