

PENATALAKSANAAN MANAJEMEN PERAWATAN LUKA PADA PASIEN
DENGAN VULNUS.LASERATUM REGIO MENTALIS DI RUANGAN
IGD RS TK II PELAMONIA MAKASSAR

Jeni Riana Bulu,Tutik Agustini, Andi Yuliana, Yusrah Aqiyah
Profesi Ners, Fakultas Kesehatan Masyarakat,Universitas Muslim Indonesia
Corespondensi author email: jenyriana18@gmail.com

Abstract

Vulnus Laceratum, Or Lacerated Wound, Is A Type Of Open Wound Characterized By The Tearing Of The Skin And Underlying Tissue Due To Trauma. This Type Of Wound Typically Has An Irregular Shape With Jagged Edges, Often Caused By Pulling Or Scraping From Blunt Objects Such As The Edge Of A Table Or Parts Of A Motor Vehicle. One Technique That Can Be Applied To Reduce The Risk Of Infection Is Wound Care Using Transparent Film Dressing. Research Results: This Study Used A Descriptive Method With A Case Study Approach. The Research Subjects Were Two Individuals Who Experienced Vulnus Laceratum. Infection Risk Was Measured Using An Infection Risk Checklist. In Subject I, There Was A Decrease In Infection Risk Marked By Improvement In Redness, Swelling, And Pain. In Subject II, Redness, Swelling, And Pain Also Improved. The Application Of Transparent Film Dressing For Three Days Proved To Be A Potential Alternative Intervention To Reduce The Risk Of Infection. Conclusion: The Results Of This Case Study Showed A Decrease In Infection Risk In Both Subjects, Indicated By Improvements In Redness, Swelling, And Pain.

Keywords: Fracture, Radius Fracture, ORIF Procedure.

Abstrak

Vulnus laceratum, atau luka robek, merupakan jenis luka terbuka yang ditandai dengan robeknya kulit dan jaringan di bawahnya akibat trauma. Luka ini biasanya memiliki bentuk tidak beraturan dengan tepi yang compang-camping, sering kali disebabkan oleh tarikan atau goresan dari benda tumpul seperti tepi meja atau bagian kendaraan bermotor. Salah satu teknik yang dapat dilakukan untuk mengurangi resiko infeksi yaitu Penerapan Perawatan luka.: ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan studi kasus. Subjek penelitian adalah 2 orang yang mengalami Vulnus Laceratum. Dengan pengukuran menggunakan ceklist resiko infeksi pada subjek I terjadi penurunan resiko infeksi kemerahan, Bengkak dan nyeri membaik. Pada subjek II kemerahan, Bengkak, nyeri membaik. Penerapan yang dilakukan selama 3 hari dapat menjadi alternatif tindakan untuk mengurangi resiko infeksi.

Kata Kunci : Vulnus Laceratum; Resiko Infeksi.

PENDAHULUAN

Vulnus laceratum atau luka robek, adalah luka terbuka yang terjadi akibat robeknya kulit dan jaringan di bawahnya. Biasanya, luka robek memiliki bentuk yang tidak teratur dengan tepi yang tidak jelas. Luka robek yang kecil mungkin bisa ditangani di rumah, tetapi luka yang lebih besar memerlukan perawatan medis di fasilitas kesehatan. Luka seringkali memerlukan penjahitan untuk menghentikan perdarahan dengan efektif (Haryono, 2022). Vulnus laceratum atau luka robek adalah luka dengan tepi yang tidak beraturan atau compang camping, biasanya karena tarikan atau goresan benda tumpul. Vulnus laceratum terjadi akibat trauma oleh benda yang tidak tajam, misalnya tepi meja, terkena bagian dari kendaraan bermotor dan sebagainya, tapi tidak rata (Randy Prayogi, 2020). Vulnus laceratum juga dapat terjadi karena beberapa penyebab yaitu mekanik, contohnya trauma benda tumpul, benda tajam, senjata api dan bahan peledak fisik, contohnya paparan suhu, panas, dingin dan paparan listrik, padakimia, contohnya paparan zat asam dan basa (Kemenkes RI, 2022). Menurut World Health Organization (WHO) tahun 2019 di dunia terjadinya luka robek sebesar 12,8% atau 8,4 juta. Mayoritas luka yang dialami oleh penduduk dunia disebabkan oleh pembedahan/trauma (21%). 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 1,60 juta kasus, luka lecet ada 20,30 juta kasus, 13,50 juta kasus, amputasi 0,20 juta pertahun, karsinoma 0,60 juta pertahun, melanoma 0,10 juta, dan komplikasi kanker kulit ada sebanyak 0,10 juta kasus (Wulandari, 2023).

Berdasarkan data Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) pada tahun 2020 prevalensi cedera di indonesia adalah (23%). Tetapi angka kasus di indonesia terus meningkat setiap tahunnya, terlihat pada tahun 2013 yang mencapai 8,4% dan pada tahun 2020 naik menjadi 23,2%. Di Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY), jumlah luka robek/iris adalah 19,7, di Sulawesi Selatan jumlah luka robek/iris adalah 12,8% dan terendah di Jambi 4,5%, sedangkan pada di Provinsi Sumatera Selatan, khususnya untuk kasus luka robek, memiliki angka prevalensi sebesar 18,7%, dan di Lubuklinggau 2,39% (Hardyanto & Nirmalasari, 2020). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Siti Aisyah Di Kota Lubuklinggau, didapatkan angka kejadian vulnus laceratum pada tahun 2022 sekitar 987 jiwa, sedangkan pada tahun 2023 kejadian vulnus.

laceratum meningkat menjadi 1273 jiwa, dan pada tahun 2024 kejadian vulnus laceratum menurun menjadi 645 jiwa. Ditotalkan dari tahun 2022-2024 terdapat 2.905 cidera vulnus laceratum. (RSUD Siti Aisyah Kota Lubuklinggau Diruang Instalasi Gawat Darurat,2024). Pada Vulnus Laceratum dapat menyebabkan beberapa gangguan pada tubuh dan kulit penderita seperti: nyeri akut, kerusakan integritas kulit, resiko infeksi, gangguan mobilitas fisik, dan

kekurangan volume cairan. Untuk mencegah gangguan tersebut dapat dilakukan beberapa cara yaitu dengan perawatan luka, sterilisasi luka, pembalutan luka, dan mencuci tangan baik sesudah dan sebelum melakukan perawatan luka (Kemenkes RI, 2022). Resiko infeksi dapat terjadi apabila luka terpapar langsung oleh mikroorganisme yang ada di udara atau pada benda-benda yang tidak bersih.

Penanganan untuk menghindari resiko infeksi pada luka robek dapat dilakukan secara tradisional maupun modern/medis. Penangan luka robek secara tradisional dapat dilakukan dengan menggunakan bahan-bahan alami seperti madu, lidah buaya, kunyit, minyak kelapa, dan daun kopasanda. Sedangkan penanganan luka robek secara modern/medis dapat dilakukan dengan perawatan luka. Pada metode perawatan luka untuk menghindari resiko infeksi dapat menggunakan sebagai balutan pada luka terbuka untuk menghindari resiko infeksi (Rizal, 2022). 3

Menurut Retni et al, (2024) yang melakukan penelitian di gorontalo bahwa Transparan film dressing adalah jenis perban modern yang digunakan dalam perawatan luka. Dibuat dari bahan transparan, elastis, dan tahan air, dapat langsung ditempelkan pada luka. Penggunaan transparan film dressing dalam penyembuhan luka dapat memberikan sejumlah manfaat penting salah satunya Mengurangi risiko infeksi dengan menyediakan penghalang fisik terhadap mikroorganisme membantu mengurangi kemungkinan infeksi, serta menciptakan lingkungan yang bersih dan kering untuk mendukung proses penyembuhan. Penelitian ini juga di dukung oleh Tjipta yang memperoleh hasil yang sama yaitu berfungsi sebagai penghalang yang ampuh terhadap mikroorganisme dan bakteri, sehingga menurunkan kemungkinan terjadinya infeksi pada luka.

Penelitian yang dilakukan oleh Dutra et al menunjukkan bahwa (8,7%) memiliki kinerja yang lebih baik dan lebih efektif) dalam mencegah resiko infeksi pada luka terbuka. Selain itu, biaya rata-rata per ganti dressing per pasien juga lebih rendah ketika menggunakan Transparan hal ini dibuktikan melalui pengamatan pada 60 pasien. Sementara itu terletak pada kemampuannya untuk menahan cairan, sekresi, dan bakteri dari diukur menggunakan variabel yang disebut Tingkat Transmisi Uap Kelembaban (MVTR). Semakin tinggi (MVTR), semakin efektif Transparan Film Dressing dalam menghilangkan kelembaban, untuk mencegah resiko infeksi pada luka (Yuliati & Munte, 2022). Sehubungan dengan uraian di atas maka penulis tertarik mengadakan penelitian mengenai implementasi Perawatan Luka Dengan Pada Pasien Vulnus Laceratum Dengan Resiko Infeksi Di IGD RS TK II PELAMONIA Siti Aisyah Kota Lubuklinggau Tahun 2025.

Menurut WHO dalam jurnal edukasi berbasis nutrisi dan budaya pada penderita luka robek kronis (Vulnus Laceratum) yang ditulis oleh Huda dkk

(2018), angka kejadian Vulnus Laceratum setiap tahun semakin meningkat. Sebuah penelitian pada tahun 2009, sebuah asosiasi luka di Amerika melakukan penelitian tentang insiden luka di dunia berdasarkan etiologi penyakit, diperoleh data untuk bedah ada 110 juta kasus, luka trauma sebanyak 1 juta kasus, luka lecet ada 20 juta kasus dan luka bakar ada 10 juta kasus. Kemudian untuk penderita Vulnus Laceratum/ luka robek menempati urutan ketiga jenis cedera terbanyak di Indonesia dengan persentase 23,2% (Martono, 2012)

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 terbanyak di Indonesia. Jenis luka ini tertinggi ditemukan di Papua sekitar 48,5% dan terendah di Yogyakarta dengan angka 14,6%. Sedangkan proporsi cedera luka pada provinsi Sumatera Selatan angka prevalensi pada kasus luka robek adalah sebesar 18,7%.

Pada saat praktik di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit tk II pelamonia saya menemukan berbagai kasus kegawatdaruratan dan dimana salah satunya saya mengangkat sebagai karya ilmiah akhir ners yakni Vulnus Laceratum atau luka robek pada An. M yang disebabkan oleh kecelakaan lalu lintas. Kasus ini saya temukan pada tanggal 11 agustus 2025 pada pukul 10.30 pagi. Berdasarkan kasus ini saya mengangkat beberapa diagnosa terkait yang nantinya akan dibahas lebih dalam pada bab III.

KAJIAN TEORI

Vulnus Laseratum (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 laseratum 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 tembakau, 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 (Novaprime, 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) Komplikatum, bila melibatkan kulit dan jaringan dibawahnya. Vulnus Laceratum dibedakan berdasarkan beratnya yaitu: 1) Derajat I adalah robekan adventicia dan media, tanpa menembus dinding. 2) Derajat II adalah robekan vaskular 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.

METODE

Metode yang digunakan dalam studi kasus ini adalah pemberian asuhan keperawatan secara langsung di Instalasi Gawat Darurat kepada An. M yang mengalami trauma kepala dengan perdarahan aktif akibat tertimpa pohon. Proses asuhan dimulai dengan pengkajian primer secara cepat menggunakan pendekatan ABCDE untuk menilai kondisi awal pasien, meliputi jalan napas, pernapasan, sirkulasi, tingkat kesadaran, serta adanya cedera pada tubuh. Setelah pengkajian, data subjektif dan objektif dikumpulkan untuk menentukan prioritas diagnosis keperawatan sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), yaitu gangguan integritas kulit/jaringan, nyeri akut, dan risiko infeksi.

Intervensi keperawatan kemudian direncanakan berdasarkan standar SLKI dan SIKI, dengan fokus pada manajemen perdarahan, pengurangan nyeri, serta pencegahan infeksi. Implementasi dilakukan secara paralel sesuai kondisi kegawatdaruratan pasien, meliputi stabilisasi tanda vital, pemasangan oksigen, terapi cairan intravena, pemberian antibiotik, serta perawatan luka menggunakan teknik steril. Selain itu dilakukan pemantauan berkelanjutan terhadap karakteristik luka, tanda-tanda infeksi, respons terhadap terapi, dan perubahan nyeri. Evaluasi dilakukan secara berkala menggunakan format SOAP untuk menilai perkembangan kondisi pasien dari waktu ke waktu, sehingga efektivitas intervensi dapat terlihat melalui perubahan skala nyeri, perbaikan tanda vital, dan proses penyembuhan luka. Pendekatan berkelanjutan ini memungkinkan penilaian yang komprehensif terhadap perkembangan kondisi pasien selama dirawat di IGD.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Pasien An. M, usia 16 tahun, masuk ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Pelamonia pada tanggal 08 November 2025 pukul 08.30 WITA. Pasien diantar oleh penolong yang menemukan pasien tertimpa pohon saat berada di dalam mobil. Penolong menjelaskan bahwa pohon tumbang ketika pasien melintasi Jalan Tara-tara Woloan. Saat tiba di IGD, kondisi pasien tampak gelisah dan mengalami perdarahan aktif dari kepala hingga menyebabkan seluruh pakaian penuh darah. Pasien segera menjalani triase primer.

Pada pemeriksaan Airway, tidak ditemukan sumbatan jalan napas maupun suara napas tambahan. Pemeriksaan Breathing menunjukkan napas spontan dengan pola napas normal, frekuensi 20 kali per menit, bunyi vesikuler jelas, dan tidak tampak retraksi dada atau interkostal. Pemeriksaan Circulation menunjukkan akral teraba dingin, wajah pucat, pengisian kapiler lebih dari dua detik, nadi cepat 78 kali per menit, tekanan darah 100/70 mmHg, serta perdarahan aktif dari kepala dengan estimasi kehilangan darah sekitar 600 cc. Pada aspek Disability, pasien dalam keadaan compos mentis dengan nilai Glasgow Coma Scale 15 (E4M6V5), berorientasi baik, dan mampu merespon suara. Terdapat luka pada daerah kepala dengan nyeri tajam seperti tertusuk-tusuk pada area parietal dengan skala 7–8 yang dirasakan terus menerus. Pada pemeriksaan Exposure ditemukan luka traumatis pada regio mentalis dengan ukuran panjang 15 cm, lebar 2 cm, dan kedalaman 2 cm.

Berdasarkan hasil pengkajian primer dan sekunder, perawat merumuskan tiga diagnosis keperawatan sesuai Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Diagnosis pertama adalah gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan faktor mekanis. Kondisi ini ditandai oleh perdarahan aktif dan luka terbuka pada dagu. Diharapkan setelah diberikan intervensi selama lima jam, tingkat syok menurun dengan kriteria hasil berupa nadi menjadi normal, akral tidak lagi dingin, dan pengisian kapiler membaik. Intervensi yang direncanakan meliputi pemantauan tanda dan gejala perdarahan, pemantauan status kardiopulmonal dan oksigenasi, pemasangan jalur intravena untuk pemberian cairan, serta mempertahankan tirah baring selama perdarahan berlangsung.

Diagnosis kedua adalah nyeri akut berhubungan dengan agen pencederafisik. Diharapkan dalam waktu lima jam tingkat nyeri pasien menurun, ditandai dengan berkurangnya keluhan nyeri, menurunnya meringis dan gelisah, perbaikan frekuensi nadi, serta penurunan skala nyeri. Perencanaan intervensi meliputi identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri, serta pemantauan skala nyeri secara berkala.

Diagnosis ketiga adalah risiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif dan adanya luka terbuka. Diharapkan kerusakan jaringan menurun dan

perdarahan berkurang. Intervensi mencakup pemantauan karakteristik luka, pemantauan tanda-tanda infeksi, membersihkan luka dengan NaCl, memasang balutan sesuai jenis luka, kolaborasi pemberian antibiotik, dan kolaborasi prosedur debridement jika diperlukan.

Pelaksanaan intervensi dilakukan secara paralel sesuai kondisi kegawatdaruratan pasien. Implementasi dicatat sesuai urutan waktu sejak pasien tiba hingga intervensi perawatan luka dilakukan. Upaya keperawatan mencakup menjaga kebersihan luka, mencegah dan mengontrol infeksi, mengurangi nyeri dan pembengkakan, mempertahankan kelembapan luka agar penyembuhan optimal, serta mengobservasi tanda-tanda komplikasi seperti perdarahan atau infeksi.

Pada pukul 08.30, pasien tiba di IGD dengan perdarahan aktif di dagu. Pada pukul 08.31 pasien diposisikan head-up dan berbaring di tempat tidur, kemudian dilakukan pemeriksaan vital sign dengan hasil tekanan darah 100/60 mmHg, nadi 114 kali per menit, respirasi 22 kali per menit, suhu 36,6°C, dan GCS E4M6V5. Pasien kemudian diberikan oksigen melalui nasal kanul 3 L/menit dan cairan intravena Ringer Laktat dengan tetesan 28–30 tpm pada tangan kanan. Sebelum pemberian antibiotik ceftriaxone dilakukan skin test. Setelah itu, perawat melakukan tindakan perawatan luka pada daerah dagu.

Intervensi keperawatan mengacu pada manajemen perawatan luka sesuai SIKI. Kegiatan observasi meliputi pemantauan warna luka, ukuran, bau, drainase, serta tanda-tanda infeksi. Secara terapeutik, balutan lama dilepas, rambut di sekitar luka dicukur bila diperlukan, luka dibersihkan menggunakan NaCl, jaringan nekrotik dibersihkan, salep diberikan bila dibutuhkan, dan balutan dipasang kembali dengan teknik steril. Perawat mengganti balutan berdasarkan jumlah eksudat, mengatur perubahan posisi setiap dua jam, serta memberikan dukungan nutrisi berupa makanan tinggi kalori dan protein, serta suplemen vitamin dan mineral. Edukasi diberikan mengenai tanda dan gejala infeksi serta cara merawat luka secara mandiri. Kolaborasi dilakukan dengan tim medis untuk debridement dan pemberian antibiotik.

Evaluasi dilakukan menggunakan format SOAP. Pada hari pertama pukul 11.00 WITA, pasien melaporkan nyeri pada dagu menjalar ke leher dengan skala 4. Secara objektif, pasien tampak lebih rileks dengan tekanan darah 110/70 mmHg, suhu 36,2°C, nadi 96 kali per menit, dan respirasi 21 kali per menit. Nyeri akut dinilai belum teratas dan intervensi dilanjutkan. Pada hari kedua pukul 15.00 WITA, pasien mengeluh nyeri kepala skala 3, tampak nyaman, dengan tekanan darah 110/75 mmHg, suhu 36,2°C, nadi 96 kali per menit, dan respirasi 20 kali per menit. Nyeri dinilai menurun sebagian sehingga intervensi tetap diteruskan. Pada evaluasi berikutnya pukul 15.00 WITA, pasien mengatakan nyerinya berkurang dengan skala 2. Secara objektif, pasien tampak rileks dengan tekanan darah 110/60 mmHg, suhu 36°C, nadi 95 kali per menit,

respirasi 21 kali per menit. Nyeri akut dinilai masih belum sepenuhnya teratas namun menunjukkan perbaikan sehingga intervensi tetap dilanjutkan.

Pembahasan

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 selamnya pengkajian teoritis dapat di terapkan 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 sakit 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.

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.

Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik 3) Gangguan interitas Kulit Berhubungan dengan Faktor Mekanis. Bila dibandingkan 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.

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 penumpukan 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 intervensi 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.

Implementasi Adalah Suatu Bagian Dari Proses Keperawatan, Dalam Teori Keperawatan Implementasi Mengikuti Hal Komponen Perencanaan Dari Proses Keperawtaan. 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.

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 haus 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).

KESIMPULAN

Pasien An.M usia 16 tahun merupakan korban kecelakaan dan di antar

ke Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit TK II Pelamonia dengan vulnuss laseratum regio mentalis dan diberi triage merah setelah dilakukan *primary survey* karena pasien masuk dengan perdarahan aktif di daerah regio 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.

DAFTAR PUSTAKA

- Harahap, E. E. (2021). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatan Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*.
- Mooy, D. Z., Suwedagatha, I. G., & Golden, N. (2020). *Faktor-faktor risiko yang berperan terhadap terjadinya infeksi luka operasi pada pasien post appendectomy di RSUP Sanglah Denpasar*. Intisari Sains Medis, 11(2), 439. <https://doi.org/10.15562/ism.v11i2.714>
- Mubarak, W. I. (2020). *Buku ajar kebutuhan dasar manusia: Teori dan aplikasi dalam praktik*. Jakarta: Media Aesculapius.
- Muttaqin, A. (2020). *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Medikal Bedah*. Salemba Medika.
- Nikmatur Rohmah, Saiful Walid. 2020. *Dokumentasi Proses Keperawatan*. Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jember
- PPNI, T. P. S. D. (2021). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: DPP PPNI.
- Sugiyono. (2020). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV.Alfabeta
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2020. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2020. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia : Jakarta.
- Harahap, E. E. (2021). *Melaksanakan Evaluasi Asuhan Keperawatan Untuk Melengkapi Proses Keperawatan*.
- Hertman, T, Heather. 2020. *Nanda-I Diagnosis Keperawatan* Definisis dan sifikasi 2018- 2020. Jakarta: EGC
- Yueniwati, Yuyun. 2020. *Pencitraan Pada Tumor Otak: Modalitas dan Interpretasinya*. Malang: UB Media