

LAMPIRAN



**POLITEKNIK KESEHATAN TANJUNGKARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNGKARANG
PRODI PROFESI NERS**

Jl. Soekarno hatta no.6 bandar lampung

Telp : 0721-783852 faxsimile : 0721 – 773918

website : www.bppsdmk.depkes.go.id/poltekkestanjungkarang e-mail :
poltekkestanjungkarang@yahoo.co.id



INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Jenis kelamin :

Menyatakan setelah mendapat Penjelasan Secukupnya Tentang Maksud, Tujuan Serta Manfaat Penelitian Yang Berjudul “**Analisis Perfusi Serebral Pada Pasien Post Operasi Craniotomy Dengan Intervensi Manajemen Jalan Nafas Di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2025**” saya menyatakan (**bersedia**) berpartisipasi dalam penelitian ini dan saya percaya apa yang saya sampaikan ini dijamin kebenarannya. Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun.

Metro,

2025

Peneliti

Responden

Dea Elvia Pidela
NIM. 2414901016

.....

SURAT KETERANGAN PENGAMBILAN DATA

SURAT KETERANGAN

Yang Bertanda-tangan di bawah ini, Pembimbing Lahan/Preseptor:

Nama : Ns. Dwi Lucyda Santi, S.Kep
Instansi RS : RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro
Ruang : Bedah D (Bedah Khusus)

Dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa mahasiswa berikut:

Nama : Dea Elvia Pidela
NIM : 2414901016
Jurusan : Keperawatan
Prodi : Pendidikan Profesi Ners Program Profesi
Judul : Analisis Perfusi Serberal Pada Pasien Post Kraniotomi Dengan Intervensi Manajemen Jalan Nafas di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2025.

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut telah melaksanakan asuhan keperawatan pada tanggal 17 Februari 2025 sampai 22 Februari 2025 untuk kepentingan penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIAN).

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Metro, 22 Februari 2025
Pembimbing Lahan/Preseptor



Ns. Dwi Lucyda Santi, S.Kep
197506122006042006

LEMBAR KONSULTASI

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 POLTEKKES TANJUNGGARANG ODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKKES TANJUNGGARANG	Kode	TA/PKTjk/J.Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	dari...halaman

Formulir Konsultasi

LEMBAR KONSULTASI

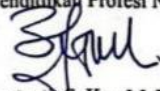
Nama Mahasiswa : Dea Eivia Pideia
 NIM : 244402016
 Nama Pembimbing 1 : Ion Rihianto, S.Kp, M. Kep
 Judul : Analisis Profesi Serebral Pada Pasien Post Operasi Cerektomi Dengan Intervensi Manajemen Jalan Nafas di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Medan Tahun 2025

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	05/01/2025	Judul KIAN	Perbaiki Judul KIAN		
2	11/2/2025	Judul KIAN	Ganti Intervensi		
3	13/02/2025	Judul KIAN	ACC Judul KIAN		
4	18/02/2025	Pengambilan data	Lanjutkan Intervensi		
5	18/04/2026	Bab I - III	Fokus Pada masalah utama data patok yg terburu.		
6			Bab II dimulai dan masalah utama.		
7	08/05/2025	Bab I - II	Fokus Pada Profesi Serebral dan manajemen jalan nafas.		
8			Perbaiki jurnal terkait Bab II Anus yg sudah dilakukan		
9	09/05/2025	Bab IV - V	Perbaiki renpra, diagnose diubah ambil 2 diagnose.		
10			Pembahasan bandingkan dengan teori.		
11	18/05/2025	Bab IV - V	Perbaiki pembahasan		
12	14/05/2025	Acc Sizing	he		

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan ke prodi pada akhir proses bimbingan

Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

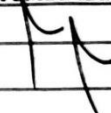

Dwi Agustanti, S. Kp., M. Kep, Sp. Kom
 NIP.197108111994022001

Form : Kartu Kendali Konsultasi KIAN

 POLTEKES TANJUNGGARANG ODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKES TANJUNGGARANG Formulir Konsultasi	Kode	TA/PKTjt/J.Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	dari.....halaman

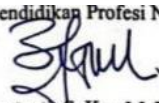
LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Den Elvia Pidaa
 NIM : 240401016
 Nama Pembimbing 1 : Ton Rihianto, S.Kp. M.Kep
 Judul : Asuhan Perawatan Gigitan Paksi pada Pasien post Operasi Craniotomy Dengan Intervensi Manajemen Jarak Nafas di Ruang Jendral
Akmal Yuni Kota Metro Tahun 2021

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PMBIMBING
1	11/04/2025	Bab 1-V	Perbaikan Setekh Sidang		
2			<u>Apk Citala</u>		
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Catatan : bawa kartu ini setiap konsultasi dan wajib disetorkan ke prodi pada akhir proses bimbingan
Mengetahui

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang


Dwi Agustanti, S. Kp., M. Kep. Sp. Kom
 NIP.197108111994022001

 POLTEKKES TANJUNGPINANG ODI PENDIDIKAN PROFESI NERS POLTEKKES TANJUNGPINANG Formulir Konsultasi	Kode	TA/PKTjk/I.Kep./03.2/1/2022
	Tanggal	2 Januari 2022
	Revisi	0
	Halaman	dari.....halaman

Nama Mahasiswa
NTM
Nama Pembimbing 2
Judul

Dea Giwa Pidan
2414001016
Lisa Sarni, M.Kep. Sp.Mat
Analisis Perilaku Sejalan Pada Pasien Post
Operat Craniotomy dengan Intervensi Manajemen
Jalan Nadi di RSU Jendral Ahmad Yani
Kab Metro Tahun 2026.

NO	HARI/ TANGGAL	MATERI BIMBINGAN	MASUKAN	PARAF MHS	PARAF PEMBIMBING
1	20/05/2015	Bab 1-V	Latihan bakat yang diperbaiki: tambah materi: orang baru		
2	23/05/2015	Bab 1-V	Bab IV Pengolahan Apoteker dan tugas		
3		ujian	2. apa yang harus diperhatikan sebelum dan sesudah melakukan yg terkait dengan jenis TIK		
4					
5			→ manual diperbaiki		
6			Isi menggunakan		
7	26/05/2015		ACC Ujia		
8	11/06/2015		ACC Cital		
9					
10					
11					
12					

Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners Tanjungkarang

Dwi Agustanti, S. Kp., M. Kep. Sp. Kom
NIP.197108111994022001

LEMBAR MASUKAN PERBAIKAN SIDANG KIAN

Form : Lembar Masukan Sidang

	PRODI PENDIDIKAN PROFESI NERS PROGRAM PROFESI POLTEKKES KEMENKES TANJUNGPINANG
	Formulir Lembar Masukan Sidang

LEMBAR MASUKAN DAN PERBAIKAN
SIDANG KIAN

Nama Mahasiswa : Dea Elvia Pideia
 NIM : 2114081016
 Judul : Analisis Perilaku Jerebak Pada Pasien Post Operasi Anamniotomi Dengan Infusional Anestesi Spinal Narkosis di RSUD Jendral Ahmad Yani Kota Metro Tahun 2020

No	Materi Perbaikan	Masukan/Perbaikan	
		Sudah	Belum
①	Model Tools/Concept kejuruan Kerebal dudu abnormal - Fisiologi →	✓	✓
②	Penelitian BAB II Dilengkapi dgn →	✓	✓
③	BAB IV →	✓	✓

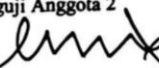
Bandar Lampung, 21 Mei 2021

Penguji Utama

 ns. Dedek Saiful K. S. Kep. M. Kes
 NIP. 197507052002121006

Penguji Anggota 1

 Lisa Sarni, M. Kes, Sp. Man
 NIP. 197006071903031002

Penguji Anggota 2

 Tori Rihandoro S. Kep. M. Kes
 NIP. 197111051904021001

KET : *) Coret yang tidak sesuai
 Penguji utama adalah penguji bukan pembimbing
 Penguji anggota 1 adalah pembimbing II
 Penguji anggota 2 adalah pembimbing I

Gambaran Askep

1. Pengkajian Keperawatan

a. Wawancara

Pada hasil pengkajian yang dilakukan tanggal 18 Februari 2025 pukul 16.00 WIB didapatkan pasien Ny. S berusia 50 tahun, dengan BB: 65 kg TB: 160 cm, beragama islam, pendidikan terakhir SLTA, bekerja sebagai Ibu Rumah Tangga. Dengan diagnosa medis ICH. Pasien datang pada tanggal 17 Februari pukul 11:30 rujukan dari RS Mardi Waluyo dengan keluhan nyeri pada bagian kepala sudah ± 5 hari, nyeri seperti ditusuk-tusuk, nyeri menjalar hingga ke tengkuk, nyeri dirasa terus menerus, skala nyeri : 6. Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 18 Februari pukul 16.00 WIB, pasien dalam keadaan DPO sedasi (Dalam Pengaruh Obat Midazolam Hcl dan fentanyl) pasca operasi *craniotomy* terpasang ventilator V.simv dan terpasang *ETT (Endotracheal Tube)* No.7 dengan kedalaman 20cm, pasien terpasang syringe pump di tangan sebelah kiri dengan obat Nicardipine 50ml dan Infus pada tangan sebelah kanan pasien terpasang drain full vaccum dan EVD (*Eksternal Ventrikular Drain*).

Hasil pengkajian di dapatkan tingkat kesadaran dengan GCS E2V3M4, pasien DPO sedasi (Dalam Pengaruh Obat Midazolam Hcl dan fentanyl), warna kulit kecoklatan, CRT <2 detik. Respon pupil (+). Pasien terpasang ventilator v.simv dan terpasang *ETT (Endotracheal Tube)* No.7 dengan kedalaman 20cm dengan tidal volume set : 500 dan tidal volume aktual:378, RR set : 14 dan RR aktual : 16, inspiratory pressure /psv : 20, PEEP (*Positive End-Expiratory Pressure*):I=E ratio = 5/1:1,4, tekanan darah:180/100 mmHg, nadi : 102x/m, RR : 14x/m, suhu : 36,5° C, saturasi oksigen : 100%, MAP (*Mean Arterial Pressure*) :133.

Pasien mendapat terapi medis Infus RL, Infus D5 ½ Ns/8 jam, dan injeksi intravena berupa Metamizole 3x2ml/8 jam, Ranitidine 3x50mg/8jam Ceftriaxone 1x2gr/24jam, Kalnex 3x500mg/8 jam, Gabaxa 1x200mg/24 jam dan Nicardipin 50ml/jam dalam syringe pump.

b. Pemeriksaan fisik

- Kepala : Bentuk kepala bulat, simetris, tidak ada lesi, rambut bersih, warna rambut $\frac{1}{2}$ putih. terdapat bekas luka post operasi *craniotomy* di sebelah kiri, luas luka ± 15 cm, terdapat drain vacuum, terpasang EVD (*Eksternal Ventrikular Drain*)
- Mata : Bentuk simetris, Konjungtiva anemis, Respon pupil (+/+)
- Telinga : Bentuk simetris, Bersih, Tidak ada tanda infeksi
- Hidung : Simetris, Tidak ada lesi, tidak ada sumbatan, tidak ada luka dan nyeri tekan
- Mulut dan Bibir : Warna mukosa bibir coklat, lembab, tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan, terpasang ETT (*Endotracheal Tube*) no. 7 kedalaman 20 cm
- Leher : Tidak ada pembesaran vena jugularis, tidak ada nyeri
- Thorax : I : Simetris, tidak ada pergerakan dinding dada
P : Tidak ada lesi, tidak ada nyeri tekan
P : Sonor
A : Vesikuler
- Abdomen : I : Bentuk abdomen cembung, tidak ada lesi,
P : asites (-), nyeri tekan (-)
P : Tympani
A : BU 12x/m
- Ekstremitas : Terpasang infus di tangan sebelah kanan dan kiri, kekuatan otot tidak dapat dikaji
- Integumen : Turgor kulit normal, akral hangat, tidak terdapat lesi

c. Hasil Laboratorium dan Radiologi

Hasil Laboratorium : (18 Februari 2025)

Tabel 4.1 Hasil Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
Hematologi			
Leukosit	11,55	$10^3/\mu\text{l}$	4,5-11,5
Eritrosit	4,78	$10^3/\mu\text{l}$	4,00-5,40
Hemoglobin	15,5	g/dL	2,0-15,0
Hematokrit	44	%	35,0-49,0
MCV	92,0	%	80,0-94,0
MCH	32,4	Pg	26-32
MCHC	35,2	g/dL	32,0-36,0
Trombosit	26,1	$10^3/\mu\text{l}$	150-450
RDW	13,2	%	11,5-14,5
MPV	10.10	fL	7,2-11,1
Kimia Klinik			
GulaDarahSewaktu	122,0	mg/dL	<140
Ureum	28,3	mg/dL	15-40
Kreatinin	0,87	mg/dL	0,6-1,1

Hasil Radiologi (17 Februari 2025)

Hasil pemeriksaan :

Head CT Scan potongan axial tanpa kontras,interval slice 5mm dan 10mm

-Gyri dan sulci tak prominent

-Batas white matter dan grey matter mengabur

-Tampak lesi hiperdens di lobus temporoparietalis sinistra

-Systema ventrikel tampak melebar

-Struktur medina tak terdeviasi

-Air cellulae mastiodea dextra tampak berkurang

Kesan :

-Airtrophy Cerebri

-ICH di Lobus temporoparietalis sinistra

-Mastoiditis dextra

2. Diagnosis Keperawatan

Berdasarkan pengkajian yang didapatkan 80% data mendukung sesuai standar diagnosis keperawatan indonesia, sehingga dapat ditegakkan diagnosis utama pada kasus ini adalah :

- a. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral (D0066)
- b. Pola Nafas Tidak Efektif berhubungan dengan Hambatan Upaya Nafas (D.0005)

3. Perencanaan Keperawatan

Tabel 4.2 Rencana Keperawatan

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Edema Serebral (D0066)	Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) Setelah diberikan asuhan keperawatan maka diharapkan Kapasitas Adaptif Intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : 1) Tingkat kesadaran meningkat 2) Gelisah menurun 3) Tekanan darah membaik 4) Tekanan Nadi membaik 5) Pola nafas membaik 6) Respon pupil membaik 7) Sakit kepala menurun 8) Tekanan intrakranial membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.09325) Observasi : - Monitor tingkat kesadaran - Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (sakit kepala, gelisah, demam) - Monitor nilai rata rata tekanan darah - Monitor MAP (<i>Mean Arterial Pressure</i>) - Monitor status pernafasan - Monitor intake dan output cairan - Monitor Tanda Tanda Vital - Monitor area sekitar Endotracheal tube apakah ada infeksi Monitor kepatenan Endotracheal tube Teraupetik - Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang - Berikan posisi head up 30° - Atur ventilator agar PaCo2 optimal - Memastikan parameter ventilator sesuai dengan kebutuhan pasien seperti volume tidal, frekuensi pernafasan dan inspirasi oksigen. - Respon cepat terhadap alarm ventilator seperti alarm tekanan tinggi atau rendah - Pertahankan agar suhu tubuh normal

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia	Standar Luaran Keperawatan Indonesia	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia
		Kolaborasi - Kolaborasi pemberian obat Intravena Nicardipin 50ml/jam - Kolaborasi pemberian Infus D5 ½ NS/8 jam - Kolaborasi pemberian obat Intravena Metamizole IV 3x2ml/8 jam - Kolaborasi pemberian obat intravena Ranitidine 3x50mg/8jam - Kolaborasi pemberian obat intravena Ceftriaxone 1x2gr/24jam - Kolaborasi pemberian obat intravena Kalnex 3x500mg/8 jam - Kolaborasi pemberian obat intravena Gabaxa 1x200mg/24 jam Manajemen Jalan Nafas (I.01011) Observasi - Monitor pola nafas (frekuensi,kedalaman,usaha nafas) - Monitor bunyi nafas tambahan (gurgling,mengi,wheezing, ronchi kering) - Monitor sputum - Monitor saturasi oksign Terapeutik - Pertahankan kepatenan jalan nafas - Lakukan penghisapan lendir atau suction kurang dari 15 detik setiap ada sputum. - Lakukan hiperoksigenasi sebelum penghisapan endotrakeal Kolaborasi - Kolaborasi pemberian oksigen setelah ventilator di lepas.

4. Implementasi

a. Hari Pertama : Selasa, 18 Februari 2025

Pada pukul 15 : 00 WIB memeriksa kesadaran/GCS pasien, monitor adanya tekanan intrakranial, monitor apakah pasien gelisah, memeriksa kekuatan nadi perifer, CRT, warna kulit, akral, konjungtiva, memeriksa kedalaman, upaya nafas serta bunyi nafas tambahan, melakukan suction dan pemberian obat Nicardipin 50ml/jam dalam syringe pump.

Pada pukul 17 : 00 WIB memeriksa TD,HR,RR,SPO2 pada monitor, memeriksa MAP (*Mean Arterial Pressure*), mengatur posisi pasien head up 30°, memberikan obat injeksi IV Metamizole 2ml/8 jam ,memberikan obat injeksi IV Tranexamic Acid 500mg/8jam.

Pada pukul 20 : 00 WIB memeriksa TD,HR,RR,SPO2 pada monitor, memeriksa kembali kesadaran pasien, memeriksa kekuatan nadi perifer, CRT,warna kulit,akral, dan konjungtiva, memeriksa kedalaman,upaya nafas serta bunyi nafas tambahan, memeriksa kepatenan NGT dan ETT.

b. Hari Kedua : Rabu, 19 Februari 2025

Pada pukul 07 : 30 WIB memeriksa kesadaran/GCS pasien, monitor adanya tekanan intrakranial, monitor apakah pasien gelisah memeriksa kekuatan nadi, CRT, warna kulit, konjungtiva, dan akral, memeriksa kedalaman, upaya nafas serta bunyi nafas tambahan, memeriksa TD,HR,RR,SPO2 pada monitor, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), mengatur posisi pasien head up 30°, melakukan oral hygiene, melakukan suction, memberikan minyak telon dan bedak pada saat memandikan pasien, memeriksa balutan pada area post operasi, periksa kepatenan ETT.

Pada pukul 09 : 00 WIB memeriksa TD,HR,RR,SPO2 pada monitor, memeriksa suhu pasien, memberikan injeksi IV Metamizole, memberikan injeksi IV Ranitidine 50mg/8 jam, memberikan injeksi IV Ceftriaxone 2gr/12jam, memberikan injeksi IV Tranexamic Acid 500mg/8jam, memberikan injeksi IV Gabaxa 200mg/24 jam.

Pada pukul 12 : 00 WIB memeriksa TD,HR,RR,SPO2 pada monitor, memeriksa kembali kesadaran pasien, memeriksa kekuatan nadi perifer, CRT,warna kulit,akral, dan konjungtiva, memeriksa kedalaman,upaya nafas serta bunyi nafas tambahan, memeriksa suhu pasien.

Pada Pukul 14 : 00 WIB memeriksa TD,HR,RR,SPO2 pada monitor, memonitor MAP, mengobservasi dilakukan ekstubasi.

c. Hari Ketiga : Kamis, 20 Februari 2025

Pada pukul 14 : 00 WIB memeriksa kesadaran/GCS pasien, monitor apakah pasien gelisah, memeriksa kekuatan nadi perifer,CRT,warna kulit,akral,konjungtiva, memeriksa kedalaman,upaya nafas serta bunyi nafas tambahan, memonitor TD,HR,RR,SPO2, memeriksa suhu pasien, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), monitor peningkatan saturasi oksigen dengan NRM 15lpm

Pada pukul 17 : 00 WIB memonitor TD,HR,RR dan SPO2, pemberian Injeksi IV Tranexamic Acid, pemberian injeksi IV Gabaxa, pemberian injeksi IV ceftriaxone 2gr/12jam

Pada pukul 20:00 memonitor TD,HR,RR dan SPO2, memantau monitor, memeriksa suhu pasien monitor output drain, monitor pola nafas, mengatur posisi pasien head up 30°, monitor oksigen.

d. Hari Keempat : Jumat, 21 Februari 2025

Pada pukul 08:00 WIB memonitor tekanan darah, heart rate, respiration rate, suhu, dan SPO2, memonitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), mengatur posisi pasien head up 30°, mengganti balutan luka, memonitor output drain, pemberian Injeksi IV Tranexamic Acid 500mg/8jam, pemberian injeksi IV Ceftriaxone 2gr/12jam.

Pada pukul 14 : 00 WIB memonitor TTV, monitor MAP, mengganti oksigen dari NRM menjadi Nasal Kanul. Pasien direncanakan pindah ke ruangan RBD D.

5. Evaluasi

a. Hari Pertama : Selasa, 18 Februari 2025

Evaluasi hari pertama didapatkan pasien post operasi *craniotomy* dengan tingkat kesadaran pasien GCS E2V3M4 keadaan umum pasien tampak sakit berat, CRT <2 detik, pupil isokor, respon pupil (+/+), pasien terpasang ventilator V.simv dan terpasang ETT No.7 dengan kedalaman 20cm dengan TV set/aktual: 500/378, RR set/aktual : 14/16, ins-pres/psv : 20, PEEP:I=E ratio = 5/1:1,4, TD : 180/100 mmHg, N : 102x/m, RR : 14x/m, S : 36,5°C SPO2 : 100%, MAP :133, pasien tidak tampak gelisah, konjungtiva anemis, terdapat sputum, terdapat otot bantu pernafasan karena terpasang ventilator, output drain 100cc terpasang Nicardipin 50mg dalam syringe pump untuk menurunkan tekanan darah. Pasien telah dilakukan suction dan pemberian posisi head up 30°.

Pada hari pertama perfusi serebral belum teratasi, untuk planning pada hari kedua : Monitor TD,HR,RR,SPO2 setiap jam, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), auskultasi bunyi nafas, periksa kekuatan nadi perifer,CRT,warna kulit,akral,konjungtiva dan respon pupil, periksa kesadaran/GCS pasien, periksa suhu tubuh pasien, lakukan suction, periksa kepatenan ETT dan daerah sekitar ETT, monitor ventilator setiap jam, atur posisi pasien head up 30°, monitor EVD dan drain, kolaborasi terapi pemberian obat.

b. Hari Kedua : Rabu, 19 Februari 2025

Setelah dilakukan tindakan manajemen jalan nafas berupa suction dan pemberian posisi head up 30° didapatkan hasil dengan tingkat kesadaran pasien meningkat dan TTV membaik dengan GCS E3M5V4, CRT <2 detik, pupil isokor, respon pupil (+/+), masih terpasang ventilator v.sim dan terpasang ETT No.7 dengan kedalaman 20cm dengan TV set/aktual: 500/449, RR set/aktual : 14/15, ins-pres/psv : 20, PEEP:I=E ratio = 5/1:1,3, TD : 150/90 mmHg, N : 100x/m, RR : 20x/m, S : 36,6°C, SPO2 : 100%, MAP :127, pasien tampak tidak gelisah, konjungtiva anemis, terdapat sputum, terdapat otot bantu pernafasan karena terpasang

ventilator, output drain 50cc dan EVD 100cc.pasien direncanakan akan dilakukan ekstubasi pada hari ini.

Pada hari kedua perfusi serebral teratasi sebagian yang ditandai dengan kesadaran yang meningkat dan TTV yang membaik, untuk planning pada hari ketiga : Monitor TD,HR,RR,SPO2 setiap jam, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), auskultasi bunyi nafas, periksa kekuatan nadi perifer,CRT,warna kulit,akral,konjungtiva dan respon pupil, periksa kesadaran/GCS pasien, periksa suhu tubuh pasien, atur posisi pasien head up 30°, pemberian oksigenasi, monitor EVD dan drain, kolaborasi terapi pemberian obat.

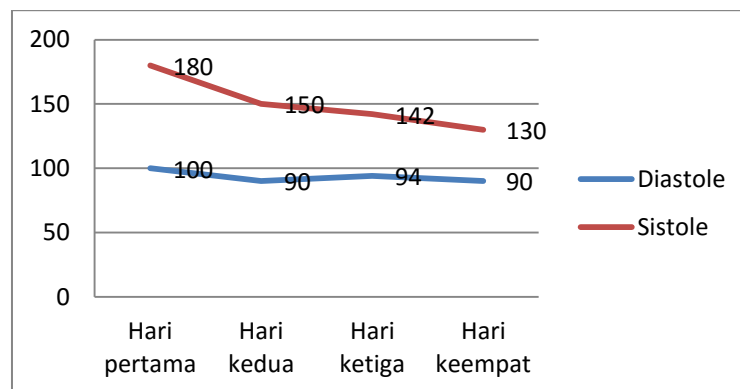
c. Hari Ketiga : Kamis, 20 Februari 2025

Evaluasi hari ketiga keadaan pasien membaik dengan tingkat kesadaran GCS E3M5V4 dan telah dilakukan ekstubasi dan pasien terpasang NRM 15lpm, sebelum diberikan oksigen pasien tampak gelisah dengan Tanda – tanda vital : TD : 142/94 MmHg, N: 80x/menit , RR: 21x/menit, S : 36,7 °C, SPO2 : 99%, MAP : 108, CRT <2 detik,pupil isokor, respon pupil (+/+), pasien masih terpasang monitor, pasien diberikan posisi head up 30°. Planning pada hari keempat : Monitor TD,HR,RR,SPO2 setiap jam, monitor MAP (*Mean Arterial Pressure*), auskultasi bunyi nafas, periksa kekuatan nadi perifer,CRT,warna kulit,akral,konjungtiva dan respon pupil, periksa kesadaran/GCS pasien, periksa suhu tubuh pasien, atur posisi pasien head up 30°, pemberian oksigenasi, monitor perubahan saturasi oksigen, monitor EVD dan drain, kolaborasi terapi pemberian obat.

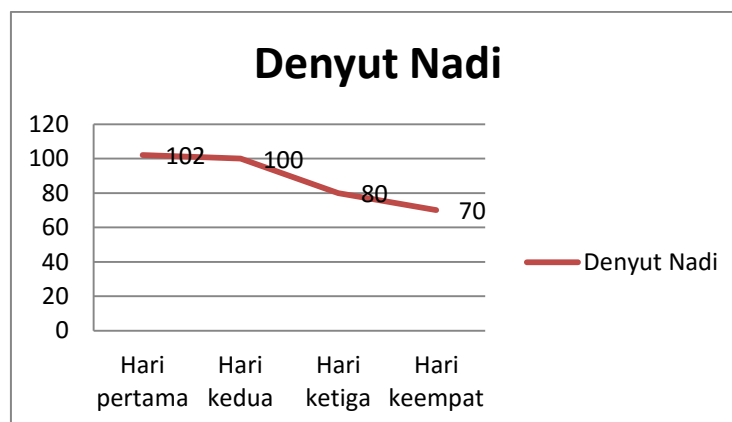
d. Hari keempat : Jumat, 21 Februari 2025

Evaluasi hari keempat keadaan pasien membaik dengan kesadaran Compos Mentis GCS E4M6V5 dengan Tanda – tanda vital : TD : 130/90 MmHg, N: 70x/menit , RR: 20x/menit, S : 36,0 °C, SPO2 : 99%, MAP : 100, pasien masih terpasang monitor dan terpasang O2 Nasal kanul 5lpm, CRT <2 detik,pupil isokor, respon pupil (+/+), pasien tidak tampak gelisah, pasien masih terpasang monitor, pasien diberikan posisi head up 30°. Pasien direncanakan pindah ruangan RBD D.

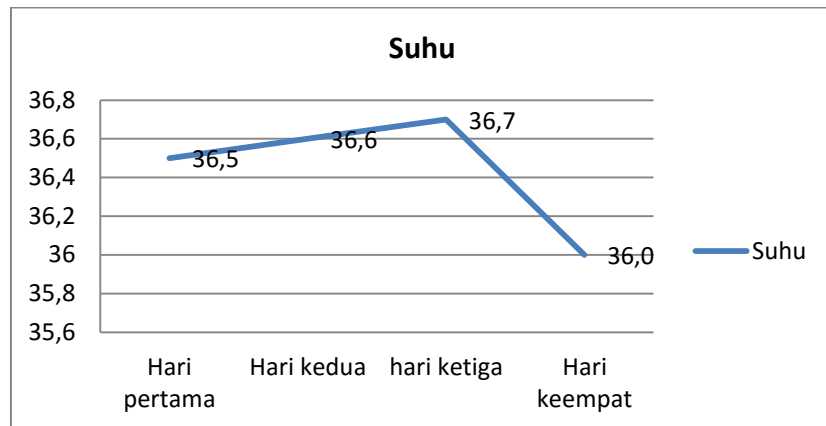
Berdasarkan evaluasi pada hari pertama sampai hari keempat setelah dilakukan manajemen jalan nafas didapatkan peningkatan perfusi serebral pada pasien yaitu pada tingkat kesadaran dengan GCS pasien awalnya E2V3M4 pada hari pertama kemudian meningkat pada hari keempat dan dengan GCS E4M6V5 begitu pula dengan TTV pasien yang awalnya TD pasien pada hari pertama 180/100 mmHg menurun pada hari keempat menjadi 130/90mmHg, Saturasi oksigen tetap stabil pada hari pertama dan keempat yaitu 99%, Nadi pasien pada hari pertama 102x/m menurun pada hari keempat menjadi 70x/m kemudian untuk MAP yang awalnya 133 kemudian turun menjadi 100, gelisah pasien menurun setelah diberikan O2. Sehingga dengan perubahan yang signifikan itu pada hari keempat dijadwalkan untuk pindah ruangan RBD D untuk dilakukan perawatan dan pemantauan selanjutnya.



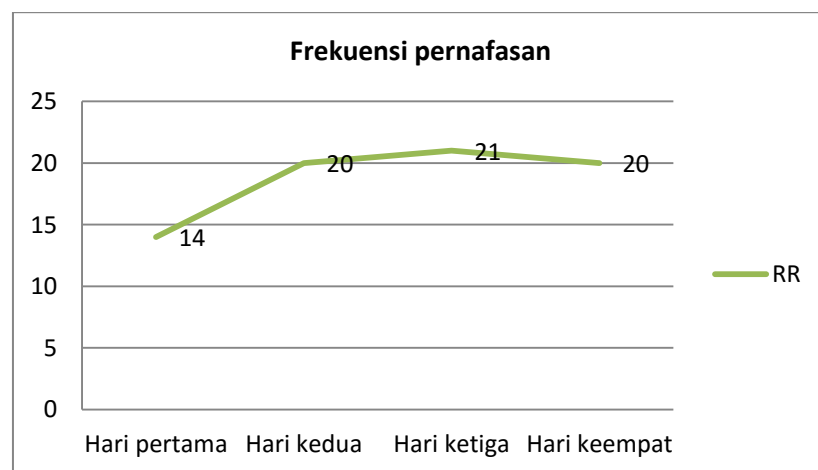
Gambar 4.1 Grafik Tekanan Darah



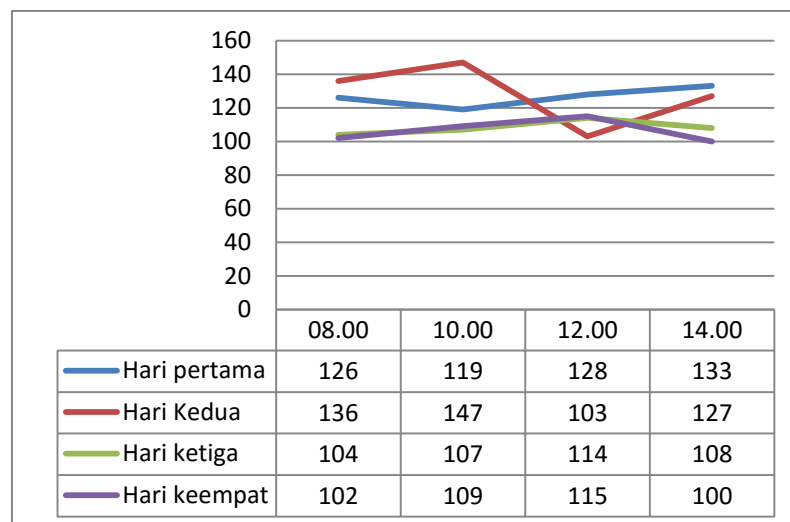
Gambar 4.2 Grafik Denyut Nadi



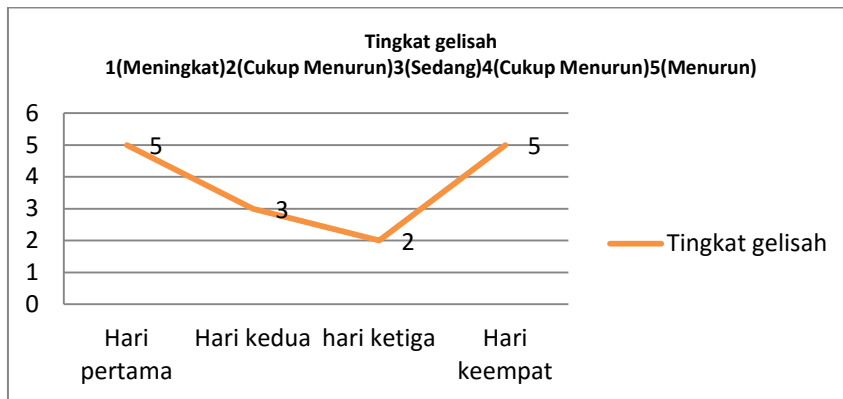
Gambar 4.3 Grafik Suhu



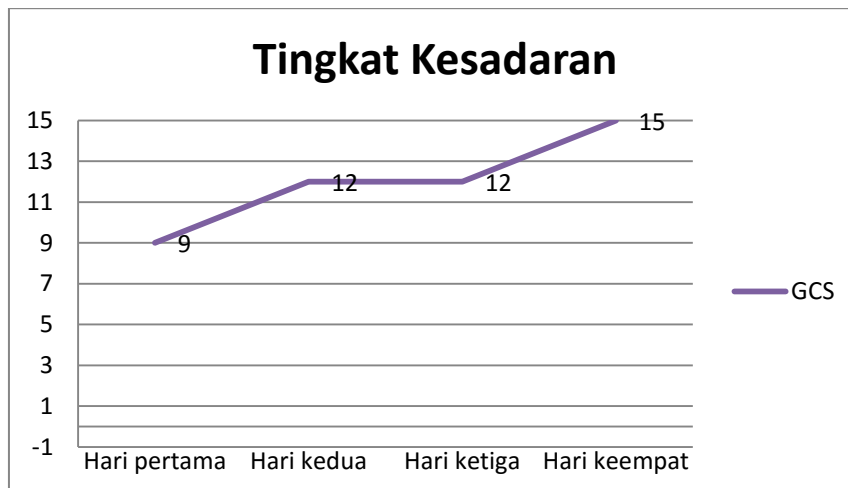
Gambar 4.4 Grafik Pernafasan



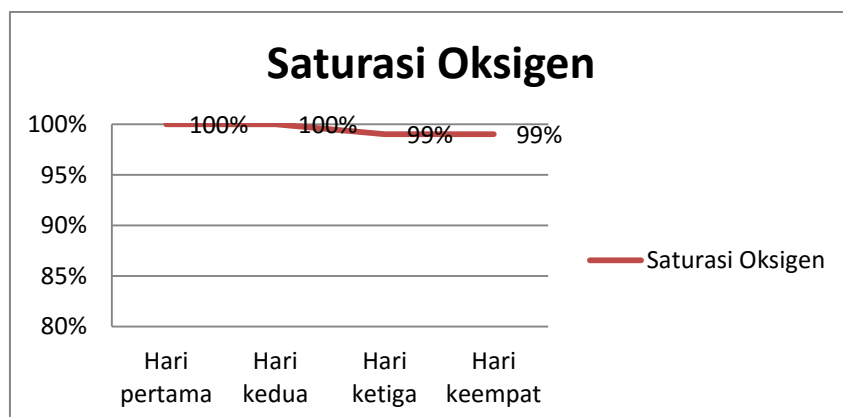
Gambar 4.5 Grafik MAP (*Mean Arterial Pressure*)



Gambar 4.6 Grafik Tingkat gelisah



Gambar 4.7 Grafik Tingkat Kesadaran



Gambar 4.8 Grafik Saturasi Oksigen

DOKUMENTASI

