

LAPORAN KARYA ILMIAH AKHIR NERS

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. E.R
DENGAN *VULNUS LASERATUM PARIETAL* DI INSTALASI
GAWAT DARURAT RUMAH SAKIT GUNUNG MARIA
TOMOSON**

**Disusun Dalam Rangka Menyelesaikan
Tahap Profesi Ners**



Oleh:
Yosua Gerry Runtuwene
22062063

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALE MANADO
2023**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Yosua Gerry Runtuwene S.kep

NIM : 22062063

Program Studi : Profesi Ners

Menyatakan Bahwa karya ilmiah ners ini adalah benar merupakan hasil karya sendiri dan sepanjang pengetahuan serta keyakinan saya, saya tidak mencantumkan pengakuan bahan-bahan yang telah dipublikasikan sebelumnya atau ditulis oleh orang lain atau Sebagian bahan yang pernah diajukan untuk gelar ners atau ijazah pada Universitas Katolik De La Salle Manado atau perguruan tinggi lainnya.

Apabila pada masa yang akan datang diketahui bahwa pernyataan ini tidak benar adanya, saya bersedia menerima sanksi yang diberikan dengan segala konsekuensinya.

Demikian Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Manado, 28 Juni 2023



Yosua Gerry Runtuwene, S.Kep

HALAMAN PERSETUJUAN

HALAMAN PERSETUJUAN


Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn E.R Dengan Vulnus Laseratum
Parietal Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji di hadapan tim penguji KIAN
Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado

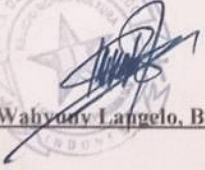
Manado, 29 Juni 2023

Pembimbing KIAN



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Katolik De La Salle Manado


Wahyu Langelo, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi
Profesi Ners


Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

HALAMAN PENGESAHAN

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir Ners ini diajukan oleh:

Nama : Yosua Gerry Runtuwene, S.Kep

NIM : 22062063


Program Studi : Profesi Ners

Judul KIAN : Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn E.R Dengan Vulnus Laseratum Parietal Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.

Telah berhasil dipertahankan di hadapan tim penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Ners pada program studi ners Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado.

TIM PENGUJI

Penguji

:  Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

MENGETAHUI,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Katolik De La Salle Manado

Ketua Program Studi
Profesi Ners


Wahyuni Langelo, BSN., M.Kes


Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

Ditetapkan di: Manado

Tanggal : 29 Juni 202

**ASUHAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT PADA TN. E.R DENGAN
VULNUS LASERATUM PARIETAL DI INSTALASI GAWAT DARURAT
RUMAH SAKIT GUNUNG MARIA TOMOHON**

Runtuwene, Yosua¹., Kerangan, Johanis²

Universitas Katolik De La Salle Manado

Email : gerry.runtuwene1999@gmail.com

ABSTRAK

Latar Belakang : Dalam jurnal Edukasi Berbasis Nutrisi dan budaya pada penderita luka robek kronis (vulnus laceratum) yang ditulis oleh Huda, N., Febriyanti, E., & de Laura, D. tahun 2018, angka kejadian vulnus laceratum setiap tahun semakin meningkat. Sebuah penelitian terbaru di Amerika menunjukkan prevelensi pasien dengan vulnus laceratum adalah 3.500 per 1000 populasi penduduk. Mayoritas vulnus laceratum pada dunia adalah vulnus laceratum karena pembedahan/trauma (48.00%). Pada tahun 2009, sebuah asosiasi luka di Amerika melakukan penelitian tentang insiden luka di dunia berdasarkan etiologi penyakit, diperoleh data untuk luka bedah ada 110.30 juta kasus, luka trauma 1.110 juta kasus, luka lecet ada 20.40 juta kasus, luka bakar 10 juta kasus. (Martono, Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Jilid 1, 2012) 3 Penderita Vulnus Laceratum / luka robek menempati urutan ketiga jenis cedera terbanyak di Indonesia sebanyak 23,2%.

Tujuan : Untuk memaparkan analisis Asuhan keperawatan Gawat Darurat Pada Tn. E.R Dengan Vulnus Laseratum Parietal Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon

Metode : Penulisan ini menggunakan metode studi kasus yang diambil dari klien di Ruang Instalasi Gawat Darurat RS Gunung Maria

Hasil : Hasil akhir evaluasi terkait intervensi yang dilakukan untuk mengatasi diagnose keperawatan dirumuskan dinilai berhasil hal ini dibuktikan dengan Tingkat nyeri menurun, syok menurun, kerusakan jaringan menurun

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, *Vulnus Laseratum*

Kepustakaan : 16 Jurnal (2018-2023)

**Emergency nursing in Mr. E.T With *Parietal Vulnus Laceratum* In The
Emergency Department At Gunung Maria Hospital, Tomohon.**

Runtuwene, Yosua¹, Kerangan, Johanis²

Universitas Katolik De La Salle Manado

Email : gerry.runtuwene1999@gmail.com

ABSTRACT

Background : In the journal nutrition and culture-based education for patients with chronic lacerations (*vulnus laceratum*) written by Huda, N., Febriyanti, E., & de Laura, D. in 2018, the incidence of *vulnus laceratum* is increasing every year. A recent study in America showed the prevalence of patients with *vulnus laceratum* was 3,500 per 1000 population. The majority of *vulnus laceratum* in the world is *vulnus laceratum* due to surgery/trauma (48.00%). In 2009, a wound association in America conducted a study on the incidence of wounds in the world based on disease etiology, obtained data for surgical wounds there were 110.30 million cases, trauma wounds 1,110 million cases, abrasions there were 20.40 million cases, burns 10 million cases (Martono, Integrated Journal of Health Sciences, Volume1, 2012) 3 Patients with *Vulnus Laceratum/ Laceration* ranked as the third most common type of injury in Indonesia with 23.2%.

Objective : To describe the analysis of emergency nursing care for Mr. E.R with *Vulnus laceratum Parietal* in the emergency department of Gunung Maria Tomohon Hospital.

Method : This writing uses a case study method taken from clients in the emergency room of Gunung Maria Hospital.

Result : The result of the evaluation related to the interventions carried out to overcome the nursing diagnoses formulated are considered successful, this is evidenced by the decreased pain level, decreased shock, decreased tissue damage.

Keywords : Nursing care, *Vulnus Laceratum*

Bibliography : 16 Journal (2018-2023)

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Tuhan Yesus Kristus karena Kasih dan Anugerahnya kepada saya sehingga saya bisa menyelesaikan penyusunan KIAN ini dengan judul “Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn. E.T Dengan *Vulnus Laseratum Parietal* Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon”

Dengan rasa hormat peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Prof. Dr. Johanis Ohoitumur sebagai Rektor Universitas Katolik De La Salle Manado
2. Wahyuny Langelo, BSN., M.Kes sebagai Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
3. Natalia Elisa Rakinaung, S.Kep., Ns., MNS sebagai Wakil Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
4. Helly Budiawan, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado
5. Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep sebagai Dosen pembimbing 1 untuk setiap masukan, arahan, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini.
6. Seluruh Dosen dan Staf Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado atas bantuan dan arahan dalam pengurusan selama saya berkuliah
7. Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon yang sudah memberikan kesempatan kepada kami mahasiswa/I Profesi Ners Universitas Katolik De La Salle Manado dalam melaksanakan praktek profesi
8. Keluarga terutama mama, papa, kakak, Pastor Bram, Pastor Berry serta keluarga besar yang selalu membantu dalam menyelesaikan KIAN ini, memberikan motivasi kepada saya dalam menyelesaikan KIAN
9. Teman-teman kelompok profesi Ners yang membantu dan saling memberikan dukungan dalam penyusunan KIAN dan memberi dukungan kepada saya dalam menyelesaikan KIAN ini.

10. Semua pihak yang tidak dapat saya sebutkan satu persatu yang telah membantu dalam menyelesaikan KIAN dalam bentuk doa.

Akhir kata semoga KIAN ini dapat menjadi manfaat dalam pengembangan ilmu pengetahuan terlebih khusus dibidang keperawatan dan memberi dampak positif bagi pembaca. Penulis menyadari akan keterbatasan dan kekurangan dalam penyusunan KIAN ini, oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan KIAN ini. Semoga KIAN ini dapat berguna bagi kita semua

Manado, 28 Juni 2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Yosua Gerry Runtuwene', with a stylized, somewhat abstract script.

Yosua Gerry Runtuwene, S.Kep

DAFTAR ISI

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
ABSTRAK	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB I	1
PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	3
1.3 Tujuan	3
1.3.1 Tujuan Umum	3
1.3.2 Tujuan Khusus	3
1.4 Manfaat	4
1.4.1 Manfaat Teoritis	4
1.4.2 Manfaat Praktisi	4
BAB II	5
TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Definisi	5
B. Anatomi dan Fisiologi	6
C. Etiologi	9
D. Klasifikasi (Novaprima, 2019)	10
E. Manifestasi klinis	11
F. Patofisiologi	11
G. Pemeriksaan penunjang (Novaprima, 2019)	12

H. Penatalaksanaan	13
I. Komplikasi	13
KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN TEORI	14
A. Pengkajian	14
B. Diagnosa Keperawatan	17
C. Perencanaan Keperawatan	17
D. Implementasi	22
E. Evaluasi Keperawatan	23
BAB III	31
GAMBARAN KASUS	31
3.1 Pengkajian	31
3.2 Diagnosis Keperawatan	31
3.3 Perencanaan	32
3.4 Implementasi	33
3.5 Evaluasi	33
BAB IV	34
PEMBAHASAN	34
4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL	34
4.2 DIAGNOSIS	Error! Bookmark not defined.
4.3 PERENCANAAN	35
4.4 IMPLEMENTASI	36
4.5 EVALUASI	36
BAB V	37
PENUTUP	37
5.1 KESIMPULAN	37
5.2 Saran	37
5.2.1 Saran untuk keperawatan	37

5.2.2 Saran untuk Rumah Sakit	37
4.1.1 Saran untuk penelitian	Error! Bookmark not defined.
LAMPIRAN	39

DAFTAR TABEL

Tabel 2.3 Penelitian Terkait

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Anatomi Kulit

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 : Curriculum Vitae

Lampiran 2 : Laporan Pengkajian – Evaluasi Kasus Pasien (Asuhan Keperawatan)

Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Ujian KIAN

Lampiran 4 : Lembar Konsultasi Pembimbing KIAN

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Vulnus laceratum atau luka robek adalah luka yang tidak beraturan atau compang camping, biasanya karena tarikan atau goresan benda tumpul. Luka ini juga disebabkan oleh trauma yang tidak tajam seperti tepi meja, terkena bagian dari kendaraan bermotor dan sebagainya sehingga membuat bagian tepinya tidak rata. (Randy Prayogi, 2019). Luka robek adalah luka dengan tepi yang tidak beraturan, biasanya karena tarikan atau goresan benda tumpul. Luka ini dapat dilihat pada kejadian kecelakaan lalu lintas dimana bentuk luka tidak beraturan dan kotor, kedalaman luka bisa menembus lapisan mukosa hingga lapisan otot (Maryunani, 2016)

Menurut WHO dalam jurnal Edukasi Berbasis Nutrisi dan budaya pada penderita luka robek kronis (vulnus laceratum) yang ditulis oleh Huda, N., Febriyanti, E., & de Laura, D. tahun 2018, angka kejadian vulnus laceratum setiap tahun semakin meningkat. Sebuah penelitian terbaru di Amerika menunjukkan prevelensi pasien dengan vulnus laceratum adalah 3.500 per 1000 populasi penduduk. Mayoritas vulnus laceratum pada dunia adalah vulnus laceratum karena pembedahan/trauma (48.00%).

Pada tahun 2009, sebuah asosiasi luka di Amerika melakukan penelitian tentang insiden luka di dunia berdasarkan etiologi penyakit, diperoleh data untuk luka bedah ada 110.30 juta kasus, luka trauma 1.110 juta kasus, luka lecet ada 20.40 juta kasus, luka bakar 10 juta kasus. (Martono, Jurnal Terpadu Ilmu Kesehatan, Jilid 1, 2012) 3

Penderita Vulnus Laceratum / luka robek menempati urutan ketiga jenis cedera terbanyak di Indonesia sebanyak 23,2%.

Indonesia sendiri memiliki angka prevalensi vulnus laceratum cukup tinggi, dari data Riskesdas tahun 2018 disebutkan bahwa angka prevalensi cedera nasional adalah sebesar 8,2%. Angka ini mengalami peningkatan sebesar 0,7% dibandingkan dengan 5 tahun sebelumnya, pada tahun 2007 prevalensi cedera secara nasional adalah sebesar 7,5%. Adapun kejadian cedera tersebut terbagi menjadi beberapa kategori penyebab cedera. Prevalensi cedera berdasarkan kategori penyebabnya adalah cedera akibat jatuh (40,9%) dan kecelakaan sepeda motor (40,6%), selanjutnya penyebab cedera karena terkena benda tajam/tumpul (7,3%), transportasi darat lain (7,1%) dan kejatuhan (2,5%). Prevalensi cedera secara nasional adalah 8,2 persen, prevalensi tertinggi ditemukan di Sulawesi Selatan (12,8%) dan terendah di Jambi (4,5%).

Provinsi yang mempunyai prevalensi cedera lebih tinggi dari angka nasional sebanyak 15 provinsi, proporsi cedera luka robek menduduki urutan ketiga jenis luka terbanyak di Indonesia. Jenis luka ini tertinggi ditemukan di Papua sekitar 48,5 persen dan terendah di DI. Yogyakarta (14,6%). Sedangkan proporsi cedera luka pada provinsi Sumatera Selatan angka prevalensi pada kasus luka robek adalah sebesar 18,7.

Pada saat praktek di Instalasi Gawat Darurat RS. Gunung Maria kami menemukan t berbagai kasus kegawatdaruratan dimana salah satunya yang kami angkat sebagai kasus kelompok yakni kejadian luka robek pada Tn. E.R yang disebabkan oleh kecelakaan tertimpa kayu pohon. Kasus ini ditemukan pada tanggal 15 Februari 2023 pukul 08.30 pagi.

1.2 RUMUSAN MASALAH

Vulnus Laceratum menjadi salah satu trauma yang masih sering terjadi yang bisa menimbulkan komplikasi yang serius bagi penderita seperti kecacatan, kematian, bahkan menurunkan kualitas hidup dari penderita. Dalam menyikapi kasus seperti ini perawat harus memberikan asuhan keperawatan yang tepat dan cepat. Berdasarkan hal ini maka penulis akan membuat karya ilmiah akhir ners dengan rumusan masalah : “ Bagaimanakah Asuhan Keperawatan pada pasien dengan vulnus laseratum parietal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon ?”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Memaparkan analisis asuhan keperawatan pada pasien dengan vulnus laseratum parietal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Menganalisis gambaran kasus pada pasien dengan vulnus laseratum parietal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria
- b. Menganalisis asuhan keperawatan pada pasien dengan vulnus laseratum parietal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria
- c. Menganalisis praktik pengelolaan kasus pada pasien dengan vulnus laseratum parietal di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Diharapkan karya ilmiah akhir ners ini dapat menjadi masukan dan referensi dalam pengembangan ilmu keperawatan terlebih dalam ranah ilmu keperawatan gawat darurat dan diharapkan karya ilmiah akhir ners ini dapat dikembangkan dalam sehingga memberikan kontribusi yang lebih besar dalam keperawatan

1.4.2 Manfaat Praktisi

Hasil karya ilmiah yang telah dibuat diharapkan dapat berguna bagi rumah sakit dengan memberikan masukan sebagai evaluasi dalam pelayanan asuhan keperawatan bagi para pasien cedera kepala. Karya ilmiah ini juga diharapkan dapat menjadi masukan bagi para perawat untuk mengembangkan ilmu keperawatan sehingga kedepannya dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih cepat dan tepat bagi para pasien vulnus laseratum

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Definisi

Parietal merupakan tulang yang terletak di setiap sisi tengkorak tepat di belakang tulang frontal. Kedua tulang parietal bersama-sama membentuk sebagian besar atap tengkorak dan sisi tengkorak. Setiap tulang parietal memiliki bentuk segiempat yang tidak beraturan dan memiliki empat sudut, empat tepi, dan dua permukaan.

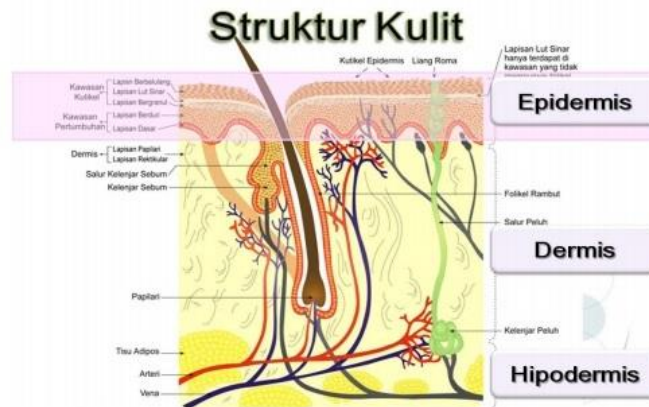
Vulnus Laceratum (luka robek) merupakan terjadinya gangguan kontinuitas suatu jaringan sehingga terjadi pemisahan jaringan yang semula normal, luka robek terjadi akibat kekerasan yang hebat sehingga memutuskan jaringan. Secara umum vulnus laceratum dapat dibagi menjadi dua yaitu simple bila hanya melibatkan kulit dan jaringan dibawahnya. Trauma arteri umumnya dapat disebabkan oleh trauma benda tajam (50%) misalnya karena tembakan, luka-luka tusuk, trauma kecelakaan kerja atau kecelakaan lalulintas (Robert, 2018). Luka atau Vulnus merupakan keadaan struktur anatomi jaringan tubuh yang terputus. Bentuk luka bermacam-macam, terdapat bentuk sederhana seperti kerusakan pada epitel dan bentuk kerusakan yang dalam seperti jaringan subkutis, lemak, dan otot bahkan tulang beserta strukturnya yaitu tendon, syaraf, dan pembuluh darah sebagai dari bentuk akibat trauma dan ruda paksa (Novaprima, 2019).

Vulnus laceratum adalah luka terbuka yang terdiri dari akibat kekerasan tumpul yang kuat sehingga melampaui elastisitas kulit atau otot (Mansjoer, 2017). Secara umum luka dapat dibagi menjadi 2 yaitu: 1) Simple, bila hanya melibatkan kulit. 2) Kompukatum, bila melibatkan kulit dan jaringan dibawahnya.

Vulnus Laceratum dibedakan berdasarkan beratnya yaitu: 1) Derajat I adalah robekan adviticia dan media, tanpa menembus dinding. 2) Derajat II adalah robekan varsial sehingga dinding arteri juga terluka dan biasanya menimbulkan pendarahan yang hebat. Derajat III adalah pembuluh darah putus total, gambaran klinis menunjukkan pendarahan yang tidak besar, arteri akan mengalami vasokonstriksi dan retraksi sehingga masuk ke jaringan karena elastisitasnya.

B. Anatomi dan Fisiologi

Gambar 2.1 Anatomi Kulit



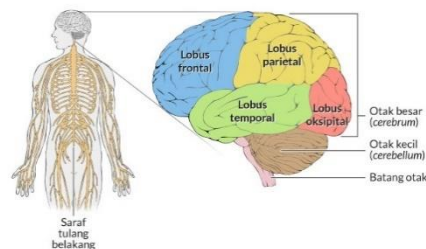
Price 2018 menyatakan “Secara mikroskopis kulit terdiri dari 3 lapisan epidermis, dermis, lemak subkutan. Kulit melindungi tubuh dari trauma dan merupakan benang pertahanan terhadap bakteri virus dan jamur. Kulit juga merupakan tempat sensasi raba, tekan, suhu, nyeri dan nikmat berkat jahitan ujung syaraf yang saling bertautan”.

- a. Epidermis bagian terluas kulit dibagi menjadi 2 bagian lapisan yaitu: 1) Lapisan tanduk (startum konsum) terdiri dari lapisan sel-sel tidak berinti dan bertanduk. 2)

Lapisan dalam (stratum malfigi) merupakan asal sel permukaan bertanduk setelah mengalami proses diferensiasi

- b. Dermis terletak di bawah epidermis dan terdiri dari serabut-serabut kolagen elastin, dan retikulum yang tertanam dalam substansi dasar
- c. Matriks kulit mengandung pembuluh darah dan syaraf yang menyokong nutrisi pada epidermis. Disekitar pembuluh darah yang kecil terdapat limfosit. Limfosit sel masuk dan leukosit yang melindungi tubuh dari infeksi dan infeksi dan instansi benda-benda asing. Serabut serabut kolagen, elastin khusus menambahkan sel-sel basal epidermis pada dermis.
- d. Lemak subkutan Price (2020) menyatakan “Lemak subkutan merupakan lapisan kulit ketiga yang terletak di bawah dermis. Lapisan ini merupakan bantalan untuk kulit isolasi untuk mempertahankan daya tarik seksual pada kedua jenis kelamin”.

Gambar 2.2 Anatomi Otak



Otak merupakan bagian utama dari sistem saraf, dengan komponen bagiannya adalah:

1) Cerebrum bagian otak yang terbesar yang terdiri dari sepasang hemisfer kanan dan kiri dan tersusun dari korteks. Korteks ditandai dengan sulkus (celah) dan girus (Ganong, 2020). Cerebrum dibagi menjadi beberapa lobus, yaitu:

- a) Lobus Frontalis Lobus frontalis berperan sebagai pusat fungsi intelektual yang lebih tinggi, seperti kemampuan berpikir abstrak dan nalar, bicara (area broca di hemisfer kiri), pusat penghidu, dan emosi. Bagian ini mengandung pusat pengontrolan gerakan volunter di gyrus presentralis (area motorik primer) dan terdapat area asosiasi motorik (area premotor). Pada lobus ini terdapat daerah broca yang mengatur ekspresi bicara, lobus ini juga mengatur gerakan sadar, perilaku sosial, berbicara, motivasi dan inisiatif (Purves dkk, 2020).
- b) Lobus Temporalis Mencakup bagian korteks serebrum yang berjalan ke bawah dari fisura laterali dan sebelah posterior dari fisura parieto-oksipitalis (White, 2021). Lobus ini berfungsi untuk mengatur daya ingat verbal, visual, pendengaran dan berperan dlm pembentukan dan perkembangan emosi.
- c) Lobus parietalis Lobus parietalis merupakan daerah pusat kesadaran sensorik di gyrus postsentralis (area sensorik primer) untuk rasa raba dan pendengaran (White, 2021).
- d) Lobus oksipitalis Lobus Oksipitalis berfungsi untuk pusat penglihatan dan area asosiasi penglihatan: menginterpretasi dan memproses rangsang penglihatan dari nervus optikus dan mengasosiasikan rangsang ini dengan informasi saraf lain & memori (White, 2022).

- e) Lobus Limbik Lobus limbik berfungsi untuk mengatur emosi manusia, memori emosi dan bersama hipotalamus menimbulkan perubahan melalui pengendalian atas susunan endokrin dan susunan otonom (White, 2022).
- f) Cerebellum adalah struktur kompleks yang mengandung lebih banyak neuron dibandingkan otak secara keseluruhan. Memiliki peran koordinasi yang penting dalam fungsi motorik yang didasarkan pada informasi somatosensori yang diterima, inputnya 40 kali lebih banyak dibandingkan output. Cerebellum merupakan pusat koordinasi untuk keseimbangan dan tonus otot. Mengendalikan kontraksi otot-otot volunter secara optimal (Purves, 2020).
- g) Brainstem berfungsi mengatur seluruh proses kehidupan yang mendasar. Berhubungan dengan diensefalon di atasnya dan medulla spinalis di bawahnya. Struktur-struktur fungsional batang otak yang penting adalah jaras asenden dan desenden traktus longitudinalis antara medulla spinalis dan bagian-bagian otak, anyaman sel saraf dan 12 pasang saraf cranial.

C. Etiologi

Vulnus laceratum dapat disebabkan oleh beberapa hal diantaranya: a. Alat tumpul b. Jatuh ke benda tajam dan keras. c. Kecelakaan lalu lintas dan kereta api. d. Kecelakaan akibat kuku dan gigitan. e. Bahan kimia terjadi akibat efek korosi dari asam kuat dan basa kuat. f. Trauma Fisika 1) Luka akibat suhu tinggi Suhu tinggi dapat mengakibatkan terjadinya heat exhaustion primer, heat exhaustion sekunder, heat stroke, sun stroke dan heat cramps. 2) Luka akibat suhu rendah Derajat luka yang terjadi pada kulit karena suhu dingin diantaranya hyperemia, edema dan vesikel.

D. Klasifikasi (Novaprima, 2019)

Stadium 1 Luka dikatakan stadium 1 jika warna dasar luka merah dan hanya melibatkan lapisan epidermis, epidermis masih utuh atau tanpa merusak epidermis. Epidermis hanya mengalami perubahan warna kemerahan, hangat atau dingin (bergantung pada penyebab), kulit melunak, dan ada rasa nyeri atau gatal. Contoh luka stadium 1 adalah kulit yang terpapar matahari atau sunburn dan saat kita duduk pada satu posisi selama lebih dari dua jam, kemudian ada kemerahan di gluteus (bokong), itu termasuk stadium 1.

Stadium 2 Luka dikatakan stadium 2 jika warna dasar luka merah dan melibatkan lapisan epidermis-dermis. Luka menyebabkan epidermis terpisah dari dermis dan/atau mengenai sebagian dermis (partial-thickness). Umumnya kedalaman luka hingga 0,4 mm, namun biasanya bergantung pada lokasi luka. Bula atau blister termasuk kategori stadium 2 karena epidermis sudah terpisah dengan dermis.

Stadium 3 Luka dikatakan stadium 3 jika warna dasar luka merah dan lapisan kulit mengalami kehilangan epidermis, dermis, hingga sebagian hypodermis (fullthickness). Umumnya kedalaman luka hingga 1 cm (sesuai dengan lokasi luka pada tubuh bagian mana). Pada proses penyembuhan luka, kulit akan menumbuhkan lapisan-lapisan yang hilang (granulasi) sebelum menutup (epitelisasi).

Stadium 4 Luka dikatakan stadium 4 jika warna dasar luka merah dan lapisan kulit mengalami kerusakan dan kehilangan lapisan epidermis, dermis, hingga seluruh hipodermis, dan mengenai otot dan tulang (deep full-thickness). Undermining (gua) dan sinus masuk ke dalam stadium 4.

Unstageable Luka dikatakan tidak dapat ditentukan stadiumnya (unstageable) jika warna dasar luka kuning atau hitam dan merupakan jaringan mati (nekrosis), terutama jika jaringan nekrosis $\geq 50\%$ berada di dasar luka. Dasar luka yang nekrosis dapat dinilai stadiumnya setelah ditemukan dasar luka merah (granulasi) dengan pembuluh darah yang baik.

E. Manifestasi klinis

Manifestasi klinis pada penderita luka robek metatarsal biasanya bersifat nyeri. Nyeri muncul disebabkan oleh rangasangan mekanik luka yang menyebabkan tubuh menghasilkan mediator kimia nyeri (Muhammad Zulkhairi, 2019). Tanda-tanda umum adalah syok dan syndrome remuk (cris syndrome), dan tanda-tanda local biasanya terjadi nyeri dan pendarahan. Syok sering terjadi akibat kegagalan sirkulasi perifer ditandai dengan tekanan darah menurun hingga tidak teraba, keringat dingin dan lemah, kesadaran menurun hingga tidak sadar. Syok dapat terjadi akibat adanya daerah yang hancur misalnya otot-otot pada daerah yang luka, sehingga hemoglobin turut hancur dan menumpuk di ginjal yang mengakibatkan kelainan yang disebut “Lower Nepron/neprosis, tandanya urine berwarna merah, dysuria hingga anuria dan ureum darahm meningkat. Black & Hawks, 2019) menyatakan Manifestasi klinik vulnus laceratum yaitu: 1) Luka tidak teratur 2) Jaringan rusak 3) Bengkak 4) Perdarahan 5) Tampak lecet atau memar disetiap luka.

F. Patofisiologi

Vulnus laceratum terjadi akibat kekerasan benda tumpul, goresan, jatuh dan kecelakaan. Sehingga kontuinitas jaringan terputus. Pada umumnya respon tubuh terhadap trauma akan terjadi proses peradangan atau inflamasi. Reaksi peradangan

akan terjadi apabila jaringan terputus. Dalam keadaan ini ada peluang besar timbulnya infeksi yang sangat hebat. Penyebabnya cepat yang disebabkan oleh mikroorganisme yang biasanya tidak berbahaya. Reaksi peradangan itu sebenarnya adalah peristiwa yang di koordinasikan dengan baik yang dinamis dan kontinyu yang menimbulkan reaksi peradangan maka jaringan harus hidup dan harus di mikrosekualasi fungsional. Jika jaringan yang nekrosis luas maka reaksi peradangan tidak di temukan di tengah jaringan yang hidup dengan sirkulasi yang utuh terjadi pada tepi nya antara jaringan mati dan hidup. Nyeri timbul karena kulit mengalami luka infeksi sehingga terjadi kerusakan jaringan. Sel-sel yang rusak akan membentuk zat kimia sehingga menurunkan ambang stimulus terhadap reseptor mekano sensitif dan hernosensitif. Apabila nyeri diatas, hal ini dapat mengakibatkan gangguan rasa nyaman nyeir yang berlanjut istirahat atau tidur terganggu dan terjadi keterbatasan gerak, (Potter & Perry 2010 dalam Prayogi, R., kk. 2019)

G. Pemeriksaan penunjang (Novaprima, 2019)

1. Pemeriksaan diagnostik yang perlu dilakukan jenis darah lengkap tujuannya untuk mengetahui tentang infeksi yang terjadi pemeriksaannya melalui laboratorium
2. Sel-sel darah putih leukosit dapat terjadi kecenderungan dengan kehilangan sel pada lesi luka dan respon terhadap proses infeksi
3. Hitung darah lengkap hematokrit mungkin tinggi atau lengkap
4. Laju endapan darah (LED) menunjukkan karakteristik infeksi
5. MRI

6. CT Scan

7. Ultrasonografi

H. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan Keperawatan Dalam manajemen perawatan luka ada beberapa tahap yang dilakukan yaitu evaluasi luka, tindakan antiseptic, pembersihan luka, penjahitan luka, penutupan luka. a. Evaluasi luka meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik (lokasi dan eksplorasi). b. Tindakan antiseptic, prinsipnya untuk mensucikan akan kulit. Untuk melakukan 16 pencucian/pembersihan luka biasanya digunakan cairan atau larutan antiseptik seperti alcohol, sifatnya bakterisida kuat dan cepat (efektif).

- a. Penjahitan luka luka bersih dan diyakini tidak mengalami infeksi serta berumur kurang dari 8 jam boleh dijahit primer, sedangkan luka yang terkontaminasi berat dan atau tidak berbatas tegas sebaiknya dibiarkan sembuh per sekundam atau per tertiam
- b. Pemberian Antibiotik Prinsipnya pada luka bersih tidak perlu diberikan antibiotik dan pada luka terkontaminasi atau kotor maka perlu diberikan antibiotic (Novaprima, 2019)

I. Komplikasi

1. Kerusakan arteri

Pecahnya arteri karena trauma bisa ditandai dengan tidak adanya nadi, CRT menurun, sianosis bagian distal, hematoma yang lebar dan dingin pada ekstermitas yang disebabkan oleh tindakan emergency, perubahan posisi pada yang sakit.

2. Infeksi

3. Syok

Syok terjadi karena kehilangan banyak darah dan meningkatnya permeabilitas kapiler yang bisa menyebabkan menurunnya oksigenasi (Novaprima, 2019)

KONSEP ASUHAN KEPERAWATAN TEORI

A. Pengkajian

1. Pengkajian Primer

Menurut Rudi Hamamo (2019) pengkajian gawat darurat Airway (A), Breathing (B), circulation (C), disability (D), exposure (E) antara lain, adalah:

- a) Airway (jalan napas). Lihat (Look) adalah tanda-tanda obstruksi jalan napas. Obstruksi jalan napas menyebabkan pergerakan dada dan abdomen secara paradox (pernapasan see-saw) dan penggunaan otot-otot pernapasan aksesoris. Sianosis sentral merupakan tanda lanjut dari obstruksi jalan napas. Biasanya pada pasien vulnus laceratum metatarsal tidak terdapat sumbatan jalan napas, pasien sadar, memegang leher,

gelisah, sianosis, tampak tidak ditemukan kesulitan bernafas, tidak terdengar bunyi nafas sursling, snoring ataupun stridor.

- b) Breathing (Menurut Rani, 2019), pengkajian pada pernafasan dilakukan untuk menilai kepatenan jalan nafas dan keadekuatan pernafasan pada pasien. 21 Dan pengkajian pada kegawatdaruratan vulnus laceratum metatarsal, breathing look, listen dan feel dilakukan penilaian terhadap ventilasi dan oksigen pasien. Sesak nafas tidak terjadi pada pasien vulnus laceratum metatarsal karena frekuensi napas pasien dalam rentang normal, tidak ditemukan adanya suara napas tambahan, dan adanya udara yang keluar dari jalan nafas.
- c) Circulation Lihat (look) warna tangan dan jari. Tanda-tanda gangguan kardiovaskuler termasuk akral (perifer) yang dingin dan pucat. Ukurlah waktu pengisian kapiler (capillary refill time), CRT memanjang (> 2 detik) dapat menunjukkan perfusi perifer yang buruk walaupun faktor-faktor lainnya misalnya Nilai suhu tubuh pada ekstremitas hangat atau dingin, suhu yang dingin menunjukkan perfusi jaringan yang buruk. Pada pengkajian kegawatdaruratan vulnus laceratum metatarsal terdapat gangguan kardiovaskuler yaitu akral dingin dan crt

2. Pengkajian Sekunder

Pengkajian sekunder meliputi anamnesis dan pemeriksaan fisik. Anamnesis dapat menggunakan format SAMPLE (Sumptom, Alergi, Medikasi, Post Illness, Last meal dan Event / Enviroment) yang berhubungan dengan kejadian. Pemeriksaan fisik dimulai dari kepala hingga kaki (Head to toe) dan

dapat pula ditambahkan pemeriksaan diagnostic. Pengkajian pada vulnus laceratum metatarsal sebenarnya hampir sama dengan pengkajian pada penderita lainnya. Berikut pengkajian keperawatan pada pasien vulnus laceratum (Muttaqin, 2020)

- a) Identitas Nama, umur, suku/bangsa, agama, alamat, pendidikan, pekerjaan
- b) Riwayat kesehatan sekarang
- c) Sumber kecelakaan
- d) Sumber panas atau penyebab yang berbahaya
- e) Faktor yang mungkin berpengaruh seperti alkohol, obat-obatan
- f) Keadaan fisik sekitar luka

3. Riwayat Kesehatan Dahulu

Pasien memiliki penyakit keturunan atau tidak seperti (DM, gagal jantung, sirosishepatis, gangguan pernafasan).

4. Pemeriksaan Fisik

- a) Aktivitas atau istirahat Gejala: Merasa lemah. Tanda: Penurunan kekuatan tahan keterebatasan rentang gerak, perubahan aktifitas.
- b) Sirkulasi Gejala: perubahan tekanan darah/normal Tanda: perubahan frekuensi jantung takikardi atau bradikardi.
- c) Integritas ego Gejala: perubahan tingkah laku dan kepribadian. Tanda: ketakutan, cemas, gelisah.
- d) Eliminasi Gejala: Konstipasi, retensi urin.

e) Neurosensory Gejala: Vertigo, tiitus, baal pada ekstremitas, kesemutan nyeri.

25 Tanda: Sangat sensitif terhadap sentuhan dan gerakan, pusing, nyeri pada daerah cedera, kemerahan.

f) Nyeri/kenyamanan. Gejala: nyeri pada daerah luka bila disentuh atau ditekan. Tanda: wajah meringis, respon menarik pada rangsangan nyeri

B. Diagnosa Keperawatan

1. Hypovolemia
2. Risiko syok
3. Nyeri akut
4. Hipertermia
5. Gangguan integritas kulit
6. Gangguan mobilitas fisik
7. Risiko infeksi
8. Gangguan pola tidur
9. Ansietas

C. Perencanaan Keperawatan

1. Diagnosa Keperawatan: Hypovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif. Tujuan dan Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan status cairan membaik dengan kriteria hasil:

- Kekuatan nadi dari menurun menjadi meningkat
- Perasaan lemah dari meningkat menjadi menurun
- Frekuensi nadi dari memburuk menjadi membaik
- Tekanan darah dari memburuk menjadi membaik

- Membrane mukosa dari memburuk menjadi membaik

Perencanaan Keperawatan: Manajemen Hipovolemia

- a. Monitor tanda dan gejala hypovolemia
- b. Monitor intake dan output cairan Terapeutik
- c. Hitung kebutuhan cairan
- d. Berikan asupan cairan oral
- e. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- f. Kolaborasi pemberian cairan IV
- g. Kolaborasi pemberian produk darah

2. Diagnosa Keperawatan: Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik.

Tujuan dan Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil:

- Keluhan nyeri dari meningkat menjadi menurun
- Meringis dari meningkat menjadi menurun
- Gelisah dari meningkat menjadi menurun
- Sikap prospektif dari meningkat menjadi menurun

Perencanaan Keperawatan: Manajemen Nyeri

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frakuensi, kualitas, intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respon nyeri non verbal
- d. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri
- e. Berikan Teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- f. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri

- g. Fasilitasi istirahat dan tidur
- h. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri\
- i. Jelaskan strategi meredakan nyeri
- j. Kolaborasi pemberian analgesic.

3. Diagnosa Keperawatan: Risiko Syok Tujuan dan Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan tingkat syok meningkat dengan kriteria hasil:

- Akral dingin dari meningkat menjadi menurun
- Pucat dari meningkat menjadi menurun
- Tekanan darah dari memburuk menjadi membaik
- Pengisian kapiler dari memburuk menjadi membaik

Perencanaan Keperawatan: Pencegahan Syok Observasi

- a. Monitor status kardiopulmonal
- b. Monitor status oksigenasi Terapeutik
- c. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%
- d. Pasang jalur IV
- e. Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi
- f. Jelaskan penyebab/factor risiko syok
- g. Jelaskan tanda dan gejala awal syok
- h. Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral
- i. Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu

4. Diagnosa Keperawatan: Hipertermia berhubungan dengan proses penyakit.

Tujuan dan Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan termoregulasi membaik dengan kriteria hasil:

- Pucat dari meningkat menjadi menurun
- Takikardi dari meningkat menjadi menurun
- Takipnea dari meningkat menjadi menurun
- Suhu tubuh dari memburuk menjadi membaik

Perencanaan Keperawatan: Manajemen Hipertermia

- a. Monitor suhu tubuh
- b. Longgarkan atau lepaskan pakaian
- c. Berikan cairan oral
- d. Lakukan pendinginan eksternal
- e. Anjurkan tirah baring
- f. Kolaborasi pemberian cairan dan elektrolit intravena

5. Diagnosa Keperawatan: Gangguan integritas kulit berhubungan dengan factor mekanis (robekan). Tujuan dan Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan integritas kulit meningkat dengan kriteria hasil:

- Kerusakan jaringan dari meningkat menjadi menurun
- Kerusakan lapisan kulit dari meningkat menjadi menurun
- Nyeri dari meningkat menjadi menurun
- Perdarahan dari meningkat menjadi menurun
- Kemerahan dari meningkat menjadi menurun

Perencanaan Keperawatan: Perawatan Luka

- a. Monitor karakteristik luka
- b. Monitor tanda-tanda infeksi
- c. Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- d. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- e. Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi.

6. Diagnosa Keperawatan Gangguan mobilitas fisik b/d gangguan neuromuscular.

Tujuan dan Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam

diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:

- Pergerakan ekstremitas dari menurun menjadi meningkat
- Kekuatan otot dari menurun menjadi meningkat
- ROM dari menurun menjadi meningkat
- Gerakan tidak terkoordinasi dari meningkat menjadi menurun
- Gerakan terbatas dari meningkat menjadi menurun
- Kelemahan fisik dari meningkat menjadi menurun

Perencanaan Keperawatan: Dukungan Mobilisasi

- a. Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi
- b. Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi
- c. Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu
- d. Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan
- e. Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi
- F. Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan.

7. Diagnosa Keperawatan: Risiko Infeksi. Tujuan dan Kriteria Hasil: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1x6 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:

- Demam dari meningkat menjadi menurun
- Kemerahan dari meningkat menjadi menurun
- Nyeri dari meningkat menjadi menurun
- Bengkak dari meningkat menjadi menurun

Perencanaan Keperawatan: Pencegahan Infeksi

- a. Monitor tanda dan gejala infeksi local dan sistemik
- b. Berikan perawatan kulit pada edema
- c. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- d. Pertahankan Teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi
- e. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- f. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.

D. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien dan faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan dan strategi implementasi keperawatan.

Implementasi keperawatan adalah kegiatan mengkoordinasikan aktivitas pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk mengawasi dan mencatat

respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Jadi, implementasi keperawatan adalah kategori serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga, dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan.

E. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahap kelima dari proses keperawatan. Tahap ini sangat penting untuk menentukan adanya perbaikan kondisi atau kesejahteraan klien (Perry & Potter, 2020). Hal yang perlu diingat bahwa evaluasi merupakan proses kontinu yang terjadi saat perawat melakukan kontak dengan klien. Selama proses evaluasi perawat membuat keputusan-keputusan klinis dan secara terus-menerus mengarah kembali ke asuhan keperawatan.

Tujuan asuhan keperawatan adalah membantu klien menyelesaikan masalah kesehatan aktual untuk mencegah terjadinya masalah risiko, dan mempertahankan status kesehatan sejahtera. Proses evaluasi menentukan keefektifan asuhan keperawatan yang diberikan. Perawat dapat menggunakan format evaluasi SOAP untuk mengevaluasi hasil Perencanaan yang dilakukan. Poin S Merujuk pada respon subjektif pasien setelah diberikan Perencanaan. Poin O pada respon objektif yang dapat diukur pada pasien setelah dilakukannya Perencanaan. Poin A adalah

analisis perawat terhadap Perencanaan yang dilakukan. Poin P adalah perencanaan terkait tindakan selanjutnya sesuai analisis yang telah dilakukan sebelumnya.

Tabel Penelitian Terkait

No	Penulis	Tempat	Tahun	Tujuan	Desain/Metode/ Statistik test	Populasi/Samplin g/ Sampel	Hasil	Manfaat dan/atau Limitasi dari penelitian
1.	Rendy Prayogi	RSUD Sele Be Solu	2019	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Perbedaan efefititas perawatan vulnuss laseratum menggunakan betadine dan NaCl terhadap kecepatan penyembuhan	Penelitian ini menggunakan desain <i>quasi eksperimen</i> dengan rancangan penelitian data dianalisis menggunakan <i>paired t-test</i>	Poupulasi pada penelitian ini berjumlah 20 responden	Didaptkan hasil betadine maupun Nacl tidak ada perbedaan dalam kecepatan penyembuhan vulnus laseratum	Penelitian ini bermanfaat untk memberikan gambaran bagaimana keefetivan Nacl dan betadine dalam proses penembuhan luka vulnuss laseratum

2.	Noviya nter siahaya , Laura B.S	RSUD M. Hulussy Ambon	2019	Untuk mengetahui prevalensi kasus cedera kepala berdasarkan klasifikasi derajat keparahannya pada pasien rawat inap	Studi deskriptif.	Semua pasien cedera kepala dengan total sampling berjumlah 111	Kasus terbanyak adalah CKS (46,84%). Paling banyak pada kelompok usia 15-24 tahun, jenis kelamin laki- laki lebih banyak mengalami cedera kepala, penyebab yang paling sering adalah	Cedera kepala berdasarkan umur, jenis kelamin, etiologi serta komorbid
----	---	--------------------------------	------	---	-------------------	--	--	--

							kecelakaan lalu lintas (72,97%) mortality rate sebesar 10,81%	
3.	Luci Riani Br. Ginting Kuatsit epu	Rumah sakit Grandme d Lubuk Pakam	2019	Untuk menilai <i>Glasgow coma scale</i> sebelum dan sesudah diberikan oksigen dan posisi head up 30 derajat serta menilai pengaruhnya terhadap peningkatan kesadaran pada	Studi kuantitatif dengan pendekatan <i>quasy experimental sectional</i> dengan uji <i>statistic paired sample t-test</i> dengan taraf tingkat kepercayaan 95%	Populasi 80 pasien dengan teknik purposive sampling jumlah sampel menjadi 10 pasien	Setelah diberikan intervensi terapi oksigen dan perubahan posisi menjadi head up 30 derajat terlihat terjadinya peningkatan kesadaran dan	Penelitian ini bermnfaat untuk karena dilihat dari hasil penelitian bahwa pemberian posisi head up 30 derajat dan pemberian oksigen pada pasien cedera kepala dapat meningkatkan nilai

				pasien dengan cedera kepala sedang			perubahan nilai gcs pada responden	<i>Glasgow Coma Scale</i>
4.	Pedram ami et al	German	2019	Untuk mengevaluasi <i>traumatic brain injury</i> menggunakan <i>Glasgow coma scale</i> dan parametic pupil pada pediatrik dan orang dewasa	<i>Retrospective cohor analysis</i>	Responden berjumlah 9959 sesuai dengan kriteria inklusi (pasien anak dibawah 15 tahun berjumlah 888 dan pasien berumur 16- 55 tahun berjumlah 9.071)	Penelitian ini menghasilkan bahwa tingkat fungsional yang baik terjadi pada pasien anak dengan skor gcs 4-5 dan pupil nilateral terjadi lebih tinggi pada orang dewasa dengan	Dengan <i>traumatic brain injury</i> berat dapat memperoleh manfaat dari pengobatan dini dan agresif. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah evaluasi data yang di dapatkan beresiko tidak lengkap atau salah

							perbandingan 85% VS 80.9%	hal ini disebabkan karena penggunaan data sekunder dari pusat trauma yang berbeda-beda
5.	Wahidin & Ngabdini	RSUD Dr. Soedirman Kumbesen	2019	Untuk mengetahui penerapan teknik head up 30 derajat terhadap peningkatan perfusi jaringan otak pada pasien yang mengalami cedera kepala sedang	Deskriptif metode kasus	2 pasien dengan diagnosis cedera kepala sedang	Setelah diberikan terapi dengan head up 30 derajat responden tidak menunjukkan gejala sesak nafas dibuktikan respirasi dalam batas normal	Penelitian ini bermanfaat untuk memberikna gambaran bagaimana keefektivan pemberian head up pada pasien-pasien cedera kepala untuk meningkatkan

dan terjadi	perfusi serebral
peningkatan	sehingga menjadi
kesadaran	masukan yang baik
	bagi perawat dan
	tenaga kesehatan
	lainnya dalam
	pengelolaan kasus
	cedera kepala

BAB III

GAMBARAN KASUS

3.1 Pengkajian

Pasien Tn.E.R usia 40 tahun masuk di Instalasi Gawat darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon pada 15 Februari 2023 pukul 08.30 di antar oleh penolong yang menemukan pasien tertimpah pohon di dalam mobil, penolong mengatakan bahwa pohon tumbang pada saat pasien melintasi jalan tara-tara woloan. Pada saat masuk kondisi pasien gelisah dan banyak darah yang keluar dari kepala sehingga baju pasien penuh dengan darah, pasien langsung di triage secara primer dengan *airway* atau jalan nafas tidak ada hambatan, *Breathing* ; nafas spontan pola nafas normal dengan frekuensi 22x/menit bunyi vesikuler tanpa adanya retraksi dada atau intercostal, *Circulation* ; akrok teraba dingin, wajah klien tampak pucat, CRT >3 detik, nadi teraba cepat 114x/menit, tekanan darah 100/70 mmHg dan perdarahan aktif di kepala kurang lebih 600cc. *Disability* ; tingkat kesadaran pasien *compos mentis* dengan nilasi *Glasgow coma scale* 15 (E4, M6, V5), pasien berorientasi dengan baik dan memberikan respon berupa berbicara terhadap rangsangan suara yang diberikan oleh perawat, terdapat luka trauma di kepala dengan nyeri tajam seperti tertusuk-tusuk di area *parietal* dengan skala 7-8 (nyeri Berat) yang dirasakan secara terus menerus. *Exposure* ; adanya trauma di kepala (*parietal*) ukuran luka dengan Panjang 15cm, Lebar luka 2cm dan kedalaman Luka 2cm.

3.2 Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan baik secara primer maupun sekunder maka penulis merumuskan tiga diagnosis keperawatan yang dialami oleh pasien disusun berdasarkan prioritas, diagnosis di susun berdasarkan pedoman standar diagnosis keperawatan Indonesia yaitu : 1) D.0039 Risiko Syok berhubungan dengan kekurangan volume cairan dibuktikan dengan adanya perdarahan aktif sekitar 500-600cc 2) D.0077 Nyeri Akut

berhubungan dengan agen pencedera fisik dibuktikan dengan data subjektif : pasien mengeluh nyeri di kepala, Objektif : pasien tampak meringis, gelisah dan nadi 114x/menit 3) D.0129 Gangguan Integritas Kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis (benturan di kepala) dibuktikan adanya trauma di daerah kepala (parietal) dengan ukuran luka, panjang luka 15cm, lebar luka 2cm, dan kedalaman luka 2cm

3.3 Perencanaan

Pada diagnosis pertama yaitu risiko syok ditandai dengan kekurangan volume cairan, diharapkan setelah diberikan intervensi keperawatan selama 1x5 jam tingkat syok pasien menurun dengan kriteria hasil : nadi dalam batas normal, akral dingin menurun dan pengisian kapiler membaik. Intervensi yang direncanakan adalah memonitor tanda dan gejala perdarahan, memonitor status kardiopulmonal, memonitor status oksigenasi, memasang cairan jalur IV, mempertahankan bed rest selama perdarahan.

Diagnosis yang kedua yaitu nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik, pada diagnosis ini intervensi yang diberikan selama 1x5 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : keluhan nyeri menurun, meringis menurun, gelisah menurun, frekuensi nadi membaik, dan skala nyeri menurun. Intervensi yang direncanakan adalah : identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, identifikasi skala nyeri,

Perencanaan keperawatan untuk diagnosis ke tiga yaitu Gangguan Integritas Kulit/Jaringan berhubungan dengan faktor mekanis ditandai dengan adanya trauma di daerah kepala (parietal) dengan ukuran luka, panjang luka 15cm, lebar luka 2cm, kedalaman 6cm, setelah diberikan intervensi diharapkan kerusakan jaringan menurun dengan kriteria hasil perdarahan menurun (<600cc). intervensi yang diberikan yaitu Monitor karakteristik luka, monitor tanda-tanda infeksi, bersihkan luka dengan cairan NaCl, pasang balutan sesuai jenis luka, kolaborasi pemberian antibiotik, dan kolaborasi prosedur debridement.

3.4 Implementasi

Pada kasus ini implementasi keperawatan yang dilakukan di Instalasi Gawat Darurat dilakukan secara parallel sehingga implementasi keperawatan di catat berdasarkan waktu pemberian Tindakan dari awal pasien masuk hingga pasien di transport ke ruangan operasi. Berikut merupakan catatan Tindakan keperawatan yang dilakukan menggunakan lokasi Waktu Indonesia Tengah (WITA) : Pukul 08.30 pasien tiba di IGD dengan perdarahan di kepala di antar oleh orang yang menemukan pasien, 08.31 dilakukan posisi *Head Up* dan berbaring di bed kemudian dilakukan anamnesa dengan pemeriksaan vital sign Hasil : TD 100/60mmHg, N 114x/menit, RR 22x/menit, SB 36,6 dan GCS E4M6V5 dengan kesadaran compos mentis, dan dilakukan pemasangan oksigen dengan nasal kanul 3lpm, *intravena fluid drips* ringer lactat 28-30 tpm di tangan kanan, selanjutnya diberikan obat ceftriaxone tetapi sebelum itu dilakukan skin test untuk mencegah alergi, setelah itu dilakukan perawatan luka pada pasien di daerah kepala

3.5 Evaluasi

Berdasarkan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dengan perumusan 3 diagnosis keperawatab setelah diberikan intervensi pencegahan syok, manajemen nyeri dan perawatan luka dapat menunjukkan perubahan yang signifikan meskipun begitu pasien masih membutuhkan perawatan yang lebih lanjut di ruang rawat inap tetapi sebelum itu pasien akan dibawa di ruangan operasi untuk perawatan luka lebih lanjut. Dua hari setelah di rawat inap pasien dinyatakan pulang dan dilakukan rawat jalan.

BAB IV

PEMBAHASAN

4.1 ANALISIS DAN DISKUSI HASIL

Pada pengkajian yang dilakukan pada kasus ini merupakan pengkajian gawat darurat yang meliputi *primary survey* dan *secondary survey* serta data subjektif yang didapatkan dari pasien, keluarga pasien dan penolong pertama yang mendapatkan pasien di tempat kejadian. *Primary survey* meliputi penilaian *airway, breathing, circulation, disability*, dan *exposure* serta *secondary survey* meliputi pemeriksaan *head to toe* pengkajian ini sejalan dengan rekomendasi dari (WHO & ICRC, 2018) bahwa pendekatan ABCDE dirancang dan direkomendasikan karena dinilai dapat mengidentifikasi masalah Kesehatan yang mengancam jiwa sehingga mendapatkan penanganan yang tepat sesuai prioritas dan penilaian pemeriksaan *head to toe* membantu mengidentifikasi masalah Kesehatan yang tidak teridentifikasi pada *primary survey*.

Pengkajian pada kasus ini jika dikaitkan dengan pengkajian teoritis cedera kepala yang dikemukakan oleh Harding et al., 2020 belum berjalan lancar sepenuhnya hal ini dikarenakan oleh kondisi klinis dari pasien yang pada saat masuk tidak memungkinkan untuk mendapatkan data subjektif yang relevan sedangkan pada pengkajian objektif telah berjalan dengan baik oleh karena itu penulis berpendapat bahwa tidak selamanya pengkajian teoritis dapat diterapkan pada saat pengkajian di lapangan dikarenakan dipengaruhi oleh faktor seperti kondisi pasien, hal ini sejalan dengan pendapat (Berman et al., 2016) bahwa data subjektif dari pasien tidak bisa didapatkan apabila pasien terlalu saki atau bingung untuk melakukan komunikasi. Hal ini juga sejalan dengan kasus dimana pasien pada saat masuk mengalami perdarahan yang hebat di kepala dikarenakan tertimpah pohon tumbang saat mengendarai mobil.

4.2 DIAGNOSIS

Diagnosis keperawatan pada kasus ini dirumuskan menggunakan standar diagnosis keperawatan Indonesia (2017), Diagnosis yang dirumuskan di susun berdasarkan prioritas yaitu ; 1) Risiko Syok ditandai dengan kekurangan volume cairan 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik 3) Gangguan intergitas Kulit Berhubungan dengan Faktor Mekanis. Bila dibandingkn dengan diagnosis keperawatan yang mungkin muncul pada trauma kepala menurut Harding et al., 2020 dan paul et al., 2016 tidak semua diagnosis yang dikemukakan muncul pada kasus ini.

4.3 PERENCANAAN

Perencanaan keperawatan pada kasus ini adalah 1x5 jam yang diharapkan setiap diagnosis keperawatan dapat teratasi, intervensi di lakukan hanya dalam kurun 5 jam dikarenakan pasien tidak dapat ditahan lama di Instalasi Gawat Darurat hal ini menghindari terjadinya *overcrowded* atau penumpukkan pasien dan menekan *length of stay* pasien pasien di instalasi gawat darurat memanjang, menurut (Rose et al., 2012) *length of stay* yang direkomendasikan adalah kurang dari 6 jam.

Intervensi secara teori untuk cedera kepala menurut Harding et al., 2020 adalah untuk mempertahankan sirkulasi, control suhu tubuh, pasien tidak terkena infeksi, nutrisi yang teropenuhi, mencapai fungsi maksimal dari kognitif, motoric dan sensorik. Pada kasus ini yang menjadi unternvensi keperawatan untuk mencapai tujuan dan kriteria hasil yang siharapkan. Perencanaan teoritis dan perencanaan pada kasus ini pada intinya tetap sama yang menjadi perbedaannya adalah perencanaan intervensu pada kasus ini di sesuaikan dengan diagnosis keperawatan yang di alami oleh pasien sedangkan perencanaan teoritas sudah melingkupi semuanya tanpa di kelompokkan pada diagnosis keperawatan

4.4 IMPLEMENTASI

Implementasi adalah suatu bagian dari proses keperawatan, dalam teori keperawatan implementasi mengikuti hal komponen perencanaan dari proses keperawatan. Namun di banyak lingkungan kesehatan implementasi mungkin dimulai secara langsung sesaat pengkajian harus bersinambungan dan interaktif dengan susunan lain dari proses keperawatan, selama implementasi perawat mengkaji kembali pasien modifikasi rencana asuhan keperawatan dan menuliskan kembali hasil yang diharapkan sesuai kebutuhan (Herlina, 2018)

Dalam mengimplementasikan intervensi keperawatan pada kasus ini tidak semua tercatat pada perencanaan keperawatan hal ini disebabkan perubahan kondisi klinis pasien akhirnya dapat dikatakan bahwa dalam implementasi di ruang gawat darurat tidak selalu sesuai perencanaan yang tersusun melainkan bersamaan dengan perkembangan kondisi klinis pasien sehingga perawat dituntut untuk berpikir kritis karena harus memberikan intervensi tanpa disusun atau direncanakan sebelumnya ini sejalan dengan Tari, (2019) bahwa perawat IGD yang berpikir kritis dapat meningkatkan kualitas dari asuhan keperawatan yang diberikan dan sangat menolong pasien.

4.5 EVALUASI

Menurut (Alamsya, 2019) asuhan keperawatan yang ia berikan terhadap pasien yang bersangkutan dapat teratasi pula sesuai dengan tujuan dan kriteria hasil yang diinginkan akan tetapi pada penelitian menurut ia perawatan tetap harus di pantau perawat mengingat kondisi dari pasien masih perlu pemantauan dari pihak tenaga kesehatan. Evaluasi juga merupakan bagian akhir dalam memberikan asuhan keperawatan dimana dapat ditinjau jika ditemukan perubahan pada pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Yulia dkk, 2019).

BAB V

PENUTUP

5.1 KESIMPULAN

Pasien Tn.E.R usia 40 tahun merupakan korban kecelakaan tertimpah pohon tumbang dan di antar ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon dengan vulnus laseratum parietal dan diberi triage merah setelah dilakukan *primary survey* karena pasien masuk dengan perdarahan aktif di daerah kepala dan diagnose keperawatan yang muncul berdasarkan kondisi klinis dari pasien yaitu ; 1) Risiko Syok ditandai dengan kekurangan volume cairan 2) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik 3) Gangguan intergitas Kulit Berhubungan dengan Faktor Mekanis dan dilakukan intervensi sesuai kondisi pasien selanjutnya evaluasi keperawatan dilakukan secara sumatif dimana evaluasi dilakukan dilihat dari perkembangan akhir pasien dan pada evaluasi semua masalah keperawatan yang muncul bisa teratasi dengan baik.

5.2 Saran

5.2.1 Saran untuk keperawatan

Diharapkan hasil analisis kasus asuhan keperawatan ini dapat berkontribusi dalam bidang ilmu keperawatan khususnya pada ranah kegawatdaruratan dan ilmu kedokteran gawat darurat terkait pengelolaan kasus vulnus laseratum parietal sehingga pemberian, perawatan dan tata Kelola kasus vulnus laseratum dilapangan dapat dilakukan lebih baik lagi

5.2.2 Saran untuk Rumah Sakit

Diharapkan pihak Rumah Sakit untuk terus mempertahankan dan meningkatkan pelayanan kesehatan yang ada terlebih khusus pada bagian Instalasi Gawat Darurat di tunjang dengan tenaga kesehatan yang kompeten dan peralatan yang memadai sehingga pengelolaan kasus Vulnus laseratum dapat dikelola lebih baik lagi

4.1.1 Saran untuk penelitian

Kiranya Studi Kasus Asuhan Keperawatan gawat darurat ini dapat menambah wawasan peneliti mengenai asuhan keperawatan medikal dengan masalah utama Vulnus Laseratum Parietal , dan kiranya penelitian selanjutnya akan lebih baik lagi sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan dalam asuhan keperawatan Gawat darurat dengan masalah utama Vulnus Laseratum Parietal.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Curriculum Vitae

Curriculum Vitae



I. Identitas Peneliti

Nama : Yosua Gerry Runtuwene
Tempat, Tanggal Lahir : Tomohon, 09 Oktober 1999
Jenis Kelamin : laki-laki
Suku/Bangsa : Minahasa/Indonesia
Agama : Katolik
Alamat : Kel. Kayawu Ling. I
Fakultas/Program Studi : Keperawatan/Ilmu Keperawatan
Nama Orang Tua
 Ayah : Johanis Runtuwene
 Ibu : Delfri Wongkar
Nama Saudara
 Kakak : Vicky Runtuwene
Motto : “The more you give, the more you will get”
E-mail : Gerry.runtuwene1999@gmail.com

II. Riwayat Pendidikan

Tahun 2006 : Lulus dari TK GMIM Pniel Kayawu

Tahun 2012 : Lulus dari SD GMIM Pniel Kayawu
Tahun 2015 : Lulus dari SMP Kosgoro Kayawu
Tahun 2018 : Lulus dari SMK Kristen 2 Tomohon

III. Riwayat Organisasi

1. Anggota Divisi Minat & Bakat Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Keperawatan 2018/2019
2. Anggota Divisi Minat & Bakat Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Keperawatan 2019/2020
3. Anggota Seksi Perlengkapan Lasalle caring 2018
4. Wakil ketua kegiatan Lasalle Caring 2020
5. Anggota seksi Acara kegiatan Lasio 2021
6. Anggota Divisi Hubungan Masyarakat Ikatan Nyong Noni De La Salle Manado 2021-2022
7. Ketua Unit Kegiatan Mahasiswa Sepak Bola Universitas Katolik De La Salle Manado 2019-2022
8. Mentor Kegiatan Lasalle Caring Tahun 2021
9. Koordinator Dies Natalis Fakultas Keperawatan 2021
10. Ketua Panitia Pengabdian Masyarakat di Desa Jiko, Bolaang Mongondow Timur Tahun 2021
11. Anggota seksi perlengkapan Pemilihan Nyong & Noni UNIKA De La Salle Manado 2022
12. Koordinator ABDIMAS Keperawatan Bencana dan Kardiovaskuler Tahun 2021
13. Ketua Panitia E-sport dalam rangka Kegiatan Dies Natalis Fakultas Keperawatan 2020
14. Koordinator lapangan Latihan Kepemimpinan Tingkat dasar Fakultas Keperawatan 2021
15. Mentor Kegiatan Pemilihan Putra & Putri Fakultas keperawatan 2021
16. Koordinator Lapangan Praktik Klinik Komunitas di Kecamatan Wori Tahun 2021
17. Anggota seksi acara LASIO Tahun 2021
18. Ketua Himpunan Mahasiswa Program studi ilmu keperawatan 2020-2021
19. Ketua Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Keperawatan 2021-2022
20. Koordinator Socius Kegiatan LASIO 2022

IV. Pelatihan


1. Pelatihan Kepemimpinan Tingkat Dasar Tahun 2019
2. Pelatihan Kepemimpinan Tingkat Atas Tahun 2019
3. Pelatihan Wound Care Management Tahun 2020
4. Pelatihan Alzi “Agent Of Change” Tahun 2020
5. Pelatihan Emergency Nursing Trauma Cardiac Life Support Tahun 2021
6. Pelatihan Basic Certified Wound Care Nursing (BCWCN) Tahun 2022

Lampiran 2 : Laporan Pengkajian – Evaluasi Kasus Pasien (Asuhan Keperawatan)

Tanggal Pengkajian : 15-02-2023

Jam Pengkajian : 08.30 WITA

Identitas Klien

Jenis Triase : Merah 

Nama Initial : Tn. E.R

Umur : 40 tahun

Jenis Kelamin : Laki-Laki

Diagnosa Medis : Vulnus Laceratum (Pariental)

Alamat : Tara - tara

Data Fokus

Keluhan Utama : Klien masuk IGD dengan kondisi luka robek di kepala akibat tertimpa pohon tumbang.

Primary Survey

Primary Survey	Pengkajian
<i>Airway</i>	- Jalan napas bersih, - tidak ada suara napas tambahan
<i>Breathing</i>	- Tidak sesak napas - Frekuensi napas 22 x/menit - SpO2 : 94%
<i>Circulation</i>	- Akral dingin - Wajah klien tampak pucat - CRT >3 detik - Nadi teraba cepat, Nadi:114x/menit - Tekanan Darah 100/70 mmHg - Perdarahan aktif di kepala kurang lebih 600cc
<i>Disability</i>	- Tingkat Kesadaran : Compos mentis - Nilai GCS 15 (E= 4 M=6 V=5) - AVPU : Alert: Klien terjaga, responsif, berorientasi, berbicara dengan petugas Verbal: Klien memberikan respon berupa berbicara terhadap rangsangan suara yang diberikan oleh perawat.

	<p>Pain: Klien terdapat trauma di kepala dengan nyeri tajam seperti tertusuk-tusuk di area parietal dengan skala 7-8 (Nyeri Berat) yang dirasakan secara terus-menerus</p> <p>Unresponsive: Terdapat respon suara dari klien</p>
<i>Exposure</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya trauma di daerah kepala (Parietal) - Ukuran luka <ul style="list-style-type: none"> - Panjang luka 15 cm - Lebar luka 2 cm - Kedalaman luka 2 cm

Secondary Survey

PENGKAJIAN		MASALAH KEPERAWATAN	RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN
KEPALA	Adanya luka terbuka di area parietal dan perdarahan aktif kurang lebih 600cc.	1. Risiko Syok 2. Nyeri Akut	1. Manajemen Syok 2. Manajemen Nyeri
MATA	Anemia (ada/tidak ada) Ikterik : tidak ada.	Tidak ada masalah	Tidak ada rencana keperawatan
TELINGA	Tidak ada gangguan pendengaran, tidak ada serumen.	Tidak ada masalah	Tidak ada rencana keperawatan
HIDUNG	Simetris, tidak ada gangguan penciuman.	Tidak ada masalah	Tidak ada rencana keperawatan
LEHER	Tidak ada gangguan	Tidak ada masalah	Tidak ada rencana keperawatan
DADA/PARU	Simetris, ekspansi dinding dada sama RR : 22x/m, teratur	Tidak ada masalah	Tidak ada rencana keperawatan

	Penggunaan otot-otot dinding dada		
ABDOMEN	Dinding abdomen simetris Tidak ada nyeri	Tidak ada masalah	Tidak ada rencana keperawatan
EKSTREMITAS	Tidak Ada kelainan bentuk Kekakuan pada persendian ekstremitas : tidak ada	Tidak ada masalah	Tidak ada rencana keperawatan
KULIT	Lembab, terdapat luka terbuka di kepala	1. Gangguan Integritas Kulit/Jariangan 2. Risiko Infeksi	1. Perawatan Luka 2. Pencegahan Infeksi

ASSASSMEN KOMPAK (Keluhan, Obat-Obatan, Makanan, Penyakit, Alergi, Kejadian)

K : Klien masuk IGD dengan kondisi luka robek di kepala akibat tertimpa pohon tumbang, Klien mengatakan merasa nyeri di kepala menjalar kepongung, Klien mengeluh pusing

O : Sebelum kejadian klien tidak mengonsumsi obat

M : Sebelum kejadian pada pukul 07.30 WITA klien sempat untuk sarapan berupa nasi, ikan sayur

P : Klien tidak memiliki penyakit kronis ataupun menahun

A : Klien tidak memiliki alergi makanan ataupun obat-obatan

K : Kepala klien tertimpa pohon pada jam 07.30 WITA saat klien sedang mengendarai mobil

Hasil Laboratorium (15 Februari 2023)





PARAMETER	RESULT UNIT	REF RANGE
RBC	5,25 x 10 ¹² /L	4,00-5,50
WBC	6,17 x 10 ⁹ /L	4,00-10,00
HCT	47,3%	40,0-54,0
HGB	10,01 g/dl	12,0-16,0

KLASIFIKASI DATA

Data Subektif	Data Objektif
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Klien mengatakan merasa pusing dan badan terasa lemah ➤ Klien sering mengatakan nyeri kepala ➤ Klien mengatakan tertimpah pohon saat mengendarai mobil 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Wajah klien tampak pucat ➤ Terdapat luka robek ➤ Perdarahan aktif sekitar 500-600 cc ➤ Klien tampak gelisah ➤ Nadi teraba cepat ➤ Akral teraba dingin ➤ CRT >3 detik ➤ Pengkajian PQRST: Klien terdapat trauma di kepala dengan nyeri tajam seperti tertusuk-tusuk di area parietal dengan skala 7-8 (Nyeri Berat) yang dirasakan secara terus-menerus ➤ Klien tampak meringis ➤ Klien bersikap protektif ➤ Klien tampak gelisah ➤ Adanya trauma di daerah kepala (Parietal) ➤ Ukuran luka: <ul style="list-style-type: none"> Panjang luka 15 cm Lebar luka 2 cm Kedalaman luka 2 cm ➤ TTV <ul style="list-style-type: none"> TD : 100/60 mmHg Nadi: 114x/menit ➤ Hasil lab: <ul style="list-style-type: none"> Hb : 10,1 mg/dl Ht : 47,3 % Leu: 6,17 x10⁹/L

ANALISA DATA

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa pusing dan badan terasa lemah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Wajah klien tampak pucat - Nadi teraba cepat - Nadi: 114 x/menit - Akral teraba dingin - CRT >3 detik - TD 100/60 mmHg - Hasil Lab : Ht : 47,3 % - Terdapat luka robek - Perdarahan aktif sekitar 500-600 cc - TD 100/60 mmHg, - Hasil Lab : Hb 10,01 mg/dl 	<p>Perdarahan aktif</p> <p>↓</p> <p>Hb menurun</p> <p>↓</p> <p>Menurunnya volume intravaskuler</p> <p>↓</p> <p>Kurangnya suplai darah ke otak</p> <p>↓</p> <p>Asupan O₂ ke jaringan tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Risiko Syok</p>	<p>Risiko Syok</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering mengatakan nyeri kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST: Klien terdapat trauma di kepala dengan nyeri tajam seperti tertusuk-tusuk di area parietal dengan skala 7-8 (Nyeri Berat) yang dirasakan secara terus-menerus - Klien tampak meringis - Klien bersikap protektif - Klien tampak gelisah - Nadi: 114 x/menit 	<p>Respon tubuh terhadap trauma</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan jaringan</p> <p>↓</p> <p>Reseptor nyeri</p> <p>↓</p> <p>Impuls ke otak</p> <p>↓</p> <p>Nyeri akut</p>	<p>Nyeri Akut</p>
<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tertimpah pohon saat mengendarai mobil. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya trauma di daerah kepala (Parietal) 	<p>Hantaman benda keras/tajam</p> <p>↓</p> <p>Trauma jaringan</p> <p>↓</p> <p>Adanya luka robekan</p>	<p>Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Ukuran luka: Panjang luka 15 cm Lebar luka 2 cm Kedalaman luka 2 cm 	 Gangguan Integritas Kulit/ Jaringan	
DS:- DO: <ul style="list-style-type: none"> - Adanya trauma di daerah kepala (Parietal) - Ukuran luka: Panjang luka 15 cm Lebar luka 2 cm Kedalaman luka 2 cm - Hasil Lab : Leu: $6,17 \times 10^9/L$ 	Luka kulit terbuka  Post entry de bacterial  Kontak dengan mikroorganisme  Risiko infeksi	Risiko Infeksi

DIAGNOSA KEPERAWATAN

No	Diagnosa Keperawatan	Tanggal Ditemukan	Tanggal Teratasi	Prioritas Masalah
1	<p>Risiko syok b/d kekurangan volume cairan (D.0039) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa pusing dan badan terasa lemah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Wajah klien tampak pucat - Nadi teraba cepat - Nadi:114 x/menit - Akral teraba dingin - CRT >3 detik - Wajah klien tampak pucat - Terdapat luka robek - Perdarahan aktif sekitar 500-600 cc - TD 100/60 mmHg, - Hasil Lab : Hb 10,01 mg/dl Ht : 47,3 % 	15-02-2023	15-02-2023	I
2	<p>Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik (D.0077) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering mengatakan nyeri kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST: Klien terdapat trauma di kepala dengan nyeri tajam seperti tertusuk-tusuk di area parietal 	15-02-2023	15-02-2023	II

	<p>dengan skala 7-8 (Nyeri Berat) yang dirasakan secara terus-menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis - Klien bersikap protektif - Klien tampak gelisah - Nadi: 114 x/menit 			
3	<p>Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan faktor mekanis (benturan di kepala) ditandai dengan:</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tertimpah pohon saat mengendarai mobil. <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya trauma di daerah kepala (Parietal) - Ukuran luka: <ul style="list-style-type: none"> Panjang luka 15 cm Lebar luka 2 cm - Kedalaman luka 2 cm 	15-02-2023	15-02-2023	III
4	<p>Risiko Infeksi d/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit (D.0142)</p>	15-02-2023	15-02-2023	IV

Asuhan Keperawatan Gawat Darurat pada Tn.E.R

No .dx	Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional	Jam	Implementasi	Evaluasi
1.	<p>Risiko syok d/d kekurangan volume cairan (D.0039) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan merasa pusing dan badan terasa lemah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak gelisah - Wajah klien tampak pucat - Nadi teraba cepat - Nadi: 114 x/menit - Akral teraba dingin - CRT >3 detik - Wajah klien tampak pucat - Terdapat luka robek - Perdarahan aktif sekitar 500-600 cc - TD 100/60 mmHg, - Hasil Lab : 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 jam diharapkan tingkat syok menurun (L.03032) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nadi dalam batas normal (60-100 x/menit) 2. Akral dingin menurun 3. Pucat menurun 4. Pengisian kapiler membaik (<2 detik) 	<p>Pencegahan Syok (I.02068)</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala perdarahan - Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Monitor status kardiopulmonal (Frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah) - Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui adanya tanda dan gejala perdarahan - Memantau perubahan hematokrit/hemoglobin klien - Perubahan status kardiopulmonal menunjukkan efek hipoksia sistemik pada fungsi jantung - Mengetahui adanya perubahan nilai SaO2 dan status hemo-dinamik 	<p>08.33</p> <p>08.45</p> <p>08.48</p> <p>08.50</p>	<p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda dan gejala perdarahan - Memonitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah - Memonitor status kardiopulmonal (Frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi nafas, tekanan darah) - Memonitor status oksigenasi (oksimetri nadi) <p>Hasil: Adanya perdarahan aktif sekitar 500 – 600 cc</p> <p>Hasil: HCT: 47,3%, Hb: 10,1 mg/dl</p> <p>Hasil: Frekuensi nadi 114 x/menit</p> <p>Hasil: SPO2: 96%</p>	<p>Jam: 11.00 WITA</p> <p>S:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <p>O:</p> <p>Klien tampak lebih tenang, Klien tampak pucat, Nadi 98 x/menit, CRT >2 detik, akral teraba hangat, Terpasang IVFD cairan RL 20 tpm kolv 2, TD: 123/89 mmHg, Perdarahan 20-30 cc, terdapat luka terbuka, luka tampak dibalut dengan kassa steril dan perban elastic.</p> <p>A: Risiko syok (D.0039)</p> <p>P: Tingkat Syok Menurun (L.03032)</p> <p>I: Pencegahan Syok (I.02068)</p>

	<p>Hb 10,01 mg/dl Ht : 47,3 %</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Monitor status cairan (turgor kulit, CRT) - Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil - Periksa riwayat alergi <p>Teraeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertahankan bed rest selama perdarahan - Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% - Pasang jalur IV, jika perlu - Lakukan skintest untuk mencegah reaksi alergi <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melapor jika 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui adanya tanda-tanda dehidrasi dan syok hipovolemik - Mengetahui tingkat kesadaran klien - Mengetahui adanya alergi pada klien - Menganti-sipasi terjadinya perdarahan berlebih - Mempertahankan kebutuhan oksigen dalam tubuh - Mempertahankan keseimbangan cairan - Mengetahui reaksi alergi obat - Untuk dapat dilakukan 	<p>08.55</p> <p>09.00</p> <p>09.00</p> <p>09.05</p> <p>09.10</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor status cairan (turgor kulit, CRT) Hasil: Turgor kulit lembab, CRT >3 detik - Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil Hasil: Tingkat kesadaran compos mentis dengan GCS 15 (E: 4, V: 5, M: 6), Respon pupil +/- - Memeriksa riwayat alergi Hasil: Klien tidak memiliki alergi obat maupun makanan <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan bed rest selama perdarahan Hasil: Klien bedrest dengan posisi fowler (90°) - Memberikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% Hasil: Klien terpasang oksigen nasal kanul 3 lpm 	
--	---------------------------------------	--	---	---	--	---	--

			<p>menemukan/ merasa tanda dan gejala awal syok</p> <p>Kolaborasi: - Kolaborasi permemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu</p>	<p>tindakan secepat mungkin</p> <p>- Mengurangi perdarahan berlebih</p>	<p>- Memasang jalur IV Hasil: Klien terpasang IVFD cairan RL drips 500 cc dalam jangka waktu 20 menit (28-30 tpm)</p> <p>- Melakukan skintest untuk mencegah reaksi alergi Hasil: Klien dilakukan skintest obat Ceftriaxone dan tidak ditemukan tanda-tanda alergi</p> <p>Edukasi: - Menganjurkan melapor jika menemukan/ merasa tanda dan gejala awal syok Hasil: Keluarga klien dapat mengerti dan akan melaporkan bila terjadi tanda dan gejala syok</p> <p>Kolaborasi: - Berkolaborasi permemberian obat pengontrol perdarahan</p>	
--	--	--	--	---	--	--

						Hasil: Klien diberikan obat Asam Tranexamad 1g via injeksi lewat bolus	
2.	<p>Nyeri Akut b/d agen pencedera fisik(D.0077) ditandai dengan :</p> <p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sering mengatakan nyeri kepala <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pengkajian PQRST: Klien terdapat trauma di kepala dengan nyeri tajam seperti tertusuk-tusuk di area parietal dengan skala 7-8 (Nyeri Berat) yang dirasakan secara terus-menerus - Klien tampak meringis - Klien bersikap protektif - Klien tampak gelisah 	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 jam diharapkan tingkat nyeri menurun (L.08066) dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri menurun 2. Meringis menurun 3. Sikap protektif menurun 4. Gelisah menurun 5. Frekuensi nadi membaik (60-100 x/menit) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik,d urasi,frekuensi ,kualitas,intensitas nyeri. - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri - Kontrol lingkungan yang 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengetahui karakteristik nyeri - Mengetahui tingkat nyeri klien - Mengetahui respon nonverbal akibat nyeri - Membantu mengurangi nyeri dengan teknik nonfarmakologis - Mengurangi situasi yang 	<p>08.32</p> <p>08.35</p> <p>08.37</p>	<p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri <p>Hasil: P: trauma kepala (parietal), Q: nyeri tajam, R:parietal, S:7-8, T:terus-menerus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri <p>Hasil: Skala nyeri diukur menggunakan VAS (Visual Analogue Scale)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi respon nyeri non verbal <p>Hasil: Klien tampak meringis, gelisah, bersikap protektif</p> <p>Terapeutik :</p>	<p>Jam: 11.00 WITA</p> <p>S: Klien mengatakan kadang-kadang merasa nyeri dibagian kepala</p> <p>O: Klien bersikap protektif, Nadi 98 x/menit, P : trauma kepala (parietal)</p> <p>Q: nyeri tajam</p> <p>R:parietal</p> <p>S:5-6</p> <p>T:setiap 20 menit sekali</p> <p>A: Nyeri Akut (D.0077)</p> <p>P: Tingkat Nyeri Menurun (L.08066)</p> <p>I: Manajemen Nyeri (I.08238)</p>

	- Nadi: 114 x/menit	6. Skala nyeri menurun (5-6)	memperberat rasa nyeri Edukasi : - Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri	memperberat rasa nyeri - Klien dapat mengontrol nyeri secara mandiri dengan teknik nonfarmakologis	08.47 08.50 08.55	- Memberikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil; Klien diberikan teknik nonfarmakologis yaitu teknik tarik napas dalam - Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: Pengunjung dibatasi Edukasi : - Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Klien diajarkan teknik tarik napas dalam	
4.	Gangguan integritas kulit/jaringan (D.0129) berhubungan dengan faktor mekanis (benturan di kepala) ditandai dengan: DS :	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 jam diharapkan kerusakan	Perawatan Luka (I.14564) Observasi: - Monitor karakteristik luka (mis. Drainase,	- Mendeteksi indakan yang cocok dilakukan	08.00	Observasi : - Memonitor karakteristik luka Hasil : Adanya luka terbuka dikepala (parietal), Ukuran luka: Panjang luka 15	Jam: 11.00 WITA S: - O: Adanya luka terbuka dikepala (parietal), Ukuran

<p>- Klien mengatakan tertimpah pohon saat mengendarai mobil.</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adanya trauma di daerah kepala (Parietal) - Ukuran luka: Panjang luka 15 cm Lebar luka 2 cm - Kedalaman luka 2 cm 	<p>jaringan menurun (L.14125) dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perdarahan menurun (<200 cc) 2. Kemerahan menurun 	<p>warna, ukuran, bau)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda-tanda infeksi <p>Terapeutik:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cukur rambut disekitar luka, jika perlu - Bersihkan dengan cairan NaCl atau cairan nontoksik sesuai kebutuhan - Berikan salep yang sesuai ke kulit atau lesi, jika perlu <ul style="list-style-type: none"> - Pasang balutan sesuai jenis luka - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 	<ul style="list-style-type: none"> - Memantau adanya tanda-tanda terjadinya infeksi - Mempermudah proses perawatan luka - Menjaga kelembaban luka. - Meningkatkan pertumbuhan jaringan, mengurangi resiko infeksi dan membantu proses penyembuhan luka - Menjaga kebersihan luka - Mencegah kontaminasi kuman 	<p>08.10</p> <p>08.40</p> <p>08.50</p> <p>08.50</p> <p>09.00</p>	<p>cm, Lebar luka 2 cm, Kedalaman luka 2 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor tanda – tanda infeksi <p>Hasil : Tidak ada tanda – tanda infeksi.</p> <p>Terapeutik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencukur rambut disekitar luka. <p>Hasil : Tampak rambut di sekitar luka sudah dicukur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membersihkan dengan cairan NaCl atau cairan nontoksik sesuai kebutuhan <p>Hasil : Cairan pembersih luka NaCl 0,9% (1500 cc)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memasang balutan sesuai jenis luka <p>Hasil : Menggunakan kassa steril dan dibalut dengan elastis perban</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 	<p>luka: Panjang luka 15 cm, Lebar luka 2 cm, Kedalaman luka 2 cm, Adanya perdarahan, rambut disekitar luka tampak dicukur, tidak ada tanda – tanda infeksi.</p> <p>A: Gangguan Integritas kulit/jaringan (D.01929)</p> <p>P: Kerusakan jaringan menurun (L.14125)</p> <p>I: Perawatan Luka (I.14564)</p>
--	---	---	---	--	--	--

			Kolaborasi: - Kolaborasi prosedur debridement (mis. Enzymatic, biologis, autolytic) - Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu	- Mencegah terjadinya komplikasi pada luka. - Mencegah terjadinya infeksi	11.30 09.30	Hasil : alat dan bahan yang digunakan dalam bentuk steril Kolaborasi : - Kolaborasi prosedur debridement Hasil : klien direncanakan akan dilakukan tindakan debridement di ruang operasi pada jam 11:30 Wita - Kolaborasi pemberian antibiotic Hasil : Pemberian obat ceftriaxone 2gr via bolus.	
4.	Risiko Infeksi b/d ketidakadekuatan pertahanan tubuh primer : kerusakan integritas kulit (D.0142) ditandai dengan : DS:- DO:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 8 jam diharapkan tingkat infeksi menurun (L.14137) dengan kriteria hasil :	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi : - Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Terapeutik :	- Mengetahui adanya tanda dan gejala infeksi inda dan sistemik	09.00 10.40	Observasi : - Memonitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik Hasil: Luka tampak kemerahan Terapeutik : - Membatasi jumlah pengunjung	Jam: 11.00 WITA S: - O: Luka dibalut dengan kassa steril dan perban elastic A: Risiko Infeksi (D.0142) P: Tingkat Infeksi Menurun (L.14137)

	<ul style="list-style-type: none"> - Adanya trauma di daerah kepala (Parietal) - Ukuran luka: Panjang luka 15 cm Lebar luka 2 cm Kedalaman luka 2 cm - Hasil Lab : - Leu: 6,17 x10⁹/L 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nyeri menurun (5-6) 2. Kemerahan menurun 3. Kadar sel darah putih/leukosit dalam batas normal (4,00-10,00) 	<ul style="list-style-type: none"> - Batasi jumlah pengunjung - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - Pertahankan teknik aseptik pada pasien bersiko tinggi <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian antibiotik jika perlu 	<ul style="list-style-type: none"> - Mengurangi kontaminasi mikroogan-isme dari luar - Mencegah kontaminasi mikroorgan-isme - Mempertahankan kondisi steril selama tindakan keperawatan - Mencegah terjadinya infeksi 	<p>08.38</p> <p>08.38</p> <p>09.30</p>	<p>Hasil: Pengunjung dibatasi hanya untuk keluarga inti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien <p>Hasil: Perawat dan dokter melakukan cuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mempertahankan teknik aseptik pada pasien bersiko tinggi <p>Hasil: Perawat dan dokter mencuci tangan, menggunakan handscoen steril, kassa steril, NaCl 0,9%</p> <p>Kolaborasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi pemberian antibiotik <p>Hasil: Klien diberikan obat Ceftriaxone 1g via injeksi lewat bolus</p>	<p>I: Pencegahan Infeksi (I.14539)</p>
--	--	---	---	---	--	--	---

Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Ujian KIAN

HALAMAN PERSETUJUAN


Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Pada Tn E.R Dengan Vulnus Laseratum
Parietal Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon

Laporan Karya Ilmiah Akhir Ners

Telah disetujui untuk diuji di hadapan tim penguji KIAN
Program Studi Profesi Ners
Fakultas Keperawatan Universitas Katolik De La Salle Manado


Manado, 29 Juni 2023

Pembimbing KIAN



Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep.

Mengetahui,

Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Katolik De La Salle Manado


Wahyuni Langelu, BSN., M.Kes

Ketua Program Studi
Profesi Ners


Johanis Kerangan, S.Kep., Ns., M.Kep

Lampiran 4 : Lembar Konsultasi KIAN



**UNIVERSITAS KATOLIK DE LA SALLE MANADO
FAKULTAS KEPERAWATAN**

Alamat : Kairagi I Kombos Manado
(Belakang Wenang Permai II Manado)
Tlp : (0431) 871957, 871971, 877512. Fax. (0431) 871972
Website : fakep.unikadelasalle.ac.id
E-mail : keperawatan.udls@unikadelasalle.ac.id

LEMBAR KONSULTASI

Nama : Yosua Gerry Runtuwene, S.Kep
NIM : 22062063
Pembimbing I : Johanis Kerangan, S,Kep.,Ns.,M.Kep

No	Tanggal	Topik Bimbingan	Masukan/Komentar Pembimbing	Paraf Pembimbing	Paraf Mahasiswa
1.	1/03-2023	Konsultasi Judul	1. Memasukan judul KIAN (lewat chat WhatsApp) 2. Pengajuan judul berdasarkan keterkaitan masalah yang ditemukan di Rumah Sakit	<i>JH</i>	<i>CF</i>
2.	1/03 - 2023	Feedback Judul	1. Acc judul KIAN 2. Mencari jurnal dan artikel yang terkait dengan judul yang diambil	<i>JH</i>	<i>CF</i>
3.	11/03 - 2023	Pemasukan bab 1	Bab 1 dimasukkan lewat chat Whatsapp dan akan segera diperiksa	<i>JH</i>	<i>CF</i>
4.	14/03 - 2023	Lanjut Bab 2	1. Melanjutkan		

			Laporan KIAN sampai selesai	Ja	CA
5.	20/03 - 2023	Pemasukkan Bab 1 - 5	1. Menunggu Ujian	Ja	CA
6.	27/06 - 202	Persetujuan Ujian KIAN	1. Tanda tangan lembar persetujuan ujian KIAN	Ja	CA
7.	29/06 - 2023	KIAN	Acc Ujian KIAN	Ja	CA
8.	30/06 - 2023	Revisi KIAN	1. Latar belakang paragraf 1 (masalah, penyebab, dan dampak). 2. Paragraf 3 tindakan pencegahan CAD	Ja	CA
12	25/07 - 2023	Uji Turnitin	1. Perbaiki untuk turnitin selanjutnya	Ja	CA