

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dimulai pada tanggal 12-30 April 2021 di Instalasi Gawat Darurat RSUP Sanglah. Pengkajian keperawatan pada pasien Tn. S dilaksanakan pada tanggal 19 April 2021 pukul 08.00 WITA sedangkan pengkajian keperawatan pada pasien Tn. K dilaksanakan pada tanggal 17 April 2021 pukul 09.00 WITA. Pengkajian keperawatan dijelaskan pada tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2
Pengkajian Kasus Kelolaan Utama

Kasus I	Kasus II
1	2
Identitas Pasien	Identitas Pasien
Nama : Tn.S	Nama : Tn.K
Umur : 62 tahun	Umur : 81 tahun
Jenis Kelamin : Laki-laki	Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Petani	Pekerjaan : Tidak bekerja
Agama : Hindu	Agama : Hindu
Tanggal Masuk RS : 19 April 2021	Tanggal Masuk RS : 17 April 2021
Alasan Masuk : Penurunan kesadaran	Alasan Masuk : Penurunan kesadaran
Diagnose Medis : CKS	Diagnose Medis : CKS
Initial survey : Pain	Initial survey : Pain
Warna triage : P2	Warna triage : P2
Survei Primer dan Resusitasi	Survei Primer dan Resusitasi
a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal	a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal
Keadaan jalan nafas	Keadaan jalan nafas
Tingkat kesadaran : Somnolen	Tingkat kesadaran : Somnolen
Pernafasan : 18x/menit	Pernafasan : 20x/menit
Upaya bernafas : Ada	Upaya bernafas : Ada
Benda asing di jalan nafas : Tidak ada	Benda asing di jalan nafas : Tidak ada
Bunyi nafas : Vesikuler	Bunyi nafas : Vesikuler
Hembusan nafas : Ada, dengan frekuensi 18x/menit.	Hembusan nafas : Ada, dengan frekuensi 20x/menit.

1	2								
<p>b. <i>Breathing</i> Fungsi pernafasan Jenis Pernafasan : Spontan Frekwensi Pernafasan : 18x/menit. Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (simetris) Bunyi nafas : Vesikuler Hembusan nafas : Ada, dengan frekuensi 18x/menit.</p>	<p>b. <i>Breathing</i> Fungsi pernafasan Jenis Pernafasan : Spontan Frekwensi Pernafasan : 20x/menit. Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (simetris) Bunyi nafas : Vesikuler Hembusan nafas : Ada, dengan frekuensi 20x/menit.</p>								
<p>c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran : Somnolen Perdarahan (internal/eksternal) : Epidural hematoma Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 140/100 mmHg. Nadi radial/carotis : 108x/menit. Akral perifer : Hangat</p>	<p>c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi Tingkat kesadaran : Somnolen Perdarahan (internal/eksternal) : Intracerebral hemorrhage Kapilari Refill : < 2 detik Tekanan darah : 150/100 mmHg. Nadi radial/carotis : 120x/menit. Akral perifer : Hangat</p>								
<p>d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis: GCS : E₃V₃M₄ : 10 Reflex fisiologis : Ada Reflex patologis : Tidak ada Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table>	5555	5555	5555	5555	<p>d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis: GCS : E₃V₂M₅ : 10 Reflex fisiologis : Ada Reflex patologis : Tidak ada Kekuatan otot :</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">5555</td> <td style="padding: 0 5px;">5555</td> </tr> </table>	5555	5555	5555	5555
5555	5555								
5555	5555								
5555	5555								
5555	5555								
<p>Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder</p> <p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD (Riwayat Kesehatan Dahulu) Pasien mengatakan tidak pernah menderita penyakit serius dan sebelumnya tidak pernah dirawat di RS. Pasien juga mengatakan ia tidak memiliki riwayat alergi seperti makanan, minuman ataupun obat-obatan. Pasien mengatakan ia tidak memiliki riwayat penyakit keturunan ataupun menular seperti</p>	<p>Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder</p> <p>1. Riwayat Kesehatan</p> <p>a. RKD (Riwayat Kesehatan Dahulu) Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien mempunyai riwayat penyakit vertigo sejak 5 tahun yang lalu.</p> <p>b. RKS (Riwayat Kesehatan Sekarang) Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah diantar oleh keluarganya dengan keluhan penurunan</p>								

1	2
<p>TBC, asma, diabetes ataupun hipertensi.</p> <p>b. RKS (Riwayat Kesehatan Sekarang) Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah diantar oleh keluarga dengan keluhan penurunan kesadaran setelah mengalami kecelakaan lalu lintas sejak 1 jam sebelum masuk rumah sakit. Pasien terjatuh saat mengendara sepeda motor karena di tabrak oleh pengendara sepeda motor lain, pasien tidak menggunakan helm saat kejadian dan saat jatuh kepala pasien membentur aspal. Riwayat tidak sadar (+) mual (+) muntah (-), kejang (-), GCS pasien E3V3M4 (10), TD : 140/100 mmHg, N : 108 x/menit. S : 36 °C, RR : 18 x/menit.</p> <p>c. RKK (Riwayat Kesehatan Keluarga) Keluarga pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun menular.</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien terjatuh saat mengendara sepeda motor karena di tabrak oleh pengendara sepeda motor lain, pasien tidak menggunakan helm saat kejadian dan saat jatuh kepala pasien membentur aspal. Riwayat tidak sadar (+) muntah (-), kejang (-).</p> <p>3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)</p> <p>a. Kepala : Normocephal Kulit kepala : Terdapat hematome Mata : Simetris, pupil isokor, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis Telinga : Simetris kanan dan kiri,</p>	<p>kesadaran dan kejang karena pasien jatuh di kamar mandi dan kepala bagian depannya kebentur. Riwayat tidak sadar (+) mual (+) muntah (-), kejang (+), GCS pasien E3V2M5 (10), TD : 150/100 mmHg, N : 120 x/menit. S : 36,2 °C, RR : 20 x/menit.</p> <p>c. RKK (Riwayat Kesehatan Keluarga) Keluarga pasien mengatakan tidak ada anggota keluarga yang memiliki riwayat penyakit vertigo seperti yang diderita pasien.</p> <p>2. Riwayat dan Mekanisme Trauma Pasien terjatuh di kamar mandi saat akan buang air kecil, pasien terjatuh dengan kepala bagian depannya terbentur di lantai. Riwayat tidak sadar (+) mual (+) muntah (-), kejang (+).</p> <p>3. Pemeriksaan Fisik (Head to Toe)</p> <p>a. Kepala : Normocephal Kulit kepala : Tampak balutan luka pada kepala bagian depan sebelah kanan, kulit kepala bersih Mata : Simetris, pupil isokor, sklera tidak ikterik, konjungtiva tidak anemis Telinga : Bentuk telinga simetris, tidak menggunakan alat bantu dengar, tidak terdapat lesi. Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi tidak lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi. Wajah : Simetris, bersih, tidak terdapat edema</p> <p>b. Leher : Bentuk leher normal, tidak teraba</p>

1	2
<p>tidak ada sekret, pendengaran baik Hidung : Bentuk hidung normal, tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi dan tidak ada bengkak. Mulut dan gigi : Mukosa bibir kering dan mulut bersih, gigi lengkap Wajah : Simetris, bersih, tidak terdapat edema</p>	<p>pembesaran kelenjar tiroid, dan nadi karotis teraba.</p>
<p>b. Leher :</p> <p>Bentuk leher normal, tidak teraba pembesaran kelenjar tiroid, dan nadi karotis teraba.</p>	<p>c. Dada/ thoraks :</p> <p>Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan</p> <p>Paru-paru Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan</p>
<p>c. Dada/ thoraks :</p> <p>Bentuk dada normochest, tidak tampak adanya pembengkakan</p> <p>Paru-paru Inspeksi : Gerak dada simetris, tidak tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan. Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : Sonor Auskultasi : Vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan</p> <p>Jantung Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : S1 dan S2 reguler Auskultasi : Suara murmur tidak ada</p>	<p>Jantung Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan Perkusi : S1 dan S2 reguler Auskultasi : Suara murmur tidak ada</p>
<p>d. Abdomen</p> <p>Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)</p>	<p>d. Abdomen</p> <p>Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)</p>
<p>d. Abdomen</p> <p>Inspeksi : Bentuk abdomen normal, tidak tampak adanya pembengkakan dan tidak ada lesi. Palpasi : Tidak ada nyeri tekan Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+)</p>	<p>e. Pelvis</p> <p>Inspeksi : Bentuk pelvis simetris tidak terdapat benjolan/luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan</p>
	<p>f. Perineum&rektum : Tidak dikaji</p>
	<p>g. Genitalia : Tidak dikaji</p>
	<p>h. Ekstremitas</p> <p>Status sirkulasi : CRT < 2detik Keadaan injury : Tidak ada</p>

1	2
e. Pelvis Inspeksi : Bentuk pelvis simetris tidak terdapat benjolan/luka Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	i. Neurologis Fungsi sensorik : Pasien mampu merespon dengan nyeri Fungsi motorik : Kekuatan otot
f. Perineum&rektum : Tidak dikaji	5555 5555
g. Genitalia : Tidak dikaji	5555 5555
h. Ekstremitas Status sirkulasi : CRT < 2detik Keadaan injury : Tidak ada	Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Darah Lengkap Trombosit (PLT) : 320 10 ³ /uL MCV : 85.20 fL MCHC : 33.60 g/dL MCH : 28.70 Pg Leukosit (WBC) : 10.01 10 ³ /uL Hemoglobin (HGB) : 14.20 g/dL Hematocrit (HCT) : 42.20 % Eritrosit (RBC) : 4.95 10 ⁶ /uL
i. Neurologis Fungsi sensorik : Pasien mampu merespon dengan nyeri Fungsi motorik : Kekuatan otot	5555 5555
5555 5555	5555 5555
Pemeriksaan Laboratorium Hematologi Darah Lengkap Trombosit (PLT) : 187 10 ³ /uL MCV : 85.50 fL MCHC : 33.10 g/dL MCH : 28.30 Pg Leukosit (WBC) : 10.02 10 ³ /uL Hemoglobin (HGB) : 9.40 g/dL Hematocrit (HCT) : 28.40 % Eritrosit (RBC) : 3.32 10 ⁶ /uL	Kimia Klinik Ureum : 28.3 mg/dL SGPT : 16 U/L SGOT : 32 U/L
Kimia Klinik Ureum : 17.40 mg/dL SGPT : 44.70 U/L SGOT : 60.6 U/L	Pemeriksaan Elektrolit Natrium : 123 mmol/I Kalium : 2.7 mmol/I Glukosa sewaktu : 208 mg/dL Creatinine : 0.61 mg/dL Chloride : 78 mmol/I
Pemeriksaan Elektrolit Natrium : 136 mmol/I Kalium : 4.05 mmol/I Glukosa sewaktu : 100 mg/dL Creatinine : 1.00 mg/dL Chloride : 103.0 mmol/I	Hasil Pemeriksaan Diagnostik Jenis Pemeriksaan : MSCT Scan kepala irisan axial reformat sagital dan coronal, tanpa kontras
Hasil Pemeriksaan Diagnostik Jenis Pemeriksaan : MSCT Scan kepala irisan axial reformat sagital dan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Intracerebral Hemorrhage</i> 2. <i>Sub Aracnoid Haemorrhage pada medial cranial fossa kanan</i> 3. <i>Edema cerebri</i> 4. <i>SCALP hematome pada regio temporal kanan.</i> 5. <i>Soft tissue swelling pada regio maksilaris kanan</i> 6. <i>Concha media bulosa kiri</i>

coronal, tanpa kontras

- a. *Epi Dural Haemorrhage di regio frontalis kiri*
- b. *Sub Dural Haemorrhage di regio temporal kiri*
- c. *Sub Aracnoid Haemorrhage di parieto-occipital kanan kiri*
- d. *Edema cerebri*
- e. *Pneumocephalus regio frontalis kanan dan temporal kiri*
- f. *Hematosunus sinus maksilaris, ethmoidali, sphenoidaliskan kiri dan frontalis kanan*
- g. *Fraktur pada os frontalis kanan kiri, os temporal kiri, os parietal kanan, dinding anterior dan posterior sinus frontalis kanan, dinding lateralorbita kanan kiri, greater wing sphenoid kiri, dinding anterior sinus maksilaris kanan dan medial sinus maksilaris kanan kiri, lamina papyracea kanan kiri, septum nasi, dan dinding anterior sinus sphenoid kanan*
- h. *SCALP hematome pada regio frontoparietal kanan, temporoparietal kiri, periorbita, hingga submandibula kanan kiri disertai emfisema subkutis pada periorbita dan maksila kanan kiri*

Terapi Dokter

1. IVFD NaCl 0,9 % 20 tpm (Intra Vena)
2. Citicolin 500 mg (Intra Vena)
3. Ceftriaxone 500 mg (Intra Vena)
4. Paracetamol flas
5. Ranitidine 50 mg (Intra Vena)
6. Fenitoin 100 mg (Intra Vena)

Terapi Dokter

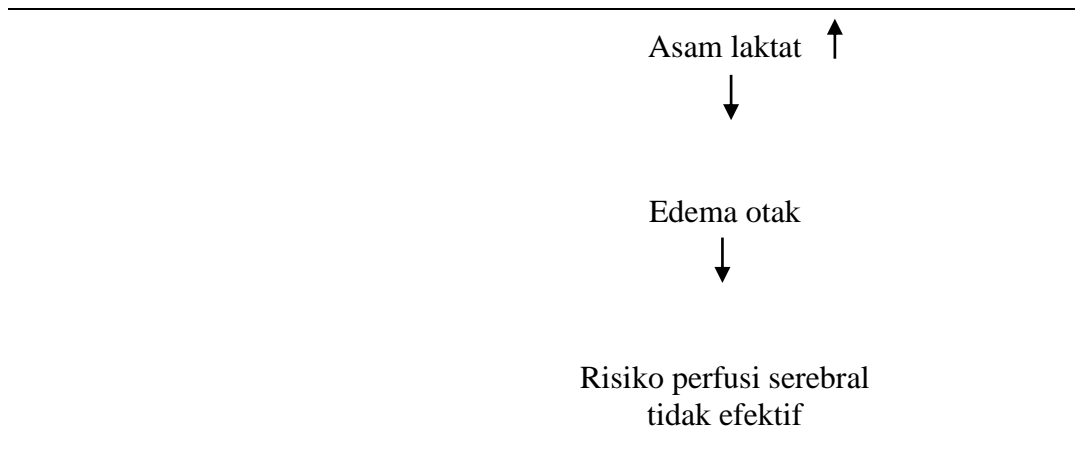
1. IVFD NaCl 0,9% 20 tpm (Intra Vena)
 2. Ranitidin 50 mg (Intra Vena)
 3. Fenitoin 100 mg (Intra Vena)
 4. Citicolin 500 mg (Intra Vena)
 5. Ceftriaxone 500 mg (Intra Vena)
-

B. Masalah Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Kasus I dan Kasus II didapatkan data fokus pengkajian berupa data subjektif dan objektif dan perumusan analisis masalah sebagai berikut:

Tabel 3
Analisis Masalah Keperawatan Kasus I

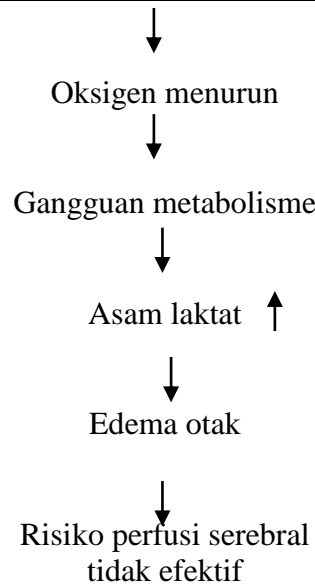
DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
Faktor Risiko 1. Cedera Kepala	Kecelakaan lalu lintas ↓ Cidera kepala ↓ Kontusio cerebri ↓ Kerusakan sel otak ↓ Gangguan autoregulasi ↓ Aliran darah ke otak ↓ ↓ Oksigen menurun ↓ Gangguan metabolisme ↓	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif



Masalah keperawatan pada kasus II pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 4 sebagai berikut:

Tabel 4
Analisis Masalah Keperawatan Kasus II

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
Faktor Risiko 1. Cedera Kepala	Benturan ↓ Cidera kepala ↓ Kontusio cerebri ↓ Kerusakan sel otak ↓ Gangguan autoregulasi ↓ Aliran darah ke otak ↓	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif



Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus I dan kasus II yaitu Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif.

C. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan berdasarkan analisis masalah pada kasus I dan kasus II dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Kasus I : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala
2. Kasus II : Risiko perfusi serebral tidak efektif dibuktikan dengan cedera kepala

D. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dilakukan pada pasien kasus I dan kasus II sesuai dengan masalah keperawatan yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan pedoman SIKI dengan label manajemen peningkatan tekanan intrakranial. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x2 jam

diharapkan perfusi serebral meningkat sesuai dengan kriteria hasil pedoman SLKI serta inovasi tambahan dengan pemberian head up 30° yang dapat menurunkan TIK dan MAP.

Rencana keperawatan pada kasus I pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 5 sebagai berikut:

Tabel 5
Rencana Keperawatan Kasus I

NO.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1.	<p>Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>Faktor Risiko : Cedera kepala</p> <p>Kondisi Klinis Terkait: Cedera kepala</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 2 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 6. Tekanan intra kranial membaik (5) 7. Tekanan darah sistolik membaik (5) 8. Tekanan darah diastolik membaik (5) 9. Reflex saraf membaik (5) 	<p>Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5. Berikan posisi semi Fowler 6. Cegah terjadinya kejang <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian

Rencana keperawatan pada kasus II pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 6 sebagai berikut:

Tabel 6
Rencana Keperawatan Kasus II

NO.	DIAGNOSIS KEPERAWATAN	TUJUAN	INTERVENSI
1.	Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Faktor Risiko : Cedera kepala Kondisi Klinis Terkait: Cedera kepala	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 2 jam maka Perfusi Serebral Meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat (5) 2. Kognitif meningkat (5) 3. Sakit kepala menurun (5) 4. Gelisah menurun (5) 5. Tekanan arteri rata-rata membaik (5) 6. Tekanan intra kranial membaik (5) 7. Tekanan darah sistolik membaik (5) 8. Tekanan darah diastolit membaik (5) 9. Reflex saraf membaik (5)	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) Terapeutik 4. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 5. Berikan posisi semi Fowler 6. Cegah terjadinya kejang Kolaborasi 7. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 8. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi dilakukan pada pasien kasus I dan kasus II sesuai dengan intervensi keperawatan dari diagnosa yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan pedoman SIKI dengan label Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 2 jam diharapkan status cairan membaik sesuai dengan kriteria hasil pedoman SLKI .

Tabel 7
Implementasi Keperawatan Kasus I

TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
19/04/2021 08.00 WITA	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien 2. Monitor MAP pasien	DS : - DO : GCS E ₃ V ₃ M ₄ (10) Kesadaran somnolen TTV: TD : 140/100 mmHg N : 108 x/menit S : 36 °C RR: 18 x/menit MAP : 113 mmHg	
08.15 WITA	1. Memberikan posisi head up 30°	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, diberikan posisi head up 30°	
08.20 WITA	1. Memberikan O ₂ sesuai kebutuhan	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, terpasang NRM 10 lpm	

08 .30 WITA	1. Memonitor tanda-tanda peningkatan TIK	DS : - DO : Pasien tampak mengalami hematome pada bagian kepala, pada bacaan CT Scan didapatkan adanya Edema cerebri GCS : E3V3M4 (10) Kesadaran somnolen TTV: TD : 140/100 mmHg N : 108 x/menit S : 36 °C RR: 18 x/menit MAP : 113mmHg
09 .45 WITA	1. Melakukan tindakan delegatif dalam pemasangan infus dan injeksi obat. a. IVFD Nacl 20 tpm b. Ranitidin 50 mg (intravena) c. Fenitoin 50 mg (intravena) d. Citicolin 500 mg (intravena)	DS : - DO : Ranitidin masuk per intravena tidak ada alergi Fenitoin masuk per intravena tidak ada alergi Citicolin masuk per intravena tidak ada alergi
10.45 WITA	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien 2. Monitor MAP pasien	DS : - DO : GCS E ₃ V ₃ M ₄ (10) Kesadaran somnolen TTV: TD : 130/90 mmHg N : 100 x/menit S : 36 °C RR: 18 x/menit MAP : 103 mmHg

11.00 WITA	1. Merencanakan untuk tindakan operasi	DS : - DO : Keluarga kooperataif
------------	--	--

Tabel 8
Implementasi Keperawatan Kasus II

TANGGAL/JAM	IMPLEMENTASI	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
17/04/2021 09.30 WITA	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien 2. Monitor MAP pasien	DS : - DO : GCS E ₃ V ₂ M ₅ (10) Kesadaran somnolen TTV: TD : 150/100 mmHg N : 120 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 °C MAP : 116 mmHg	
09.15 WITA	1. Memberikan posisi head up 30°	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, diberikan posisi head up 30°	
09 .20 WITA	1. Memberikan O2 sesuai kebutuhan	DS : - DO : Pasien tampak nyaman, terpasang NRM 10 lpm	
09 .30 WITA	1. Memonitor tanda-tanda peningkatan TIK	DS : - DO : Pasien tampak mengalami hematome pada bagian kepala, pada bacaan CT Scan didapatkan adanya Edema cerebri GCS : E3V2M5	

		(10) Kesadaran somnia TTV: TD : 150/100 mmHg N : 120 x/menit RR : 20 x/menit S : 36,2 °C MAP : 116 mmHg
09 .45 WITA	1. Melakukan tindakan delegatif dalam pemasangan infus dan injeksi obat. a. IVFD Nacl 20 tpm b. Ranitidin 50 mg (intravena) c. Fenitoin 50 mg (intravena) d. Citicolin 500 mg (intravena)	DS : - DO : Ranitidin masuk per intravena tidak ada alergi Fenitoin masuk per intravena tidak ada alergi Citicolin masuk per intravena tidak ada alergi
11.45 WITA	1. Mengkaji tingkat kesadaran pasien, keluhan dan tanda-tanda vital pasien 2. Monitor MAP pasien	DS : - DO : GCS E ₃ V ₂ M ₅ (10) Kesadaran somnia TTV: TD : 140/90 mmHg N : 101 x/menit S : 36 °C RR: 20 x/menit MAP : 106 mmHg
12.00 WITA	1. Merencanakan untuk tindakan operasi	DS : - DO : Keluarga kooperatif

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 2 jam pada pasien kasus I dan kasus II akan dijelaskan pada tabel 9 sebagai berikut:

Tabel 9
Evaluasi Keperawatan Kasus I

NO.	TGL / JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF
1	19/04/2021 11.00 WITA	S : - O : 1. Pasien tampak lemah 2. Terpasang O2 melalui NRM 10 lpm 3. Tingkat kesadaran somnolen, GCS: E3 V3 M4 : 10 4. TTV TD: 130/90 mmHg N : 100 x/menit S : 36 °C RR: 18 x/menit MAP : 103 mmHg A : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif P : Lanjutkan intervensi 1. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Berikan posisi head up 30° 4. Cegah terjadinya kejang 5. Rencana OK	

Tabel 10
Evaluasi Keperawatan Kasus II

NO.	TGL / JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF
1	17/04/2021 12.00 WITA	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien tampak lemah 2. Terpasang O2 melalui NRM 10 lpm 3. Tingkat kesadaran somnolen, GCS: E3 V2 M5 : 10 4. TTV: <ul style="list-style-type: none"> TD : 140/90 mmHg N : 101 x/menit S : 36 °C RR: 20 x/menit MAP : 106 mmHg <p>A : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda /gejala peningkatan TIK 2. Monitor MAP 3. Berikan posisi head up 30° 4. Cegah terjadinya kejang 5. Rencana OK 	