

KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT(COB)
DENGAN MASALAH PERUBAHAN PERFUSI JARINGAN
SEREBRAL DI RUANG HCU RSUD BANGIL
PASURUAN**



Oleh:

VICA DWI RAHMAWATI

151210031

PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN

SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN

INSAN CENDEKIA MEDIKA

JOMBANG

2018

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Vica Dwi Rahmawati
NIM : 151210031
Institusi : STIKES Insan Cendekia Medika Jombang
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah Perubahan Perfusi Jaringan Serebral di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

Menyatakan bahwa tugas akhir yang saya tulis ini benar-benar hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambil alihan tulisan atau pikiran saya sendiri, kecuali dalam bentuk kutipan yang telah disebutkan sumbernya.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan apabila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mendapat sanksi.

Jombang, 2018

Penulis

Vica Dwi Rahmawati

LEMBAR PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH DIAJUKAN OLEH:

NAMA : VICA DWI RAHMAWATI
NIM : 151210031
PROGRAM STUDI : DIII Keperawatan
JUDUL PROPOSAL : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Berat (COB) Dengan Masalah Perubahan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

Telah diperiksa dan disetujui isi serta susunannya sehingga dapat diajukan dalam ujian hasil Karya Tulis Ilmiah Program Studi Diploma III Sekolah Tinggi Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Menyetujui



Dwi Puji W, S.Kep.Ns., M.Kes.
Pembimbing Utama



Inayatur Rosyidah, S.Kep., Ns.M.Kep.
Pembimbing Kedua

Mengetahui,



H. Imam Fathoni, SKM., MM.
NIK. 03.04.022



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




LEMBAR PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah diajukan oleh:

Nama : Vica Dwi Rahmawati
NIM : 151210031
Tempat Tanggal Lahir : Ponorogo, 2 Juni 1997
Judul Karya Tulis Ilmiah : Asuhan Keperawatan Pada Klien
Cidera Otak Berat (COB) dengan
Masalah Perubahan Perfusi Jaringan
Serebral di Ruang HCU RSUD
Bangil Pasuruan.

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

Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Maharani Tri Puspita S.Kep.Ns.,MM ()
Penguji I : Dwi Puji Wijayanti S.Kep.,Ns.M.Kes. ()
Penguji II : Inayatur Rosyidah S.Kep.,Ns.M.Kep. ()
Ditetapkan di : Jombang
Pada Tanggal :

RIWAYAT HIDUP

Penulis dilahirkan di Ponorogo, 2 Juni 1997 dari keluarga bapak Djoko Wiyono dan ibu Suprihatin. Penulis merupakan anak pertama perempuan suami istri dari Djoko Wiyono dan Suprihatin.

Tahun 2003 penulis lulus dari TK PGRI Menggare, tahun 2009 penulis lulus dari SDN Menggare Slahung Ponorogo, tahun 2012 dari SMP NEGERI 1 Slahung, tahun 2015 penulis lulus dari SMK KESEHATAN BAKTI INDONESIA MEDIKA PONOROGO, penulis lulus seleksi masuk STIKES ICME JOMBANG melalui jalur undangan dan penulis memilih program studi DIII Keperawatan.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.

Jombang, 2018
Penulis

Vica Dwi Rahmawati

MOTTO

“ Kesuksesan hanya dapat diraih dengan segala upaya dan usaha yang disertai dengan do’a, karena Sesungguhnya nasib seseorang manusia tidak akan berubah dengan sendirinya tanpa berusaha.”

PERSEMBAHAN

Sembah sujud serta syukur alhamdulillah kepada Allah SWT. Atas karunia serta kemudahan yang engkau berikan akhirnya Karya Tulis Ilmiah yang sederhana ini saya selesaikan.

Saya persembahkan karya tulis ilmiah ini untuk seseorang yang selalu senantiasa merawatku, membesarkanku, memberikanku banyak pendidikan mulai dari tidak mengerti sampai umurku sekarang terima kasih papa dan mama karena selalu memanjatkan do’a di setiap sujudmu dan motivasi yang sangat luar biasa sehingga karya tulis ilmiah ini terselesaikan.

Terima kasih juga buat kakakku tercinta yang selalu mensupport saya dan selalu memberi semangat dukungan dalam bentuk apapun itu. Terima kasih juga buat sahabatku yang jauh dari Ponorogo, Mojokerto, Surabaya mohon maaf tidak saya jelaskan semua. Adik- adik kost Rainbow Jombang yang selalu membantu kakak ini mensupport dan menemani saya buat begadang mengerjakan Karya Tulis Ilmiah ini hingga terselesaikan. Serta teman-teman DIII Keperawatan yang saya cintai sudah menjadi keluarga besar yang luar biasa selama 3 tahun ini canda, tawa, tangis sudah pernah kita rasakan saya pasti rindu dengan kalian semua.

Terima kasih atas semuanya.

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis mampu menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Berat (COB) Dengan Masalah Perubahan Perfusi Jaringan Serebral” sesuai dengan waktu yang ditentukan Karya Tulis Ilmiah ini diajukan sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma DIII Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Insan Cendekia Medika Jombang.

Dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini penulis telah banyak mendapat bimbingan dari berbagai pihak. Oleh sebab itu penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat H. Imam Fatoni SKM.MM. selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Insan Cendekia Medika Jombang, Maharani Tri Puspitasari,S.Kep.,Ns.MM. selaku Kepala Program Studi Diploma III Keperawatan STIKes ICMe Jombang dan dosen pembimbing satu Dwi Puji Wijayanti,S.Kep.,Ns.M.Kes. dan Inayatur Rosyidah,S.Kep.Ns.,M.Kep. selaku pembimbing dua Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah yang telah penulis teliti. Kepala Diklat RSUD yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk mengambil data dan menyelesaikan Studi Kasus Karya Tulis Ilmiah. Kedua orang tua yang telah memberikan dukungan, motivasi, kekuatan, dan nasehat selama menempuh pendidikan di STIKes ICMe Jombang hingga terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini. Dan tidak lupa kepada semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah memberikan dorongan dan bantuannya dalam menyelesaikan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kritik dan saran yang membangun dari pembaca untuk penulis sangat diharapkan demi kesempurnaan penulis di masa yang akan datang.

Jombang,

2018

Penulis

ABSTRAK

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT(COB) DENGAN MASALAH PERUBAHAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL DI RUANG HCU RSUD BANGIL PASURUAN

Oleh:

Vica Dwi Rahmawati

Penyakit Cidera Otak Berat (COB) merupakan adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran disebabkan oleh benturan atau hentakan yang sangat keras pada kepala atau adanya objek tertentu yang masuk menembus tengkorak, misalnya serpihan tulang tengkorak yang retak atau peluru sehingga pasien mengalami pendarahan yang sangat hebat dan hipoksia yang bisa mengalami salah satunya perubahan perfusi jaringan serebral. Tujuan penelitian ini adalah melaksanakan asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dalam bentuk studi kasus. Subjek penelitian ini adalah 2 pasien Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan. Teknik pengumpulan data dideskriptifkan secara naratif dan dilakukan dengan teknik wawancara (hasil anamnesis berisi tentang identitas klien, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu.), observasi, dan pemeriksaan fisik.

Hasil studi kasus pada klien Ny. M dan Tn. S dengan Cidera Otak Berat (COB), didapatkan satu diagnosa yang diprioritas yakni perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak. Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 hari didapatkan pasien keduanya sudah sadarkan diri tetapi perawatan pengobatan masih lanjut.

Kesimpulan dari kasus Ny. M dan Tn. S dengan Cidera Otak Berat (COB) adalah masalah teratasi sebagian. Saran dari studi kasus ini yaitu diharapkan keluarga klien harus ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan serta bisa menerima dan melaksanakan perturan yang telah ditetapkan di ruangan.

Kata kunci: Asuhan keperawatan, Cidera Otak Berat (COB), perubahan perfusi jaringan serebral.

ABSTRACT

UPBRINGING KEPERAWATAN IN CLIENT CIDERA BRAIN BERAT(COB) WITH CHANGE PROBLEM PERFUSI NETWORK SEREBRAL AT SPACE HCU RSUD BANGIL PASURUAN

by:

Vica Dwi Rahmawati

Disease cidera heavy brain (cob) is stroke existence or sudden impact in head with or without loss of cognizance is caused by impact or pounding stringent in head or certain object existence that enters menembus skull, skull bone chip for example crack or bullet so that patient experiences bleeding very great and hipoksia that can experience one of them change perfusi network serebral. this watchfulness aim carries out upbringing keperawatan in client that experience cidera heavy brain (cob) with change problem perfusi network serebral at space hcu rsud bangil pasuruan.

this watchfulness uses descriptive method in the form of case study. subjek this watchfulness 2 patients cidera heavy brain (cob) with change problem perfusi network serebral at space hcu rsud bangil pasuruan. tekhnik data collecting mendeskriptifkan barratively and done with tekhnik interview (result anamnesis full about client identity, principal complaint, disease story now, disease story formerly,), observation, and physical examination.

case study result in client mrs. m and tn. s with cidera heavy brain (cob), got one diagnosis memprioritas that is change perfusi network serebral relate to odema brain. after done upbringing keperawatan during 3 days has been got patient both awake self but therapy treatment stills advanced.

conclusion from case mrs. m and tn. s with cidera heavy brain (cob) problem is overcome a part. suggestion from this case study that is supposed client family must come along to participate in treatment and therapy in the effort speed up convalescence process with can get and carry out perturan that menetapkan at room.

keyword: upbringing keperawatan, cidera heavy brain (cob), change perfusi network serebral.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN	iv
LEMBAR PENGESAHAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
MOTTO	vii
PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRACT	ix
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xvi
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Batasan Masalah	3
1.3 Rumusan Masalah	3
1.4 Tujuan Penelitian	4
1.5 Manfaat.....	4
BAB 2 TINJAUAN KASUS	6
2.1 Konsep Dasar Cidera Otak Berat.....	6
2.1.1 Anatomi Fisiologi Otak	6
2.1.2 Susunan saraf perifer	7
2.1.3 Definisi Cidera Otak Berat (COB)	8
2.1.4 Klasifikasi Cidera Otak Berat (COB).....	8
2.1.5 Etiologi Cidera Otak Berat (COB).....	9
2.1.6 Manifestasi klinis Cidera Otak Berat (COB)	10

2.1.7 Patofisiologi Cidera Otak Berat (COB)	10
2.1.8 Pathway/pohon masalah Cidera Otak Berat (COB)	12
2.1.9 Pemeriksaan penunjang Cidera Otak Berat (COB)	13
2.1.10 Penatalaksanaan Cidera Otak Berat (COB)	13
2.1.11 Komplikasi Cidera Otak Berat (COB).....	13
2.1.12 Pengertian perfusi jaringan.....	14
2.1.13 Etiologi perfusi jaringan.....	14
2.1.14 Tanda-tanda peningkatan Tekanan Intra Kranial (TIK)	14
2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan COB	15
2.2.1 Pengkajian	15
2.2.2 Pola fungsi kesehatan.....	16
2.2.3 Pemeriksaan fisik	17
2.2.4 Diagnosa keperawatan.....	18
2.2.5 Implementasi keperawatan	19
2.2.6 Evaluasi keperawatan.....	19
BAB 3 METODE PENELITIAN	20
3.1 Desain penelitian.....	20
3.2 Batasan Istilah.....	20
3.3 Partisipan	21
3.4 Lokasi dan waktu penelitian	21
3.4.1 Lokasi penelitian	21
3.4.2 Waktu penelitian	22
3.5 Pengumpulan data	22
3.6 Uji keabsahan data	23
3.7 Analisis data.....	23
3.8 Etika penelitian	25
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR GAMBAR

No	Daftar Gambar	Hal
1.	Pathway Cidera Otak Berat (COB).....	12

DAFTAR GAMBAR

No	Daftar Tabel	Hal
Tab 2.1	Pohon masalah/pathway Cidera Otak Berat (COB)	12
Tab 2.2	Rencana Askep Nanda NOC NIC	18
Tab 4.1	Identitas klien Cidera Otak Berat (COB)	26
Tab 4.2	Daftar riwayat penyakit Cidera Otak Berat (COB)	27
Tab 4.3	Daftar pola kesehatan Cidera Otak Berat (COB)	28
Tab 4.4	Pemeriksaan fisik klien Cidera Otak Berat (COB)	29
Tab 4.5	Daftar pemeriksaan diagnosis Cidera Otak Berat (COB)	30
Tab 4.6	Daftar pemeriksaan laboratorium Cidera Otak Berat (COB)	31
Tab 4.7	Daftar terapi obat Cidera Otak Berat (COB)	32

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar Jadwal Pelaksanaan Laporan Kasus.
- Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Partisipan.
- Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan .
- Lampiran 4 : Lembar Format Asuhan Keperawatan.
- Lampiran 5 : Lembar Konsultasi Karya Tulis Ilmiah.
- Lampiran 6 : Lembar SuratPre Survey Data, Surat Studi Pendahuluan
Penelitian dan balasan penelitian.

DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN

LAMBANG

1. % : Presentasi
2. N : Normal
3. Cm : Sentimeter
4. MmHg : Mili meter air raksa

SINGKATAN

1. WHO : World Health Organization
2. TD : Tekanan Darah
3. RR : Respiration Rate
4. RISKESDAS : Riset Kesehatan Dasar
5. RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah
6. STIKES : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan
7. ICME : Insan Cendekia Medika
8. ADL : Activity Daily Living
9. MRS : Masuk Rumah Sakit
10. No.RM : Nomor Rekam Medis
11. Rs : Rumah sakit
12. NIC : Nursing Intervention Clasification
13. NOC : Nursing Outcomes Classification
14. NANDA : Nort American Nursing Diagnosis Assosication
- 15 WOD : Wawancara, Observasi, Dokumentasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perubahan perfusi jaringan serebral merupakan suatu keadaan dimana individu mengalami atau berisiko tinggi mengalami penurunan nutrisi dan pernafasan pada tingkat perifer dalam suplai darah kapiler. Cidera kraniocerebral dalam berbagai literatur disebutkan dengan berbagai macam istilah lain *Traumatic Brain Injury* (TBI) yang pada intinya menyatakan suatu cedera akut pada susunan syaraf pusat, selaput otak, syaraf kranial termasuk fraktur tulang kepala, kerusakan jaringan lunak pada kepala dan wajah baik yang terjadi secara langsung (kerusakan primer) maupun tidak langsung (kerusakan sekunder), yang menyebabkan gangguan fungsi neurologis berupa gangguan fisik, kognitif, dan fungsi psikososial baik bersifat sementara. Perubahan perfusi jaringan serebral tersebut sering terjadi pada klien yang mengalami kecelakaan lalu lintas, benturan sehingga mengakibatkan Cidera Otak Berat (COB).

WHO tahun 2010, menyampaikan setiap tahun hampir 1.500.000 ada kasus cidera kepala. Berdasarkan hasil Riskesdas pada tahun 2013 telah menunjukkan sebanyak 100.000 jiwa meninggal dunia (Depkes RI, 2013). Tingginya morbiditas dan mortalitas pada pasien dengan cidera otak berat (COB) di RSUD Dr. Soetomo Surabaya Jawa Timur menunjukkan bahwa cidera otak memerlukan penanganan yang komprehensif *pre hospital care dan*

hospital care merupakan faktor yang sangat penting untuk dibenahi dan ditingkatkan dalam rangka menurunkan morbiditas dan mortalitas. Cidera otak atau sering disebut neurotrauma, masih merupakan masalah yang serius di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Dari data pasien cidera otak yang datang ke RSUD Dr. Soetomo sejak Januari 2002 hingga Desember 2013. Data yang dihimpun dari ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan, selama bulan Desember 2017 sampai Januari 2018 jumlah pasien Cidera Otak Berat (COB) RSUD Bangil Pasuruan mencapai 82 pasien laki – laki dan 6 pasien perempuan yang mengalami edema serebri.

Perubahan perfusi jaringan serebral disebabkan oleh otak mengalami kerusakan, baik fungsi fisiologisnya maupun struktur anatomis. Kondisi ini bisa disebabkan oleh benturan atau hentakan yang sangat keras pada kepala atau adanya objek tertentu yang masuk menembus tengkorak, misalnya serpihan tulang tengkorak yang retak atau peluru. Penderita Cidera Otak Berat (COB), komplikasi jangka panjang dan bisa mengakibatkan kelumpuhan, hingga kematian (Kumar, 2012). Edema serebri bisa mengakibatkan kecacatan karena cidera kepala telah ditemukan 25 % pasien cidera kepala yang mengalami edema serebri. Penyakit edema serebri merupakan penyakit yang harus memerlukan perawatan dan penanganan segera untuk mengurangi kesakitan dan mencegah kematian. Masalah yang sangat terjadi dari pasien tersebut adalah nyeri. Jadi, cidera kepala berat edema serebri tujuannya adalah untuk menurunkan tekanan intrakranial, dan juga psikologisnya.

Tindakan yang dilakukan pada penderita Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral adalah pemberian oksigen

dan atasi penyebabnya serta pemasangan ventilator. Pada pasien Cidera Otak Berat (COB) dan sudah terjadi disfungsi pernafasan, dirawat di ruang perawatan intensif (HCU) dan terpasang selang endotrakeal dengan ventilator dan sampai kondisi klien stabil (Muttaqin, 2008). Pasien juga diberikan posisi yang nyaman (semi fowler) supaya dapat meningkatkan rasa nyaman dan juga mengurangi nyeri. Peran perawat dalam membentuk asuhan keperawatan pada klien dengan perubahan perfusi jaringan serebral diantaranya: melakukan tindakan kegawat daruratan secara cepat, tepat, tanggap khususnya pada penanganan pasien cedera kepala di Instalasi Gawat Darurat (IGD) yang dimulai dari persepsi perawat mengenai kasus cedera kepala, perawat juga sebagai care giver terdiri dari perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan dan melakukan tindakan keperawatan baik secara mandiri maupun kolaborasi dengan tenaga medis lain dalam melakukan penanganan kasus Cidera Otak Berat (COB).

Sesuai latar belakang diatas, dimana penderita cedera otak berat yang mengalami peningkatan, maka penulis tertarik untuk menyusun karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Klien Cidera Otak Berat (COB) Dengan Masalah Perubahan Perfusi Jaringan Serebral Di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan”.

1.2 Batasan Masalah

Asuhan Keperawatan klien Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.3 Rumusan Masalah

Bagaimanakah asuhan keperawatan klien Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Memberikan asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.4.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam studi ini adalah:

1. Melakukan pengkajian keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.
2. Merumuskan diagnosis keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.
3. Menyusun perencanaan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.
4. Melakukan tindakan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

1.5 Manfaat

1.5.1 Manfaat Teoritis

Manfaat teoritis proposal studi kasus ini adalah pengembangan ilmu keperawatan khususnya terkait dengan standart keperawatan professional

dengan asuhan keperawatan pada klien Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral.

1.5.2 Manfaat Praktis

1. Bagi dosen institusi pendidikan

Karya Tulis Ilmiah ini dapat memberikan pengertian, pengetahuan, dan khususnya dalam menyikapi dan mengatasi jika ada penderita Cidera Otak Berat (COB).

2. Bagi perawat

Karya Tulis Ilmiah ini sebagai bahan masukan dan tambah lengkap yang berkembang dalam intervensi keperawatan pada klien dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral.

3. Peneliti selanjutnya

Karya Tulis Ilmiah ini dapat digunakan sebagai referensi untuk karya tulis selanjutnya dengan masalah dan tema yang berbeda seperti : factor-faktor yang mempengaruhi klien dengan perubahan perfusi jaringan serebral dan masalah – masalah yang muncul pada klien Cidera Otak Berat (COB).

BAB 2

TINJAUAN KASUS

2.1 Konsep Cidera Otak Berat (COB)

2.1.1 Anatomi Fisiologi Otak

Otak adalah suatu organ terpenting pada tubuh manusia yang merupakan pusat dari sistem syaraf. Volume otak berkisar 1.350 cc dan mempunyai 100.000.000 sel syaraf atau neuron untuk menunjang fungsinya. Macam – macam otak ada 4 diantaranya:

1. Cerebrum (Otak Besar)

Otak ini otak yang paling besar. Otak ini berfungsi untuk berfikir, mengendalikan pikiran, bicara, mengingat, bahkan berbicara.

2. Cerebellum (Otak Kecil)

Otak ini berada dibawah lobis occipital otak besar berada di belakang kepala, dan berhubunga dengan leher. Fungsinya otak kecil (Cerebellum) ini adalah gerakan manusia, seperti mengontrol gerak koordinasi antar otot, mengatur keseimbangan tubuh, dan mengatur sikap dan posisi tubuh.

3. Brainteam (Batang Otak)

Batang otak (Brainsteam) ini fungsinya sebagai mengatur proses pernafasan, proses denyut jantung, proses kerja ginjal, dan hal lain yang vital bagi manusia.

4. Sistem limbik (Limbik Sistem)

5. Fungsi dari sistem limbik ini untuk mengatur emosi manusia, pusat data, pusat lapar, pusat dorongan seks.

2.1.2 Susunan saraf perifer

Susunan saraf kranial perifer ada 12 yaitu:

Tabel. 2.1 Susunan syaraf kranial perifer

No	Nama	Jenis	Fungsi
I	Olfaktorius	Sensori	Menerima rangsang dari hidung dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau.
II	Optik	Sensori	Memerima rangsang dari mata dan menghantarkan ke otak untuk diproses sebagai persepsi visual.
III	Okulomotorik	Motorik	Menggerakkan sebagian otot mata
IV	Troklearis	Motorik	Menggerakkan beberapa otot mata.
V	Trigeminus	Gabungan	Sensori: Menerima rangsangan dari wajah untuk diproses di otak sebagai sentuhan. Motorik: Menggerakkan rahang
VI	Abdusen	Motorik	Abduksi mata
VII	Fasialis	Gabungan	Sensorik: Menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa Motorik: Mengendalikan otot wajah untuk mengekspresikan wajahnya
VIII	Audiotorius	Sensori	Mengendalikan sistem keseimbangan untuk diproses ke otak sebagai suara.
IX	Glosofaringeal	Gabungan	Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa. Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam .
X	Vagus	Gabungan	Sensori: Menerima rangsang dari organ dalam. Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam .
XI	Aksesorius	Motorik	Mengendalikan pergerakan kepala
XII	Hipoglossus	Motorik	Mengendalikan pergerakan lidah

2.1.3 Definisi

Cidera Otak Berat (COB) adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai atau tanpa perdarahan instertial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak. Cedera kepala merupakan adanya pukulan atau benturan mendadak pada kepala dengan atau tanpa kehilangan kesadaran (Putri, 2013).

Cidera kepala sudah menjadi masalah utama kesehatan masyarakat di seluruh negara dan lebih dari 2/3 dialami oleh negara berkembang (Suhardi, 2009). Indonesia merupakan negara berkembang yang masih memiliki angka kejadian kecelakaan yang tinggi (Krisnandi, 2013).

Cidera kepala adalah suatu gangguan traumatik dari fungsi otak yang disertai perdarahan instertial dalam substansi otak tanpa diikuti terputusnya kontinuitas otak (Muttaqin, 2008).

2.1.4 Klasifikasi

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

1. Cidera Otak Ringan (COR)

- 1) GCS 13 – 15
- 2) Tidak terdapat kelainan pada CT – Scan
- 3) Tidak memerlukan tindakan operasi
- 4) Lama dirawat di rumah sakit < 48 jam

2. Cidera Otak Sedang (COS)

- 1) GCS 9 – 12

- 2) Ditemukan kelainan pada CT – Scan
 - 3) Memerlukan tindakan operasi untuk lesi intrakranial
 - 4) Dirawat di rumah sakit setidaknya 48 jam
3. Cidera Otak Berat (COB)
- 1) Nilai GCS < 8
 - 2) Memerlukan tindakan operasi untuk lesi intrakranial
 - 3) Bila dalam waktu 48 jam setelah trauma, nilai GCS <8. Menurut (Dewanto, 2009).

2.1.5 Etiologi

1. Trauma tajam

Menyebabkan cidera setempat dan menimbulkan cidera lokal. Kerusakan lokal merupakan: contusion serebral, hematoma serebral, kerusakan otak sekunder yang disebabkan perluasan masa lesi, pergeseran otak atau hernia.

2. Trauma tumpul

Trauma benda tumpul menyebabkan cidera menyeluruh (difusi) kerusakannya menyebar secara luas dan terjadi dalam bentuk: cidera akson, kerusakan otak hipoksia, pembengkakan otak menyebar, hemoragik kecil, multiple pada otak koma terjadi karena cidera menyebar pada hemisfer, serebral, batang otak, atau kedua-duanya. (Wijaya, 2012).

Penyebab dari Cidera Otak Berat (COB) itu juga bisa dari:

- 1) Kecelakaan mobil, motor (kecelakaan lalu lintas)

- 2) Perkelahian
- 3) Jatuh
- 4) Cidera olahraga
- 5) Trauma tembak/bom
- 6) Kecelakaan rumah tangga
- 7) Kecelakaan kerja. Menurut (Ginsberg, 2007).

2.1.6 Manifestasi klinis

1. Pada cedera otak, kesadaran seringkali menurun.
2. Pola nafas menjadi abnormal secara progresif.
3. Respon pupil mungkin tidak ada atau secara progresif mengalami deteriorasi.
4. Sakit kepala dapat terjadi dengan segera atau terjadi bersama peningkatan tekanan intrakranial.
5. Muntah dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intrakranial.
6. Perubahan perilaku, kognif, dan fisik pada gerakan motorik dan berbicara dapat terjadi dengan kejadian segera atau secara lambat. Amnesia yang berhubungan dengan kejadian ini biasa terjadi (Corwin,2009).

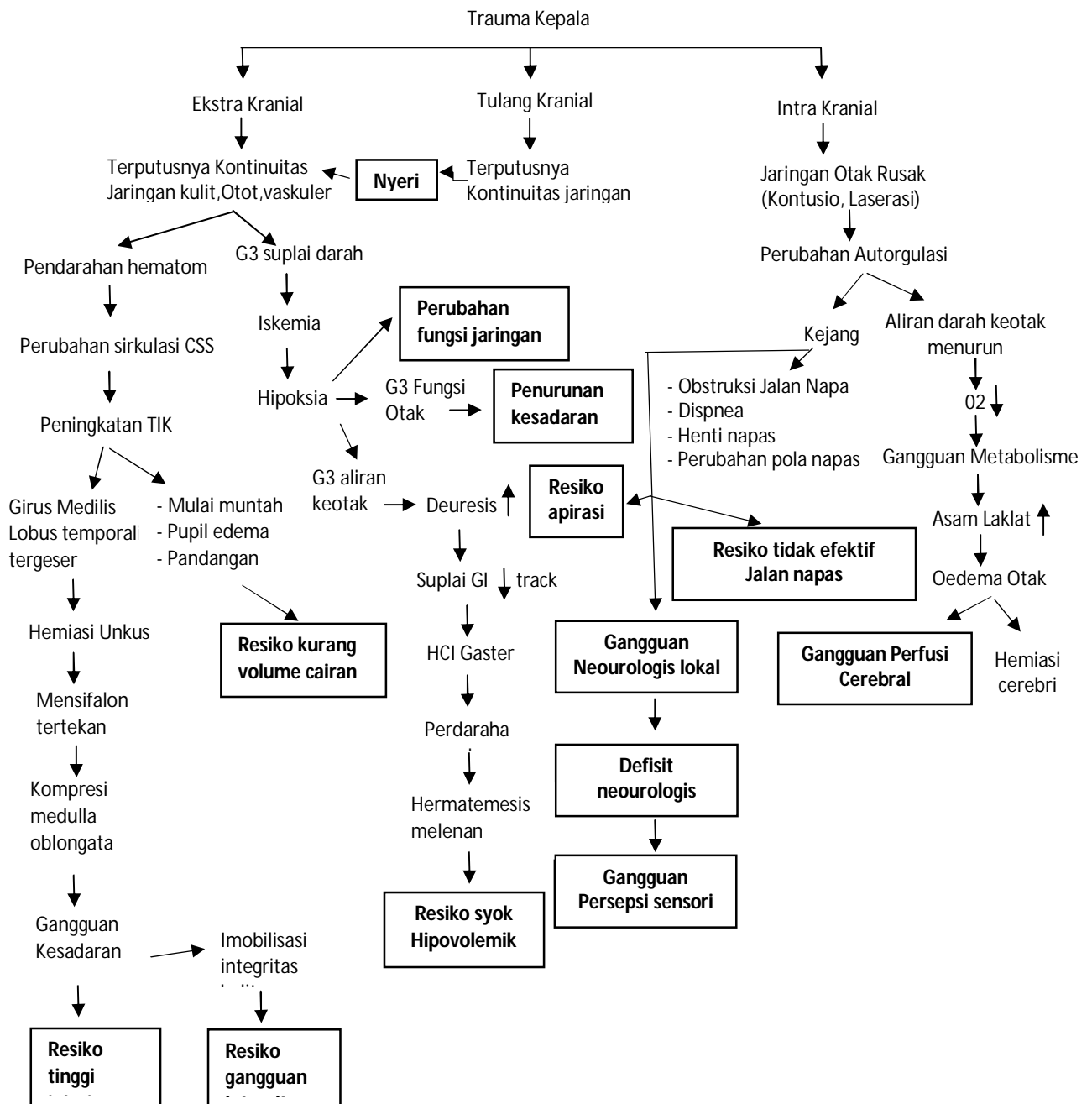
2.1.7 Patofisiologi

Trauma pada kepala bisa disebabkan oleh benda tumpul maupun benda tajam. Cidera yang disebabkan benda tajam biasanya merusak daerah setempat atau lokal dan cidera yang disebabkan benda tumpul lebih luas. Berat ringannya cidera tergantung pada lokasi benturan, penyerta cidera, kekuatan benturan dan rotasi saat cidera.

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

Dalam keadaan normal Cerebral Blood Flow (CBF) adalah 50 – 60 ml / 100 gr jaringan otak, yang merupakan 15 % dari cardiac output. Trauma kepala menyebabkan perubahan fungsi jantung sekuncup aktivitas myocardial.

2.1.8 Pohon masalah/pathway



Keterangan: Gb 2.1 Pohon masalah/pathway Cidera Otak Berat (Padila, 2012)

2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Radiograf tengkorak dapat mengidentifikasi lokasi fraktur atau perdarahan atau bekuan darah yang terjadi di CT scan dan MRI dapat yang tepat menentukan letak dan luas cedera. CT-Scan biasanya merupakan perangkat diagnostik pilihan diruang kedaruratan. MRI adalah perangkat yang lebih sensitife dan akurat, dapat mendiagnosis cedera aksondifus, namun mahal dan kurang dapat di akses di sebagian besar fasilitas (Corwin, 2009).

2.1.10 Penatalaksanaan

Cidera Otak Ringan (COR) dan Cidera Otak Sedang (COS) biasanya diterapi dengan observasi dan tirah baring atau bed rest. Mungkin diperlukan ligasi pembuluh darah yang pecah melalui pembedahan (pengeluaran benda asing dan sel yang mati), terutama pada cedera kepala terbuka. Dekompresi melalui pengeboran lebam didalam otak, yang disebut borr hole, mungkin diperlukan:

1. Mungkin juga dibutuhkan ventilasi mekanik.
2. Antibiotik diperlukan untuk cedera kepala terbuka guna untuk mencegah infeksi. Metode untuk menurunkan tekan intracranial dapat mencakup pemberian diuretik dan obat anti inflamasi (Corwin, 2009).

2.1.11 Komplikasi

Perdarahan didalam otak, yang disebut hematoma intraserebral, dapat menyertai cedera kepala yang tertutup yang berat, atau lebih sering cedera kepala terbuka. Pada pendarahan di otak, tekanan intrakranial meningkat, dan sel neuron dan vaskuler tertekan. Ini adalah jenis cedera otak sekunder. Pada hematoma, kesadaran dapat menurun dengan segera,

atau dapat menurun setelahnya ketika hematoma meluas dan edema interstitial memburuk (Corwin, 2009).

2.1.12 Pengertian perfusi jaringan

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

2.1.13 Etiologi

1. Waktu tromboplastin parsial abnormal
2. Waktu protombin abnormal
3. Segmen ventricular kriakinetik
4. Ateros klerosis aortic
5. Diseksi arteri
6. Fibrilasi abnormal
7. Miksoma atrial
8. Tumor otak
9. Stenosis karotis
10. Aneuris maserebri

2.1.14 Tanda – tanda peningkatan Tekanan IntraKranial (TIK) antara lain:

1. Hipertermi
2. Perubahan motorik dan sensorik
3. Perubahan bicara
4. Kejang
5. Hipertensi
6. Bradicardia

7. Papil edema
8. Muntah proyektil

2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Cidera Otak Berat (COB)

2.2.1 Pengkajian

1. Identitas klien

Meliputi: nama, umur, jenis kelamin, agama, tempat tanggal lahir, pekerjaan, status, suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor register, diagnosa medis.

2. Keluhan utama

Pasien mengalami penurunan kesadaran.

3. Riwayat penyakit sekarang

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

4. Riwayat penyakit dahulu

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

5. Riwayat penyakit keluarga

Apakah ada riwayat penyakit degeneratif hipertensi dan diabetes mellitus.

6. Riwayat psikososial

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

2.2.2 Pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi

Pola persepsi menggambarkan persepsi klien terhadap penyakitnya tentang pengetahuan dan penatalaksanaan penderita cedera otak berat dengan perubahan perfusi jaringan serebral.

2. Pola nutrisi

Penderita cedera otak berat sering mengeluh dengan anoreksia, mual, muntah. Sehingga terjadi penurunan berat badan.

3. Pola eliminasi

Terjadi perubahan pola berkemih (polyuria, nokturia, anuria) letih, lemah, sulit bergerak/berjalan, kram otot, tonus otot menurun.

4. Pola aktivitas/istirahat

Klien tidak sadarkan diri (koma), lemah, sulit bergerak, tonus otot menurun.

5. Nilai dan keyakinan

Gambaran tentang cedera otak berat tentang penyakit yang di deritanya Menurut agama dan kepercayaan, kecemasan, dan kesembuhan tujuan dan harapan akan sakitnya.

2.2.3 Pemeriksaan fisik

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

1. B1 (*Breathing*)

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

2. B2 (*Blood*)

Pada sistem kardiovaskuler didapatkan renjatan shock hipovolemik yang sering terjadi pada klien cedera otak berat. Tekanan darah biasanya mengalami peningkatan dan dapat terjadi hipertensi masif (tekanan darah > 180 mmHg).

3. B3 (*Brain*)

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

4. B4 (*Bladder*)

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

5. B5 (*Bowel*)

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

6. B6 (*Bone*)

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

2.2.4 Diagnosa Keperawatan

1. Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan edema otak.
2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan depresi pada pusat nafas di otak.
3. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan penumpukan sputum.
4. Keterbatasan aktifitas berhubungan dengan penurunan kesadaran (sopor-koma).

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

No	Diagnosa Keperawatan	NOC	NIC
	Perubahan perfusi jaringan serebral b/d odema otak. Definisi: Penurunan sirkulasi darah yang dapat mengganggu otak. Batasan Karakteristik: 1. Keterlambatan luka perifer 2. Nyeri ekstremitas 3. Penurunan nadi perifer 4. Perubahan fungsi motoric 5. Tidak ada nadi perifer 6. Klaudikasi intermiten	Tekanan darah sistole Tekanan darah diastole Tekanan nadi Tekanan darah rata rata Kekuatan nadi karotis kanan Kekuatan nadi karotis kiri Kekuatan nadi brakialis kanan Kekuatan nadi brakialis kiri Kekuatan nadi femoralis kanan Kekuatan nadi femoralis kiri Saturasi oksigen Edema perifer	Perawatan sirkulasi : alat bantu mekanik 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi perifer, edema, waktu pengisian kapiler, dan suhu ekstremitas). 2. Monitor kemampuan sensori dan kognitif 3. Monitor tingkat ketidaknyamanan atau nyeri dada 4. Evaluasi tekanan arteri pulmonal, tekanan darah sistemik, cardiac output. 5. Observasi tanda-tanda hemodialisis 6. Berikan anti keagulan dan antitrombolitik sesuai instruksi 7. Berikan transfuse darah yang sesuai

Faktor yang berhubungan	Suara nafas tambahan	8. Monitor nilai elektrolit, BUN, dan kreatinin setiap hari
1. Stenosis karotik	Ansietas	9. Monitor intake dan output cairan
2. Embolism	Distensi vena leher	
3. Cidera kepala	Bising pembuluh darah besar	
4. Stenosis mitral		
5. Neoplasma otak		
6. Keabnormalan masa protombin dan/ atau masa tromboplastin parsial		
7. Penurunan kerja ventrikel kiri		
8. Asteroklerosis dada		
9. Tumor otak		
10. Efek samping tindakan.		

2.2.5 Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaannya juga meliputi pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, 2012).

2.2.6 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan langkah akhir dalam proses keperawatan. Evaluasi adalah kegiatan yang disengaja dan terus – menerus dengan melibatkan klien, perawat, dan anggota tim kesehatan lainnya. Dalam hal ini diperlukan pengetahuan tentang kesehatan, patofisiologi, dan strategi evaluasi. Tujuan evaluasi adalah untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak dan untuk melakukan pengkajian ulang (Padila, 2012).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desain Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah studi kasus. Studi kasus adalah penelitian tentang status subjek penelitian, subjeknya bisa individu, kelompok, lembaga, maupun masyarakat yang berkenaan dalam suatu fase yang spesifik atau khas dari keseluruhan personalita. Tujuannya untuk memberi gambaran lengkap tentang latar belakang, sifat, serta karakteristik yang khas dari kasus yang di teliti (Nazir, 2009).

Studi kasus yang menjadi pokok bahan penelitian ini digunakan untuk mengeksplorasi dari asuhan keperawatan klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan.

3.2 Batasan Istilah

Untuk menghindari kesalahan dalam memahami judul penelitian, maka peneliti memberikan batasan istilah yang digunakan dalam penelitian sebagai berikut:

1. Asuhan Keperawatan adalah suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok dan perseorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik aktual maupun potensial.
2. Klien adalah individu yang mencari atau menerima perawatan medis. Klien dalam studi kasus ini adalah 2 klien dengan diagnosa medis dan masalah keperawatan yang sama.

3. Cidera Otak Berat (COB):Traumatic Brain Injury (TBI) adalah terjadi karena kekuatan mekanik luar menyebabkan disfungsi otak yang berasal dari pukulan keras ke kepala atau luar tubuh salah satunya adalah penyebab kematian kecacatan utama pada kelompok usia produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas.
4. Perubahan perfusi jaringan serebral adalah suatu keadaan dimana individu mengalami atau berisiko tinggi mengalami penurunan nutrisi dan pernafasan pada tingkat perifer dalam suplai darah kapiler.

3.3 Partisipan

Partisipan adalah sejumlah orang yang turut berperan serta dalam suatu kegiatan, keikutsertaan dan peran serta. Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah 2 klien yang di diagnosa medis Cidera Otak Berat (COB) dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan. Klien yang dipilih setelah klien yang dirawat sejak pertama kali masuk rumah sakit (MRS) sampai pulang minimal dirawat 3 hari.

3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.4.1 Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan yang beralamat Jl. Raci Bangil, Masangan, Bangil, Pasuruan.

3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian karya tulis ilmiah dimulai bulan Desember sampai April 2018.

3.5 Pengumpulan Data

Untuk memperkuat hasil penelitian maka diperlukan pengumpulan alat ukur, pengumpulan data antara lain:

1. Wawancara

Wawancara merupakan teknik pengumpulan data dengan melakukan wawancara langsung/bertatap muka dengan responden/informan (Anggraeni, 2010). Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan 2 jenis wawancara, yaitu *auto-anamnesa* yakni wawancara langsung dengan klien dan *allo-anamnesa* yakni wawancara secara tidak langsung, dengan keluarga atau yang mengetahui tentang klien.

2. Observasi

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

3. Studi dokumentasi

Studi dokumentasi merupakan metode pengumpulan data dari suatu dokumen. Sumbernya bisa berupa laporan, catatan harian, foto biografi,

dan lain-lain (Anggraeni, 2010). Dalam studi kasus ini menggunakan studi dokumentasi berupa catatan hasil data rekam medis, dan pemeriksaan diagnostik dan data lain yang relevan dari subjek yang diteliti.

3.6 Uji Keabsahan Data

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

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

3.7 Analisis Data

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

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

1. Pengumpulan data

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

2. Mereduksi data

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

3. Penyajian data

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

4. Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil – hasil penelitian terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan metode induksi.

3.8 Etika Penelitian

Beberapa prinsip etik yang perlu diperhatikan dalam penelitian antara lain:

1. Prinsip manfaat

- 1) Bebas dari penderitaan: penelitian dilaksanakan tanpa mengakibatkan penderitaan kepada subjek.
- 2) Bebas dari eksploitasi: objek penelitian harus dihindarkan dari keadaan yang tidak menguntungkan. Subjek harus diyakinkan bahwa partisipasi, informasi yang telah diberikan tidak akan digunakan dalam hal-hal yang bisa merugikan subjek.
- 3) Risiko (*benefits ratio*)
Peneliti perlu hati-hati dalam mempertimbangkan risiko dan keuntungan yang akan berakibat pada subjek oleh tindakan yang diberikan.

2. Prinsip menghargai hak asasi manusia

- 1) Hak untuk setuju atau tidak setuju menjadi responden (*right to self determination*).
- 2) Hak mendapatkan jaminan dari tindakan yang peneliti berikan (*right to full disclosure*).
- 3) *Informed consent*, subjek mempunyai hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden, dalam *informed consent* dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya digunakan untuk pengembangan ilmu.

3. Prinsip keadilan (*right to justice*)

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

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran Lokasi Tempat Pengumpulan Data

Pengkajian dilakukan di RSUD Bangil Jl. Raya Raci Masangan No. 9 Bangil Ruang HCU 9, dengan kapasitas 12 tempat tidur dengan klien 1 yang akan diperiksa dan disertai ruangan AC yang sangat bersih dan luas. Yang jaga di HCU terdiri perawat 18 orang.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

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

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Ny. M	Tn. S
Umur	70 tahun	40 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMP
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Sopir truk
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Alamat	Gejugjati, Lekok	Dermo, Bangil
Suku/bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal MRS	05-04-2018	10-04-2018
Tanggal pengkajian	05-04-2018	10-04-2018
Jam masuk	19.30 WIB	10.45 WIB
No. RM	00-36-XX	00-22-XX
Diagnosa masuk	COB	COB

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Daftar riwayat penyakit klie

26

ra Otak Berat (COB).

RIWAYAT PENYAKIT	Klien 1	Klien 2
Keluhan Utama	Klien tidak sadarkan diri	Klien tidak sadarkan diri
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga pasien mengatakan pasien mau membeli keperluan rumah tangga di toko terdekat ada pengendara motor dengan kecepatan tinggi menabrak seorang ibu ada pendarahan di kepalanya dan tidak sadarkan diri. Pasien langsung di bawa ke Puskesmas Grati Pasuruan dilakukan rawat luka dan di rujuk ke RSUD Bangil Pasuruan untuk pemeriksaan lebih lanjut dan perawatan.	Keluarga pasien mengatakan paginya pasien pamit mau kerja ambil pasir dan dikarenakan mengantuk, pasien menabrak motor di depannya pasien tidak sadarkan diri dan kepalanya mengalami pendarahan. Dan akhirnya pasien dibawa ke RSUD Bangil Pasuruan langsung di periksa dokter dan dilakukn perawatan.
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya.	Keluarga pasien mengatakan tidak pernah mengalami penyakit seperti ini sebelumnya.
Riwayat keluarga	Keluarga pasien mengatakan tidak pernah mengalami COB.	Keluarga pasien mengatakan tidak pernah mengalami COB.
Riwayat psikososial	Pasien hanya bisa bed rest/istirahat total di tempat tidur dan tidak bisa aktivitas dari sebelumnya.	Pasien hanya istirahat total di tempat tidur
Pengkajian spiritual	Keluarga pasien selalu berikhtiar lahir batin untuk kesembuhannya, pasien jarang melakukan beribadah.	Keluarga pasien selalu berdoa demi kesembuhan pasien, pasien tidak pernah melakukan sembahyang di rumah sakit.

Sumber: Data primer April 2018.

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

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

POLA KESEHATAN	Klien 1	Klien 2
Pola nutrisi	Keluarga klien mengatakan sebelum sakit selera makan 3x/hari dengan menu nasi, sayur, lauk-pauk, buah dan minum air putih 1.500 ml/hari. Ketika sakit, klien terpasang NGT/ selang makan yang masuk hanya susu dan air putih lewat selang sonde.	Keluarga klien mengatakan sebelum sakit makan 3x/hari dengan nasi, sayur, lauk-pauk. Ketika saat sakit klien terpasang NGT makan minum lewat sonde. Yang masuk di sonde hanya susu dan air putih.
Pola eliminasi	Keluarga pasien mengatakan dirumah BAK 6x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari warna kuning, bau khas feses. Saat sakit pasien BAK terpasang kateter dengan jumlah per 6 jam sebanyak 1.500 cc/jam. BAB 1x/hari pada pagi hari lembek, warna kuning.	Keluarga pasien mengatakan dirumah BAK 4x/hari, warna kuning jernih, dan BAB 1x/hari keras, warna kuning, bau khas feses. Ketika di rumah sakit, pasien BAK terpasang kateter dengan jumlahnya 1.000 cc/hari. BAB keras bau khas feses, warna kuning.
Pola istirahat/tidur	Keluarga pasien mengatakan di rumah saat siang klien tidak pernah tidur siang, dan tidur malam 7-8 jam/hari. Ketika di rumah sakit, klien belum sadar.	Keluarga pasien mengatakan saat dirumah saat siang tidur 1 jam. Kalau tidur malam 5-6 jam. Dan ketika di rumah sakit, pasien hanya bed rest di tempat tidur belum sadar.
Pola aktivitas	Disaat klien Ny. M ketika dirumah, keluarga klien mengatakan melakukan aktivitas dengan mandiri tetapi di rumah sakit, klien semua aktivitas dibantu oleh keluarganya.	Disaat klien Tn. S ketika dirumah, keluarga klien mengatakan selalu melakukan aktivitas dengan mandiri. Dan disaat sakit semua aktivitas dibantu oleh keluarganya.
Pola reproduksi seksual	Keluarga pasien Ny. M mengatakan sudah tidak ingin menginginkan anak karena umurnya sudah tua. Ny.M sudah menikah dan memiliki 3 orang anak.	Keluarga pasien Tn. S mengatakan masih ada keinginan untuk melakukan hubungan seksual, Tn. S sudah menikah dan mempunyai

Sumber: Data primer April 2018.

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

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

Observasi	Klien 1	Klien 2
S	37	36,6
N	129 x/menit	110 x/ menit
TD	95/52 mmHg	100/78 mmHg
RR	26 x/menit	28 x/menit
SPO2	82%	86 %
GCS	1-1-1	1-1-1
Kesadaran	Koma CRT > 2 detik	Koma RT > 2 detik
Keadaan umum	Lemah, tidak muntah, terdapat luka di kepala sebelah kiri bawah dan odema di dahi kanan..	Lemah, muntah, terdapat luka di kepala kanan atas.
Pemeriksaan fisik head toe-to		
Kepala	Inspeksi: Wajah berbentuk bulat, rambut berwarna hitam, panjang, kulit kepala kotor dan bau.	Inspeksi: Wajah oval, warna rambut hitam, penek, kulit kepala kotor dan bau
Mata	Inspeksi: Mata kanan dan kiri simetris.	Inspeksi: Mata kanan dan kiri simetris,
Hidung	Inspeksi: tidak ada polip, tidak ada secret, terpasang oksigen Jackson reese.	Inspeksi: Ada polip, tidak ada secret, terpasang oksigen NRBM 10 liter/menit.
Telinga	Inspeksi: Telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Palpasi: tidak ada benjolan pada daun telinga.	Inspeksi: Telinga kanan dan kiri simetris, tidak menggunakan alat bantu pendengaran. Palpasi: idak ada benjolan pada daun telinga.
Mulut dan gigi	Inspeksi: Ada karies gigi, mukosa bibir kering dan pucat, klien tidak menggunakan gigi palsu dan lidahnya bersih.	Inspeksi: Ada karies gigi, pucat, mukoa bibir kering.
Leher	Inspeksi: Tidak ada benjolan pada leher, Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.	Inspeksi: Tidak ada benjolan pada leher. Palpasi: tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Thoraks dan paru-paru	Inspeksi: simetris kanan kiri, bentuk dada normal chest, tidak ada tarikan intercosta saat bernafas, pergerakan dada saat inspirasi dan ekspirai tidak	Inspeksi: Simetris kanan kiri, bentuk dada normal chest, tidak ada tarikan intercostal saat bernafas, pergerakan dada saat

Jantung	normal (tachypnea). Payudara normal, tidak ada jejas. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: suara nafas vesikuler. Palpasi: Denyut nadi teraba.	inspirasi dan ekspirasi normal. Payudara normal. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: suara nafas vesikuler. Palpasi: denyut nadi teraba.
Abdomen	Inspeksi: abdomen simetris, datar, tidak ada luka, tidak ada jejas. Palpasi: Tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: bising usus 30 x/menit.	Inspeksi: abdomen simetris, datar, tidak ada luka, tidak ada jejas. Palpasi: tidak ada nyeri tekan. Auskultasi: bising usus 32 x/menit.
Genetalia	Inspeksi: Nampak keputihan, Nampak bekas garukan di sekitar genetalia.	Inspeksi: ada bekas garukan, gatal-gatal.
Muskuloskeletal	Eksremitas atas: Pasien tidak bisa menggerakkan tangannya. Terdapat luka bagian siku. Dan terpasang infus Ns 20 tpm. Eksremitas bawah: Pasien tidak bisa menggerakkan kakinya sendiri.	Eksremitas atas: Pasien tidak bisa menggerakkan tangan sendiri. Terdapat luka di siku kanan dan terpasang Ns 20 tpm. Eksremitas bawah: Pasien tidak bisa menggerakkan kakinya sendiri

Sumber: Data primer April 2018.

5. Pemeriksaan Diagnostik.

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

Pemeriksaan diagnostik Ny. M	Pemeriksaan diagnostik Tn. S
1. Laboratorium: Terlampir.	1. Laboratorium: Terlampir.
2. Foto rontgent: foto thorax AP, cervical AP/ lat ankle D: Tanggal 5 April 2018.	2. Foto rontgent: foto thorax AP tanggal: 10 April 2018.
3. Pemeriksaan laboratorium: Tanggal 5 April 2018.	3. Pemeriksaan laboratorium: Tanggal 10 April 2018.

Sumber: Data primer April 2018.

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

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai normal
HEMATOLOGI DL	Klien 1	Klien 2	
Leukosit (WBC)	22,25	21,20	3,70-10,1

Neutrofil	19,3	18,8		
Limfosit	1,2	1,6		
Monosit	1,1	1,2		
Eosinofil	0,1	0,1		
Basofil	0,1	0,3		
Netrofil %	86,9	88,2	%	39,3-73,7
Limfosit %	5,5	5,3	%	18,0-48,3
Monosit %	5,0	5,6	%	4,40-12,7
Eosinofil %	0,6	0,2	%	0,600-7,30
Basofil %	0,5	0,2	%	0,00-1,70
Eritrosit (RBC)	4,880	5,662	$10^6 / \mu\text{L}$	4,6-6,2
Hemoglobin (HGB)	14,60	15,30	g/dL	13,5-18,0
Hematokrit (HCT)	44,90	45,60	%	40-54
MCV	92,00	94,10	μm^3	81,1-96,0
MCH	29,90	28,30	Pg	27,0-31,2
MCHC	32,50	32,20	g/dL	31,8-35,4
RDW	13,20	12,20	%	11,5-14,5
PLT	246	228	$10^3 / \mu\text{L}$	155-366
MPV	6,9	8,4	fL	6,90-10,6
KIMIA KLINIK				
ELEKTROLIT				
ELEKTROLIT				
SERUM				
Natrium (Na)	143,70	142,60	Mmol/L	135-147
Kalium (K)	3,96	4,00	Mmol/L	3,5-5
Klorida (Cl)	101,40	98,50	Mmol/L	95-105
Kalsium Ion	1,186	1,280	Mmol/L	1,16-1,32

Sumber: Data primer April 2018.

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

Klien 1		Klien 2	
Inf. Ns	20 tpm	Inf. Ns	20 tpm

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

Sumber: Rekam medik April 2018.

4.1.3 Analisa Data

Klien 1

Data	Etiologi	Masalah
Data subyektif: Klien tidak	Odema otak	Perubahan perfusi jaringan

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

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

4.1.4 Diagnosa Keperawatan

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

4.1.5 Intervensi Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	NOC	NIC
<p>Klien 1 Ny. M</p> <p>Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak.</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan tidak mengalami odema otak.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah systole 2. Tekanan darah diastole 3. Kekuatan nadi karotis kanan 4. Kekuatan nadi brakialis kanan 5. Saturasi oksigen 6. Suara nafas tambahan 7. Distensi vena leher 8. Edema perifer <p>Penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu 2. Banyak terganggu 3. Cukup terganggu 4. Sedikit terganggu 5. Tidak terganggu 	<p>Perawatan sirkulasi: alat bantu mekanik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi perifer, edema, waktu pengisian kapiler, dan suhu ekstremitas). 2. Monitor kemampuan sensori dan kognitif. 3. Monitor tingkat ketidaknyamanan atau nyeri dada. 4. Evaluasi tekanan arteri pulmonal, tekanan darah sistemik, cardiac output. 5. Berikan tranfusi darah yang sesuai.
<p>Klien 2 Tn. S</p> <p>Perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak.</p>	<p>Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam di harapkan tidak mengalami odema otak.</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah systole 2. Tekanan darah diastole 3. Kekuatan nadi karotis kanan 4. Kekuatan nadi brakialis kanan 5. Saturasi oksigen 6. Suara nafas tambahan 7. Distensi vena leher 8. Edema perifer <p>Penilaian:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sangat terganggu. 2. Banyak terganggu. 3. Cukup terganggu. 4. Sedikit terganggu. 5. Tidak terganggu 	<p>Perawatan sirkulasi: alat bantu mekanik</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian sirkulasi perifer secara komprehensif (seperti mengecek nadi perifer, edema, waktu pengisian kapiler, dan suhu ekstremitas). 2. Monitor kemampuan sensori dan kognitif. 3. Monitor tingkat ketidaknyamanan atau nyeri dada. 4. Evaluasi tekanan arteri pulmonal, tekanan darah sistemik, cardiac output. 5. Berikan tranfusi darah yang sesuai.

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Klien 1 Ny. M

Implementasi				
Waktu	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Paraf
20.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	14.00Melakukan rawat luka.	08.00Melakukan rawat luka.	
20.15	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral.	14.30Mengatur posisi tidur yang nyaman bagi klien yaitu bagian kepala lebih tinggi dari badan.	08.30Melakukan verbed setiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi dan luka baru atau decubitus.	
20.45	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	14.45 Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral.	09.00Mengatur posisi nyaman bagi klien (semi fowler).	
21.00	Mengatur posisi tidur yang nyaman bagi klien.	15.00Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	09.30Memonitor tanda-tanda TIK.	
21.15	Melakukan kolaborasi obat-obatan (injeksi iv Ondansentron 40 mg, santagesic 1 gram, ceftriaxone 1 gram, citicollin 500 mg, piracetam 3 gram.	15.30Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan ondansentron 40 mg, ceftriaxone 1 gram, santagesic 1 gram, citicollin 500 mg.	09.45Melakukan kolaborasi obat-obatan piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul.	
21.45	Mengkaji tingkat kesadaran klien.	16.00Mengkaji tingkat kesadaran klien.	10.00Mengkaji tingkat kesadaran klien.	
		16.10Memonitor		

22.00	Memonitor tanda-tanda TIK.	tanda-tanda TIK.	10.15Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.
-------	----------------------------	------------------	-------------------------------------------------

Klien 2 Tn. S

Waktu	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal	Paraf
08.00	Melakukan bina hubungan saling percaya pada keluarga pasien untuk menjalin kerja sama yang baik dan komunikasi terapeutik.	11 April 2018 15.00Melakukan rawat luka.	12 April 2018 21.00Melakukan rawat luka.	
08.15	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral.	15.30Melakukan personal oral hygiene	21.30Melakukan verbed setiap hari untuk mencegah terjadinya infeksi dan luka baru atau decubitus.	
08.45	Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	15.45Mengganti verbed klien untuk mencegah infeksi	22.00Melakukan tranfusi darah	
09..00	Mengatur posisi tidur yang nyaman bagi klien.	16.00Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.	22.30Memonitor tanda-tanda TIK.	
09.15	Melakukan kolaborasi obat-obatan (injeksi iv antrain 1 gram, ondansentron 4 gram, formacin 2 gram).	16.30Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram).	22.45Melakukan kolaborasi obat-obatan piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul.	
09.45	Mengkaji tingkat kesadaran klien.	17.00Melakukan mobilisasi ROM aktif	23.00Mengkaji tingkat kesadaran	

		seperti miring kanan 5 menit, kiri 5 menit.	klien.
10.00	Memonitor tanda-tanda TIK.	17.10 Melakukan pemberian oksige Nrbm 10 liter/menit.	23.15 Memonitor oksigen sesuai instruksi dokter.
10.30	Melakukan transfui drah	18.00 Menilai tingkat kesadaran klien.	23.30 Melakukan mobilisasi ROM aktif seperti fleksi, ekstensi, miring kanan, kiri.

Sumber: Data Primer April 2018.

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

EVALUASI	Hari 1 5 April 2018	Hari 2 6 April 2018	Hari 3 7 April 2018
Klien 1 (Ny. M)	<p>S:Klien tidak sadar</p> <p>O:Keadaan umum jelek, lemah, tidak muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS: 1-1-1</p> <p>TTV TD: 95/52 mmHg N : 129 x/menit S : 37 RR: 26 x/menit SPO2: 82 % -Klien tampak lemah, -Akral hangat, - Terdapat luka di kepala dengan kedalaman 5 cm, -Terpasang infus pump cairan Ns Rate 42, limit 500, dan mannitol grojok. -Terpasang oksigen Nrbm 10 liter/meni, -Terpasang DC 500 cc/jam. -Terpasang NGT -Terpasang syring pump.</p> <p>A:Masalah belum teratasi</p> <p>P Lanjutkan intervensi a. Mengkaji observasi evaluasi tanda-tanda penurunan serebral.</p>	<p>S:Klien mengatakan nyeri luka jahitan di kepalanya.</p> <p>O:Keadaan umum cukup, lemah, kesadaran delirium GCS: 3-2-3</p> <p>TTV TD:100/84 mmHg N: 100 x/menit S: 37 RR:24 x/menit SPO2: 86 % -Klien keadaan cukup - Terpasang infus pump cairan Ns Rate 42, limit 500, dan mannitol grojok. -Terpasang oksigen Nrbm 8 liter/menit. -Terpasang DC 400 cc/jam -Terpasang NGT -Terpasang syring pump</p> <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. a.Mengkaji observasi tanda-tanda penurunan</p>	<p>S: Klien mengatakan badan semua kaku.</p> <p>O:Keadaan umum cukup, lemah, mukosa bibir kering, kesadaran somnolen GCS 4-4-5</p> <p>TTV TD:110/90mmHg N: 88 x/menit S: 36,8 RR: 24 x/menit SPO2: 88 %. -Klien keadaan cukup. -Terpasang infus pump RL dengan rate 24, limit500, dan cairan mannitol 20 tpm. -Terpasang DC 400 cc/jam -Terpasang NGT -Terpasang oksigen Nrbm 8 liter/menit. -Terpasang syring pump.</p> <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi. a.Memonitor tanda-tanda TIK.</p>

b. Mempertahankan pemberian oksigen Nrbm sesuai instruksi dokter.	serebral.	b. Memonitor tanda-tanda TIK.	b.Memonitor vital sign.
c. Memonitor vital sign serta tingkat kesadaran.		c. Memonitor vital sign.	
d. Memonitor tanda-tanda TIK.		d. Mempertahankan pemberian oksigen Nrbm.	

EVALUASI	Hari ke 1 10 April 2018	Hari ke 2 11 April 2018	Hari ke 3 12 April 2018
Klien 2 (Tn.S)	S:Pasien tidak sadar	S:Klien belum sadar	S:Klien mengatakan nyeri luka jahitan di kepala dan badan terasa kaku.
	O:Keadaan umum jelek, lemah, muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS 1-1-1, CRT > 2 detik. TTV TD:100/78 mmHg N: 110 x/menit S: 36,6 RR: 28 x/menit SPO2: 86 % Klien tampak lemah Terdapat luka di kepala Terpasang infus pump Ns dengan Rate 42 dan limit 500, mannitol grojok Terpasang DC	O:Keadaan umum lemah, kesadaran koma GCS: 1-1-1 TTV TD:100/70 mmHg N: x/90menit S: 36 RR:26 x/menit SPO2: 88 % Klien keadaan cukup Terpasang infus pump cairan Ns Rate 42, limit 500, dan mannitol grojok.	O:Keadaan umum cukup, lemah, mukosa bibir kering. Kesadaran somnolen GCS 3-5-5 TTV TD:110/88mmHg N: 85 x/menit S: 36,7 RR: 24 x/menit SPO2: 90 %. Klien keadaan cukup. Terpasang infus pump RL dengan rate 24, limit500, dan cairan mannitol

<p>Terpasang NGT Terpasang drain Terpasang syring pump</p>	<p>Terpasang oksigen Nrbm 9 liter/menit. Terpasag DC 300 cc/jam Terpasang NGT. Terpasang syring pump.</p>	<p>20 tpm. Terpasang oksigen nasal 4 liter/menit. Terpasang syring pump.</p>
<p>A:Masalah belum teratasi.</p>	<p>A:Masalah teratasi sebagian.</p>	<p>A:Masalah teratasi sebagian.</p>
<p>P:Lanjutkan intervensi a. Mengkaji observasi evaluasi tanda-tanda penurunan serebral. b. Mempertahankan pemberian oksigen Nrbm sesuai instruksi dokter. c.Memonitor vital sign serta tingkat kesadaran. d.Memonitor tanda-tanda TIK . e.Mengkolaborasi pemberian obat-obatan.</p>	<p>P: Lanjutkan intervensi. a.Memonitor tanda-tanda TIK. b. Memonitor vital sign. c. Mengkolaborasi pemberian obat-obatan. d. Melakukan transfuse darah.</p>	<p>P:Lanjutkan intervensi. a.Memonitor vital sign b.Memonitor saturasi oksigen c. Menilai kesadaran pasien. d. Mengkolaborasi obat-obatan.</p>

Sumber: Data primer April 2018.

4.2 Pembahasan

Pada bab ini berisi perbandingan antara tinjauan pustaka dengan tinjauan yang disajikan untuk menjawab tujuan khusus. Semua temuan persamaan maupun perbedaan diuraikan dengan konsep Pembahasan disusun sesuai dengan tujuan khusus, pembahasan berisi tentang mengapa (*why*), dan bagaimana (*how*). Urutan penelitian adalah F-T-O (Fakta- Teori- Opini).

4.2.1 Pengkajian

1. Data subyektif

Pada tinjauan kasus, pengkajian yang dilakukan oleh peneliti pada klien nama Ny.M usia 70 tahun yang mengalami Cidera Otak Berat (COB), didapatkan data subyektif klien tidak sadarkan diri. Sedangkan data subyektif klien Tn. S sama tidak sadarkan diri.

Menurut peneliti, dari data subjektif, klien 2 lebih parah dari pada klien 1 yaitu mengalami pendarahan yang sangat banyak luka dalamnya mencapai 4 cm tepatnya di kepala bagian kanan bawah dan mengalami muntah. Sedangkan klien 1 juga mengalami pendarahan, tetapi tidak banyak terdapat luka dalamnya 6 cm, tetapi tidak muntah.

2. Data obyektif

Klien 1: Keadaan umum lemah, tidak muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS 1-1-1, CRT < 2 detik. TTV klien TD: 95/52 mmHg, N: 129 x/menit, S: 37, RR: 26 x/menit, SPO2: 82%, akral hangat, terdapat luka di kepala belakang dengan kedalaman 4 cm. Klien 2: Keadaan umum tidak sadarkan diri, muntah, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS: 1-1-1, CRT < 2 detik, TTV TD: 100/78 mmHg, N: 110 x/menit, S: 36,6; RR: 28 x/menit,

SPO2: 86%. Akral hangat, terdapat luka di kepala belakang dengan kedalaman 6 cm.

Menurut peneliti, berdasarkan fakta pada saat penelitian dan teori memiliki kesamaan yaitu klien 1 dan klien 2 mengalami tidak sadar, kesadaran koma, GCS 1-1-1 tetapi perbedaannya klien 1 tidak muntah tetapi, klien 2 mengalami muntah.

3. Pemeriksaan diagnostik

Pada pemeriksaan laboratorium yang diperoleh dari hasil leukosit (WBC) didapatkan klien 1 yaitu 27,20 dan klien 2 yaitu 22,25. Sedangkan nilai normalnya leukosit 3,70-10,1. Jadi 2 klien mengalami peningkatan leukositnya. Jadi 2 klien harus mengurangi leukositnya dengan makan makanan yang omega 3 seperti ikan salmon, ikan forel, yang mengandung aktioksidn, vitamin C.

Setelah dilakukan foto CT-scant klien 1 terdapat benturan sangat hebat dan dialami odema otak besar, mengalami pendarahan hebat. Sedangkan klien 2 juga terdapat benturan tetapi, tidak separah klien 1. Klien 2 mengalami odema tapi kecil juga mengalami pendarahan.

4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Berdasarkan analisa data dari penelitian ini, diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak. Menurut peneliti klien 1 dan klien 2 didiagnosa perubahan perfusi jaringan serebral akibat odema otak karena terdapat benturan dan sama-sama mengalami pendarahan. Klien 1 tidak muntah, tetapi klien 2 mengalami muntah.

Menurut Arif Mutaqin (2008) diagnosa yang muncul pada klien Cidera Otak Berat (COB) adalah perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak.

Berdasarkan pendapat peneliti, pada klien dengan Cidera Otak Berat (COB) dengan perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak, ditemukan pada penilaian kesadaran, GCS (*Gasgloe Coma Skale*) klien dan mengalami pendarahan yang banyak, muntah proyektil, dan vital sign.

4.2.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan yang diberikan pada Ny. M dan Tn. S dengan diagnose perubahan perfusi jaringan serebral dengan odema otak adalah NOC: 1. Vital sign dalam rentang normal, 2. Tidak ada tanda-tanda TIK, 3. Komunikasi verbal jelas, konsentrasi, dan orientasi baik, 4. Kesadaran dan GCS normal. NIC: 1. Memonitoring tekanan intrakranium.

Menurut Corwin (2009) dalam bukunya pada bab yang membahas mengenai asuhan keperawatan pasien Cidera Otak Berat (COB) dengan diagnosa perubahan perfusi jaringan serebral, intervensi keperawatan: vital sign, tanda-tanda TIK, komunikasi baik, GCS dan kesadarann normal.

Menurut peneliti, intervensi keperawatan yang dipilih sudah tepat, intervensi keperawatan yang diberikan sesuai dengan perubahan perfusi jaringan serebral pada diagnosa medis Cidera Otak Berat (COB).

4.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan pada klien 1 dan klien 2 terdapat perbedaan dengan pemberian terapi, klien 2 mendapatkan inj. Pumpitor 40 mg, ondansentron 4 mg, santagesic 1 gram, ceftriaxone 1 gram, citicolin 50 mg, piracetam 3 gram. Sedangkan klien 1 mendapatkan inj. Antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram. Menurut penelitian, klien 2 mendapatkan terapi obat sangat banyak dibandingkan klien 1 karena lebih parah klien 2 dibandingkan klien 1.

Menurut Rohmah, (2012) implementasi adalah realisasi dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Yang meliputi kegiatan pengumpulan data dan berkelanjutan, mengobservasi respon klien selama dan setelah pelaksanaan tindakan, serta menilai data baru yang muncul dari klien.

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

4.1.5 Evaluasi Keperawatan

Dari evaluasi keperawatan selama 3 hari pada 2 klien, menunjukkan bahwa klien 2 dikatakan belum sembuh dengan ditandai lemah, belum bisa bergerak sendiri, belum bisa bicara, tetapi hari ke tiga sudah sadar dan mengeluh nyeri post op (luka jahitan). Berbeda dengan klien 1 keadaanya cukup, sudah bisa menggerakkan bagian tubuhnya sendiri, sudah bisa bicara walaupun masih

ngelantur, klien hari ke dua sudah sadar mengeluh nyeri bagian kepala post op (luka jahitan). Dan meminta minum terus karena dehidrasi.

Menurut Padila, (2012) evaluasi adalah langkah akhir dalam proses keperawatan yang bertujuan untuk menilai apakah tujuan dalam rencana keperawatan tercapai atau tidak. Dan untuk dikaji ulang jika tujuan belum tercapai.

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

BAB 5

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

Setelah melakukan tindakan asuhan keperawatan klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral di Ruang HCU RSUD Bangil Pasuruan, maka penulis dapat mengambil kesimpulan dan saran yang dibuat berdasarkan laporan kasus. Berdasarkan data yang diperoleh dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Hasil pengkajian pada klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) pada Ny. M dan Tn. S Data subyektif pada tinjauan kasus, dilihat dari pengkajian 2 klien didapatkan, baik klien 1 dan klien 2 didapatkan sama-sama klien tidak sadar, akan tetapi keadaannya cepat baik klien 2 karena sudah bisa menggerakkan bagian tubuhnya sendiri, sudah bisa bicara walaupun masih ngelantur, klien hari ke dua sudah sadar mengeluh nyeri bagian kepala post op (luka jahitan). Dan meminta minum terus karena dehidrasi.
2. Diagnosa keperawatan pada klien 1 dan klien 2 menunjukkan perubahan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema otak akan ditandai berbagai gejala seperti tidak sadarkan diri, ada luka atau lesi di bagian kepala yang mengalami pendarahan, mukosa bibir kering, kesadaran koma, GCS 1-1-1, CRT > 2 detik.
3. Di dalam intervensi keperawatan klien yang mengalami Cidera Otak Berat (COB) pada Ny. M dan Tn.S dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral meliputi: mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi serebral,

memonitor saturasi oksigen, mengatur posisi tempat tidur yang nyaman bagi klien (semi fowler), memonitor tanda-tanda TIK, melakukan kolaborasi dengan tim medis dalam pemberian terapi.

4. Implementasi klien yang mengalami Cidera tak Berat (COB) pada Ny. M dan Tn. S dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral dilakukan secara menyeluruh, tindakan keperawatan, dilakukan sesuai perencanaan. Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri dan kolaborasi, dan tindakan rujukan. Implementasi tindakan keperawatan dengan masalah perubahan perfusi jaringan serebral disesuaikan dengan rencana keperawatan. Pada implementasi nyata sebelum melaksanakan tindakan yang sudah direncanakan tindakan masih sesuai dan di butuhkan klien sesuai dengan kondisi saat ini, perawat juga menilai diri-sendiri, apakah mempunyai kemampuan interpersonal intelektual teknik sesuai dengan tindakan yang akan dilaksanakan. Implementasi yang dapat dilakukan oleh peneliti selama 3 harirawat, dengan hasil secara umum kondisi kesehatan pasien sudah pulih atau membaik.
5. Evaluasi klien yang mengalami perubahan perfusi jaringan serebral, catatan perkembangan klien 2 mengalami kemajuan yang signifikan, serta menunjukkan keadaannya semakin membaik, menyesuaikan kepatuhan terhadap intervensi yang dilaksanakan oleh perawat serta klien sangat komprehensif untuk proses penyembuhan.

5.2 Saran

Berdasarkan kesimpulan diatas, maka penulis menyampaikan saran antara lain:

1. Bagi klien dan keluarga

Dengan adanya bimbingan yang dilakukan oleh perawat dan penulis selama proses pemberian asuhan keperawatan, diharapkan keluarga klien harus ikut berpartisipasi dalam perawatan dan pengobatan dalam upaya mempercepat proses penyembuhan serta bisa menerima dan melaksanakan peraturan yang telah ditetapkan di ruangan.

2. Bagi institusi pendidikan

Referensi mengenai asuhan keperawatan perubahan peruse jaringan serebral diharapkan diperbanyak dan diperbaruhi supaya peneliti selanjutnya memiliki banyak referensi untuk menunjang yang akan dibuat.

3. Bagi penulis selanjutnya

Dengan adanya Karya Tulis Ilmiah ini, diharapkan dapat menjadi referensi bagi peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraeni, Mekar Dwi& Saryono. 2010. Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Corwin, Elizabeth J. 2009. Buku Patofisiologi. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Dewanto, George. Dkk. 2009. Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Syaraf. Jakarta: EGC
- Ginsberg, (2007). Lecture Notes Neurologi Edisi Kedelapan. Jakarta.
- Krisnandi. (2013). Asuhan Keperawatan Cidera Otak Berat. Jakarta.
- Muttaqin, Arif. (2008). Pengantar Asuhan Keperawatan Klien Dengan Gangguan Sistem Persyarafan. Salemba Medika. Jakarta.
- Muttaqin, Z. (2008). Pengelolaan Cidera Kepala. Diakses pad tanggal 27 Januari 2013.
- Nazir, M. (2009). Metode Penelitian. Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Nursalam. (2011). Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen, Penelitian Keperawatan. Yogyakarta: Salemba Medika
- Padila. 2012. Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Rendy, MC. TH (2012). Asuhan Keperawatan Medikal Bedah dan Penyakit Dalam. Yogyakarta: Nuha Medika
- Riyadina Woro, Suhardi & Meda Permana. 2009. Pola dan Determinan Sohodemografi Cidera Akibat Kecelakaan Lalu Lintas di Indonesia.
- Sayono. Mekar, DA. (2010). Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Bidang Kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika

Lampiran 1

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

No.	Jadwal Kegiatan	Bulan																															
		Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		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	2	3	4	1	2	3	4
1	Pendaftaran Mahasiswa Peserta Study Kasus																																
2	Pembimbingan Proposal Study Kasus																																
3	Pendaftaran Ujian Proposal Study Kasus																																
4	Ujian Proposal Study Kasus																																
5	Revisi Proposal Study Kasus																																
6	Pengambilan dan Pengolahan data																																
7	Pembimbingan hasil																																
8	Pendaftaran Ujian sidang Study kasus																																
9	Ujian sidang Study kasus																																
10	Revisi Studi kasus																																

Lampiran 2

PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Nama Mahasiswa : Vica Dwi Rahmawati

NIM : 151210031

Judul : Asuhan Keperawatan Pada Klien Cidera Otak Berat (COB) Dengan
Masalah Perubahan Perfusi Jaringan di ruang HCU
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, dan informasi yang klien berikan. Apabila ada pertanyaan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan pada klien, peneliti akan menghentikan pada pada saat ini dan klien berhak megundurkan diri.

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

Jombang, 2018

Penelitian

(Vica Dwi Rahmawati)

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. M.
Umur : 42 tahun
Alamat : Gempol, Bongkil.

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam Karya Tulis Ilmiah sebagai responden dalam mengisi lembar pengkajian.

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

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

Jombang, 5 / 9 / 2018

Responden



Musrinoh

()

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Umur :

Alamat :

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

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

Jombang, 2018

Responden

()

Lampiran 4



**FORMAT PENGKAJIAN STUDI KASUS
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES ICME JOMBANG 2018**

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN

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

I. IDENTITAS KLIEN

Nama :	Penanggung Jawab Biaya :
Usia :	Nama :
Jenis Kelamin :	Alamat :
Suku :	Hub.Keluarga :
Agama :	Telepon :
Pendidikan :	
Alamat :	

II. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

a. Keluhan Utama :
b. Riwayat Penyakit Sekarang :

III. RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

a. Riwayat Penyakit Kronik dan Menular Ya, Jenis : ak
b. Riwayat Penyakit Alergi Ya, Jenis : ak
c. Riwayat Operasi Ya, Jenis : ak

IV. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

Ya:.....(Jelaskan) t ak

IV. POLA KEGIATAN SEHARI-HARI

Makanan	Minum
Frekuensi.....x/hr	Frekuensi.....x/hr

Jenis:

Diit.....
 Pantangan.....
 Yang di sukai.....
 Yang tidak disukai.....
 Alergi.....

Jenis:

Pantangan.....
 Yang di sukai.....
 Yang tidak di sukai.....
 Alergi.....

Eliminasi

BAK.....x/hr
 BAB.....x/hr

Kebersihan diri

Mandi.....x/hr
 Keramas.....x/hr
 Sikat gigi.....x/hr
 Memotong kuku.....x/hr
 Ganti pakaian.....x/hr

Istirahat dan aktivitas

Tidur malam.....jam/hr Jam.....s/d.....
 Aktivitas.....jam/hr Jenis.....
 Kebiasaan merokok/alkohol, jamu.....

Psikososial

Sosial/interaksi.....
 Konsep diri.....
 Spiritual.....

VI.OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan Umum

Tanda-tanda vital

S : N : x/menit
 RR : x/menit TD : mmHg

Kesadaran

2. Kepala dan Leher

- a. Rambut :
- b. Kepala :
- c. Wajah :
- d. Mata
 - Konjungtiva :
 - Sklera :
 - Pupil :
 - Strabismus :
- e. Hidung :
 - Pernafasan cuping hidung :
 - Septum nasi :
- f. Mulut :
- g. Leher :

3. Thoraks

- a. Paru-paru
 - Bentuk dada :
 - Keluhan :
 - Irama nafas :
 - Suara nafas :
 - Pergerakan dinding dada :
 - Adanya nyeri tekan :
 - Femitus vokal :
- b. Jantung
 - Denyut apeks jantung :
 - Nyeri tekan :

CRT :
 Keluhan nyeri dada :
 Irama jantung :
 Lain-lain :

4. Abdomen

a. TB: cm BB: kg
 b. Mukosa mulut :
 c. Tenggorokan :
 d. Abdomen :
 Pembesaran hepar :
 Pembesaran lien :
 Ascites :
 Mual :
 Muntah :
 Terpasang NGT :
 Bising usus :
 e. BAB :
 f. Diet :
 Frekuensi :

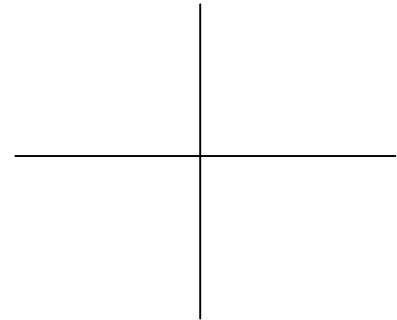
5. Ginjal

a. Keluhan :
 b. Alat bantu :
 c. Kandung kencing membesar :
 Nyeri tekan :
 d. Produksi urine : Warna : bau :
 e. Intake cairan :

6. Ekstremitas dan endrokrin

a. Kelainan ekstremitas :
 b. Kelainan tulang belakang :
 c. Fraktur :
 d. Traksi/spalk/gips :
 e. Kompartement sindrom :

- f. Kulit :
- g. Akral :
- h. Turgor kulit :
- i. Luka : jenis : luas :
Kekuatan tonus otot :



7. Anus, inguinal, genitalia

VII. PEMERIKSAAN PENUNJANG (Laboratorium, radiologi, EKG, USG)

VIII. TERAPI

.....

Mahasiswa,

(Vica Dwi Rahmawati)

Analisa Data**Nama:**.....**No.RM:**.....

Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
Data subyektif: Data obyektif:		

Diagnosa Keperawatan yang muncul**1**.....

Intervensi Keperawatan

Hari/Tanggal	No diagnosa	Tujuan & Kriteria Hasil	Waktu	Rencana Tindakan	Rasional

Implementasi Keperawatan

Nama:.....

No.RM:.....

Hari/tgl	No. Diagnosa	Waktu	Implementasi Keperawatan	Paraf

Evaluasi Keperawatan

Nama:.....

No.RM:.....

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

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. M.
Umur : 42 tahun
Alamat : Gempol, Bangil.

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam Karya Tulis Ilmiah sebagai responden dalam mengisi lembar pengkajian.

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

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

Jombang, 5 / 9 / 2018

Responden



Mujirinoh

()

Lampiran 3

PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Tri S.
Umur : 38 tahun.
Alamat : Bengil.

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

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

Jombang, 6/4/2018

Responden

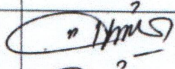
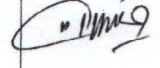
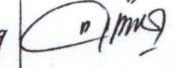
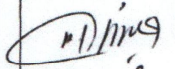
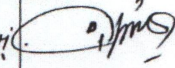
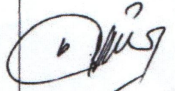
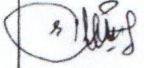


(Sunip to)

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

NAMA : VICA DWI RAHMAWATI
 NIM : 151210031
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT (COB)
 DENGAN MASALAH PERUBAHAN PERFUSI JARINGAN SEREBRAL
 PEMBIMBING I : DWI PUJI WIJAYANTI, S.Kep.Ns., M.Kes

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	9 - 1 - 2018	Pengajuan Judul.	
	12 - 1 - 2018	ACC Judul. Pengajuan. Bab I.	
	17 - 1 - 2018	Revisi Latar Belakang	
	19 - 1 - 2018	ACC Bab I. pengajuan Bab II	
	25 - 1 - 2018	Revisi Bab II + Bukti. Pengajuan Bab III	
	31 - 1 - 2018	Revisi Penulisan. Dapus. ? Revisi dapus. ACC Bab II. + III.	
	03 / 2 / 2018	ACC Bab I, II, III	

LEMBAR KONSULTASI

PROGRAM STUDI DIHIMPUN KEPERAWATAN

NAMA : VICA DWI RAHMAWATI
 NIM : 151210031
 JUDUL : ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN CIDERA OTAK BERAT
 (COB) DENGAN MASALAH PERUBAHAN PERFUSI JARINGAN
 SEREBRAL
 PEMBIMBING II : INAYATUR ROSIDAH, S.Kep.Ns.M.Kes

NO	TANGGAL	HASIL KONSULTASI	PARAF
	24/01/2018	Revisi latar belakang dan penelitian BAB I, Peran Perawat	Jh
	25/01/2018	Revisi: penulisan Bab I terhadap faktor yang mempengaruhi data pengumpul dan manfaat penelitian	Jh
	9/2/2018	Revisi: Bab I 1/2-3	Jh
	12/2/2018	Revisi: penulisan Bab I 1/2-3	Jh
	16/2/2018	ACC Bab 1, 2, 3	Jh



**PEMERINTAH KABUPATEN PASURUAN
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANGIL**

Jl. Raya Raci - Bangil, Pasuruan Kode Pos 67153
Telp.(0343) 744900, 747789 Faks. (0343) 747789



Bangil, 19 Maret 2018

Nomor : 445.1/731/16/424.202/2018 Kepada
Lampiran : - Yth. Ketua STIKES Insan Cendekia Medika
Hal : Persetujuan Penelitian Jl. Kemuning 57
JOMBANG

Menindaklanjuti surat Saudara Nomor : 109/KTI-S1KEP/
K31/073127/2018 tanggal 5 Februari 2018 perihal Surat Ijin Penelitian atas
nama:

Nama : VICA DWI RAHMAWATI
NIM : 15 121 0031
Judul Penelitian : Asuhan Keperawatan pada Klien Cidera Otak
Berat (COB) dengan Masalah Perubahan Perfusi
Jaringan Serebal Study di Ruang HCU RSUD
Bangil Pasuruan

maka pada prinsipnya kami MENYETUJUI yang bersangkutan untuk
melakukan Penelitian di RSUD Bangil selama 1 (satu) bulan terhitung mulai
tanggal 19 Maret – 18 April 2018,

Dengan ketentuan :

1. Mentaati ketentuan-ketentuan yang berlaku di RSUD Bangil.
2. Setelah berakhirnya penelitian wajib menyerahkan laporan hasil penelitian kepada Seksi Diklat RSUD Bangil.

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerja sama Saudara
diucapkan terima kasih.

A.n. DIREKTUR RSUD BANGIL
KABUPATEN PASURUAN
Kepala Bidang Penunjang



Dr. MALUDWI NUGROHO
NIP. 19600910 198709 1 001

Tembusan disampaikan kepada:

1. Kepala Ruangan HCU Melati RSUD Bangil
2. Yang bersangkutan