

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Hasil

4.1.1. Gambaran Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit dr. DRAJAT PRAWIRANEGARA. Fasilitas yang tersedia di Rumah Sakit ini antara lain UGD 24 jam, ICCU, HCU, Poli penyakit dalam, Poli bedah, Poli saraf, Poli bedah saraf, Unit rehabilitasi medik, Laboratorium 24 jam, Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Ruang rawat inap.

Dalam studi kasus ini, peneliti menggunakan ruang IGD sebagai tempat penelitian. Ruang IGD adalah Instalasi 24 jam yang melayani pasien gawat darurat.

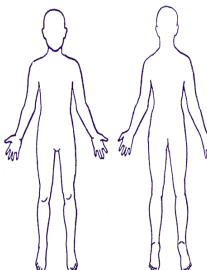
4.1.2. Pengkajian keperawatan

PASIEN 1	
NAMA MAHASISWA	: SAEFULLAH FATTAH
TANGGAL	: 25-03-2022
JAM	: 10:37 WIB.
NAMA PASIEN	: Tn.S
UMUR	: 66 tahun
JENIS KELAMIN	: Laki-laki
AGAMA	: Islam
PENDIDIKAN	: -
PEKERJAAN	: Petani
STATUS PERKAWINAN	: Menikah
PASIEN 2	
NAMA MAHASISWA	: SAEFULLAH FATTAH
TANGGAL	: 17-04-2022
JAM	: 08:30 WIB.

NAMA PASIEN	: Tn.E
UMUR	: 23 tahun
JENIS KELAMIN	: Laki-laki
AGAMA	: Islam
PENDIDIKAN	: SLTA
PEKERJAAN	: Buruh
STATUS PERKAWINAN	: Belum menikah

Pasien 1

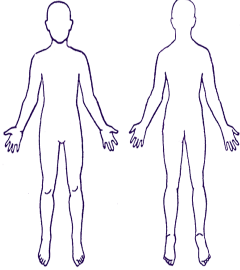
PENGAJIAN PRIMER	HASIL PENGAJIAN	TINDAKAN
AIRWAY	Pernafasan : Spontan Upaya bernafas : Ada Benda asing di jalan nafas : Tidak ada (clear) Hembusan nafas : Ada	-
BREATHING	Jenis Pernafasan : Takipnea Frekwensi Pernafasan : 20x/menit Retraksi Otot bantu nafas : Ada Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris Bunyi nafas : Vesikuler Bunyi jantung : lub dub	-
CIRCULATION	Perdarahan (internal/eksternal): tidak ada Kapilari Refill : < 3 detik	- Memonitor TTV

	<p>Tekanan darah :147/96 mmHg</p> <p>Nadi radial/carotis :94 x/menit</p> <p>Akral perifer : Hangat</p>	<p>- Pemberian infus Nacl 0,9% 20 tpm</p> <p>- Pemberian terapi obat ceftriaxone 2x1 gr</p> <p>ranitidine 2x1 gr</p> <p>ketorolac 3x1 gr</p>				
DISABILITY	<p>Kesadaran : compos mentis</p> <p>pupil : iskor</p> <p>GCS : 15 (E4V5M6)</p>	<p>- Memonitor tingkat kesadaran</p>				
EXPOSURE	<p>Spasme otot : normal</p> <p>Vulnus, kerusakan jaringan : post hakting di bagian kepala atas, terdapat luka tersembunyi di bagian punggung kaki</p> <p>Krepitasi : tidak ada</p> <p>Fraktur : tidak ada</p> <p>Dislokasi : tidak ada</p> <p>■ Kekuatan otot :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> </tr> </table>	5	5	5	5	<p>- Membuka semua pakaian pasien, apakah masih ada luka yang tersembunyi</p>
5	5					
5	5					
Muka Belakang						

Pasien 2

PENGAJIAN PRIMER	HASIL PENGAJIAN	TINDAKAN
AIRWAY	Pernafasan : Spontan	-

	<p>Upaya bernafas : Ada</p> <p>Benda asing di jalan nafas : Tidak ada (clear)</p> <p>Hembusan nafas : Ada</p>	
BREATHING	<p>Jenis Pernafasan : Takipnea</p> <p>Frekwensi Pernafasan : 26x/menit</p> <p>Saturasi : 89 %</p> <p>Retraksi Otot bantu nafas : Ada</p> <p>Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris dan irama tidak teratur</p> <p>Bunyi nafas : Vesikuler</p> <p>Bunyi jantung : lub dub</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor pola nafas - Pemberian terapi oksigen Non rebirthing mask 15 ml
CIRCULATION	<p>Perdarahan (internal/eksternal): tidak ada</p> <p>Kapilari Refill : < 2 detik</p> <p>Tekanan darah : 147/96 mmHg</p> <p>Nadi radial/carotis : 82 x/menit</p> <p>Akral perifer : Hangat</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor TTV - Pemberian infus Nacl 0,9% 20 tpm - Pemberian terapi obat <p>Ketorolac 3 x 30mg</p> <p>Ceftriaxone 2 x 1 gram</p> <p>Citicolin 3x 500 mg</p> <p>Omeprazole 1x1</p> <p>Inj tetagam</p>
DISABILITY	<p>Kesadaran : somnolen,</p> <p>GCS : 10 (E3V2M5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tingkat kesadaran

<p>EXPOSURE</p> <p>Muka</p> <p>Belakang</p> 	<p>Spasme otot : lemah</p> <p>Vulnus, kerusakan jaringan : post haking di bagian dagu, terdapat luka tersembunyi di bagian kanan kaki</p> <p>Krepitasi : tidak ada</p> <p>Fraktur : tidak ada</p> <p>Dislokasi : tidak ada</p> <p>▪ Kekuatan otot :</p> <table border="1" data-bbox="687 712 1056 958"> <tr> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </table>	3	3	3	3	<p>- Membuka semua pakaian pasien, apakah masih ada luka yang tersembunyi.</p>
3	3					
3	3					

<p>Evaluasi primer</p>	<p>Pasien 1</p> <p>Jam : 10.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • tidak ada sumbatan jalan nafas • Klien tidak sesak, • Suara nafas Vasikuler • Suara Jantung lub dub • TD : 138/85 mmHg • N : 98 x/ menit • RR : 20 x/ menitt • S : 36,2⁰C • SapO2 : 99 % • Akral hangat • GCS : 15 E4V5M6 • Kesadaran : Compos Mentis • Reflek pupil cepat • Terdapat luka di bagian kepala 	<p>Pasien 2</p> <p>Jam : 08.45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> • tidak ada sumbatan jalan nafas • Klien sesak • suara nafas Vasikuler • Suara Jantung lub dub • TD : 130/90 mmHg • N : 95 x/ menit • RR : 26 x/ menitt • S : 36,1⁰C • SapO2 : 89 % • Akral Hangat • Kulit kering • Turgor sedang • GCS: 10 E3V2M5 • Kesadaran : somnolen • Terdapat luka di bagian dagu
------------------------	--	--

1. Pengkajian Sekunder

Pasien 1

1) Keluhan utama

Pasien mengatakan nyeri kepala

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke IGD rumah sakit post tertabak motor sejak kemarin, pasien terlempar ke selokan, dan mengalami pingsan, muntah, keluar darah dari hidung, dan pasien saat ini mengeluh sakit kepala, dan anak pasien mengatakan kemarin sudah di bawa ke puskesmas ciomas dan luka di jahit luka terbuka di kepala sebelah depan kiri, perdarahan aktif

3) Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit yang di deritanya

4) Riwayat kesehatan keluarga

keluarga pasien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama seperti pasien.

Pasien 2

1) Keluhan utama

Pasien datang dengan penurunan kesadaran

2) Riwayat kesehatan sekarang

Pasien datang ke igd akibat kecelakaan lalu lintas jam 22:00 pasien menabrak mobil dan tidak sadarkan diri, dagu bengkak, kepala bagian kiri bengkak

3) Riwayat kesehatan dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak memiliki penyakit bawaan ataupun penyakit keturunan dan pasien tidak pernah dirawat di rumah sakit sebelumnya.

4) Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan tidak mempunyai penyakit yg sama didalam keluarga

2. Tanda-tanda Vital

Pasien 1	Pasien 2
TD : 147/96 mmHg	TD : 140/80 mmHg
N : 94 x/ menit	N : 82 x/ menit
RR : 20 x/ menitt	RR : 26 x/ menitt
S : 36,3 ⁰ C	S : 36,7 ⁰ C
SapO2 : 97 %	SapO2 : 89 %

3. Pemeriksaan Fisik Head to Toe

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
Kepala dan leher :	Simetris rambut tampak pendek dan berwarna hitam dan terdapat jaitan di kepala, Tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan vena jugularis	Simetris, rambut kasar dan tidak mudah rontok, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid.
Dada :	Pengembangan dada simetris bunyi jantung normal ,tidak tampak penggunaan otot bantu tambahan,saat di auskultasi tidak terdengar suara abnormal	Pergerakan dinding dada simetris antara yang kiri dengan yang kanan, fremitus antara yang kiri dengan kanan sama, Bunyinya vesikuler.
Abdomen :	Bentuk simetris,tidak terdapat nyeri tekan	Kulit perut tampak kering, Tidak ada nyeri tekan pada perut dan daerah hepar.

Pelvis & Ekstermitas	Tidak ada edema, bentuk simetris, terdapat luka pada punggung kaki	Ekstremitas atas dan bawah pasien lengkap, tampak ada bekas goresan pada kaki kanan pasien akibat kecelakaan, akral terasa hangat.
----------------------	--	--

4. Terapi yang diberikan

Pasien 1	Pasien 2
infus NaCl 0,9 % 20 tpm ceftriaxone 2x1 gr ranitidine 2x1 gr ketorolac 3x1 gr	Infus NaCl 0,9 % 20 tpm Ketorolac 3 x 30mg Ceftriaxone 2 x 1gram Citicolin 3x 500 mg Omeprazole 1x1 Inj tetagam

5. Hasil pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan	Pasien 1	Pasien 2
laboratorium	Hemoglobin (12.0.) Hemaktrosit (3.6) Leukosit (12.150)	Hemoglobin (17.0) Hemaktrosit (49) Leukosit (35.430) Gula darah sewaktu (145)

4.1.3. Analisa Data dan Diagnosis Keperawatan

1. Analisa Data

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>Pasien 1</p> <p>DS: pasien mengatakan merasa pusing.</p> <p>DO : TD : 138/85 mmHg</p> <p>N : 98 x/ menit</p> <p>RR : 20 x/ menitt</p> <p>S : 36,2⁰C</p>	<p>Cedera jaringan</p> <p>Tekanan intracranial</p> <p>Aliran darah ke otak</p> <p>Perubahan perfusi jaringan serebral</p>	<p>Resiko Perfusi jaringan serebral tidak efektif</p>
<p>DS : Klien mengatakan terdapat luka babras pada ppunggung kaki kanan</p> <p>DO :</p> <p>Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran :composmentis</p> <p>GCS : 15</p>	<p>Terjadi benturan keras pada bagian tubuh tertentu</p> <p>Robeknya kulit kepala</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p>Gangguan integritas kulit</p>
<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <p>- keadaan umum lemah</p>	<p>Trauma pada jaringan lunak</p> <p>Rusaknya jaringan kepala</p> <p>Luka terbuka</p> <p>Risiko tinggi terhadap infeksi</p>	<p>Resiko infeksi</p>

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>Pasien 2</p> <p>DS : -</p> <p>DO : Keadaan umum pasien lemah, tingkat kesadaran somnolen, GCS 10 (E3V2M5). Terdapat bekas memar pada kepala dan wajah pasien, tanda-tanda vital</p> <p>TD : 130/90 mmHg</p> <p>N : 95 x/ menit</p> <p>S : 36,1⁰C</p>	<p>Cedera jaringan</p> <p>Tekanan intracranial</p> <p>Aliran darah ke otak</p> <p>Perubahan perfusi jaringan serebral</p>	<p>Perfusi jaringan serebral tidak efektif</p>
<p>DS : -</p> <p>DO :</p> <p>Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran : somnolen</p> <p>GCS : 10 (E3V5M)</p>	<p>Terjadi benturan keras pada bagian tubuh tertentu</p> <p>Robeknya kulit kepala</p> <p>Kerusakan integritas kulit</p>	<p>Gangguan integritas kulit</p>
<p>DS : -</p> <p>DO : Pasien mendapatkan oksigen 15 L, pernapasan pasien 26 x, akral teraba hangat, Mukosa mulut kering, bibir pucat, kulit kering.</p>	<p>Hipoksia jaringan</p> <p>Kerusakan pertukaran gas</p> <p>Pernafasan</p> <p>Dangkal</p> <p>Pola nafas tidak efektif</p>	<p>pola nafas tidak efektif</p>

2. Dignosis keperawatan primer dan sekunder:

Pasein 1

1. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan manajemen peningkatan tekanan intrakranial
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perawatan luka
3. Resiko infeksi berhubungan dengan pencegahan infeksi

Pasien 2

1. Resiko perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan manajemen peningkatan tekanan intrakranial
2. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perawatan luka
3. Pola nafas tidak efektif berhubungan dengan manajemen jalan nafas

4.1.4. Perencanaan Luaran dan Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)
<p>Pasien 1</p> <p>Perfusi jaringan serebral tidak efektif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam, Perfusi jaringan serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran meningkat - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan TIK • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK • Monitor status pernapasan • Monitor intake dan output cairan <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang • Berikan posisi semi fowler • Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu

		Kolaborasi pemberian diuretic osmosis jika perlu
Gangguan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam, Gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi meningkat - Kerusakan jaringan meningkat - Kerusakan lapisan kulit meningkat 	<p>Tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi Monitor karakteristik luka (mis. drainase, wama, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan ploster secara perlahan • Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien • Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan protein 1.25-1,5 g/kgBB/hari

		<ul style="list-style-type: none"> • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi • Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
Resiko infeksi	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam, Resiko infeksi dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kemerehan menurun - Nyeri menurun - Bengkak menurun 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Batasi jumlah pengunjung • Berikan perawatan kulit pada area edema • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien Pertahankan teknik

		<p>aseptik pada pasien berisiko tinggi</p> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar • Ajarkan etika batuk Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi • Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi • Anjurkan meningkatkan asupan cairan. <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu</p>
<p>Pasien 2</p> <p>Perfusi jaringan serebral tidak efektif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam, Perfusi jaringan serebral tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran menurun - Sakit kepala menurun - Gelisah menurun 	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifikasi penyebab peningkatan TIK • Monitor tanda/gejala peningkatan TIK • Monitor status pernapasan • Monitor intake dan output cairan <p>Teraupetik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 27 • Berikan posisi semi fowler • Pertahankan suhu tubuh normal <p>Kolaborasi :</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan jika perlu • Kolaborasi pemberian diuretic osmosis jika perlu
, Gangguan integritas kulit	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam, Gangguan integritas kulit dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi meningkat - Kerusakan jaringan meningkat - Kerusakan lapisan kulit meningkat 	<p>Tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observasi Monitor karakteristik luka (mis. drainase, wama, ukuran, bau) • Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan • Cukur rambut di sekitar daerah luka, jika perlu • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Berikan salep yang sesuai ke kulitlesi, jika perlu • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase • Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien • Berikan diet dengan kalori 30-35 kkal/kgBB/hari dan

		<p>protein 1.25-1,5 g/kgBB/hari</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis. vitamin A, vitamin C, Zinc, asam amino), sesuai indikasi • Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transkutaneous), jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jelaskan tanda dan gejala infeksi • Anjurkan mengonsumsi makanan tinggi kalori dan protein • Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolaborasi prosedur debridement (mis. enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu • Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu
<p>Pola nafas tidak efektif</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan selama 1x24 jam, Pola nafas tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dispnia meningkat - Frekuensi nafas membaik 	<p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) • Monitor bunyi napas tambahan (ronki) • Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan kepatenan jalan

		<p>nafas head-tilt dan chin lift</p> <ul style="list-style-type: none"> • Berikan minuman hangat • Lakukan fisioterapi dada • Posisikan semifowler atau fowler • Lakukan pengisapan lender kurang dari 15 detik • Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakel • Keluarkan sumbatan benda padat dengan forsep McGill • Anjurkan supan cairan 2000 ml/hari sesuai toleransi jantung • Berikan oksigen <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajarkan teknik batuk efektif <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> • pemberian bronkolidator, ekspektoran, mukolitik
--	--	--

4.1.5. Implementasi

Pasien 1

No	Hari/tanggal	Implementasi Keperawatan	Paraf
1	25 mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor TTV • Monitor level kebingunan • Memonitor status cairan • Batasi jumlah pengunjung • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 	

Pasien

No	Hari/tanggal	Implementasi Keperawatan	Paraf
		<ul style="list-style-type: none"> • Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi • Lepaskan balutan dan ploster secara perlahan 	
1	17 April 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Monitor level kebingunan • Bersihkan jaringan nekrotik • Memonitor status cairan • Pasang balutan sesuai jenis luka • Monitor pola nafas • Monitor bunyi nafas tambahan • Pertahankan teknik steril saat • Posisikan semi fowler • molakukan perawatan luka • Berikan oksigenasi • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat • Lepaskan balutan dan ploster secara perlahan • Bersihkan dengan cairan NaCl 	
2	26 mei 2022	<ul style="list-style-type: none"> • atau pembersih nontoksik, Monitor TTV sesuai kebutuhan • Monitor level kebingunan • Bersihkan jaringan nekrotik • Memonitor status cairan • Pasang balutan sesuai jenis luka • Batasi jumlah pengujung luka • Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan lingkungan pasien dan lingkungan pasien • Pertahankan teknik steril saat molakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah • Pertahankan tehnik aseptik pada pasien beresiko tinggi 	
2	18 April 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan balutan dan ploster secara perlahan • Monitor TTV • Monitor level kebingunan • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Memonitor status cairan • Monitor pola nafas • Monitor bunyi nafas tambahan • Bersihkan jaringan nekrotik • Posisikan semi fowler • Pasang balutan sesuai jenis luka • Berikan oksigenasi • Lepaskan balutan dan ploster secara perlahan • Pertahankan teknik steril saat molakukan perawatan luka • Bersihkan dengan cairan NaCl • Ganti balutan sesuai jumlah atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat 	
3	19 April 2022	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor TTV • Monitor level kebingunan • Memonitor status cairan • Monitor pola nafas • Monitor bunyi nafas tambahan • Posisikan semi fowler • Berikan oksigenasi • Lepaskan balutan dan plester secara perlahan • Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan • Bersihkan jaringan nekrotik • Pasang balutan sesuai jenis luka • Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka • Ganti balutan sesuai jumlah eksudat 	

4.1.6. Evaluasi

Pasien 1

Hari/tanggal	Waktu (WIB)	Evaluasi	Paraf
Senin, 25 Maret 2022	13:00	<p>S: Klien mengatakan ada vulnus exoriaci pada punggung kaki</p> <p>O: Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran :composmentis</p>	

		<p>TD : 147/96 mmHg</p> <p>N : 94 x/ menit</p> <p>RR : 20 x/ menitt</p> <p>S : 36,3⁰C</p> <p>A: Nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi dilanjutkan</p>	
Selasa, 26 Maret 2022	08:00	<p>S: Klien mengatakan vulnus exoriaci sedikit mongering pada punggung kaki</p> <p>O: Keadaan umum : lemah</p> <p>Kesadaran :composmentis</p> <p>TD : 120/80 mmHg</p> <p>N : 79 x/ menit</p> <p>RR : 20 x/ menitt</p> <p>S : 36,5⁰C</p> <p>A: Nyeri teratasi sebagian</p> <p>P : intervensi di hentikan</p>	

Pasien 2

Hari/tanggal	Waktu (WIB)	Evaluasi	Paraf
Minggu 17 april 2022	09:20	<p>S : -</p> <p>O : Keadaan umum pasien masih lemah</p> <p>Kesadaran somnolen</p> <p>Bekas memar padawajah masih ada</p> <p>Terpasang kateter</p> <p>TD : 130/96 mmHg</p> <p>N : 82 x/ menit</p>	

		RR : 26 x/ menitt S : 36,7 ⁰ C A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
Senin 18 april 2022	08:00	S : - O : Keadaan umum pasien masih lemah Kesadaran samnolen Bekas memar padawajah masih ada Terpasang kateter TD : 140/ 85mmHg N : 84x/ menit RR : 24 x/ menitt S : 36,6 ⁰ C A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	
Selasa 19 april 2022	08:00	S : - O : Keadaan umum lemah Kesadaran delirium Masih terpasang kateter TD : 129/ 81mmHg N : 98x/ menit RR : 23 x/ menitt S : 36,1 ⁰ C A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan	

4.2 Pembahasan

4.2.1. Pengkajian

1. Subyektif

Data subyektif

pada tinjauan kasus dilihat dari pengkajian antara 2 klien didapatkan keluhan yang berbeda yang dialami klien 1 dan 2 yaitu nyeri pada bagian kepala dan penurunan kesadaran. Dimana pada pasien 1, mengatakan nyeri kepala. Sedangkan pasien 2 Tn.E mengalami penurunan kesadaran

Menurut peneliti pada pengkajian studi kasus ini semua keluhan yang dirasakan oleh kedua klien merupakan dampak kecelakaan lalu lintas, sehingga peneliti dapat menarik kesimpulan bahwa antara fakta dan teori terdapat kesamaan.

2. Objektif

Data Objektif pada pasien 1 didapatkan bahwa nyeri di bagian kepala dengan Skala nyeri 6 dengan menggunakan skala VAS, Pemeriksaan tanda-tanda vital pada Tn. S didapatkan TD :147/96 mmHg N : 94 x/ menit RR: 20 x/ menit S : 36,3⁰C Sedangkan pada Pasien 2, Tn.E dengan penurunan kesadaran. Pemeriksaan tanda-tanda vital pada Tn.E didapatkan TD : 140/80 mmHg N : 82 x/ menit RR: 26 x/ menit S : 36,7⁰C

4.2.2. Analisa Data dan Diagnosis Keperawatan

Dari hasil pengkajian, peneliti menemukan diagnosa keperawatan pada kedua subjek yaitu Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan manajemen peningkatan tekanan intrakranial dan Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perawatan luka, dari kedua pasien yang di dapat terdapat persamaan diagnosa dengan jurnal yang saya ambil.

Diagnosis keperawatan merupakan penilaian klinis terhadap pengalaman atau respon individu, keluarga, atau komunitas pada masalah kesehatan, pada resiko masalah kesehatan atau pada proses kehidupan (SDKI PPNI, 2016).

4.2.3. Perencanaan Luaran dan Intervensi Keperawatan

- Intervensi untuk diagnosis Perfusi jaringan serebral tidak efektif berhubungan dengan manajemen peningkatan tekanan intrakranial adalah : Monitor TTV, Monitor level kebingungan, Memonitor status cairan dan Gangguan integritas kulit berhubungan dengan perawatan luka adalah: lepaskan balutan dan plester secara perlahan,

bersihkan dengan cairan nacl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, bersihkan jaringan nekrotik, pasang balutan sesuai jenis luka, pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, ganti balutan sesuai jumlah eksudat.

Perencanaan keperawatan adalah sebagai bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan klien individu, keluarga dan komunitas (SLKI PPNI, 2018).

4.2.4. Implementasi

Dari perencanaan yang sudah diputuskan, peneliti melakukan tindakan keperawatan bagi kedua pasien sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi penyebab TIK
2. Memonitor status pernafasan
3. Memonitor intake dan output cairan
4. Memberikan posisi semi fowler
5. Mempertahankan suhu tubuh normal
6. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
7. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
8. Bersihkan jaringan nekrotik
9. Pasang balutan sesuai jenis luka
10. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
11. Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase

Implementasi keperawatan merupakan tindakan atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan (rencana keperawatan). Implementasi terdiri atas melakukan dan mendokumentasikan yang merupakan tindakan keperawatan khusus yang digunakan untuk melaksanakan intervensi (SIKI PPNI 2018)

4.2.5. Evaluasi

Evaluasi dari implementasi yang dilakukan adalah pasien 1 sudah mulai merasa membaik, dan pasien 2 masih tidak sadarkan diri , Masalah belum teratasi. Intervensi dihentikan untuk pasien 1 lalu pasien 2 intervensi di lanjutkan.

4.3 Implikasi dalam keperawatan

Berdasarkan hasil studi kasus ini terdapat beberapa implikasi yang dapat digunakan untuk peningkatan dalam bidang keperawatan yaitu:

1. Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan acuan bagi pengembangan keilmuan khususnya di Program Studi Keperawatan dalam bidang Keperawatan Gawat Darurat.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan evaluasi yang diperlukan dalam pelaksanaan perawatan di ruangan khususnya ruang Instalasi Gawat Darurat (IGD).