

























Elka Keny 1.doc



































Date: 2019-07-24 08:57 WIB

\* All sources 68 | Internet sources 19 | Own documents 43 | Organization archive 4 | Plagiarism Prevention Pool 1

- [1]  "Elma Nuraini 161210015.docx" dated 2019-07-03  
10.6% 86 matches
- [2]  "Devi Wulansari 161210008.docx" dated 2019-07-19  
5.4% 32 matches
- [3]  "PRIYONO (161210031).docx" dated 2019-07-03  
2.6% 24 matches
- [4]  "Saroh Nurbaiti 161210035.docx" dated 2019-07-03  
3.3% 20 matches
- [5]  "KTI WINDA1-5.docx" dated 2019-07-19  
2.4% 20 matches
- [6]  "Yeni Mardiana.docx" dated 2019-07-19  
1.9% 19 matches
- [7]  <https://bocahpopay.blogspot.com/>  
2.3% 15 matches
- [8]  "KTI WINDA 1.docx" dated 2019-07-24  
1.7% 16 matches
- [9]  "Revisi Saroh 161210035.docx" dated 2019-07-17  
2.3% 14 matches
- [10]  <https://siennalorelei.wordpress.com/2017/05/01/saraf-kranial-fungsinya/>  
2.4% 15 matches  
2 documents with identical matches
- [13]  "Revisi Ekanannda 161210012.docx" dated 2019-07-15  
1.6% 19 matches
- [14]  <https://www.pinterpandai.com/sistem-saraf-pusat-tepi-pengertian-fungsi-gambar/>  
2.2% 14 matches  
10 documents with identical matches
- [25]  [https://id.wikipedia.org/wiki/Saraf\\_kranial](https://id.wikipedia.org/wiki/Saraf_kranial)  
2.2% 14 matches  
2 documents with identical matches
- [28]  <https://liakamaliah-kesehatan.blogspot.com/>  
2.2% 14 matches
- [29]  <https://ahmadkiddrock-6.blogspot.com/2013/12/saraf-olfaktori.html>  
2.2% 14 matches  
1 documents with identical matches
- [31]  "AGUS WIRANTO 161210001.docx" dated 2019-07-03  
1.6% 15 matches
- [32]  "Yeni Mardiana 1.docx" dated 2019-07-24  
1.8% 17 matches
- [33]  "elma plagscan ke 2.docx" dated 2019-07-19  
1.9% 13 matches
- [34]  "Revisi Ekanannda 161210012 fix.docx" dated 2019-07-16  
1.3% 17 matches
- [35]  "BAB 1 -5 RAICHA.doc" dated 2019-07-16  
1.5% 15 matches
- [36]  "Fatimatul Azizah (161210017).pdf" dated 2019-07-01  
1.4% 17 matches
- [37]  "Susi Fitriana Dewi 161210039.doc" dated 2019-07-03  
1.5% 16 matches
- [38]  "BERTHA RISWARDANI.docx" dated 2019-07-04  
1.3% 15 matches
- [39]  "Sutia 161210040.docx" dated 2019-07-15

<input checked="" type="checkbox"/>	[39]	1.4%	11 matches	
<input checked="" type="checkbox"/>	[40]	"Vila Nur Fika.doc" dated 2019-07-19	1.1%	12 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[41]	"Nur Amilus Sholeh 161210028.docx" dated 2019-07-03	1.2%	13 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[42]	"Dera bab 1-5.doc" dated 2019-07-16	1.0%	10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[43]	"skripsi MANSYUR.docx" dated 2019-07-15	1.1%	11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[44]	<a href="https://lisnawati19.blogspot.com/2015/09/cedera-kepala.html">https://lisnawati19.blogspot.com/2015/09/cedera-kepala.html</a>	1.5%	8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[45]	"Teshalonica 161210041.pdf" dated 2019-07-03	1.1%	10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[46]	"Raicha bab4-5.docx" dated 2019-07-15	1.0%	12 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[47]	<a href="https://sherryanaais.wordpress.com/2015/...rdinasi-tubuh-saraf/">https://sherryanaais.wordpress.com/2015/...rdinasi-tubuh-saraf/</a>	1.2%	8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[48]	"Heru Febrianto 161210020.docx" dated 2019-07-03	1.0%	10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[49]	"skripsi SUKARMI NEW.docx" dated 2019-07-15	0.9%	11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[50]	"revisi ke 2 sutia plagscan.docx" dated 2019-07-19	0.9%	8 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[51]	"Bagas 161210005.docx" dated 2019-07-03	0.9%	9 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[52]	"Dwi Istiani 161210010.pdf" dated 2019-07-03	0.8%	11 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[53]	"PLAG SCAN KTI 18-07-2019 OKTAVIANI.docx" dated 2019-07-18	0.8%	10 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[54]	"revisi 3 sutia.docx" dated 2019-07-19	0.9%	7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[55]	"Sheilatur Rohmah 161210037.doc" dated 2019-07-03	0.8%	7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[56]	"Revisi 2 Ekananda.docx" dated 2019-07-16	0.8%	9 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[57]	"Revisi Sella Tria.docx" dated 2019-07-17	0.8%	11 matches 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[59]	"BAB 1-5 RIKKA NUR.doc" dated 2019-07-17	0.7%	9 matches 1 documents with identical matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[61]	"Fita Fatimah.pdf" dated 2019-07-17	0.6%	7 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[62]	"Dera Eka Novita revisi 4.doc" dated 2019-07-18	0.5%	4 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[63]	"Revisi Dera.doc" dated 2019-07-17	0.5%	4 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[64]	"Intan Ratnasari.docx" dated 2019-07-19	0.4%	6 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[65]	"skripsi YOHANES NEW.docx" dated 2019-07-15	0.6%	5 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[66]	"Desi Maulida 161210007.docx" dated 2019-07-15	0.5%	6 matches
<input checked="" type="checkbox"/>	[67]	"REVISI BAB 1-5 DESI M.docx" dated 2019-07-17	0.4%	5 matches

☒ 1 documents with identical matches

- 
- ☑ [69]  [repo.stikesicme-jbg.ac.id/view/subjects/RT.html](https://repo.stikesicme-jbg.ac.id/view/subjects/RT.html)  
 4 matches
- 
- ☑ [70]  "Revisi Nova.doc" dated 2019-07-19  
 5 matches  
☒ 1 documents with identical matches
- 
- ☑ [72]  "Revisi Mei 161210026.docx" dated 2019-07-15  
 5 matches
- 
- ☑ [73]  <https://budiartiwiwulan.blogspot.com/2018...n-pasien-cedera.html>  
 4 matches
- 
- ☑ [74]  [https://www.academia.edu/37811668/ANATOMI\\_FISIOLOGI\\_SISTEM\\_SARAF\\_PUSAT](https://www.academia.edu/37811668/ANATOMI_FISIOLOGI_SISTEM_SARAF_PUSAT)  
 2 matches
- 
- ☑ [75]  "Revisi Riska Nova.doc" dated 2019-07-22  
 4 matches
- 
- ☑ [76]  "revisi 4 sutia.docx" dated 2019-07-22  
 3 matches
- 
- ☑ [77]  [https://feminintyas.blogspot.com/2015/06...ada-penduduk\\_14.html](https://feminintyas.blogspot.com/2015/06...ada-penduduk_14.html)  
 1 matches
- 
- ☑ [78]  [ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/download/386/386](http://ejurnal.poltekkes-tjk.ac.id/index.php/JK/article/download/386/386)  
 3 matches
- 
- ☑ [79]  "EFI 1-5.docx" dated 2019-07-03  
 4 matches
- 
- ☑ [80]  <https://www.coursehero.com/file/p14lmt2/...yahrizal-2-Senin-26/>  
 2 matches
- 
- ☑ [81]  [https://www.academia.edu/28717533/Adapun\\_ke\\_31\\_saraf\\_spinalis](https://www.academia.edu/28717533/Adapun_ke_31_saraf_spinalis)  
 3 matches
- 
- ☑ [82]  <https://wasis19.blogspot.com/2013/07/sap-ronde.html>  
 2 matches
- 
- ☑ [83]  <https://adhifriastawan.blogspot.com/2014/01/medical-ini-gue-mempunyai-postingan.html>  
 2 matches
- 
- ☑ [84]  <https://sitimulyati06.blogspot.com/2016/02/asuhan-keperawatan-hernia.html>  
 1 matches
- 
- ☑ [85]  from a PlagScan document dated 2018-07-25 09:21  
 2 matches
- 
- ☑ [86]  <https://eddie-suster-boy.blogspot.com/2010/>  
 1 matches
- 

40 pages, 5961 words

**PlagLevel: 17.9% selected / 58.9% overall**

347 matches from 87 sources, of which 34 are online sources.

#### Settings

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

Sensitivity: *Medium*

Bibliography: *Consider text*

Citation detection: *Reduce PlagLevel*

Whitelist: --

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar Belakang

Sesuai judul yang diambil oleh peneliti yaitu Cidera Otak Sedang(COS). Trauma ini diakibatkan karena adanya benturan atau hentakan keras dikepala sehingga kepala mengalami keretakan atau perdarahan. Dengan adanya perdarahan akan ditemukan odema karena proses pembekuan. Dalam masalah ini dikarenakan kecelakaan lalu lintas.

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

Pada trauma yang dikategorikan sedang ini tidak memungkinkan untuk terjadi kerusakan permanen.<sup>[2]</sup> Namun dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral klien mengalami kerusakan dibagian otak.

Dalam proses asuhan keperawatan paling utama dilakukan ialah pemberian oksigen sesuai kebutuhan klien karena dalam kasus ini terjadi gangguan pada perfusi jaringan serebral. Klien ini juga diperlukan dampingan baik keluarga atau perawat karena bisa saja klien mual muntah atau pusing yang tidak bisa ditahan. Dan selanjutnya dilakukan tindakan operasi.<sup>[2]</sup>

Dan setelah dijelaskan di latar belakang peneliti ingin meneliti kasus Cidera Otak Sedang dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral dalam bentuk studi kasus yang dilakukan di HCU RSUD Bangil.

## <sup>[2]</sup> 1.2 Batasan Masalah

Asuhan keperawatan pada klien yang mengalami Cidera Otak Sedang(COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral.

## <sup>[1]</sup> 1.3 Rumusan Masalah

Bagaimana asuhan keperawatan yang dialami pada klien Cidera Otak Sedang(COS) dengan gangguan perfusi jaringan serebral?

## 1.4 Tujuan

### <sup>[4]</sup> 1.4.1 Tujuan Umum

Melaksanakan proses keperawatan pada klien Cidera Otak Sedang(COS) dengan gangguan perfusi jaringan serebral.

### <sup>[35]</sup> 1.4.2 Tujuan Khusus

<sup>[2]</sup> 1. Melakukan pengkajian pada klien yang mengalami Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil.

- <sup>[2]</sup>▶ 2. Menetapkan diagnosa keperawatan pada klien yang mengalami Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil.
- <sup>[1]</sup>▶ 3. Merencanakan tindakan keperawatan pada klien yang mengalami Cidera Otak Sedang dengan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil.
- <sup>[2]</sup>▶ 4. Melakukan tindakan pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.
5. Melakukan evaluasi pada klien Cidera Otak Sedang (COS) dengan masalah keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral di RSUD Bangil Kabupaten Pasuruan.

## 1.5 Manfaat

### 1.5.1 Manfaat Teoritis

Dalam manfaat ini diharapkan semua yang telah dicantumkan dapat menambah pengetahuan khususnya tentang ilmu Keperawatan Medikal Bedah.

### <sup>[6]</sup>▶ 1.5.2 Manfaat praktis

#### 1. Perawat

Bisa untuk membantu atau untuk pembelajaran karya selanjutnya

#### <sup>[ 2 ]</sup> ▶ 2. Rumah sakit

Bagi rumah sakit untuk pembelajaran dalam proses pemberian asuhan keperawatan pada klien, sehingga mendapatkan hasil atau meningkatkan kesembuhan klien.

### 3. Institusi

Dalam institusi bisa untuk wawasan orang lain dalam pembuatan karya tulis ilmiah.

### 4. Keluarga dan klien

Untuk memahami akan trauma ini diharapkan bisa berhati hati dan waspada agar tidak terjadi kepada keluarga mereka.

## BAB 2

### TINJAUAN KASUS

#### <sup>[1]</sup> 2.1 Konsep Cidera Otak Sedang (COS)

##### 2.1.1 Anatomi Fisiologi

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

##### 1. Cerebrum (Otak besar)

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

##### 2. Cerebellum (Otak kecil)

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

##### 3. Brainstem (Batang otak)

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



#### 4. Sistem limbic (Limbic Sistem)

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

##### 2.1.2 Susunan saraf

Susunan saraf kranial ada 12 yaitu:

No.	Nama syaraf	Jenis	Fungsi
1.	Olfaktorius	Sensorik	Menerima rangsang dari hidung dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai sensasi bau.
2.	Optik	Sensori	Menerima rangsang dari mata dan menghantarkannya ke otak untuk diproses sebagai persepsi visual.
3.	Okulomotor	Motorik	Menggerakkan sebagian besar otot mata
4.	Troklearis	Motorik	Menggerakkan beberapa otot mata
5.	Trigeminus	Gabungan	Sensori: Menerima rangsangan dari wajah untuk diproses di otak sebagai sentuhan Motorik: Menggerakkan rahang
6.	Abdusen	Motorik	Abduksi mata
7.	Fasialis	Gabungan	Sensorik: Menerima rangsang dari bagian anterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa Motorik: Mengendalikan otot wajah untuk menciptakan ekspresi wajah
8.	Vestibulokoklearis	Sensorik	Sensori sistem vestibular: Mengendalikan keseimbangan Sensori koklea: Menerima rangsang untuk diproses di otak sebagai suara
9.	Glossofaringeus	Gabungan	Sensori: Menerima rangsang dari bagian posterior lidah untuk diproses di otak sebagai sensasi rasa
10.	Vagus	Gabungan	Sensori: Menerima rangsang dari organ dalam Motorik: Mengendalikan organ-organ dalam
11.	Aksesorius	Motorik	Mengendalikan pergerakan kepala
12.	Hipoglossus	Motorik	Mengendalikan pergerakan lidah

(ayu, 2019)

### 2.1.3<sup>[44]</sup> Definisi

Cidera kepala merupakan salah satu penyebab kematian utama pada kelompok umur produktif dan sebagian besar terjadi akibat kecelakaan lalu lintas. Tidak hanya berakibat pada tingginya angka kematian pada korban kecelakaan. Justru, yang harus menjadi perhatian adalah banyaknya kasus kecacatan dari korban kecelakaan. Khususnya, korban kecelakaan yang menderita cedera kepala. (arrahman, 2016)

Sedangkan cedera kepala sedang merupakan trauma kepala GCS: 12 penurunan kesadaran, yang ditandai klien melantur.

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

### 2.1.4 Klasifikasi

Dalam klasifikasi cedera otak dibagi:

#### 1. Cidera Otak Ringan (COR)<sup>[1]</sup>

- a. Cidera Otak Ringan (COR)
- b. Kelainan pada pemeriksaan CT-Scan tidak ditemukan
- c. Tidak dianjurkan atau dilakukan operasi
- d. Observasi dilakukan kurang dari 2 hari

#### 2. Cidera Otak Sedang (COS)<sup>[1]</sup>

- a. GCS 9-12
- b. Ditemukan kelainan pada CT-Scan

c. Tindakan operasi diperlukan karena terdapat lesi intrakranial

d. Dilakukan tindakan observasi minimal 2 hari

### 3. Cidera Otak Berat (COB)

a. Nilai GCS = 8

b. Tindakan operasi diperlukan karena terdapat lesi intracranial

c. Apabila selama 2 hari klien didapat GCS kurang dari 8

## 2.1.5 Etiologi

### 1. Trauma tajam

Menyebabkan cedera setempat dan menimbulkan cedera local.

Cidera lokal biasanya jarang sekali mengalami perluasan area atau menyebar.

### 2. Trauma tumpul

Dalam trauma yang mengakibatkan cedera otak yang diakibatkan trauma tumpul menyebabkan perluasan area luka yang bisa menyebabkan banyak perdarahan sehingga odema di otak juga meluas.<sup>[79]</sup>

Ada beberapa hal yang menyebabkan Cidera Otak Sedang(COS):

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

### 2.1.6<sup>[34]</sup> Manifestasi klinis

1. Kesadaran menurun pada khusus cedera otak.
2. Tidak ada respon pupil
3. Dalam kejadian ini bisa terjadi amnesia
4. Perubahan berbicara
5. Perubahan motoric dan sesorik
6. Kejang

### 2.1.7 Patofisiologi

Cidera otak termasuk kedalam jenis trauma. Trauma yang menyebabkan cedera otak yaitu terjadi trauma tumpul dan trauma tajam. Dalam jenis trauma tumpul terjadi perluasan area luka sehingga terjadi perdarahan yang lebih banyak dan odem lebis luas. Sedangkan pada trauma tajam jarang sekali terjadi perluasan area luka jadi perdarahan akan mudah di hentikan karena tidak meluas. Ketika di otak mengalami perdarahan maka akan terjadi odema otak yang bisa menyebabkan gangguan perfusi jaringan serebral.



### 2.1.9 Pemeriksaan penunjang

Terdapat pemeriksaan penunjang yang paling sering digunakan diruang kegawatdaruratan adalah CT scan, karena hasil yang akurat dan cepat. Pemeriksaan penunjang lain yang mungkin digunakan ialah radiograf tengkorak yang fungsinya untuk mengetahui lokasi perdarahan dan lokasi adanya edema. Alat lain yang mungkin digunakan ialah MRI.

### 2.1.10 Penatalaksanaan

Dekompresi melalui borr hole yaitu cara pengeboran lebam didalam otak, ada tindakan lain yang diperlukan :

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

### 2.1.11 Komplikasi

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

### 2.1.12<sup>[2]</sup> Pengertian gangguan perfusi jaringan serebral

Gangguan perfusi jaringan serebral merupakan gangguan yang diakibatkan oleh salah satu bentuk trauma baik itu trauma tumpul maupun trauma tajam yang membentuk edema otak karena terjadi perdarahan.

### 2.1.13 Etiologi

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

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

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

## <sup>[1]</sup>▶ 2.2 Konsep Dasar Asuhan Keperawatan Cidera Otak Sedang (COS)

### 2.2.1 Pengkajian

#### 1. Identitas Klien

Di dalam pengkajian identitas meliputi:<sup>[84]</sup>▶ **nama, umur, jenis kelamin,** agama, tempat tanggal lahir, pekerjaan, status, **suku bangsa, tanggal dan jam MRS, nomor** rekam medis, diagnosa masuk.

#### 2. Keluhan Utama

Klien mengalami penurunan kesadaran.

#### 3. Riwayat Penyakit Sekarang

Apakah yang dialami klien saat terjadi cidera

#### 4. Riwayat Penyakit Dahulu

Sebelum menderita trauma Cidera Kepla Sedang(COS) apakah klien pernah menderita penyakit seperti hipertensi, penyakit jantung, diabetes militus, dll.

#### 5. Riwayat penyakit keluarga

Didalam anggota keluarga apakah ada yang menderita penyakit turunan dari ayah, ibu, atau saudara yang memiliki penyakit menular.

#### 6. Riwayat psikososial

Didalam riwayat psikososial berisi tentan bagaimana perasaan klien terhadap apa yang diderita.

### <sup>[1]</sup>▶ 2.2.2 Pola fungsi kesehatan

#### <sup>[2]</sup>▶ 1. Pola persepsi



Klien sampai mana mengerti tentang Cidera Otak Sedang(COS) berhubungan dengan gangguan perfusi jaringan serebral.

#### 2. Pola nutrisi

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

#### 3. Pola eliminasi

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

#### 4. Pola aktivitas/istirahat

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

#### 5. Nilai dan keyakinan

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

### 2.2.3 Pemeriksaan fisik

#### 1. B1 (Breathing)

Pada pemeriksaan ini klien terlihat sesak dan terlihat frekuensi nafas meningkat. Ditemukan bunyi suara nafas tambahan.

#### 2. B2 (Blood)

Peningkatan dalam pengukuran tekanan darah dan system kardiovaskuler terjadi shock hipovolemik.

## 3. B3 (Brain)

Dengan GCS-12, terjadi epidural hematoma dibagian kanan otak.

## 4. B4 (Bladder)

Klien terpasang kateter dan urine  $\pm$  1.500 cc / hari.

## 5. B5 (Bowel)

Klien terpasang NGT

## 6. B6 (Bone)

Klien terdapat luka di ekstremitas atas dan bawah, klien susah bergerak karena terjadi penurunan kesadaran.

<sup>[1]</sup>▶ 2.2.4 Diagnosa keperawatan

<sup>[2]</sup>▶ 1. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema dan perdarahan otak.

2. Ketidakefektifan pola nafas berhubungan dengan penyempitan pembuluh darah di otak.

Tabel. 2.2 Rencana Keperawatan Nanda NOC NIC 2015-2017

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

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

---

## BAB III METODE PENELITIAN

### 3.1 Desain Penelitian

Metode dalam penelitian ini ialah studi kasus. Tujuan dalam bentuk metode ini yaitu untuk mendapatkan hasil yang tertata dan mudah dimengerti oleh pembaca.<sup>[54]▶</sup>

Hasil dari penelitian di dalam metode studi kasus ini untuk menunjukkan asuhan keperawatan kepada klien dengan Cidera Otak Sedang(COS) dengan masalah gangguan perfusi jaringan serebral di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Kabupaten Pasuruan.

### <sup>[32]▶</sup> 3.2 Batasan Istilah

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

1. Asuhan Keperawatan ialah metode sistematis yang digunakan didalam pemberian proses keperawatan dari perencanaan sampai tindakan hingga mendapat hasil berupa respon klien.
2. Klien ialah subjek atau seseorang yang diteliti. Dalam penelitian yang bermetode studi kasus ini terdapat 2 klien yang diteliti untuk perbandingan.
3. Cidera Otak Sedang(COS): Medium Brain Injury (MBI) ialah trauma yang diderita klien.
4. Gangguan perfusi jaringan serebral ialah masalah utama yang diderita klien yang berhubungan dengan apa yang diderita klien.

### 3.3 Partisipan

Orang yang ikut berpartisipasi dalam penelitian ini ialah dua klien dan anggota keluarga yang menjelaskan atau memberikan informasi mengenai klien. Terdapat tim medis yaitu dokter dan perawat yang memberikan asuhan keperawatan untuk klien.

### <sup>[1]</sup>▶ 3.4 Lokasi dan Waktu Penelitian

#### <sup>[13]</sup>▶ 3.4.1 Lokasi Penelitian

Proses penelitian dengan metode studi kasus dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan yang beralamatkan Jl. Raya Raci Mangsangan No. 9 Bangil Pasuruan.

#### 3.4.2 Waktu Penelitian

Penelitian dalam karya tulis ilmiah dilakukan di bulan April 2019.

### 3.5 Pengumpulan Data

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

#### 1. Wawancara

Wawancara dilakukan secara langsung atau bertatap muka kepada pemberi informasi.

#### 2. Observasi

Observasi merupakan metode pengumpulan data dan melakukan pengamatan langsung kepada subjek penelitian, guna mencari hal – hal atau perubahan yang terjadi.

### 3. Studi dokumentasi

Data yang didapat dari peneliti yang berupa data tulis ataupun lisan.

Data ini biasanya diambil dari foto, laporan pergantian sift, catatan peneliti atas tindakan, dll.

### <sup>[1]</sup>▶ 3.6 Uji Keabsahan Data

1. Waktu pengamatan diperpanjang: hal ini dilakukan karena dalam proses asuhan keperawatan belum menemukan hasil maka dilakukan perpanjangan waktu penelitian.
2. Proses pengumpulan data; data yang didapat dalam proses pengamatan dikumpulkan.

### 3.7 Analisis Data

Di dalam tahap ini ialah dimana peneliti melakukan pengumpulan semua data yang telah diperoleh dan dimasukkan dalam metode studi kasus secara sistematis sesuai pernyataan yang tertulis. Dalam prosesnya analisis data terdapat beberapa tahap:

1. Pengumpulan data
2. Mereduksi data
3. Penyajian data
4. Kesimpulan

### 3.8 Etika Penelitian

Adapun etika dalam penelitian yang harus mengerti:

1. <sup>[1 3 ] ▶</sup> Informed Consent(persetujuan menjadi klien)

Dalam penelitian peneliti harus mendapat izin dari klien 1 dan klien 2 untuk dijadikan subjek penelitian. Dan dalam permohonan izin ini tidak ada pemaksaan.

## 2. Anonymity(tanpa nama)

Peneliti menjelaskan bahwa ketika klien dijadikan subjek penelitian tidak akan dicantumkan nama klien, peneliti meyakinkan bahwa peneliti bisa menjaga privasi klien 1 dan klien 2.

## 3. Confidentiality(Kerahasiaan)

Peneliti menjelaskan akan menjamin kerahasiaan data yang didapat dari klien 1 dan klien 2.

## BAB 4

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1 Hasil

##### 4.1.1 <sup>[53]</sup> Gambaran Lokasi Tempat Pengambilan Data

Penelitian dilakukan di Ruang HCU Melati yang memiliki jumlah tempat tidur 12 dan 18 perawat, di Rumah Sakit Umum Daerah Bangil Pasuruan. Yang beralamat di Jl. <sup>[1]</sup> Raya Raci Masangan No. 9 Bangil Kabupaten Pasuruan.

#### 4.2 Pengkajian

##### 1. <sup>[1]</sup> Identitas Klien

<sup>[43]</sup> Tabel 4.1 Identitas Klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Tn. S	Tn. R
Umur	37 tahun	20 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SD	SMK
Status	Belum kawin	Belum kawin
Alamat	Purwosari, Pasuruan	Sumberasih, Probolinggo
Suku/bangsa	Jawa/WNI	Jawa/WNI
Tanggal Masuk	6 April 2019	27 April 2019
Tanggal dikaji	8 April 2019	28 April 2019
Pukul	06:30 wib	06:00wib
No. Rekam Medis	00389980	00391952
Diagnosa	COS	COS

##### 2. <sup>[1]</sup> Riwayat Penyakit

<sup>[1]</sup> Tabel 4.2 Daftar riwayat penyakit klien dengan Cidera Otak Sedang(COS)

Riwayat Penyakit	Klien 1	Klien 2
<b>Keluhan</b> Utama	Klien berbicara melantur	Klien berbicara melantur
Riwayat Penyakit sekarang	Menurut cerita keluarga klien gejala di sekitar rumah setelah itu menyebrang dan ditabrak dari belakang.	Menurut yang dikatakan keluarganya, klien mengendari sepeda motor setelah itu klien menghindari ibu ibu agar tidak tertabrak



Riwayat penyakit	Klien 1	Klien 2
	ditabrak sepeda motor. Klien langsung dibawa ke RSUD Bangil untuk melakukan pemeriksaan.	Namun klien terjatuh dan dibawa ke rumah sakit umum bangil Pasuruan .
Riwayat penyakit dahulu	Dari dulu tidak ada penyakit menular atau menurun	Tidak ada penyakit turunan atau menular
Riwayat penyakit keluarga	Tidak ada keluarga menderita seperti ini	Tidak pernah ada keluarga menderita ini.
Riwayat psikososial	Klien hanya bisa istirahat ditempat tidur dan tidak bisa beraktivitas seperti sebelumnya.	Klien hanya bisa istirahat ditempat tidur dan tidak bisa beraktivitas seperti sebelumnya.
Pengkajian spiritual	Keluarga klien selalu berdo'a untuk kesembuhan klien, klien jarang melakukan ibadah.	Keluarga klien selalu berdo'a untuk kesembuhan klien, klien jarang melakukan ibadah.

### 3. <sup>[ 1 ] ▶</sup>Perubahan pola kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan persistem)

Tabel 4.3 <sup>(1)▶</sup>Daftar pola kesehatan klien

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
Pola nutrisi	Menurut keluarga klien, dirumah makan normal tiga kali sehari, dirumah sakit makan minum menggunakan selang sonde.	Menurut keluarga klien dirumah makan minum biasa melakukan sendiri, namun di RSUD Bangil makan minum dengan selang NGT.
Pola eliminasi	Keluarga mengatakan dirumah klien biasa ke kamar mandi sendiri, sedangkan di RSUD Bangil klien berbaring lemah eliminasi urine menggunakan kateter 1100cc / hari dan BAB menggunakan pempers dibantu perawat.	Keluarga klien mengatakan di rumah melakukan sendiri ke kamar mandi, di rumah sakit semua dibantu dengan alat selang kateter dan pempers untuk BAB.
Pola istirahat/tidur	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien tidur 7-8 jam/hari. Namun ketika di RSUD Bangil klien melantur susah	Keluarga klien mengatakan saat dirumah klien tidur siang 1-2 jam kalau tidur malam 7-8 jam. Dan ketika

Pola Kesehatan	Klien 1	Klien 2
	tidur. <sup>(5)</sup>	dirumah sakit pasien jarang tidur karena melantur.
Pola aktivitas	Saat di rumah sakit klien tidak mampu melakukan aktivitas sendiri oleh karena itu memerlukan bantuan	Disaat di rumah sakit semua aktivitas dibantu oleh tenaga kesehatan
Pola reproduksi seksual	Keluarga klien bicara bahwa klien belum berumah tangga	Keluarga mengatakan klien masih belum mau menikah

Sumber: Data primer April 2019

#### 4. Pemeriksaan Fisik klien

Table 4.4<sup>(45)</sup> Pemeriksaan fisik

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

Observasi	Klien 1	Klien 2
Thoraks dan paru-paru	Bentuk sama kanan dan kiri, saat bernafas dada kanan kiri tidak ada perbedaan, tidak ada luka	.Keduanya kanan dan kiri terlihat sama (simetris), tidak ada jejas atau luka , kembang kempis dada normal

Jantung	Palpasi: <sup>[2]</sup> <b>nyeri tekan tidak ada, teraba denyut nadi.</b> Auskultasi: suara nafas vesikuler.	Klien diam tidak ada tanda serangan jantung Suara nafas normal
Abdomen	Inspeksi: abdomen simetri, buncit, tidak terdapat luka, tidak ada jejas. Palpasi: saat di tekan tidak nyeri	Inspeksi: terlihat datar, tidak ada tanda hepatomegaly Palpasi: <b>tidak ada nyeri tekan.</b> Auskultasi: bising usus 30x/menit.
Genetalia	Auskultasi: bising usus 32x/menit.	Inspeksi: tidak terdapat luka, bersih tidak ada feses atau kotoran lain.
Muskuloskeletal	Inspeksi: Nampak bekas garukan disekitar genetalia, genetalia bersih. Ekstremitas atas: klien terpasang Ns. 21 tpm, klien bisa menggerakkan tangannya, terdapat luka goresan. Ekstremitas bawah: klien bisa menggerakkan kakinya	Ekstremitas atas: klien terpasang Ns. 21 tpm, klien tidak bisa menggerakkan tangan kiri karena ada bidai. Ekstremitas bawah: klien bisa menggerakkan kakinya

Sumber: Data primer April 2018

[ 3 1 ] ▶  
5. Hasil pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
Laboratorium:	Terlampir.	Terlampir.
Pemeriksaan darah		
X ray	\	
Invasive :biopsy		

Sumber: Data primer April 2019.

Tabel 4.6 Hasil pemeriksaan laboratorium

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

Tabel 4.7<sup>[1]</sup> Daftar terapi obat pasien dengan Cidera Otak Sedang(COS)

Klien 1		Klien 2	
Inf. Ns	21 tpm	Inf. Ns	21 tpm
Inj. Mannitol	100 tpm	Inj. Mannitol	100 tpm
Inj. Ketorolac	(IV) 2x30 gram	Inj. Ketorolac	(IV) 2x30 gram
Inj. Ranitidin	(IV) 2x20 mg	Inj. Ranitidin	(IV) 2x20mg
Inj. Ceftriakson	(IV) 3x1gram	Inj. Ceftriakson	(IV) 3x1 gram
Peracetam	(IV) 3x3 gram	Peracetam	(IV) 3x3 gram

### 4.1.3<sup>[2]</sup> Analisa Data

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

### 4..1.3 Diagnosa Keperawatan

<sup>[39]</sup>▶  
4.1.4 Intervensi Keperawatan

<sup>[2]</sup>▶  
Tabel 4.9 Intervensi keperawatan

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

## 4.1.6 Implesimentasi Keperawatan

Klien 1 : Tn. S

Tabel 4.10<sup>[2]</sup> Implementasi keperawatan pada klien 1

Hari/ tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal : Rabu	Paraf
Senin 08-04-2019	Selasa 09-04-2019	10-04-2019	
Waktu	Implemetasi	Waktu	Implemetasi
08:30	BHSP(bina hubungan saling percaya) terhadap klien atau keluarga klien	14.30	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter dengan Nrbm 10liter/menit
08:45	Melakukan personal oral hygiene(pinset, kapas, cairan bersih)	15:00	Memantau adanya perfusi jaringan serebral mengalami penurunan
09:15	Merawat luka klien(pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)	15:30	Melakukan verbed pada klien untuk mencegah infeksi dan agar tidak berbau
09:30	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10liter/menit.	16:00	Memberikan oksigen Nrbm 10 liter/ menit
09:45	Memposisikan klien nyaman mungkin namun tetap sesuai prosedur keperawatan.	16:30	Memberi obat berupa oral dan injeksi
10:00	Memberikan obat oral dan ijeksi	17:00	Memposisikan klien nyaman mungkin sesuai prosedur.
		21:00	Merawat luka klien. (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)
		21:30	Mengganti seprai dan sarung bantal klien
		22:00	Melakukan tranfusi darah (1 kantong 500cc)
		22:30	Melihat tanda tekanan intra kranial
		23:00	Memberikan obat injeksi dan oral
		23:30	Melihat tingkat kesadaran klien (mengukur GCS).
Hari/ tanggal	Hari/tanggal	Hari/tanggal : Rabu	Paraf

Senin 08-04-2019		Selasa 09-04-2019		10-04-2019	
Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi
10:30	Melakukan transfusi darah pada klien (1 kantong 500cc)	17:30	Melihat tingkat kesadaran klien dengan pengukuran GCS.	24:00	Memberikan terapi oksigen

## Klien 2 : Tn. R

Hari/ tanggal Minggu 28-04-2019		Hari/tanggal Senin 29-04-2019		Hari/tanggal : Selasa 30-04-2019		Paraf
Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi	
14:30	Melakukan bina hubungan saling percaya terhadap keluarga klien untuk menjalin hubungan yang baik dalam berkomunikasi terapiutik.	08:00	Memberikan terapi oksigen 10 liter/ menit dengan Nrbm	20:00	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral (memantau monitor)	
15:00	Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan	08:30	Merawat luka klien (pinset, kasa seteril, cairan NaCl, supratulle)	20:30	Mengukur kemampuan klien dalam menggerakkan anggota tubuh	
15:30	Memberikan oksigen 10 liter/menit dalam Nrbm	09:00	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral	21:00	Memonitor adanya nyeri atau tidak	
16:00	Memposisikan klien nyaman mungkin namun tetap sesuai prosedur keperawatan.	09:30	Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter.	21:30	Melakukan kolaborasi tindakan obat-obatan antrain 1 gram, ondansentron 4 mg, formacin 2 gram).	
16:30	Memberikan obat	10:00	Memberikan obat	22:00	Memberi Oksigen 8 liter/ menit dengan Nrbm	
17:00	Melihat tingkat kesadaran klien	10:30	Menilai tingkat kesadaran kepada klien, dengan melihat GCS.	22:30	Memberikan klien posisi yang nyaman	

Hari/ tanggal Minggu 28-04-2019		Hari/tanggal Senin 29-04-2019		Hari/tanggal : Selasa 30-04-2019		Paraf
Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi	Waktu	Implementasi	



17:30	Mengobservasi tanda-tanda penurunan perfusi jaringan serebral	11:00	Memposisikan klien nyaman mungkin sesuai prosedur.	23:00	Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan dengan perintah.
18:00	Melihat adanya TIK	11:30	Melakukan pemberian oksigen Nrbm 10 liter/menit		
18:30	Melakukan transfusi darah pada klien	12:00	Mengetahui kesadaran klien		

#### <sup>[42]</sup> 4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	8 April 2019	9 April 2019	10 April 2019
<b>Klien 1 Tn. S</b>	S: Klien melantur bicara tidak jelas.  O: K/U klien lemah, klien muntah, bicara tidak bisa dimengerti kesadaran delirium, - Tangan kiri klien ada infus Ns 21 tpm - Ada manitol grojok - Makan lewat NGT - Menggunakan selang kateter. Dengan urine 1100 cc / hari - Gigi ada karies  GCS: 3-4-4 TTV TD: 96/53 mmHg N: 110x/menit S: 36,8 <sup>o</sup> C RR: 28 x/menit SPO2: 87%	S: Klien Melantur  O: K/U lemah, klien bisa bergerak dengan bantuan, bicara lantang namu tidaka jelas, - Tangan terpasang infus Ns 21 tpm - Pemberian makanan NGT - Menggunakan selang kateter dengan urin 1400 cc / hari - GCS: 3-4-4 - Terpasang O <sub>2</sub> Nrbm 10 liter/ menit - Akral hangat TTV TD: 100/64 mmHg N: 98x/menit S: 36,6 <sup>o</sup> C RR: 24 x/menit SPO2: 96%	S: Klien melantur  O: Kondisi umum klien cukup, klien bisa mengungkapkan rasa nyeri dikepala GCS: 3-4-5 TTV TD: 112/70 mmHg N: 108x/menit S: 36,6 <sup>o</sup> C RR: 26 x/menit SPO2: 96% - Tranfusi darah 500cc - Tangan terpasang infus 21 tpm Ns - Akral hangat - Oksigen Nrbm 8 liter/ menit - Urine 1500 cc / hari
Evaluasi	Hari 1	Hari 2	Hari 3
	8 April 2019	9 April 2019	10 April 2019

	Terpasang syring pump		
	A: Masalah belum teratasi	A: Masalah belum teratasi	A: Masalah teratasi sebagian
	<p>P: Lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Melakukan personal oral hygiene (pinset, kapas, cairan bersih)</li> <li>Merawat luka klien (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)</li> <li>Merawat luka klien (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)</li> <li>Memberi oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10 liter/menit.</li> <li>Melakukan kolaborasi obat</li> </ol>	<p>P: Lanjut intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter dengan Nrbm 10 liter/menit.</li> <li>Melakukan kolaborasi obat (injeksi iv angtrain 1 gram, ondansetron 4 gram, formacin 2 gram)</li> <li>Melihat tingkat kesadaran klien dengan pengukuran GCS.</li> </ol>	<p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Merawat luka klien. (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)</li> <li>Melanjutkan pemberian obat</li> </ol>
Klie 2 Tn. R	28 April 2019	29 April 2019	30 April 2019
	S: Klien melantur	S: Klien melantur	S: Klien melantur
	<p>O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara tidak jelas, mukosa bibir kering, kesadaran delirium,</p> <p>GCS: 3-4-4</p> <p>TTV</p> <p>TD: 96/53 mmHg</p> <p>N: 110x/menit</p> <p>S: 36,8<sup>0</sup> C</p> <p>RR: 28 x/menit</p> <p>SPO2: 87%</p>	<p>O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara melantur tidak jelas, mukosa bibir kering, kesadaran delirium,</p> <p>GCS: 3-4-5</p> <p>TTV</p> <p>TD: 100/64 mmHg</p> <p>N: 98x/menit</p> <p>S: 36,6<sup>0</sup> C</p> <p>RR: 24 x/menit</p> <p>SPO2: 96%</p>	<p>O: Keadaan umum lemah, tidak muntah, bicara tidak jelas namun bisa dimengerti, mukosa bibir kering, kesadaran</p> <p>GCS: 3-5-5</p> <p>TTV</p> <p>TD: 112/70 mmHg</p> <p>N: 108x/menit</p> <p>S: 36,6<sup>0</sup> C</p> <p>RR: 26 x/menit</p> <p>SPO2: 96%</p>
<b>Evaluasi</b>	<b>Hari 1</b>	<b>Hari 2</b>	<b>Hari 3</b>
Klien 2 Tn. R	28 April 2019	29 April 2019	30 April 2019
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U klien lemah</li> <li>- Ada luka di kepala klien post op</li> <li>- Tangan terpasang infus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U klien lemah</li> <li>- Ada luka di kepala klien post op kedalaman 3 cm</li> <li>- Tangan kanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- K/U klien cukup</li> <li>- Klien mengeluh nyeri pada luka bekas operasi</li> <li>- Tangan terdapat infus Ns 21 tpm</li> <li>- O<sub>2</sub> Nrbm 8 liter/ menit</li> </ul>

Ns 21 tpm	terpasang infus
- Menggunakan	Ns 21 tpm
O <sub>2</sub> dengan	- O <sub>2</sub> Nrbm 10
Nrbm 10liter/	liter/ menit
menit	- Luka dalam
	keadaan bersih
	tanpa ada tanda
	infeksi

A: <sup>11</sup> masalah belum teratasi

P: Lanjut Intervensi

1. Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan
2. Memposisikan klien senyaman mungkin namun tetap sesuai prosedur keperawatan.
3. Melakukan kolaborasi obat

A: masalah belum teratasi

P: Lanjut intervensi

1. Memonitor oksigen sesuai petunjuk dokter Nrbm 10 liter/menit
2. Merawat luka klien (pinset, kasa steril, cairan NaCl, supratulle)

A: <sup>11</sup> masalah teratasi sebagian

P: Lanjut intervensi

1. Memonitor oksigen
2. Melakukan kolaborasi obat-obatan piracetam 3x1 gram, kalnex 3x500 mg, phenytoin 2x1 ampul
3. Mengukur klien dalam menggerakkan anggota badan dengan perintah

## 4.2 Pembahasan

Dalam pembahasan terdapat opini, teori, dan fakta. Sedangkan urutan penelitian (Fakta-teori-opini). Berikut adalah uraiannya:

### 4.2.1 Pengkajian

Ketika didapatkan data dari penelitian menunjukkan klien 1 lebih parah dibandingkan klien 2 karena klien 1 muntah dan klien 2 tidak muntah. Pada penelitian kasus ini peneliti menyimpulkan klien 1 lebih parah dibandingkan klien 2, ditemukan klien 1 dengan GCS 334 dan klien 2 dengan GCS 345 namun keduanya sama sama melantur dan berbicara kurang jelas.

Ditemukan keadaan umum pada klien 1 lemah, klien melantur mukosa bibir kering, akral hangat, muntah. Kedalaman luka 3 cm. Pada pemeriksaan GCS 3-3-4, CRT 2 detik. <sup>[3]</sup> Pengukuran tanda vital pada klien 1, TD: 108/60 mmHg, N: 115 x/menit, S: 37 °C RR: 26x/menit, SPO2: 87%, akral hangat. Sedangkan pada klien 2 ditemukan keadaan umum melantur, mukosa bibir kering, GCS: 3-4-5, CRT 2 detik, TTV klien TD: 96/53 mmHg, N: 110 x/menit, S: 36,8 °C , RR: 28 x/menit, SPO2: 87%. Akral hangat, kedalaman luka di kepala 3cm.

Data yang diperoleh dalam pemeriksaan laboratoriu, eritrosit didapatkan klien 1 yaitu 5.049 sedangkan klien 2 yaitu 4,320.000. Sedangkan nilai normalnya eritrosit 4.330.000-5.950.000. Jadi klien 1 memiliki jumlah eritrosit belum dalam kategori normal. Klien satu dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan yang mengandung banyak manfaat untuk menaikkan atau mencapai eritrosit dalam jumlah normal.

#### 4.2.2 Diagnosa Keperawatan

Menurut hasil yang didapat peneliti dari analisa data kedua klien mempunyai penyebab odema dan perdarahan otak yang sama yaitu benturan. <sup>[78]</sup> Oleh karena itu didirikan diagnose keperawatan gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan odema dan perdarahan otak.

#### 4.2.3 Intervensi Keperawatan

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

#### 4.2.4<sup>[33]</sup> Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan suatu tindakan asuhan keperawatan kepada klien.<sup>[3]</sup> Menurut peneliti, implementasi keperawatan yang diberikan di klien 1 dan klien 2 mengacu pada buku NOC NIC keperawatan namun saat peneliti mempraktekkan secara langsung ada tindakan yang ditambahkan. Seperti personal hygiene, verbed, dan masih banyak lagi yang sudah dicantumkan di dalam table implementasi keperawatan.

#### 4.2.5<sup>[37]</sup> Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan paling akhir dalam proses pemberian asuhan keperawatan atau merupakan hasil dari dari pemberian tindakan keperawatan kepada klien 1 dan klien 2.

Dalam evaluasi di studi kasus ini belum menemukan kepulihan klien yang normal kembali seperti semula, karena dalam pemulihan

trauma atau cedera otak atau persyarafan dibutuhkan waktu lama, sedangkan dalam penelitian ini dilakukan pengkajian 3 hari.

## BAB 5

### PENUTUP

#### 5.1 Kesimpulan

Semua proses asuhan keperawatan telah dilakukan oleh peneliti hingga selesai. Oleh karena itu diperoleh kesimpulan pada klien Ny. S dan Tn. R dengan Cidera Otak Sedang(COS) berhubungan dengan gangguan perfusi jaringan serebral.

Setelah diteliti pada kedua klien tersebut sama sama mengalami gangguan perfusi jaringan serebral ditandai klien melantur dan berbicara tidak jelas atau tidak bisa dipahami. Namun dari keadaan kedua klien terlihat klien 1 lebih parah dibandingkan klien 2 karena terlihat dari proses pemulihan, klien 2 dalam perawatan selama tiga hari bisa mengeluh nyeri dan menunjukkan bagian yang nyeri sedangkan klien 1 belum bisa masih berbicara sulit untuk dipahami.

Dalam pengambilan diagnosa pada klien peneliti menyesuaikan dengan kondisi klien yaitu Cidera Otak Sedang(COS) yang berhubungan dengan gangguan perfusi jaringan serebral. Diagnosa kedua klien sama karena memiliki tanda dan gejala yang sama juga.

Sedangkan intervensi atau perencanaan tindakan dalam kasus ini dilakukan sesuai panduan keperawatan yang berisikan monitor oksigen, memposisikan klien sesuai prosedur, memberi obat sesuai resep yang dibutuhkan.

Pada pelaksanaan tindakan atau pada implementasi keperawatan dilakukan sesuai rencana keperawatan, namun saat dilapangan atau saat

memberikan tindakan secara langsung ada tindakan tambahan yang dilakukan peneliti yang berguna untuk meningkatkan kesembuhan klien. Dan semua tindakan dalam asuhan keperawatan di studi kasus ini dilakukan selama tiga hari, klien belum sembuh normal dan tetap dilakukan proses keperawatan diluar proses penelitian karena pemulihan dari trauma syaraf membutuhkan waktu lama.

### 5.1 Saran

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

<sup>[2]</sup>▶  
1. Perawat

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

2. Rumah sakit

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

3. Institusi

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

4. Keluarga dan klien



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

## DAFTAR PUSTAKA

- World Health Organization (WHO) 2010. Kasus cedera otak.
- Rikerdes2018. Hasil catatan jumlah kasus cedera otak.
- Corwin, Elizabeth J. 2015. Buku Patofisiologi. Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Dewanto, George. Dkk. 2016.<sup>[1]</sup> **Diagnosis dan Tata Laksana Penyakit Syaraf**. Jakarta: EGC
- Padila. 2017. Buku Ajar: Keperawatan Medikal Bedah. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Ginsberg. 2015.<sup>[1]</sup> **Lecture Notes Neurologi Edisi Kedelapan**. Jakarta.
- Smeltzer, 2002. Pedoman laporan pendahuluan cedera otak sedang.
- Vica dwi, 2018.<sup>[1]</sup> **Asuhan Keperawatan Cedera Otak**. Jombang.<sup>[31]</sup>
- Nanda NIC NOC, 2015-2017**. Edisi 10:Diagnosa Keperawatan.
- Nanda NIC NOC, 2015-2017. Edisi 10:Intervensi dan implementasi keperawatan.<sup>[1]</sup>
- Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen, Penelitian Keperawatan**. Yogyakarta: Salemba Medika
- Data primer 2019. Data pengkajian asuhan keperawatan. Jombang.

<https://imamarrahman.blogspot.com/2016/11/askep-kegawat-daruratan-cidera-kepala.html>

