

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT ( COB )  
DENGAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF  
( Di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan )**



**OLEH :**  
**JUARNO**  
**151210017**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2018**

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT ( COB )  
DENGAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF  
( Di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan )**



**OLEH :**  
**JUARNO**  
**151210017**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2018**

## PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Juarno  
NIM : 151210017  
Jenjang : Diploma  
Program Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. Jika dikemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap di tindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 06 November 2018

Saya yang menyatakan,



A 6000 Rupiah postage stamp with a signature over it. The stamp features the Garuda Pancasila logo, the text 'METERAI EMPER', the number '6000', and the serial number 'B9AFF311034539'. The signature is written in black ink over the stamp.

**NIM : 151210017**

## PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Juarno  
NIM : 151210017  
Jenjang : Diploma  
Program Studi : D-III Keperawatan

Menyatakan bahwa naskah KTI ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian karya saya sendiri, kecuali bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 06 November 2018

Saya yang menyatakan,

  
NIM : 151210017

**KARYA TULIS ILMIAH**

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT ( COB )  
DENGAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF  
( Di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan )**

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program  
Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan  
Cendekia Medika Jombang

**OLEH :**

**JUARNO**

**151210017**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN  
INSAN CENDEKIA MEDIKA  
JOMBANG  
2018**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : JUARNO  
NIM : 15.121.0017  
Tempat Tanggal Lahir : Bojonegoro, 20 Oktober 1996  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan pada Klien Cedera Kepala Berat (COB) dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.

Menyatakan tugas akhir yang saya tulis ini benar – benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran orang lain yang saya akui sebagai tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya dan apabila pernyataan tidak benar maka saya bersedia mendapatkan sanksi.

Jombang, April 2018



JUARNO

## LEMBAR PERSETUJUAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Juarno  
NIM : 151210017  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Berat (COB) Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Telah disetujui oleh Dewan Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

### Menyetujui Komisi pembimbing

Pembimbing Utama



Dr. Hariyono, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIK.04.05.052

Pembimbing Anggota



Anin Wijayanti, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIK.04.10.326

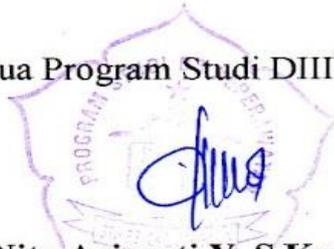
Mengetahui

Ketua STIKes ICMe



Imam Fathoni, S.KM.,MM  
NIK.03 04 022

Ketua Program Studi DIII Keperawatan



Nita Arisanti Y., S.Kep.,Ns.,M.Kes  
NIK.01.09.170

## LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah diajukan oleh :

Nama Mahasiswa : Juarno  
NIM : 151210017  
Program Studi : DIII Keperawatan  
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Berat (COB) Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif

Telah diuji dan dinilai oleh panitia penguji pada Program Studi Diploma III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

### Menyetujui Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Ruliati,SKM.,M.Kes (  )  
Penguji Utama : Dr.Hariyono,S.Kep.,Ns.M.Kep (  )  
Penguji Anggota : Anin Wijayanti,S.Kep.,Ns.M.Kes (  )  
Ditetapkan di : JOMBANG  
Pada : April 2018

## RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Bojonegoro, 20 Oktober 1996 dari pasangan ibu Karmi dan Bapak Janar. Penulis merupakan anak pertama dari dua bersaudara.

Tahun 2009 penulis lulus dari SDN Nganti 2, tahun 2012 penulis lulus dari SMPN 1 Ngraho dan tahun 2015 penulis lulus dari SMA Negeri 1 Padangan. Pada tahun 2015 penulis lulus seleksi masuk STIKes “Insan Cendeki Medika” Jombang melalui jalur undangan. Penulis memilih program studi DIII Keperawatan dari lima bidang studi yang ada di STIKes “Insan Cendekia Medika” Jombang.

Demikian riwayat ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, April 2018

  
**JUARNO**  
NIM : 151210017

## **MOTTO DAN PERSEMBAHAN**

### **MOTTO**

“Aku cinta diri saya, Aku sangat bahagia, Aku pasti bisa”

### **PERSEMBAHAN**

Yang utama dari segalanya

Sembah sujud serta syukur kepada Allah SWT, taburan cinta dan kasih sayang-Mu telah memberikan kekuatan, membekaliku dengan ilmu serta memperkenalkan dengan cinta. Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya karya tulis ilmiah yang sederhana ini dapat terselesaikan.

Rasulullah Muhammad SAW

Kupersembahkan karya sederhana ini kepada orang yang sangat kukasihi dan kusayangi.

### **Ibunda dan Ayahanda tercinta**

Sebagai tanda bukti, hormat, dan rasa terimakasih yang tiada terhingga kupersembahkan karya kecil ini kepada ibu dan ayah yang telah memberikan kasih sayang, segala dukungan, dan cinta kasih yang tiada terhingga yang tidak mungkin dapat kubalas dengan selebar kertas yang tertulis kata cinta dan persembahan.

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur penulis panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya, sehingga Karya Tulis Ilmiah telah terselesaikan dengan baik.

Tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk memenuhi tugas sebagai syarat terselesaikannya program DIII Keperawatan. Terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini, tidak lepas dari bimbingan, pengarahan, dan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu saya mengucapkan terima kasih kepada H Imam Fatoni.SKM.,MM selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang, Ruliati,SKM.,M.Kes selaku Ketua Program Studi D3 Keperawatan, Dr.Hariyono,S.Kep.,Ns.M.Kep selaku Pembimbing Utama, Anin Wijayanti,S.Kep.,Ns.M.Kes selaku Pembimbing Anggota, beserta seluruh civitas akademik program studi D3 Keperawatan, Direktur RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan yang telah memberikan izin untuk penelitian, beserta staf perawat di HCU dan semua responden yang telah berpartisipasi dalam penelitian ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, maka penulis mengharapkan saran dan kritik yang membangun demi sempurnanya penulisan ini. Harapan penulis mudah-mudahan penulisan ini bermanfaat bagi penulis khususnya dan pembaca pada umumnya.

Jombang, April 2018

Penulis

## **ABSTRAK**

### **ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT ( COB ) DENGAN BERSIHAN JALAN NAFAS TIDAK EFEKTIF ( Study Kasus Di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan )**

**Oleh : Juarno**

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Pada penyakit cedera kepala, jaringan otak akan mengalami kerusakan yang menyebabkan perubahan autoregulasi odem serebral yang mengakibatkan kejang lalu obstruksi jalan. Tujuan dari asuhan keperawatan ini adalah memberikan asuhan keperawatan terhadap klien yang mengalami cedera kepala dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif.

Metode yang digunakan dalam penulisan karya tulis ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian dilaksanakan di ruang high care unit RSUD Bangil Pasuruan dengan partisipan 2 orang dengan diagnosa cedera kepala berat dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif.

Hasil asuhan keperawatan pada tahap pengkajian diketahui Sdri. N tidak sadarkan diri karena jatuh dari kamar mandi, sedangkan An. F mengalami hematoma pada kepala kanan akibat kecelakaan jatuh dari sepeda motor. Diagnosa keperawatan yang ditetapkan pada Sdri. N dan Sdr. F adalah bersihan jalan nafas.

Kesimpulan dari hasil asuhan keperawatan yang dilakukan pada Sdri. N dan Sdr. F dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif yaitu terjadinya perbedaan hasil dimana Sdri. N kondisinya lebih bagus dilihat dari kesadarannya dan tanda gejala yang ada, hal ini dapat dikarenakan Sdr. F memiliki kondisi yang lebih parah akibat benturan yang keras sehingga perlu adanya tindakan lebih lanjut.

**Kata kunci: Asuhan Keperawatan, Cedera Kepala, Bersihan Jalan Nafas**

## **ABSTRACT**

### **NURSING CARE IN CLIENTS OF HEAVY BRAIN BRAIN (COB) WITH CLEAN NAFAS ROAD IS NOT EFFECTIVE ( Case Study in Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan )**

**By : Juarno**

*Head injury is a traumatic disorder from brain function accompanied or without interstitial bleeding in the substance of the brain without being followed by discontinuity of brain continuity. In head injury diseases, the brain tissue will be damaged causing changes in cerebral odem autoregulation resulting in seizure and obstruction of the road. The purpose of this nursing care is to provide nursing care to clients who suffered head injury with airway clearance problem is not effective.*

*The method used in writing this paper using descriptive method with case study approach. The study was carried out in the high care unit of RSUD Bangil Pasuruan with 2 people with severe head injury diagnosis with airway clearance not effective.*

*The results of nursing care at the assessment stage are known Sdri. N unconscious for falling from the bathroom, while An. F has a hematoma on the right head due to an accident falling from a motorcycle. Diagnosis of nursing that set at Sdri. N and Br. F is the clearance of the airway.*

*The conclusion of the results of nursing care conducted on Sdri. N and Br. F with the problem of airway clearance is not effective ie the occurrence of differences in results where Sdri. N the condition is better seen from the consciousness and the signs of symptoms that exist, this can be due to Br. F has a more severe condition due to a harsh impact so there is a need for further action.*

**Keywords: Nursing Care, Head Injuries, Road Breathing Clearance**

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL LUAR</b> . . . . .	<b>i</b>
<b>HALAMAN JUDUL DALAM</b> . . . . .	<b>.ii</b>
<b>SURAT PERNYATAAN</b> . . . . .	<b>.iii</b>
<b>LEMBAR PERSETUJUAN</b> . . . . .	<b>.iv</b>
<b>LEMBAR PENGESAHAN</b> . . . . .	<b>.v</b>
<b>RIWAYAT HIDUP</b> . . . . .	<b>.vi</b>
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN</b> . . . . .	<b>.vii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> . . . . .	<b>viii</b>
<b>ABSTRAK</b> . . . . .	<b>.ix</b>
<b>ABSTRACT</b> . . . . .	<b>x</b>
<b>DAFTAR ISI</b> . . . . .	<b>.xi</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> . . . . .	<b>.xii</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> . . . . .	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> . . . . .	<b>.xiv</b>
<b>DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN</b> . . . . .	<b>.xv</b>
<b>BAB 1 PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang. . . . .	1
1.2 Batasan Masalah. . . . .	4
1.3 Rumusan Masalah. . . . .	4
1.4 Tujuan Penelitian. . . . .	5
1.5 Manfaat. . . . .	6
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Teori Cedera Kepala. . . . .	7
2.2 Konsep teori Bersihan Jalan Nafas. . . . .	20
2.3 Konsep Asuhan Keperawatan . . . . .	26
<b>BAB 3 METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Desain Penelitian. . . . .	42
3.2 Batasan Istilah. . . . .	43
3.3 Partisipan. . . . .	44
3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian. . . . .	45
3.5 Pengumpulan Data. . . . .	45
3.6 Uji Keabsahan Data. . . . .	47
3.7 Analisa Data. . . . .	48
3.8 Etik Penelitian. . . . .	49
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b>	
4.1 Hasil. . . . .	51
4.2 Pembahasan. . . . .	62
<b>BAB 5 PENUTUP</b>	
5.1 Kesimpulan. . . . .	67
5.2 Saran. . . . .	69
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR GAMBAR

No	Daftar Gambar	Halaman
2.1	Gambar mekanisme trauma cedera kepala . . . . .	8
2.2	Gambar WOC cedera kepala. . . . .	11
2.3	Gambar kerangka pohon masalah bersihan jalan nafas. . . . .	.24

## DAFTAR TABEL

No	Daftar Tabel	Halaman
Tabel 2.1	intervensi diagnosa keperawatan Nanda NIC NOC . . . . .	39
Tabel 4.1	Identitas Klien. . . . .	51
Tabel 4.2	Riwayat Penyakit Klien. . . . .	52
Tabel 4.3	Perubahan Pola Kesehatan Klien. . . . .	52
Tabel 4.4	Pemeriksaan fisik Klien. . . . .	54
Tabel 4.5	Hasil pemeriksaan diagnostik klien. . . . .	55
Tabel 4.6	Terapi Klien. . . . .	56
Tabel 4.7	Analisa Data Klien. . . . .	57
Tabel 4.8	Diagnosa Keperawatan Klien . . . . .	58
Tabel 4.9	Intervensi Klien . . . . .	58
Tabel 4.10	Implementasi Klien 1 . . . . .	59
Tabel 4.11	Implementasi Klien 2. . . . .	60
Tabel 4.12	Evaluasi klien. . . . .	61

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Jadwal Kegiatan Pelaksanaan Laporan Kasus
Lampiran 2	Lembar Permohonan Menjadi Responden
Lampiran 3	Lembar Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 4	Lembar Format Pengkajian
Lampiran 5	Lembar Surat Pre survey data, studi pendahuluan
Lampiran 6	Lembar Surat Izin penelitian
Lampiran 7	Lembar Persetujuan studi pendahuluan
Lampiran 8	Lembar Persetujuan Penelitian
Lampiran 9	Lembar Keterangan selesai penelitian
Lampiran 10	Lembar Konsultasi
Lampiran 11	Lembar Pernyataan Bebas Plagiasi

## DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

BAB	: Buang Air Besar
BAK	: Buang Air Kecil
C	: <i>Celsius</i>
CBF	: <i>Cerebral Blood Flow</i>
CKB	: Cedera Kepala Berat
CKR	: Cedera Kepala Ringan
CKS	: Cedera Kepala Sedang
COB	: Cedera Otak Berat
COS	: Cedera Otak Sedang
COR	: Cedera Kepala Ringan
CVA	: <i>Cerebro Vascular Accident</i>
Gr	: Gram
GDA	: Gas Darah Arteri
IPPA	: <i>Inspeksi, Perkusi, Palpasi, Auskultasi</i>
KMB	: Keperawatan Medikal Bedah
MRS	: Masuk Rumah Sakit
NIC	: <i>Nursing Intervention Classification</i>
NOC	: <i>Nursing Outcome classification</i>
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
TTV	: Tanda – Tanda Vital
HCU	: <i>High central Unit</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WOC	: <i>Web Of Caution</i>
WOD	: Wacana, Observasi, Dokumentasi
ICME	: Insan Cendekia Medika

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pasien cedera kepala berat akan mengalami penurunan kesadaran dan akan ditemukan gangguan pada airway yaitu sumbatan pada jalan nafas yang akan menyebabkan sesak dan harus di bedakan dengan sesak karena gangguan breathing. Namun pada obstruksi jalan nafas biasanya akan ditemukan pernafasan yang berbunyi seperti: bunyi gurgling (bunyi kumur-kumur karena adanya cairan), bunyi mengorok (snoring, karena pangkal lidah jatuh ke dorsal) ataupun stidor karena adanya penyempitan yang mengakibatkan bersihan jalan nafas klien tidak efektif. Berbagai pemeriksaan perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya trauma dari fungsi otak yang diakibatkan dari cedera kepala.

Trauma atau cedera kepala atau cedera otak adalah gangguan fungsi normal otak karena trauma baik trauma tumpul maupun tajam (Batticaca, 2008). Cedera kepala merupakan salah satu penyebab kematian dan kecacatan utama pada kelompok usia produktif. Penyebab terbanyak dalam kejadian. Kasus cedera kepala pada umumnya yaitu kecelakaan lalu lintas (Ginsberg, 2005)

Menurut WHO setiap tahun di Amerika Serikat hampir 1.500.000 kasus cedera kepala. Dari jumlah tersebut 80.000 di antaranya mengalami kecacatan dan 50.000 orang meninggal dunia. Saat ini di Amerika terdapat sekitar 5.300.000 orang dengan kecacatan akibat cedera kepala (Moore & Argur, 2007). Di Indonesia, cedera kepala berdasarkan hasil Riskesdes 2013

menunjukkan insiden cedera kepala sebanyak 76.300 jiwa, di DKI Jakarta terdapat kasus cedera kepala sebanyak 33.900 jiwa, di Jawa Timur terdapat kasus cedera kepala sebanyak 59.400 jiwa (Depkes RI, 2013).

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa disertai perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak (Muttaqin, 2008). Menurut penelitian Nasional Amerika *Guerrero at al.* (2005) di bagian kegawatdaruratan menunjukkan bahwa penyebab utama cedera kepala karena trauma pada anak-anak adalah karena jatuh, penyebab lain adalah terbentur benda keras. Penyebab cedera kepala pada remaja dan dewasa muda adalah kecelakaan kendaraan bermotor dan terbentur. Cedera kepala akan memberikan gangguan yang sifatnya lebih kompleks bila di bandingkan dengan trauma pada organ tubuh lainnya. Hal ini disebabkan karena struktur anatomi dan fisiologi dari isi ruang tengkorak yang majemuk dengan konsistensi cair, lunak dan padat yaitu cairan otak, selaput otak, jaringan syaraf, pembuluh darah dan tulang (Retnaningsi, 2008).

Beberapa jenis cedera kepala yang berbeda mungkin terjadi. Beberapa langsung menyebabkan penurunan kesadaran: yang lain menunjukkan efek yang lambat. Dua puluh persen penderita cedera kepala mati karena kurang perawatan sebelum sampai di rumah sakit. Penyebab kematian yang tersering adalah syok, hipoksemia, dan hiperkarbia. Pasien yang mengalami penurunan kesadaran umumnya mengalami gangguan jalan nafas pada *airway* dengan ditemukan suara *nafas snoring* yang mengakibatkan bersihan jalan nafas tidak efektif. Umumnya, pada menit-menit pertama penderita mengalami semacam

brain shock selama beberapa detik sampai beberapa menit. Ini ditandai dengan reflek yang sangat lemah, sangat pucat, nafas lambat dan dangkal, nadi lemah, serta otot-otot flaksid, tetapi dalam waktu singkat tampak lagu fungsi-fungsi vitalnya. Saat seperti ini sudah cukup menyebabkan terjadinya hipoksemia, sehingga perlu segera bantuan pernafasan (Smeltzer, 2011).

Asuhan keperawatan cedera kepala baik itu cedera kepala ringan, sedang, dan berat harus ditangani secara serius. Di samping penanganan di lokasi kejadian dan selama transportasi korban ke rumah sakit, penilaian dan tindakan awal di ruang gawat darurat sangat menentukan penatalaksanaan dan prognosis selanjutnya. Tindakan resusitasi, anamnesis dan pemeriksaan fisik umum serta neurologis harus dilakukan secara serentak. Masalah utama yang muncul adalah bersihan jalan nafas tidak efektif akibat sumbatan jalan nafas yang menyebabkan klien mengalami sesak. Sehingga hal pertama yang harus dinilai adalah kelancaran jalan nafas (*airway*). Jika penderita dapat berbicara maka jalan nafas kemungkinan besar dalam keadaan adekuat. Obstruksi jalan nafas sering terjadi pada penderita yang tidak sadar, yang disebabkan oleh benda asing, muntahan, jatuhnya pangkal lidah, atau akibat fraktur tulang wajah. Usaha untuk membebaskan jalan napas harus melindungi vertebra servikalis, yaitu tidak boleh melakukan ekstensi, fleksi, atau rotasi yang berlebihan dari leher (Ester, 2011). Kita dapat melakukan *chin lift* atau *jaw thrust* sambil merasakan hembusan napas yang keluar melalui hidung. Sumbatan dapat dihilangkan jika ada dengan cara membersihkan dengan jari atau *suction* jika tersedia.

Pemasangan pipa orofaring akan dilakukan untuk menjaga potensi jalan napas selanjutnya. Hembusan napas tidak adekuat, perlu bantuan napas. Bantuan napas dari mulut ke mulut akan sangat bermanfaat. Apabila tersedia, O<sub>2</sub> dapat diberikan dalam jumlah yang memadai. Pada penderita dengan cedera kepala berat atau jika penguasaan jalan napas belum dapat memberikan oksigenasi yang adekuat, bila memungkinkan sebaiknya dilakukan intubasi endotrakheal (Smeltzer, 2011)

Berdasarkan latar belakang dan data yang didapatkan, penulis tertarik untuk membuat karya tulis ilmiah dengan kasus “Asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan”.

## **1.2 Batasan Masalah**

Asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.

## **1.3 Rumusan Masalah**

Bagaimana asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan?

## **1.4 Tujuan Penelitian**

### 1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.

### 1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam kasus ini adalah :

1. Melakukan pengkajian asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.
2. Menetapkan diagnosa asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan.

## 1.5 Manfaat Penelitian

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Menambah khasanah keilmuan sehingga ilmu pengetahuan dalam mencari pemecahan permasalahan pada klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) dengan bersihan jalan nafas tidak efektif sesuai dengan ilmu dan keterampilan yang terus diperbarui.

### 1.5.2 Manfaat Praktis

#### a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Dapat dijadikan bahan masukan bagi perawat di rumah sakit dalam melakukan tindakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang baik khususnya klien cedera otak berat.

#### b. Bagi Institusi Pendidikan STIKes ICME.

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan dan referensi untuk meningkatkan kualitas pendidikan keperawatan pada klien dengan cedera otak berat.

#### c. Bagi Klien dan Keluarga

Sebagai tambahan pengetahuan bagi klien dan keluarga untuuk memahami keadaannya, sehingga dapat mengambil keputusan yang sesuai dengan masalah serta ikut memperhatikan dan melaksanakan tindakan yang diberikan oleh perawat.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Teori Cedera Kepala**

##### 2.1.1 Definisi

Cedera kepala merupakan suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan interstitial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak (Hudak dan Gallo)

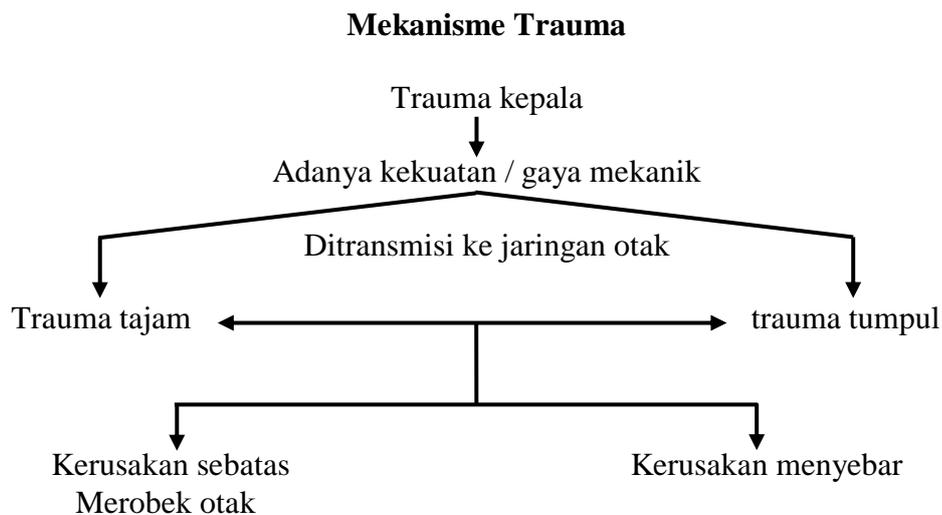
Kerusakan neurologis yang diakibatkan oleh suatu benda atau serpihan tulang yang menembus atau merobek suatu jaringan otak oleh suatu pengaruh kekuatan atau energi yang diteruskan ke otak dan akhirnya oleh efek percepatan perlambatan pada otak yang terbatas pada kompartemen yang kaku (*Price, 1995*)

Cedera kepala merupakan adanya pukulan/benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (*Susan Martin, 1996, hal 496*)

Cedera kepala (terbuka & tertutup) terdiri dari tengkorak Cranio serebri (*geger*), Kontusio (memar) / Laserasi & perdarahan serebral (*subaraknoid, subdural, epidural, intraserebral* batang otak). Trauma primer terjadi karena benturan langsung atau tidak langsung (akselerasi / deselerasi otak). Trauma sekunder akibat trauma syaraf (mil akson) yang meluas hipertensi intrakranial, hipoksia, hiperkapnea atau hipertensi siskemik (*Doengoes, 1993*)

### 2.1.2 Etiologi Cedera Otak Berat

- a. Trauma tajam : Trauma oleh benda tajam menyebabkan cedera setempat & menimbulkan cedera lokal. Kerusakan lokal meliputi Contusio serebral, hematom serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.
- b. Trauma tumpul : Trauma oleh benda tumpul & menyebabkan cedera menyeluruh (difusi) : kerusakannya menyebar secara luas & terjadi dalam 4 bentuk yaitu cedera akson kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar, hemoragi kecil multiple pada otak koma terjadi karena cedera menyebar pada hemisfer cerebral, batang otak atau kedua-duanya.



Gambar 2.1 Mekanisme Trauma cedera kepala  
(Keperawatan Medikal Bedah (KMB 2), 2015-2017)

Akibat Trauma Tergantung Pada

1. Kekuatan benturan > parahnya kerusakan
2. Akselerasi dan decelerasi
3. Cup dan kontra cup

- a. Cedera cup : kerusakan pada daerah dekat yang terbentur
- b. Cedera kontra cup : kerusakan cedera berlawanan pada sisi desakan benturan
  1. Lokasi benturan
  2. Rotasi : pengubahan posisi rotasi pada kepala menyebabkan trauma regangan dan robekan substansi alba dan batang otak
  3. Depresi fraktur : kekuatan yang mendorong fragmen tulang turun menekan otak lebih dalam. Akibatnya CSS mengalir keluar ke hidung, telinga - masuk kuman - kontaminasi dengan CSS – infeksi - kejang.

### 2.1.3 Patofisiologi

Otak dapat berfungsi dengan baik bila kebutuhan oksigen dan glukosa dapat terpenuhi, energi yang dihasilkan di dalam sel – sel syaraf hampir seluruhnya melalui proses oksidasi. Otak tidak mempunyai cadangan oksigen, jadi kekurangan aliran darah ke otak walaupun sebentar akan menyebabkan gangguan fungsi. Demikian pula dengan kebutuhan oksigen sebagai bahan bakar metabolisme otak tidak boleh kurang dari 20 mg % karena akan menimbulkan koma, kebutuhan glukosa sebanyak 25 % dari seluruh kebutuhan tubuh, sehingga bila kadar oksigen plasma turun sampai 70 persen akan terjadi gejala – gejala permulaan disfungsi cerebral. Pada saat otak mengalami hipoksia, tubuh berusaha memenuhi kebutuhan oksigen melalui proses metabolisme anaerob yang dapat menyebabkan dilatasi pembuluh darah. Pada kontusio berat, pada hipoksia atau kerusakan otak akan terjadi penimbunan asam laktat akibat metabolisme anaerob. Hal

ini akan menyebabkan oksidasi metabolisme anaerob. Hal ini akan menyebabkan asidosis metabolik. Dalam keadaan normal Cerebral Blood Flow ( CBF ) adalah 50 – 60 ml / menit 100 gr. Jaringan otak yang merupakan 15 % dari cardiac output.

Trauma kepala menyebabkan perubahan fungsi jantung sekuncup aktifitas atypical myocardial, perubahan tekanan vaskuler dan edema paru. Perubahan otonim pada fungsi ventrikel adalah perubahan gelombang T dan P aritmia, fibrilasi atrium dan ventrikel serta takikardi.

Akibat adanya perdarahan otak akan mempengaruhi tekanan vaskuler, dimana penurunan tekanan vaskuler akan menyebabkan pembuluh darah arteriol akan berkontraksi. Pengaruh persyarafan simpatik dan parasimpatik pada pembuluh darah arteri dan arteriol otak tidak begitu besar

#### 2.1.4 Manifestasi Klinis Cidera Otak Ringan sampai Berat

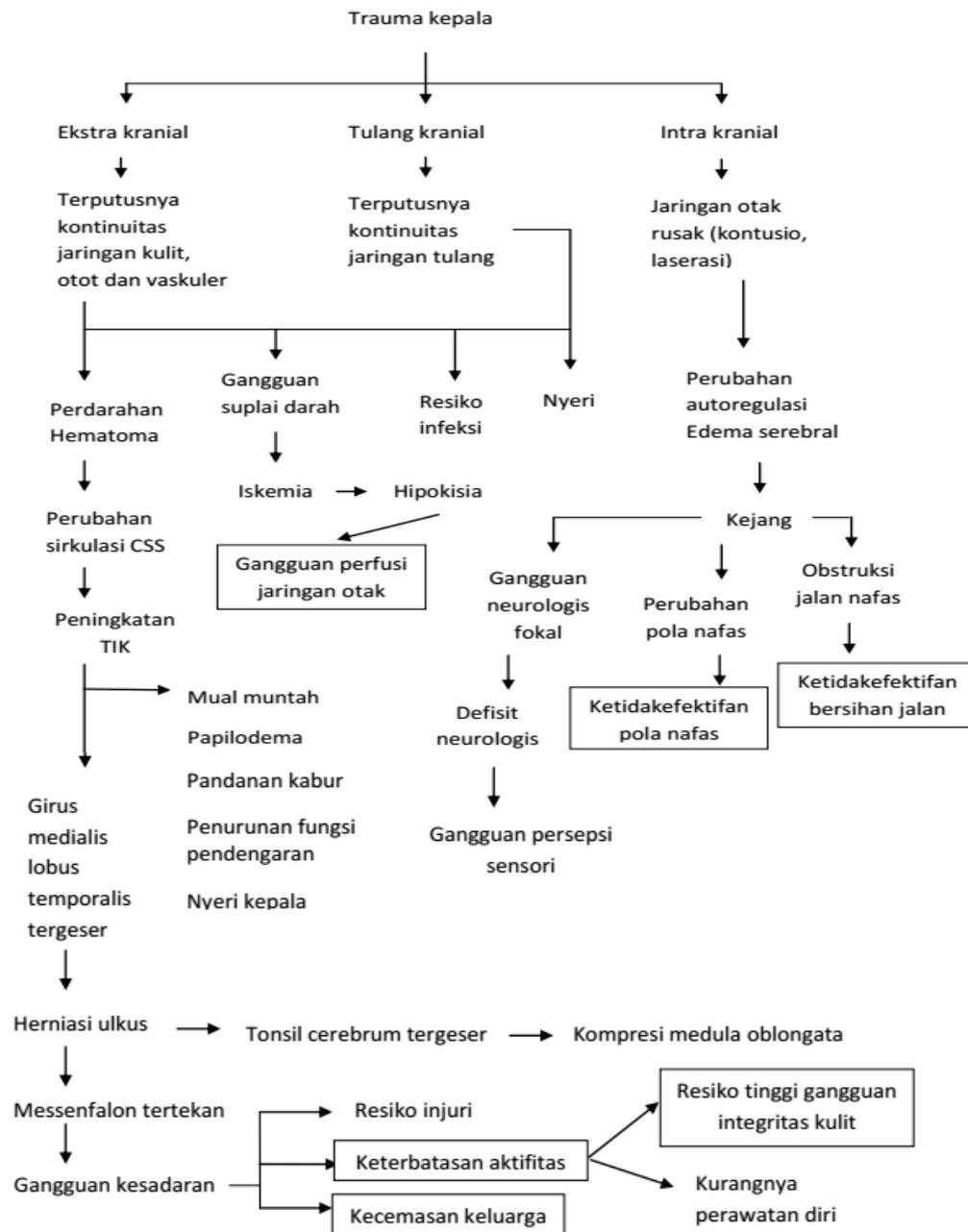
##### 1. Cedera kepala ringan – sedang

- a. Disorientasi ringan dan amnesia post traumatik
- b. Hilang memori sesaat dan sakit kepala
- c. Mual dan muntah dan vertigo dalam perubahan posisi
- d. Gangguan pendengaran

##### 2. Cedera kepala sedang – berat

- a. Oedema pulmonal
- b. Kejang dan infeksi
- c. Tanda herniasi dan hemiparese

## 2.1.5 WOC



Gambar 2.2 WOC cedera kepala  
(WOC cedera kepala, 2018)

## 2.1.6 Klasifikasi Cedera Otak

a. Berdasarkan keparahan cedera :

1. Cedera kepala Ringan (CKR)

a. Tidak ada fraktur tengkorak

- b. Tidak ada kontusio serebri, hematoma
  - c. GCS 13 -15
  - d. Dapat terjadi kehilangan kesadaran tapi < 30 menit
2. Cedera kepala sedang (CKS)
- a. Kehilangan kesadaran (amnesia) > 30 menit tp < 24 jam
  - b. Muntah
  - c. GCS 9 – 12
  - d. Dapat mengalami fraktur tengkorak, disorientasi ringan (bingung)
3. Cedera kepala berat (CKB)
- a. GCS 3 – 8
  - b. Hilang kesadaran > 24 jam
  - c. Adanya kontusio serebri, laserasi/ hematoma intracranial
- b. Menurut jenis cedera
- 1. cedera kepala terbuka dapat menyebabkan fraktur pada tulang tengkorak dan jaringan otak.
  - 2. cedera kepala tertutup dapat disamakan dengan keluhan geger otak ringan oedem serebral yang luas.

### 2.1.7 Manifestasi Klinis Spesifik

#### 1.1 Gangguan otak

- a. Comotio cerebri / geger otak
  - 1. Tidak sadar < 10 menit
  - 2. Muntah – muntah, pusing
  - 3. Tidak ada tanda defisit neurologis

b. Contusio cerebri / memar otak

1. Tidak sadar > 10 menit, bila area yang terkena luas dapat berlangsung > 2 – 3 hari setelah cedera
2. Muntah – muntah, amnesia retrograde
3. Ada tanda – tanda defisit neurologis

1.2 Perdarahan Epidural / hematoma epidural

- a. Suatu akumulasi darah pada ruang antara tulang tengkorak bagian dalam dan meningen paling luar. Terjadi akibat robekan arteri meningeal.
- b. Gejala : penurunan kesadaran ringan, gg neurologis dari kacau mental sampai koma
- c. Peningkatan TIK yang mengakibatkan gangguan pernapasan, bradikardia, penurunan TTV
- d. Herniasi otak yang menimbulkan :
  1. Dilatasi pupil dan reaksi cahaya hilang
  2. Isokor dan anisokor
  3. Ptosis

1.3 Hematoma subdural

Akumulasi darah antara durameter dan araknoid, karena robekan vena

Gejala : sakit kepala, letargi, kacau mental, kejang, disfasia.

1.4 Hematoma Intrakranial

1. Pengumpulan darah > 25 ml dalam parenkim otak
2. Penyebab : fraktur depresi tulang tengkorak, cedera penetrasi peluru, gerakan akselerasi – deselerasi tiba – tiba

## 1.5 Fraktur Tengkorak

1. Fraktur liner / simpel : melibatkan Os temporal dan parietal dan jika garis fraktur meluas kearah orbita / sinus paranasal -> resiko perdarahan
2. Fraktur Basiler : Fraktur pada dasar tengkorak dan Bisa menimbulkan kontak CSS dengan sinus, memungkinkan bakteri masuk

### 2.1.8 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan penunjang yang biasa dilakukan pada trauma kepala menurut Grace, Piere A. 2006 :

- a. CT Scan / MRI menunjukkan kontusio, hematoma, hidrosefalus, edema serebral; mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan ventrikuler, dan perubahan jaringan otak. Catatan : untuk mengetahui adanya infark/iskemia jangan dilakukan pada 24-72 jam setelah injuri.
- b. Pengkajian neurologis dengan GCS
- c. GDA (Gas Darah Arteri) untuk mengetahui adanya masalah ventilasi atau oksigenasi yang dapat meningkatkan TIK
- d. Angiografi Serebral menunjukkan kelainan sirkulasi serebral seperti pergeseran jaringan otak akibat edema, perdarahan dan trauma
- e. EEG akan memperlihatkan keberadaan/ perkembangan gelombang yang patologis
- f. Sinar X akan mendeteksi adanya perubahan struktur tulang (fraktur pergeseran struktur dan garis tengah (karena perdarahan edema dan adanya frakmen tulang)

### 2.1.9 Diagnosa Cedera Kepala Berat apabila :

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d kerusakan neurovaskular (cedera pusat pernapasan di otak).
2. Pola napas tidak efektif b.d kerusakan neurovaskuler, obstruksi trakeabronkial
3. Perfusi jaringan serebral tidak efektif b.d edema serebral

### 2.1.10 Penatalaksanaan

Tujuan :

1. jangka panjang : mencegah komplikasi
2. jangka pendek : menghilangkan keluhan / gejala cedera kepala

Penatalaksanaan :

#### a. Cedera Kepala Ringan (GCS = 14 – 15 )

1. Idealnya semua penderita cedera kepala diperiksa dengan CT scan, terutama bila dijumpai adanya kehilangan kesadaran yang cukup bermakna, amnesia atau sakit kepala hebat. 3 % penderita CK. Ringan ditemukan fraktur tengkorak
2. Klinis :
  - a. Keadaan penderita sadar
  - b. Mengalami amnesia yang berhubungan dengan cedera yang dialaminya
  - c. Dapat disertai dengan hilangnya kesadaran yang singkat Pembuktian kehilangan kesadaran sulit, apabila penderita dibawah pengaruh obat-obatan / alkohol.

- d. Sebagai besar penderita pulih sempurna, mungkin ada gejala sisa ringan
3. Fractur tengkorak sering tidak tampak pada foto ronsen kepala, namun indikasi adanya fractur dasar tengkorak meliputi :
    - a. Ekimosis periorbital
    - b. Rhinorea
    - c. Otorea
    - d. Hemotimpani
    - e. Battle's sign
  4. Penilaian terhadap Foto ronsen meliputi :
    - a. Fractur linear/depresi
    - b. Posisi kelenjar pineal yang biasanya digaris tengah
    - c. Batas udara – air pada sinus-sinus
    - d. Pneumosefalus
    - e. Fractur tulang wajah
    - f. Benda asing
  5. Pemeriksaan laboratorium :
    - a. Darah rutin tidak perlu
    - b. Kadar alkohol dalam darah, zat toksik dalam urine untuk diagnostik / medikolagel
  6. Therapy :
    - a. Obat anti nyeri non narkotik
    - b. Toksoid pada luka terbuka
  7. Penderita dapat diobservasi selama 12 – 24 jam di Rumah Sakit

1.1 b. Cedera Kepala Sedang ( GCS = 9 13 )

1. Pada 10 % kasus :
  - a. Masih mampu menuruti perintah sederhana
  - b. Tampak bingung atau mengantuk
  - c. Dapat disertai defisit neurologis fokal seperti hemi paresis
2. Pada 10 – 20 % kasus :
  - a. Mengalami perburukan dan jatuh dalam koma
  - b. Harus diperlakukan sebagai penderita CK. Berat.
3. Tindakan di UGD :
  - a. Anamnese singkat
  - b. Stabilisasi kardiopulmoner dengan segera sebelum pemeriksaan neulorogis
  - c. Pemeriksaan CT. scan
4. Penderita harus dirawat untuk diobservasi
5. Penderita dapat dipulangkan setelah dirawat bila :
  - a. Status neulologis membaik
  - b. CT. scan berikutnya tidak ditemukan adanya lesi masa yang memerlukan pembedahan
6. Penderita jatuh pada keadaan koma, penatalaksanaanya sama dengan CK. Berat.
7. Airway harus tetap diperhatikan dan dijaga kelancarannya

C. Cedera Kepala Berat ( GCS 3 – 8 )

1. Kondisi penderita tidak mampu melakukan perintah sederhana walaupun status kardiopulmonernya telah distabilkan

2. CK. Berat mempunyai resiko morbiditas sangat tinggi
3. Diagnosa dan therapy sangat penting dan perlu dengan segera penanganan
4. Tindakan stabilisasi kardiopulmoner pada penderita CK. Berat harus dilakukan secepatnya.

A. Primary survey dan resusitasi

*Di UGD ditemukan :*

- a. 30 % hypoksemia (  $PO_2 < 65$  mmHg )
- b. 13 % hypotensia ( tek. Darah sistolik  $< 95$  mmHg ) → Mempunyai mortalitas 2 kali lebih banyak dari pada tanpa hypotensi
- c. 12 % Anemia ( Ht  $< 30$  % )

#### 1. Airway dan breathing

Sering terjadi gangguan henti nafas sementara, penyebab kematian karena terjadi apnoe yang berlangsung lama

Intubasi endotracheal tindakan penting pada penatalaksanaan penderita cedera kepala berat dengan memberikan oksigen 100 %

Tindakan hyeprveltilasi dilakukan secara hati-hati untuk mengoreksi sementara asidosis dan menurunkan TIK pada penderita dengan pupil telah dilatasi dan penurunan kesadaran. P $CO_2$  harus dipertahankan antara 25 – 35 mm Hg

#### 2. Sirkulasi

- a. Normalkan tekanan darah bila terjadi hypotensi

- b. Hypotensi petunjuk adanya kehilangan darah yang cukup berat pada kasus multiple trauma, trauma medula spinalis, contusio jantung / tamponade jantung dan tension pneumothorax.
- c. Saat mencari penyebab hypotensi, lakukan resusitasi cairan untuk mengganti cairan yang hilang
- d. UGS / lavase peritoneal diagnostik untuk menentukan adanya akut abdomen

#### B. Secondary survey

Penderita cedera kepala perlu konsultasi pada dokter ahli lain.

#### C. Pemeriksaan Neurologis

1. Dilakukan segera setelah status cardiovascular penderita stabil, pemeriksaan terdiri dari :
2. GCS
3. Reflek cahaya pupil
4. Gerakan bola mata
5. Tes kalori dan Reflek kornea oleh ahli bedah saraf
6. Sangat penting melakukan pemeriksaan minineurilogis sebelum penderita dilakukan sedasi atau paralisis
7. Tidak dianjurkan penggunaan obat paralisis yang jangka panjang
8. Gunakan morfin dengan dosis kecil ( 4 – 6 mg ) IV
9. Lakukan pemijitan pada kuku atau papila mammae untuk memperoleh respon motorik, bila timbul respon motorik yang bervariasi, nilai respon motorik yang terbaik
10. Catat respon terbaik / terburuk untuk mengetahui perkembangan penderita

11. Catat respon motorik dari extremitas kanan dan kiri secara terpisah
12. Catat nilai GCS dan reaksi pupil untuk mendeteksi kestabilan atau perburukan pasien.

#### D. Prosedur Diagnosis

##### 2.1.11 Komplikasi

1. Kebocoran cairan serebrospinal akibat fraktur pada fossa anterior dekat sinus frontal atau dari fraktur tengkorak bagian petrous dari tulang temporal
2. Kejang. Kejang paska trauma dapat terjadi segera (dalam 24 jam pertama dini, minggu pertama) atau lanjut (setelah satu minggu).
3. Diabetes Insipidus, disebabkan oleh kerusakan traumatic pada rangkai hipofisis menyulitkan penghentian sekresi hormone antidiupeti

## **2.2 Konsep Teori Bersihan Jalan Nafas**

### 2.2.1 Definisi

Bersihan jalan nafas merupakan kondisi pernafasan yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif, dapat disebabkan oleh sekret yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, imobilisasi, statis sekret dan batuk tidak efektif karena penyakit persyarafan seperti cerebro vascular accident (CVA), efek pengobatan sedatif dan lain-lain. Bersihan jalan nafas (Obstruksi jalan nafas) mempunyai tanda-tanda seperti : batuk tidak efektif, tidak mampu mengeluarkan sekresi di jalan nafas, suara nafas menunjukkan adanya

sumbatan dan jumlah, irama dan kedalaman pernafasan tidak normal (Hidayat. A, 2009).

Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan suatu keadaan ketika seseorang individu mengalami suatu ancaman yang nyata atau potensial pada status pernafasan sehubungan dengan ketidak mampuan untuk batuk secara efektif (Lynda Juall, Carpenito 2006).

Pada tahap pengkajian pola batuk dilakukan dengan cara menilai apakah batuk tersebut kering, keras dan kuat dengan suara mendesing, berat dan berubah-ubah seperti kondisi pasien yang mengalami penyakit kanker. Juga dilakukan pengkajian apakah pasien mengalami sakit pada bagian tenggorokan saat batuk kronis dan produktif serta saat di mana pasien sedang makan, merokok atau saat malam hari. Pengkajian terhadap lingkungan tempat tinggal pasien ( apakah berdebu, penuh asap, dan adanya kecenderungan mengakibatkan alergi ) perlu dilakukan. Pengkajian sputum dilakukan dengan cara memeriksa warna, kejernihan, dan apakah bercampur darah terhadap sputum yang dikeluarkan oleh pasien (Hidayat. A, 2009).

Bersihan jalan nafas tidak efektif merupakan suatu keadaan ketika seseorang individu mengalami suatu ancaman yang nyata atau potensial pada status pernafasan sehubungan dengan ketidak mampuan untuk batuk secara efektif (Lynda Juall, Carpenito 2006).

Bersihan Jalan nafas tidak efektif merupakan ketidak mampuan dalam membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk menjaga bersihan jalan nafas (Nanda 2005-2006).

### 2.2.2 Etiologi

#### 1. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan oksigen antara lain :

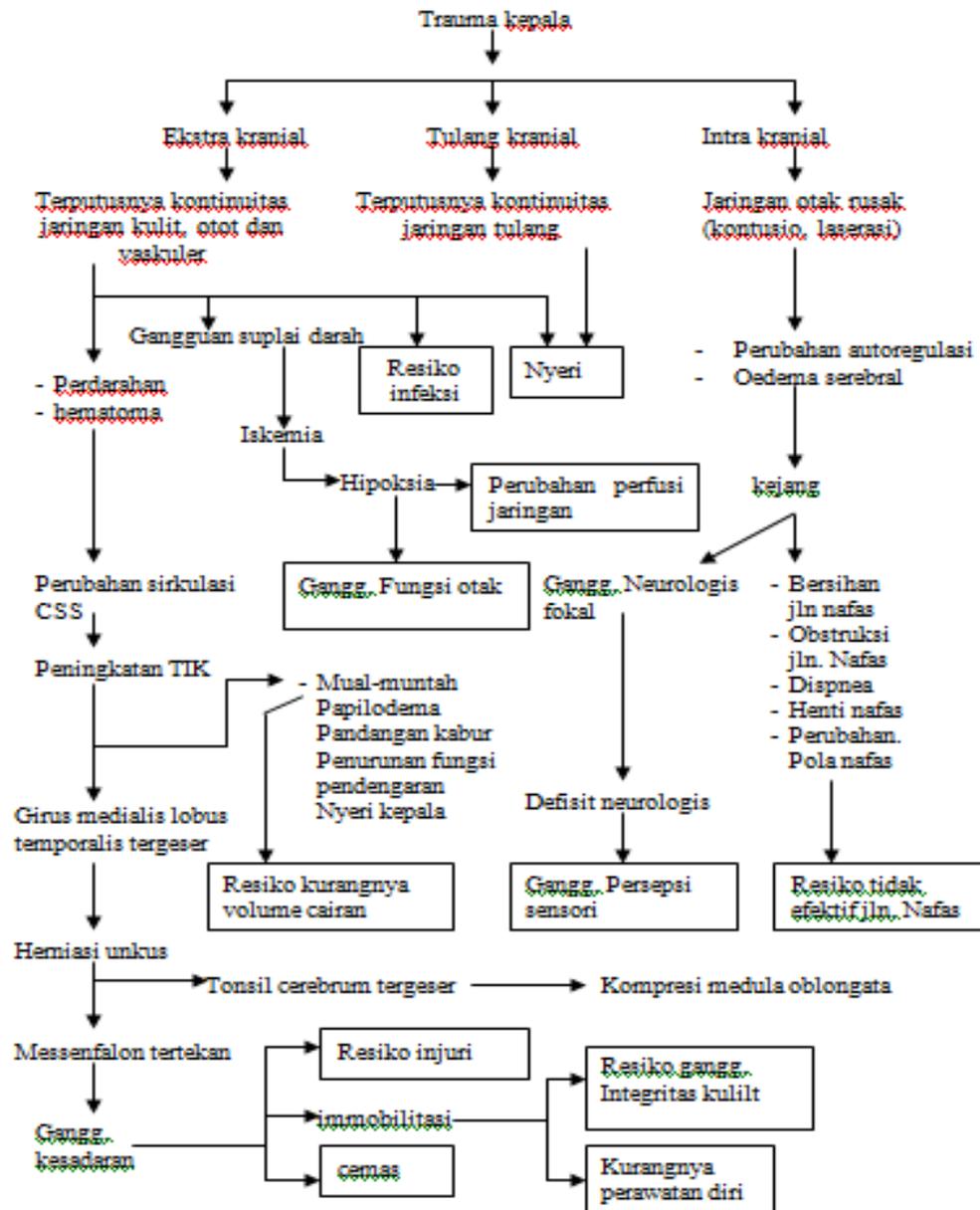
1. Saraf otonomik ( rangsangan saraf simpatis dan parasimpatis )
2. Peningkatan produksi sputum
3. Alergi pada saluran nafas
4. Faktor fisiologis
  - a) Menurunnya kemampuan mengikat O<sub>2</sub>
  - b) Menurunnya konsentrasi O<sub>2</sub>
  - c) Hipovolemia
  - d) Meningkatnya metabolisme
  - e) Kondisi yang mempengaruhi pergerakan dinding dada
  - f) Faktor perilaku
    1. Merokok
    2. Kecemasan
    3. Substance abuse atau penggunaan narkotika
    4. Status nutrisi
  - g) Faktor lingkungan
    1. kerja atau polusi
    2. Suhu lingkungan
    3. Ketinggian tempat dari permukaan laut

### 2.2.3 Patofisiologi

Obstruksi jalan nafas merupakan kondisi pernafasan yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif, dapat disebabkan

oleh sekresi yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, imobilisasi. Statis sekresi batuk yang tidak efektif karena penyakit persyarafan seperti cerebro vaskular accident (CVA). Hipersekreasi mukosa saluran pernafasan yang menghasilkan lendir sehingga partikel – partikel kecil yang masuk bersama udara akan mudah menempel di dinding saluran pernafasan. Hal ini lama – lama akan mengakibatkan terjadi sumbatan sehingga ada udara yang menjebak di bagian distal saluran nafas, maka individu akan berusaha lebih keras untuk mengeluarkan udara tersebut. Itulah sehingga pada fase ekspirasi yang panjang akan muncul bunyi – bunyi yang abnormal seperti mengi, depan ronchi.

2.2.4 Mekanisme Terjadinya Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif



Gambar 2.3 Kerangka pohon masalah bersihan jalan nafas tidak efektif (WOC cedera kepala, 2018)

### 2.2.5 Manifestasi Klinis

1. Batuk tidak efektif
2. Ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekresi dalam nafas
3. Bayi nafas normal
4. Frekuensi, irama, kedalam pernafasan normal
5. Terdapat suara nafas tambahan yang menunjukkan adanya sumbatan ronchi.

### 2.2.6 Pemeriksaan Diagnostik

#### 1. Bronkografi

Pemeriksaan ini bertujuan untuk melihat secara visual bronkus sampai dengan cabang bronkus pada penyakit gangguan bronkus

#### 2. Rongen dada

Merupakan pemeriksaan yang dilakukan misalnya untuk melihat lesi paru pada penyakit TB, adanya tumor, benda asing, pembengkakan paru, penyakit jantung dan untuk melihat struktur abnormal

### 2.2.7 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan keperawatan

#### 1. Latihan nafas

Latihan nafas merupakan cara bernafas untuk memperbaiki ventilasi alveoli atau memelihara pertukaran gas meningkatkan efisiensi, batuk dan mengurangi stress.

## 2. Latihan batuk efektif

Merupakan cara untuk melihat pasien yang tidak memiliki kemampuan batuk secara efektif dengan tujuan untuk membersihkan laring, trakea, dan bronkiolus, dari sekret atau benda asing di jalan nafas.

## 3. Fisioterapi dada

Fisioterapi dada merupakan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan cara postural drainage, clapping dan vibrating pada pasien dengan gangguan sistem pernafasan.

### **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Teoritis Pada Klien Dengan Masalah Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif**

#### 2.3.1 Pengumpulan data

Pengkajian merupakan langkah utama dan dasar utama dari proses keperawatan yang mempunyai dua kegiatan pokok, yaitu :

Pengumpulan data yang akurat dan sistematis akan membantu dalam menentukan status kesehatan dan pola pertahanan penderita, mengidentifikasi, kekuatan dan kebutuhan penderita yang diperoleh melalui anamnesis, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium serta pemeriksaan penunjang lainnya.

Demografi menggambarkan identitas klien tentang pengkajian mengenai nama, umur dan jenis kelamin yang perlu dikaji pada penyakit status cedera kepala. Alamat menggambarkan kondisi lingkungan tempat klien berada, dapat mengetahui faktor pencetus cedera kepala. Status

perkawinan, gangguan emosional yang timbul dalam keluarga atau lingkungan merupakan faktor pencetus cedera kepala, pekerjaan serta bangsa perlu dikaji untuk mengetahui adanya pemaparan bahan elergen. Hal ini yang perlu dikaji tentang : tanggal MRS, Nomor Rekam Medik, dan Diagnosis Keperawatan Medis.

### 2.3.2 Keluhan utama

Keluhan utama meliputi

1. Nutrisi : peningkatan nafsi makan, mual, muntah, penurunan atau peningkatan berat badan, banyak minum dan perasaan haus.
2. Eliminasi : perubahan pola berkemih (poliuria), nokturia, kesulitan berkemih, diare.
3. Neurosensori : nyeri kepala, parathesia, kesemutan, pada ekstermitas, penglihatan kabur, gangguan penglihatan.
4. Integumen : gatal pada kulit, gatal pada sekitar penis dan vagina, dan luka pada kepala.
5. Muskuloskeletal : kelemahan dan keletihan.
6. Fungsi seksual : ketidakmampuan ereksi (impoten), regiditas, penurunan libido, kesulitan libido, kesulitan orgasme pada wanita.

### 2.3.3 Riwayat penyakit sekarang

Adanya luka pada kepala karena pukulan / benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran.

### 2.3.4 Riwayat penyakit dahulu

Sebelum pernah mengalami penyakit cedera kepala dan mengalami luka pada kepala.

### 2.3.5 riwayat penyakit keluarga

Perlu di kaji apakah dalam keluarga ada yang menderita penyakit paru – paru lainnya.

### 2.3.6 Riwayat psikososial

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

### 2.3.7 Pola fungsi kesehatan

Pola-pola fungsi kesehatan

#### 1. Pola persepsi

Pola persepsi menggambarkan persepsi klien terhadap penyakitnya tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita cedera kepala dengan komplikasi pada kepala

#### 2. Pola nutrisi

Penderita cedera kepala mengeluh ingin selalu makan tetapi berat karena antara pikiran dan keadaan aslinya tidak sama

#### 3. Pola eliminasi

Data eliminasi untuk buang air besar (BAB) pada klien cedera kepala tidak ada perubahan yang mencolok. Sedangkan pada eliminasi buang air kecil (BAK) akan dijumpai jumlah urin yang banyak baik secara frekuensi maupun volumenya

#### 4. Pola tidur dan istirahat

Sering muncul perasaan tidak enak efek dari gangguan yang berdampak pada gangguan tidur

## 5. Pola aktivitas

Pola klien dengan cedera kepala gejala yang ditimbulkan antara lain keletihan, kelelahan, malaise, dan seringnya mengantuk pada pagi hari.

## 6. Nilai dan keyakinan

Gambaran pasien cedera kepala tentang penyakit yang dideritanya menurut agama dan kepercayaannya kecemasan akan menjadi penghambat kesembuhan, tujuan dan harapan akan sakitnya.

### 2.3.8 Pemeriksaan fisik

Setelah melakukan anamnesis yang mengarah pada keluhan - keluhan klien, pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung data dan pengkajian anamnesis. Pemeriksaan fisik sebaiknya dilakukan persistem (B1 – B6) dengan fokus pemeriksaan fisik pada pemeriksaan B3 (Brain) dan terarah dan dihubungkan dengan keluhan – keluhan dari klien.

#### Keadaan umum

Pada keadaan cedera kepala umumnya mengalami penurunan kesadaran (cedera kepala ringan/cedera otak ringan, GCS 13 – 15, cedera kepala berat/ cedera otak berat, bila GCS kurang atau sama dengan 8 dan terjadi perubahan pada tanda-tanda vital.

#### 1. B1 (Breathing)

Perubahan pada sistem pernapasan bergantung pada gradiasi dari perubahan jaringan cerebral akibat trauma kepala. Pada beberapa keadaan, hasil dari pemeriksaan fisik dari sistem ini akan didapatkan :

a. Inspeksi

Di dapatkan klien batuk, peningkatan produksi sputum, sesak napas, penggunaan otot bantu napas, dan peningkatan frekuensi pernapasan. Terdapat retraksi klavikula/ dada, pengembangan paru tidak simetris. Ekspansi dada : dinilai penuh/ tidak penuh dan kesimetrisannya. Ketidak simetrisan mungkin menunjukkan adanya atelektasis, lesi pada paru, obstruksi pada bronkus, fraktur tulang iga, pnemothoraks, atau penempatan endotrakeal dan tube trakeostomi yang kurang tepat. Pada observasi ekspansi dada juga perlu dinilai : retraksi dari otot – otot interkostal, substernal, pernapasan abdomen, dan respirasi paradoks (retraksi abdomen saat inspirasi). Pola napas ini dapat terjadi jika otot – otot interkostal tidak mampu menggerakkan dinding dada.

b. Palpasi

Fremitus menurun dibandingkan dengan sisi yang lain akan didapatkan apabila melibatkan trauma pada rongga thoraks.

c. Perkusi

Adanya suara redup sampai pekak pada keadaan melibatkan trauma pada thoraks/ hemothoraks

d. Auskultasi

Bunyi napas tambahan seperti napas berbunyi, stridor, ronkhi pada klien dengan peningkatan produksi sekret dan kemampuan batuk yang menurun sering didapatkan pada klien cedera kepala dengan penurunan tingkat kesadaran koma.

## 2. B2 (Blood)

Pengkajian pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan (syok) hipovolemik yang sering terjadi pada klien cedera kepala sedang dan berat.

Hasil pemeriksaan kardiovaskuler klien cedera kepala pada beberapa keadaan dapat ditemukan tekanan darah normal atau berubah, nadi bradikardi, takikardia da aritmia. Frekuensi nadi cepat dan lemah berhubungan dengan homeostatis tubuh dalam upaya menyeimbangkan kebutuhan oksigen perifer. Nadi bradikardia merupakan tanda dari perubahan perfusi jaringan otak. Kulit kelihatan pucat menandakan adanya penurunan kadar hemaglobin dalam darah. Hipotensi menandakan adanya perubahan perfusi jaringan dan tanda -tanda awal dari suatu syok. Pada beberapa keadaan lain akibat dari trauma kepala akan merangsang pelepasan antidiuretik hormon (ADH) yang berdampak pada kompensasi tubuh untuk mengeluarkan retensi atau pengeluaran garam dan air oleh tubulus. Mekanisme ini akan meningkatkan konsentrasi elektolit meningkat sehingga memberikan resiko terjadinya gangguan keseimbangan cairan dan elektrolit pada sistem kardiovaskuler.

## 3. B3 (Brain)

Cedera kepala menyebabkan berbagai defisit neurologis terutama disebabkan pengaruh peningkatan tekanan intrakranial akibat adanya perdarahan baik bersifat intraserebral hematoma, subdural hematoma

dan epidural hematoma. Pengkajian B3 (Brain) merupakan pemeriksaan fokus dan lebih lengkap dibandingkan pengkajian pada sistem lainnya.

#### 1. Tingkat kesadaran

Tingkat kesadaran klien dan respon terhadap lingkungan adalah indikator paling sensitif untuk menilai disfungsi sistem persarafan. Pada keadaan lanjut tingkat kesadaran klien cedera kepala biasanya berkisar pada tingkat letargi, stupor, semikomatosa, sampai koma.

#### 2. Pemeriksaan fungsi serebral

Status mental : Observasi penampilan klien dan tingkah lakunya, nilai gaya bicara klien dan observasi ekspresi wajah, dan aktivitas motorik pada klien cedera kepala tahap lanjut biasanya status mental mengalami perubahan.

Fungsi intelektual : Pada keadaan klien cedera kepala didapatkan penurunan dalam ingatan dan memori baik jangka pendek maupun jangka panjang

Lobus frontal : Kerusakan fungsi kognitif dan efek psikologis didapatkan bila trauma kepala mengakibatkan adanya kerusakan pada lobus frontal kapasitas, memori atau fungsi intelektual kortikal yang lebih tinggi mungkin rusak disfungsi ini dapat ditunjukkan dalam lapang perhatian terbatas, kesulitan dalam pemahaman, lupa dan kurang motivasi, yang menyebabkan klien ini menghadapi masalah frustrasi dalam program rehabilitasi mereka. Masalah psikologi lain juga umum terjadi dan dimanifestasikan oleh labilitas emosional, bermusuhan, frustrasi, dendam dan kurang kerja sama.

Hemisfer : Cedera kepala hemisfer kanan didapatkan hemiparase sebelah kiri tubuh, penilaian buruk, dan mempunyai kerentanan terhadap sisi kolateral sehingga kemungkinan terjatuh kesisi yang berlawanan tersebut. Cedera kepala pada hemisfer kiri, mengalami hemiparase kanan, perilaku lambat dan sangat hati – hati, kelainan bidang pandang sebelah kanan, disfagia global, afasia dan mudah frustrasi

### 3. Pemeriksaan saraf kranial

#### a. Saraf I

Pada beberapa keadaan cedera kepala didaerah yang merusak anatomis dan fisiologis saraf ini klien akan mengalami kelainan pada fungsi penciuman/anosmia unilateral atau bilateral

#### b. Saraf II

Hematoma palpebra pada klien cedera kepala akan menurunkan lapangan penglihatan dan mengganggu fungsi dari nervus optikus. Perdarahan diruang intrakranial, terutama hemoragia subarakhnoidal, dapat disertai dengan perdarahan diretina. Anomali pembuluh darah didalam otak dapat bermanifestasi juga difundus. Tetapi dari segala macam kalainan didalam ruang intrakranial, tekanan intrakranial dapat dicerminkan pada fundus

#### c. Saraf III, IV da VI

Gangguan mengangkat kelopak mata terutama pada klien dengan trauma yang merusak rongga orbital. pada kasus-kasus trauma kepala dapat dijumpai anisokoria. Gejala ini harus dianggap sebagai tanda

serius jika midriasis itu tidak bereaksi pada penyinaran. Tanda awal herniasi tentorium adalah midriasis yang tidak bereaksi pada penyinaran. Paralisis otot – otot okular akan menyusul pada tahap berikutnya. Jika pada trauma kepala terdapat anisokoria dimana bukannya midriasis yang ditemukan, melainkan miosis yang bergandengan dengan pupil yang normal pada sisi yang lain, maka pupil yang miosislah yang abnormal. Miosis ini disebabkan oleh lesi dilobus frontalis ipsilateral yang mengelola pusat siliospinal. Hilangnya fungsi itu berarti pusat siliospinal menjadi tidak aktif sehingga pupil tidak berdilatasi melainkan berkonstriksi.

d. Saraf V

Pada beberapa keadaan cedera kepala menyebabkan paralisis nervus trigemimus, didapatkan penurunan kemampuan koordinasi gerakan menguyah

e. Saraf VII

Persepsi pengecapan mengalami perubahan

f. Saraf VIII

Perubahan fungsi pendengaran pada klien cedera kepala ringan biasanya tidak didapatkan penurunan apabila trauma yang terjadi tidak melibatkan sarafvestibulokoklearis

g. Saraf IX dan XI

Kemampuan menelan kurang baik, kesukaran membuka mulut.

#### h. Saraf XI

Bila tidak melibatkan trauma pada leher, mobilitas klien cukup baik dan tidak ada atrofi otot sternokleidomastoideus dan trapezius.

#### i. Saraf XII

Indra pengecap mengalami perubahan

#### 4. Sistem motorik

Inspeksi umum : Didapatkan hemiplegia (paralisis pada salah satu sisi) karena lesi pada sisi otak yang berlawanan. Hemiparesis (kelemahan salah satu sisi tubuh) adalah tanda yang lain.

Tonus otot : Didapatkan menurun sampai hilang.

Kekuatan otot : Pada penilaian dengan menggunakan grade kekuatan otot didapatkan grade 0

Keseimbangan dan koordinasi : Didapatkan mengalami gangguan karena hemiparase dan hemiplegia.

#### 5. Pemeriksaan reflek

Pemeriksaan reflek dalam : Pengetukan pada tendon, ligamentum atau periosteum derajat refleksi pada respon normal.

Pemeriksaan refleksi patologis ; Pada fase akut refleksi fisiologis sisi yang lumpuh akan menghilang. Setelah beberapa hari refleksi fisiologis akan muncul kembali didahului dengan refleksi patologis.

#### 6. Sistem sensorik

Dapat terjadi hemihipestasi persepsi adalah ketidakmampuan untuk menginterpretasikan sensasi. Disfungsi persepsivisual karena gangguan jaras sensorik primer diantara mata dan korteks visual. Gangguan

hubungan visual spasial (mendapatkan hubungan dua atau lebih objek dalam area spasial) sering terlihat pada klien dengan hemiplegia kiri.

Kehilangan sensorik karena cedera kepala dapat berupa kerusakan sentuhan ringan atau mungkin lebih berat dengan kehilangan propriosepsi (kemampuan untuk merasakan posisi dan gerakan bagian tubuh) serta kesulitan dalam menginterpretasikan stimulasi visual, taktil dan auditorius.

#### 4. B4 (Bladder)

Kaji keadaan urine meliputi warna, jumlah dan karakteristik, termasuk berat jenis. Penurunan jumlah urine dan peningkatan retensi cairan dapat terjadi akibat menurunnya perfusi ginjal. Setelah cedera kepala klien mungkin mengalami inkontinensia urine karena konfusi, ketidakmampuan mengomunikasikan kebutuhan, dan ketidakmampuan untuk menggunakan urinal karena kerusakan kontrol motorik dan postural. Kadang-kadang kontrol sfingter urinarius eksternal hilang atau berkurang. Selama periode ini, dilakukan kateterisasi intermiten dengan teknik steril. Inkontinensia urine yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

#### 5. B5 (Bowel)

Didapatkan adanya keluhan kesulitan menelan, nafsu makan menurun, mual muntah pada fase akut. Mual dan muntah dihubungkan dengan peningkatan produksi asam lambung sehingga menimbulkan masalah pemenuhan nutrisi. Pola defekasi biasanya terjadi konstipasi

akibat penurunan peristaltik usus. Adanya inkontinensia alvi yang berlanjut menunjukkan kerusakan neurologis luas.

Pemeriksaan rongga mulut dengan melakukan penilaian ada tidaknya lesi pada mulut atau perubahan pada lidah dapat menunjukkan adanya dehidrasi. Pemeriksaan bising usus untuk menilai ada atau tidaknya dan kualitas bising usus harus dikaji sebelum melakukan palpasi abdomen. Bising usus menurun atau hilang dapat terjadi pada paralitik ileus dan peritonitis. Lakukan observasi bising usus selama  $\pm 2$  menit. Penurunan motilitas usus dapat terjadi akibat tertelannya udara yang berasal dari sekitar selang endotrakeal dan nasotrakeal.

#### 6. Tulang (Bone)

Disfungsi motorik paling umum adalah kelemahan pada seluruh ekstremitas. Kaji warna kulit, suhu kelembapan dan turgor kulit. Adanya perubahan warna kulit warna kebiruan menunjukkan adanya sianosis (ujung kuku, ekstremitas, telinga, hidung, bibir dan membran mukosa). Pucat pada wajah dan membran mukosa dapat berhubungan dengan rendahnya kadar haemaglobin atau syok. Pucat dan sianosis pada klien yang menggunakan ventilator dapat terjadi akibat adanya hipoksemia. Joundice (warna kuning) pada klien yang menggunakan respirator dapat terjadi akibat penurunan aliran darah portal akibat dari penggunaan pocked red cells (PRC) dalam jangka waktu lama.

Pada klien dengan kulit gelap. Perubahan warna tersebut tidak begitu jelas terlihat. Warna kemerahan pada kulit dapat menunjukkan adanya demam dan infeksi. Integritas kulit untuk menilai adanya lesi dan

dekubitus. Adanya kesukaran untuk beraktivitas karena kelemahan, kehilangan sensorik atau paralisis/ hemiplegia, mudah lelah menyebabkan masalah pada pola aktivitas dan istirahat.

#### 2.3.9 Pemeriksaan penunjang

1. CT Scan / MRI menunjukkan kontusio, hematoma, hidrosefalus, edema serebral; mengidentifikasi luasnya lesi, perdarahan, determinan ventrikuler, dan perubahan jaringan otak. Catatan : untuk mengetahui adanya infark/iskemia jangan dilakukan pada 24-72 jam setelah injuri.
2. Pengkajian neurologis dengan GCS
3. GDA (Gas Darah Arteri) untuk mengetahui adanya masalah ventilasi atau oksigenasi yang dapat meningkatkan TIK
4. Angiografi Serebral menunjukkan kelainan sirkulasi serebral seperti pergeseran jaringan otak akibat edema, perdarahan dan trauma
5. EEG akan memperlihatkan keberadaan/ perkembangan gelombang yang patologis
6. Sinar X akan mendeteksi adanya perubahan struktur tulang (fraktur pergeseran struktur dan garis tengah (karena perdarahan edema dan adanya frakmen tulang)

#### 2.3.10 Diagnosa keperawatan cedera kepala

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d kerusakan neurovaskular (cedera pusat pernapasan di otak).
2. Pola napas tidak efektif b.d kerusakan neurovaskuler, obstruksi trakeabronkial
3. Perfusi jaringan serebral tidak efektif b.d edema serebra

## 2.3.11 Intervensi Keperawatan

Tabel 2.4 Intervensi Diagnosa Keperawatan Sumber Nanda NIC NOC

NO	DIAGNOSA	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas Definisi : a. Ketidakmampuan untuk membersihkan sekresi atau obstruksi dari saluran pernafasan untuk mempertahankan kebersihan jalan nafas b. Batasana karakteristik : 1. Batuk yang tidak efektif 2. Dispnea 3. Gelisah 4. Kesulitan berblisasi 5. Mata terbuka lebar 6. Ortopnea 7. Penurunan bunyi nafas 8. Perubahan fungsi nafas 9. Perubahan pola nafas 10. Sianosis 11. Sputum dalam yang berlebihan 12. Suara nafas tambahan 13. Tidak ada batuk c. Faktor–faktor yang berhubungan : 1. Lingkungan a. Perokok b. Perokok pasif c. Terpejan asap 2.Obstruksi jalan nafas a. Adanya jalan nafas buatan b. Benda asing dalam jalan nafas c. Eksudat dalam alveoli d. Hiperplasia pada dinding bronkus	Noc 1.status pernafasan kepatenan jalan nafas 2.status pernafasan tanda-tanda vital Kriteria hasil : 1. suara nafas tambahan 2. pernafasan cuping hidung 3. dispnea saat istirahat 4. dispnea dengan aktivitas ringan 5. penggunaan otot bantu nafas 6. batuk 7. akumulasi sputum Respirasi ragonal TTV : 1. tekanan darah normal sistol < 120 Diastol < 80 2. nadi normal 60-100 kali per menit 3. pernafasan dalam batas normal 14-20 kali per menit 4. suhu normal : Suhu oral : 37C Suhu rektal : 37,4C Suhu aksila : 36,5C	Nic 1.dampingi pasien untuk bisa duduk pada posisi kepala sedikit lurus, bahu relaks dan untuk ditentukan posisi fleksi 2.dukung pasien menarik nafas dalam beberapa kali 3.dukung pasien untuk melakukan nafas dalam, tahan selama 2 detik, bungkukkan kedepan, tahan 2 detik dan batukkan 2-3 kali 4. minta pasien untuk menarik nafas dalam, bungkukkan ke depan, lakukan tiga atau empat kali hembuskan (untuk membuka area glotis) 5. minta pasien untuk menarik nafas dalam beberapa kali, keluarkan perlahan dan batukkan di akhir ekshalasi (penghembusan) 6.minta pasien unttuk batuk dilanjutkan dengan beberapa periode nafas dalam 7.dampingi pasien menggunakan bantal atau selimut yang dilipat untuk menahan perut saat batuk 8.Monitor fungsi paru, terutama kapasitas vital, tekanan inspirasi maksimal, tekanan volume ekspirasi 1 detik (FEVI) dan FEVI/FVC sesuai dengan kebutuhan

---

<ul style="list-style-type: none"> <li>e. Mukus berlebihan</li> <li>f. Penyakit paru obstruksi kronik</li> <li>g. Sekresi yang bertahan</li> <li>h. Spasme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>9. lakukan teknik chest wall rib spring selama fase ekspirasi melalui manuver batuk, sesuai dengan kebutuhan</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>3. Fisiologis             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Asma</li> <li>b. Jalan nafas alergi</li> <li>c. infeksi</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>10. tekan perut dibawah xiphoid dengan tangan terbuka sembari membantu pasien untuk fleksi kedepan selama batuk</li> <li>11. dukung menggunakan incentive spirometry, sesuai dengan kebutuhan</li> <li>12. dukung hidrasi cairan yang sistemik, sesuai dengan kebutuhan</li> </ul>

---

### 2.3.12 Implementasi

Merupakan pengelolaan dari perwujudan intervensi meliputi kegiatan yaitu validasi, rencana keperawatan, mendokumentasikan rencana, memberikan askep dalam pengumpulan data, serta melaksanakan advise dokter dan ketentuan RS. Adapun tahap – tahap dalam tindakan keperawatan adalah sebagai berikut :

#### 1. Tahap 1 : Persiapan

Tahap awal tindakan keperawatan ini perawat mengevaluasi hasil identifikasikan pada tahap perencanaan

#### 2. Tahap 2 : Pelaksanaan

Fokus tahap pelaksanaan tindakan keperawatan adalah kegiatan dari perencanaan untuk memenuhi kebutuhan fisik dan emosional.

Pendekatan tindakan keperawatan meliputi tindakan : independen, dependen, dan interpenden.

## 2. Tahap 3 : Dokumentasi

Pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti oleh pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan.

### 2.3.13 Evaluasi

Merupakan tahap akhir dari suatu proses keperawatan yang merupakan perbandingan yang sistematis dan rencana tentang kesehatan pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan dengan cara melibatkan pasien dan sesama tenaga kesehatan (Wijaya & Putri, 2013)

## **BAB 3**

### **METODE PENELITIAN**

#### **3.1 Desain Penelitian**

Desain penelitian merupakan semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian, mulai tahap persiapan sampai tahap penyusunan masalah dalam penelitian (Suryono, 2013). Dalam penelitian studi kasus ini menggunakan metode deskriptif yang berarti suatu metode yang berupaya mengungkapkan keadaan yang terjadi saat ini, untuk selanjutnya dianalisis dan diinterpretasikan. Dimaksudkan untuk pengukuran yang cermat terhadap fenomena sosial tertentu. Peneliti mengembangkan konsep dan menghimpun fakta, dan memberikan dukungan terhadap apa yang disajikan (Singarimbun, 1989).

Studi kasus merupakan rancangan penelitian yang mencakup satu unit secara intensif misalnya satu klien atau dua klien. Meskipun jumlah subyek cenderung sedikit namun jumlah variabel yang berhubungan dengan masalah studi kasus. Rancangan dari studi kasus bergantung pada keadaan kasus namun tetap mempertimbangkan penelitian waktu. Riwayat dan perilaku mempelajari suatu kejadian mengenai perseorangan (riwayat hidup). Pada metode studi kasus ini diperlukan banyak informasi guna mendapatkan bahan – bahan yang agak luas, sebelumnya biasanya dikaji secara rinci, meskipun jumlah respondennya sedikit, sehingga akan didapatkan gambaran satu unit subyek secara jelas (Nursalam, 2011)

Studi kasus dibatasi oleh waktu dan tempat serta kasus yang dipelajari berupa peristiwa, aktivitas, aktivitas atau individu. Dalam studi kasus ini adalah studi kasus untuk mengeksplorasi masalah asuhan keperawatan Cedera Kepala dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif.

### **3.2 Batasan Istilah**

Batasan istilah merupakan pernyataan yang menjelaskan istilah – istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Dalam penelitian studi kasus batasan istilah adalah :

1. Asuhan keperawatan adalah merupakan suatu hal yang tidak akan terlepas dari pekerjaan seseorang perawat dalam menjalankan tugas serta kewajibannya serta peran dan fungsinya. Dalam studi kasus ini peneliti melaksanakan Asuhan Keperawatan cedera kepala yaitu suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien yang mengalami masalah bersihan jalan nafas tidak efektif dimulai dari pengkajian (pengumpulan data, analisa data, dan penentuan masalah) diagnosis keperawatan, pelaksanaan dan penelitian tindakan keperawatan (evaluasi).
2. Klien adalah seseorang yang menerima perawatan medis (setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada pelayanan kesehatan / dokter atau perawat.
3. Cedera kepala merupakan Kerusakan neurologis yang diakibatkan oleh suatu benda atau serpihan tulang yang menembus atau merobek suatu

jaringan otak oleh suatu pengaruh kekuatan atau energi yang diteruskan ke otak dan akhirnya oleh efek percepatan perlambatan pada otak yang terbatas pada kompartemen yang kaku (Price, 1995)

4. Masalah diartikan sebagai penyimpangan data yang seharusnya dengan apa yang benar – benar terjadi, antara teori dengan praktek, antara aturan dengan pelaksanaan, antara rencana dengan pelaksana
5. Bersihan jalan nafas merupakan kondisi pernafasan yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif , dapat di sebabkan oleh sekret yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, imobilisasi, statis sekret dan batuk tidak efektif karena penyakit persyarafan seperti cerebro vascular accident (CVA), efek pengobatan sedatif dan lain – lain.

### **3.3 Partisipan**

Partisipan adalah Subyek yang berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta. Partisipan pada studi kasus ini dipilih dengan menggunakan metode purposive. Metode purposive adalah metode pemilihan partisipan dalam suatu studi kasus dengan menentukan terlebih dahulu kriteria yang akan dimasukkan dalam studi kasus, dimana partisipan yang diambil dapat memberikan informasi yang berharga pada studi kasus (Nursalam, 2013). Studi kasus ini menggunakan 2 klien dengan karakteristik klien yang mengalami cedera kepala berat dengan bersihan jalan nafas tidak efektif dengan karakteristik keadaan bersihan jalan nafas yang sama dan klien yang mengalami cedera kepala dengan bersihan jalan nafas tidak efektif dengan riwayat dan lamanya menderita cedera kepala. Penelitian ini

mengarah pada klien dengan umur dewasa kisaran 20 sampai 60 tahun yang di rawat inap.

### **3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian**

Lokasi dan waktu penelitian adalah suatu tempat dimana penelitian tersebut akan dilakukan. Lokasi studi kasus tersebut didasarkan pada :

1. Tempat banyaknya jumlah klien yang mengalami cedera kepala di ruang HCU Rsud Bangil Pasuruan yang beralamat di jalan raya Raci, Masangan, Pasuruan apabila dibandingkan dengan wilayah yang lainnya.
2. Waktu studi kasus ini peneliti akan melakukan penelitian mulai bulan April 2018. kasus ini waktu yang tentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 4 hari.

### **2.5 Pengumpulan Data**

Pengumpulan data merupakan tahapan dalam proses penelitian yang penting, karena hanya dengan mendapatkan data yang tepat maka, proses penelitian akan berlangsung sampai mendapatkan jawaban dari perumusan masalah yang sudah ditetapkan (Nursalam, 2011).

Agar dapat diperoleh data yang sesuai dengan permasalahan dalam penelitian ini, sangatlah diperlukan teknik mengumpulkan data. Adapun teknik menggunakan pengumpulan data dalam penelitian deskriptif, yaitu :

## 1. Wawancara

Wawancara adalah suatu metode yang dipergunakan untuk mengumpulkan dimana peneliti mendapatkan keterangan atau penderita secara lisan dari seseorang sasaran peneliti (*responden*), atau bercakap – cakap berhadapan muka dengan orang tersebut (*face to face*). Jadi data tersebut diperoleh langsung dari responden melalui suatu pertemuan atau percakapan (Saryono, 2013).

Materi wawancara meliputi : anamnesis berisi tentang (wawancara dengan subyek atau responden), keluhan utama, riwayat penyakit sekarang – dahulu – keluarga yang lain – lain sesuai dengan pedoman yang akan diungkap). Sumber data dari klien, keluarga, perawat lainnya.

## 2. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

Observasi merupakan salah satu metode yang dilakukan dengan cara pengamatan dilakukan dengan seluruh alat indera, tidak terbatas hanya pada apa yang dilihat terhadap perilaku dan lingkungan, baik sosial dan material individu atau kelompok yang diamati (Suryono, 2013).

Observasi atau pengamatan adalah suatu prosedur yang berencana, yang antara lain meliputi melihat dan mencatat jumlah dan taraf aktivitas tertentu yang ada hubungannya dengan masalah yang diteliti. Jadi di dalam melakukan observasi bukan hanya mengunjungi, melihat, atau menonton saja, tetapi disertai keaktifan jiwa atau perhatian, khusus dan melakukan pencatatan – pencatatan. Dalam penelitian ini observasi dilakukan menggunakan pendekatan IPPA yaitu : inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi pada sistem tubuh pasien.

### 3. Studi Dokumentasi

Dokumentasi adalah mencari data mengenai hal – hal atau variabel berupa catatan, transkrip, buku, surat kabar, majalah, prasasti, notulen rapat, legger, agenda dan sebagainya (Saryono, 2013). Dalam studi kasus ini dokumentasi berupa hasil dari rekam medik, literatur, pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan.

#### 3.6 Uji Keabsahan Data

Keabsahan data merupakan standar kebenaran suatu data hasil penelitian yang lebih menekankan pada data/ informasi daripada sikap dan jumlah untuk menetapkan keabsahan data diperlukan teknik pemeriksaan (pengujian). Pelaksanaan teknik pemeriksaan didasarkan atas sejumlah kriteria tertentu. Ada empat kriteria yang digunakan yaitu derajat kepercayaan (*credibility*), keteralihan (*transferability*), kebergantungan (*dependability*), dan kepastian (*confirmability*) (Sugiono, 2010). Uji keabsahan data dimaksudkan untuk menguji kualitas data / informasi yang diperoleh dalam penelitian sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas peneliti (karena peneliti menjadi instrumen utama), uji keabsahan data dilakukan dengan :

1. Memperpanjang waktu pengamatan / tindakan sampai kegiatan studi kasus berakhir dan memperoleh validitas hasil yang diinginkan. Dalam studi kasus ini waktu yang ditentukan adalah 3 hari akan tetapi apabila belum mencapai validitas data yang diinginkan maka waktu untuk

mendapatkan data studi kasus diperpanjang satu hari, sehingga waktu yang diperlukan dalam studi kasus adalah 4 hari.

2. Triangulasi merupakan metode yang dilakukan peneliti pada saat mengumpulkan dan menganalisis data dengan pihak lain untuk memperjelas data atau informasi yang telah diperoleh responden. Adapun pihak lain dalam studi kasus ini yaitu keluarga klien yang pernah menderita penyakit yang sama dengan klien dan perawat yang pernah mengatasi masalah yang sama dengan klien.

### **3.7 Analisa data**

Analisa data merupakan proses mengorganisasikan dan mengurutkan data kedalam pola, katagori dan satu uraian dasar, sehingga dapat di temukan tema tertentu (Moleong. 2007). Analisa data dilakukan sejak meneliti di lapangan, sewaktu pengumpulan data sampai dengan semua data terkumpul. Analisa data dilakukan dengan cara mengemukakan fakta, selanjutnya membandingkan dengan teori yang ada dan selanjutnya dituangkan dalam opini pembahasan, Teknik analisis yang digunakan dengan cara menarasikan jawaban – jawaban yang diperoleh dari hasil interpretasi wawancara mendalam yang dilakukan untuk menjawab rumusan masalah. Teknik analisis digunakan dengan cara observasi oleh peneliti dan studi dokumentasi yang menghasilkan data untuk selanjutnya diinterpretasikan dan dibandingkan teori yang ada sebagai bahan untuk memberikan rekomendasi dalam intervensi tersebut. Urutan dalam analisis adalah:

### 1. Pengumpulan Data

Data dikumpulkan dari hasil WOD (Wawancara, Obsevasi, Dokumen). Hasil dtulis dalam bentuk catatan lapangan. Kemudian di salin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

### 2. Mereduksi Data

Data hasil wawancara yang yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostic kemudian dibandingkan nilai normal.

### 3. Penyajian Data

Penyajian data dapat dilakukan dengan tabel, gambar, bagan maupun teks naratif. Kerahasiaan dari klien dijamin dengan jalan mengaburkan identitas dari klien.

### 4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian dibahas dan dibandingkan dengan hasil – hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi.

## 3.8 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti izin dari institusi untuk melakukan penelitian . setelah mendapat izin barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika yang meliputi : *informed consent*

(persetujuan menjadi responden), *anonymity* (tanpa nama), dan *confidentiality* (kerahasiaan) (Tri, 2015).

Dicantumkan etika yang mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari :

1. *Informed consent* merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dan responden peneliti dan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. *Informed consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *informed consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.
2. *Anonymity* (tanpa nama); masalah etika penelitian merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau menempatkan nama responden pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.
3. *Confidentiality* (Kerahasiaan); masalah ini merupakan masalah etika dengan memberi jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah – masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 Gambaran Lokasi Pengambilan Data

Lokasi penelitian bertempat di RSUD Bangil jl.Raya Raci Masangan Bangil Pasuruan. RSUD Bangil merupakan rumah sakit tipe B dengan akreditasi paripurna. Peneliti melakukan penelitian di ruang HCU. Di ruang High Care Unit (HCU) sendiri terdapat 14 tempat tidur dengan 4 tempat tidur khusus pasien infeksius yang dilengkapi *bedside* monitor.

##### 4.1.2 Pengkajian

Tabel 4.1 Identitas Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

IDENTITAS KLIEN	Klien 1	Klien 2
Nama	Sdri. N	Sdr. F
Umur	19 Tahun	20 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki - Laki
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMP
Pekerjaan	Wiraswasta	Karyawan
Alamat	Gondangwetan	Tawang Sari Kraton
Status Perkawinan	Nikah	Nikah
Tanggal MRS	01 April 2018	03 April 2018
Tanggal Pengkajian	02 April 2018	03 April 2018
No. RM	00-35-96-xx	00-35-98-xx
Diagnosa Masuk	Cidera Otak Berat	Cidera Otak Berat

Tabel 4.2 Riwayat Penyakit Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di Ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	-	-
Riwayat Penyakit Sekarang	Pada tanggal 01 april 2018 jam 20.00 klien Sdri. N mengalami kecelakaan jatuh dari kamar mandi, di temukan oleh keluarganya dalam kondisi tak sadarkan diri, karena panik klien langsung di bawa ke puskesmas setempat lalu di rujuk ke IGD RSUD Bangil Pasuruan saat itu juga. Terdapat odem kepala, tangan kiri robek $\pm$ 2 cm terkena pintu kamar mandi. Tekanan darah : 110/70 mmhg, Nadi : 70 x/menit, RR : 24 x/menit, S : 36,4 . Dari IGD klien dipindahkan ke ruang HCU Melati guna mendapatkan perawatan intensive.	Pada tanggal 03 april 2018 jam 09.00 terjadi kecelakaan sepeda motor, korban dibawa oleh penolong ke IGD RSUD Bangil Pasuruan. Ucap kakak korban waktu itu dia dan adiknya sedang berboncengan mau membeli peralatan bangunan, tiba-tiba motornya menabrak truk parkir, Kepala adiknya terbentur jalan, mengalami hematom $\pm$ 12 cm dikarenakan tidak bawa helm. Terdapat lecet di siku kanan dan dibawah lutut kanan, muka kanan lebam, pasien menggeram dan tak sadarkan diri. Tekanan darah : 100/60 mmhg, Nadi : 60x/menit, RR : 26x/menit, S : 36,5. Dari IGD klien dipindahkah ke ruang HCU Melati untuk mendapatkan perawatan intensive
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga mengatakan bahwa baru kali ini klien tidak pernah menderita penyakit seperti DM, Hipertensi dan TBC	Keluarga mengatakan bahwa klien tidak pernah menderita penyakit DM
Riwayat Keluarga	Keluarga klien mengatakan di keluarganya tidak ada yang menderita penyakit menular	Keluarga mengatakan dalam keluarganya tidak memiliki riwayat Diabetes Mellitus

Tabel 4.3 Perubahan Pola Kesehatan Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di ruang High care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola Management Kesehatan	Dirumah : Klien sebelumnya hanya mengalami sakit biasa seperti flu dan batuk, dan cenderung mengkonsumsi obat dari warung Di RS : Klien minum obat yang di resepkan oleh dokter melalui sonde dan injeksi	Dirumah : Klien kalau sakit pergi ke pelayanan kesehatan untuk berobat seperti kena flu dan diare Di RS : Klien minum obat yang di resepkan oleh dokter melalui sonde dan injeksi

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola Nutrisi	<p>Dirumah :            Keluarga mengatakan klien makan 3 x/hari, porsi sedang, dengan lauk pauk. Minum kurang lebih 800 cc/hari, setiap pagi dan malam minum kopi            Di RS :            Klien makan setiap 8 jam sekali yaitu susu lewat sonde</p>	<p>Dirumah :            Keluarga mengatakan klien makan 3x/hari dengan porsi banyak dan sering, makan dengan lauk pauk dan sayur.            Minum : setiap hari minum kurang lebih 1500 cc/hari            Di RS :            Klien makan setiap 8 jam sekali yaitu susu lewat sonde</p>
Pola Eliminasi	<p>Dirumah :            Klien BAB 1 x/hari, jumlah sedang, warna kuning kecoklatan dan berbau khas. Klien BAK 5 x/hari, konsistensi sedang, warna kuning keruh dan berbau khas.            Di RS :            Klien BAB 2x selama di RS, jumlah sedikit, warna kecoklatan dan berbau khas. Klien BAK, dengan terpasang kateter volume kurang lebih 1000 ml/hari, warna kuning keruh dan berbau khas.</p>	<p>Dirumah :            Klien BAB 1 x/hari, jumlah sedang, warna kuning kecoklatan dan berbau khas. Klien BAK 5 x/hari, konsistensi sedang, warna kuning keruh dan berbau khas.            Di RS :            Klien BAB 2x selama di RS, jumlah sedikit, warna kecoklatan dan berbau khas. Klien BAK dengan terpasang kateter volume kurang lebih 1000 ml/hari, warna kuning keruh dan berbau khas.</p>
Pola Istirahat Tidur	<p>Dirumah :            Keluarga mengatakan waktu istirahat dan tidur klien pada malam hari kurang lebih 8 jam. Waktu tidur siang tidak menentu terkadang bisa tidur selama kurang lebih 1-2 jam dan terkadang tidak bisa tidur            Di RS :            Pasien tidak sadarkan diri</p>	<p>Dirumah :            Keluarga mengatakan waktu istirahat dan tidur klien pada malam hari kurang lebih 8 jam. Waktu tidur siang tidak menentu terkadang bisa tidur selama kurang lebih 12 jam dan terkadang tidak bisa tidur            Di RS :            Pasien tidak sadarkan diri mulai dari masuk rumah sakit</p>
Pola Aktifitas	<p>Dirumah :            Keluarga mengatakan Klien melakukan aktivitas sesuai rutinitasnya sebagai ibu rumah tangga.            Di RS :            Pasien tidak sadarkan diri</p>	<p>Dirumah :            Keluarga mengatakan Klien melakukan aktivitas sesuai rutinitasnya sebagai ibu rumah tangga.            Di RS :            Pasien tidak sadarkan diri</p>
Pola Reproduksi	<p>Klien sudah menikah, mempunyai 3 orang anak, suami masih hidup. Klien tidak lagi melakukan hubungan seksual karena keadaan yang sedang sakit.</p>	<p>Klien sudah menikah, mempunyai 1 orang anak, suami masih hidup. Klien tidak lagi melakukan hubungan seksual karena keadaan yang sedang sakit.</p>

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola Management Stress	Klien tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah selalu memusyawarahkan dengan keluarga untuk menentukan jalan keluarnya.	Klien tidak mengalami stress panjang karena disetiap klien mempunyai masalah Selalu memusyawarahkan dengan keluarga untuk menentukan jalan keluarnya

Tabel 4.4 Pemeriksaan fisik Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

Observasi	Klien 1	Klien 2
Suhu	36,4	36,5
Nadi	70 x/menit	60 x/menit
Tekanan Darah	110/70 mmhg	100/60 mmhg
RR	24 x/menit	26 x/menit
SpO2	96	94
GCS	1-1-2	2-X-3
Pemeriksaan Fisik B6 Breathing (B1)	Inspeksi : hidung terpasang NG tube, Klien tidak tampak sesak, pernafasan cuping hidung (-), bentuk dada simetris, irama nafas reguler. Palpasi : Tidak ada benjolan atau massa Perkusi : Redup Auskultasi : suara nafas tambahan ronchi	Inspeksi : hidung terpasang NG tube, Klien tampak sesak, pernafasan cuping hidung (-), bentuk dada simetris, irama nafas irreguler. Palpasi : Tidak ada benjolan atau massa Perkusi : Redup Auskultasi : suara nafas tambahan Ronchi
Blood (B2)	Inspeksi : tidak ada pembesaran jantung, CRT < 2 detik, konjungtiva normal Palpasi : tidak ada benjolan atau massa Perkusi : Auskultasi : Tidak terkaji	Inspeksi : tidak ada pembesaran jantung, CRT < 2 detik, konjungtiva normal Palpasi : tidak ada benjolan atau massa Perkusi : Auskultasi : Tidak terkaji
Brain (B3)	Inspeksi : Kesadaran coma, GCS 1-1-2, Sklera putih Terjadi cedera kepala bagian kiri	Inspeksi : Kesadaran coma, GCS 2-X-3 :5+X (verbal tidak bisa dikaji karena menggunakan respirator), sklera putih, Terjadi cedera kepala bagian kanan dan ada epidural hematoma kanan.
Bladder (B4)	Inspeksi : pasien terpasang kateter dengan PU 1800 cc/24 jam warna kuning jernih Palpasi : nyeri tekan (-), distensi badder (-)	Inspeksi : pasien terpasang kateter dengan PU 1800 cc/24 jam warna kuning Palpasi : nyeri tekan (+), distensi badder (-)

Observasi	Klien 1	Klien 2
Bowl (B5)	Untuk makan dan minum dibantu dengan susu per NG tube dan infus Inspeksi : mukosa kering, asites (-) Palpasi : Supel, nyeri tekan (-), tidak ada pembesaran hepar Perkusi : timpani Auskultasi : bising usus (-)	Untuk makan dan minum dibantu dengan susu per NG tube dan infus Inspeksi : mukosa kering, asites (-) Palpasi : Supel, nyeri tekan (-), tidak ada pembesaran hepar Perkusi : timpani Auskultasi : bising usus (-)
Bone (B6)	Ekstermitas atas : Inspeksi : tangan kiri robek ± 2 cm, tidak ada kelainan tulang, edema pada tangan kiri Ekstermitas bawah : pergerakan sendi bebas, edema kaki (-) Kekuatan otot 4   5 5   5 Palpasi : akral hangat	Ekstermitas atas : Inspeksi : tangan kiri robek ± 2 cm, tidak ada kelainan tulang, edema pada tangan kiri Ekstermitas bawah : pergerakan sendi bebas, edema kaki (-) Kekuatan otot 5   4 5   4 Palpasi : akral hangat
Data Psikisosal	Klien tak sadarkan diri, keluarga klien sabar dan menerima penyakitnya, menyerahkan kesembuhannya kepada tuhan	Klien tak sadarkan diri, keluarga klien sabar dan menerima penyakitnya, menyerahkan kesembuhannya kepada tuhan

Tabel 4.5 Hasil pemeriksaan diagnostik klien asuhan keperawatan dengan cedera otak berat di ruang high care unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal
	Klien 1 (02-04-2018)	Klien 2 (04-04-2018)	
Laboratorium			
Darah Lengkap			
Leukosit (WBC)	25,30	14,59	3,70 – 10,1
Neutrofil	28,5	28,0	
Limfosit	1,3	1,3	
Monosit	0,8	0,9	
Eosinofil	0,0	0,0	
Basofil	0,1	0,2	
Neutrofil %	H 92,9	H 90,5	39,3 – 73,7
Limfosit %	L 4,3	L 4,3	18,0 – 48,3
Monosit %	L 2,6	L 3,0	4,40 – 12,7
Eosinofil %	L 0,0	L 0,0	0,600 – 7,30
Basofil %	0,3	0,4	0,00 – 1,70
Eritrosit (RBC)	4,915	3,99	4,2 – 11,0
Hemoglobin (HGB)	13,30	10,3	12,0 – 16,0
Hematokrit (HCT)	38,34	32,6	38 – 47
MCV	L 78,0	L 76,00	81,1 – 96,0
Pemeriksaan	Hasil		Nilai Normal

Tanggal Pemeriksaan	Klien 1 (02-04-2018)	Klien 2 (04-04-2018)	
MCHC	34,69	34,60	31,8 – 35,4
RDW	14,08	13,80	11,5 – 14,5
PLT	162	170	155 – 366
MPV	9,522	9,655	6,90 – 10,6
Kimia Klinik			
Faal Hati			
AST/SGOT	M 59,88	23	< 31
ALT/SGPT	18,35	12	<39
Faal Ginjal			
BUN	L 6	L 6	7,8 – 20,23
Kreatinin	0,823	1,00	0,6 – 1,0
Elektrolit			
Elektrolit Serum			
Natrium (Na)	144,70	140	135 – 147
Kalium (K)	L 3,09	L 41	3,5 – 5
Klorida (Cl)	103,90	93	95 – 105
Kalsium Ion	M 1,322	M 1,444	1,36 – 1,32
HbsAg		Negatif	

Tabel 4.6 Terapi Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di ruang High care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

Terapi	
Klien 1	Klien 2
Infus Ns 1500cc/24 jam	Infus RD5 1500cc/24 jam
Injeksi Ceforoxim 2 x 1 gr	Injeksi Ceftriaxine 1 x 2 gr
Injeksi Ondan 2 x 4 mg	Injeksi Phenitoin 3 x 10 mg
Injeksi Kalnex 3 x 5 mg	Manitol 4 x 10 cc
Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp	Cimetidin 3 x 1 amp
Injeksi Primperan 3 x 1	Injeksi Citicolin 2 x 50 mg
Injeksi Antrain 3 x 1 gr	Injeksi Na Phenitoin 3 x 1
Injeksi Kalmeco 1 x 1	Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp
Injeksi Citicolin 2 x 50 mg	Shiringe Pump Miloz 1 mg/j
Injeksi Na Phenitoin 3 x 1	Shiringe Pump SM 40% 1 gr/j
Shiringe Pump Miloz 1 mg/j	
Shiringe Pump SM 40% 1 gr/j	

## 4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Analisa Data Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

Analisis Data Klien 1	Etiologi	Masalah Keperawatan
DS : - DO: KU : Klien tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 1-1-2 - Terpasang NG tube, -Terpasang kateter -Terdapat oedema kepala -tangan kiri robek $\pm$ 2 cm – terpasang O2 NRBM 10 L -Bunyi nafas tambahan (+) TTV : -TD: 110/70 mmhg -Nadi : 70 x/menit -S : 36,4 -RR : 24 x/menit	Trauma Kepala ↓ Intra Kranial ↓ Jaringan Otak Rusak ↓ -Perubahan Autoregulasi -Oedema Serebral ↓ Kejang ↓ Obstruksi Jalan Nafas ↓ Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas
Analisa Data Klien 2	Etiologi	Masalah Keperawatan
DS : - DO: KU : Klien tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 2-X-3 - hematoma $\pm$ 12 cm -Terpasang NG tube -Terpasang ventilator -Terpasang kateter -Terdapat oedema kepala -tangan kiri robek $\pm$ 2 cm – terpasang O2 NRBM 10 L -Bunyi nafas tambahan (+) TTV : -TD: 100/60 mmhg -Nadi : 60 x/menit -S : 36,5 -RR : 26x/menit	Trauma Kepala ↓ Intra Kranial ↓ Jaringan Otak Rusak ↓ -Perubahan Autoregulasi -Oedema Serebral ↓ Kejang ↓ Obstruksi Jalan Nafas ↓ Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas	Ketidakefektifan Bersihan Jalan Nafas

#### 4.1.4 Diagnosa Keperawatan

Tabel 4.8 Diagnosa Keperawatan Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

Daftar Diagnosa	
Klien 1	Klien 2
Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, ditandai dengan dispnea	Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, ditandai dengan dispnea

#### 4.1.5 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.9 Intervensi Klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera Otak Berat di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan 2018

DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
Klien 1 Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, ditandai dengan dispnea	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam bersihan jalan nafas klien menjadi efektif dengan kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispnea (mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips). 2. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan napas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji status pernafasan klien</li> <li>2. Kaji penyebab ketidakefektifan bersihan jalan nafas</li> <li>3. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi.</li> <li>4. Monitor perubahan tingkat kesadaran, status mental, dan peningkatan TIK</li> <li>5. Berikan oksigen sesuai anjuran medic</li> <li>6. Melakukan suction jika diperlukan</li> <li>7. Reposisi Pasien setidaknya 2 jam dengan tepat</li> <li>8. Monitor Tanda-tanda vital</li> <li>9. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian terapi dan nebulizer</li> </ol>
Klien 2 Bersihkan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, ditandai dengan dispnea	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam bersihan jalan nafas klien menjadi efektif dengan kriteria hasil : 1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan napas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispnea	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji status pernafasan klien</li> <li>2. Kaji penyebab ketidakefektifan bersihan jalan nafas</li> <li>3. Posisikan klien untuk memaksimalkan ventilasi.</li> </ol>

DIAGNOSA KEPERAWATAN	NOC	NIC
	(mampu mengeluarkan sputum, mampu bernapas dengan mudah, tidak ada pursed lips).	4. Monitor perubahan tingkat kesadaran, status mental, dan peningkatan TIK
	2. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang menghambat jalan napas.	5. Berikan oksigen sesuai anjuran medic
		6. Melakukan suction jika diperlukan
		7. Reposisi Pasien setidaknya 2 jam dengan tepat
		8. Monitor Tanda-tanda vital
		9. Kolaborasi dengan dokter tentang pemberian terapi dan nebulizer

#### 4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi Klien 1 Asuhan Keperawatan dengan Cidera otak Berat diruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan

Waktu	Hari/Tanggal	Waktu	Hari/Tanggal	Waktu	Hari/Tanggal	Paraf
	02-04-2018		03-04-2018		04-04-2018	
	Implementasi		Implementasi		Implementasi	
07 :30	Mengkaji KU	07 :30	Mengkaji KU	07 :30	Mengkaji KU	
08 : 00	Mengkaji status pernafasan klien	08 : 00	Mengkaji status pernafasan klien	08 : 00	Mengkaji status pernafasan klien	
08 : 30	Mengkaji penyebab ketidakefektifan bersihan jalan nafas	08 : 30	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter Mengkaji tingkat kesadaran, dan memonitor tanda-tanda TIK	08 : 30	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter Mengkaji tingkat kesadaran, dan memonitor tanda-tanda TIK	
08 : 30	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter	08 : 30	Mengkaji KU	08 : 30	Mengkaji KU	
09 : 00	Mengkaji tingkat kesadaran, dan memonitor tanda-tanda TIK Mengkaji KU	09 : 00	Mempertahankan pemberian O2 dan menambahkan cairan humidifier	09 : 00	Mempertahankan pemberian O2 dan menambahkan cairan humidifier	
09 : 00	Mempertahankan posisi klien	09 : 00	Melakukan suction	09 : 00	Melakukan suction	
09 : 00	Mempertahankan posisi klien	09 : 30	Mempertahankan posisi klien	09 : 30	Mempertahankan posisi klien	
09 : 30	Mempertahankan pemberian O2 dan menambahkan cairan humidifier	09 : 30	Monitor Tanda-tanda vital	09 : 30	Monitor Tanda-tanda vital	

Waktu	Hari/Tanggal 02-04-2018 Implementasi	Waktu	Hari/Tanggal 03-04-2018 Implementasi	Waktu	Hari/Tanggal 04-04-2018 Implementasi	Paraf
10 : 00	Mengkaji KU	10 : 00	Mengkaji KU	10 : 00	Mengkaji KU	
11 : 00	Mengkaji kesadaran, dan memonitor tanda-tanda TIK					

Tabel 4.11 Implementasi Klien 2 Asuhan Keperawatan dengan Cidera otak Berat diruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan

Waktu	Hari/Tanggal 03-04-2018 Implementasi	Waktu	Hari/Tanggal 04-04-2018 Implementasi	Waktu	Hari/Tanggal 05-04-2018 Implementasi	Paraf
12 :30	Mengkaji KU	07 :30	Mengkaji KU	07 :30	Mengkaji KU	
13 : 00	Mengkaji status pernafasan klien	08 : 00	Mengkaji status pernafasan klien	08 : 00	Mengkaji status pernafasan klien	
13 : 30	Mengkaji penyebab ketidakefektifan bersihan jalan nafas	08 : 30	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter	08 : 30	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter	
14 : 30	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter	08 : 30	Mengkaji tingkat kesadaran, dan memonitor tanda-tanda TIK	08 : 30	Mengkaji tingkat kesadaran, dan memonitor tanda-tanda TIK	
15 : 00	Mengkaji tingkat kesadaran, dan memonitor tanda-tanda TIK	09 : 00	Mengkaji KU	09 : 00	Mengkaji KU	
15 : 00	Mengkaji KU	09 : 00	Mempertahankan pemberian O2 dan menambahkan cairan humidifier	09 : 00	Mempertahankan pemberian O2 dan menambahkan cairan humidifier	
15 : 30	Mempertahankan posisi klien	09 : 30	Melakukan suction	09 : 30	Mempertahankan posisi klien	
15 : 30	Mempertahankan pemberian O2 dan menambahkan cairan humidifier	09 : 30	Mempertahankan posisi klien	10 : 00	Monitor Tanda-tanda vital	
16 : 00	Mengkaji KU	10 : 00	Monitor Tanda-tanda vital			
		10 : 30	Mengkaji KU			

## 4.1.7 Evaluasi

Tabel 4.12 Evaluasi klien Asuhan Keperawatan dengan Cidera otak Berat diruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan

EVALUASI	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 1 Bersihan jalan nafas tidak efektif	<p>S : -</p> <p>O : k/u : Jelek, klien hanya berbaring ditempat tidur tanpa melakukan aktivitas</p> <p>Kesadaran : coma, GCS: 1-1-2</p> <p>- Terpasang NG tube,</p> <p>-Terpasang kateter</p> <p>-Terdapat oedema kepala</p> <p>-tangan kiri robek ± 2 cm</p> <p>-terpasang O2 NRBM 10 L</p> <p>-Bunyi nafas tambahan (+)</p> <p>TTV :</p> <p>-TD: 110/70 mmhg</p> <p>-Nadi : 70 x/menit</p> <p>-S : 36,4</p> <p>-RR : 24x/menit</p> <p>SPO2 : 96</p> <p>-Terpasang infus NS 1500 cc/24 jam 21 Tpm</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1,2,4,5,6,7,8,9,10)</p> <p>Terapi :</p> <p>Infus Ns 1500cc/24 jam</p> <p>Injeksi Ceforoxim 2 x 1 gr</p> <p>Injeksi Ondan 2 x 4 mg</p> <p>Injeksi Kalnex 3 x 5 mg</p> <p>Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp</p> <p>Injeksi Antrain 3 x 1 gr</p> <p>Injeksi Citicolin 2 x 50 mg</p> <p>Shiringe Pump Miloz 1 mg/j</p>	<p>S : -</p> <p>O : k/u : klien hanya berbaring ditempat tidur tanpa melakukan aktivitas</p> <p>GCS: 4-4-6</p> <p>- Terpasang NG tube,</p> <p>-Terpasang kateter</p> <p>-Terdapat oedema kepala</p> <p>-tangan kiri robek ± 2 cm</p> <p>-terpasang O2 NRBM 10 L</p> <p>-Bunyi nafas tambahan (-)</p> <p>TTV :</p> <p>-TD: 120/80 mmhg</p> <p>-Nadi : 80 x/menit</p> <p>-S : 36,6</p> <p>-RR : 22x/menit</p> <p>-Terpasang infus NS 1500 cc/24 jam 21 Tpm</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1,2,4,5,6,7,8,9,10)</p> <p>Terapi : Infus Ns 1500cc/24 jam</p> <p>Injeksi Ceforoxim 2 x 1 gr</p> <p>Injeksi Ondan 2 x 4 mg</p> <p>Injeksi Kalnex 3 x 5 mg</p> <p>Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp</p> <p>Injeksi Antrain 3 x 1 gr</p> <p>Injeksi Citicolin 2 x 50 mg</p> <p>Injeksi Na Phenitoin 3 x 1 mg/j</p> <p>Shiringe Pump Miloz 1 mg/j</p>	<p>S : -</p> <p>O : k/u : klien hanya berbaring ditempat tidur tanpa melakukan aktivitas,</p> <p>GCS: 4-4-6</p> <p>- Terpasang NG tube,</p> <p>-Terpasang kateter</p> <p>-Terdapat oedema kepala</p> <p>-tangan kiri robek ± 2 cm</p> <p>-terpasang O2 NRBM 10 L</p> <p>-Bunyi nafas tambahan (-)</p> <p>TTV :</p> <p>-TD: 120/80 mmhg</p> <p>-Nadi : 80 x/menit</p> <p>-S : 36,4</p> <p>-RR : 22x/menit</p> <p>-Terpasang infus NS 1500 cc/24 jam 21 Tpm</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi (1,2,4,5,6,7,8,9,10)</p> <p>Terapi : Infus Ns 1500cc/24 jam</p> <p>Injeksi Ceforoxim 2 x 1 gr</p> <p>Injeksi Ondan 2 x 4 mg</p> <p>Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp</p> <p>Injeksi Antrain 3 x 1 gr</p> <p>Injeksi Kalmeco 1 x 1 mg</p> <p>Shiringe Pump SM 40% 1 gr/j</p>

EVALUASI	Hari 1	Hari 2	Hari 3
Klien 2 Bersihan jalan nafas tidak efektif	DS : - DO: KU : Klien tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 2-X-3 - hematoma ± 12 cm -Terpasang NG tube -Terpasang ventilator -Terpasang kateter -Terdapat odem kepala -tangan kiri robek ± 2 cm -terpasang O2 NRBM 10 L -terpasang ventilator -Bunyi nafas tambahan (+) TTV : -TD: 100/60 mmhg -Nadi : 60 x/menit -S : 36,5 -RR : 26x/menit  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi(1,5,6,7,8,9) Terapi : Infus RD5 21 Tpm Injeksi Ceftriaxine 1 x 2 gr Manitol 4 x 10 cc Cimetidin 3 x 1 amp Injeksi Na Phenitoin 3 x 1 Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp Shiringe Pump SM 40% 1 gr/j	DS : - DO: KU : Klien tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 2- X-3 - hematoma ± 12 cm -Terpasang NG tube -Terpasang kateter -Terdapat odem kepala -tangan kiri robek ± 2 cm -terpasang O2 NRBM 10 L -terpasang ventilator TTV : -TD: 100/60 mmhg -Nadi : 60 x/menit -S : 36,5 -RR : 26x/menit  A : Masalah belum teratasi  P : Lanjutkan intervensi(1,5,6,7,8,9) Terapi : Infus Ns 21 Tpm Injeksi Ceftriaxine 1 x 2 gr Manitol 4 x 10 cc Cimetidin 3 x 1 amp Injeksi Citicolin 2 x 50 mg Injeksi Na Phenitoin 3 x 1 Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp Shiringe Pump SM 40% 1 gr/j	DS : - DO: KU : Klien tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 2- X-3 - hematoma ± 12 cm -Terpasang NG tube -Terpasang kateter -Terdapat odem kepala -tangan kiri robek ± 2 cm -terpasang O2 NRBM 10 L -terpasang ventilator TTV : -TD: 100/60 mmhg -Nadi : 60 x/menit -S : 36,5 -RR : 26x/menit  A : Masalah teratasi sebagian  P : Lanjutkan intervensi (1,5,6,7,8,9) Terapi : Infus NS 21 Tpm Injeksi Ceftriaxine 1 x 2 gr Injeksi Phenitoin 3 x 10 mg Manitol 4 x 10 cc Cimetidin 3 x 1 amp Injeksi Citicolin 2 x 50 mg Injeksi Ranitidin 2 x 1 amp Shiringe Pump SM 40% 1 gr/j

## 4.2 Pembahasan

Pada pembahasan kali ini penulis menguraikan beberapa kesenjangan yang terjadi, antara tinjauan kasus dengan tinjauan teori dalam “ Asuhan Keperawatan Klien yang Mengalami Cidera Otak Berat dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif “ di Ruang High Care Unit RSUD BANGIL PASURUAN. Selain itu penulis akan membahas mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

#### 4.2.1 Pengkajian

##### 1. Data Subjektif

Data subjektif pada tinjauan kasus cedera otak berat dengan bersihan jalan nafas dari pengkajian 2 klien didapatkan klien mengalami penurunan kesadaran. Kedua tidak memberi jawaban saat di kaji. Klien 1 mata masih membuka dengan rangsang nyeri, mengerang dan tangan mengangkat keatas saat pasien dirangsang nyeri. Sedangkan klien 2 sudah tidak membuka mata meskipun sudah di rangsang nyeri, hanya mengerang dan tangan ekstensi abnormal saat diberi rangsang nyeri.

Kesadaran merupakan pengetahuan penuh atas diri, lokasi dan waktu. (Corwin, 2001). Penurunan kesadaran merupakan keadaan dimanapenderita tidak sadar dalam arti tidak terjaga / tidak terbangun secara utuh sehingga tidak mampu memberikan respons yang normal terhadap stimulus. Ketidaksadaran merupakan kondisi dimana fungsi serebral terdepresi, direntang dari stupor sampai koma. (brunner dan Suddarth, 2001).

Menurut peneliti dari data subjektif, klien tidak memberikan respon saat di kaji disebabkan klien mengalami penurunan kesadaran akibat benturan yang sangat keras atau trauma kepala. Penurunan kesadaran yang ditandai dengan skor Glasgow Coma Scale (GCS) bisa memerlukan tindakan inkubasi.

##### 2. Objektif

Data objektif dari pengkajian kedua klien mengalami oedema kepala. Klien 1 oedema pada kepala bagian kiri lebih kecil dibandingkan klien 2 oedema dibagian kepala kanan. Gambaran klinis klien 1 : oedema kepala bagian kiri, hematoma ± 10 cm dahi kiri, skapula kiri lebam sampai ke siku kiri. terdapat luka lecet dibawah lutut kiri panjang : 3 cm, lebar : 3 cm, deformitas

tangan. Sedangkan gambaran klinis luka klien 2 : oedema kepala bagian kanan, hematoma ± 12 cm dahi kanan, Terdapat lecet di siku kanan dan dibawah lutut kanan, muka kanan lebam, pasien menggeram dan tak sadarkan diri.

Menurut Wijaya & Putri (2013), Hematoma merupakan kumpulan darah yang tak normal dan berada di bagian luar pembuluh darah. Adapun kumpulan darah ini dapat berukuran setitik kecil, namun bisa juga memiliki ukuran besar serta menyebabkan pembengkakan.

Menurut peneliti adanya penyebab umum munculnya hematoma pada klien yaitu trauma ataupun cedera misalnya karena kecelakaan, terjatuh, patah tulang, cedera kepala, luka tembak, terkilirnya lengan serta, kaki bersin yang terlalu keras

#### 4.2.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 dari hasil anamnesa, observasi dan pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan diagnostik yang didapatkan menunjukkan masalah yang dialami kedua klien adalah Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, ditandai dengan dispnea

Hidayat.A, 2009, Bersihan jalan nafas merupakan kondisi pernafasan yang tidak normal akibat ketidakmampuan batuk secara efektif , dapat di sebabkan oleh sekret yang kental atau berlebihan akibat penyakit infeksi, imobilisasi, statis sekret dan batuk tidak efektif karena penyakit persyarafan.

Menurut peneliti dari diagnosa keperawatan, bersihan jalan jalan nafas pada klien di sebabkan karena obstruksi yang berada di tenggorokan. Hal ini mengakibatkan tubuh melakukan kompensasi yang dapat dilihat sebagai gejala SPO2 menurun. Diagnosa keperawatan yang diambil untuk klien 1 dan 2

didasarkan kepada batasan karakteristik dan tanda gejala yang dialami kedua klien.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan untuk klien 1 dan klien 2 menggunakan NIC : terapi aktivitas dan manajemen energy, perbedaannya adalah pada klien 1 monitoring terhadap tingkat kesadaran, sedangkan pada klien 2 monitoring terhadap bersihan jalan nafas tidak efektif.

Menurut Bulechek 2013, Intervensi keperawatan pada diagnosa keperawatan bersihan jalan nafas tidak efektif adalah menggunakan NIC : terapi aktivitas dan manajemen energy.

Menurut peneliti intervensi yang dilakukan terhadap kedua klien untuk meningkatkan kesadaran dan bersihan jalan nafas sehingga resiko kerusakan sistem otak yang lebih parah dapat dicegah.

#### 4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada klien 1 dan klien 2 sudah sesuai dengan intervensi keperawatan. Namun untuk monitoring bersihan jalan nafas. Pada klien 1 monitoring akan resiko penurunan kesadaran sedangkan pada klien 2, monitoring terhadap obstruksi yang mengakibatkan bersihan jalan nafas tidak efektif.

Implementasi merupakan suatu pelaksanaan rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam implementasi dapat meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah tindakan, dan menilai data-data yang baru (Romlah, 2012)

Menurut peneliti implementasi yang dilakukan pada klien 1 dan 2 sudah sesuai dengan intervensi. Akan tetapi pada implementasi ini terdapat perbedaan

pada monitoring tingkat kesadaran dan bersihana jalan nafas, hal ini dikarenakan klien 2 memiliki kondisi tubuh yang lebih buruk dan cenderung mengalami bersihan jalan nafas tidak efektif.

#### 4.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi pada klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 3 hari. Pada hari pertama klien 1 tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 1-1-2, terpasang NG tube, terpasang kateter, terdapat odem kepala, tangan kiri robek  $\pm$  2 cm, terpasang O2 NRBM 10 L, bunyi nafas tambahan (+), TD: 110/70 mmhg, Nadi : 70 x/menit, S : 36,4, RR : 24x/menit. Pada hari kedua bunyi tambahan sudah tidak ada dan kesadaran klien sudah membaik dengan TD: 120/80 mmhg, Nadi : 80 x/menit, S : 36,6, RR : 22x/menit. SPO2 : 99 %. Pada hari sadar penuh namun agak linglung dengan TD: 120/80 mmhg, Nadi : 80 x/menit, S : 36,5, RR : 22x/menit. SPO2 : 99 %. Sedangkan pada haari pertama klien 2 Klien tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 2-X-3, hematom  $\pm$  12 cm, Terpasang NG tube, Terpasang ventilator, Terpasang kateter, Terdapat odem kepala, tangan kiri robek  $\pm$  2 cm, terpasang O2 NRBM 10 L, Bunyi nafas tambahan (+), TD: 100/60 mmhg, Nadi : 60 x/menit, S : 36,5,RR : 26x/menit, SPO2 : 90%. Pada hari kedua klien terdapat obstruksi dengan SPO2 menurun akhirnya di suction dengan TD: 100/60 mmhg, Nadi : 60 x/menit, S : 36,5,RR : 26x/menit. Pada hari ketiga obstruksi klien berkurang namun masih dilakukan tindakan suction, dengan hasil observasi TD: 100/60 mmhg, Nadi : 60 x/menit, S : 36,5,RR : 26x/menit, SPO2 : 98%.

Evaluasi merupakan sesuatu yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Dengan mengukur perkembangan klien dalam mencapai suatu tujuan maka perawat dapat menentukan efektivitas asuhan keperawatan ( Nursalam, 2014 )

Menurut peneliti terjadi perubahan evaluasi antara klien 1 dan klien 2 berbeda dikarenakan kondisi tubuh klien itu sendiri. Evaluasi keperawatan mengalami perubahan pada kedua klien dikarenakan intervensi yang diberikan sesuai dengan kondisi klien, tetapi untuk klien 1 lebih cepat karena dari keadaan umum klien juga sudah cukup baik dilihat dari perubahan kondisi dan tanda gejala yang ada. Pada klien 2 mengalami perlambatan perubahan keadaan klien karena ada komplikasi yang menyerta dan kondisi klien sendiri sudah lemah sehingga perlu adanya tindakan yang lebih lanjut.

## **BAB 5**

### **PENUTUP**

#### **5.1 Kesimpulan**

Berdasarkan apa yang telah penulis dapatkan dalam laporan kasus dan pembahasan pada asuhan keperawatan dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif pada klien 1 dan klien 2 dengan kasus cedera kepala berat di ruang High Care Unit RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis mengambil kesimpulan

##### **1. Pengkajian**

Pengkajian keperawatan yang dilakukan kepada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan dimana klien satu tidak sadarkan diri dan Terdapat odem kepala, sementara klien 2 tidak sadarkan diri dan terdapat hematoma ± 12 cm pada kepala kiri. Pada klien 1 ditemukan tangan kiri robek ± 2 cm, sedangkan klien 2 Terdapat lecet di siku kanan dan dibawah lutut kanan, muka kanan lebam, pasien menggeram.

##### **2. Diagnosa keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang diambil oleh peneliti untuk klien 1 dan klien 2 adalah bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan napas, ditandai dengan dispnea. Diagnosa ini diambil berdasarkan kepada batasan karakteristik dan tanda gejala yang muncul pada kedua klien.

##### **3. Intervensi keperawatan**

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh peneliti sesuai dengan yang ada pada NANDA, NOC, dan NIC yaitu terapi aktivitas meliputi monitoring TTV dan membantu klien dalam mengeluarkan eksudat dan

#### 4. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan yang dilakukan kepada klien 1 dan klien 2 mengacu kepada intervensi yang bersumber dari NOC dan NIC : terapi aktivitas dan manajemen energi. Ada perbedaan implementasi terhadap klien 1 dan klien 2 yaitu mengenai monitoring tanda- tanda vital, pada klien, tingkat kesadaran klien, pada klien 1 hanya oedema pada kepala sedangkan klien 2 mengalami hematoma.

#### 5. Evaluasi keperawatan

Evaluasi pada klien 1 dan klien 2 dilakukan selama 3 hari. Pada hari pertama klien 1 Pada hari pertama klien 1 tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 1-1-2, terpasang NG tube, terpasang kateter, terdapat oedema kepala, tangan kiri robek  $\pm$  2 cm, terpasang O2 NRBM 10 L, bunyi nafas tambahan (+), TD: 110/70 mmhg, Nadi : 70 x/menit, S : 36,4, RR : 24x/menit. Pada hari kedua bunyi tambahan sudah tidak ada dan kesadaran klien sudah membaik dengan TD: 120/80 mmhg, Nadi : 80 x/menit, S : 36,6, RR : 22x/menit. SPO2 : 99 %. Pada hari sadar penuh namun agak linglung dengan TD: 120/80 mmhg, Nadi : 80 x/menit, S : 36,5, RR : 22x/menit. SPO2 : 99 %. Sedangkan pada hari pertama klien 2 Klien tampak gelisah, Kesadaran coma, GCS: 2-X-3, hematoma  $\pm$  12 cm, Terpasang NG tube, Terpasang ventilator, Terpasang kateter, Terdapat oedema kepala, tangan kiri robek  $\pm$  2 cm, terpasang O2 NRBM 10 L, Bunyi nafas tambahan (+), TD: 100/60 mmhg, Nadi : 60 x/menit, S : 36,5, RR : 26x/menit, SPO2 : 90%. Pada hari kedua klien terdapat obstruksi dengan SPO2 menurun akhirnya di suction dengan TD: 100/60 mmhg, Nadi : 60 x/menit, S : 36,5, RR : 26x/menit. Pada hari ketiga obstruksi

klien berkurang namun masih dilakukan tindakan suction, dengan hasil observasi TD: 100/60 mmhg, Nadi : 60 x/menit, S : 36,5,RR : 26x/menit, SPO2 : 98%.

Dengan demikian intervensi dan implementasi keperawatan yang telah dilakukan kepada klien 1 dan klien 2 selama tiga hari dapat disimpulkan bahwa evaluasi keperawatan dengan masalah bersihan jalan nafas tidak efektif masih dalam tahap masalah teratasi sebagian.

## **5.2 Saran**

### **1. Bagi Perawat**

Dapat dijadikan sebagai masukan bagi perawat dirumah sakit dalam melaksanakan asuhan keperawatan dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan yang lebih khususnya pada klien cedera otak berat dengan bersihan jalan nafas tidak efektif.

### **2. Bagi Peneliti Selanjutnya**

Dapat dijadikan sebagai rujukan atau referensi dalam pengembangannya dan pelaksanaan praktik keperawatan dan pemecahan masalah khususnya dalam kasus cedera otak besar dengan bersihan jalan nafas, serta dapat digunakan sebagai referensi bagi peneliti selanjutnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Padila, 2012, Buku Ajar : Keperawatan Medikal Bedah, Nuha Medika, Yogyakarta
- Wijaya, Andra saferi, 2013, KMB 2 KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH, Nuha Medika, Yogyakarta
- Moorhead, Sue, 2016, Nursing Outcomes Classification (NOC) dan Nursing Interventions Classification (NIC), Elsevier
- Krisandi, Andi Abiet, 2013, Jurnal Gambaran Status Kognitif Cedera Kepala yang Telah Diizinkan Pulang, Jakarta
- Tomuka, Djemi, 2015, Gambaran Cedera Kepala Yang Menyebabkan Kematian dibagian Forensik dan Medikolegal, Pekanbaru
- Depkes RI, 2013, Profil Kesehatan DI Indonesia Pada Kasus Cedera Kepala, Jakarta
- Arif, Muttaqin, 2008, Asuhan Keperawatan Klien dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif, Jakarta
- Doengoes, 1993, Cedera kepala terbuka & tertutup dari tengkorak Cranio serebri, Jakarta
- Krisandi, Andi Ebiat, 2013, <https://www.scribd.com/mobile/doc/259000112/JURNAL-ANDI-EBIET-KRISANDI-jurnal-cedera-kepala-pdf>
- Price, 1995, <http://cah.keperawatan.blogspot.co.id/2015/03564/lp/asuhan-cedera-kepala.html?m=1>
- Martin, Susan, 1996, <https://www.scribd.com/document/323888/sap-cedera-kepala-berat-doc>
- Hidayat. A, 2009, <https://www.google.co.id/search?q=bersihan-jalan-nafas+menurut+hidayat+a+2009&client=ucweb-b&channel=sb>
- Lyndaa Juall, Carpenico, 2006, <https://www.scribd.com/document/360534520/ketidak-efektifan-bersihan-jalan-nafas>
- Wijaya & Putri, 2013, <https://widisudharta.weebly.com/metode-penelitian-skripsi.html>

Singarimbun,

1989,<https://www.google.co.id/search?q=desain+penelitian+menurut+nursalam+2011&oq=desain+penelitian+menurut+nursalam+2011&aqs=chrome..69i57.25547j0j4&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

Moleong,2007,<http://dapurilmiah.blogspot.co.id/2014/06/analisis-data-kualitatif.html>

**JADWAL KEGIATAN KARYA TULIS ILMIAH  
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN Th. 2018**

No	Kegiatan	Bulan																							
		September				Desember				Januari				Februari				Maret				April			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Studi Kasus																								
2	Pembimbingan Proposal Studi Kasus																								
3	Pendaftaran Ujian Proposal Studi Kasus																								
4	Ujian Proposal Studi Kasus																								
5	Revisi Proposal Studi Kasus																								
6	Pengambilan dan pengolahan data																								
7	Pembimbingan Hasil																								
8	Pendaftaran Ujian Sidang Studi Kasus																								
9	Ujian Sidang Studi Kasus																								
10	Revisi Studi Kasus dan Pengumpulan Studi Kasus																								

## Lampiran 2

### PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama : Juarno  
NIM : 141210044  
Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cedera Kepala Berat Dengan Bersihan Jalan Nafas Tidak Efektif Di RSUD Bangil Pasuruan

Bahwa saya meminta Bapak/Ibu/Saudara/i untuk berperan serta dalam pembuatan laporan kasus sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya akan memberikan penjelasan tentang tujuan laporan kasus ini dan saya akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi klien, maka peneliti akan menghentikan pada saat ini dan klien berhak mengundurkan diri.

Demikian permohonan ini saya buat dan apabila klien mempunyai pertanyaan, klien dapat menanyakan langsung kepada peneliti yang bersangkutan.

Pasuruan, April 2017

Peneliti

( Juarno )

### Lampiran 3

## PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang akan saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan suka rela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Pasuruan, April 2017

Responden

( )

#### Lampiran 4

### PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama :

Umur :

Alamat :

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian sebagai responden dengan mengisi lembar pengkajian.

Sebelumnya saya telah diberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang akan saya berikan. Apabila ada pertanyaan yang akan diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan suka rela tanpa ada unsur pemaksaan dari siapapun, saya menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Pasuruan, April 2018

Responden

( )



**PRAKTIK KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**  
**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**  
**STIKES ICME JOMBANG**  
**2017**

**Lampiran 4**

**PENGAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH**

Pengkajian tgl. : Jam :  
MRS tanggal : Diagnosa No. RM :  
Masuk :

**A. IDENTITAS PASIEN**

Nama :	Penanggung jawab biaya :
Usia :	Nama :
Jenis kelamin :	alamat :
Suku :	ub. Keluarga :
Agama :	lepon :
Pendidikan :	
Alamat :	

**B. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG**

1. Keluhan Utama :
2. Riwayat Penyakit Sekarang :

**C. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU**

1. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular ya,  jenis : ..... tidak
2. Riwayat Penyakit Alergi ya, jenis :  ..... tidak
3. Riwayat Operasi ya, jenis : .....  tidak

**D. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA**

ya : ..... tidak   
jelaskan :

**E. POLA KEGIATAN SEHARI – HARI**

POLA KEGIATAN	DI RUMAH	DI RUMAH SAKIT
<b>Makanan</b> Frekuensi .....x/hr Jenis..... Diit ..... Pantangan ..... Alergi ..... makanan yang disukai <b>Minum</b> Frekuensi..... x/hari Jenis..... Alergi .....		
<b>Eliminasi</b> BAB Frekuensi .....x/hari warna ..... konsistensi BAK Frekuensi .....X/Hari Warna .....		

Alat bantu		
<b>Kebersihan Diri</b> Mandi.....X/hari Keramas .....x/hari Sikat Gigi .....X/Hari Memotong Kuku..... Ganti Pakaian ..... Toileting		
<b>Istirahat/Tidur</b> Tidur siang.....jam Tidur Malam .....jam Kebiasaan Merokok/Jamu		

**F. OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**

**1. Tanda-tanda vital**

S: °C                      N : x/mnt                      TD : mmHg  
 RR : x/mnt

Masalah Keperawatan :

**2. Sistem Pernafasan (B<sub>1</sub>)**

a. Hidung:

Pernafasan cuping hidung  ada                       tidak  
 Septum nasi                       simet ;                       tidak simetris  
 Lain-lain

Masalah Keperawatan :

- b. Bentuk dada  simetris  asimetris  barrel chest  
 Funnel chest  Pigeons chest
- c. Keluhan  sesak  batuk  nyeri waktu napas
- d. Irama napas  teratur  tidak teratur
- e. Suara napas  vesiculer  ronchi D/S  wheezing D/S  
 rales D/S

Lain-lain:

### 3. Sistem Kardiovakuler (B<sub>2</sub>)

- a. Keluhan nyeri dada  ya  tidak
- b. Irama jantung  teratur  tidak teratur
- c. CRT < 3 detik  > 3  detik
- d. Konjungtiva pucat  ya  tidak
- e. JVP normal  meningkat  menurun

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

### 4. Sistem Persarafan (B<sub>3</sub>)

- a. Kesadaran  composmentis  apatis  somnolen  sopor  koma

GCS :

- b. Keluhan pusing  ya  tidak
- c. Pupil  isokor  anisokor
- d. Nyeri  tidak  ya, skala nyeri :  lokasi :

Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

### 5. Sistem Perkemihan (B<sub>4</sub>)

- a. Keluhan : kencingmenetes  inkontinensia  retensi  
 gross hematuri  disuria  poliuri  oliguri  anuri
- b. Alat bantu (kateter, dll)  ya  tidak
- c. Kandung kencing :  membesar  ya  tidak nyeri tekan  
 ya  tidak
- d. Produksi urine : ..... ml/hari warna : ..... bau : .....
- e. Intake cairan :  oral : .....cc/hr  parenteral : .....cc/hr Lain-lain :

### 6. Sistem Pencernaan (B<sub>5</sub>)

- a. TB : cm BB : kg
- b. Mukosa mulut :  lembab  kering  merah  stomatitis
- c. Tenggorokan  nyeri telan  sulit menelan
- d. Abdomen  supel  tegang nyeri tekan, lokasi :  
 Luka operasi  jejas lokasi :

- Pembesaran hepa  ya  tidak
- Pembesaran lien  ya  tidak
- Mual  ya  tidak
- Muntah  ya  tidak
- Terpasang NGT  ya  tidak
- Bising usus:.....x/mnt

Masalah Keperawatan :

- e. BAB :.....x/hr, konsistensi : lunak  cair lendir/darah  
konstipasi inkontinensia  kolostomi
- f. Diet  padat lunak cair  
Frekuensi :.....x/hari jumlah:..... jenis : .....

**7. Sistem Muskuloskeletal dan Integumen (B<sub>6</sub>)**

- a. Pergerakan sendi  bebas  terbatas
- b. Kelainan ekstremitas  ya  tidak
- c. Kelainan tl. belakang  ya  tidak
- d. Fraktur  ya  tidak
- e. Traksi/spalk/gips  ya  tidak
- f. Kompartemen sindrom  ya  tidak
- g. Kulit  ikterik  sianosis  kemerahan  hiperpigmentasi
- h. Akral  hangat  panas  dingin kering  basah
- i. Turgor  baik kurang jelek
- j. Luka : jenis :..... luas : ..... bersih kotor Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

**8. Sistem Endokrin**

- a. Pembesaran kelenjar tyroid  ya tidak
- b. Pembesaran kelenjar getah bening  ya tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

**G. PENGKAJIAN PSIKOSOSIAL**

1. Persepsi klien terhadap penyakitnya  
 cobaan Tuhan  hukuman  lainnya
2. Ekspresi klien terhadap penyakitnya  
 murung  gelisah  tegang  marah/menangis
3. Reaksi saat interaksi kooperatif  tak kooperatif  curiga
4. Gangguan konsep diri  ya  tidak
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

**H. PENGKAJIAN SPIRITUAL**

- Kebiasaan beribadah  sering  kadang-kadang  tidak pernah
- Lain-lain :

Masalah Keperawatan :

**I. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)**

**J. TERAPI**

....., .....

Mahasiswa,

(.....)

### ANALISA DATA

Nama :.....

No.RM: .....

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif : Data Obyektif :		<b>SESUAI DENGAN NANDA 2014</b>

Diagnosa Keperawatan yang muncul (Tipe PES minimal 3)

- 1.....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

**Intervensi Keperawatan**

<b>Hari/tanggal</b>	<b>No. diagnosa</b>	<b>Tujuan &amp; kriteria hasil</b>	<b>Waktu</b>	<b>Rencana tindakan</b>	<b>Rasional</b>

### Implementasi Keperawatan

Nama : .....

No.RM : .....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi keperawatan	Paraf

### Evaluasi Keperawatan

Nama :.....

No.RM : .....

Hari/Tanggal	No. Diagnosa	Waktu	Perkembangan	Paraf
			S :  O :  A :  P :	

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN STIKES ICME JOMBANG  
RUANG ..... RSUD JOMBANG**

<b>DICHARGE PLANNING</b>	No. Reg : Nama : Jenis Kelamin : Alamat :
	Tanggal MRS: Tanggal KRS:
Tanggal/Tempat Kontrol :	
<input type="checkbox"/> Dipulangkan dari RSUD JOMBANG dengan keadaan : <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Pindah RS lain <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Meneruskan dengan obat jalan	
Aturan Diet :	
Obat-obatan yang masih diminum dan jumlahnya :	
Cara perawatan luka di rumah :	
Aktivitas dan Istirahat :	
Lain-lain :	
Yang di bawa pulang (Hasil Lab, Foto, ECG) : <input type="checkbox"/> Lab .....lembar EKG <input type="checkbox"/> .....lembar <input type="checkbox"/> Foto..... lembar <input type="checkbox"/> CT Scan .....lembar <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> USG .....lembar lain-lain .....lemb	
Saya selaku keluarga menyatakan telah mendapat penyuluhan hal-hal tersebut di atas oleh mahasiswa D3 KEPERAWATAN STIKES ICME dan telah mengerti.  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>Pasien/Keluarga</p> <p>( ..... )</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Jombang , ..... 20...</p> <p>Perawat</p> <p>( ..... )</p> </div> </div>	

## LEMBAR KONSULTASI

### PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

NAMA : JUARNO

NIM : 151210017

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK

BERAT ( COB ) DENGAN MASALAH BERSIHAN JALAN

NAFAS TIDAK EFEKTIF

PEMBIMBING 1 :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	5. 12. 17	wawancara → anamnesis umum	<i>Juar</i>
	15-12-17	wawancara → judul	<i>Juar</i>
	25-12-17	bab I → rencana	<i>Juar</i>
	1-1-18	bab II → acc	<i>Juar</i>
	5-1-18	bab III → rencana	<i>Juar</i>
	10-1-18	bab IV → acc	<i>Juar</i>
	25-1-18	bab V → rencana	<i>Juar</i>

## LEMBAR KONSULTASI

### PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

**NAMA** : JUARNO  
**NIM** : 151210017  
**JUDUL** : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK  
 BERAT ( COB ) DENGAN MASALAH BERSIHAN JALAN  
 NAFAS TIDAK EFEKTIF  
**PEMBIMBING 1** :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	2-2-18	hasil III → acc kompetensi	
	4-2-18	hasil sordang	
	15-2-18	hasil IV → penerapan kompetensi	
	25-2-18	hasil V → acc hasil V → penerapan	
	10-3-18	hasil V - penerapan	
	20-3-18	hasil VI → acc kompetensi	
	2-4-18	hasil sordang	

**LEMBAR KONSULTASI**  
**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN**

**NAMA** : JUARNO  
**NIM** : 151210017  
**JUDUL** : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK  
 BERAT ( COB ) DENGAN MASALAH BERSIHAN JALAN  
 NAFAS TIDAK EFEKTIF

**PEMBIMBING 2** :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	9-12-15	pendaftaran signatur	<i>Auf</i>
	10-12-17	bab I → materi	<i>Auf</i>
	20-12-17	bab I → acc Lampiran bab II	<i>Auf</i>
	20-12-17	bab II → acc	<i>Auf</i>
	2-1-18	bab III → Report Lampiran	<i>Auf</i>
	10-1-18	bab III → acc	<i>Auf</i>
	12-1-18	Ujian 50 dan	<i>Auf</i>

## LEMBAR KONSULTASI

### PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

NAMA : JUARNO

NIM : 151210017

JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CEDERA OTAK  
BERAT ( COB ) DENGAN MASALAH BERSIHAN JALAN  
NAFAS TIDAK EFEKTIF

PEMBIMBING 2 :

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	2.2.18	bab IV → Rapor pendahuluan 21	
	15.2.18	bab IV → acc	
	25.2.18	bab V → Rapor	
	5.3.18	bab V → Rapor lihat pendahuluan	
	15.3.18	bab V → acc	
	25.3.18	D. paragraf + Lampiran.	
	4.4.18	masu ayan acc	