BAB III

LAPORAN KASUS

A. Pengkajian Keperawatan Kasus Kelolan I dan II

Tabel 2
Pengkajian Pada Pasien Cidera Kepala Tn. Ea dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus I	Kasus II
Identitas pasien a. Nama : Tn. Ea b. Umur : 58 Tahun c. Jenis Kelamin : Laki-laki d. Pekerjaan : Pegawai Swasta e. Agama : Hindu f. Tanggal Masuk RS : 20 April 202i pukul 06.30 WITA g. Alasan Masuk : : Pasien mengalami penurunan kesadaran akibat jatuh h. Diagnosa Medis : Cidera Kepala Berat	**Identitas pasien** a. Nama : Tn. S b. Umur : 35 tahun c. Jenis Kelamin : Laki-laki d. Pekerjaan : Pegawai Swasta e. Agama : Hindu f. Tanggal Masuk RS: 20 April 2021, pukul 06.30 WITA g. Alasan Masuk : Pasien mengalami penurunan kesadaran akibat jatuh h. Diagnosa Medis : Cidera Kepala Berat
Initial Survey : U (Unrespons)	**Initial Survey: U (Unrespons)**
Wrna triage : P1 (Merah)	**Wrna triage : P1 (Merah)**
Survey Primer dan Resusitasi **Airway dan control Servikal** Keadaan jalan nafas 1. Tingkat kesadaran : Semi koma (E1V1M4) 2. Pernafasan : Spontan 3. Upaya bernafas : Ada 4. Benda asing di jalan nafas : Ada, cairan 5. Bunyi nafas: Gurgling 6. Hembusan nafas: Dangkal **Breathing** Fungsi pernafasan 1. Jenis Pernafasan : Takipnea 2. Frekwensi Pernafasan : 26x/menit 3. Retraksi otot bantu nafas : Ada 4. Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris 5. Bunyi nafas : Gurgling 6. Hembusan nafas : Dangkal	**Circulation**

Survey Primer dan Resusitasi
Airway dan control Servikal
Keadaan jalan nafas
1. Tingkat kesadaran : Semi koma (E1V1M4)
2. Pernafasan : Spontan
3. Upaya bernafas : Ada
4. Benda asing di jalan nafas : Ada, cairan
5. Bunyi nafas : Gurglin
6. Hembusan nafas: Dangkal

Breathing
Fungsi pernafasan
1. Jenis Pernafasan : Takipnea
2. Frekwensi Pernafasan : 24x/menit
3. Retraksi otot bantu nafas : Ada
4. Kelainan dinding thoraks : Tidak ada kelainan, pergerakan dinding thorax simetris
5. Bunyi nafas : Gurgling
6. Hembusan nafas : Dangkal

Circulation

Keadaan sirkulasi 1. Tingkat kesadaran : Semi koma (E1V1M4) 2. Perdarahan (internal/eksternal): Ada pada kepala 3. Kapilari Refill : < 2 detik 4. Tekanan darah :140/100 mmHg 5. Nadi radial/carotis : Teraba 88x/menit 6. Akral perifer : Hangat	Keadaan sirkulasi 1. Tingkat kesadaran : Semi koma (E1V1M4) 2. Perdarahan (internal/eksternal): Ada pada kepala 3. Kapilari Refill : < 2 detik 4. Tekanan darah : 167/76 mmHg 5. Nadi radial/carotis : Teraba 92x/menit 6. Akral perifer : Hangat
Disability Pemeriksaan Neurologis: 1. GCS : E :1 V:1 M:4 : 6 2. Reflex fisiologis : Terganggu 3. Reflex patologis : Tidak ada 4. Kekuatan otot 333 333 333 333	**Disability** Pemeriksaan Neurologis: 1. GCS : E :1 V:2 M:4 : 7 2. Reflex fisiologis : Terganggu 3. Reflex patologis : Tidak ada 4. Kekuatan otot 333 333 333 333
Secondary Survey **1. Riwayat Kesehatan** a. RKD Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki masalah kesehatan tensi tinggi. b. RKS Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani tanggal 20 April 2021 pukul pukul 06.30 WITA setelah mengalami kecelakaan lalulintas, menabrak anjing, kecelakan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, kelurga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangakat ke tempat kremasi tanpa berstirahat. Kelurga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan. Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani tanggal 20 April 2021 pukul pukul 07.00 WITA. GCS:6 E1V1M4 Tingkat kesadaran semikoma, TD : 167/76 mmHg, S : 36,6^{0}C, RR : 26x/menit, N : 92 x/menit, SaO_2 : 88%, perdarahan : (+), batuk tidak efektif, sekren (+), suara napas tambahan : ronchi. Diagnose medis saat ini Cidera Kepala Berat c. RKK Keluarga pasien mengatakan ada dari orangtua pasien yang memiliki Riwayat	**Secondary Survey** **1. Riwayat Kesehatan** a. RKD Keluarga mengatakan pasien tidak memiliki riwayat hipertensi, diabetes mellitus dan alergi. b. RKS Pasien datang ke IGD RSUD Sanjiwani pada tanggal 20 April 2021 pukul 06.30 WITA, setelah mengalami kecelakaan lalu lintas menabrak anjing, kecelakaan terjadi di Banjar Sidan Bangli, hendak menghadiri kremasi ayah pasien, keluarga pasien mengatakan sebelum berangkat ke tempat kremasi pasien ngayah (mekemit) di Pura sampai pukul 05.00 WITA dan langsung berangkat ke tempat kremasi tanpa beristirahat. Keluarga pasien mengatakan dari penjelasan saksi yang menyaksikan kecelakaan pasien jatuh dengan kondisi kepala terbentur di batu karena pada saat itu ada tumpukan batu di pinggir jalan. Keadaan umum : lemah, kesadaran semikoma, GCS:7 E1V2M4, CRT < 2detik, SaO2 : 98%, TD: 140/100mmHg, N: 88x/menit, S: 36,5◦c, RR: 24x/menit. Perdarahan: +, batuk tidak efektif, secret: +, suara napas tambahan: ronchi. Diagnose medis saat ini Cidera Kepala Berat. c. RKK Keluarga pasien mengatakan dalam keluarganya tidak ada yang memiliki penyakit keturunan seperti hipertensi,

keshatan yaitu riwayat hipertens

2. Riwayat dan Mekanisme Trauma

Pasien mengalami cidera kepala riwayat kecelakaan lalulintas

Mekanisme trauma pada pasien ini termasuk pada mekanisme trauma tumpul sesui dengan riwayat kecelakaan lalulintas yang dialami pasien.

Mekanisme cidera yang alami pasien yaitu cidera deselerasi sesuai dengan kejadian kecelakaan, keluarga mengatakan kejadian kecelakaan pasien membonceng temannya terpental dan kepala pasien mebentur batu yang berada diarea kecelakaan.

3. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

a. Kepala
- Kulit kepala : cephal hematoma diameter 12 cm, lesi (+), warna rambut hitam,
- Mata : Konjungtiva : pucat,
- Sklera : normal
- Pupil : midriasis (melebar)
- Mata sebelah kiri tampak lembam/edema
- Telinga : Bentuk telinga simetris, terdapat perdarahan pada telinga kiri,
- Hidung : Simetris, perdarahan (-), lesi (-),
- Mulut dan gigi : Perdarahan (-), lesi (+), gigi tampak lepas pada m3 dan m2 atas
- Wajah: Hematoma (+), lesi (+)

b. Leher : Nadi karotis teraba,pembesaran vena jugularis (-), lesi (-)

c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan
- Paru-paru
  Inspeksi : Pengembangan dada simptris, jejas (-), tampak ada retraksi otot bantu pernafasan
  Palpasi : Nyeri tekan (-), benjolan (-)
  Perkusi : Sonor
  Auskultasi : Vasikuler +/+, Ronchi +/+
- Jantung
  Inspeksi : Pengembangan dada simetris
  Palpasi : nyeri tekan (-)
  Perkusi : Sonor
  Auskultasi : Suara Jantung S2 S3, Murmur (-)

d. Abdomen
  Inspeksi : Bentuk abdomen simetris, tidak adadistensi abdomen
  Palpasi : Tidak teraba adanya penupukan

diabetes mellitus, dll

2. Riwayat dan Mekanisme Trauma

Pasien mengalami cidera kepala riwayat kecelakaan lalulintas

Mekanisme trauma pada pasien ini termasuk pada mekanisme trauma tumpul sesui dengan riwayat kecelakaan lalulintas yang dialami pasien.

Mekanisme cidera yang alami pasien yaitu cidera deselerasi sesuai dengan kejadian kecelakaan, keluarga mengatakan kejadian kecelakaan pasien dibonceng temannya terpental dan kepala pasien mebentur batu yang berada diarea kecelakaan

3. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

a. Kepala
- Kepala : Cephal hematoma diameter 10cm
- Kulit kepala : Terdapat lesi, rambut berwarna hitam tampak bersih.
- Mata : Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sclera putih (tidak ikterik)
- Telinga: Bentuk telinga simetris, tidak terdapat tanda infeksi, tidak menggunakan alat bantu dengar, nyeri tekan tidak ada, secret tidak ada dan lesi tidak ada.
- Hidung : Tidak tampak adanya lesi, perdarahan, sumbatan maupun tanda gejala infeksi, tidak ada bengkak dan nyeri tekan.
- Mulut dan gigi : Warna mukosa bibir pucat, tampak kering, tidak ada lesi, jumlah gigi lengkap, tidak terdapat perdarahan dan radang gusi.
- Wajah : Wajah tampak pucat, tidak terdapat edema maupun nyeri tekan dan terdapat luka lecet region pipi hematoma

b. Leher : Tidak tampak adanya pembengkakan,tidak teraba pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri tekan, nadi karotis teraba.

c. Dada/ thoraks : Bentuk dada normal chest, tidak tampak adanya pembengkakan
- Paru-paru
  Inspeksi : Gerak dada simetris, tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan
  Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

cairan, nyeri tekan (-) Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+) e. Pelvis Inspeksi : Bentuk simetris Palpasi : Nyeri tekan (+) f. Perineum dan rektum : tidak terkaji g. Genitalia : tidak tekaji h. Ekstremitas Status sirkulasi : CRT <2 dtk Keadaan injury : Terdapat perdarahan pada kepala i. Neurologis Fungsi sensorik : Terganggu Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas	Perkusi: Sonor Auskultasi : Vesikuler +/+, Ronchi +/+ - Jantung Inspeksi : Gerak dada simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan pada jantung Perkusi : Sonor Auskultasi : Suara jantung S1 S2 reguler, murmur (-) d. Abdomen Inspeksi : Tidak ada distensi abdomen Palpasi : Tidak teraba adanya penumpukan cairan, nyeri tekan (-) Perkusi : Timpani Auskultasi : Bising usus (+) e. Pelvis Inspeksi : Bentuk pelvis simetris Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan f. Perineum dan rectum : Tidak dikaji g. Genitalia : Tidak dikaji h. Ekstremitas Status sirkulasi : CRT <2detik Keadaan injury : Terdapat perdarahan pada kepala i. Neurologis Fungsi sensorik : Terganggu Fungsi motorik : Mengalami kelemahan pada ekstremitas

Table 3
Hasil laboratorium Pada Pasien Cidera Kepala Tn. Ea dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat DaruratRSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus Kelolaan 1				**Kasus Kelolan 2**			
Hematologi			**Ket.**	**Hematologi**			**Ket.**
Trombosit (PLT)	233	150-450		Trombosit (PLT)	300	150-450	
PCT	0.201	0.108-0.282		PCT	0.300	0.108-0.282	high
MPV	8,7	7.0-11.0		MPV	10.0	7.0-11.0	
MCV	91,7	80.0-100.0		MCV	86.3	80.0-100.0	
MCHC	32,5	32.0-36.0		MCHC	32.3	32.0-36.0	
MCH	29,8	27.0-31.0		MCH	27.9	27.0-31.0	
Leukosit (WBC)	12,8	4.00-10.00	High	Leukosit (WBC)	19.04	4.00-10.00	high
Hemoglobin (HGB)	15,3	11.0-16.0		Hemoglobin (HGB)	14.7	11.0-16.0	
Hematocrit (HCT)	47,1	37.0-54.0		Hematocrit (HCT)	45.6	37.0-54.0	
Eritrosit (RBC)	5,14	3.50-5.50		Eritrosit (RBC)	5.29	3.50-5.50	

Hemostasis			**Hemostasis**		
Waktu perdarahan (BT)	5.00	2-6	Waktu perdarahan (BT)	3.00	2-6
Waktu pembekuan (CT)	8.00	6-15	Waktu pembekuan (CT)	7.00	6-15
Imunologi			**Imunologi**		
SARS – CoV-2-Antigen Test	Negative	Negative	SARS – CoV-2-Antigen Test	Negative	Negative

Table 4
Hasil Pemeriksaan Diagnostik Pada Pasien Cidera Kepala Tn. Ea dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat DaruratRSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus Kelolaan 1	Kasus Kelolaan 2
CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras: Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan Intracerebral hematoma System ventrikel dan cysterna tampak normal Sulci dan gyri tampak tampak normal Tidak tampak deviasi midline struktur Pons dan cerebellum tampak normal Tak tampak kalsifikasi abnormal Orbita dan mastoid tampak baik **Kesan :** Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan	CT Scan Kepala irisan axial 3D tanpa kontras: Tampak lesi hiperden dengan densitas darah di lobus frontalis kanan dan temporal kanan System ventrikel dan cysterna tampak normal Sulci dan gyri tampak tampak normal Tidak tampak deviasi midline struktur Pons dan cerebellum tampak normal Tak tampak kalsifikasi abnormal Orbita dan mastoid tampak baik Tampak fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus Tampak scalp hematom frontalis kiri **Kesan** : Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan Fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus Scalp hematom frontalis kiri

Tabel 5
Terapi Dokter Pada Pasien Cidera Kepala Tn. Ea dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Kasus Kelolaan 1	Kasus Kelolaan 2
1. IVFD Nacl 0.9 % 20 tpm (masuk jam 07.00 WITA) 2. Oksigen NRM (masuk jam 07.00 WITA) 3. Paracetamol flash IV (masuk jam 07.00 WITA) 4. Citicolin 500 mg IV (masuk jam 07.00 WITA) 5. Ranitidine 1 amp IV (masuk jam 07.00 WITA) 6. Ondansentron 1 amp IV (masuk jam 07.00 WITA) 7. Pemasangan intubasi (masuk pukul 08.50 WITA) 8. Medazolam 10 Amp drip kecepatan 5mg/jam (masuk jam 08.50 WITA) 9. Manitol 200cc dalam 100cc Nacl habis dalam 15 menit Monitor @ 6 jam: masuk 100cc @15 menit @6 jam Bila TD <100 stop manitol (masuk pukul 09. 00 WITA) 10. Skin tes Ceftriaxone (masuk pukul 09. 00 WITA) 11. Metamizol 1 amp (masuk pukul 09. 20 WITA) 12. Ceftriaxone 1 gram (masuk pukul 09. 20 WITA)	1. IVFD Nacl 0,9% 2. Paracetamol flash 3. Ranitidine 1 ampul 4. Ondancentron 1ampul 5. Citicolin 500mg 6. Manitol 200cc dalam 100cc Nacl habis dalam 15 menit Monitor @ 6 jam: masuk 100cc @15 menit @6 jam Bila TD <100 stop manitol 7. Piracetam 12gr IV 8. Metamizole 3x1 ampul 9. Ceftriaxone 2x1 gram 10. Sungkup Oksigen 6 lpm 11. Pasien terpasang ETT no 7.5 cuffed kedalaman 21 cm 12. Pasien terpasang on manual bagging 16x/menit

B. Analisa Masalah Keperawatan Kasus Kelolan I dan II

Tabel 6
Analisa Masalah Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala Tn. Ea Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

DATA FOKUS	ANALISA MASALAH	MASALAH
DS : - DO : - Faktor risiko dan kondisi klinis terkait yaitu cidera kepala	Kecelakaan ↓ Tauma kepala akibat deselerasi, akselerasi, coup-countrecoup ↓ Fraktor tulang tengkorak rupture pembuluh darah ↓ Perdarahan intracranial, hematoma	Resiko perfusi serebral tidak efektif

	↓ Peningkatan tekanan intracranial ↓ Tekanan perfusi serebral menurun ↓ **Resiko perfusi serebral tidak efektif**	

Tabel 7
Analisa Masalah Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

DATA FOKUS	ANALISA MASALAH	MASALAH
DS : - DO : - Faktor risiko dan kondisi klinis terkait yaitu cidera kepala	Kecelakaan ↓ Tauma kepala akibat deselerasi, akselerasi, coup-countrecoup ↓ Fraktor tulang tengkorak rupture pembuluh darah ↓ Perdarahan intracranial, hematoma ↓ Peningkatan tekanan intracranial ↓ Tekanan perfusi serebral menurun ↓ **Resiko perfusi serebral tidak efektif**	Resiko perfusi serebral tidak efektif

Berdasarkan analisa masalah keperawatan diatas dapat disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus I dan II yaitu risiko perfusi serebral tidak efektif

C. DiagnoseKeperawatan Kasus Kelolaan I dan II

Berdasarkan masalah keperawatan diatas maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan untu kasus I dan II adalah :

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

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

D. Rencana Keperawatan Kasus Kelolaan I dan II

Tabel 8
Rencana Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala Tn. Ea dan Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat Darurat RSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif (D.0017) **Definisi:** Berisiko mengalami penurunan sirkulasi daerah otak. **Faktor Risiko** ☐ Keabnormalan masa prothrombin dan/atau masa tromboplastin parsial ☐ Penurunan kinerja ventrikel kiri ☐ Aterosklerosis aorta ☐ Diseksi arteri ☐ Fibrilasi atrium ☐ Tumor otak ☐ Stenosis karotis ☐ Miksoma atrium ☐ Aneurisma serebri ☐ Koagulopati (mis.anemia sel sabit) ☐ Dilatasi kardiomiopati ☐ Koagulasi intravaskuler diseminata ☐ Embolisme ✓ Cedera kepala ☐ Hiperkolesteronemia ☐ Hipertensi ☐ Endocarditis infektif ☐ Katup prostetik mekanis ☐ Stenosis mitral ☐ Neoplasma otak ☐ Infark miokard akut ☐ Sindrom sick sinus ☐ Penyalahgunaan zat	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selam 1x2 jam maka **Perfusi Serebral Meningkat** dengan kriteria hasil : ✓ Tingkat kesadaran meningkat (5) ☐ Kognitif meningkat (5) ✓ Sakit kepala menurun (5) ✓ Gelisah menurun (5) ☐ Kecemasan menurun (5) ☐ Agitasi menurun (5) ☐ Demam menurun (5) ☐ Tekanan arteri rata-rata membaik (5) ✓ Tekanan intra kranial membaik (5) ✓ Tekanan darah sistolik membaik (5) ✓ Tekanan darah diastolit membaik (5) ✓ Reflex saraf membaik (5)	**Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial** **Observasi** ✓ Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) ✓ Monitor tanda /gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) ✓ Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) ☐ Monitor CVP (Central Venous Pressure), jika perlu ☐ Monitor PAWP, jika perlu ☐ Monitor PAP , jika perlu ☐ Monitor ICP (Intra Cranial Pressure), jika tersedia ☐ Monitor CPP (Cerebral Perfusion Pressure) ☐ Monitor gelombang ICP ✓ Monitor setatus pernapasan ✓ Monitor intake dan ouput cairan ☐ Monitor cairan serebro-spinalis (mis. Warna, konsistensi) **Terapeutik** ✓ Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang

☐ Terapi tombolitik ☐ Efek samping tindakan (mis. Tindakan operasi bypass) **Kondisi Klinis Terkait:** ☐ Stroke ✓ Cedera kepala ☐ Aterosklerotik aortic ☐ Infark miokard akut ☐ Diseksi arteri ☐ Embolisme ☐ Endocarditis infektif ☐ Fibrilasi atrium ☐ Hiperkolesterolemia ☐ Hipertensi ☐ Dilatasi kardiomiopati ☐ Koagulasi intravascular diseminata ☐ Miksoma atrium ☐ Neoplasma otak ☐ Segmen ventrikel kiri akinetic ☐ Sindrom sick sinus ☐ Stenosis karotid ☐ Stenosis mitral ☐ Hidrosefalus Infeksi otak (mis. Meningitis, ensefalitis, abses serebri)	✓ Berikan posisi semi fowler ☐ Hindari maneuver valsava ☐ Cegah terjadinya kejang ☐ Hindari penggunaan PEEP ☐ Hindari pemberian cairan IV hipotonik ☐ Atur ventilator agar PaCO2 optimal ☐ Pertahankan suhu tubuh normal **Kolaborasi** ☐ Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu ✓ Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu ☐ Kolaborasi pemberian pelunak tinja , jika perlu

E. Implementasi Keperawatan Kasus Kelolaan I dan II

Tabel 9
Implementasi Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala yaitu Tn. Ea Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat DaruratRSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
20 April 2021 Pikul 06.30 Wita	- Memonitor TTV, SaO_2, dan keluhan utama pasien - mengidentifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hiptensi ortostatik, gangguan	DS : Keluarga mengatakan pasien tidak sadar setelah jatuh menabrak anjing, dibonceng oleh temannya menggunakan sepeda motor, dan kepala pasien terbentur batu DO :	Candra

	keseimbangan, gangguan penglihatan, Neuropati) - memindahkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station	- TD : 167/76 mmhg - S : 36,6^{o}C - RR : 26 x/menit - N : 92x/menit - SaO_2 : 88 % - MAP : 136 mmhg - Pasien terpasang neck collar, pasien tampak berbaring dengan posisi setengah duduk untuk mencegah sesak bertambah parah - Wajah pasien tamapk pucat dan gelisah - Pasien tampak sesak dan bebaring - Pasien tampak sulit bernapas dan tampak tidak nyaman - Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan - Tampak adanya suara napas ronchi - Pasien terpasang sungkup NRM 10 lpm - Keadaan umum : lemah - Tingkat kesadaran semikoma - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS ; E1 V1 M4 - CRT < 3dtk	
06.35 WITA	- Memposisikan pasien posisi head up 30^{o} - Memberikan O_2 sesuai indikasi	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak mampu berkomunikasi DO : pasien berbaring dengan posisi setengah duduk, pasien terpasan face mask NRM dengan 10 lpm saturasi meningkat 98 %	Candra

06.40 WITA	Melakukan perawatan luka pada bagian kepala, kaki dan tangan	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO: Luka telah dibersihkan, tidak ada tanda dan gejala infeksi	Candra
06.45 WITA	- Memonitor tanda/gejala peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor ukuran, bentuk dan reaktifitas pupil	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : TD: 120/100, N:90x/menit, Pola napas reguler RR:22x/menit, kesadaran: semikoma, muntah-, pasien gelisah MAP= 120+(2.100)/3= 106mmHg, SaO2 : 98% Pupil isokor, tampak melebar ketika diberi rangsang cahaya Pasien belum menunjukkan adanya peningkatan kesadaran	Candra
06. 50 WITA	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian cairan IV sesuai indikasidan melakukan pengambilan sample darah	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tdiak mampu berkomunikasi DO ; terpasang infus RL 20 lpm pada tangan kiri, infus menetes lancer, sample darah diserahkan kepada keluarga untuk dibawa ke Laboratorium	Candra
07.00 WITA	Melakukan delegasi terapi pengobatan kepada pasien	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak mampu berkomunikasi DO : pasien mendapatkan obat : - Paracetamol I flas - Citicoline 500 mg - Ranitidine 1 amp - Ondansentron 1 amp	Candra
07.30 WITA	Memonitor status penapasan (Frekuensi, irama, kedalaman, pola napas, dan adanya produksi sputum Memonitor bunyi napas dan SaO_2	DS : DO :pasien tampak sesak, pola napas abnormal (bradipnea) dengan frekuensi 18 x/menit, suara napas tambahan ronchi +/+, terdapat cairan keluar dari mulut pasien	Candra

08.00 WITA	Kolaborasi pemerikasaan CT-Scan	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak mampu berkomunikasi DO : tunggu hasil	Candra
08.20 WITA	Memonitor status penapasan (Frekuensi, irama, kedalaman, pola napas, dan adanya produksi sputum Memonitor bunyi napas dan SaO_2	DS : - DO Pasien mengalami gagal nafas, dilakukan suction, terdapat secret ± 10cc, SaO_2 ; 85 % Konsul dokter anastesi untuk pemasangan intubasi, intubasi terpasang	Candra
08.25 WITA	Melakukan suction untuk membersihkan secret	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Sekret sudah dibersihkan	
08.30 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan intubasi pemasangan ETT	DS : Pasien tidak sadar Do : Pasien terpasang intubasi in line position dengan regimen fentanytl 150mcg, atracurium 50 mg, midazolam 5 mg Pasien terpasang ETT no 7.5 cuffed kedalaman 21 cm	
08.35 WITA	Memonitor TTV dan SaO_2 post Intubasi	DS : Pasien tidak sadar DO : Hasil TTV : TD:128/75mmHg N:90x/menit S:36,5◦c RR:18x/menit SaO2 : 100% Pasien terpasang infus Nacl 20tpm pada tangan kiri dan infus netes lancar Pasien terpasang bedsite monitor	

08.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan pemasangan dower kateter	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi DO : Dower kateter terpasang Urine output 250ml	Candra
08.40 WITA	Delegasi pemberian obat medazolam 10 amp drip kecepatan 5 mg/jam	DS : DO : Obat masuk	Candra
09.00 WITA	Delegasi pemebrian obat : - Mannitol 200 cc habis dalam 15 menit - Skin test ceftriaxone - Metamizole 1 amp	DS :- DO : obat masuk	Candra
09.05 WITA	Memonitor intake dan output cairan	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak tidak bisa diajak berkomunikasi DO : CM: Infus: 300cc, CK: Urine 200cc	Candra
09.15 WITA	Delegasi pemebrian obat : - Ceftriaxone 1 gram	DS : keluarga mengatakan pasien tidak mengalami reaksi alergi DO : obat masuk	Candra

Tabel 10
Implementasi Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala yaitu Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat DaruratRSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

Tanggal/Jam	Implementasi	Evaluasi Keperawatan	Paraf
20/4/21 06.30 WITA	Memonitor TTV, SaO2 dan keluhan utama pasien	DS : Pasien mengalami penurunan kesadaran DO : - Wajah pasien tampak pucat dan gelisah - Pasien tampak sesak - Pasien tampak sulit bernapas - Tampak adanya retraksi otot bantu pernapasan - Tampak adanya pernapasan wheezing/ronchi - Pasien terpasang sungkup oksigen 6 liter/menit	Candra

		- Keadaan umum: lemah - Tingkat kesadaran: Semikoma - Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS: 7 (E:1 V:2 M:4) - CRT < detik - SaO_2: 88% Hasil TTV : - TD :140/100mmHg, - N :88x/menit - S :36,5◦c, - RR :24x/menit - MAP: 120 mmHg	
06.30 WITA	- Memposisikan pasien posisi head up 30^o	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak mampu berkomunikasi DO : pasien berbaring dengan posisi setengah duduk	Candra
06.35 WITA	- Melaksanakan tindakan memasang neck collar Memberikan terapi O_2 sesuai indikasi - Memonitor kecepatan aliran oksigen - Memonitor efektifitas pemberian O_2 (Saturasi Oksigen) - Melakukan suction untuk membersihkan secret	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Pasien terpasang neck collar, Pasien terpasang Sungkup O_2 dengan 6 lpm, saturasi meningkat 98%, aliran oksigen lancer, Sekret sudah dibersihkan	Candra
06.40 WITA	Melakukan tindakan kolaborasi pemberian cairan IV sesuai indikasi dan melakukan pengambilan sampel darah	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO: Pasien terpasang infus Nacl 20 tpm pada tangan kiri, infus netes lancer dan sampel darah sudah di Laboratorium	Candra
06.50 WITA	Melakukan perawatan luka pada bagian kepala dan kaki	DS : Keluarga mengatakan pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO: Luka telah dibersihkan, tidak ada tanda dan gejala infeksi	Candra
07.00 WITA	- Memonitor	DS : Keluarga mengatakan	Candra

	tanda/gejala peningkatan TIK - Memonitor MAP - Memonitor ukuran, bentuk dan reaktifitas pupil	pasien gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : TD: 130/110, N:90x/menit, Pola napas reguler (lambat) RR:22x/menit, kesadaran: semikoma, muntah-, pasien gelisah MAP= 130+(2.110)/3= 116mmHg Pupil isokor, tampak melebar ketika diberi rangsang cahaya Pasien belum menunjukkan adanya peningkatan kesadaran	
07.20 WITA	- Memonitor status pernapasan (frekuensi, irama, kedalaman, pola napas dan adanya produksi sputum) - Memonitor bunyi napas - Memonitor Saturasi Oksigen	DS : Keluarga mengatakan pasien masih terlihat sesak. DO : Pasien tampak sesak, pola napas abnormal (takipnea) dengan frekuensi 24x/menit, suara napas tambahan ronchi +/+, terdapat cairan pada mulut pasien, pasien terpasang bedsite monitor	Candra
07.25 WITA	Melakukan suction untuk membersihkan secret	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Sekret sudah dibersihkan	Candra
07.30 WITA	Kolaborasi pemeriksaan CT-Scan	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Tunggu hasil.	Candra
08.30 WITA	- Memastikan roda tempat tidur pasien dalam kondisi terkunci - Pasang Handrail tempat tidur - Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan perawat	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Keluarga pasien kooperatif	Candra
08.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan pemasangan dower	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak	Candra

	kateter	berkomunikasi DO : Dower kateter terpasang Urine output 200ml	
09.00 WITA	Memonitor intake dan output cairan	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi DO : CM: Infus: 300cc, CK: Urine 200cc	Candra
09.30 WITA	Melaksanakan kolaborasi pemberian terapi pengobatan kepada pasien	DS : Pasien gelisah DO : Pasien diberikan terapi obat: - Manitol 200cc dalam 100cc Nacl habis dalam 15 menit, Metamizole 1 amp, Citicoline 1 amp, Ceftriaxone 1 gram - Obat telah masuk, tidak ada reaksi alergi.	Candra
08.45 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan pemasangan dower kateter	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi DO : Dower kateter Terpasang Urine output 200ml	Candra
10.00 WITA	Memonitor hasil pemeriksaan CT-Scan Memonitor TTV dan SaO_2	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Hasil pemeriksaan CT-Scan: Contusio hemoragik pada lobus frontalis kanan dan temporaslis kanan Fraktur zygoma kiri dan dinding anterior sinus maksilaris kiri sampai orbital floor disertai hematosinus Scalp hematom frontalis kiri Hasil TTV : TD:130/80mmHg N:98x/menit S:36,5◦c RR:18x/menit SaO2 : 98% Pasien terpasang infus Nacl 20tpm pada tangan	Candra

		kiri dan infus netes lancar Pasien terpasang bedsite monitor.	
11.00 WITA	Memonitor tingkat kesadaran batuk dan muntah Memonitor ukuran, bentuk kesimetrisan dan reaktifitas pupil	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Tingkat kesadaran semikoma (GCS: E1V1M4 (6), reflek pupil +/+	Candra
10.30 WITA	Melakukan suction untuk membersihkan secret	DS : Keluarga mengatakan pasien tampak gelisah dan tidak bisa diajak berkomunikasi. DO : Sekret sudah dibersihkan	
14.00 WITA	Melaksanakan kolaborasi tindakan intubasi pemasangan ETT	DS : Pasien tidak sadar Do : Pasien terpasang intubasi in line position dengan regimen fentanytl 150mcg, atracurium 50 mg, midazolam 5 mg Pasien terpasang ETT no 7.5 cuffed kedalaman 21 cm	
15.00 WITA	Memonitor TTV dan SaO_2 post Intubasi	DS : Pasien tidak sadar DO : Hasil TTV : TD:128/75mmHg N:90x/menit S:36,5◦c RR:20x/menit SaO2 : 100% Pasien terpasang infus Nacl 20tpm pada tangan kiri dan infus netes lancar Pasien terpasang bedsite monitor	

F. Evaluasi Keperawatan Kasus Kelolaan I dan II

Tabel 11
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala Tn. Ea Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat DaruratRSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

No.	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	20 April 2021 Pukul : 10. 00 WITA	**Diagnosa Keperawatan : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif** **Subjektive :**	Candra

		- **Objektive :** - Keadaan umum : lemah - Nilai rata-rata tekanan darah sistolik dan diastolic membaik TD : 110/88 mmHg - Tekanan intracranial menurun denan nilai MAP : 95 mmHg - Tinkat kesadaran : semikoma GCS : E1 V1 M4 - Ekpresi gelisah menurun **Asessment :** Perfusi serebral meingkat **Planning** Lanjutkan intervensi - Monitor KU pasien - Monitor tingkat kesadaran - Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor MAP (Men Arterial Pressure) - Berikan posisi head up 30^0 - Monitor TTV dan SaO2 - Monitor status pernapasan - Rujuk RSUP sanglah > tunggu jawaban RSUP	

Tabel 12
Evaluasi Keperawatan Pada Pasien Cidera Kepala Tn. S Dengan Masalah Keperawatan Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif Di Instalasi Gawat DaruratRSUD Sanjiwani Gianyar Tahun 2021

No.	Tanggal/Jam	Evaluasi Keperawatan	Paraf
1	20 April 2021 / 19.00 WITA	**Diagnosa Keperawatan : Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif** **Subjective** : - **Objective** : - Keadaan umum: lemah - Tingkat kesadaran: Semikoma - GCS: 7 (E:1 V:2 M:4) - Nilai rata-rata tekanan darah sistolik dan distoli membaik TD ; 120/80 mmHg - Tekanan intracranial cukup menurun dengan nilai MAP: 93 mmHg - Ekpresi Gelisah menurun	Candra

Assesment :
Risiko perfusi serebral meningkat

Planning :
Lanjutkan intervensi :

- Monitor tingkat kesadaran
- Monitor tanda/gejala peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola napas ireguler, kesadaran menurun)
- Monitor MAP (Men Arterial Pressure)
- Berikan posisi head up 30^0
- Monitor TTV dan SaO2
- Monitor status pernapasan