

BAB III

LAPORAN KASUS DAN HASIL

A. Pengkajian

Tabel 3. 1 Anamnesis Biodata dan Riwayat Kesehatan Pasien dengan Stroke infark

Identitas Pasien	Pasien I	Pasien II
Nama	Tn. E	Ny, S
Jenis Kelamin	Laki-laki	Perempuan
Tanggal lahir	17-08-1962 (62 tahun)	15-08-1954 (70 tahun)
Status Perkawinan	Menikah	Menikah
Pekerjaan	Wiraswasta	Tidak Bekerja
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SD
Alamat	Bandung	sukamukti Sumedang
Diagnosa Medis	DM,CHF, stroke	CAD ,DM Stroke
Nomor Register	857909	818925
MRS	3 -3 -2024	11-3-2024
Tgl Pengkajian	7-3-2024	11-3- 2024

Keluhan Utama	Penurunan Kesadaran	Penurunan Kesadaran
Kronologis Pasien Masuk RS	Keluarga pasien mengatakan SMRS pasien tidak sadar dari sore pukul 18.15 di sertai sesak nafas, muntah 2 kali,lalu oleh keluarga pasien di bawa ke IGD RS Muhammdiyah , tiba di IGD pkl 01.20 (keluarga membawa pasien ke rumah sakit setelah 7 jam tidak sadarkan diri)	Keluarga pasien mengatakan SMSR pasien mengalami penurunan kesadaran , menurut keluarga sebelumnya pasien tampak sesak nafas/nafas terengah engah kejadian terjadi pukul 09.00 pasien dibawa ke IGD RS Muhammdiyah tiba pukul 14.02 (keluarga membawa pasien ke rumah sakit setelah 5 jam tidak adarkan diri di rumah)
Kronologis penanganan saat di IGD	Pada saat pasien tiba di IGD pukul 01.20 dengan Kesadaran soporacoma GCS : 4 E 1 V 1 M 2, TTV TD 256/131, HR 86, RR 36x/mnt, S 36,1, SPO2 86%, pada saat di IGD pasien diberikan tindakan pemeriksaan GDS 42 mg/dl rontgen thorax, CT scan, dilakukan pemeriksaan darah rutin, kimia, elektrolit , AGD, pemasangan infus IV dwx 10% 20 Tpm, pasien diberikan terapi NRFl kanul 10 lpm.· Pasien dilakukan pemasangan kateter dan selang	Pada saat di IGD RS Muhammdiyah Kota Bandung pukul 14.02 kesadaran pasien Apatis dengan GCS : 10 E 3 M 4 V 3, TTV TD 180/107, HR 116, RR 28x/mnt, S 36,3, SPO2 91%, dilakukan pemasangan infus Nacl 20 gtt/menit, pemasangan selang NGT, Kateter dan dilakukan tindakan pemeriksaan rontgen thorax, CT scan, dilakukan pemeriksaan darah rutin, kimia, elektrolit, GDS; 183mg/dl, pasien diberikan terapi O2 10 lpm NRFM . Posisi

	NGT. Injeksi Dex 40% 3 fles, furosemide 2 Head UP 30°. ampul iv. Nicardiine drips 0,5 mcg/BB/jam, di lakukan intubasi diIGD, di lakukan cek GDS tiap 1 jam Di UGD di lakukan pemeriksaan Lab 3/3/2024 GDS serial jam. 18.30 gds 67 jam 19.00 gds 79 jam 19.30 gds 90 jam 20.00 gds 102 jam 20.30 gds 120	
Riwayat perawatan DI ICU	Pasien datang ke ruangan ICU pada tanggal 4 - 3-2024 pada pukul 04.00 dengan diagnosa penurunan kesadaran , stroke ,CHF dan DM dengan kondisi kesadaran coma GCS 4 E 1 V 1 M 2, TD : 215/111 N : 97x/mnt RR : 20 x/mnt S : 36 C. Pasien sudah terpasang kateter urine dan selang NGT. Pasien sudah di lakukan Intubasi	Pasien datang ke ruangan ICU pada tanggal 11 Maret 2024 pada pukul 17.00 dengan diagnosa penurunan kesadaran – stroke DM, CAD dengan kondisi Apatis dengan GCS : 10 E 3 M 4 V 3 TD : 150/96 N : 114 x/mnt RR : 22 x/mnt S : 36,8 C, Oksigen 10 liter NRFM Pasien sudah terpasang kateter urine dan selang

	ETT no 7 batas 20 cm bibir , respirasi di bantu ventilator SIMV PS , TV 500 PS +10 fi O2 75 % Peep +6 I;E ratio 1;2 trigger 0,5 Pada pukul 08.40 pasien telah diberikan terapi farmakologis berupa Citicolin 500 mg IV, nicardipin drip, Pantoprazole 40 mg IV, Amlodipine 10 mg PO, Candesrtan mg PO. INH, rifampisin, etambutol , pirazinamid, infus dex 10 %. Dilakukan cek gds tiap jam dilakukan nebu tiap 8 jam	NGT Pada pukul 15.30 pasien telah diberikan terapi farmakologis berupa Citicolin 500 mg IV, , Pantoprazole 140 mg IV, Amlodipine 10 mg, Catopril 50 mg PO.
Ketika pengkajian	Saat dikaji pada tanggal 7 Maret 2024 pukul 16.00 WIB. Dengan kesadaran pasien somnolen GCS 9 E 3 M 5 V 1. Tensi 148/85 mmHg, N: 98 x/mnt, R: 24 x/mnt, S: 36 °C, SpO2: 99%. Terpasang O2 CPAP PS 8 peep +5 trigger 0,5 dan fiO2 35 %. Pengkajian nyeri dengan <i>critical care pain obsevation tool</i> (CPOT)	Saat dikaji pada tanggal 12 Maret 2024 pukul 18.00 WIB. Dengan kesadaran pasien Apatis GCS 12 E3 M4 V3 Tanda-tanda vital 150/96 mmHg, N: 114 x/mnt, R: 22 x/mnt, S: 36, °C, SpO2: 97%. Terpasang O2 NRM 10 lpm. Pengkajian nyeri dengan <i>critical care pain observation tool</i> (CPOT)

	No.	KATEGORI		NILAI	SKOR	No.	KATEGORI		NILAI	SKOR
	1.	EKSPRESI WAJAH				1.	EKSPRESI WAJAH			
			Netral, relaks	Tak tampak kontraksi otot wajah	0	0		Netral, relaks	Tak tampak kontraksi otot wajah	0
		Tegang	Dahi mengerut, alis mata menurun, orbital dan levator mengencang atau perubahan lain seperti membuka mata atau menangis selama prosedur dilakukan	1			Tegang	Dahi mengerut, alis mata menurun, orbital dan levator mengencang atau perubahan lain seperti membuka mata atau menangis selama prosedur dilakukan	1	
		Meringis	Semua gerakan di atas ditambah kelopak mata menutup rapat	2			Meringis	Semua gerakan di atas ditambah kelopak mata menutup rapat	2	
	2.		GERAKAN TUBUH			2.		GERAKAN TUBUH		
		Posisi normal	Tidak bergerak sama sekali	0	1		Posisi normal	Tidak bergerak sama sekali	0	1
		Perlindungan	Gerakan lambat berusaha menyentuh daerah nyeri	1			Perlindungan	Gerakan lambat berusaha menyentuh daerah nyeri	1	
		Gelisah / agitasi	Berusaha menarik tabung atau mencabut selang, berusaha duduk, menggerakkan kaki dan meronta, tidak mengikuti perintah, menyerang	2			Gelisah / agitasi	Berusaha menarik tabung atau mencabut selang, berusaha duduk, menggerakkan kaki dan meronta, tidak mengikuti perintah, menyerang perawat,	2	

		perawat, berusaha keluar dari tempat tidur						berusaha keluar dari tempat tidur			
3.	MENGIKUTI VENTILATOR (TERINTUBASI)					3.	MENGIKUTI VENTILATOR (TERINTUBASI)				
	Ventilator toleransi terhadap pergerakan	Alarm tidak berbunyi, ventilasi lancar	0	0		Ventilator toleransi terhadap pergerakan	Alarm tidak berbunyi, ventilasi lancar	0	0		
	Batuk tapi masih toleransi	Batuk, alarm bunyi tetapi berhenti sendiri	1			Batuk tapi masih toleransi	Batuk, alarm bunyi tetapi berhenti sendiri	1			
	Melawan ventilator	Asinkron, ventilator terhambat, alarm sering bunyi	2			Melawan ventilator	Asinkron, ventilator terhambat, alarm sering bunyi	2			
4.	KETEGANGAN OTOT (dengan cara mengevaluasi pada saat melakukan fleksi dan ekstensi pasif ekstremitas atas saat pasien istirahat atau pindah posisi)				1	4.	KETEGANGAN OTOT (dengan cara mengevaluasi pada saat melakukan fleksi dan ekstensi pasif ekstremitas atas saat pasien istirahat atau pindah posisi)				1
	Relaks	Tidak melawan saat dipindah-posisikan	0			Relaks	Tidak melawan saat dipindah-posisikan	0			
	Tegang, kaku	Melawan saat dipindah-posisikan	1			Tegang, kaku	Melawan saat dipindah- posisikan	1			
	Sangat tegang, kaku	Melawan dengan sangat kuat saat dipindah- posisikan	2			Sangat tegang, kaku	Melawan dengan sangat kuat saat dipindah- posisikan	2			
TOTAL					2						

		TOTAL	2
Keterangan :		Keterangan :	
Skor 0 = tidak nyeri		Skor 0 = tidak nyeri	
Skor 1-2 = nyeri ringan		Skor 1-2 = nyeri ringan	
Skor 3-4 = nyeri sedang		Skor 3-4 = nyeri sedang	
Skor 5-6 = nyeri berat		Skor 5-6 = nyeri berat	
Skor 7-8 = nyeri sangat berat		Skor 7-8 = nyeri sangat berat	
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga pasien mengatakan pasien memiliki riwayat Hipertensi,DM, riwayat stroke, TB abdomen, sedang pengobatan 3 minggu, pasien rutin minum obat TB tapi tidak rutin minum obat darah tinggi	Pasien memiliki riwayat hipertensi dan DM namun tidak rutin untuk meminum obat. Pasien pernah terkena stroke thn 2023. Pasien memiliki riwayat sesak nafas namun sudah jarang kambuh.	
Riwayat Penyakit Keluarga	Keluarga mengatakan di keluarga memiliki riwayat Hipertensi dan DM yaitu orang tua pasien, pernah stroke di rawat tatun 2022	Dikeluarga pasien memiliki riwayat hipertensi dan Asma	
Perilaku Yang	Pasien mengatakan sudah lama berhenti	Keluarga mengatakan Pasien senang merokok	

Mempengaruhi Kesehatan	merokok sekitar 1 tahun, namun kadang sering sekitar 3x sehari. Pasien juga suka makan makanan yang asin dan manis dan tidak rutin gorengan. Pasien jarang berolahraga. minum obat
------------------------	--

Tabel 3. 2 Hasil Observasi dan Pemeriksaan Fisik pada pasien dengan Stroke infark

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien I	Pasien II
1. Keadaan Umum	Lemah	Lemah
2. Kesadaran	somnolen GCS : 9 E 3 M 5 V 1	Apatis GCS 10, E3 V4 V3
3. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital	TD : 142/63 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang CPAP PS 8 peep 5 fiO2 35 trigger 0.5) RR : 22 x/mnt	TD : 150/ 96 mmHg N : 114 x/ menit RR : 22 x/ menit S : 36.8 C SpO2 : 97 % (Terpasang NRM 10 lpm)
4. Pemeriksaan Fisik	Sistem Pernapasan	Sistem Pernapasan

Pasien tampak sesak dengan frekuensi 22 x / menit, hidung pasien bersih, tidak terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat penggunaan otot bantu napas tambahan, bentuk dada simetris, irama napas ireguler, terdengar suara ronchi. Masih terpasang ETT no 7 batas 20cm bibir hari ke 4 respirasi mode CPAP PS 8 peep 5 fiO2 35 trigger 0.5)	Hidung pasien bersih, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, tidak ada penggunaan otot bantu napas tambahan, bentuk dada simetris, irama napas reguler, pengembangan dada seimbang. Terdengar bunyi vesikuler di sekitar area paru, saat di auskultasi tidak terdengar wheezing (-/-).RR : 22 x/ menit.Saat ini pasien terpasang oksigen NRM 10 lpm
--	--

Sistem Kardiovaskular

Konjungtiva terlihat merah muda, tidak anemis. Tidak terdapat peningkatan JVP, tidak terlihat kebiruan pada bagian dada/jantung, tidak terdapat kardiomegali, saat di perkusi pada daerah lapang jantung terdengar suara dullness ICS 2 S.D 5 , saat dipalpasi tidak terdapa, bunyi jantung S1 dan S2 terdengar lub dub. Akral pasien hangat. Nadi perifer teraba lemah. CRT < 2 detik.

Sistem Kardiovaskular

Konjungtiva terlihat merah muda, tidak anemis. Tidak terdapat peningkatan JVP. Bunyi jantung S1 dan S2 terdengar lub dub. Hasil Thoraks foto terdapat kardiomegali (LV) tanpa bendungan paru dan terdapat artherosklerosis aorta. Akral pasien hangat. CRT < 2 detik.

Sistem Pencernaan

Rute nutrisi pasien menggunakan selang NGT
Warna bibir merah muda, lidah klien bersih, tidak ada luka pada daerah bibir, bentuk bibir simetris, gigi klien tidak lengkap, Abdomen datar lembut, suara perkusi area lambung tympani, tidak terdapat pembengkakan dan nyeri tekan pada hepar dan lien, tidak terdapat asites, abdomen teraba kembung dan mual, bising usus 10 kali/menit. Belum BAB 5 hari

TB : 175 cm

BB : 70 Kg

IMT : 22.9

jumlah kalori : 2000 kal (Harris Benedict)

diet cair : 6x200 cc (diet DM) via ngt

Sistem Pencernaan

Rute nutrisi pasien menggunakan selang NGT, warna bibir merah muda, lidah klien bersih, bibir terlihat kering, bentuk bibir simetris, gigi klien tidak lengkap, terdapat caries. Abdomen datar lembut, suara perkusi area lambung tympani, tidak terdapat asites, keluarga mengatakan BAB 3 hari, BAB tidak teratur dan keras , tidak muntah, bising usus 8 x/ menit.

TB :160 cm

BB : 57 Kg

IMT : 22,3

jumlah kalori : 1600 Kal (Harris Benedict)

diet cair 6 x 200 cc via NGT

Sistem Endokrin Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan getah bening. GDS 120 mg/dl urine per 6 jam 300 cc	Sistem Endokrin Tidak ada pembesaran kelenjar thyroid dan getah bening. GDS
Sistem Perkemihan Kandung kemih tidak distensi, tidak ada pembesaran ginjal, tidak ada rasa nyeri, tidak terjadi inkontensia urine, terpasang DC kateter.	Sistem Perkemihan Kandung kemih tidak distensi, tidak ada pembesaran ginjal, tidak ada rasa nyeri, tidak terjadi inkontensia urine.
Sistem Persarafan Kesadaran pasien Somnolen dengan nilai GCS 9, E 3 M 5 V 1, tidak terdapat kejang - Nervus Kranialis : - Nervus I : tidak terkaji - Nervus II : tidak terkaji - Nervus III : tidak terkaji - Nervus IV : tidak terkaji - Nervus V : tidak terkaji - Nervus VI : tidak terkaji - Nervus VII : tidak terkaji	Sistem Persarafan Kesadaran pasien apatis dengan nilai GCS 10, E 3 M 4 V 3, tidak terdapat kejang - Nervus Kranialis : - Nervus I : tidak terkaji - Nervus II : tidak terkaji - Nervus III : tidak terkaji - Nervus IV : tidak terkaji - Nervus V : tidak terkaji

Nervus VIII : tidak terkaji
 Nervus IX : ada reflek menelan ada
 Nervus X : tidak dapat di kaji
 Nervus XI : tidak dapat dikaji
 Nervus XII : tidak terkaji
 - Reflek Fisiologis :
 Biseps : lengan kanan fleksi pada sendi siku,
 lengan kiri tidak fleksi
 Triseps : lengan kanan ekstensi pada sendi
 siku, lengan kiri tidak ekstensi
 Patella : plantar fleksi di kedua kaki
 - Refleks Patologis :
 Babinski : positif (terdapat Gerakan
 dorsofleksi ibu jari dan pengembangan jari
 kaki lainnya)
 Brudzinski : positif (gerakan fleksi kepala
 disusul dengan gerakan fleksi di sendi lutut
 dan panggul kedua tungkai secara
 reflektorik)

Nervus VI : tidak terkaji
 Nervus VII : tidak terkaji
 Nervus VIII : tidak terkaji
 Nervus IX : ada reflek menelan ada
 Nervus X : uvula bergerak bebas,
 posisi di tengah
 Nervus XI : tidak dapat dikaji
 Nervus XII : tidak terkaji
 - Reflek Fisiologis :
 Biseps : lengan kanan fleksi pada sendi
 siku, lengan kiri tidak fleksi
 Triseps : lengan kanan ekstensi pada
 sendi
 siku, lengan kiri tidak ekstensi
 Patella : plantar fleksi di kedua kaki
 - Refleks Patologis :
 Babinski : positif (terdapat Gerakan
 dorsofleksi ibu jari dan pengembangan
 jari kaki lainnya)
 Brudzinski : positif (gerakan fleksi
 kepala disusul dengan gerakan fleksi di
 sendi lutut dan panggul kedua tungkai
 secara
 reflektorik)

Sistem Muskuloskeletal

Keadaan pasien lemah, Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah pada otot kanan dan kiri: 5/2. akral hangat, tidak ada edema,	Sistem Muskuloskeletal Keadaan pasien lemah, Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah pada otot kanan dan kiri: 5/2. akral hangat, tidak ada edema,
Sistem Integumen Warna kulit sawo matang, kebersihan kulit bersih, kulit kepala bersih, rambut rontok saat di sisir dan terlihat lepek, turgor kulit elastis tidak kering tidak ada lesi/ dekubitus. Terdapat kantung mata dan berwarna kehitaman. Terpasang infus Nacl 1500 cc/24 jam 20 gtt/ menit di tangan kiri	Sistem Integumen Warna kulit sawo matang, kulit terlihat bersih, kulit kepala bersih, rambut tidak rontok dan terlihat lepek, turgor kulit lembab tidak ada lesi/ dekubitus. Terpasang infus Nacl 1500 cc/24 jam 20 gtt/ menit di tangan kiri
Sistem Reproduksi Tidak ada gangguan pada area genital. Pasien terpasang kateter urine sejak tanggal 3 Maret 2024	Sistem Reproduksi Tidak ada gangguan pada area genital. Pasien terpasang kateter urine sejak tanggal 12 Maret 2024

Tabel 3. 3 Hasil Pengkajian Psiko Sosial dan Spiritual

Item Pengkajian	Pasien I	Pasien II
Konsep diri	Pasien sulit untuk dikaji	Pasien sulit untuk dikaji
Pengkajian Spiritual		
1. Pemaknaan sakit	Pasien sulit untuk dikaji	Pasien sulit untuk dikaji
2. Penerimaan sakit	Pasien sulit untuk dikaji	Pasien sulit untuk dikaji
3. Dukungan sosial	Keluarga, serta anak-anaknya.	Keluarga, suami serta anak-anaknya.
4. Ibadah	tidak beribadah selama sakit	tidak beribadah selama sakit

Tabel 3.4 Hasil pengkajian *Activity Daily Living* (ADL) saat di rawat

Kebiasaan	Pasien I	Pasien II
Nutrisi		
makanan		
jenis	diet cair via NGT	diet cair via NGT
frekuesni	6 kali/hari	6 kali/hari
porsi	200cc	200cc
keluhan	tidak dapat terkaji	tidak dapat terkaji
Minuman		

	jenis	Ait putih	Ait putih
	Frekuensi	6x50cc	6x50cc
	Jumlah (CC)	50cc	50cc
	keluhan		
Eliminasi			
BAK			
	Frekuensi	via kateter	via kateter
	Warna	kuning	kuning
	Jumlah	300cc/6 jam	400cc/6 jam
	Keluhan		
BAB			
	Frekuensi	Belum BAB 5 Hari	Belum BAB 3 hari
	Warna		
	Konsistensi		
	Keluhan		
.Istirahat dan Tidur			
	Waktu Tidur	tidak dapat di kaji	tidak dapat di kaji
	Malam, pukul		
	Siang, pukul		

Lamanya		
Kebiasaan Diri		
a. Mandi	1 kali per hari	1 kali per hari
b. Cara mandi	dibantu perawat	di bantu perawat
c. Perawatan rambut		
d. Perawatan gigi	1 kali per hari	1 kali per hari
e. Perawatan kuku		
f. Ketergantungan	total care	total care
Pengkajian Spiritual		
5. Pemaknaan sakit	Pasien sulit untuk dikaji	Pasien sulit untuk dikaji
6. Penerimaan sakit	Pasien sulit untuk dikaji	Pasien sulit untuk dikaji
7. Dukungan sosial	Keluarga, serta anak-anaknya.	Keluarga, suami serta anak-anaknya.
8. Ibadah	tidak beibadah selama sakit	tidak beribadah selama sakit

Tabel 3. 5 Pemeriksaan diagnostik

Pemeriksaan diagnostik	Pasien I	Pasien II
Laboratorium	Hasil pemerikaan Lab pada tanggal 3 Maret 2024	Hasil pemerikaan Lab pada tanggal 11 Maret 2024
	Hasil pemeriksanan AGD tgl 3/3/024 (di uGD)	Hasil pemeriksanan AGD tgl 11/3/024 di UGD
	a. suhu 37,7	PH 7,35
	b. saturasi O ₂ 100 (N 90-100)	PCO ₂ 60,3
	c. pH 7,44	PO ₂ 88,4
	d. pCO ₂ 28 (N35-48)	Suhu 36,4
	e. pO ₂ 375 (83-108)	FIO ₂ 98
	f. sO ₂ 99,5 (N 94-98)	HCO ₃ 32,2
	g. BE-5,9 (N -2,0-3,0)	BE 5,0
	h. HCO ₃ 21,5 (N 21-28)	suhu 36,8

Pemeriksaan darah

lab	3/3/24	4/3/24	5/3/24/	6/3/24
HB	11,5			
Ht	35			
Eritrosit	4.3			
leukosit	13.600			
trombosit	367.000			
natrium	105			
kalium	2.6			
Kalsium	1.19			
chlorida	82			
antigen	neg			
Ureum	42,1	43,7		
Kreatinin	2,74	3.02		
SGOT	58			
SGPT	17			
GDS	120	187	167	

Pemeriksaan darah

lab	11/3/24	12/3/24	13/4/24
HB	14.5		
Ht	36		
Eritrosit	4.5		
leukosit	31.200		
trombosit	302.000		
natrium	231		
kalium	4.1		
Kalsium	1.10		
chlorida	86		
antigen	neg		
Ureum	42,7		
Kreatinin	1.01		
SGOT			
SGPT			
GDS	185	190	194

Radiologi/ Photo Thoraks	Tanggal 3 Maret 2024 (di UGD) Pemeriksaan Foto Toraks dengan Kesan: bronchopneumonia kanan DD/TB paruaktif , perbaikan	Tanggal 11 Maret 2024 (Di UGD) Pemeriksaan Foto Toraks dengan Kesan: Kardiomegali. Bronckoneumonia, bilaterl dan effusi pleua minimal kanan. Atherosclerosis, Scoliosis vertebrae Thorakalis
CT Scan Kepala	Tanggal 3 Maret 2024 (DI UGD) Pemeriksaan CT Scan Kepala dengan Kesan: Infark cerebri di regio pariental kanan, sinusits kronis di sinus maksilaris kanan	tanggal 11 Maret 2024 (di UGD) Pemeriksaan Ct scan kepala dengan kesan ; infark cerebri di regio frontal kanan dan ganglia basalis kanan, sinusitis sinus maksilaris kanan, sinus etmoidalis kanan dan sinus sphenoidalis kanan
ECG	Tanggal 3 Maret 2024 (DI UGD) Sinus Aritmia	Tanggal 11 Maret 2024 (DI UGD) Sinus takikardia

Tabel 3. 6 Program terapi

Terapi	Pasien I	Pasien II
Obat yang diterima	a. Citicolin 2x500 mg iv (09.00-21.00) b. Resfar 1x1200 mg. iv (16.00) c. Dexametasone 3x 5 mg.iv (09-16-24) d. Pantoprazole 1x1 amp.iv (09.00) e. Meropenem 2x1 gr.iv (10.00-22.00) f. Levofloxacin 1x 750 mg.iv (15.00) g. Lasix 1x40 mg.iv (09.00) h. Pct 2x1 tb (09.00-21.00) i. Candesartan 2x16mg (09-21.00) j. INH 1X300 (05.00) k. Rifampisin 1x450 mg (05.00) l. Etambutol 1x750 (05.00) m.Pirazinamid 1x1000 (05.00) n. CPG 1X75 mg (.09.00) o. Insulin 0-0-16 unit (16.00) p. Nebu combivent 3x/hari q. 2A 1500/24 jam	a. Candesartan 1 x 16 mg (oral), (09.00) b. CPG 1 x 75 mg (oral), (09.00) c. Spirolactone 1 x 25 mg (oral) (.09.00) d. Resfar 1x1200 mg in 100 Nacl 0,9 % iv (15.00) e. Levofloxacin 1x 750 mg(IV), (15.00) f. Ondansenron 1 x 4 g (oral) (09.00) g. Citicolin 2x500 mg iv (09-21.00) h. Ceftriaxone 1 x 1 g (IV), (12.00) i. Nacl1500/24 jam j. Methiprednison 3x62,5 mg(9-16-24) k. Pct 3x 1 tb (9-16-24)

r. Amlodhipine 1 x 10 mg (oral) (20.00)

Tabel 3. 7 Analisa Data Pasien dengan Stroke Infark

NO	Hari/ Tanggal ditemukan	Pasien I	Hari/ Tanggal ditemukan	Pasien II
		Dx Keperawatan (SDKI)		Dx Keperawatan (SDKI)
1	Kamis 7/03/2024	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial DS : DO : - TD : 142/63 mmHg - N : 79x/menit - Pola nafas ireguler - Kesadran pasien somnolen - Tidak ada muntah proyektil - GCS 9 E 3 M 5 V 1 - Respon pupil isokor reaksi cahaya +/- melambat - Hasil CT Scan : Infark cerebri di regio pariental kanan	Senin, 12/03/2024	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial DS : DO : - TD : 150/ 96 mmHg - N : 114 x/ menit - RR : 22 x/ menit - S : 36.8 C - SpO2 : 97 % (Terpasang NRM 10 lpm) - Pola nafas ireguler - Kesadaran pasien Apatis - Tidak ada muntah proyektil - GCS 10 E 3 M 4 V 3 - Respon pupil isokor reaksi cahaya +/- melambat

- Hasil ct scan :
- infark cerebri di regio frontal kanan dan ganglia basalis kanan, sinusitis sinus maksilaris kanan, sinus etmoidalis kanan dan sinus sphenoidalis kanan

2	Kamis, 7/03/2024	Bersihkan jalan Nafas Tidak Efektif DS : DO : - Terjadi penurunan kesadaran - Batuk tidak efektif - Pasien tampak sesak - Menggunakan alat bantu nafas ETT dengan CPAP PS 8 peep 5 - Suara napas ronkhi - RR 22x/menit, irama napas tidak teratur, - Terlihat adanya penggunaan otot bantu nafas - Hasil foto Rontgen terdapat	Senin 12/03/2024	Bersihkan jalan Nafas Tidak Efektif DS : DO : - Terjadi penurunan kesadaran - Batuk tidak efektif - Pasien tampak sesak - RR 22x /menit - Menggunakan oksigen NRFM 10 lpm - Suara napas ronkhi - RR 22x/menit, irama napas tidak teratur, - Terlihat adanya penggunaan otot bantu nafas Hasil foto Rontgen terdapat
---	---------------------	--	---------------------	--

bronchopneumonia kanan DD/TB
paruaktif , perbaikan

Kardiomegali. Bronckoneumonia,
bilaterl dan effusi pleua minimal kanan.
Atherosclerosis, Scoliosis vertebrae
Thorakalis

3	kamis, 7/3/2024	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot DS;- DO : - Terjadi penurunan kesadaran - Batuk tidak efektif - Pasien tampak sesak - Menggunakan alat bantu nafas ETT dengan CPAP - Suara napas ronkhi - RR 22x/menit, irama napas tidak teratur, - Terlihat adanya penggunaan otot bantu nafas - Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah pada otot kanan dan kiri: 5/2.	senin, 12/3 2024	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot DS : DO - Kesadaran pasien Apatis - Keadaan pasien lemah, - Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah pada otot kanan dan kiri: 5/2.\ - akral hangat, - tidak ada edema, - pasien tirah baring, aktifitas di bantu perawat
---	-----------------	---	------------------------	--

- Pasien tirah baring, aktifitas di bantu perawat

4	Kamis, 7/03/2024	Konstipasi DS : DO : - Terjadi penurunan kesadaran - abdomen teraba kembung - bising usus 10 kali/menit. - Belum BAB 5 hari	Sein 12/03/2024	Konstipasi DS : Menurut keluarga BAB tidak teratur dan biasanya keras DO : - Terjadi penurunan kesadaran - abdomen teraba kembung - bising usus 8 kali/menit. - Belum BAB 3 hari
				-

B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 8 Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas pada Pasien dengan Stroke Infark

NO	Pasien I		Pasien II	
	Hari/ Tanggal ditemukan	Dx Keperawatan (SDKI)	Hari/ Tanggal ditemukan	Dx Keperawatan (SDKI)
1	Kamis 7/03/2024	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema cerebral	Senin 12/03/2024	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema cerebral
2	Kamis 7/03/2024	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d Depresi sistem saraf pusat d.d penurunan kesadaran	Senin 12/03/2024	Bersihkan jalan nafas tidak efektif b.d Depresi sistem saraf pusat d.d penurunan kkesadaran
3	kamis, 7/3/2024	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	Senin 12/03/2024	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot
4	Kamis 7/03/2024	Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal	Senin 12/03/2024	Konstipasi b.d penurunan motilitas gastrointestinal

C. Perencanaan Keperawatan

**Tabel 3. 8 Perencanaan Keperawatan Pasien dengan Stroke Infark
Pasien 1 dan 2**

No	Dx Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) / Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
1	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d edema cerebral	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Tingkat kesadaran pasien meningkat Composmentis - Tekanan intra kranial membaik - Pola nafas pasien membaik 18 x/menit - Tekanan darah sistolik dan diastol stabil 140/90	Manajemen peningkatan tekanan intracranial dan Pemantauan neurologis Observasi : - Monitor tanda/gejala TIK (Tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) - Monitor TTV - Monitor intake dan output cairan	- Pemantauan TIK digunakan untuk mencegah terjadinya fase kompensasi ke fase dekompensasi - Untuk mendeteksi adanya suatu kelainan, gangguan, perubahan fungsi organ tubuh dan masalah medis lainnya agar dapat membantu dokter menjadi suatu diagnosis - Agar mencegah terjadinya komplikasi dan tercapainya pemenuhan kebutuhan sel dan jaringan. Kesimbangan dapat dicapai jika input dan output cairan seimbang dan proses metabolisme

			dapat berfungsi dengan baik
		Terapeutik : - Pertahankan posisi semi fowler	- Posisi kepala lebih atas dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi/perfusi serebral (Yohana, 2018). - Antikonvulsan atau antikejang adalah obat untuk mencegah dan mengatasi kejang
		Kolaborasi Kolaborasi pemberian sedasi dan anti konvulsan, jika perlu	
2.	Bersihkan Jalan nafas tidak efektif	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan masalah bersihan jalan nafas pada pasien dapat teratasi dengan kriteria hasil : - Frekuensi napas membaik (16-20x/menit) - Kedalaman napas membaik - Tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan - Tidak ada sputum yang	Manajemen Jalan nafas, Pemantauan Respirasi Observasi - Monitor Frekuensi dan pola nafas - Monitor bunyi nafas tambahan (Ronhi)
			- frekuensi napas yang cepat diakibatkan karena tidak terpenuhinya pasokan oksigen ke paru-paru yang menyebabkan napas menjadi cepat, pendek dan dangkal. - Ronkhi merupakan suara napas tambahan yang bernada rendah

	berlebih - Tidak terdapat suara nafas tambahan	yang terjadi akibat adanya penyumbatan jalan napas yang disebabkan adanya lender. Ronkhi dapat terjadi saat inspirasi dan ekspirasi.
	- Monitor adanya sputum dan sumbatan jalan napas	- Kondisi dimana pasien mengalami penyumbatan di jalan napas. sumbatan jalan napas terbagi menjadi 2 ; pertama sumbatan jalan napas total terjadi pada seseorang yang mengalami tersedak oleh benda asing sedangkan sumbatan sebagian disebabkan oleh cairan seperti sisa muntah, darah atau sekret dalam rongga mulut, kondisi pangkal lidah yang jatuh ke belakang, sumbatan benda padat, odema laring, spasme laring dan odema faring
	Terapeutik - Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien dan dokumentasikan hasil pemantauan	- Pemantauan respirasi yaitu untuk mengetahui keadaan napas pasien apakah teratur atau tidak, dan secara tidak langsung dapat mengetahui keadaan paru-paru pasien apakah ruang udara di paru-paru berfungsi

			- Berikan terapi oksigen - Berikan suctioning	secara baik atau tidak untuk menerima udara dan menyaringnya - Terapi oksigen dapat membantu mengurangi sesak napas. Indikasi terapi oksigen adalah hipoksia, yang ditandai dengan $\text{PaO}_2 < 75 \text{ mmHg}$ dan $\text{SaO}_2 < 90\%$. - Suction adalah suatu tindakan untuk membersihkan jalan nafas dengan memakai kateter penghisap melalui nasotracheal tube (NTT), orotracheal tube (OTT), tracheostomy tube (TT) pada saluran pernafasan bagian atas (Kemenkes, 2023)
3	Gangguan Mobilitas Fisik b.d Penurunan Kekuatan Otot	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari maka mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil : - Pergerakan ekstremitas 5 - kekuatan otot 5	Dukungan Mobilisasi <i>Observasi</i> - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor keadaan umum selama melakukan	Dukungan Mobilisasi (I.05173) <i>Observasi</i> - Mengidentifikasi kekuatan/kelemahan dan dapat memberikan informasi mengenai pemulihan. - Mengidentifikasi adanya perubahan tekanan darah dan frekuensi jantung sebelum dan sesudah

mobilisasi <i>Terapeutik</i> - Berikan terapi latihan ROM pasif dilakukan selama 10 menit sehari 2 kali - Libatkan keluarga untuk membantu Klien dalam meningkatkan pergerakan <i>Edukasi</i> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi	dilakukan mobilisasi. - Mengetahui kecenderungan tingkat kesadaran dan potensial peningkatan tekanan darah. <i>Terapeutik</i> - Latihan ROM memberi manfaat untuk peningkatan mobilitas pada daerah pergelangan tangan (wrist joint) serta stabilitas pada daerah punggung tangan (metacarpophalangeal joint) dan jari-jari (phalangs). Ketidakmampuan fungsi tangan (prehension) diakibatkan oleh adanya instabilitas dari pergelangan tangan serta hiperekstensi dari sendi metacarpophalangeal (Choirunnisya et al., 2023). - Memudahkan dalam latihan
---	--

-
- oleh partisipasi keluarga.

Edukasi

- f. Memberikan pemahaman mengenai manfaat tindakanyang didahulukan.

4.	Konstipasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 2x24 jam di harapkan eliminasi fekal membaik dengan kriteria - distensi abdomen menurun - nyeri abdomen menurun, - konsistensi feses membaik, - frekuensi defekasi membaik, - peristaltik usus membaik	Manajemen Eliminasi Fekal Observasi - Identifikasi dan mengelola gangguan pola eliminasi fekal - Identifikasi masalah usus dan penggunaan obat pencahar - Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal - Monitor buang air besar - Monitor konstipasi	gangguan pola BAB dapat meningkatkan distensi abdomen dan menekan organ vital seperti jantung dan paru yang dapat menyebabkan gangguan hemodinamik kesalahan memilih obat pencahar bisa menyebabkan spasme abdomen Pola eliminasi dinilai dari frekuensi, konsistensi dan warna faeces
----	------------	---	--	--

	Konspitipasi yang terlalu lama dapat meningkatkan resiko distensi abdomen, ketidak nyamanan bagi klien, penurunan kualitas hidup dan kegagalan fungsi dari beberapa organ yang disebabkan oleh hipertensi intraabdomen
<i>Terapeutik</i> - Sediakan makanan tinggi serat	
<i>Kolaborasi</i> - Kolaborasi pemberian suppositoria bila perlu	Makanan tinggi serat dapatmemperbiaki tekstur tinja dan meningkatkan pergerakan usus. Makanan tinggi serat juga lebih cepat atau muah di cerna oleh usus
-	Pemilihan obat pencahar melalui supositoria di gunakan untuk mengatasi konspitipasi

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.9 Implementasi dan evaluasi Keperawatan Pasien dengan Stroke Infark

Pasien 1					Pasien II				
Kamis , 7 Maret 2024					Senin, 12/3/2024				
jam	vital sign	Implemtasi	Evaluasi	TTD	Jam	Vital sign	Implemtasi	Evaluasi	TTD
15..00	TD : 145/89 HR 108 RR 18 Sp O2 98%	Melakukan Monitor tanda/gejala TIK (Tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : TD : 145/89 mmHg, pola nafas masih ireguler, kesadaran Somnolen Memberikan Memberi injeksi levofloxacin 500mg iv	S : O : - Kesadaran Somnolen - TD : 142/63 mmHg - N : 97x/menit - S : 36,5 - SpO2 : 98% (terpasang CPAP 10 lpm) - RR : 24x/mnt - Pasien diberikan terapi Citicolin IV 500 mg d dan amlodipine 10 mg - Terdapat sputum	fredi	15.00	TD : 163/91 HR ;90 RR 18 SpO2 95%	Melakukan Monitor tanda/gejala TIK (Tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : TD : 163/91 mmHg, pola nafas masih ireguler, kesadaran Apatis Pasien terpasang NRFM 10 Lpm	DK 1 S : O : - Kesadaran Apatis - TD : 168/87 mmHg - N : 86x/menit - S : 36,5 - SpO2 : 97% (terpasang NRFM 10 lpm) - RR : 28x/mnt - Pasien diberikan terapi Citicolin IV 500 mg dan	fredi
16.00	TD 157/90 DR : 112	nebulizer dengan combivent			15.20	TD 157/97 DR : 100 RR 20 SpO2 98	Memberi injeksi resfar 1200mg iv an levofloxacin 500mg		

16.30	RR 20 SpO2 98 %	Cek GDS : 218 insulin 16 unit	dimukosa mulut A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	16.00	%		ml dan amlodipine 10 mg	
	TD; 148/90 HR ; 102 RR 22 SpO2 97%	Memberikan nutrisi sonde melalui parenteral NGT memberi injeksi resfar 1200mg iv dan deaxametassone 5 mg iv	DK 2 S: O: - Kesadaran Somnolen - TD : 142/63 mmHg - N : 97x/menit - S : 36,5 -SpO2 : 98% (terpasang CPAP 10) -RR : 24x/mnt -Terdapat ronchi		TD:168/87 HR : 86 RR: 28 SpO2 97% S; 36,5	Monitor TTV TD : 168/87 mmHg N : 86x/menit S : 36,5 SpO2 : 97% (terpasang NRFM 10 lpm) RR : 28x/mnt memberi injeksi 62,5 mg mettlprednisolon iv	- Terdapat suara nafas tambahan (ronkhi) - Tidak terdapat sputum dimukosa mulut	
	TD : 142/63 N : 97 S : 36,5 SpO2 : 98%	Monitor intake dan output cairan R : Intake rentang waktu 6 jam 930cc dan output 1110 cc balance : - 180					A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
17.00	TD; 148/90 HR ; 102 RR 22	Monitor tingkat kesadaran R : kesadaran pasien somnolen dengan	A; belum teratasi P:lanjutkan intevensi	16.30	TD 157/90 DR : 112 RR 20 SpO2 98 %	Memberikan nutrisi sonde melalui parenteral NGT dan Candesartan 16 mg dan PCT 1 tb		
18.00	TD; 148/90 HR ; 102 RR 22			17.00	TD:168/87 HR : 86 RR: 28	Monitor intake dan output cairan R : Inteke rentang	DK 2 S: O:	

18,30	SpO2 97%	nilai GCS 9, E 3 M 5 V 1, tidak ada kejang Monitor Frekuensi dan pola nafas R : RR 22x/menit, terdapat otot bantu pernapasan. Tidak terdapat pemanjangan fase ekspirasi,	DK 3 S O: Kesadaran somnolen aktifitas msaih di bantu oleh perawat A; Masalah belum teratasi P : intervensi	18.00	SpO2 97% S; 36,5	waktu 6 jam 900cc dan output 1000 cc balance : - 100	- Kesadaran Apatis - TD : 168/87 mmHg - N : 86x/menit - S : 36,5 - SpO2 : 97% (terpasang NRFM 10 lpm) - RR : 28x/mnt - Slym ada	
	TD 157/90 DR : 112 RR 20 SpO2 98 %	Melakukan Massage abdomen selama 5 menit R : abdomen teraba keras dinkuadran kiri bawah, pasien langsung bisa kentut flatus	DK 4 S O: Abdomen teraba keras dikuadran kiri bawah pasien bisa flatus BAB Blm A; Masalah belum teratasi P : intervensi		TD; 148/90 HR ; 102 RR 22 SpO2 97%	Monitor tingkat kesadaran R : kesadaran pasien Apatis degan nilai GCS 10, E 3M 4 V 3, tidak ada kejang	A: masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi	
	TD ; 144/98 HR 96 RR 20	Monitor bunyi nafas tambahan R : Auskultasi didapatkan suara	P : intervensi dilanjutkan		TD : 167/98 HR : 97 RR 22 SpO2 97%	Monitor Frekuensi dan pola nafas R : RR 22x/menit, terdapat otot bantu pernapasan. Tidak terdapat pemanjangan	DK 3 S O: Kesadaran apatis aktifitas msaih di bantu oleh perawat A; Masalah belum	
19.00				19.00				

19.30	SpO2 98 %	napas terdapat ronkhi					fase ekspirasi,	teratasi P : intervensi	
	TD 157/98 HR 95 RR 20 SpO2 98%	Monitor adanya sputum dan sumbatan jalan nafas R : terdapat sputum dimulut, dilakukan suctioning			20.00	TD ; 140/90 HR; 89 RR; 20 SPO298%	Monitor bunyi nafas tambahan R : Auskultasi didapatkan suara napas terdapat ronkhi	DK 4 S; O: Abdomen teraba keras dikuadran kiri bawah BAB Blm	
	20.00	TD : 167/98 HR : 97 RR 20 SpO2 97%	Mempertahankan posisi Semi Fowler dan malatih ROM R : pasien diposisikan semi fowler		20.30	TD; 148/90 HR ; 102 RR 22 SpO2 97%	Monitor adanya sputum dan sumbatan jalan nafas R : Tidak terlihat adanya sputum di mulut	A; Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan	
20.30	TD ; 144/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Memberi nutrisi cair via NGT R: retensi NGT negatif, pasien tidak muntah memberi obat PCT 1 tb			21.00	TD : 160/98 HR 84	Mempertahankan posisi Semi Fowler R : pasien diposisikan semi fowler membantu mika miki dn mnegobservasi tanda tanda vital		

21.00	TD 157/90 DR : 112 RR 20 SpO2 98 %	Membantu membersihkan BAB R: pasien Bab sendikit lembek memberi injeksi ciricolin iv				RR 20 Sp O2 98%	R: TD 160/98 HR 84 x/menit. RR 20 x/menit Memberi injeksi citocolin 500mg		
Pasien 1					Pasien 2				
Jumat, 8 Maret 2024					Selasa,13/3/2024				

jam	vital sign	Implemtasi	Evaluasi	TTD	Jam	Vital sign	Implemtasi	Evaluasi	TTD
15.00	TD : 156/68 HR 84 RR 20 Sp O2 98%	Melakukan Monitor tanda/gejala TIK (Tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : TD : 156/89 mmHg, pola nafas masih ireguler, kesadaran somnolen	DK 1 S : O : Kesadaran Somnolen TD : 146/68 mmHg N : 87x/menit S : 36,6 SpO2 : 98% (terpasang 8 ltr/menit) RR : 24x/mnt Pasien diberikan terapi Citicolin IV 500 mg dan dan amlodipine 10 mg Terdapat sekret di mukosa mulut	fredi	14.00	TD: 148/70 HR 87 RR: 24 Spo2 97 %	Melakukan Monitor tanda/gejala TIK (Tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : TD : 148/70 mmHg, pola nafas masih ireguler, kesadaran Apatis	DK1 S : O : Kesadaran Apatis TD : 148/69 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang NRM 12 lpm) RR : 24x/mnt Pasien diberikan terapi Citicolin IV 500 mg dan dan amlodipine 10 mg Terdapat sekret di mukosa mulut	fredi
15.30	TD: 146/68 HR 87 RR: 24 Spo2 97 %	Monitor TTV TD : 146/68 mmHg N : 87x/menit S : 36,6 SpO2 : 98% (terpasang ETT o2 8 liter /mnnt T piece) RR : 24x/mnt	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DK 2 S :		15.00	TD :142/63 HR :83 RR26	Monitor TTV TD : 142/63 mmHg N : 83x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang NRM 16 lpm) RR : 26x/mnt memberi injeksi resfar 1200 mg iv	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	
					15.30				

16.00	TD; 148/90 HR ; 102 RR 22 SpO2 97%	Mengecek GDS : 201 insulin 16 unit Memberikan sonde via NGT R : pasien tidak muntah	O : Kesadaran Somnolen TD : 146/68 mmHg N : 87x/menit S : 36,6 SpO2 : 98% (terpasang NRM 10 CPAP) RR : 24x/mnt		16.00	TD : 156/68 HR 84 RR 20 Sp O2 98%	Monitor intake dan output cairan R : Inteke rentang waktu 6 jam 800cc dan output 900 cc balance : - 100 Memberi injeksi metilprednisolon 62,5 mg iv R : Obat sudah masuk melalui IV	DK 2 S : O : Kesadaran Apatitis TD : 148/69 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang NRM 12 lpm) RR : 24x/mnt	
17.00	TD ; 140/90 HR; 89 RR; 20 SPO298%	Monitor intake dan output cairan R : Inteke rentang waktu 6 jam 1000cc dan output 1200 cc balance : -200	Pasien diberikan terapi Citicolin IV 500 mg dan dan amlodipine 10 mg Terdapat sekret di mukosa mulut A : Masalah belum teratasi P :		16.30	TD; 148/90 HR ; 102 RR 22 SpO2 97%	Memberikan nutrisi sonde melalui parenteral NGT dan PCT 1 tb	Pasien diberikan terapi Citicolin IV 500 mg dan dan amlodipine 10 mg Terdapat sekret di mukosa mulut A :	
18.15	TD 157/90 DR : 112 RR 20 SpO2 98 %	Pasien diberikan nebulizer dengan combivent R : slym banyak di suction	Lanjutkan intervensi		17,30	TD ; 144/98 HR 96 RR 20 SpO2 98	Monitor tingkat kesadaran R : kesadaran pasien somnolen dengan nilai GCS 10, E 3 M 4 V 3,	Masalah belum teratasi P :	
19.30	TD ;		DK3 S O: Kesadaran somnolen aktifitas masih di bantu					Lanjutkan intervensi	

20.00	144/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Melakukan massage abdomen dan latihan ROM pasif R: abdomen supel,	oleh perawat A; Masalah belum teratasi P : intervensi		18.00	%	tidak ada kejang	DK3 S O:	
	TD ; 140/90 HR; 89 RR; 20 SPO298%	Monitor tingkat kesadaran R : kesadaran pasien somnolen degan nilai GCS 9, E 3 M 4 V 2, tidak ada kejang	DK 4 S: O: Abdomen teraba supel pasien bisa flatus pasien bisa BAB sedikit				Monitor Frekuensi dan pola nafas R : RR 22x/menit, terdapat otot bantu pernapasan. Tidak terdapat pemanjangan fase ekspirasi,	Kesadaran apatis aktifitas msaih di bantu oleh perawat A; Masalah belum teratasi P : intervensi dilanjutkan\	
	TD ; 144/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Monitor Frekuensi dan pola nafas R : RR 20x/menit, terdapat otot bantu pernapasan. Tidak terdapat pemanjangan fase ekspirasi,	A; Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan		18.30	TD ; 140/90 HR; 89 RR; 20 SPO298%	Monitor bunyi nafas tambahan R : Auskultasi didapatkan suara napas kedua lapang paru, tetapi melemah, terdapat ronkhi	DK 4 S; O: Abdomen teraba supel pasien bisa BAB sedikit konsistensi lembek	
20.30									
20.40					19.00	TD ; 144/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Melakukan massage abdomen dan latihan ROM pasif R: abdomen supel ,	A; Masalah teratasi sebagian P : intervensi dilanjutkan	
	TD ; 150/99								

21.00	HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Monitor bunyi nafas tambahan R : Auskultasi didapatkan suara napas kedua lapang paru, tetapi melemah, terdapat ronkhi			20.00	TD ; 144/90 HR 96 RR 16 SpO2 98 %	Monitor adanya sputum dan sumbatan jalan nafas R : Terdapat adanya sputum dimukosa mulut dilakukan suctioning		
	TD 157/90 DR : 112 RR 20 SpO2 98 %	Monitor adanya sputum dan sumbatan jalan nafas R : Terdapat adanya sputum dimukosa mulut dilakukan suctioning			20.00	TD ; 156/98 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	Mempertahankan posisi Semi Fowler R : pasien diposisikan semi fowler		
21.10	TD 158/93 DR : 112 RR 20 SpO2 98 %	Mempertahankan posisi Semi Fowler R : pasien diposisikan semi fowler			20.30	TD ; 150/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Membantu mebersihkan BAB R : BAB sedikit, lembek ,		

Pasien 1					Pasien 2				
Sabtu, 9 Maret 2024					Rabu ,15/3/2024				
jam	vital sign	Implemtasi	Evaluasi	TTD	Jam	Vital sign	Implemtasi	Evaluasi	TTD
08.00	TD ; 150/70 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Melakukan Monitor tanda/gejala TIK (Tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R : TD : 150/70 mmHg, pola nafas	S : O : TD : 156/63 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang CPAP 8	fredi	15.00	TD ; 152/74 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	Melakukan Monitor tanda/gejala TIK (Tekanan darah meningkat, pola nafas ireguler, kesadaran menurun) R :TD : 152/74 mmHg, pola nafas	S : O : Kesadaran Apatis TD : 148/69 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98%	fredi

09.00	TD ; 1484/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	masih ireguler, kesadaran somnolen Pasien diberikan terapi Pantoprazole 1x1 amp, citicolin 500 mg, lasix 1 ampul iv	lpm) RR : 24x/mnt Kesadaran somnolen A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intrevensi		16.00	TD ; 146/98 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	masih ireguler, kesadaran Apatis memberi injeksi resfar 1200mg iv Memberikan nutrisi sonde melalui parenteral NGT dan, 1 tb pCT	(terpasang NRM 12 lpm) RR : 24x/mnt Pasien diberikan terapi Pantoprazole 1 amp citicolin 500 mg, Ondansetron 4 mg, Ceftriaxone 1 g, Candesartan 16 mg, CPG 75 mg,	
09.15	TD ; 150/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Memberikan nutrisi sonde melalui parenteral NGT dan obat candesartan 16 mg dan PCT	DK 2 S : O : TD : 156/63 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang CPAP 8 lpm)		16.30	TD ; 148/68 HR 79 RR 24 SpO2 98 %	Monitor TTV : TD : 148/69 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang NRM 12 lpm)	Spirolactone 25 mg Tidak terlihat sekret dalam mulut dan tidak terdapat bunyi suara nafas tambahan	
09.00	TD ; 156/63 HR 79 RR 20 SpO2 98 %	Monitor TTV : TD : 156/63 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang t piece 6 lpm)	RR : 24x/mnt Kesadaran somnolen terdengar suara ronchi A : Masalah blm teratasi		17.00	TD ; 145/88 HR 95 RR 24	Monitor Frekuensi dan pola nafas R : RR 24x/menit, terdapat otot bantu	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi DK 2	

09.30	TD ; 154/98 HR 96 RR 25 SpO2 98 %	RR : 20x/mnt Monitor Frekuensi dan pola nafas R : RR 25x/menit, terdapat otot bantu pernapasan. Tidak terdapat pemanjangan fase ekspirasi,	P : lanjutkan intrevensi DK 3 DK3 S O: Kesadaran somnolen aktifitas msaih di bantu oleh perawat A; Masalah belum teratasi P : intervensi		17.30	SpO2 98 % TD ; 145/90 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	pernapasan. Tidak terdapat pemanjangan fase ekspirasi, Monitor bunyi nafas tambahan R : Auskultasi didapatkan suara napas kedua lapang paru, tetapi melemah, terdapat ronkhi	S : O : Kesadaran Apatis TD : 148/69 mmHg N : 79x/menit S : 36,5 SpO2 : 98% (terpasang NRM 12 lpm) RR : 24x/mnt	
09.45	TD ; 144/98 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Monitor bunyi nafas tambahan R : Auskultasi didapatkan suara napas kedua lapang paru, tetapi melemah, terdapat ronkhi	DK 4 S O: Abdomen teraba supel pasien bisa flatus pasien bisa BAB sedikit A; Masalah teratasi P : intervensi		18.00	TD ; 150/91 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	Monitor adanya sputum dan sumbatan jalan nafas R : terdapat sputum dimulut, pasien dilakukan suctioning	Pasien diberikan terapi Pantoprazole 1 amp citicolin 500 mg, Ondansetron 4 mg, Ceftriaxone 1 g, Candesartan 16 mg, CPG 75 mg, Spirolactone 25 mg	
10.00	TD ; 151/97 HR 90 RR 20	Monitor adanya sputum dan sumbatan jalan nafas R : Tidak terlihat	A; Masalah teratasi P : intervensi		18.30	TD ; 148/93 HR 95 RR 21	Melakukan massage abdomen R : abdomne teraba supel	Tidak terlihat sekret dalam mulut dan tidak terdapat bunyi suara nafas tambahan	

	SpO2 98 %	adanya sputum dimuka mulut	dilanjutkan			SpO2 98 %		A : Masalah belum teratasi	
		memberi injeksi meropenem 1 gr iv			19.00	TD ; 146/98 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	Monitor intake dan output cairan R : Intake rentang waktu 6 jam 1000cc dan output 800 cc balance : + 200	P : Lanjutkan intervensi	
11.00	TD ; 150//98 HR 90 RR 20 SpO2 98 %	Monitor intake dan output cairan R : Intake rentang waktu 6 jam 1000cc dan output 800 cc balance : + 200			20.00	TD ; 140/98 HR 95 RR 20 SpO2 98 %	Membantu membersihkan BAB R : BAB sedikit konsistensi lembek	DK3 S O: Kesadaran apatis aktifitas msaih di bantu oleh perawat A; Masalah belum teratasi	
11.30	TD ;153/99 HR 96 RR 20 SpO2 98 %	Melakukan massage abdomen dan latihan ROM R : pasien bisa kentut			20.30	TD ; 147/88 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	Monitor tingkat kesadaran R : kesadaran pasien Apatis dengan nilai GCS 9, E 3 M 4 V 3, tidak ada kejang	P : intervensi dilanjutkan	
12.00	TD ; 147/90 HR 96 RR 20	Membantu mika miki R: hamodinamik stabil						DK 4 S O: Abdomen teraba supel pasien bisa flatus pasien bisa BAB	

13.00	SpO2 98 % TD ; 148/98 HR 92 RR 20 SpO2 98 %	Membantu membersihkan BAB R : BAB lembek sedikit			21.00	TD ; 144/98 HR 95 RR 21 SpO2 98 %	Mempertahankan posisi HU 45 R : pasien diposisikan semi fowler	sedikit A; Masalah teratasi P : intervensi dilanjutkan	
-------	--	---	--	--	-------	---	---	---	--