

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CEDERA OTAK SEDANG (COS) DI RSUD JOMBANG

by Istianah 201210009

Submission date: 05-Sep-2023 10:20PM (UTC+0800)

Submission ID: 2158238002

File name: KTI_Istianah_D3_Keperawatan_-_Istianah.docx (772.51K)

Word count: 7576

Character count: 46046

1
KARYA TULIS ILMIAH

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN
CEDERA OTAK SEDANG (COS) DI RSUD JOMBANG**



**OLEH :
ISTIANAH
201210009**

1
**PROGRAM STUDI D-III KEPERAWATAN
FAKULTAS VOKASI
INSTITUT TEKNOLOGI SAINS DAN KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2023**

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Cedera **otak** sedang adalah gangguan neurologis berdampak signifikan terhadap kesehatan individu, termasuk dapat mengakibatkan kecacatan, morbiditas, dan bahkan kematian. Hal yang mana paling berketerlibatan pada orang – orang yang mana berusia produktif dan banyak kejadian karena kecelakaan di jalan. Cedera otak sedang merupakan jenis cedera yang mana kejadian ketika tumpuan mekanik daei luar mengenai tengkorak dan bagian pada otak, mengakibatkan rusaknya yang mana bersifat sementara atau permanen pada otak, serta mengganggu fungsi dan kesehatan mental. Terdapat dua tahapan yang mana mengklasifikasikan cedera otak, yaitu cedera primer yang mana kejadian dari langsung, dan cedera sekunder yang mana kejadian setelah cedera primer. Cedera utama kejadian ketika trauma langsung mengakibatkan rusaknya fisik primer. Cedera sekunder adalah alur patologis yang mana dimulai saat cedera kejadian, tetapi menunjukkan gejala klinis tertunda. Cedera otak sekunder melihat pada dampak yang mana kejadian pada tubuh setelah kejadiannya cedera otak awal. Hal ini kejadian karena adanya kesalahan pada fisiologis tubuh seperti iskemia, reperfusi, dan hipoksia pada bagian – bagian yang mana entan pada otak. Sebabnya ini biasanya muncul beberapa saat setelah cedera otak primer. Setiap tahunnya orang meninggal akibat trauma yang mana kebanyakan disebabkan kecelakaan lalu lintas karena meningkatnya pengguna kendaraan bermotor dan kegiatan berolahraga juga berpotensi untuk mengakibatkan cedera otak, adapun olahraga yang mana

rentan mengakibatkan cedera otak seperti bersepeda, basket, bola kasti dan sepak bola (Malec *et al.*, 2019).

Menurut WHO mengira bahwa di tahun 2020, laka lalu lintas akan menepati peringkat ketiga sebagai sebabnya utama trauma di seluruh dunia. Tiap tahun, sekitar 1–1,5 juta orang mengalami cedera otak di Eropa dan Amerika Serikat, negara – negara yangmana telah maju. Sementara itu, sebagai negara berkembang, di Indonesia cedera otak yangmana diobatkan ke rumah sakit merupakan sebabnya orang mati nomor tiga (4,37%) setelah penyakit jantung dan stroke. Di India, dari 2068 kasus cedera otak, lebih dari 22% kematian disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas dengan cedera otak ringan, sedang hingga berat (Marbun dan Sinuraya, 2020). Di Indonesia, lebih dari 70% dari cedera otak kejadian banyak laki- laki dibanding perempuan. Hal ini terkait dengan jenis pekerjaan yangmana beresiko seperti sopir dan lainnya. Lebih dari 30% cedera otak kejadian pada kelompok usia 15–24 tahun, dan lebih dari 32% dari mereka masih berstatus sebagai para pelajar maupun mahasiswa. Hal ini disebabkan oleh mobilitas tinggi dan kurangnya kewarasan akan aturan lalu lintas yangmana umum kejadian pada kelompok pelajar. Kejadian cedera otak juga cenderung lebih tinggi pada individu dengan tingkat pendidikan yangmana rendah (Marbun & Sinuraya, 2020). Di Jawa Timur terdapat 619 kejadian cedera otak per tahun (DINKES JATIM, 2019). Hasil studi pendahuluan tanggal 22 Maret 2023 mencapai 92 pasiendalm 3 bulan terakhir (RM RSUD Jombang, 2023).

Sebabnya paling umum dari cedera otak sedang adalah kecelakaan lalu lintas akibat jatuh atau membentur benda keras. Cedera otak dapat diartikan

sebagai cedera kepala, kata lain luas yangmana menggambarkan berbagai cedera pada kulit kepala, tengkorak, otak, alur di bawahnya, dan vaskulogenesis kepala (Haryono & Utami, 2019). Cedera otak sedang dimulai dengan fungsi, struktur, atau fisiologis otak yangmana abnormal yangmana disebabkan oleh aspek dari luar, bermanifestasi sebagai onset baru atau memburuknya yang lain klinis, termasuk hilangnya kewarasan dan memori kejadian setelah trauma. Pasien yangmana mengalami gangguan pada otak masih mampu melaksanakan tugas – tugas sederhana tetapi tampak kebingungan dan merasa ngantuk. Hal ini sering kali ditandai dengan gangguan kewarasan dan amnesia selama 30 menit pertama. Setelah kewarasan normal *composmentis*, pasien yangmana mengalami cedera otak tiba – tiba akan mengalami rasa sakit yangmana sangat di kepala, yangmana disebabkan oleh tumpuan intrakranial yangmana disebabkan oleh hematoma internal, fisura serebral dan kranial (Rosani P, 2018). Pada umumnya pasien cedera otak mengalami sebabnya samping seperti pusing, sesak napas, gangguan tidur, mengalami cedera servikal, pendarahan, gangguan sensorik, penglihatan dan pendengaran serta penurunan kewarasan (Khoiriyah, Ardiananto, 2019).

Didasari permasalahan di atas, perawat dituntut untuk mengurangi mencegah kejadiannya komplikasi. Perawatan harus mencakup tindakan promosi, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Memfasilitasi tindakan, perawat memberikan pengetahuan tentang nilai kesehatan dan memahami pentingnya keperawatan pada peningkatan hidup sehat. Perawat melakukan tindakan preventif yangmana membantu meningkatkan kelangsungan hidup pasien, seperti mempertahankan jalan napas yangmana sebabnyatif, memenuhi kebutuhan cairan

dan nutrisi, serta mencegah komplikasi. Tindakan kuratif melibatkan upaya kerja sama perawat dengan dokter atau tenaga medis lainnya pada memberi perawatan terapi. Keberhasilan rehabilitatif tergantung pada upaya perawat untuk memberikan meningkatnya pengetahuan dan keterampilan kepada penderita pada rangka memulihkan kondisinya seperti semula. Perawatan khusus dibutuhkan bagi pasien yangmana mengalami cedera otak agar pasien dapat pulih dengan baik. Oleh karena itu, keterlibatan perawat sangat penting pada memberikan perawatan professional kepada pasien yangmana mengalami cedera otak sedang. Perawat yangmana berpengalaman dapat memberikan manfaat yangmana signifikan bagi pasien pada alur penyembuhan. Arah *head up* 30° adalah arah kepala kurang lebih 30° di atas tempat tidur, badan sejajar, dan kaki lurus atau tidak ditekuk. Arah *head up* 30°

Arah *head up* 30° bertujuan untuk menurunkan tumpuan intrakranial pada customer cedera otak. Selain itu arah tersebut juga dapat meningkatkan oksigen ke otak (Arif and Atika, 2019).

7

1. 2 Rumusan masalah

Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada klien dengan Cedera OtakSedang di RSUD Jombang?

1. 3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengambarkan Asuhan Keperawatan pada klien denganCedera Otak Sedang di RSUD Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Menjelaskan pengkajian keperawatan pada klien dengan Cedera Otak Sedang di RSUD Jombang.
2. Menjelaskan diagnosis keperawatan pada klien dengan Cedera Otak Sedang di RSUD Jombang.
3. Menjelaskan intervensi keperawatan pada klien dengan Cedera Otak Sedang di RSUD Jombang.
4. Menjelaskan implementasi keperawatan pada klien dengan Cedera Otak Sedang di RSUD Jombang.
5. Menjelaskan evaluasi pada klien dengan Cedera Otak Sedang di RSUD Jombang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Teoritis

Penelitian diharapkan agar mampu memperluas agar mampu memperluas pandangan dan pengetahuan ilmu keperawatan tentang bagaimana cara mengatasi masalah kesehatan pada klien dengan Cedera Otak Sedang di RSUD Jombang.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Klien Dan Keluarga

Selain memberikan informasi kepada klien dan keluarga, mampu merawat klien dengan Cedera Otak Sedang (COS) atau keluarganya sehingga mereka dapat membuat keputusan yangmana pas masalah dan fokus serta mengimplementasikan tindakan yangmana diberikan oleh perawat.

2. Bagi Perawat

Meningkatkan kinerja perawat pada menangani masalah

keperawatan pada klien dengan Cedera Otak Sedang di RSUD

Jombang.

²³
3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai rujukan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan pengembangan masalah keperawatan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Teori Cedera Otak Sedang

2.1.1 Definisi Cedera Otak

Cedera otak merupakan jenis cedera kepala fisik yangmana mempengaruhi kepala dan dapat mengakibatkan rusaknya padakulit, patah tulang tengkorak, rusaknya alur otak, dan juga gangguan neurologis (Hanura, 2017).

Cedera otak menunjukan pada ketidaknormalan pada fungsi otak yangmana disebabkan oleh dampak, benturan, atau guncangan pada kepala, atau cedera kepala yangmana tembus (Taylor *et al.*, 2017). Tingkat keparahan cedera dapat berbeda dari signifikan tergantung pada aspek

– aspek seperti usia, jenis kelamin, dan tingkat keparahan cedera (Christian *et al.*, 2020).

2.1.2 Etiologi

Sebabnya **cedera otak Menurut** (Sinurya & dkk, 2020). **Yaitu:**

1. Trauma Tajam

Trauma yangmana diakibatkan suatu hal yangmana tajam dapat mengakibatkan trauma menpada atau lokal. Cedera lokal, yaitu hematoma serebral, memar otak, dan cedera otak sekunder kejadianakibat perluasan **lesi, pergeseran otak, atau hernia.**

2. Trauma Tumpul

Trauma akibat **benda tumpul** dapat mengakibatkan **trauma** seluruh tubuh **menyebar**. Lesi dapat tersebar luar dan mengambil

empat bentuk berbeda, ini mencakup rusaknya otak akibat kurangnya pasokan oksigen (hipoksia), pembengkakan otak yang mana meluas, cedera pada serabut saraf (akson), dan adanya banyak perdarahan kecil pada otak (hemoragi) pada kasus koma yang mana disebabkan oleh cedera luas pada hemisfer serebral, batang otak, atau keduanya.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis cedera otak Menurut (Manurung 2018). terdiri dari:

1. Cedera kepala yang mana ringan (berkelompok berisiko rendah)
 - a. Hilangnya kesadaran (contohnya konkusi)
 - b. Tidak mabuk alkohol atau NAZA
 - c. Pasien mungkin mengeluh sakit kepala dan pusing.
 - d. Pasien mungkin mengeluh tentang kulit kepala melecet, luka atau hematoma
 - e. Termasuk cedera tidak ada.
2. Cedera kepala sedang (kelompok risiko sedang)
 - a. Konfusi/Amnesia setelah trauma
 - b. Muntah sesuatu
 - c. Tanda-tanda kemungkinan patah tengkorak (tanda pertempuran, mata rabun, hemotimpanum, otorrhea cairan serebrospinal atau rhinorrhea)
 - d. Kejadian kejang
3. Cedera kepala berat (kelompok risiko berat)
 - a. Turunya tahap kesadaran progresif

- b. Tanda-tanda neurologi fokal
- c. Cedera kepala tembus atau patah tertekan yangmana menyeluruh cranium

2.1.4 Klasifikasi

Penilaian rusaknya otak bisa dicounting dengan memakai GCS (*Glasgow Coma Scale*). Penilaian GCS dapat diklasifikasikan menjadi 3 bagian (Tim Pusbankes, 2018), yaitu:

1. Cedera Otak Berat (COB)

- a. GCS 3 – 8.
- b. Kehilangan kewarasan <24 jam.
- c. Adanya kontusio otak, laserasi atau hematoma intrakranial.

2. Cedera Otak Sedang (COS)

- a. GCS 9 – 13.
- b. Kehilangan.
- c. Muntah.
- d. Kemungkinan patah tulang, disorientasi ringan seperti bingung.

3. Cedera Otak Ringan (COR)

- a. GCS 15 – 15.
- b. Tidak ada patah tulang tengkorak.
- c. Tidak ada memar otak atau hematoma.
- d. Dapat kejadian hilang kewarasan akan tetapi hanya <30 menit.

Berikut ini tabel penilaian tingkat kewarasan dengan Glasgow Coma Scale

(GCS).

Jenis Pemeriksaan	Nilai
Respon buka mata (eye)	
1. Spontan	4
2. Peka terhadap suara	3
3. Peka terhadap nyeri	2
4. Tidak ada respon	1
Respon verbal (verbal)	
1. Berorientasi dengan baik	5
2. Orientasi terganggu	4
3. Suara tidak jelas	3
4. Kata – kata yang diucapkan tidak jelas	2
5. Tidak adanya respon	1
Respon motorik terbaik (motorik)	
1. Mampu menggerakkan tubuhnya	6
2. Mampu melokalisasi rangsangan nyeri	5
3. Fleksi menarik	4
4. Fleksi abnormal	3
5. Ekstensi	2
6. Tidak terdapat respon	1

Sumber : (Tim Pusbankes, 2019).

1

2.1.5 Pathofisiologi

Pathofisiologi cedera otak Menurut (Pretyana D A, 2017) meliputi:

1. **Pukulan** dari mendadak dari pukulan dapat mengakibatkan otak menjadi rusak. Hal ini bisa kejadian baik pada bagian pukulan (*coup injury*) maupun pada letak yang mana berbeda ketika otak terdorong ke arah yang mana berlawanan dan terkena dinding tengkorak yang mana berbeda.

1

2. **Rotasi/deselerasi: fleksi, ekstensi, atau memutar leher** mengakibatkan dampak pada otak yang mana mempengaruhi bagian –

bagian tengkorang sebagai contoh, pada bagian sayap tulang sfenoid. Gerakan yang mana intens juga mengakibatkan rusaknya robek pada bagian pada otak sehingga mengakibatkan cedera pada serat saraf dan pendarahan di pada otak.

3. Tabrakan biasanya tidak mengakibatkan trauma langsung pada otak, kecuali jika tabrakan tersebut sangat parah, terutama pada anak – anak yang mana tengkoraknya lebih elastis).

4. Peluru umumnya mengakibatkan kehilangan alur pada trauma. Edema serebral adalah masalah yang mana disebabkan oleh kelainan pada tengkorak yang mana dari langsung memberi tumpuan pada otak:

- a. Tingkat cedera otak primer berketerkaitan langsung dengan jumlah kekuatan yang mana terkena pada kepala.

- b. Rusaknya sekunder kejadian karena komplikasi sistem pernapasan (hipoksia, hiperkapnia, sumbatan jalan napas). Syok hipovolemik (trauma kepala tanpa syok hipovolemik, lihat sebabnya lainnya), perdarahan intrakranial, edema serebral epilepsi, infeksi dan hidrosefalus.

- c. Penatalaksanaan Medis dan Keperawatan.

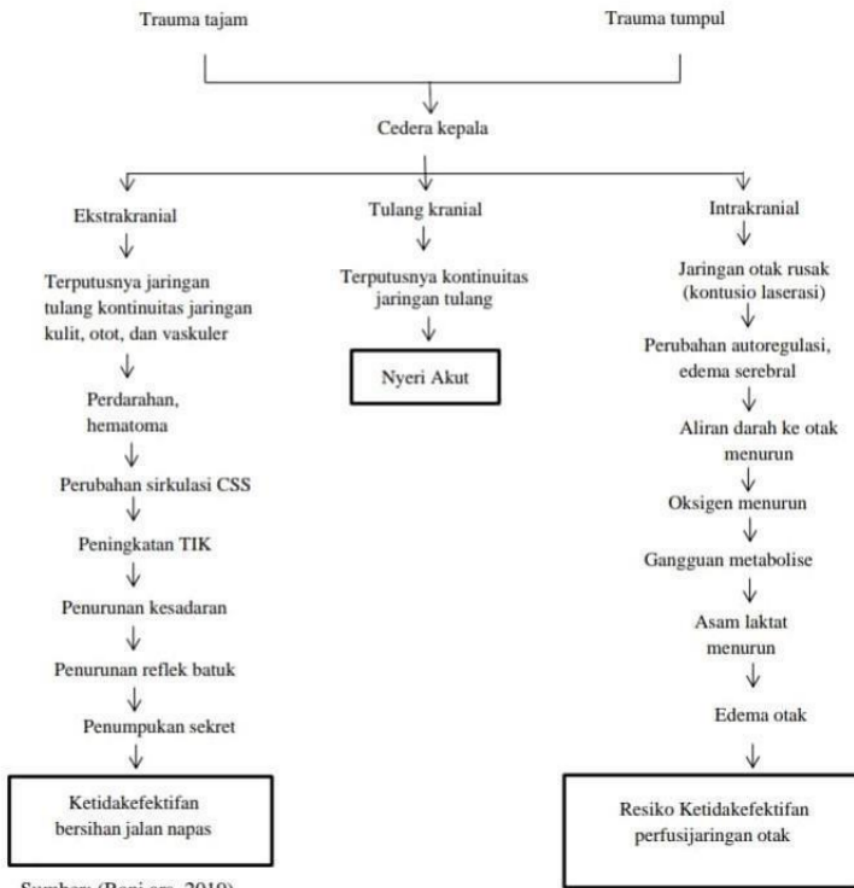
- 1) Memberikan infus cairan non-osmotik (kecuali dekstrosa, karena dekstrosa dengan cepat diubah menjadi H_2O+CO_2 , dapat mengakibatkan edema serebral).

- 2) Diberikan analgesik atau obat anti mual melalui infus.

- 3) Memberikan arah kepala dengan sudut 15 sampai 45 derajat tanpa memakai bantal kepala dan menjaga arah

netral, dapat meningkatkan aliran balik vena dari kaki ke kepala. Hal ini mengurangi penumpukan darah di otak dan mencegah tumpuan pada sumsum tulang belakang yang mana dapat mengakibatkan meningkatnya tumpuan intrakranial.

2.1.6 WOC



2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan cedera kepala Menurut (Sinurya & dkk, 2020) meliputi:

1. CT Scan

Didasari hasil CT Scan kepala, terdapat kelainan yangmana sering menyertai customer trauma kepala.

2. *Magnetic Resonance Imaging* (MRI)

Kelainan yangmana sebelumnya tidak terdeteksi dapat terlihat dengan

Magnetic Resonance Imaging (MRI).

3. *Electroencephalogram* (EEG)

EEG memainkan keterlibatan yangmana sangat penting pada membatu mendiagnosis status epileptikus yangmana tidak disertai dengan kejang pada customer dengan cedera otak yangmana mengalami gangguan.

4. X-Ray

Digunakan untuk menjelaskan perubahan pada struktur tulang.

2.1.8 Komplikasi

Komplikasi ¹cedera otak Menurut (Pretyana D A, 2017) meliputi:

1. Defisit **neurologis**.
2. Jangkitan **sistemik** (seperti radang paru-paru dan septikemia).
3. Jangkitan neurosurgical (jangkitan luka pembedahan, jangkitan tulang, meningitis, keradangan ventrikel otak, dan abses di ¹otak).
4. Osifikasi heterotrofik (nyeri tulang pada sendi yangmana menahan beban).
5. ¹Epidural hematoma (EDH) adalah kumpulan darah di ruang epidural antara tengkorak dan dura mater. Hal ini sering disebabkan oleh fraktur tulang tengkorak yangmana mengakibatkan pemutusan atau rusaknya pada *middle meningeal artery* yangmana

berlokasi di antara dura mater dan tulang tengkorak di bagian bawah menuju tulang temporal yangmana tipis. Kondisi ini mengakibatkan perdarahan yangmana mengakibatkan tumpuan otak.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis cedera otak Menurut (Chistian,2021)

meliputi:

1. Non pembedahan

Penatalaksanaan medis non-bedah termasuk glukokortikoid (dexametason) untuk mengurangi pembengkakan, diuretik osmotik (manitol) yangmana dipindahkan lewat jarum dengan filter untuk menghilangkan mikroskopis, diuretik loop (contohnya, furosemide) untuk mengobati tumpuan intrakrania. Dengan obat (pancuronium) jika customer pada keadaan aktif lubang angin mekanis untuk mengatur kegelisahan atau agatasi dan meningkatnya tumpuan intrakranial.

2. Pembedahan

Penatalaksanaan medis dari operasi kraniotomi harus harus menangani hematoma subdural atau epidural, menangani meningkatnya intrakranial yangmana tidak teratur, dan menangani hidrocefalus.

17

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian

Pengkajian adalah tahapan pertama pada alur keperawatan dan merupakan alur sistematis yangmana menyatukan informasi dari

19

berbagai sumber data untuk menilai status kesehatan klien (Suarni & Apriyani, 2017).

1. Identitas

Lengkapi identitas customer yangmana meliputi nama, umur, jenis kelamin, agama, pendidikan, pekerjaan, diagnosis medis, tanggal MRS, dan alamat. Selain identitas customer, identitas penanggung jawab juga diperiksa, seperti nama, umur, pekerjaan, pendidikan, dan keterkaitan dengan klien (Jainurakhma, Hariyanto, & dkk, 2021).

2. Keluhan utama

Kehilangan kesadaran, mengantuk, mual dan muntah, sakit kepala, asimetri wajah, kelemahan, kelumpuhan, pendarahan, patah tulang, kehilangan keseimbangan, kesulitan menggenggam, kehilangan ingatan saat kejadian, tidak dapat beristirahat, kesulitan mendengar, kesulitan mencerna/menelan makanan.

3. Riwayat kesehatan saat ini

Riwayat kesehatan saat ini merupakan aspek penting ketika petugas kesehatan membuat diagnosis atau menuntukan kebutuhan klien. Kaji kapan dan mengapa cedera kejadian (Jainurakhma, Hariyanto, & dkk, 2021).

4. Riwayat kesehatan dahulu

Penjabaran riwayat kesehatan yangmana pernah di derita sebelumnya.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Penjabaran riwayat kesehatan yangmana dialami klien berasal darikeluarga apa tidak, dan berapa lama mengalaminya.

2. 2.2 Pengkajian Primer

1. *Airway*: Menilai patensi saluran pernafasan, perhatikan lidah yangmana terkulai, kehadiran badan asing pada saluran pernafasan (kesan muntah, darah, dan sisa rembesan). Edema mulut, farinks, laring, disfagia, stridor, berkumur atau berdehit menunjukkan masalah dengan saluran pernafasan.
2. *Breathing*: Kaji ketidak sebabnya tihan pola pernapasan, laju pernapasan, bunyi nafas tambahan, penggunaan otot aksesori pernapasan, adanya pernapasan cuping hidung, saturasi oksigen.
- 3 *Circulation*: Kaji denyut nadi, tumpuan darah, kekuatan nadi, capillary refill, polaritas, suhu tubuh, warna kulit, kelembaban kulit, pendarahan eksternal jika ada.
- 4 *Disability*: Berisi penilaian tingkat kewarasan dengan GCS, ukuran dan sespon pupil.
- 5 *Exposure*: Termasuk penilaian suhu dan adanya cedera atau kelainan lain atau lingkungan sekitar customer.

3. 2.3 Pengkajian sekunder

1. Kondisi / penampilan umum
 - a. Kewarasan: composmentis
 - b. Tanda-tanda vital

1) TD: 120/80 mmHg.

2) Nadi: frekuensi: 80 – 100 x/menit, Irama: teratur.

3) Respirasi: frekuensi 16 – 24 x/menit, Irama: teratur.

4) Suhu: 36,5 – 37,5° C.

c. History (Sample)

1. Subjektif: mencantumkan keluhan pada customer.

2. Medikasi: kaji penggunaan obat saat ini atau di masa lalu.

3. Riwayat penyakit dahulu: riwayat penyakit dahulu berketerkaitan dengan penyakit saat ini..

4. *Last meal*: hasil pengkajian makanan atau minuman terakhir yangmana dikonsumsi customer sebelum datang keIGD.

5. *Event leading*: berisi urutan kronologi kejadian, lamanya gejala yangmana dirasakan, pengobatan yangmana dilakukan, gejala lain yangmana dirasakan, lokasi nyeriataukeluhan lain yangmana dirasakan.

2. Pemeriksaan fisik

Beberapa aspek neurologis yangmana diamati adalah kewarasan yangmana umumnya kurang dari 15 pada skala GCS (*Glasgow Coma Scale*), diorientasi terhadap orang, tempat, dan waktu,

perubahan nilai tanda – tanda vital, kekakuan leher, dan kelemahan pada setengah bagian tubuh (hemiparase).

1. Pemeriksaan penunjang

- a. CT-Scan dapat digunakan untuk mendiagnosis dan memantau lesi intrakranial atau untuk menilai dan menentukan tingkat rusaknya saraf. Komputer mengambil radiografi dengan interval 1 derajat sepanjang busur 180 derajat. CT scan telah mampu menggantikan metode echoensefalografi dan memiliki kemampuan diagnosis yang mana lebih lengkap.
- b. MRI digunakan sama seperti CT scan, dengan atau tanpa kontras radioaktif.
- c. Angiografi serebral mengungkapkan kelainan pada sirkulasi serebral, seperti perubahan alur otak akibat edema, perdarahan, dan trauma.
- d. Serial electroencephalogram (EEG) dapat melihat perkembangan gelombang patologis.
- e. X-Ray digunakan untuk melihat perubahan yang mana kejadian pada struktur tulang.

2. 2.4 Diagnosis Keperawatan

1. Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b.d meningkatnya tekanan intrakranial
2. Nyeri akut b.d agen cedera biologis (terputusnya alur tulang)
3. Ketidakefektifan bersihan jalan napas b.d penumpukan sekret

2.2.5 Intervensi Keperawatan

1.	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak b.d peningkatan intrakranial	Label NOC:					Label	
		Tissue Prefusion : cerebral (Perfusi Jaringan : Serebral)					NIC:	
		Indikator :					Monitor Tekanan Intrakranial dan Monitor Neurologi	
		No.	Indikator	Indeks				
				1	2	3	4	
		1.	Tingkat kesadaran meningkat					1. Berikan informasi kepada pasien dan keluarga
		2.	Gelisah menurun tekanan					2. Monitor tingkat kesadaran
		3.	Tekanan intrakranial membaik					3. Posisikan tinggi tempat tidur 30 derajat atau lebih
		4.	Tekanan darah sistolik membaik					4. Monitor ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan
			Tekanan darah diastolik membaik					Manajemen Edema Serebral dan peningkatan perfusi serebral
								1. Monitor tanda – tanda vital
								2. Monitor status pernapasan: frekuensi, irama, kedalaman

						pernapasan																																								
						3. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing																																								
						4. Ambil darah untuk memonitor tingkat glukosa darah.																																								
						5. Monitor nilai-nilai laboratorium																																								
						6. Pertahankan suhu normal																																								
						7. Kolaborasi pemberian terapi medik.																																								
2.	Nyeri akut b.d agen cedera biologis	Label NOC : Pain control, Pain management, Pain level	Label NIC : Management nyeri akut																																											
		Indikator :	Aktifitas																																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Indikator</th> <th colspan="4">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Mengenali kapan nyeri terjadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Melaporkan nyeri yang terkontrol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tekanan darah diastolik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Indeks				1	2	3	4	1.	Mengenali kapan nyeri terjadi					2.	Melaporkan nyeri yang terkontrol					3.	Tekanan darah sistolik						Tekanan darah diastolik					4.	Tekanan nadi					keperawatan:			
No	Indikator	Indeks																																												
		1	2	3	4																																									
1.	Mengenali kapan nyeri terjadi																																													
2.	Melaporkan nyeri yang terkontrol																																													
3.	Tekanan darah sistolik																																													
	Tekanan darah diastolik																																													
4.	Tekanan nadi																																													
						1. Lakukan pengkajian yang bersifat komprehensif																																								
						2. Identifikasi intensitas nyeri selama pergerakan																																								
						3. Monitor nyeri menggunakan alat ukur yang valid																																								
						4. Kontrol																																								

			pernapasan																																								
			3. Monitor adanya kebingungan, perubahan pikiran, keluhan pusing																																								
			4. Ambil darah untuk memonitor tingkat glukosa darah.																																								
			5. Monitor nilai-nilai laboratorium																																								
			6. Pertahankan suhu normal																																								
			7. Kolaborasi pemberian terapi medik.																																								
2.	Nyeri akut b.d agen cedera biologis	Label NOC : Pain control, Pain management, Pain level Indikator :	Label NIC : Management nyeri akut Aktifitas keperawatan:																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">No</th> <th rowspan="2">Indikator</th> <th colspan="4">Indeks</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Mengenal kapan nyeri terjadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Melaporkan nyeri yang terkontrol</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Tekanan darah diastolik</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Tekanan nadi</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	No	Indikator	Indeks				1	2	3	4	1.	Mengenal kapan nyeri terjadi					2.	Melaporkan nyeri yang terkontrol					3.	Tekanan darah sistolik						Tekanan darah diastolik					4.	Tekanan nadi					1. Lakukan pengkajian yang bersifat komprehensif 2. Identifikasi intensitas nyeri selama pergerakan 3. Monitor nyeri menggunakan alat ukur yang valid 4. Kontrol lingkungan yang mempengaruhi nyeri 5. Ajarkan tentang teknik non farmalogi (distraksi, relaksasi) 6. Yakinkan klien menerima perawatan analgesik yang tepat
No	Indikator	Indeks																																									
		1	2	3	4																																						
1.	Mengenal kapan nyeri terjadi																																										
2.	Melaporkan nyeri yang terkontrol																																										
3.	Tekanan darah sistolik																																										
	Tekanan darah diastolik																																										
4.	Tekanan nadi																																										
3.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d penumpukan	Label NOC: Respiratory status: Ventilation	Label NIC Airway Management:																																								

No.	Indikator	Indeks			
		1	2	3	4
1.	Frekuensi pernapasan				
2.	Irama pernapasan				
3.	Suara auskultasi nafas				
4.	Saturasi oksigen				

2. 2.6 Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan rangkaian tindakan yang mana dilakukan jururawat untuk membantu tranbagian klien dari kondisi kesehatan bermasalah yang mana dihadapkan ke kondisi kesehatan yang mana baik yang mana menerangkan kriteria hasil yang mana diinginkan (Hidayat A. A., 2021).

31 2. 2.7 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi adalah aktiviti menilai **tindakan** keperawatan bertujuan **untuk** mencari pemenuhan terbaik keperluan pesakit dan untuk mengukur hasil alur keperaawatan. Matlamatnya adalah untuk menentukan status perkembangan kesihatan pesakit, menilai sebab, kecekapan dan produktiviti tindakan keperawatan yang mana diambil, menilai penyediaan penjagaan, mendapatkan maklum balas dan berfungsi sebagai tanggungjawab dan akauntabiliti pada penyediaan perkhidmatan keperawatan. (Suarni & Apriyani, 2017).

BAB 3

METODE PENELITIAN

3.1 Desien Penelitian

Rencana **penelitian ini** memakai kaedah **deskriptif** berbentuk kajian dengan alur keperawatan merangkumi penilaian, diagnosis kejururawatan, intervensi, pelaksanaan, dan penilaian. Kaedah deskriptif ialah penyelidikan yangmana dilakukan untuk menentukan nilai setiap pembolehubah, sama ada yang lain pembolehubah adalah bebas, tanpa perbandingan dengan pembolehubah lain. Penyelidikan deskriptif juga merupakan penyelidikan yangmana dijalankan dengan objektif utama untuk memberikan huraian objektif atau huraian tentang sesuatu fakta (Purnia dkk., 2020).

Studi kasus ini merupakan studi yangmana mengeksplorasi perawatan customer dengan Cedera Otak Sedang (COS) di RSUD jombang.

3.2 Batasan Kata lain

Batasan kata lain, atau juga dikenali sebagai definisi operasional kuantitatif, ialah pernyataan yangmana menerangkan kata lain-kata lain utama yangmana menjadi fokus kajian. Kata lain yangmana digunakan pada kajian ini ditakrifkan seperti berikut (Rohmah & Walid, 2017):

1. Asuhan keperawatan adalah rangkaian langkah terstruktur yangmana terus – menerus dilakukan untuk menjelaskan masalah kesihatan individu atau kumpulan, sama ada yangmana sebenar dan berpotensi. Selepas itu, keterlibatancangan tindakan dijalankan untuk menyelesaikan, mengurangkan, atau mengelakkan masalah baru timbul. Tindakan itu kemudiannya

dijalankan oleh jururawat atau diwakilkan kepada orang lain, dan kemudian penilaian dibuat terhadap kejayaan tindakan yangmana diambil. (Rohmah & Walid, 2017).

2. Klien merupakan individu yangmana menerima rawatan perubatan, ²⁸ sama ada secara langsung atau tidak langsung, dari layanan kesehatan. Mereka mencari bantuan dari doktor atau perawat untuk mengatasi masalah kesehatan dan mendapatkan perawatan yangmana diperlukan.
3. Cedera otak merupakan keadaan dimana kejadian terganggu pada sistem otak yangmana mengakibatkan penurunan tingkat kewarasan, gangguan pada fungsi tubuh, perubahan emosional dan perilaku.

¹ 3.3 Partisipan

Partisipan pada kasus ini dua klien yangmana mengalami cedera otak sedang (COS). Kriteria subjek sebagai berikut: 2 klien cedera otak sedang (COS) yang sedang dirawat di RSUD Jombang, 2 klien berjenis laki-laki, 2 klien berusia 15 tahun ke atas, dan 2 klien yangmana setuju menjadi subjek ¹ penelitian. .

3.4 Lokasi dan Waktu

Studi kasus individu (Ruang Yudhistira) di RSUD Jombang yangmana beralamat Kepanjen, Jombang, Jawa Timur. ¹ Penelitian dilakukan mulai pada bulan Juli 2023.

3.5 Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan suatu aktifitas riset yangmana dilakukan dengan tujuan menyatukan informasi guna mendukung hasil penelitian. Pada

beberapa kasus diuraikan mengenai teknik pengumpulan data informasi yangmana diterapkan:

1. Wawancara merupakan hasil analisis yangmana berisi **informasi mengenai identitas klien, keluhan utama** yangmana dialami, **riwayat** kesehatan saat ini, **riwayat** kesehatan sebelumnya, serta riwayat penyakit pada keluarga. Informasi didapatkan melalui customer, keluarga, dan perawat.
2. Observasi dan pemeriksaan fisik, dijalankan dari kepala ke kaki pada setiap bahagian badan pelanggan.
3. Kajian dokumentasi dan melibatkan analisis data diagnostik dan maklumat lain yangmana berkaitan.

4.6 Uji Keabsahan Data

Ujian kesahan sumber dsata bertujuan untuk mengetes kualiti data/maklumat yangmana didaptkani jadi mendapatkan data yangmana mempunyai kesahan yangmana tinggi. Selain integriti pengkaji (kerana pengkaji adalah instrumen utama), kesahihan data diuji dengan:

1. Memanjangkan masa pemerhatian/**tindakan**
2. Sumber maklumat **tambahan menggunakan triangulasi tiga sumber data utama** iaitu customer kejururawatan **dan keluarga berkaitan masalah** yangmana dikaji.

3.7 Analisa Data

Analisis data dikerjakan dari pengkajian **di lapangan**, waktu **pengumpulan data** hingga **semua data** yangmana telah dikumpulkan, titik **analisis data**

dilakukan dengan menyatakan fakta, kemudian membandingkan dengan teori yang mana ada dan kemudian menuangkannya ke pada pendapat, membahas poin-poin teknik analisis yang mana digunakan dengan memberikan jawapan yang mana didapatkan daripada hasil Interpretasi temu bual menpada yang mana dijalankan untuk menjawab rumusan masalah teknik analisis titik yang mana digunakan dengan cara pemerhatian oleh penyelidik dan kajian dokumentasi yang mana menghasilkan data untuk tafsiran lanjut dan perbandingan teori-teori yang mana sedia ada sebagai bahan untuk memberikan cadangan. padaintervensi.

1. Pengumpulan data

Data dikumpul daripada WOD (temu bual, pemerhatian, dokumentasi).

Keputusan ditulis pada bentuk nota lapangan.

2. Mereduksi data

Data wawancara yang mana terkumpul adalah pada bentuk catatan lapangan yang mana kemudian dijelaskan pada bentuk huraian dan/atau narasi.

3. Penyajian data

Penyampaian data boleh dilakukan dengan jadual, gambar, carta atau teks naratif. Kerahsiaan customer dijamin dengan mengaburi identiti customer.

4. Pembahasan

Data yang mana ditemui kemudiannya dibincangkan dan dibandingkan dengan hasil kajian lepas dan tingkah laku teori dan kesihatan.

5. Kesimpulan

Membuat kesimpulan dilakukan dengan kaedah induksi. Data yang mana

dikumpul adalah berkaitan dengan data penilaian, diagnosis, keterlibatancangan, tindakan dan penilaian.

3.8 Etika Penelitian

Dicantumkan etika yang mana mendasari penyusunan studi kasus, terdiri dari:

1. *Informed consent* adalah persetujuan antara penyiasat dan responden, kajian dijalankan dengan menyediakan lembaran persetujuan termaklum untuk menjadi responden. Jika responden bersetuju, mereka mesti menandatangani borang kebenaran. Sekiranya responden tidak dapat berbuat demikian, penyemak hendaklah menghormati hak responden.
2. *Anonymity* ialah isu etika pada penyiasatan dengan tidak memberikan nama responden pada helaian alat pengukur, hanya menulis kod pada helaian pengumpulan data.
3. *Confidentiality* adalah isu etika dengan memastikan kerahsiaan hasil penyiasatan, baik maklumat mahupun isu lain, semua maklumat yang mana telah dikumpulkan dijamin kerahsiaannya oleh penyiasat. Hanya set data tertentu akan dilaporkan pada hasil siasatan (Nursalam, 2022).

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil

4.1.1 Gambaran lokasi penelitian

Pada penyusunan penelitian ini penelitian melakukan pengambilan data serta melakukan pengkajian di Ruang Yudhistira RSUD Jombang. Ruang Yudhistira dengan kapasitas 24 bed yangmana disebalah timur, disertai ruang ber AC, bersih dan luas. Pasien yangmana diteliti pada studi kasus ini ada dari 2 responden yangmana terawat di Ruang Yudhistira melalui perkiraan yangmana sama.

4.1.2 Pengkajian

1. Identitas Klien

Tabel 4.1 Identitas klien

IDENTITAS KLIEN	KLIEN 1	KLIEN 2
Nama	Tn. T	Sdr. S
Umur	63 tahun	17 tahun
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMP	SMA
Pekerjaan	Wiraswasta	Pelajar
Status perkawinan	Kawin	Belum kawin
Alamat	Gebang malang 004/007	Mojotengah 003/001
Suhu/bangsa	Jawa/ bahasa indonesia	Jawa/ bahasa indonesia
Tanggal MRS	4 Juli 2023	4 Juli 2023
Tgl pengkajian	4 Juli 2023	4 Juli 2023
Jam pengkajian	08.00 WIB	10.10 WIB
No. RM	58-04-xx	58-06-xx
Diagnosa masuk	COS	COS

Sumber: Data primer, 2023.

2. Riwayat Penyakit

Tabel 4.2 Daftar riwayat penyakit

RIWAYAT PENYAKIT	KLIEN 1	KLIEN 2
Keluhan utama	Klien belum sadar penuh	Klien belum sadar penuh
Riwayat penyakit sekarang	Keluarga klien mengatakan mengalami kurduran mobil yang akan keluar dari garasi dan klien langsung tidak sadar, saat kejadian klien boncengan dengan anaknya. Klien dibawa oleh anaknya ke RSUD Jombang dengan kondisi klien tidak sadar.	Keluarga klien mengatakan pada siang hari klien berpamitan untuk pergi tanding futsal. Klien mengalami KLL bertabrakan dengan mobil, ditemukan oleh polisi langsung dibawa ke RSUD Jombang. Dengan kondisi klien tidak sadar dan luka diwajah.
Riwayat penyakit dahulu	Keluarga klien mengatakan tidak pernah mengalami riwayat penyakit seperti ini sebelumnya.	Keluarga klien mengatakan tidak pernah mengalami riwayat penyakit seperti ini sebelumnya.
Riwayat penyakit keluarga	Keluarga klien mengatakan didalam anggota keluarga tidak pernah mengalami riwayat penyakit seperti ini, dan tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun.	Keluarga klien mengatakan didalam anggota keluarga tidak pernah mengalami riwayat penyakit seperti ini, dan tidak memiliki riwayat penyakit menular atau menurun.

Sumber: Data primer, 2023.

3. Berubahnya aliran ¹ kesehatan (pendekatan Gordon/pendekatan system)

Tabel 4.3 Daftar perubahan pola kesehatan

POLA KESEHATAN	KLIEN 1	KLIEN 2
Pola nutrisi	Saat dirumah keluarga klien mengatakan makan 3x/hari dengan porsi sedang dan nafsu makan klien baik, minum air putih ± 1600 ml/hari.	Saat dirumah keluarga klien mengatakan makan 3x/hari dengan porsi sedang dan nafsu makan klien baik, minum air putih ± 1500 ml/hari.
	Saat di RS keluarga klien mengatakan makan 3x/hari dengan porsi sedikit, dan nafsu makan klien menurun, minum air putih ± 1000 ml/hari.	Saat di RS keluarga klien mengatakan makan 3x/hari dengan porsi sedikit, dan nafsu makan klien menurun, minum air putih ± 900 ml/hari.
Pola eliminasi	Saat dirumah keluarga klien mengatakan BAK 5x/hari, warna urine kuning jernih, dan BAB 2x/hari, warna fases kecoklatan.	Saat dirumah keluarga klien mengatakan BAK 6x/hari, warna urine kuning jernih, dan BAB 1x/hari, warna fases kecoklatan.
	Saat di RS keluarga klien mengatakan BAK terpasang kateter dengan jumlah urine 1.000 cc/6 jam warna urine kuning jernih, saat pengkajian klien belum BAB selama di RS.	Saat di RS keluarga klien mengatakan BAK terpasang kateter dengan jumlah urine 900 cc/6 jam warna urine kuning jernih, saat pengkajian klien BAB 1x/hari warna feses kecoklatan dengan konsistensi padat.
Pola istirahat tidur	Saat dirumah keluarga klien mengatakan	Saat dirumah keluarga klien mengatakan

	kebiasaan tidur teratur, lama tidur ± 7 jam/hari.	kebiasaan tidur teratur, lama tidur ± 8 jam/hari.
	Saat di keluarga mengatakan kebiasaan tidur tidak teratur, lama tidur ± 5 jam/hari.	Saat di keluarga mengatakan kebiasaan tidur tidak teratur, lama tidur ± 6 jam/hari.
Pola aktivitas	Saat di rumah keluarga mengatakan aktivitas sehari-hari dilakukan secara mandiri.	Saat di rumah keluarga mengatakan aktivitas sehari-hari dilakukan secara mandiri.
	Saat di keluarga mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga.	Saat di keluarga mengatakan aktivitas sehari-hari dibantu oleh keluarga.

9

Sumber: Data primer, 2023.

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

Tabel 4.4 Daftar pemeriksaan fisik

OBSERVASI	Tn. T	Sdr. S
S	36,3 °C	36,1 °C
N	102 x/menit	88 x/menit
TD	140/90 mmHg	120/80 mmHg
RR	26 x/menit	24 x/menit
GCS	4-3-5	4-3-5
Kesadaran	Apatis	Apatis
Keadaan umum	Lemah	Lemah
<u>Pemeriksaan fisik</u>		

Komprehensif body system		
(Breathing) B1	Pada pemeriksaan, bentuk dada simetri ditemui, pelangan telah dipasang alat pemafasan, tiada batuk dan pengeluaran kahak.	Pada inspeksi ditemukan bentuk dada simetris, klien alat pernafasan dipasang, tiada batuk dan pengeluaran kahak .
(Blood) B2	Pada pemeriksaan tiada sianosis pada pelangan dan tiada sakit dada .	Pada pemeriksaan tiada sianosis pada pelangan dan tiada sakit dada .
(Brain) B3	Pada inspeksi kesadaran klien apatis, GCS 4-3-5, tiada sawan, sakit kepala, pupil isokor, refleks cahaya yangmanabaik .	Pada inspeksi kesadaran klien apatis, GCS 4-3-5, tiada sawan, sakit kepala, pupil isokor, refleks cahaya yangmanabaik.
(Bladder) B4	Pada inspeksi Tn. T kateter dipasang, jumlah air kencing adalah 800 cc/6 jam, warna air kencing adalah kuning jernih .	Pada inspeksi Sdr. S Kateter dipasang, isipadu air kencing 900 cc/6 jam, warna air kencing kuning jernih .
(Bowel) B5	Tn. T mengalami penurunan nafsu makan, mukosa bibir lembab. Kebiasaan dsebabnyaasi selama di RS Tn. T belum BAB.	Sdr. S mengalami penurunan nafsu makan, mukosa bibir lembab. Kebiasaan dsebabnyaasi 1x/hari Sdr. S BAB.
(Bone) B6	Tn. T turgor normal, dan akral hangat, tampak lemas, warna kulit pucat, kekuatan otot	Sdr. S turgor normal, dan akral hangat, tampak lemas, warna kulit pucat, kekuatan otot

Sumber: Data primer 2023.

Tabel 4.5 Daftar pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
HEMATOLOGI	Tn. T 4 Juli 2023	Sdr. S 4 Juli 2023	

2			20	
Hemoglobin	15.8	16.2	g/dl	13.2 - 17.3
Leukosit	15.40	13.60	$10^3/\text{ul}$	3.8 - 10.6
Hematokrit	44.2	45.5	%	40 - 50
Eritrosit	5.75	5.45	$10^6/\text{ul}$	4.4 - 5.9
MCV	78.6	81.7	fI	82 - 92
MCH	27.5	29.7	Pg	27 - 31
MCHC	35.0	36.4	g/l	31 - 36
RDW-CV	12.3	13.6	11 %	11.5 - 14.5
Trombosit	259	262	$10^3/\text{ul}$	150 - 440
Eosinofil	1	4	%	2 - 4
Basofil	-	1	%	< 1
Segmen	90	62	%	50 - 70
Limfosit	5	29	%	25 - 40
Monosit	5	5	%	2 - 8
Immature Granulocyte (IG)	0.8	0.7	%	
Neutrofil Absolut (ANC)	17.42	7.55	$10^3/\text{ul}$	2.5 - 7
Limfosit Absolut (ALC)	1.0	3.6	$10^3/\text{ul}$	1.3 - 3.6
NLR	17.42	2.10		< 3.13
Retikulosit	2.27	1.82	%	0.5 - 1.5
Ret-He	31.1	28.9	Pg	> 30.3
Immature Platelet (IPF)	!	3.3	%	
Normoblas (NRBC)	0.00	!	%	
I/T ratio	0.01	0.01		< 0.2
KIMIA DARAH				
Gula darah sewaktu	265	140	mg/dl	< 200
Kreatinin	0.79	0.85	mg/dl	0.6 - 1.1
Urea	18.7	19.4	mg/dl	13 - 43
SGOT	34	19	U/I	13 - 35
SGPT	19	10	U/I	7 - 35
Natrium	137	144	mEq/dl	135 - 147
Kalium	3.84	3.24	mEq/dl	3.5 - 5
Klorida	103	113	mEq/dl	95 - 105

Sumber: Rekam medis elektronik, 2023.

Tabel 4.6 Daftar terapi obat

Terapi	Tn. T	Sdr. S
Infus	PZ 1500 cc/24 jam	Tutosol 1500 cc/24 jam
	Totilac 1x100 cc/jam	Manitol 5x100 cc
Injeksi	Lansoprazole 2x1 vial	Phenytoin 3x100 mg
	Phenytoin 3x100 mg	Lansoprazole 2x1 vial
	Gabaxa 1x100 cc	Ibuprofen 3x800 mg
	Nimodipin 1x100 cc	Gabaxa 1x100 cc

Ibuprofen 3x800 mg

Sumber: Data primer, 2023.

1 4.1.3 Analisa Data

Tabel 4.7 Daftar analisa data

Data	Etiologi	Masalah
DS: Tn. T belum sadar penuh	Intrakranial ↓ Alur otak rusak	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak
DO: 1. Tn. T tampak gelisah	↓ Perubahan autoregulasi	
2. Terdapat hematoma palpebra	↓ Aliran darah ke otak menurun	
3. Keadaan umum : lemah	↓ Oksigen menurun	
4. Kewarasan : Apatis	↓ Asam laktat menurun	
5. GCS 4-3-5	↓ Edem otak	
6. CRT < 2 detik	↓ Ketidakefektifan perfusi jaringan otak	
7. TTV TD: 140/90 mmHg N: 102 x/menit S :36,3 °C RR : 26x/menit GDA: 265 mg/dl		
8. Akral hangat		
DS: Sdr. S belum sadar penuh	Intrakranial ↓ Alur otak rusak	Ketidakefektifan perfusi jaringan otak
DO: 1. Sdr. S tampak pucat dan gelisah	↓ Perubahan autoregulasi	
2. Terdapat luka di	↓ Aliran darah ke otak menurun	

	intrakrmial membaik	√	meningkatnya perfusiserebral
4.	Tumpuan darah sistolik bertambah baik	√	1. Monitor tanda tanda vital 2. Monitor status pemapasan: frekuensi, irama, kepadaan pemapasan
5.	Tumpuan darah diastolik bertambah baik	√	3. Ambil darah untuk memonitor tingkat glukosa darah. 4. Monitor nilai – nilai laboratorium 5. Kolaborasi pemberian terapi medik.

Sumber: NANDA, NIC, NOC, 2018.

4.1.6 Implementasi Keperawatan

Tabel 4.10 Implementasi keperawatan

Tn. T		Implementasi		Paraf	
Waktu	Hari/tanggal	Waktu	Hari/tanggal	Waktu	Hari/tanggal
08.15	4 Juli 2023	15.00	5 Juli 2023	13.15	6 Juli 2023
	Membina keterkaitan saling percaya dengan keluarga pelanggan untuk mewujudkan kerjasama yangmana baik dan komunikasi terapeutik.		Memonitor tingkat kesadaran GCS 4-4-6 (Composmentis).		Pantau tahap kesadaran GCS 4-5-6 (Composmentis).
		15.10	Arahkan head up (30-40°). Arah semi fowler.	13.25	Arahkan head up (30-40°). Arah semi fowler.
		15.15	Memonitor ukuran pupil, bentuk, kesimetrisan: pupil bulat isokor.	13.30	Memonitor tanda vital TD: 120/90 mmHg N : 89 x/menit S :36,7 °C RR : 22 x/menit. SpO2: 97 %
08.20	Memonitor tingkat kesadaran GCS 4-3-5 (Apatis).	15.20	Memonitor tanda vital		
08.30	Arahkan		TD: 130/100	13.40	Memberikan O2

	40°). Arah semi fowler.				
			25		
			N : 92 x/menit		lpm.
			S :37 °C		
08.35	Memonitor ukuran pupil, bentuk kesimetrisan: pupil bulat isokor.	15.30	RR : 24 x/menit. SpO2: 95%	14.30	Ambil darah untuk memonitor tingkat glukosa darah. (GDA: 175).
08.40	Memonitor tanda-tanda vital S :36.3 °C RR : 26 x/menit. SpO2: 92 %	16.00	Memberikan O2 nasal kanul 2 lpm.	15.30	Melakukan kolaborasi pemberian terapi medik (injeksi Lansoprazole 2x1 vial, Phenytoin 3x100 mg, Gabaxa 1x100 cc, Ibuprofen 3x800 mg).
09.00	Memberikan O2 nasal kanul 4 lpm.	16.10	Melakukan kolaborasi pemberian terapi medik (injeksi Lansoprazole 2x1 vial, Phenytoin 3x100 mg, Gabaxa 1x100 cc, Ibuprofen 3x800 mg).		
09.40	Ambil darah untuk memonitor tingkat glukosa darah. (GDA: 265)				
09.50	Monitor nilai-nilai laboratorium: urin(18.7), kalium(3.84), natrium(137).				
10.00	Melakukan kolaborasi pemberian terapi medik (injeksi Lansoprazole 2x1 vial Phenytoin 3x100 mg, Gabaxa 1x100 cc Nimodipin 1x100 cc, Ibuprofen 3x800 mg).				

Waktu	Hari/tanggal	Paraf
	7 Juli 2023	
08.30	Arahkan head up (30-40°). Arah semi fowler.	

08.40	<p>8</p> <p>Memonitor tanda – tanda vital TD: 120/90 mmHg N : 86 x/menit S : 37 °C RR : 20 x/menit. SpO2: 99 %</p>
08.50	<p>Melakukan kolaborasi pemberian terapi medik (injeksi Lansoprazole 2x1 vial, Phenytoin 3x100 mg, Gabaxa 1x100 cc, Ibuprofen 3x800 mg).</p>

Sdr. S

		Implementasi				
Waktu	Hari/tanggal 4 Juli 2023	Waktu	Hari/tanggal 5 Juli 2023	Waktu	Hari/tanggal 6 Juli 2023	Paraf
10.30	Membina keterkaitan saling mempercayai dengan keluarga pelanggan untuk mewujudkan kerjasama yangmana baik dan komunikasi terapeutik.	16.20	Memonitor tingkat kesadaran GCS 4-5-6 (Composmentis).	15.45	Memonitor tingkat kesadaran GCS 4-5-6 (Composmentis).	
		16.25	Arahkan head up (30-40°). Arah semifowler.	16.00	Arahkan head up (30-40°). Arah semifowler.	
		16.35	Memonitor tanda – tanda vital TD: 110/80 mmHg N : 88 x/menit S :36,5 °C RR : 22 x/menit. SpO2: 96 %	16.10	Memonitor tanda – tanda vital TD: 110/90 mmHg N : 86 x/menit S :36,8 °C RR : 20x/menit. SpO2: 99%	
10.35	Memonitor tingkat kesadaran GCS 4-3-5 (Apatis).					
10.45	Arahkan head up (30-40°). Arah semifowler.	16.45	Memberikan O2 nasal kanul 2 lpm.	16.30	Melakukan kolaborasi pemberian terapi medik (injeksi Lansoprazole	
11.00	Memonitor ukuran pupil,	17.15	Melakukan kolaborasi pemberian			

	bentuk, kesimetrisan: pupil bulat isokor.	terapi medik (injeksi Lansoprazole 2x1 vial, Phenytoin 3x100 mg, Gabaxa 1x100 cc, Ibuprofen 3x800 mg).	2x1 vial, Phenytoin 3x100 mg, Gabaxa 1x100 cc, Ibuprofen 3x800 mg).
11.30	14: monitor tanda-tanda vital TD: 120/90 mmHg N : 92 x/menit S :37 °C RR : 24 x/menit. SpO2: 92 %		
11.40	Memberikan O2 nasal kanul 4 lpm.		
11.45	Monitor nilai-nilai laboratorium: urin(18.7), kalium(3.84), natrium(137).		
12.50	Melakukan kolaborasi pemeberian terapi medik (injeksi Lansoprazole 2x1 vial Phenytoin 3x100 mg, Gabaxa 1x100 cc, Ibuprofen 3x800 mg).		

Sumber: Data primer, 2023.

4.1.7 Evaluasi Keperawatan

Tabel 4.11 Evaluasi keperawatan

Tn.T	Evaluasi			
	Hari ke 1 4 Juli 2023	Hari ke 2 5 Juli 2023	Hari ke 3 6 Juli 2023	Hari ke 4 7 Juli 2023
S: Tn. T belum sadar penuh.	S: Tn. T menyatakan pusing kepala.	S: Tn. T menyatakan pusing kepala sudah berkurang.	S: Tn. T menyatakan sudah tidak pusing kepala	

<p>1 O: K/U lemah Kesadaran: Apatis GCS 4-3-5 TTV TD: 140/90 mmHg N : 102 x/menit S :36,3 °C RR : 26 x/menit. SpO2: 92% Tn. T tampak pucat dan gelisah Tn. T tampak lebam di mata Terpasang infus PZ 1500 cc/24 jam 14 lpm, Totilac 1x100 cc/24 jam Terpasang O2 nasal 4 lpm Terpasang DK A: Ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. 2,3,4,5,6,7,9.</p>	<p>1 O: K/U sedang Kesadaran: Composmentis GCS 4-4-6 TTV TD: 130/100 mmHg N : 92 x/menit S :37 °C RR : 24 x/menit. SpO2: 95% Tn. T tampak tenang Terpasang infus PZ 1500 cc/24 jam 14 lpm, Totilac 1x100 cc/24 jam Terpasang O2 nasal 4 lpm Terpasang DK A: Ketidakefektifan perfusi jaringan otak teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan. 2,3,5,6,7,9.</p>	<p>4 O: K/U sedang Kesadaran: Composmentis GCS 4-5-6 TTV TD: 120/90 mmHg N : 89 x/menit S :36,7 °C RR : 22 x/menit. SpO2: 97% Tn. T tampak kooperatif Tn. T tampak tenang Terpasang infus PZ 1500 cc/24 jam 14 lpm, Totilac 1x100 cc/24 jam Terpasang DK 12 A: Ketidakefektifan perfusi jaringan otak teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan 3,5,9.</p>	<p>4 O: K/U sedang Kesadaran: Composmentis GCS 4-5-6 TTV TD: 120/90 mmHg N : 86 x/menit S :37 °C RR: 20 x/menit. SpO2: 97% Tn. T tampak kooperatif Tn. T tampak tenang Terpasang infus PZ 1500 cc/24 jam 14 lpm A: Ketidakefektifan perfusi jaringan otak teratasi Tn. T rencana KRS. P: Intervensi dihentikan, Tn. T pulang.</p>
--	--	---	--

Sdr. S	Evaluasi		
	Hari ke 1 4 Juli 2023	Hari ke 2 5 Juli 2023	Hari ke 3 6 Juli 2023
S: Sdr. S belum sadar penuh.	S: Sdr. S menyatakan pusing kepala.	S: Sdr. S menyatakan sudah tidak pusing kepala	
1 O: K/U lemah Kesadaran: Apatis GCS 4-3-5 TTV TD: 120/90 mmHg N : 92 x/menit	O: K/U sedang Kesadaran: Composmentis GCS 4-5-6 TTV TD: 110/80 mmHg N : 88 x/menit S :36,5 °C	1 O: K/U ringan Kesadaran: Composmentis GCS 4-5-6 TTV TD: 110/90 mmHg N : 86 x/menit S :36,8 °C	

S :37 °C RR : 24 x/menit. SpO2: 92 % Sdr. S tampak pucat dan gelisah Sdr. S tampak adalebam di mata Terpasang infus Tutosol 1500 cc/24 jam 14lpm/menit dan manitol grojok Terpasang O2 nasal 4 lpm Terpasang DK	RR : 22 x/menit. SpO2: 96% Sdr. S tampak tenang Sdr. S tampak ada lebam di mata Terpasang infus Tutosol 1500 cc/24 jam 14 lpm/menit dan manitol grojok Terpasang O2 nasal 4 lpm Terpasang DK	RR : 20 x/menit. SpO2: 99 % Sdr. S tampak kooperatif Sdr. S tampak tenang Terpasang infus Tutosol 1500 cc/24 jam 14 lpm/menit A: Ketidakefektifan perfusi jaringan otak teratasi, Sdr. S rencana KRS.
A: Ketidakefektifan perfusi jaringan otak belum teratasi. P: Intervensi dilanjutkan. 2,3,4,5,9.	A: Ketidakefektifan perfusi jaringan otak teratasi sebagian. P: Intervensi dilanjutkan 2,3,5,9.	P: Intervensi dihentikan, Sdr. S pulang.

1 4.2 Pembahasan

4.2.1 Pengkajian

1. Data subjektif

Didasari pada pengkajian dilakukan oleh peneliti pada kedua partisipan didapatkan data subjektif Tn. T berusia 63 tahun respon membuka mata dari spontan, respon verbal menjawab kata – kata tidak teratur dan respon motorik bereaksi menyingkirkan rangsangan nyeri, dengan tingkat kewarasan apatis. Sedangkan Sdr. S berusia 17 tahun dengan respon yangmana sama.

Skor *Glasgow Coma Scale* (GCS) yangmana lebih rendah pada pemeriksaan awal pada pasien dengan cedera kepala dikaitkan dengan

prognosis yangmana lebih buruk (Ginting L, Kuat S, Renni A, 2020).
²⁹ *Glasgow Coma Scale (GCS)* merupakan salah satu metode acuan untuk
 mengukur tingkat kewarasan dari kuantatif, dengan mengamati respon
¹³ membuka mata, respon verbal dan motorik customer. Skor GCS
 didapatkan dengan menjumlahkan poin yangmana didapatkan pada
 ketiga aspek tersebut, dengan skor minimal 3 poin, dan skor maksimal
 15 poin (Marbun, 2020).

Menurut peneliti, tidak ada kesengajaan pada menegakkan
 diagnosis keperawatan untuk kedua partisipan yangmana mengalami
 tidak efektifnya perfusi jaringan otak, yangmana mana kondisi ini
 mengakibatkan penurunan kesadaran pada partisipan. Hal ini
 didasarkan pada teori dan bukti data yangmana ada. Maka, masalah
 tidak efektifnya perfusi jaringan otak berketerkaitan dengan
 peningkatan tumpuan intrakranial.

2. Data objektif

Data objektif keadaan Tn. T lemah, belum sadar penuh mukosa
 bibir kering dan pucat, Tn. T tampak gelisah, kesadaran apatis, GCS 4-
 3-5, CRT < 2detik. Pemeriksaan ³ TTV TD: 140/90 mmHg, N : 102
 x/menit, S :36,3 °C, RR : 26x/menit, akral hangat, terdapat hematoma
 palpebra. Pada keadaan Sdr. S lemah, belum sadar penuh mukosa bibir
 kering dan pucat, Sdr. S tampak gelisah, kewarasan apatis, GCS 4-3-5,
⁶ CRT < 2 detik. Pemeriksaan TTV TD : 120/80 mmHg, N : 88 x/menit,
 S : 36,8 °C, RR :

24x/menit, akral hangat, terdapat lebam di wajah.

Kondisi pasien yangmana mengalami penurunan tingkat kesadaran membutuhkan bantuan pernapasan, seperti oksigen dan arah kepala 30°. Pada keadaan darurat, ini bisa dilakukan membuka saluran udara (*airway*). Karena itu, oksigen perlu diberikan dan elevasi kepala 30° (Ginting L, Kuat S, Renni A, 2020).

Menurut ¹peneliti dari hasil pemeriksaan fisik dari umum pada Tn. T dan Sdr. S mengalami Cedera Otak Sedang (COS) karena ditandai pada keadaan dari penilaian kesadaran GCS 4-3-5 dan ditemui luka lebam di sekitar wajah.

⁶4.2.2 Diagnosa keperawatan

Didasari analisa data dari penelitian ini, diagnosa keperawatan pada kedua partisipan menunjukkan tidak efektifnya perfusi jaringan otak berketerkaitan dengan meningkatnya tumpuan intrakranial. Dari hasil pengkajian di dukung dari data subjektif, ditemukan pada kedua partisipan kewarasan apatis dan GCS 4-3-5.

Cedera pada otak dapat mengakibatkan pecahnya pembuluh darah di area pada intrakranial yangmana mengakibatkan darah merembes ke pada rongga korteks luar otak dan tengkorak. Hal ini mengakibatkan gangguan aliran darah ke alur otak (Lukman,Saragih & Natalia,2018).

Menurut peneliti untuk kedua partisipan ¹mengalami Cedera Otak Sedang (COS) dengan masalah tidak efektifnya perfusi jaringan otak berketerkaitan dengan meningkatnya tumpuan intrakranial ditandai dengan ditemukan pada penilaian kesadaran yangmana menurun GCS (*Glasgow ComaScale*).

1 4.2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan yangmana diberikan kepada kedua partisipan dengan diagnosis risiko perfusi otak tidak berkesan mengikut NANDA (2018) adalah NOC: meningkatnya kewarasan, penurunan kebimbangan, meningkatnya tumpuan intrakranial, meningkatnya tumpuan darah sistolik. NIC: pemantauan tumpuan intrakranial dan neurologi.

Penyelidikan yangmana dijalankan oleh Ginting Luci et al., (2020) menunjukkan terdapat meningkatnya tahap kesadaran pada pesakit dengan kecederaan kepala sederhana dengan intervensi pemberian oksigen topeng muka mudah 8 - 10 liter/minit dan arah kepala. ketinggian 30 dapat meningkatkan GCS daripada sebelum intervensi GCS diberikan. skor 10 dan selepas diberikan intervensi skor 11 (Ginting L, Strong S, Remi A, 2020). Satu bentuk intervensi bukan farmakologi pada mengatasi masalah yangmana wujud pada kes kecederaan otak iaitu head up 30° (Beni & Martono, 2018).

Menurut peneliti intervensi keperawatan yangmana diberikan pada kedua partisipan yangmana mengalami masalah tidak efektifnya perfusi jaringan otak sudah pas dengan teori sehingga tidak kejadian kesengajaan. Didasari hasil peneliti Aduan yangmana didapati ialah intervensi keperawatan yangmana diberikan kepada kedua partisipan adalah sama yangmana membedakan terapi perubatan yangmana diberikan iaitu NOC: Tissue Perfusion: Cerebral (Perfusion flow: Cerebral). NIC: Monitor TIK, monitor neurologi, arahkan tempat tidur 30° atau lebih, monitor ukuran pupil, monitor ttv, beri terapi oksigen pas anjuaran medis.

4.2.4 Implementasi

Implementasi keperawatan pada kedua partisipan dikasihkan standart NIC: Monitor tumpuan intrakranial: Memonitor tingkat kewarasan dengan respon customer (*Eye*, verbal, motorik) dan customer arahkan *head up* 30° dengan arah kaki lurus tidak menekuk dan tubuh pada keadaan sejajar. Intervensi keperawatan telah dibikinkan untuk kolaborasi terdapat perbedaan adanya terapi, customer pertama mendapatkan infus PZ 1500 cc/24 jam 14 lpm dan totilac 1x100 cc/ 24 jam. Injeksi lansoprazole 2x1 vial, phenytoin 3x100 mg, gabaxa 1x100 cc, nimodipin 1x100 cc, ibuprofen 3x800 mg. Customer 2 infus tutosol 1500 cc/24 jam dan manitol 5x100 cc. Injeksi phenytoin 3x100 mg, lansoprazole 2x1 vial, Ibuprofen 3x800 mg, gabaxa 1x100 cc.

Hal ini pas dengan penelitian (Utami et al., 2021) menyatakan bahwa pemberian terapi *head up* 30° terbukti sebabnyatif pada meningkatkan kewarasan, menurunkan TIK, meningkatkan *cerebral perfusion pressure* (CPP), meningkatkan SpO² dan perbaikan hema (Ginting L, Kuat S, Renni A, 2020). Pengurusan di hospital menurut Pretyana D A, (2017) merupakan memberikan infus melalui liquid ostomik dan diberikan analgesik atau anti muntah dari intravena. Memberikan oksigen dan elevasi 30° untuk meningkatkan kewarasan. Elevasi kepala 30° dapat mengurangi tumpuan di pada tengkorak melalui beberapa mekanisme. Salah satunya adalah dengan menurunkan tumpuan darah, mengubah komplikasi di dada, serta mempengaruhi lubang angin. Salain itu, elevasi kepala juga dapat meningkatkan aliran vena jugulasi yangmana

memiliki katup, sehingga mengakibatkan penurunan volume darah di vena sentral dan dari langsung menurunkan tumpuan kranial.

Menurut peneliti implementasi keperawatan didasari keterangan bukti data dan teori kedua customer sudah diberikan pada kedua partisipan mengikut keadaan dan keperluan partisipan bertujuan mempercepat alur penyembuhan partisipan.

4.2.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan terhadap Tn. T dilakukan pada waktu 4 hari keadaan sudah membaik Tn. T menyatakan sudah tidak pusing dan tidak berkunang – kunang. Sedangkan Sdr. S pada waktu 3 hari keadaan sudah membaik Sdr. S menyatakan sudah tidak pusing dan nyeri kepala dapatkan hasil kemajuan kesembuhan yangmana signifikan.

Evaluasi terus menerus dijalankan dengan melibatkan pasien dan staf medis lainnya. Apabila evaluasi menunjukkan bahwa tujuan kriteria hasil telah tercapai, pasien akan dapat keluar dari alur perawatan. Sebaliknya, jika evaluasi menunjukkan bahwa tujuan belum tercapai, pasien akan kembali masuk pada siklus perawatan dengan memulai kembali pemeriksaan semula (*reassessment*) (Putri, 2018).

Menurut peneliti, didasari data dan bukti teori menunjukkan bahwa tiada jurang pada penilaian keperawatan Tn. T hasil kesembuhan yangmana signifikan pada waktu 4 hari dan menunjukkan keadaan Tn. T membaik. Sedangkan Sdr. S menunjukkan hasil perkembangan yangmana baik pada waktu 3 hari keadaan Sdr. S membaik. Tn. T mendapatkan perawatan daripada Sdr. S, ini dipengaruhi

oleh alur perkembangan penyakit yangmana dialami oleh kedua partisipan
24
tersebut.

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Setelah memberikan perawatan kepada kedua partisipan terjadi Cedera Otak Sedang (COS) pada Tn. T dan Sdr. S. Didasari laporan kasus mengenai ketidaksebabnyatitan perfusi alur otak¹ di Ruang Yudhistira RSUD Jombang, penulis dapat menarik simpulan dan pembeian saran terhadap laporan kasus yangmana sudah dikerjakan.

Didasari data yangmana didapatkan, bisa beberapa simpulan sebagai berikut:

1. Hasil kaji peneliti terhadap kedua partisipan terjadi Cedera Otak Sedang (COS) pada tanggal 4 Juli 2023 menunjukkan bahwa keluhan utama kedua customer hampir sama. Pada Tn. T, data subjektif menunjukkan bahwa Tn. T belum sadar penuh dengan tingkat kewarasan apatis dan pengukuran skala E:4 V:3 M:5. Pada pengkajian,¹² TD: 140/90 mmHg, N: 102x/menit, S: 36,6°C, dan RR: 26x/menit. Tn. S tampak terbaring lemah, dan terdapat hematoma palpebra. Pada Sdr. S, data subjektif menunjukkan bahwa Sdr. S belum sadar penuh dengan tingkat kesadaran apatis dan pengukuran skla E:4 V:3 M:5. Pada pengkajian,¹ TD: 120/80 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,8°C, dan RR: 24x/menit. Sdr. S tampak terbaring lemah, terdapat luka di wajah.
2. Diagnosa keperawatn pada Tn. T dan Sdr. S menunjukkan tidak efektifnya perfusi jaringan otak berketerkaitan dengan meningkatnya tumpuan intrakranial akan ditandai kedua partisipan tidak sadarkan diri dan kesadaran menurun.

3. Intervensi keperawatan yangmana diberikan kepada kedua partisipan dibuat mengikut diagnosis keperawatan yangmana meliputi monitor teknan intrakranial, monitor neurologis, manajemen edema serebral (monitortingkat kewarasan, arahkan head up 30°, monitor TTV, memberi terapi oksigen mengikut nasihat perubatan, kerjasama pada menyediakan terapi perubatan).
4. Pelaksanaan keperawatan untuk kedua partisipan telah dijalankan mengikut intervensi kejururawatan yangmana dibuat mengikut NIC NOC, yangmana membedakannya dengan terapi perubatan klien.
5. Evaluasi keperawatan pada kedua partisipan menunjukkan pertumbuhan baik evaluasi yangmana dilakukan pada kepada Tn. T selama 4 hari tidak adanya keluhan pusing masalah teratasi dan Tn. T pulang. Pada Sdr. S evaluasi yangmana dilakukan selama 3 hari tidak adanya keluhan pusing masalah teratasi dan Sdr. S pulang.

5. 2 Saran

Didasari kesimpulan di atas, penulis memberikan saran, antara lain:

1. Bagi Klien dan keluarga

Diharapkan adanya kolaborasi antara perawat dan penulis selama memberikan asuhan keperawatan agar keluarga klien dapat terlibat aktif pada penjagaan dan rawatan. Tujuannya adalah untuk mempercepat alur penyembuhan dan memastikan keluarga klien menerima dan melaksanakan peraturan yangmana berlaku di pada bilik.

2. Bagi perawat

Diharapkan melalui penerapan perawatan ¹keperawatan pada klien dengan cedera otak sedang dapat dilakukan dengan sebaik- baiknya dengan melakukan pengkajian teliti, sehingga mempercepat alur penyembuhan klien.

3. Bagi peneliti yangmana akan datang

Diharapkan bahwa ⁶karya tulis ilmiah ini dapat memberikan rujukan bagi peneliti selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Alam, Y. P. (2020). *Asuhan Keperawatan Pada Customer dengan Cidera Otak Sedang dengan Masalah Nyeri Akut (Di Ruang MELATI RSUD Bangil Pasuruan)* (Doctoral dissertation, STIKES Insan Cendekia Medika Jombang).
- Ariana, R. (2018). *Gambaran Asuhan Keperawatan pada Pasien Cedera Kepala Sedang dengan Nyeri Akut di Ruang Belibis RSUD Wangaya Tahun 2020*. 1–23.
- Butcher Howard K, et al. 2018. *Nursing Interventions Classification (NIC) Edisi Ke Tujuh Bahasa Indonesia* Edited By Intansari Nurjannah. Yogyakarta : Macomedia
- Butcher Howard K, et al. 2018. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Edisi Ke Enam Bahasa Indonesia* Edited By Intansari Nurjannah. Yogyakarta : Macomedia.
- ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY Chaln Chavez, A. M., & Guevara Paredes, K. E. (2018). *ASUHAN KEPERAWATAN PADA TN. S DENGAN CEDERA OTAK SEDANG (COS) PRE DAN POST OPERASI EDH TEMPORAL (d) DI RUANG BEDAH PAV MINA RUMAH SAKIT SITI KHOTIJAH SEPANJANG. d.*
- ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY Evva Fiditya Nanda Putri, & Listiyanawati, M. D. (2019). *Asuhan Keperawatan Pasien Cidera Kepala Ringan Pada Pemenuhan Kebutuhn Fsiologis. 4(1)*, 1–23.
- Firmada, M. A., Kristianti, M., & Husain, F. (2021). *Manajemen Nyeri dengan Guide Imagery Relaxation pada Pasien Cedera Kepala Ringan di Instalasi Gawat Darurat (IGD) : Literature Review. ASJN (Aisyiyah Surakarta Journal of Nursing)*, 2(1), 20–25.
- Heckman, J. J., Pinto, R., & Savelyev, P. A. (2019). 1–23. *Keterkaitan antara pediatrik trauma score dan mortalitas pada pasien cedera kepala. Angewandte Chemie International Edition*, 6(11), 951–952., 8–34.
- I Made Dyanta Anwar dkk. (2021). *LAPORAN LEARNING TASK 1 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN CEDERA KEPALA MATA KULIAH KEPERAWATAN GAWAT DARURAT*
- Nanda Internasional. (2018). *Diagnosa Keperawatan: Definisi & Klasifikasi 2018-2020 Edisi 11*. Jakarta: EGC
- ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY Nika Hartini, N. I. K. A. (2022). *Pengaruh Pemberian Oksigen Dan Elevasi Kepala Cedera Kepala Sedang Di Rst Dr . Asmir Program Studi Keperawatan Program Diploma Tiga Fakultas Ilmu Kesehatan.*
- ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY Patricia, Cisneros Ortega Sara. 2021. 3 *ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TRAUMATIC BRAIN INJURY DENGAN MASALAH GANGGUAN SIKULASI (PERFUSI SEREBRAL) DI RSUD LABUANG BAJI MAKASSAR: A STUDY CASE.*
- Sembiring, J. (2021). *ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PASIEN DENGAN GANGGUAN KEBUTUHAN SIKULASI PADA KASUS CEDERA KEPALA BERAT TERHADAP TN. D DI INSTALASI*

GAWAT DARURAT RSUD JENDRAL AHMAD YANI METRO LAMPUNG 29 NOVEMBER 2021. *Convention Center Di Kota Tegal*, 4(80), 4.

Setyaningrum, E. E., Nurjannah, I., & Rustyaningsih, A. (2019). Effect of NANDA-I, NIC, and NOC Documentation System Training on Quality of Nursing Care Documentation in The Perinatal Ward of Yogyakarta Regional Public Hospital. *Belitung Nursing Journal*, 5(2), 180–191.

Sintawati, I. (2020). *ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT DENGAN GANGGUAN OKSIGENASI KASUS CEDERA KEPALA BERAT PADA TN. K DI RUANG IGD RSUD JENDRAL AHMAD YANI METRO TANGGAL 22 NOVEMBER 2021*. 7–19.

ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY Syarifah Raihan & Laras, C. K. (2023). *Cedera kepala merupakan salah satu sebabnya utama dari kejadiannya kecacatan hingga kematian diberbagai negara . Didasari data , didapatkan bahwa prevalensi cedera kepala di Aceh sebesar 14 %, menempati arah kedua belas dari seluruh provinsi di Indone. VII, 77–83.*

Victoria M. Golub and Doodipala Samba Reddy. (2022). Post-Traumatic Epilepsy and Comorbidities: Advanced Models, Molecular Mechanisms, Biomarkers, and Novel Therapeutic Interventions. *Pharmacol Rev. 2022 Apr; 74(2)*, 387-438.

ADDIN Mendeley Bibliography CSL_BIBLIOGRAPHY Wahadi, I. C. (2021). *Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn . M Di Igd Rsup Sanglah Denpasar Pada Tanggal 12 Mei 2021 Oleh : Indah Cantika Wahadi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Jurusan Keperawatan. Politeknik Kesehatan Denpasar.*

ASUHAN KEPERAWATAN PADA KLIEN DENGAN CEDERA OTAK SEDANG (COS) DI RSUD JOMBANG

ORIGINALITY REPORT

20%

SIMILARITY INDEX

20%

INTERNET SOURCES

2%

PUBLICATIONS

8%

STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	repo.stikesicme-jbg.ac.id Internet Source	11%
2	Submitted to Badan PPSDM Kesehatan Kementerian Kesehatan Student Paper	1%
3	Submitted to Forum Perpustakaan Perguruan Tinggi Indonesia Jawa Timur Student Paper	1%
4	media.neliti.com Internet Source	1%
5	www.scribd.com Internet Source	1%
6	es.scribd.com Internet Source	1%
7	eprints.unipdu.ac.id Internet Source	1%
8	Submitted to Universitas Jember Student Paper	<1%

9	123dok.com Internet Source	<1 %
10	www.schoten.be Internet Source	<1 %
11	repository.stikeshangtuah-sby.ac.id Internet Source	<1 %
12	samoke2012.wordpress.com Internet Source	<1 %
13	lmsspada.kemdikbud.go.id Internet Source	<1 %
14	repository.um-surabaya.ac.id Internet Source	<1 %
15	www.slideshare.net Internet Source	<1 %
16	bagusmustika.blogspot.com Internet Source	<1 %
17	eprints.umm.ac.id Internet Source	<1 %
18	id.123dok.com Internet Source	<1 %
19	seaparadisee.blogspot.com Internet Source	<1 %
20	lutfyaini.blogspot.com Internet Source	<1 %

21	repository.poltekkes-denpasar.ac.id Internet Source	<1 %
22	repository.poltekkesbengkulu.ac.id Internet Source	<1 %
23	scholar.unand.ac.id Internet Source	<1 %
24	abdus-simahfudjr.blogspot.com Internet Source	<1 %
25	aspepkolorektrak1.blogspot.com Internet Source	<1 %
26	akperppnisolojateng.blogspot.com Internet Source	<1 %
27	eprints.kertacendekia.ac.id Internet Source	<1 %
28	ahmadsabiq87.wordpress.com Internet Source	<1 %
29	etd.unsyiah.ac.id Internet Source	<1 %
30	nursingstory97.blogspot.com Internet Source	<1 %
31	repository.bku.ac.id Internet Source	<1 %
32	bidantirsa.blogspot.com Internet Source	<1 %

33

repositori.uin-alauddin.ac.id

Internet Source

<1 %

34

repository.usd.ac.id

Internet Source

<1 %

Exclude quotes On

Exclude matches Off

Exclude bibliography On