

**BAB IV**  
**HASIL STUDI KASUS DAN PEMBAHASAN**

4.1 Hasil Studi Kasus

4.1.1 Gambara Lokasi Pengambilan Data

studi kasus ini di lakukan di RSUD dr. Drajat Prawiranegara kabupaten serang yang terletak di jalan Rumah Sakit Serang No.1,cipare, kec. Serang, Kota Serang,, Banten. dahulu Ruma Sakit ini Dikenal dengan Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten serang yang berdiri sejak tahun 1938. fasilitas yang tersedia di RSUD dr. Drajat Prawiranegara ini antara lain peayanan gawat darurat, rawat jalan (poli), rawat inap (tulip, cempaka, dahlia, anggrek1 dan 2, melati 1 dan 2), kamar bedah, ruang instalasi, dan pelayanan administrasi.

dalam studi kasusu ini penulis menggunakan ruang Unit Gawat Darurat (UGD) yang dimana tempat menerima asien secara gawat darurat dengan kondisi apapun seperti pasien Cedera Kepala. jumlah pasien di UGD berubah setiap hari nya .

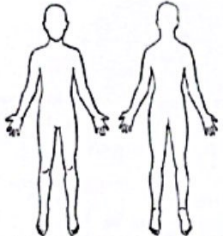
4.1.2 Pengkajia

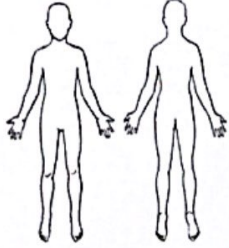
tabe 4.1 identitas pasien

Identitas pasien	Klien 1	Klien 2
Nama pasien	Tn.S	Ny.N
Umur	21 thn	26 thn
Alamat	Ciruas	Kp. margasana
Jenis kelamin	Laki-laki	Perempuan
Agama	Islam	Islam
Pendidikan	SMA	SMP
Pekerjaan	-	-
Status perkawinan	Belum menikah	-

tabel 4.2 Pengkajian Primer

Pengkajian primer	Diagnose keperawatan	Tindakan
Klien 1		
Airway	Pasien muntah	- Resiko aspirasi - Suction
Breathing	rr : 24 x/menit, spo2: 96 % suara nafas vesikuler	- Monitoring bunyi nafas tambahan
Circulation	N: 74 x/ menit , nadi tidak teraba S: 36,,7 C, akral hangat dan lembab TD :100/60 mmHg, crt nya < 2 dtk	- Monitoring ttv
Disability	Kecadaran pasien pain dengan GCS :9 >>	- Monitoring tingkat kesadaran

	E: 1 m:5 v: 3 Pupil isokor diameter pupil 2mm	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Posisikan semi fowler</li> <li>- Berikan oksigen 10 lpm (Nrm)</li> <li>- Rontgen</li> <li>- Pemeriksaan lab</li> </ul>
Exposure muka belakang 	Terdapat luka sobekan di kepala Dan terdapat jejas di perut	<ul style="list-style-type: none"> <li>- USG whole abdomen</li> <li>- Hekting &gt; 5 jaitan</li> <li>- Ct-Scan 3D head</li> </ul>
Klien 2		
Airway	Tidak ada hambatan jalan nafas	
Breathing	rr : 23 x/ menit suara nafas : vesikuler spo2 : 89 %	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring bunyi nafas tambahan</li> </ul>
Circulation	N :72 x / menit Suhu : 36,0 C Akral nya dingin dan kering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring ttv</li> </ul>
Disability	Kesadaran alert GCS : 10 >> E:2 M: 5 V:3 Pupil isokor, diameter pupil 2mm Paasien piingsan	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring tingkat kesadaran</li> <li>- Posisikan semi fowler</li> <li>- pemberian O2 nasalkanul 3 lpm</li> <li>- Pemeriksaan lab</li> </ul>

Exposure muka                      belakang 	Terdapat luka lecet di muka dan di wajah Terdapat luka lecet di dada dan perut	- Rontgen
---	---	-----------

tabel 4.3 pengkajian skunder

Pengkajian skunder	Klien 1	Klien 2
Kepal dan leher	Kepala pasien normocephal,, terdapat luka sobek di bagian jidat pasien dengan keadaan terbuka frontal Dan di leher tidak terdapat pembesaran vena jugularis	Terdapat multiple vulnus excoriasi, diwajah terdapat hematom Di leher pasien tidak terdapat pembengkakan vena jugularis
Dada	Dada pasien simetris,, bunyi jantung I-II, irama regular	Bentuk dada simetris tetappi terdapat luka lecet (VE)
Abdomen	Terdapat bising usus dan terdapat jejas	Terdapat multiple vulnus excoriasi, terdapat bising usus yang menurun,, abdominal sinistra distensi
Punggung	Tidak terdapat jejas, punggung pasien simetris,, dan tidak ada odem	Tidak terdapat jejas dan tidak terdapat odem
Pelvis dan extremitas	Akral hangat dan CRT < 2 detik	Akral hangat, tidak terdapat odem

Tabel 4.4 anamnesisi pasien

Anamnesis (KOMPAK)	Klien 1	Klien 2
Keluhan	Penurunan kesadaran	Terdapat luka di kepaladan dada .
Obat	Pasien tidak memiliki obat khusus	Pasien tidak memiliki

		obat khusus
Penyakit	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sebelum nya tidak pernah di rawat</li> <li>- Keluarga Pasien tidak memiliki penyakit turunan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sebelum nya tidak pernah di rawat</li> <li>- Keluarga Pasien tidak memiliki penyakit turunan</li> </ul>
Kejadian	Pasien datang dengan kelujhan tidak sadarkan diri, pasien kecelakaan tunggal dan terdapat luka sobe di kepala ada ,muntah	Pasien datang di antar dengan keluarga karna tertabrak mobil saat menyebrangi jalan, luka terdapat di kepal, wajah, luka gores pada dada dan perut, paha kanan patah,, ada pingsan dan ada muntah

tabel 4.5 Hasil Pemeriksaan Disgnostik

Pemeriksaan	Klien 1	Klien 2
Lab: pemeriksaan darah	Hemglobin : 11,7 g/Dl Hematokrit : 54 % Leukosit 28,590 /UI Trombosit : 150.000 /UL	Hemglobin : 10,6 g/Dl Hematokrit : 32 % Leukosit 8500/UI Trombosit : 163.000 /UL
CtT- Scan 3D head (non kontras )	Ada	-
USG whole abdomen	Ada	-
Rontgen tengkorak	-	Ada

tabel 4.6 Pemeriksaan Diagnostik terapi obat

Klien 1	Klien 2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. RL 20tpm</li> <li>2. Injeksi omeprazol 2x1</li> <li>3. Injeksi ondansetron 3x1</li> <li>4. Injeksi ketorolac 3x1</li> <li>5. Injeksi tetagam</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. IVFD 2A 10 tpm</li> <li>2. Injeksi pct 4x 120 mg</li> <li>3. Injeksi ceatoxin 3x 400 g</li> <li>4. Injeksi tetagan 250 (iv)</li> </ol>

Analisa Data

tabel 4.7 Analisa Data

Analisa data	Etiologi	Masalah
--------------	----------	---------

<p>Klien 1</p> <p><b>Data subjektif :</b>          Keluarga pasien mengatakan pasien terkadang mengelluh ingin muntah, dan sesekali mengamuk</p> <p><b>Data objektif :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tapak berbaring</li> <li>- jalan nafas terhalang sputum</li> <li>- tangan pasien terikat supaya tdk beerontak</li> <li>- GCS : 9</li> <li>- telah di lakukan hecing</li> <li>- terpasang nrm 10lpm</li> <li>- terpasang dc</li> </ul>	<p>Cedera kepala</p> <p>Penurunan kesadaran</p> <p>Bersihkan jalan nafas tidak efektif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko aspirasi</p>	<p>Resiko aspirasi</p>
<p>Klien 2</p> <p><b>Data subjektif :</b>          Orang tua pasien mengeluh pasien jarang amakan,, sulit untuk minum karna sulit unntuk menelan</p> <p><b>Data oobjekti :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kepala pasien d iperban full sampai ke dagu</li> <li>- gigi patah</li> <li>- GCS : 10</li> <li>- S : 37,6</li> <li>- rr : 22</li> <li>- SPO2: 100%</li> </ul>	<p>Cedera kepala</p> <p>Penurunan kesadaran</p> <p>Penurunan intake makanan dan cairan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Resiko aspirasi</p>	<p>Resiko aspirasi</p>

4.1.3 Diagnosa Keperawatan  
 tabel 4.8 diagnosa keperawatan

Pasien 1	Pasien 2
Resiko aspirasi berhubungna dengan penurunan kesadaran	Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan intek cairan

4.1.4 Perencanaan

Tabel 4.9 Intervensi keperawatan

Diagnose	Tujuan dan kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
<b>Pasien 1</b>		
Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien di harapkan resiko aspirasi teratasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- tingkat kesadaran meningkat</li> <li>- gelisah menurun</li> <li>- akumulasi sekret menurun</li> </ul>	Pencegahan aspirasi <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tingkat kesadaran</li> <li>- monitor status pernafasan</li> <li>- monitor bunyi nafas</li> <li>- posisikan semi fowler</li> </ul> Manajemen jalan napas <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor pola napas</li> <li>- Monitor bunyi napas</li> <li>- Monitor sputum</li> <li>- Posisikan semi fowler</li> <li>- Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</li> <li>- Berikan oksigen</li> </ul>
<b>Pasien 2</b>		
Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan intake makanan dan cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan pasien di harapkan resiko aspirasi teratasi dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- tingkat kesadaran meningkat</li> <li>- kemampuan menelan meningkat</li> <li>- gelisah menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tingkat kesadaran</li> <li>- monitor status pernafasan</li> <li>- monitor bunyi nafas</li> <li>- moitor kemampuan menelan</li> <li>- posisikan semi fowler</li> <li>- anjurkan minum secara perlahan</li> </ul>

#### 4.1.5 Implementasi keperawatan

tabel 4.10 Implementasi Keperawatan

No	Hari/ Tanggal/ Waktu		Tindakan keperawatan	Tindakan keperawatan
	Pasien 1	Pasien 2	Pasien 1	Pasien 2
	14-03 – 2022 14.00- 17.30	21-3- 2022 10.00- 13.00	<p>Pencegahan aspirasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoring tingkat kesadaran di hari pertama kesadaran pasien adalah delirium dengan jumlah GCS : 9 E:1 M :5 V: 3</li> <li>- monitoring status pernafasan rr : 22 x/ menit SPO2 : 95% Dan terpasang oksigen 10 lpm</li> <li>- monitoring bunyi nafas bunyi nafas pasien ronki</li> <li>- posisikan semi fowler pasien terposisikan head up 30 derajat</li> </ul> <p>Manajemen jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring pola napas rr : 22 x/ menit SPO2 : 95%</li> <li>- Monitoring bunyi napas bunyi nafas pasien ronki</li> <li>- Monitoring sputum Terdapat sputum di jalan napas pasien</li> <li>- Memposisikan semi fowler pasien terposisikan head up 30 derajat</li> <li>- Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15</li> </ul>	<p>Pencegahan aspirasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoring tingkat kesadaran hari pertama kesadaran asein adalah delirium dengan jumlah GCS 10 E:2 M: 5 V:3</li> <li>- monitoring status pernafasan rr : 22x/ mnit SPO2 : 100%</li> </ul> <p>Terpasang oksigen nasal kanul 2 lpm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoring bunyi nafas bunyi nafas pasien vesikuler</li> <li>- monitoring kemampuan menelan kemampuan menelan pasien masi lemah</li> <li>- posisikan semi fowler pasien terposisiskan head up 30 derajat</li> <li>- anjurkan minum secara perlahan</li> </ul>

			detik Suctioning sputum pasien <15 detik - Berikan oksigen Pasien terpasang oksigen 10 lpm	
15-03-2022 15.00-16.30	22-03-2022 14.00-16.30	- monitoring tingkat kesadaran di hari ke dua kesadaran pasien meningkat menjadi apatis dengan jumlah GCS : 13 E:2 M :6 V: 5 - monitoring status pernafasan rr : 26 x/ menit SPO2 : 98% Dan terpasang oksigen 10 lpm - monitoring bunyi nafas bunyi nafas pasien vesikuler - posisikan semi fowler pasien terposisikan head up 30 drajat Manajemen jalan napas - Monitoring pola napas rr : 26 x/ menit SPO2 : 98% - Monitoring bunyi napas bunyi nafas pasien vesikuler - Monitoring sputum Terdapat sputum pada jalan napas - Memposisikan semi fowler pasien terposisikan head up 30 drajat - Melakukan	- monitoring tingkat kesadaran hari pertama kesadaran aseini adalah delirium dengan jumlah GCS 13 E:4 M: 4 V:5 - monitoring status pernafasan rr : 25x/ mnit SPO2 : 99% Terpasang oksigen nasal kanul 2lpm - monitoring bunyi nafas bunyi nafas pasien vesikuler - monitoring kemampuan menelan kemampuan menelan pasien meningkat - posisikan semi fowler pasien terposisikan head up 30 drajat - anjurkan minum secara perlahan	



			<p>penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>Sputum terhisap dari jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan oksigen</li> </ul> <p>Pasien terpasang oksigen 10 lpm</p>	
16-03-2022 11.00-13.30	23-03-2022 16.00-18.00	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoring tingkat kesadaran di hari ke tiga kesadaran pasien membaik menjadi apatis dengan jumlah GCS : 14 E:3 M :6 V: 5</li> <li>- monitoring status pernafasan rr : 26 x/ menit SPO2 : 98% Dan terpasang oksigen 10 lpm</li> <li>- monitor bunyi nafas bunyi nafas pasien vesikuler</li> <li>- posisikan semi fowler pasien terposisikan head up 30 drajat</li> </ul> <p>Manajemen jalan napas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring pola napas rr : 26 x/ menit SPO2 : 98%</li> <li>- Monitoring bunyi napas bunyi nafas pasien vesikuler</li> <li>- Monitoring sputum Terdapat sputum pada jalan napas</li> <li>- Memposisikan semi fowler pasien terposisikan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoring tingkat kesadaran hari pertama kesadaran asejin adalah delirium dengan jumlah GCS 15 E:4 M: 6 V:5</li> <li>- monitoring status pernafasan rr : 25x/ mnit SPO2 : 99% Terpasang oksigen nasal kanul 2lpm</li> <li>- monitoring bunyi nafas bunyi nafas pasien vesikuler</li> <li>- monitoring kemampuan menelan kemampuan menelan pasien meningkat</li> <li>- posisikan semi fowler pasien terposisikan head up 30 drajat anjurkan minum secara perlahan</li> </ul>	

			head up 30 drajat - Berikan oksigen Pasien terpasang oksigen 10 lpm	
--	--	--	--	--

#### 4.1.6 evaluasi pasien

Tabel 4.11 evaluasi pasien

Pasien 1			
Diagnose	Hari	evaluasi	Nama/ paraf
Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan kesadaran	Hari ke 1	S: - O : - mata pasien belum bisa terbuka - terpasang oksigen - terdapat sputum A: resiko aspirasi : teratasi karna pasien tidak terjadi aspirasi P: intervensi di lanjutkan - monitoring tingkat kesadaran - monitor status pernafasan - monitor bunyi nafas - posisikan semi fowler	
	Hari ke 2	S: - O : - mata pasien mulai terbuka jika dengan rangsangan nyeri - terpasang oksigen - tidak terdapat sputum di jalan napas A: resiko aspirasi : teratasi karna pasien tidak terjadi aspirasi P: intervensi di lanjutkan - monitoring tingkat kesadaran - monitor status pernafasan - monitor bunyi nafas - posisikan semi fowler	

	Hari ke 3	<p>S: -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mata pasien mulai terbuka jika dengan rangsangan suara</li> <li>- terpasang oksigen</li> </ul> <p>A: resiko aspirasi : teratasi karna pasien tidak terjadi aspirasi</p> <p>P: intervensi di lanjut kan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitoring tingkat kesadaran</li> <li>- monitor status pernafasan</li> <li>- monitor bunyi nafas</li> <li>- posisikan semi fowler</li> </ul>	
Pasien 2			
Resiko aspirasi berhubungan dengan penurunan intek cairan	Hari ke 1	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mata pasie terbuka dengan rangsangan nyeri</li> <li>- terpasang oksigen</li> </ul> <p>A : resiko aspirasi : Belum teratasi karna pasien belum sadar sempurna</p> <p>P: intervensi di lanut kan</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tingkat kesadaran</li> <li>- monitor status pernafasan</li> <li>- monitor bunyi nafas</li> <li>- moitor kemampuan menelan</li> <li>- posisikan semi fowler</li> <li>- anjurkan minum secara perlahan</li> </ul>	
	Hari ke2	<p>S : pasien mengeluh pasien sulit menelan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mata pasie terbuka dengan spontan</li> <li>- terpasang oksigen</li> <li>- kemampuan menelan pasien menurun</li> </ul> <p>A : resiko aspirasi : teratasi karna pasien tidak terjadi aspirasi namun kemampuan menelan pasien lemah</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tingkat kesadaran</li> <li>- monitor status pernafasan</li> <li>- monitor bunyi nafas</li> <li>- moitor kemampuan menelan</li> <li>- posisikan semi fowler</li> <li>- anjurkan minum secara perlahan</li> </ul>	
	Hari ke 3	<p>S : pasien sudah bisa menelan membaik</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- mata pasie terbuka dengan spontan</li> <li>- terpasang oksigen</li> <li>- kemampuan meneln pasien meningkat</li> </ul> <p>A : resiko aspirasi : teratasi karna pasien tidak terjadi aspirasi</p> <p>P: intervensi di lanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor tingkat kesadaran</li> <li>- monitor status pernafasan</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- monitor bunyi nafas</li> <li>- moitor kemampuan menelan</li> <li>- posisikan semi fowler</li> <li>- anjurkan minum secara perlahan</li> </ul>	
--	--	--	--

#### 4.2 pembahasan

Dalam pembahasan ini mencakup semua tahap proses yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi (perencanaan), implementasi (pelaksanaan) dan Evaluasi. pada studi kasus di ilih 2 pasien yaitu pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2 (Ny.N) kedua pasien sudah sesuai dengan kriteria yang di tetapkan dan akan di bandingkan pada kedua pasien tersebut.

##### 4.2.1 pengkajian

pengkajian adalah proses pengumpulan data secara sistematis yang bertujuan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional pasien pada saat datang ke UGD. pada pasien Tn. S saat pengkajian primer di temukan data pasien tidak sadarkan diri, dengan tingkat kesadaran delirium dan unlah GCS : 9 E:1 M :5 V: 3, pasien datang karna Kecelakaan lalu lintas tunggal. saat pengkajian rr: 24 x/ menit N: 74 x/ menit , nadi tidak teraba S: 36,,7 C, akral hangat dan lembab TD :100/60 mmHg, crt nya < 2 detik. pasien tapak terbaring lemah.

pada pasien Ny.N paisentertabrak mobil saat menyebrangi jalan, pasien datang di antar keluarga nya, luka terdapat di kepala, wajah, luka gores pada dada dan perut, paha kanan patah, ada pingsan dan tdk muntah kesadaran pasien alert GCS : 10 >> E:2 M: 5 V:3 saat pengkajian rr : 23 x/ menit N :72 x / menit Suhu : 36,0 C

##### 4.2.2 Diagnosa keperawatan

resiko aspirasi adalah dimana resiko masuk nya sekret, zat cair atau padat ke dalam trachea bronkial, yang bisa mengganggu kesehatan ( sendi P dan nikholas, 2021). berdasarkan data-data yang di peroleh, maka peneliti imenegakkan diagnose utama yaitu resiko aspirasi pada pasien cedera kepala.

pada pasien (Tn. S ) dan pasien 2 (Ny.N)di temukan data-data yang mengacu pada diagnose tersebut yaitu hambatan pada jalan nafas,, walau pada Ny.N tidak terdapat jalan nafas tetapi pasien 2 ini mengalami penurunan kesadaran yang dimana pasien dapat megalami aspirasi.

##### 4.2.3 Intervensi

intervensi merupakan perencanaan perawat untuk berdasarkan dengan pertimbangan dan penngetahuan klinis yang meningkatkan tujuan hasil perawtan klien,, intervensi mencakup perawatan langsung kepada individu, keluarga, dan komunitas.

berdasarkan data-data yang d deperleh,, maka penulis membuat intervensi sebagai berikut : monitor tingkat kesadaran, monitor status pernafasan , monitor bunyi nafas, monitor kemampuan menelan, anjurkan minum secara, posisikan semi fowler

#### 4.2.4 Implementasi

implementasi adalah tahap ke empat dari proses keperawatan yang di mulai etelah perawat menyusun rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang di lakukan leh perawat untuk membantu pasien dri masalah status kesehatan yang di hadapi ke status kesehatan yang baik. (afrian 2015). implementasi pada Tn.S pada hari pertama tindakan yang ada pada intervensi ya itu : monitoring tingkat kesadaran di hari pertama kesadaran pasien adalah delirium dengan jumlah GCS : 9 E:1 M :5 V: 3, monitoring status pernafasan rr : 22 x/ menit ,SPO2 : 95% Dan terpasang oksigen 10 lpm, monitoring bunyi nafas data/ bunyi nafas pasien ronki, posisikan semi fowler Data/ pasien terposisikan head up 30 drajat pada hari ke dua monitoring tingkat kesadaran data/ di hari ke dua kesadaran pasien meningkat menjadi apatis dengan jumlah GCS : 13 E:2 M :6 V: 5, monitoring status pernafasan data/ rr : 26 x/ menit, SPO2 : 98%, Dan terpasang oksigen 10 lpm , monitoring bunyi nafas bunyi nafas pasien vesikuler, posisikan semi fowler Data/pasien terposisikan head up 30 drajat hari ke tiga monitoring tingkat kesadaran di hari ke tiga kesadaran pasien membaik menjadi apatis dengan jumlah GCS : 14 E:3 M :6 V: 5, monitoring status pernafasan Data/ rr : 26 x/ menit, SPO2 : 98%, Dan terpasang oksigen 10 lpm,, monitor bunyi nafas Data/ bunyi nafas pasien vesikuler, posisikan semi fowler Data/ pasien terposisikan head up 30 drajat implementasi pada klien 2 sudah sesuai dengan apayang ada di intervensi dan klien 1 hanya di bedakan dengan usaha menelan pasien karna pasien kemampuan menelannya lemah. keterangan teori dan bukti” di atas menurut peneliti implementasi yang di lakukan pada ke dua klien hampir sama yaitu : monitor tingkat kesadaran, monitor status pernafasan, monitor bunyi nafas, posisikan semi fowler. akan tetapi implementasi pada pasien ke 2 terdapat tambahan implemntasi yaitu moitor kemampuan menelan, anjurkan minum secara perlahan. supaya ada intake cairan.

#### 4.2.5 evaluasi

keperawatan pada pasien cedera kepala meliputi evaluasi atau catatan perkembangan yang di aami oleh pasein setelah di lkuakan implementasi keperawatan (afrian 2015). untuk penentuan masalah teratasi sebagian atau masalah belum teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP dengan tujuan dan kriteria Hasil yang telah di tetapkan. evaluasi yang dilakukan selama 3 hari untuk menilai sejauh mana keberhasilan tindakan keperawtan yang di berikan kepada pasien 1 (Tn.S) dan pasien 2( Ny.N) dengan pencegahan aspirasi : kedua pasien berhasil tidak mengalami aspirasi dan papsien 2 berhasil untuk mengembalikan kemampuan menelannya.

## BAB V