

BAB III

LAPORAN KASUS DAN HASIL

A. Pengkajian

Tabel 3.1
Hasil Anamnesia Biodata dan Riwayat Kesehatan Pasien dengan Suspek
Space Occupying Lesion (SOL)

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn.A	Ny.T
Jenis Kelamin	L	P
Umur	46 th	26 th
Status Perkawinan	Duda (Kawin Cerai)	Menikah
Pekerjaan	Swasta	IRT
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Rancaekek, Bandung	Nagreg, Bandung
Diagnosa Medis	Susp SOL	Susp SOL
Nomor RM	2121xx	1890xx
Tgl MRS	05 Februari 2023 Pukul 22:30 WIB	09 Februari 2023 Pukul 15:00 WIB
Tgl Pengkajian	06 Februari 2023 Pukul 14:15 WIB	10 Februari 2023 Pukul 10:00 WIB
Sumber Data	Ny.T (Ibu Kandung)	Tn.A (Suami)
Keluhan Utama	Penurunan kesadaran	Penurunan kesadaran
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien ditemukan dalam kondisi tidak sadarkan diri di dekat kamar mandi. Ditemukan oleh teman pasien dalam posisi tengkurap dengan lengan kanan melipat dan tertindih bagian dada pasien. Tidak ada yang mengetahui kejadian pada saat pasien jatuh. Segera setelah ditemukan pasien dibawa oleh teman pasien menuju IGD RSUD Cicalengka dan menjalani perawatan.	Pasien tidak bicara, pandangan kosong dan tidak bisa berinteraksi sejak 2 hari yang lalu (sebelum masuk RS). Kondisi tersebut menyebabkan pasien tidak bisa makan dan minum, hingga akhirnya pasien di bawa ke IGD RSUD Cicalengka dan menjalani perawatan.
Penangan di IGD	Pasien tiba di Triage IGD RSUD Cicalengka pukul 16:20 WIB dalam kondisi tidak sadarkan diri, TD 90/60 mmHg, N 86 x/mt, R 22 x/mt, S 36,3 °C, SpO2 96%, GCS 7 (E1, M5, V2). Selama di IGD pasien mengalami 2x muntah. Pasien diberikan oksigen 3 lpm, dipasang Infus RL 1500 cc/24 jam, dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan dignostik berupa tes	Pasien tiba di Triage IGD RSUD Cicalengka pukul 15:05 WIB dalam kondisi tidak sadarkan diri, kontak tidak adekuat, gelisah, TD 100/70 mmHg, N 90 x/mt, R 22 x/mt, S 37,0 °C, SpO2 97%, GCS 11 (E4, M4, V3). Selama di IGD pasien mengalami 2x kejang dan 1x muntah, Pasien diberikan oksigen 15 lpm NRM, dipasang Infus Asering 1500 cc/24 jam,

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
	laboratorium, EKG dan Thorax photo. Obat yang diberikan di IGD Manitol 200 ml, Piracetam inj 3gr, Citicolin inj 1000 mg, Ondansentron inj 4 mg, OMZ inj 40 mg. Pasien dipasang NGT dan DC.	dilakukan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan dignostik berupa tes laboratorium, EKG, Thorax photo dan BNO. Obat yang diberikan di IGD; Diazepam Inj (16:20 dan 19:00), Drip penitoin 6 amp dlm 15 menit (19:15), Dexamethason inj, OMZ inj. Pasien dipasang NGT dan DC.
Riwayat Kesehatan Dahulu	Ibu pasien mengatakan, anaknya belum pernah sakit berat. Riwayat penyakit menular seperti sakit kuning, HIV disangkal, riwayat penyakit degenerative seperti darah tinggi, penyakit jantung, penyakit ginjal disangkal. Ibu pasien mengatakan 1 tahun terakhir anaknya sering mengeluh pusing dan sakit kepala setelah Tn.A mengalami kebangkrutan usaha akibat kasus penipuan dan ditinggalkan pergi oleh istrinya. Riwayat merokok 'ya', riwayat menggunakan obat terlarang dan minum minuman keras (alcohol) disangkal.	Suami pasien mengatakan, pasien sering mengeluh sakit kepala sejak 4 bulan yang lalu. Tidak pernah berobat ke dokter namun suami pasien suka mendapatkan bekas bungkusan obat paramex atau oskadon biru. Suami pasien mengatakan, pasien dalam pengobatan penyakit paru-paru sejak 6 Januari 2023, saat ini sudah berlangsung 1 bulan.
Riwayat Kesehatan Keluarga	Ibu pasien mengatakan, suaminya (bapak pasien) meninggal 1 tahun yang lalu dalam perawatan di RSUD Cicalengka dengan penyakit jantung dan darah tinggi.	Suami pasien mengatakan, terdapat penyakit serupa (TB Paru) pada kerabat pasien yang tinggal berdekatan dengan rumahnya.

Tabel 3.2
Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada Pasien dengan Suspek
Space Occupying Lesion (SOL)

Item Pengkajian	Pasien 1 Tn.A	Pasien 2 Ny.T
Keadaan Umum	Tampak sakit berat	Tampak sakit berat
Kesadaran	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	Delirium GCS 11 (E4M4V3)
Tanda-tanda Vital	TD 151/69 mmHg N 72 x/mt (kuat) R 28 x/mt ireguler S 36,3 °C SpO ₂ 99 % (O ₂ 3 lpm BC)	TD 120/90 mmHg N 80 x/mt (kuat) R 24 x/mt ireguler S 36,2 °C SpO ₂ 98 % (O ₂ SM 6 lpm)

Item Pengkajian	Pasien 1 Tn.A	Pasien 2 Ny.T
BB kg / TB cm	Postur tubuh biasa Estimasi 50 kg / 165 cm IMT 18,5 (Normal)	Postur tubuh kurus BB awal 45 kg Catatan RM rawat jalan 12 Jan 23; 40 Kg / TB 155 cm IMT 16,7 (Kurus)
Kenyamanan/Nyeri	Pasien dapat melokalisir terhadap rangsang nyeri BPS 6 (3-12); nyeri CPOT 3 (0-8); nyeri sedang	Pasien dapat melokalisir terhadap rangsang nyeri BPS 8 (3-12); nyeri CPOT 6 (0-8); nyeri berat
Sistem Pernafasan	Bentuk dan gerak dada simetris, tidak tampak lesi, masa/nodul, tidak tampak pernapasan cuping hidung, tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan, Pernafasan tidak teratur Pengembangan dada simetris, fremitus tactile tidak dapat dinilai Resonan pada kedua bidang dada, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan Terpasang oksigen 3 lpm (binasal canule)	Bentuk dan gerak dada simetris, tidak tampak lesi, masa/nodul, tidak tampak pernapasan cuping hidung, tidak tampak penggunaan otot bantu pernapasan, Pernafasan tidak teratur Pengembangan dada simetris, fremitus tactile tidak dapat dinilai Resonan pada kedua bidang dada, suara nafas vesikuler dan tidak ada suara nafas tambahan Terpasang oksigen 6 lpm (simple mask)
Sistem Kardiovaskuler	Tidak ada suara jantung tambahan, dullness pada batas jantung saat di perkusi, Konjungtiva tidak anemis, akral hangat, CRT kembali <3 detik, tidak ada sianosis, tidak terdapat distensi vena jugularis, Homan Sign (-)	Tidak ada suara jantung tambahan, dullness pada batas jantung saat di perkusi, Konjungtiva pucat, akral dingin, CRT kembali <3 detik, tidak ada sianosis, tidak terdapat distensi vena jugularis, Homan Sign (-)
Sistem Pencernaan	Terpasang NGT Decompresi Fr 16 nares dextra, cairan kuning kehijauan ± 100 ml disertai dengan produksi gas. Produksi cairan lambung pada saat kali pertama dipasang di IGD berwarna coklat gelap). Pasien dipuaskan. Mukosa bibir lembab warna merah muda tidak tampak tanda anemis/pucat. Kesehatan gigi mulut tidak dapat dinilai. Riwayat 2x muntah pada saat di IGD (tampak tanda bekas muntahan pada baju pasien) Abdomen bentuk simetris, cembung lunak, bising usus 9x/menit, Riwayat BAB tidak dapat dinilai	Terpasang NGT Fr 16 nares dextra. Sedang menjalani program test feeding dengan D10% 40 cc/NGT tiap 4 jam (klem 2 jam, alirkan 2 jam). Mukosa bibir lembab warna merah muda, tampak tanda anemis/pucat. Kesehatan gigi mulut tidak dapat dinilai, pasien tidak kooperatif pada saat pemeriksaan. Riwayat 1x muntah pada saat di IGD Abdomen kesan ascites, bentuk simetris, tampak membesar, cembung, tegang. Shifting dullnes + (supine), shifting dullnes (lateral) tidak dapat dinilai Bising usus 8x/menit, Riwayat BAB tidak dapat dinilai

Item Pengkajian	Pasien 1 Tn.A	Pasien 2 Ny.T
	Skrining Gizi dengan MST skor 0 (interpretasi 0-1; tidak berisiko malnutrisi)	Skrining Gizi dengan MST skor 4 (interpretasi ≥ 2 ; berisiko malnutrisi)
Sistem Perkemihan	Terpasang Folley Cath Fr 16, tampak produksi urine pada selang dan urine bag, kantung kemih kosong,. Urine kuning jernih tanpa stool/empas.	Terpasang Folley Cath Fr 16, tampak produksi urine pada selang dan urine bag, kantung kemih kosong,. Urine kuning jernih tanpa stool/empas.
Sistem Persarafan	Kesadaran Sopor, GCS 6 (E1M6V1), pupil Ø 3 mm, reflek cahaya melambat pada pupil kanan, an isokor Reflek babinski +, decortikasi + Hemiparese kanan Tidak terdapat riwayat kejang Kaku kuduk tidak ada	Kesadaran Delirium, GCS 11 (E4M4V3), gelisah, pupil Ø 3 mm, reflek cahaya isokor, pasien menghindari saat diberikan rangsang cahaya pada kedua mata. Reflek Babinski negative Terdapat riwayat kejang (2x di IGD) Kaku kuduk tidak ada
Sistem Endokrin	Tidak terdapat pembesaran KGB, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid paratiroid. Riwayat sakit gula disangkal oleh keluarga	Tidak terdapat pembesaran KGB, tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid paratiroid. Riwayat sakit gula disangkal oleh keluarga
Sistem Reproduksi	Pasien memiliki 1 org anak kandung Organ genital luar tampak tdk ada kelainan	Pasien memiliki 2 org anak kandung. Terakhir melahirkan 16 November 2021 (15 bulan yang lalu). Organ genital luar tampak tdk kelainan), inspeksi pada saat perawatan urine kateter).
Sistem Muskuloskeletal	Bentuk dan postur tubuh simetris, perawakan normal, tonus otot baik, kekuatan otot tidak dapat dinilai. Pergerakan ekstremitas asimetris, ekstremitas kiri lebih dominan dibandingkan dengan kanan (hemiparese kanan). Pasien dapat menggerakkan ekstremitas untuk melokalisasi rangsangan nyeri. Tidak ditemukan oedema pada ekstremitas	Bentuk dan postur tubuh simetris, perawakan kurus, tonus otot baik, kekuatan otot tidak dapat dinilai. Pergerakan ekstremitas simetris, pasien dapat menggerakkan ekstremitas untuk melokalisasi rangsangan nyeri. Tidak ditemukan oedema pada ekstremitas
Sistem Integumen	Kulit bersih, tampak lembab, turgor kulit normal, kembali dalam <3 detik. tidak terdapat lesi tanda penyakit kulit Ditemukan luka lecet minimal pada lengan kanan (Ø 3 x 1 cm). Menurut keluarga luka lecet akibat terjatuh di kamar mandi.	Kulit bersih, tampak kering/keriput, turgor kulit normal, kembali dalam <3 detik Terdapat ruam pada kedua permukaan kulit ekstremitas atas. Dugaan drug induced terapi TB.

Tabel 3.3
Hasil Pengkajian Psikososial Spiritual pada Pasien dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

Item Pengkajian	Pasien 1 Tn.A	Pasien 2 Ny.T
Pola Pikir	Tidak dapat dinilai (TDD)	Tidak dapat dinilai (TDD)
Persepsi Diri	TDD	TDD
Gaya Komunikasi	TDD	TDD
Gambaran Diri	Gambaran diri saat ini TDD	Gambaran diri saat ini TDD Suami pasien mengatakan, pasien ingin kembali sehat dan mendapatkan BB 45 kg
Peran Diri	Peran diri saat ini TDD Ibu pasien mengatakan, pasien adalah seorang duda dengan 1 org anak	Peran diri saat ini TDD Suami pasien mengatakan, pasien adalah seorang istri dan ibu dari 2 org anak
Ideal Diri	Ideal diri saat ini TDD Ibu pasien mengatakan, pasien ingin kembali pulih dari kebangkrutan paska penggelapan modal usaha oleh teman usahanya.	Ideal diri saat ini TDD Suami pasien mengatakan, pasien ingin lekas sembuh dan lekas tuntas pengobatan TB
Identitas Diri	Identitas diri saat ini TDD Ibu pasien mengatakan, pasien adalah seorang laki-laki dan seorang ayah dari 1 org anak kandung.	Identitas diri saat ini TDD Suami pasien mengatakan, pasien adalah seorang perempuan dan seorang ibu dari 2 org anak kandung.
Harga Diri	Harga diri saat ini TDD Ibu pasien mengatakan, anaknya dalam kondisi terpuruk karena usahanya bangkrut dan ditinggal pergi oleh istrinya. Setelah ditinggal pergi oleh istrinya, pasien suka pulang ke rumah orangtuanya jika sedang tidak bekerja.	Harga diri saat ini TDD Suami pasien mengatakan, pasien lebih percaya diri dengan BB sebelum sakit.
HARS score	TDD	TDD
Pemaknaan Sakit	TDD	TDD
Penerimaan Sakit	TDD	TDD
Dukungan Sosial	Pasien di tunggu oleh ibunya, kebutuhan keseharian selama perawatan dibantu oleh adiknya. Pembiayaan pasien umum ditanggung bersama oleh keluarga	Pasien di tunggu oleh ibunya dan adik ipar secara bergiliran, suami pasien menyertai pada waktu malam setelah pulang bekerja.
Ibadah	TDD	TDD

Tabel 3.4
Hasil Pengkajian Aktifitas Sehari-hari (ADL) pada Pasien dengan
Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

Item Pengkajian	Pasien 1 Tn.A	Pasien 2 Ny.T
Nutrisi	Pasien dipuaskan (NGT decompresi)	Terpasang NGT, program test feeding dengan D10% 40 cc/NGT tiap 4 jam (klem 2 jam, alirkan 2 jam).
Eliminasi BAB	Riwayat BAB TDD Sampai dengan dilakukan pengkajian, pasien belum BAB	Riwayat BAB TDD Sampai dengan dilakukan pengkajian, pasien belum BAB
Eliminasi BAK	Riwayat BAK TDD Pasien terpasang FC fr 16, urine kuning jernih $\pm$ 600 cc (telah dibuang dan dikosongkan).	Riwayat BAK TDD Pasien terpasang FC fr 16, urine kuning gelap, jernih $\pm$ 200 cc (telah dibuang dan dikosongkan).
Cairan	Terpasang infus pada lengan kanan G 20 dengan cairan RL 20 tpm Program IVFD RL 1500 cc/24 jam	Terpasang infus pada lengan kanan G 22 dengan cairan NaCl 0,9% 28 tpm Program IVFD NaCl 0,9% 1500 cc/24 jam + Comafusin hepar 500 cc/24 jam
Olah Raga	TDD	TDD
Higienitas	Baju tampak basah dengan keringat, rambut pliket	Pasien tampak bersih
Istirahat Tidur	TDD	TDD
Kebiasaan Konsumsi Obat-obatan/Minuman Keras	TDD Ibu pasien mengatakan, pasien tidak pernah didapati menggunakan obat-obatan terlarang dan minuman keras. Tidak pernah ditemukan tanda-tanda mabuk.	TDD Suami pasien mengatakan, istrinya tidak minum minuman keras.
Kebiasaan Merokok	TDD Ibu pasien mengatakan, pasien merokok sejak beres sekolah SMA, jumlah rokok tidak diketahui.	TDD Suami pasien mengatakan, istrinya tidak pernah merokok. Namun pasien merupakan perokok pasif dari suaminya.

Tabel 3.5
Hasil Pengkajian Skoring Pasien Kritis
pada Pasien dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

NO	INDIKATOR	HASIL		KETERANGAN
		Pasien 1 Tn.A	Pasien 2 Ny.T	
1	SOFA score	TDD	TDD	Tidak ada pemeriksaan AGD
2	APACHE II score	TDD	TDD	Tidak ada pemeriksaan AGD

Tabel 3.6
Hasil Pemeriksaan Penunjang pada Pasien dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

Jenis Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Hasil			
		Pasien 1: Tn.A	Interpretasi	Pasien 2: Ny.T	Interpretasi
HEMATOLOGI					
Hemoglobin	L 13.2 – 17.3 gr/dl P 11,7 – 15,5	15,1	Dalam Batas Normal	8,1	Rendah
Hematokrit	L 40 -52 % P 35 - 47	48,4	Dalam Batas Normal	24,6	Rendah
Leukosit	3.800 -10.600 sel/mm ³	14.280	Tinggi	14.990	Tinggi
Trombosit	150.000 – 440.000 sel/mm ³	272.000	Dalam Batas Normal	156.000	Dalam Batas Normal
Golongan Darah		Tidak diperiksa	TDD	O ⁺	
HITUNG JENIS					
Basofil	0 – 1 %	0	Dalam Batas Normal	0	Dalam Batas Normal
Eosinofil	2 – 4 %	0	Rendah	1	Rendah
N. Batang	3 – 5 %	0	Rendah	0	Rendah
N. Segment	50 – 70 %	87	Tinggi	75	Tinggi
Limfosit	25 – 40 %	9	Rendah	9	Rendah
Monosit	2 – 8 %	4	Dalam Batas Normal	16	Tinggi
KIMIA KLINIK					
GDS	<160 mg/dl	129	Dalam Batas Normal	106	Dalam Batas Normal
GDP					
Ureaum	<50 mg/dl	22	Dalam Batas Normal	51	Tinggi
Kreatinin	0.6 – 1.1 mg/dl	1,14	Dalam Batas Normal	1,43	Tinggi
SGOT	L <50 U/L P <35 U/L	Tidak diperiksa	TDD	260	Tinggi
SGPT	L <50 U/L P <35 U/L	Tidak diperiksa	TDD	94	Tinggi
Kolesterol total	<200 mg/dl	197	Dalam Batas Normal	Tidak diperiksa	TDD
Trigliserida	<150 mg/dl	90	Dalam Batas Normal	Tidak diperiksa	TDD
HDL	L ≥55 mg/dl P ≥65 mg/dl	50		Tidak diperiksa	TDD
LDL	<130 mg/dl	129	Dalam Batas Normal	Tidak diperiksa	TDD
Natrium	135-147 mmol/L	Tidak diperiksa	TDD	129	Rendah
Kalium	3,5 – 5,0 mmol/L	Tidak diperiksa	TDD	4,2	Dalam Batas Normal

Jenis Pemeriksaan	Nilai Rujukan	Hasil			
		Pasien 1: Tn.A	Interpretasi	Pasien 2: Ny.T	Interpretasi
SEROLOGI IMUNOLOGI					
Ag SARS C0v-2	Negatif	Negatif	Normal	Negatif	Normal
HbsAG	Non Reaktif	Non Reaktif	Normal	Non Reaktif	Normal
Anti HCV	Non Reaktif	Tidak diperiksa	TDD	Non Reaktif	Normal
Anti HIV	Non Reaktif	Non Reaktif	Normal	Non Reaktif	Normal
THORAX PHOTO					
Expertise		Tidak tampak TB paru aktif/Bronchopneumonia Tidak tampak kardiomegali	Dalam Batas Normal	TB paru aktif Suspek efusi pleura kanan	Abnormal
PHOTO ABDOMEN/BNO					
Expertise		Tidak diperiksa	TDD	BNO dalam batas normal	Normal
EKG					
Interpretasi		SR	Normal	SR	Normal

Tabel 3.7
Therapy pada Pasien dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

Nama Obat	Pasien 1: Tn.A			Pasien 2: Ny.T			Keterangan
	Dosis	Rute	Jam Pemberian	Dosis	Rute	Jam Pemberian	
Manitol	200-150-150	IV	07 – 15 -23	NIHIL			
Piracetam	1 x 3 gr	IV	18	NIHIL			
Citicolin	2 x 500 mg	IV	06 – 18	NIHIL			
Ondancetron	1 x 4 mg	IV	06	NIHIL			
Omeprazole	1 x 40 mg	IV	18	2 x 40 mg	IV	10 - 22	
Dexamethason	3 x 2 amp	IV	07 – 15 - 23	3 x 2 amp	IV	07 – 15 - 23	
Ceftriaxone	2 x 1 gr	IV	10 - 22	2 x 1 gr	IV	10 - 22	
Kalnex	NIHIL			3 x 1	IV	07 – 15 - 23	
Neo K	NIHIL			3 x 2	IM	07 – 15 - 23	
Asam valproat sirup	NIHIL			2 x 10 cc	PO	07 - 18	
Curcuma	NIHIL			3 x 2 tab	PO	06 – 12 - 18	

B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3.8
Diagnosa Keperawatan pada Pasien dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

No	Pasien 1: Tn.A		No	Pasien 2: Ny.T	
	Tgl ditemukan	Diagnosa Keperawatan		Tgl ditemukan	Diagnosa Keperawatan
1	06 Feb 23	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066) b.d. edema serebral dan susp. SOL d.d. DS: - Ibu pasien mengatakan, pasien (anaknya) sering mengeluh pusing dan sakit kepala sejak 1 tahun yang lalu DO: - Kesadaran stupor GCS 6(E1M6V1) - TD 151/69 mmHg - N 72 x/mt (kuat) - R 28 x/mt ireguler - Pupil Ø 3 mm an isokor, reflek cahaya melambat pada pupil kanan - Reflek babinski +, decortikasi + - Hemiparese kanan - 2x muntah - CPOT 3 (0-8); nyeri sedang	1	10 Feb 2023	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066) b.d. edema serebral, hiponateri dan susp. SOL d.d. DS: - Suami pasien mengatakan, pasien (istrinya) sering mengeluh sakit kepala sejak 4 bulan yang lalu DO: - Kesadaran Delirium, GCS 11 (E4M4V3) - Pasien gelisah - TD 120/90 mmHg - N 80 x/mt (kuat) - R 24 x/mt ireguler - Pupil Ø 3 mm isokor, reflek cahaya isokor, pasien menghindar saat diberikan rangsang cahaya pada kedua mata. - Reflek Babinski negative - 1x muntah - Natrium 129 mmol/L - CPOT 6 (0-8); nyeri berat
2	06 Feb 23	Defisit perawatan diri; mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias (D.0109) b.d. gangguan neuromuskuler d.d. DS: - Tidak ada data	2	10 Feb 2023	Defisit nutrisi (D.0019) b.d. peningkatan kebutuhan metabolisme d.d. DS: - Suami pasien mengatakan, BB pasien sebelum sakit 45 kg. kondisi saat ini lebih

No	Pasien 1: Tn.A		No	Pasien 2: Ny.T	
	Tgl ditemukan	Diagnosa Keperawatan		Tgl ditemukan	Diagnosa Keperawatan
		DO: - Kesadaran stupor GCS 6 (E1M6V1) - Ketidakmampuan melakukan perawatan diri			kurus dibandingkan dengan periode perawatan sebelumnya (6 Jan 23) DO: - Postur tubuh kurus - Catatan RM 12 Jan 23: BB 40 Kg/TB 155 cm - IMT 16,7% (kurus) - MST 4
3	06 Feb 23	Resiko defisit nutrisi (D.0032) d.d. ketidakmampuan mencerna makanan	3	10 Feb 2023	Defisit perawatan diri; mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias (D.0109) b.d. gangguan neuromuskuler d.d. DS: - Tidak ada data DO: - Kesadaran Delirium, GCS 11 (E4M4V3) - Ketidakmampuan melakukan perawatan diri
4	06 Feb 23	Risiko luka tekan (D.0144) d.d. skor skala braden 7, penurunan mobilitasi, penekanan di atas tonjolan tulang	4	10 Feb 2023	Risiko jatuh (D.0143) d.d. penurunan tingkat kesadaran (delirium)/agitasi/gelisah

C. Perencanaan

Tabel 3.9
Rencana Intervensi Keperawatan pada Pasien dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 Jam, maka kapasitas adaptif intrakranial meningkat, dengan kriteria hasil: - Tingkat kesadaran cukup meningkat - Tanda-tanda vital cukup membaik - Respon pupil cukup membaik - Refleks neurologis cukup membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda/gejala peningkatan TIK 3. Monitor Tanda-tanda vital, MAP (mean arterial pressure) dan status pernafasan 4. Monitor tanda tanda peningkatan ICP (intra cranial pressure) 5. Monitor intake dan output cairan Terapeutik 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi fowler 8. Hindari manuver valsava 9. Pertahankan posisi kepala dan leher dalam keadaan netral 10. Cegah terjadinya kejang 11. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 12. Atur pemberian oksigen 13. Pertahankan suhu tubuh normal	1. Peningkatan tekanan intrakranial dipengaruhi oleh cairan serebrospinal, jaringan otak dan darah (doktrin Monro-Kelly) (Kellie, 1824a; Macintyre, 2014; Monro, 1783), beberapa diantaranya disebabkan oleh keganasan, hematoma, abses serebral, infeksi HIV, granuloma, tuberkuloma, sisa embryonal, radiasi, substansi karsinogenik, hereditier (Nurarif & Kusuma, 2015; Price & Wilson, 2006; Suzanne & Brenda, 2002) 2. Early warning elevated ICP, tanda peningkatan ICP TD meningkat, bradikardia, pola nafas ireguler, kesadaran menurun, pupil reaktif lambat, penghilatan kabur, photofobia, muntah (Affandi & Panggabean, 2016; Davenport-Fortune & Dunnum, 1985; DPP PPNI, 2017; Jones & Fix, 2015) 3. Mengetahui keseimbangan cairan, pada perawatan pasien dengan peningkatan TIK, diuresis berkaitan dengan pemberian mannitol (Hamzah et al., 2015) 4. Lingkungan yang nyaman akan membantu mempertahankan ICP 5. Head Of Bed (HOB)/Semifowler melancarkan venous return sehingga menurunkan ICP (ANINDITA, 2019;

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			Kolaborasi 14. Kolaborasi pemberian sedasi dan antikonvulsan, jika perlu 15. Kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu 16. Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu	Changa et al., 2019; Jiang et al., 2015; Juril et al., 2020; Kiswanto et al., n.d.; Kiswanto & Chayati, 2022; Ledwith et al., 2010; Mahfoud et al., 2010; Olson et al., 2013; Pertami et al., 2017; Ugras et al., 2018; Wang et al., 2019) 6. VM menyebabkan peningkatan intrathoracic (ITP), tekanan intrakranial (ICP), dan intra-abdominal tekanan (IAP) (Amri, 2017; Haykowsky et al., 2003; Mousavi et al., 2014; Wostyn et al., 2009). Valsava menyebabkan perubahan karakteristik pada tekanan darah sistemik serta kecepatan aliran di arteri serebral tengah, yang masing-masing mencerminkan respons autoregulasi simpatis dan serebral (Tiecks et al., 1995) 7. Posisi kepala dan leher akan mempengaruhi aliran balik vena menyebabkan gangguan aliran darah serebral, meningkatkan volume darah otak sehingga meningkatkan ICP (Juril et al., 2020) 8. Kejang, gelisah, nyeri dan demam akan menyebabkan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan akan substrat metabolisme. Di satu sisi terjadi peningkatan metabolisme serebral, di lain pihak suplai oksigen dan glukosa berkurang, sehingga akan terjadi kerusakan jaringan otak dan edema. Hal ini pada akhirnya akan mengakibatkan peninggian TIK (Amri, 2017)

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			Manajemen Elektrolit (I.03102) Observasi 1. Identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan elektrolit 2. Identifikasi penyebab ketidakseimbangan elektrolit 3. Identifikasi kehilangan elektrolit 4. Monitor kadar elektrolit 5. Monitor efek samping pemberian suplemen elektrolit Terapeutik 6. Berikan cairan 7. Pasang akses intravena Edukasi 8. Jelaskan jenis, penyebab dan penanganan ketidakseimbangan elektrolit Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit sesuai indikasi	1. Gangguan keseimbangan elektrolit secara klinis dapat dikenali dengan gejala yang dirasakan oleh pasien dan tanda yang diperoleh dari hasil pemeriksaan petugas (Borchers, 2015) 2. Ketidakseimbangan elektrolit bisa disebabkan oleh intake dan output yang tidak seimbang 3. Ketidakseimbangan elektrolit secara definitive diketahui dengan hasil laboratorium, membandingkan kadar elektrolit pemeriksaan dengan rentang normal tubuh 4. Koreksi elektrolit dapat dilakukan dengan pemberian cairan baik oral maupun parenteral. koreksi elektrolit secara parenteral dilakukann sesuai kolaboratif dari dokter 5. Edukasi pada pasien dan keluarga akan meningkatkan pemahaman dalam upaya penanganan keseimbangan elektrolit

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
2	Defisit nutrisi (D.0019)	Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 Jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: - Retensi cairan lambung membaik - Asupan cairan intravena adekuat - Asupan makan secara tube feeding adekuat - Asupan nutrisi parenteral cukup adekuat - Frekuensi/bentuk/jenis makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 4. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 5. Monitor asupan makanan 6. Monitor berat badan 7. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 8. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 9. Berikan suplemen makanan, jika perlu 10. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastrik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 11. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 12. Ajarkan diet yang diprogramkan	1. Status nutrisi akan menentukan kecukupan dan keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan 2. Pemenuhan nutrisi dapat dipengaruhi oleh alergi makanan dan kemampuan tubuh dalam mentoleransi makanan 3. Dengan menghitung kebutuhan kalori akan membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien 4. Nasogastrik tube akan menjadi alternative pemenuhan kebutuhan nutrisi jika asupan oral secara mandiri atau secara sadar tidak dapat dilakukan 5. Menjaga keseimbangan flora normal dalam rongga mulut dengan oral hygiene akan membantu meningkatkan tingkat kenyamanan dan kesiapan dalam menerima asupan makanan oral 6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dapat ditambah dengan suplemen makanan 7. Obat-obatan seperti anti emetic, <i>proton pump inhibitor</i> (PPI) akan membantu kesiapan fungsi saluran pencernaan dalam menerima dan mengolah makanan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 14. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu	
3	Defisit perawatan diri; mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias (D.0109)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil: - Personal hygiene pasien terawat	Dukungan Perawatan Diri (I.11348) Observasi 1. Monitor tingkat kemandirian 2. Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik 3. Sediakan lingkungan yang terapeutik 4. Siapkan keperluan pribadi 5. Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri 6. Fasilitasi untuk menerima keadaan ketergantungan 7. Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri 8. Jadwalkan rutinitas perawatan diri Edukasi 9. Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan	1. Tingkat kemandirian pasien akan menentukan dalam pemenuhan ADLnya; tingkat kemandirian bisa mandiri, partial care atau total care 2. Edukasi perawatan diri akan meningkatkan tingkat pengetahuan dan tingkat kemandirian dalam upaya pemenuhan kebutuhan perawatan diri

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
4	Resiko defisit nutrisi (D.0032)	Setelah dilakukan Intervensi selama 3 x 24 Jam, maka status nutrisi membaik, dengan kriteria hasil: - Retensi cairan lambung membaik - Asupan cairan intravena adekuat - Asupan makan secara tube feeding adekuat - Asupan nutrisi parenteral cukup adekuat - Frekuensi/bentuk/jenis makan membaik	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. Identifikasi makanan yang disukai 4. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien 5. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastrik 6. Monitor asupan makanan 7. Monitor berat badan 8. Monitor hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik 9. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu 10. Fasilitasi menentukan pedoman diet (mis: piramida makanan) 11. Sajikan makanan secara menarik dan suhu yang sesuai 12. Berikan makanan tinggi serat untuk mencegah konstipasi 13. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein 14. Berikan suplemen makanan, jika perlu	1. Status nutrisi akan menentukan kecukupan dan keberhasilan dalam pemenuhan nutrisi yang diindikasikan oleh berat badan dan tinggi badan 2. Pemenuhan nutrisi dapat dipengaruhi oleh alergi makanan dan kemampuan tubuh dalam mentoleransi makanan 3. Dengan menghitung kebutuhan kalori akan membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi sesuai dengan kebutuhan pasien 4. Nasogastrik tube akan menjadi alternative pemenuhan kebutuhan nutrisi jika asupan oral secara mandiri atau secara sadar tidak dapat dilakukan 5. Menjaga keseimbangan flora normal dalam rongga mulut dengan oral hygiene akan membantu meningkatkan tingkat kenyamanan dan kesiapan dalam menerima asupan makanan oral 6. Pemenuhan kebutuhan nutrisi dapat ditambah dengan suplemen makanan 7. Obat-obatan seperti anti emetic, <i>proton pump inhibitor</i> (PPI) akan membantu kesiapan fungsi saluran pencernaan dalam menerima dan mengolah makanan

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			15. Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Edukasi 16. Ajarkan posisi duduk, jika mampu 17. Ajarkan diet yang diprogramkan Kolaborasi 18. Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu 19. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	
5	Risiko jatuh (D.0143)	Setelah dilakukan intervensi 5x pertemuan, tingkat jatuh menurun dengan kriteria: - Jatuh dari tempat tidur menurun	Pencegahan Jatuh (I.14540) Observasi 1. Identifikasi faktor jatuh (mis: usia > 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis: lantai licin, penerangan kurang)	1. Risiko jatuh pada pasien dapat diidentifikasi dari faktor faktor yang akan mempengaruhi terjadinya jatuh. baik faktor internal yang berkaitan dengan status fungsi tubuh mupun secara eksternal yang berkaitan dengan lingkungan sekitar termasuk ketersediaan alat bantu 2. Risiko jatuh secara kuantitatif bisa dilakukan dengan menghitung skor risiko jatuh dan dilakukan secara berkala sesuai dengan perkembangan pasien

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			3. Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis: fall morse scale, humpty dumpty scale), jika perlu 4. Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya Terapeutik 5. Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga 6. Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci 7. Pasang handrail tempat tidur 8. Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah 9. Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station 10. Gunakan alat bantu berjalan (mis: kursi roda, walker) 11. Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 12. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 13. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 14. Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh	3. Orientasi tempat dan ruangan akan membantu pemahaman pasien dan keluarga terhadap ruang gerak selama menjalani perawatan 4. Penggunaan alat bantu disekitar pasien akan membantu mencegah terjadinya risiko jatuh 5. Penggunaan alat alat pengaman seperti rem pada roda, hand railing, bel darurat akan membantu mencegah terjadinya risiko jatuh

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			15. Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 16. Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat	
			Pengekangan Fisik (I.09300) Observasi 1. Identifikasi kebutuhan untuk dilakukan pengekangan (restrain) 2. Monitor respon terhadap prosedur 3. Monitor dan berikan kenyamanan psikologis 4. Monitor kondisi kulit pada area pengekangan Terapeutik 5. Ciptakan lingkungan aman 6. Sediakan staff yang memadai untuk melakukan pengekangan 7. Amankan batas jangkauan pasien 8. Fasilitasi perubahan posisi secara berkala 9. Libatkan dalam aktivitas untuk meningkatkan penilaian dan orientasi 10. Libatkan membuat keputusan untuk beralih ke intervensi yang kurang ketat	1. Tindakan restrain harus didasarkan pada indikasi 2. Edukasi restrain pada pasien dan keluarga akan meningkatkan tingkat persepsi dan tingkat pengetahuan terkait prosedural restrain 3. Tindakan restrain memberikan implikasi terhadap kondisi psikologis sehingga pasien dan keluarga harus diberikan kenyamanan psikologis berupa support sistem dan edukasi restrain 4. Tindakan restrain memberikan implikasi terhadap kondisi fisik sehingga harus dipastikan keamanan pada saat tindakan restrain baik sebelum, selama dan sesudah tindakan restrain. Dampak fisik penggunaan restrain yaitu terjadinya trauma/cedera pada kulit 5. Melibatkan keluarga akan meningkatkan kenyamanan psikologis saat dilakukannya tindakan pengekangan fisik

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			Edukasi 11. Jelaskan tujuan dan langkah-langkah prosedur 12. Jelaskan manfaat dan resiko pengekangan Kolaborasi 13. Kolaborasi pemberian obat untuk kegelisahan atau agitasi jika perlu	
6	Risiko luka tekan (D.0144)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 x 24 jam, maka integritas kulit meningkat, dengan kriteria hasil: - Kerusakan lapisan kulit menurun	Pencegahan Luka Tekan (I.14543) Observasi 1. Monitor status kulit harian 2. Monitor ketat area yang memerah 3. Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 4. Monitor sumber tekanan atau gesekan 5. Monitor mobilitas dan aktivitas individu Terapeutik 6. Keringkan daerah kulit yang lembab/basah 7. Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 8. Ubah posisi dengan tetap mempertahankan posisi kepala dan leher	1. Risiko terjadinya luka tekan akibat tirah baring lama dapat diidentifikasi dengan mengkaji status kulit dan faktor risiko yang akan mempengaruhinya 2. Luka tekan diidentifikasi dengan memperhatikan tanda dan gejala 3. Perubahan posisi melalui prosedural ROM pasif, ambulasi dan mobilisasi akan membantu memulihkan kesejahteraan kulit dalam kondisi status menetap lama sehingga vaskularisasi tetap terjaga dan tingkat tekanan atau gesekan bisa dinetralkan 4. Status kelembaban kulit akan mempengaruhi kesejahteraan kulit 5. Penggunaan lotion akan membantu mengurangi tegangan permukaan anatara kulit dengan objek atau benda disekitarnya

No	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran Kriteria Hasil (SLKI)	Perencanaan (SIKI)	Rasional
			9. Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 10. Jaga pakaian dan sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan Edukasi 11. Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit 12. Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit 13. Ajarkan cara merawat kulit	6. Penggunaan barrier pada area tonjolan kulit akan membantu mengurangi intensitas tekanan yang bisa menyebabkan traumatic 7. Edukasi pada keluarga akan membantu meningkatkan pengetahuan dalam mengidentifikasi lebih dini adanya tanda trauma pada kulit adan akan meningkatkan pemahaman dalam upaya perawatan kulit

D. Pelaksanaan

1. Implementasi Asuhan Keperawatan Kritis pada Pasien 1; Tn.A

Tabel 3.10
Implementasi Asuhan Keperawatan Pasien Tn.A
dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 1: Tn.A	
			Implementasi	Evaluasi
Senin 06 Feb 23	15:00	1	2. Memeriksa tingkat kesadaran pasien secara berkala	Sopor GCS 6 (E1M4V1)
		1	1. Memasang bed side monitor dan melakukan monitoring TTV interval 60 menit	Pasien terpasang bed side monitor, hasil terecord pada mesin dan di catat pada lembar observasi pasien
		1	3. Memberi oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 3 lpm (binasal canule)
		1	3. Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	4. Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi netral (tidak flexy atau hyperextensi)
	15:00	1	5. Memberti therapy Dexamethason dan Manitol	Dexamethasone 2 amp IV diberikan Manitol 150 cc drip dalam 30 menit diberikan
			6. Membimbing doa kesembuhan untuk orang sakit	Keluarga pasien mengaminkan
			7. Memfasilitasi kebutuhan rohani pasien melalui murotal quran dengan melibatkan keluarga	Ibu pasien telah dibantu pencarian murotal quran dengan media HP android Pasien diperdengarkan murotal quran dari HP ibu pasien
		1	8. Menganjurkan kepada ibu pasien untuk selalu mengajak ngobrol pasien walau dalam kondisi tidak sadarkan diri	Ibu pasien tampak mengobrol kepada pasien
	16:00	3	9. Mengidentifikasi kesiapan pasien dalam menerima diit	NGT decompresi; pada bag tampak cairan coklat dan gas Pasien dipuaskan
		3	10. Memberikan asupan	Terpasang Infus RL 20 tpm

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 1: Tn.A	
			Implementasi	Evaluasi
			cairan parenteral IVFD RL 20 tpm (1500 cc/24 jam)	
	17:00	2 4	11. Memandikan pasien (seka) dan mengganti pakaian dan diapers yang basah/kotor.	Pasien menggunakan baju bersih dan kering
		4	12. Memberikan bantalan pada titik tekan tumit dengan menggunakan balon sarung tangan	Kedua tumit terlindungi oleh barrier yang dimodifikasi
		1 2 4	13. Mengajarkan dan memfasilitasi keluarga dalam membantu ADL dengan tetap mempertahankan posisi setengah duduk dan menjaga leher agar tidak menekuk/melipat	Keluarga ikut serta membantu proses memandikan dengan tetap menjaga posisi tubuh pasien
	18:00	3	14. Memberi therapy Ondancetron, Piracetam, Citicolin,	Ondancetron 1 amp IV diberikan Piracetam 3 mg IV bolus pelan diberikan Citicolin 500 mg IV diberikan
	20:00	1	15. Monitoring tanda-tanda peningkatan ICP	Hasil observasi TTV terdapat peningkatan Tekanan darah yang disertai dengan penurunan nadi, pola nafas ireguler Pupil Ø 3 mm, reflek cahaya melambat pada pupil kanan Menunjukkan adanya peningkatan ICP
		1 3	16. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (350) RI 200 ml Manitol 150 ml OUT (500) NGT 50 ml Urine 350 ml IWL 100 ml BALANCE – 150 ML
	22:00	3	17. Memberti therapy Omeprazole	Omeprazole 40 mg IV diberikan
	23:00	1	18. Memberti therapy Dexamethason dan Manitol	Dexamethasone 2 amp IV diberikan Manitol 150 cc drip dalam 30 menit diberikan
Selasa 07 Feb 23	06:00	3	19. Memberi therapy Ondancetron, Citicolin,	Ondancetron 1 amp IV diberikan Citicolin 500 mg IV diberikan

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 1: Tn.A	
			Implementasi	Evaluasi
	07:00	1	20. Memberti therapy Dexamethason dan Manitol	Dexamethasone 2 amp IV diberikan Manitol 200 cc drip dalam 30 menit diberikan
		1 3	21. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (850) Rl 500 ml Manitol 350 ml OUT (1200) NGT 100 ml (kuning kehijauan) Urine 900 ml IWL 200 ml BALANCE – 350 ML
		1 3	22. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (1200) Rl 700 ml Manitol 500 ml OUT (1700) NGT 150 ml (kuning kehijauan) Urine 1250 ml IWL 300 ml BALANCE – 500 ML
		3	23. Mengidentifikasi kesiapan pasien dalam menerima diit	NGT decompresi; pada bag tampak cairan kuning kehijauan Pasien dipuaskan
		3	24. Memberikan asupan cairan parenteral IVFD RL 20 tpm (1500 cc/24 jam)	Terpasang Infus RL 20 tpm
	08:30	2	25. Pasien tampak berkeringat, baju lembab, pasien BAB, diapers basah dengan rembesan urine dari folley catheter dan membasahi linen Pasien dimandikan (seka) dan dengan melibatkan keluarga untuk mengedukasi dan membantu mempertahankan posisi leher dan posisi tubuh	Pasien dan lingkungannya tampak bersih
		4	26. Melindungi bagian tonjolan tubuh dengan menggunakan balon air dan gulungan kain	Tonjolan tumit terpasang barrier dengan bantalan balon air

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 1: Tn.A	
			Implementasi	Evaluasi
	09:00	1	27. Pasien kejang; Berkolaborasi dalam memberikan terapi antikonvulsi	Diazepam 1 amp diberikan bolus IV perlahan, habis ½ dosi (dihentikan saat kejang berhenti)
		1	28. Memeriksa tingkat kesadaran pasien secara berkala	Sopor GCS 6 (E1M4V1)
		1	29. Memasang bed side monitor dan melakukan monitoring TTV interval 60 menit	Pasien terpasang bed side monitor, hasil terecord pada mesin dan di catat pada lembar observasi pasien
		1	30. Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 15 lpm (NRM)
		1	31. Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	32. Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi netral (tidak flexy atau hyperextensi)
		1	33. Mengoptimalkan pemberian oksigen menjadi 15 LPM menggunakan NRM	Pasien terpasang NRM
	10:00	1	34. Memberi therapy antipiretik	Paracetamol infus 1000 mg diberikan
	13:45	1	35. Pasien kejang; Berkolaborasi dalam memberikan terapi antikonvulsi	Diazepam 1 amp diberikan bolus IV perlahan, habis ½ dosis (dihentikan saat kejang berhenti)
	14:00	1 3	36. Monitoring intake dan output $IWL = \frac{[(10\% \times 500) \times (39,3^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C})]}{24 \text{ jam}} + 20 = 25 \text{ ml/jam}$	IN (500) RI 400 ml PCT 100 ml OUT (750) NGT 50 ml (kuning kehijauan) Urine 550 ml IWL 150 ml BALANCE – 250 ML
	14:30	1	37. Memindahkan pasien ke ruang tindakan untuk monitoring ketat TTV dan kesadaran	Pasien menempati ruangan tindakan untuk menjalani observasi

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 1: Tn.A	
			Implementasi	Evaluasi
		1	38. Mempertahankan kebersihan jalan nafas	Pemasangan mouth gate gagal, prosedural suction dilakukan melalui hidung
	15:00	1	39. Memberti therapy Dexamethason dan Manitol	Dexamethasone 2 amp IV diberikan Manitol 150 cc drip dalam 30 menit diberikan
		1	40. Memeriksa tingkat kesadaran pasien secara berkala	Semi Koma GCS 4 (E1M2V1)
			41. Mengkaji kebutuhan psikologis pasien melalui ibu pasien seiring dengan menurunnya kondisi kesehatan pasien	Ibu pasien meminta izin untuk menhhadirkan anaknya (keinginan telah diamapikan ke petugas keamanan, agar anak ybs dapat di izinkan masuk ke ruang perawatan)
	16:00	1	42. Memberi therapy antipiretik	Paracetamol infus 1000 mg diberikan
		3	43. Mengidentifikasi kesiapan pasien dalam menerima diit	NGT decompresi; pada bag tampak cairan kuning kehijauan Pasien dipuaskan
		3	44. Memberikan asupan cairan parenteral IVFD RL 20 tpm (1500 cc/24 jam)	Terpasang Infus RL 20 tpm
	18:00	3	45. Memberi therapy Ondancentron, Piracetam, Citicolin,	Ondancentron 1 amp IV diberikan Piracetam 3 mg IV bolus pelan diberikan Citicolin 500 mg IV diberikan
			46. Memenuhi kebutuhan psikologis pasien; menghadirkan anak ybs	Tampak anak pasien menyampaikan salam dan menyapa. Anak pasien kebersamai selama lebih kurang 30 menit
	20:00	1 3	47. Monitoring intake dan output $IWL = \frac{[(10\% \times 650) \times (38,6^{\circ}\text{C} - 37^{\circ}\text{C})]/24 \text{ jam}}{+ 20} = 25 \text{ ml/jam}$	IN (650) RI 400 ml Manitol 150 ml PCT 100 ml OUT (744) NGT 50 ml (kuning kehijauan) Urine 550 ml IWL 144 ml BALANCE – 94 ML
	22:00	3	48. Memberti therapy Omeprazole	Omeprazole 40 mg IV diberikan

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 1: Tn.A	
			Implementasi	Evaluasi
	23:00	1	49. Memberti therapy Dexamethason dan Manitol	Dexamethasone 2 amp IV diberikan Manitol 150 cc drip dalam 30 menit diberikan
	24:00	1	50. Memberi therapy antipiretik	Paracetamol infus 1000 mg diberikan
Rabu 08 Feb 23	03:00	1	51. Memeriksa tingkat kesadaran pasien secara berkala	Koma GCS 3 (E1M1V1)
			52. Membimbing doa untuk orang sakit	Keluarga pasien mengaminkan
	04:00		53. Memberikan RJP 5 siklus	Mempersilahkan kepada keluarga untuk mendampingi dan melakukan talqin dengan lafaz "Alloh" Tidak ada respon, RoSC negatif
	04:15		54. Pasien dinyatakan meninggal	

2. Implementasi Asuhan Keperawatan Kritis pada Pasien 2; Ny.T

Tabel 3.11
Implementasi Asuhan Keperawatan Pasien Ny.T
dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
Jum'at 10 Feb 23	11:00	1	1. Memeriksa tingkat kesadaran pasien secara berkala	Delirium GCS 11 (E4M4V3)
		1	2. Memasang bed side monitor dan melakukan monitoring TTV interval 3 jam	Pasien terpasang bed side monitor, hasil terecord pada mesin dan di catat pada lembar observasi pasien
		1	3. Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 6 lpm (Simple mask)
		1	4. Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	5. Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi netral (tidak flexy atau hyperextensi)
		1	6. Kolaboratif koreksi natrium	Koreksi natrium dengan NaCl 0,9% 2000 cc/24 jam diberikan
			7. Membimbing doa kesembuhan untuk orang sakit	Keluarga pasien mengaminkan
			8. Memfasilitasi kebutuhan rohani pasien melalui murotal quran dengan melibatkan keluarga	Pasien diperdengarkan murotal quran dari hp android kaka ipar pasien
		4	9. Memberikan informasi, edukasi dan persetujuan prosedural restrain	Keluarga memberikan persetujuan prosedural restrain
			10. Memasang handrail	Handrail terpasang
			11. Memasang restrain	Kedua lengan pasien dilakukan restrain
			12. Memasang tanda risiko jatuh	Terpasang tanda segitiga kuning pada tiang infus pasien
	14:00	1 2	13. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (540) NaCl 0,9% 500 ml NGT 40 ml OUT (450) NGT 100 ml (kuning kehijauan) Urine 250 ml IWL 100 ml BALANCE + 90 ML

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
	14:00	2	14. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	15:00	1	15. Memberti therapy Kalnex IV, Dexamethason IV, Neo-K IM	Kalnex 1 amp, Dexamethasone 2 amp, Neo-K 1 amp diberikan
		3	16. Membantu ADL mandi, berpakaian pasien dengan melibatkan keluarga serta dengan tetap mempertahankan posisi leher agar tdk melipat	Pasien di seka dang anti baju oleh kakak ipar Leher dipertahankan pada posisi lurus
	18:00	2	17. Memberi Comafusin hepar 28 tpm	Cairan infus dilanjutkan dengan Comafusin hepar
	18:00	2	18. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
		4	19. Monitoring dampak restrain	Pasien dipasang restrain
	20:00	1 2	20. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (580) NaCl 0,9% 500 ml NGT 80 ml OUT (500) NGT 100 ml (kuning kehijauan) Urine 300 ml IWL 100 ml BALANCE + 80 ML
	22:00	2	21. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	22:00		22. Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg diberikan
	23:00	1	23. Memberti therapy Kalnex IV, Dexamethason IV, Neo-K IM	Kalnex 1 amp, Dexamethasone 2 amp, Neo-K 1 amp diberikan
	02:00	2	24. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	06:00	2	25. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
		1	26. Monitoring nilai elektrolit	Sampel darah untuk pemeriksaan Natrium sudah

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
				diserahkan ke Lab, menunggu hasil
	07:00	1	27. Memberti therapy Kalnex IV, Dexamethason IV, Neo-K IM	Kalnex 1 amp, Dexamethasone 2 amp, Neo-K 1 amp diberikan
Sabtu 11 Feb 23	08:00	1 2	28. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (1120) NaCl 0,9% 1000 ml NGT 120 ml OUT (900) NGT 150 ml (kuning kehijauan) Urine 550 ml IWL 200 ml BALANCE + 220 ML
	08:00	1 2	29. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB) / 24 Jam	IN (2240) NaCl 0,9% 2000 ml NGT 240 ml OUT (1850) NGT 350 ml (kuning kehijauan) Urine 1100 ml IWL 400 ml BALANCE + 390 ML
		1	30. Memeriksa tingkat kesadaran pasien secara berkala	Delirium GCS 11 (E4M4V3)
		1	31. Memasang bed side monitor dan melakukan monitoring TTV interval 3 jam	Pasien terpasang bed side monitor, hasil terecord pada mesin dan di catat pada lembar observasi pasien
		1	32. Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 6 lpm (Simple mask)
		1	33. Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	34. Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi netral (tidak flexy atau hyperextensi)
		1	35. Monitoring nilai elektrolit.	Elektrolit naik Na ⁺ dari 129 menjadi 138 (Normal)

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
				IVFD NaCl 0,9% 1500 + Comafusin hepar 500 ml
		4	36. Memasang restrain	Kedua tangan pasien dipasang restrain
	10:00	2	37. Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg diberikan
	10:00	2	38. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	12:00	1	39. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	14:00	1 2	40. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (540) NaCl 0,9% 500 ml NGT 40 ml OUT (550) NGT 100 ml (kuning kehijauan) Muntah 100 ml Urine 250 ml IWL 100 ml BALANCE -10 ML
	14:00	2	41. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	15:00	1	42. Memeriksa tingkat kesadaran pasien secara berkala	Pasien mulai sadar, kontak mata +, fligh of idea + Pasien mengeluh gatal
		1	43. Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 3 lpm (binasal canule)
		4	44. Melepas restrain dan melakukan orientasi kepada pasien	Restrai pasien sudah dilepas, tidak ditemukan adanya dampak dari pemasangan restrain
	15:00		45. Memberti therapy Kalnex IV, Neo-K IM	Kalnex 1 amp, Neo-K 1 amp diberikan
		3	46. Membantu ADL mandi, berpakaian pasien dengan melibatkan keluarga serta dengan tetap mempertahankan posisi leher agar tdk melipat	Pasien di seka dang anti baju oleh kakak ipar Leher dipertahankan pada posisi lurus
	18:00	2	47. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	18:00	1	48. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	20:00	1	49. Monitoring intake dan	IN (540)

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
		2	output (IWL 10 kg/BB)	Comapusin H 500 ml NGT 40 ml OUT (450) NGT 50 ml (kuning kehijauan) Urine 300 ml IWL 100 ml BALANCE + 130 ML
	22:00	2	50. Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg diberikan
	22:00	2	51. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	23:00		52. Memberti therapy Kalnex IV, Neo-K IM	Kalnex 1 amp, Neo-K 1 amp diberikan
Minggu 12 Feb 23	00:00	1	53. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	02:00	2	54. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	06:00	2	55. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	07:00	1	56. Memberti therapy Dexamethason IV, Kalnex IV, Neo-K IM	Dexamethasone 1 amp, Kalnex 1 amp, Neo-K 1 amp diberikan
	08:00	1 2	57. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (1120) NaCl 0,9% 1000 ml NGT 120 ml OUT (1000) NGT 50 ml (kuning) Urine 750 ml IWL 200 ml BALANCE + 120 ML
	08:00	1 2	58. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB) / 24 Jam	IN (2240) NaCl 0,9% 1500 ml Comapusin H 500 ml NGT 240 ml OUT (2000) NGT 200 ml (kuning) Urine 1300 ml IWL 400 ml BALANCE + 240 ML

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
	10:00	1	59. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM (GCS 15) TD 120/84, N 116, R 20, S 36,4
		1	60. Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 3 lpm (binasal canule)
		1	61. Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	62. Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi netral (tidak flexy atau hyperextensi)
	10:00	2	63. Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg diberikan
	10:00	2	64. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning kehijauan)
	12:00	1	65. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	14:00	1 2	66. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (340) NaCl 0,9% 300 ml NGT 40 ml OUT (450) NGT 100 ml (kuning) Urine 250 ml IWL 100 ml BALANCE - 110 ML
	14:00	2	67. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning)
	15:00	1	68. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM (GCS 15) TD 120/80, N 110, R 20, S 36,1
		3	69. Membantu ADL mandi, berpakaian pasien dengan melibatkan keluarga serta dengan tetap mempertahankan posisi leher agar tdk melipat	Pasien di seka dan ganti baju oleh ibunya Leher dipertahankan pada posisi lurus
	18:00	2	70. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung + (kuning)
	18:00	1	71. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	20:00	1 2	72. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (580) Comapusin H 500 ml

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
				NGT 80 ml OUT (450) NGT 50 ml (kuning) Urine 300 ml IWL 100 ml BALANCE + 130 ML
	21:00	1	73. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM (GCS 15) TD 120/80, N 84, R 20, S 36,1
	22:00	2	74. Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg diberikan
	22:00	2	75. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung minimal (kuning)
Senin 13 Feb 23	00:00	1	76. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	02:00	2	77. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung minimal (kuning)
	06:00	2	78. Test feeding D 10% 40 CC/NGT (2 jam close, 2 jam open)	Retensi lambung minimal (kuning)
	06:00	1	79. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM (GCS 15) TD 113/72, N 100, R 20, S 36,3
	06:00	1	80. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	08:00	1 2	81. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (1120) NaCl 0,9% 1000 ml NGT 120 ml OUT (900) NGT 50 ml (kuning) Urine 6550 ml IWL 200 ml BALANCE + 220 ML
	08:00	1 2	82. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB) / 24 Jam	IN (2040) NaCl 0,9% 1300 ml Comapusin H 500 ml NGT 240 ml OUT (1800) NGT 200 ml (kuning kehijauan) Urine 1200 ml IWL 400 ml

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
				BALANCE + 240 ML
		1	83. Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 3 lpm (binasal canule)
		1	84. Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	85. Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi netral (tidak flexy atau hyperextensi)
	10:00	1	86. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM (GCS 15) TD 112/76, N 96, R 24, S 36,4
	10:00	2	87. Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg diberikan
	10:00	2	88. Diit cair/NGT 50 ml	Diit cair sesuai order diberikan, pembilasan 25 ml
	14:00	1 2	89. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (575) NaCl 0,9% 500 ml NGT 50 + bilas 25 OUT (450) Urine 350 ml IWL 100 ml BALANCE + 125 ML
	14:00	2	90. Diit cair/NGT 50 ml	Diit cair sesuai order diberikan, pembilasan 25 ml
		3	91. Membantu ADL mandi, berpakaian pasien dengan melibatkan keluarga serta dengan tetap mempertahankan posisi leher agar tdk melipat	Pasien hanya dilakukan lap pada wajah
	15:00	1	92. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	Penurunan kesadaran, kembali delirium GCS 11 (E4M4V3) TD 132/77, N 84, R 26, S 36,4
		1	93. Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 6 lpm (simple mask)
		1	94. Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	95. Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
				netral (tidak flexy atau hyperextensi)
	15:00	1	96. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	16:45		97. Memberikan tranfusi darah	PRC gol B+ R8632176A labu ke-1 diberikan Reaksi tranfusi darah aman
	18:00	1	98. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	Delirium TD 130/73, N 85, R 26, S 36,3
	18:00	2	99. Diit cair/NGT 50 ml	Diit cair sesuai order diberikan, pembilasan 25 ml
	20:00	1 2	100. Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB)	IN (800) Comapusin H 300 ml NaCl 0,9% 100 ml PRC 250 ml NGT 100 ml + bilas 50 OUT (550) Urine 450 ml IWL 100 ml BALANCE + 250 ML
	21:00	1	101. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	Delirium TD 122/72, N 82, R 22, S 36,2
	21:30		102. Memberikan tranfusi darah	PRC gol B+ R8631719A labu ke-2 diberikan Reaksi tranfusi darah aman
	22:00	2	103. Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg diberikan
	22:00	2	104. Diit cair/NGT 50 ml	Diit cair sesuai order diberikan, pembilasan 25 ml
		1	105. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
Selasa 14 Feb 23	00:00	1	106. Monitoring TTV	TD 136/84, N 88, R 24, S 36,3
	02:00	2	107. Diit cair/NGT 50 ml	Diit cair sesuai order diberikan, pembilasan 25 ml
	03:00	1	108. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	Delirium TD 128/88, N 84, R 20, S 36,3
	06:00	1	109. Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	Delirium TD 130/90, N 88, R 20, S 36,4
	06:00	2	110. Diit cair/NGT 50 ml	Diit cair sesuai order diberikan, pembilasan 25 ml
		1	111. Memberti therapy Dexamethason IV	Dexamethason 1 amp diberikan
	08:00	1	112. Monitoring intake dan	IN (975)

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
		2	output (IWL 10 kg/BB)	NaCl 0,9% 500 ml NGT 150 ml + bilas 75 PRC 250 ml OUT (950) Urine 750 ml IWL 200 ml BALANCE + 25 ML
	08:00	1 2	113.Monitoring intake dan output (IWL 10 kg/BB) / 24 Jam	IN (2350) NaCl 0,9% 1100 ml Comapusin H 300 ml PRC 500 ml NGT 300 ml + 150 bilas OUT (1950) Urine 1550 ml IWL 400 ml BALANCE + 400 ML
		1	114.Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 6 lpm (simple mask)
		1	115.Mengatur posisi <i>head up</i> /semi fowler	Pasien diposisikan HOB 30° (alat ukur menggunakan angle meter android)
		1	116.Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral	Pada saat membantu mobilisasi dan pemenuhan ADL, posisi kepala dan leher dipertahankan pada posisi netral (tidak flexy atau hyperextensi)
	10:00	1 2	117.Memberti therapy Ceftriaxone IV, OMZ IV, Dexamethasone IV	Ceftriaxone 1 gr, OMZ 40 mg, Dexamethasone 1 amp diberikan
	10:00	1	118.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	Kembali CM TD 128/88, N 84, R 20, S 36,2
		1	119.Memberi Oksigen sesuai kebutuhan	Pasien dipasang oksigen 3 lpm (binasal canule)
		2	120.Melepas NGT	NGT dilepas, diit diganti dengan bubur sumsum
	11:45	2	121.Memberi makan diit bubur sum sum	Pasien habis 1 porsi, bubur sum sum
	15:00	1	122.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 122/72, N 88, R 20, S 36,2
	16:00	3	123.Membantu ADL mandi, berpakaian pasien dengan melibatkan keluarga serta dengan tetap	Pasien di seka dan ganti baju oleh kakak ipar Leher dipertahankan pada posisi lurus

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
			mempertahankan posisi leher agar tdk melipat	
	21:00	1	124.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 120/70, N 84, R 20, S 36,2
	22:00	1 2	125.Memberti therapy OMZ IV, dexamethasone IV	OMZ 40 mg, Dexamethasone 1 amp diberikan
Rabu 15 Feb 23	06:00	1	126.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 110/70, N 78, R 20, S 36,6
	10:00	1	127.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 120/90, N 96, R 20, S 36,5
		4	128.Membantu ambulasi di TT	Pasien belajar duduk di tempat tidur
	10:00	1 2	129.Memberti therapy OMZ IV, dexamethasone IV	OMZ 40 mg, Dexamethasone 1 amp diberikan
	11:00	1	130.Melepas pemberian oksigen	SpO2 98%
	11:45	2	131.Memberi makan diit nasi tim	Pasien habis ½ porsi, pasien mengatakan ingin makan nasi biasa
	15:00	1	132.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 120/90, N 84, R 20, S 36,5
		4	133.Membantu ADL mandi, berpakaian pasien dengan melibatkan keluarga sambal melatih pasien untuk melakukan ambulasi	Pasien di seka dan ganti baju oleh ibu pasien Pasien di seka dalam posisi duduk
	21:00	1	134.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 113/88, N 80, R 20, S 36,3
	22:00	2	135.Memberti therapy OMZ IV	OMZ 40 mg diberikan
Kamis 16 Feb 23	06:00	1	136.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 110/74, N 84, R 20, S 36,4
	10:00	1	137.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 112/88, N 86, R 20, S 36,5
	10:00	1 2	138.Memberti therapy OMZ IV, dexamethasone IV	OMZ 40 mg, Dexamethasone 1 amp diberikan
		3	139.Melepas DC	DF Fr 16 dilepas
		3	140.Membantu ADL vulva hygiene pasca penggunaan DC dengan melibatkan keluarga	Pasien dibantu cebok air hangat oleh keluarga
		4	141.Bersama keluarga membantu pasien melakukan mobilisasi secara bertahap	Pasien mampu melakukan mobilisasi secara bertahap. Awal mobilisasi pasien hanya mampu menjuntai kaki.

Hari Tgl	Waktu	DX	Pasien 2: Ny.T	
			Implementasi	Evaluasi
			Duduk di pinggir Kasur, menjuntakan kaki, turun ke tempat tidur, duduk dikursi, berjalan berpegangan ke hand rail, kembali naik ke tempat tidur	Namun seiring meningkatnya toleransi aktivitas, pasien berhasil melakukan mobilisasi di samping tempat tidur
	11:45	2	142.Memberi makan diit nasi	Pasien habis ¾ porsi
	15:00	1	143.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 120/80, N 84, R 20, S 36,5
	21:00	1	144.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 113/88, N 80, R 20, S 36,3
	22:00	2	145.Memberti therapy OMZ IV	OMZ 40 mg diberikan
Jum'at 17 Feb 23	06:00	1	146.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 116/84, N 82, R 20, S 36,3
	09:00	3	147.Memfasilitasi pasien dengan melibatkan keluarga dalam pemenuhan ADL; mandi, bab, bak, berpakaian	Pasien didampingi keluarga ke kamar mandi
		1	148.Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga, agar tidak mengejan berlebihan pada saat BAB dan BAK	
	10:00	1	149.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 110/78, N 83, R 20, S 36,2
	10:00	1 2	150.Memberti therapy OMZ IV, dexamethasone IV	OMZ 40 mg, Dexamethasone 1 amp diberikan
	15:00	1	151.Memeriksa tingkat kesadaran pasien dan monitoring TTV	CM TD 110/70, N 80, R 20, S 36,0
			152. Discharge planning Edukasi program pengobatan - kontrol ke klinik neuro dan klinik dalam minum obat teratur sesuai arahan dokter (tidak menghentikan obat sendiri)	Pasien pulang menggunakan kursi roda, didampingi oleh klg (ibu, suami, kaka ipar). Obat dirumah, hasil pemeriksaan dan surat kontrol diserahkan

E. Lembar Observasi Pasien

1. Pasien 1

Tabel 3.12
Lembar Observasi Pasien Tn.A
dengan Suspek Space Occupying Lesion (SOL)

TGL	WAKTU	GCS	TD	N	R	S	SpO2	Therapy O ²	Keterangan
6/2/23	14:15	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	151/69	72	28	36,3	99	3 lpm (BC)	Ireguler
	15:00		147/84	76	24	36,3	99	3 lpm (BC)	Ireguler
	16:00		164/88	82	28	36,4	95	3 lpm (BC)	Ireguler
	17:00		153/83	86	24	36,5	98	3 lpm (BC)	Ireguler
	18:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	143/74	71	24	36,5	98	3 lpm (BC)	Ireguler
	19:00		136/72	76	24	36,4	97	3 lpm (BC)	Ireguler
	20:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	118/84	76	22	36,6	99	3 lpm (BC)	Ireguler
	21:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	102/72	57	21	36,5	99	3 lpm (BC)	Ireguler
	22:00		106/76	64	24	36,2	97	3 lpm (BC)	Ireguler
	23:00		104/72	60	24	36,3	98	3 lpm (BC)	Ireguler
	24:00		110/78	72	28	36,4	99	3 lpm (BC)	Ireguler
7/2/23	01:00		112/80	76	28	36,4	97	3 lpm (BC)	Ireguler
	02:00		122/82	78	28	36,5	98	3 lpm (BC)	Ireguler
	03:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	124/88	88	28	36,4	98	3 lpm (BC)	Ireguler
	04:00		124/82	84	28	36,7	97	3 lpm (BC)	Ireguler
	05:00		121/78	82	24	36,6	98	3 lpm (BC)	Ireguler
	06:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	114/72	74	24	36,9	98	3 lpm (BC)	Ireguler
	07:00		110/70	76	24	37,1	95	3 lpm (BC)	Ireguler
	08:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	102/84	78	24	37,2	95	3 lpm (BC)	Ireguler
	09:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	128/84	118	36	38,9	94	15 lpm (NRM)	Kejang Cheyne stokes
	10:00		131/86	92	34	39,3	94	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	11:00		172/74	112	32	37,9	82	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	12:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	151/69	97	34	36,6	99	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	13:00		173/74	100	40	36,5	97	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes

TGL	WAKTU	GCS	TD	N	R	S	SpO2	Therapy O ²	Keterangan
	14:00	Sopor GCS 6 (E1M4V1)	133/74	110	36	36.9	98	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes Kejang Pindah ruang obs
	15:00	Semi Koma GCS 4 (E1M2V1)	122/77	94	34	37.2	93	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	16:00		128/79	92	42	37.7	92	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	17:00		132/81	88	44	38.6	91	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	18:00	Semi Koma GCS 4 (E1M2V1)	131/79	106	40	36.9	96	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	19:00		122/84	96	44	36.2	94	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	20:00	Semi Koma GCS 4 (E1M2V1)	124/76	112	46	36.5	92	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	21:00		120/80	110	24	37.5	92	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	22:00		120/80	114	26	37.8	94	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	23:00		130/80	116	36	38.5	92	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	24:00	Semi Koma GCS 4 (E1M2V1)	128/82	110	34	37.5	94	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
8/2/23	01:00		128/86	112	28	37.5	92	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	02:00		130/90	110	24	37.6	92	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	03:00	Koma GCS 3 (E1M1V1)	90/50	100	20	37.5	86	15 lpm (NRM)	Cheyne stokes
	04:00	Koma GCS 3 (E1M1V1)	80/P	TDD	4	36,9	58	15 lpm (NRM)	Gasping
	04:15	Meninggal							

2. Pasien 2

Tabel 3.13
Lembar Observasi Pasien Ny.T
dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

TGL	WAKTU	GCS	TD	N	R	S	SpO2	Therapy O ²	Keterangan
10/2/23	10:00	Delirium GCS 11 (E4M4V3)	120/90	80	24	36,2	98	SM 6	Ireguler
	13:00	Delirium	119/75	120	24	36,5		SM 6	Ireguler
	15:00		112/90	116	24	36,5			
	18:00		116/92	114	28	36,6			
	21:00	Delirium	124/98	126	20	36,1		SM 6	Ireguler
11/2/23	00:00		120/70	120	20	36,1			
	03:00		112/84	98	20	36			
	06:00	Delirium	116/84	100	20	36		SM 6	Ireguler
	12:00		111/78	96	24	36			
	15:00	CM GCS 15 (E4M6V5)	114/74	92	20	36,3		BC 3	Mulai ada kontak mata Komunikasi flight of idea
	18:00	CM	118/76	96	20	36,9		BC 3	
	21:00	CM	116/80	92	20	36,8		BC 3	
12/2/23	06:00	CM	120/80	124	24	36,6		BC 3	
	10:00	CM	120/84	116	24	36,4		BC 3	
	15:00	CM	120/80	110	20	36,1		BC 3	
	21:00	CM	120/80	84	20	36,1		BC 3	
13/2/23	06:00	CM	113/72	100	20	36,3		BC 3	
	10:00	CM	112/76	96	24	36,4		BC 3	
	15:00	Delirium GCS 11 (E4M4V3)	132/77	84	26	36,4		SM 6	Kembali Delirium PRC B+ 1
	18:00	Delirium	130/73	85	26	36,3		SM 6	
	21:00	Delirium	122/72	82	21	36,2		SM 6	PRC B+ 2
14/2/23	00:00		136/84	88	24	36,3		SM 6	
	03:00	Delirium	128/88	84	20	36,3		SM 6	
	06:00	Delirium	130/90	88	20	36,4		SM 6	
	10:00	CM GCS 15 (E4M6V5)	128/88	84	20	36,2		BC 3	Kembali CM Lepas NGT Diit Bbr Sumsum
	15:00	CM	122/72	88	20	36,2		BC 3	
	21:00	CM	120/70	84	20	36,2		BC 3	
15/2/23	06:00	CM	110/70	78	20	36,6		BC 3	
	10:00	CM	120/90	96	20	36,5		Lepas O ²	Diit Tim Mulai ambulasi
	15:00	CM	120/80	84	20	36,5			
	21:00	CM	113/88	80	20	36,3			
16/2/23	06:00	CM	110/74	84	20	36,4			

TGL	WAKTU	GCS	TD	N	R	S	SpO2	Therapy O ²	Keterangan
	10:00	CM	112/88	86	20	36,5			Diit Nasi Lepas DC Mulai mobilisasi
	15:00	CM	120/80	84	20	36,5			
	21:00	CM	113/88	80	20	36,3			
17/2/23	06:00	CM	116/84	82	20	36,3			
	10:00	CM	110/78	83	20	36,2			
	15:00	CM	110/70	80	20	36			
	15:15	Pulang							

Keterangan:

Pengukuran dengan menggunakan bed side monitor dengan seting waktu interval 1 jam

TD (Tekanan darah dalam satuan mmHg)

N (Nadi dalam satuan x/mt)

R (Respirasi dalam satuan x/mt)

S (Suhu dan °C)

SpO2 (Saturasi oksigen dalam satuan %)

Therapy O2 (Jenis pemberian oksigen dalam LPM)

F. Evaluasi dan Catatan Perkembangan

Tabel 3.14
Lembar Evaluasi dan Catatan Perkembangan pada Pasien dengan Suspek *Space Occupying Lesion* (SOL)

Siklus ke-1

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	Rabu/08 Feb 23 pukul 04:30 WIB S: - Ibu pasien mengatakan, kondisi kesehatan anaknya terus memburuk O: - Penurunan kesadaran spoor ke semi koma dan ke koma - Reflek neurologis tidak berubah (reflek Babinski +, cushing reflek +) - Respon pupil menurun; melambat an isokor ke tahap midriasis total (doll eyes) - Tanda tanda vital tidak stabil - Pasien dinyatakan meninggal oleh dr. Jaga dihadapan keluarga pada Rabu/08 Feb 2023 pukul 04:15 WIB A: Masalah belum teratasi (pasien meninggal) Berduka (D.0081) b.d. kematian keluarga P: NIHIL (pasien meninggal) Dukungan proses berduka (I.09274) Dukungan emosional (I.09256)	Senin/13 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Keluarga pasien mengatakan anaknya sempat bangun dan bisa komunikasi sejak sabtu siang - Keluarga pasien mengatakan, anaknya kembali tdk sadarkan diri dan gelisah sejak tadi sore O: - Kesadaran Delirium GCS 11 (E4M4V3) - TD 130/73, N 85, R 26, S 36,3 - Pasien tampak gelisah - Cushing reflek ± (TD naik, Nadi normal, Nafas cepat ireguler) A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi - Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) - Manajemen Elektrolit (I.03102)	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
	I: - Memfasilitasi ibu pasien untuk mengungkapkan perasaan sedih berduka - Menunjukkan sikap empati - Memberikan support sistem kepada keluarga berduka	I: - Memberikasn asupan oksigen (6 lpm simple mask) - Mengatur posisi HOB 30o - Mempertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral - Mengurangi stimulus yang dapat meningkatkan TIK - Monitoring tingkat kesadaran - Monitoring tanda-tanda peningkatkanan TIK - Monitoring kehilangan elektrolit	
Defisit nutrisi (D.0019)	NIHIL	Senin/13 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Keluarga pasien mengatakan anaknya sudah mulai makan susu dari selang makan O: - BB tidak dapat dinilai - Retensi cairan lambung minimal, 50 ml, warna kuning - IVFD NaCl 0,9% 1500 ml + Comafusin hepar 500 ml (2000 ml.24 jam) - Diit MC 6 x 50 ml - Muntah tidak ada A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: Berikan diit sesuai program Monitoring asupan diit pasien	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Defisit perawatan diri; mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias (D.0109)	Rabu/08 Feb 23 pukul 04:15 WIB S: - Ibu pasien mengatakan, anaknya sudah tidak bisa apa apa. Semua kebutuhannya dibantu orang lain O: - Penurunan kesadaran sopor ke semi koma dan ke koma - Pasien total care - Personal hygiene pasien dibantu petugas dan keluarga A: Masalah teratasi sebagian - Personal hygiene pasien terpenuhi Masalah baru keluarga. Berduka (D.0081) b.d. kematian keluarga P: Dukungan proses berduka (I.09274) Dukungan emosional (I.09256) I: - Memfasilitasi ibu pasien untuk mengungkapkan perasaan sedih berduka - Menunjukkan sikap empati - Memberikan support sistem kepada keluarga berduka	Senin/13 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Keluarga pasien mengatakan, jika pasien tdk sadar kegiatannya dibantu oleh keluarga O: - Kesadaran Delirium GCS 11 (E4M4V3) - TD 130/73, N 85, R 26, S 36,3 - Pasien tampak gelisah - ADL pasien dibantu petugas A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi I: - Bantu pemenuhan ADL pasien dengan melibatkan keluarga dengan tetap memepertahankan posisi kepala dan leher pada posisi netral - Segera posisikan kembali pasien pada HOB 30 jika telah dibantu pemenuhan ADL	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Resiko defisit nutrisi (D.0032)	Rabu/08 Feb 23 pukul 04:15 WIB S: - Ibu pasien mengatakan anaknya masi dipuaskan O: - Assessment skrining gizi awal nilai 0 (dalam batas normal) - IVFD RI 1500 ml/24 jam - Terpasang NGT decompresi, cairan coklat disertai dengan gas - Pasien dinyatakan meninggal oleh dr. Jaga dihadapan keluarga pada Rabu/08 Feb 2023 pukul 04:15 WIB A: Masalah teratasi sebagian - Pasien mendapatkan asupan cairan intravena sesuai dengan target 1500 ml/24 jam - Pasien belum mendapatkan asupan nutrisi parenteral P: NIHIL untuk Dx no.3 (pasien meninggal) Dukungan proses berduka (I.09274) Dukungan emosional (I.09256) I: - Memfasilitasi ibu pasien untuk mengungkapkan perasaan sedih berduka - Menunjukkan sikap empati - Memberikan support sistem kepada keluarga berduka	NIHIL	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Risiko jatuh (D.0143)	NIHIL	Senin/13 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Ibu pasien mengatakan, jika pasien sedang gelisah dan menjelang malam dilakukan pengikatan agar tdk melepas infus dan selang selang yang dipasang O: - Kesadaran Delirium GCS 11 (E4M4V3) - TD 130/73, N 85, R 26, S 36,3 - Pasien tampak gelisah - Dipasang restrain pada kedua lengan pasien - Bed terpasang hand rail dan tanda resiko jatuh A: Masalah teratasi sebagian (tidak ada insiden jatuh) P: Lanjutkan intervensi I: - Mengkaji factor risiko - Melakukan resrain atas persetujuan keluarga - Monitoring dampak restrain terhadap kemungkinan kerusakan lapisan kulit - Memasang hand rail - Memasang tanda risiko jatuh	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Risiko luka tekan (D.0144)	Rabu/08 Feb 23 pukul 04:15 WIB S: - Ibu pasien mengatakan, anaknya hanya tiduran. Pasien dibantu miring kanan dan miring kiri O: - Mobilisasi pasien dilakukan sesuai kebutuhan dengan tetap mempertahankan posisi leher tdk menekuk - Area tonjolan pasien diberi bantalan balon air - Status lokalis area tekanan intake, tidak tampak hiperemis dan tanda tanda kerusakan lapisan kulit A: Masalah teratasi - Tidak terjadi luka tekan Masalah baru keluarga. Berduka (D.0081) b.d. kematian keluarga P: Dukungan proses berduka (I.09274) Dukungan emosional (I.09256) I: - Memfasilitasi ibu pasien untuk mengungkapkan perasaan sedih berduka - Menunjukkan sikap empati - Memberikan support sistem kepada keluarga berduka	NIHIL	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	NIHIL Pasien meninggal Rabu/08 Feb 2023 pukul 04:15 WIB	Kamis/16 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Keluarga pasien mengatakan anaknya sudah sadar kembali sejak Selasa siang O: - Kesadaran CM GCS 15 (E4M6V5) - TD 120/80, N 84, R 20, S 36,5 - Cuhsing reflek negatif - Reflek cahaya +/- isokor - Muntah tidak ada A: Masalah teratasi Discharge planing P: Lanjutkan intervensi - Monitoring tingkat kesadaran dan tanda-tanda peningkatan TIK	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Defisit nutrisi (D.0019)	NIHIL Pasien meninggal Rabu/08 Feb 2023 pukul 04:15 WIB	Kamis/16 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Keluarga pasien mengatakan anaknya sudah makan nasi O: - BB tidak dapat dinilai - NGT sudah dilepas - Diit nasi habis $\frac{3}{4}$ porsi - Pasien mampu makan makanan jenis extra feeding A: Masalah teratasi P: Lanjutkan intervensi - Beri dukungan positif atas kemajuan yang ditunjukkan oleh pasien - Monitoring asupan makanan - Berikan alternative diit yang bisa meningkatkan asupan diit pasien	 Heru PM
Defisit perawatan diri; mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias (D.0109)	NIHIL Pasien meninggal Rabu/08 Feb 2023 pukul 04:15 WIB	Kamis/16 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Keluarga pasien mengatakan, pasien sudah bisa melakukan aktifitas ringan di tempat tidur - Pasien mengeluh masih lemas - Pasien mengeluh pusing jika duduk lama di pinggir tempat tidur	 Heru PM

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
		O: - Kesadaran CM GCS 15 (E4M6V5) - TD 120/80, N 84, R 20, S 36,5 A: Masalah teratasi (Pasien dapat melakukan perawatan diri dengan bantuan minimal) Masalah baru: Intoleransi aktivitas (D.0056) b.d. tirah baring lama P: Modifikasi intervensi - Manajemen energy (I.05178) - Terapi aktivitas (I.05186) - Edukasi latihan fisik (I.12389) - Edukasi tehnik ambulasi (I.12450) I: - Memberikan edukasi peningnya aktivitas bertahap - Memberikan latihan ROM aktif dan pasief - Membantu dan memfasilitasi ambulasi di sekitar tempat tidur - Melibatkan keluarga dan bantu aktivitas pasien dengan mempertimbangkan tingat kemandirian pasien - Memberi dukungan dan support sistem atas pencapaian latihan yang telah dilakukan	

Dx. Keperawatan	Pasien 1: Tn.A	Pasien 2: Ny.T	Nama Ttd/paraf
Risiko jatuh (D.0143)	NIHIL Pasien meninggal Rabu/08 Feb 2023 pukul 04:15 WIB	Kamis/16 Feb 23 pukul 20:15 WIB S: - Ibu pasien mengatakan, anaknya sudah mulai beraktivitas di tempat tidur O: - Kesadaran CM GCS 15 (E4M6V5) - Restrain sudah dilepas A: Masalah teratasi (tidak ada insiden jatuh) P: Lanjutkan intervensi	 Heru PM