

BAB III

TINJAUAN KASUS

3.1 PENGKAJIAN

A. Pengumpulan Data

1. Identitas Pasien

Tabel 3. 1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. E	Ny. Y
Jenis kelamin	Perempuan	Perempuan
Umur	78 tahun	46 tahun
Status perkawinan	Kawin	Kawin
Pekerjaan	Ibu rumah tangga	Ibu rumah tangga
Pendidikan terakhir	SMA	SD
Alamat	Kab. Bandung	Kab. Bandung
Diagnosa medis	Stroke infark	Stroke infark
Nomor register	00231254	00939887
Tanggal masuk rumah sakit	05-02-2024	19-02-2024
Tanggal pengkajian	19-02-2024 / 13.35	21-02-2024 / 11.15 WIB
Sumber data	Rekam medis dan keluarga	Rekam medis dan keluarga

2. Anamnesa

Tabel 3. 2 Anamnesa

Anamnesa	Pasien 1	Pasien 2
Keluhan utama	Pasien mengalami penurunan kesadaran.	Pasien mengalami penurunan kesadaran.
Keluhan nyeri	Tidak ada. Skor 0 (tidak ada nyeri) menggunakan CPOT (<i>critical care pain observation tool</i>).	Ya. Saat sedang diganti diapers, terdapat ekspresi meringis. Saat dikonfirmasi ke keluarga, pasien mempunyai riwayat pengapuran sendi area pinggang dan sering mengeluh nyeri pinggang. Hasil pengkajian nyeri didapatkan skor nyeri 4 (nyeri kategori sedang) menggunakan CPOT (<i>critical care pain observation tool</i>).
Riwayat penyakit sekarang	a. Kronologis pasien masuk RS Keluarga mengatakan 3 hari sebelum masuk rumah sakit pasien tampak lemas, nafas cepat lewat mulut serta demam. Saat akan	a. Kronologis pasien masuk RS Keluarga mengatakan beberapa jam sebelum masuk rumah sakit, pasien masih beraktivitas seperti biasa, namun

	diberikan makan tiba-tiba mata pasien mendelik ke atas kemudian pasien penurunan kesadaran. Saat itu pasien tidak langsung dibawa ke rumah sakit karena masih berespon. Kemudian setelah tiga hari di rumah, pasien tidak sadarkan diri akhirnya pasien dibawa ke IGD RSUD Al Ihsan. b. Kronologis penanganan di IGD Pada saat di IGD pasien diberikan oksigen dengan NRM 12 lpm, tingkat kesadaran sopor GCS = E2M3V1, pasien dilakukan pemeriksaan tanda vital dengan hasil tekanan darah 149/97 mmHg, nadi 124x/menit, respirasi 21x/menit, Suhu : 36,6°C, SpO2 97%, dilakukan pemeriksaan EKG dengan hasil gambaran EKG atrial fibrilasi, pasien dilakukan penanganan pemasangan infus, diposisikan <i>head up</i> 30 derajat, diberikan digoxin 0,5 mg IV, atorvastatin 1x20 mg, bisoprolol 1x5 mg, warfarin 1x2mg. Pasien dilakukan pemeriksaan laboratorium, rontgen torax, dan CT Scan serta dilakukan monitor tanda-tanda vital dan <i>intake output</i>. Sekitar pukul 15.00 WIB pasien dipindahkan ke ruang ICU. Pada tanggal 6 Februari 2024 dilakukan intubasi dengan mode SIMV dan pasien mendapatkan beberapa tindakan perawatan dan terapi obat. Kemudian pasien dilakukan ekstubasi tanggal 17 Februari 2024 karena kesadaran pasien sudah compos mentis, tidak ada peningkatan WOB, hasil AGD pH 7,39, pCO2 40, pO2 90, HCO3 24, dan sebelumnya sudah dilakukan weaning menggunakan CPAP PS : 5, PEEP : 5, FiO2 : 40%, RR : 19-33x/menit, SPO2 : 98-100%.	pukul 22.00 WIB pasien tiba-tiba tidak merespon saat dibangunkan atau tidak sadarkan diri. Selanjutnya keluarga langsung membawa pasien ke IGD RSUD Al-Ihsan. b. Kronologis penanganan di IGD Pada saat datang ke IGD pasien diberikan oksigen via nasal canule 3 lpm, pasien dipasangkan infus NaCl 0,9%, dilakukan pemeriksaan tekanan darah 145/90, nadi 90x/menit, respirasi 20x/menit, Suhu : 36,5°C, SpO2 98%, posisi <i>head up</i> 30 derajat, pasien dilakukan observasi <i>intake output</i>. Saat diperiksa dokter umum IGD pasien dikonsulkan ke dokter spesialis paru obat mendapatkan <i>advice</i> levofloxacin 1x750 mg indikasi suspek tumor paru kiri. Selain itu pasien juga dilakukan pemeriksaan rontgen, CT scan dan pemeriksaan darah lengkap. Hasil CT scan menunjukkan adanya infark di frontalis kanan. Kemudian pasien dipindahkan ke ruang ICU dengan kesadaran somnolen. Di ruang ICU pasien dikonsulkan ke dokter spesialis saraf ditemukan penurunan refleks menelan, kelemahan anggota gerak kiri. GCS = E2M4V1. Pasien dilakukan pemasangan NGT dan CVC. c. Saat dilakukan pengkajian Saat dilakukan pengkajian pasien dalam keadaan somnolen dengan GCS = E3 M5 V afasia.
--	--	--

	c. Saat dilakukan pengkajian Saat pengkajian pasien penurunan kesadaran, dengan tingkat kesadaran somnolen, GCS = E3 M4 V afasia.	
Riwayat penyakit sebelumnya	Anggota keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan mengkonsumsi amlodipine 5 mg, anggota keluarga mengatakan pasien minum obat tapi tidak rutin karena sering lupa. Hingga akhirnya satu bulan yang lalu pasien dirawat karena terjadi stroke.	Anggota keluarga mengatakan pasien pertama kali mengalami sakit seperti ini sampai tidak sadarkan diri. Anggota keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi kurang lebih dari 3 bulan yang lalu, dan pasien rutin melakukan pemeriksaan hipertensi, namun pasien hanya mengonsumsi obat hipertensi saat merasakan gejala saja, seperti saat merasakan pusing. Selain itu, anggota keluarga juga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit pengapuran sendi kurang lebih dari 6 bulan yang lalu, sehingga pasien sering mengkonsumsi susu tinggi kalsium juga obat-obatan herbal.
Riwayat penyakit keluarga	Anggota keluarga mengatakan tidak ada keluarga keturunan dari atasnya pasien yang mempunyai penyakit yang sama dengan pasien saat ini, maupun penyakit keturunan atau menular lainnya.	Anggota keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit yang sama seperti hipertensi maupun stroke dari keluarga keturunan di atasnya pasien seperti ibu/ayah/nenek/ kakek, serta tidak ada riwayat penyakit menular.

3. Pemeriksaan Fisik

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan umum	Kesadaran pasien somnolen dengan GCS = E3 M4 V afasia. Pasien tidak dalam pengaruh obat. Tekanan darah : 149/90 mmHg Frekuensi nafas : 29x/mnt Saturasi : 97% (dengan oksigen) Frekuensi nadi : 117x/mnt Suhu : 36,6°C BB : 60 kg TB : 160 cm BMI : 23,4 (normal)	Kesadaran pasien somnolen dengan GCS = E3 M5 V afasia. Pasien tidak dalam pengaruh obat. Tekanan darah : 145/78 mmHg Frekuensi nafas : 18x/mnt Saturasi : 98% (dengan oksigen) Frekuensi nadi : 111x/mnt Suhu : 36,5°C BB : 50 kg TB : 152 cm BMI : 21,6 (normal)
Risiko jatuh	Ya, skor menggunakan <i>morse fall scale</i> 35 (risiko jatuh rendah).	Ya, skor menggunakan <i>morse fall scale</i> 35 (risiko jatuh rendah)
Status fungsional	Bantuan penuh	Bantuan penuh
Pernafasan	<i>Work of breathing</i> tidak ada. Pasien terpasang oksigen <i>non rebreathing mask</i> 15 lpm. Jalan nafas terdapat sumbatan berupa sputum/secret, bunyi nafas terdengar ronchi. Nafas tidak tercium bau keton, irama nafas takipneu, retraksi dada simetrsi, tidak ada otot bantu pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi trachea lurus, tidak ada jejas/lebam.	<i>Work of breathing</i> tidak ada. Pasien terpasang oksigen <i>nasal canule</i> 5 lpm. Tidak ada sumbatan jalan nafas, bunyi nafas vesikuler, tidak tercium nafas bau keton, irama nafas regular, retraksi dada simetris, tidak ada otot bantu pernafasan, tidak ada pernafasan cuping hidung, posisi trachea lurus, tidak ada jejas/lebam.
Persarafan	GCS : E3 M4 V afasia Pasien pernah mengalami riwayat sincope 1x saat pertama kali serangan stroke 1 bulan yang lalu. Reaksi pupil konstriksi saat diberikan cahaya, diameter pupil	GCS : E3 M5 V afasia Tidak ada riwayat sincope. Diameter pupil simetris, konstriksi saat terkena cahaya. Tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada tanda <i>doll eyes</i>, Pasien

	kiri dan kanan simetris, dengan ukuran 3 mm. Tidak ada kejang, tidak ada kaku kuduk, tidak ada tanda <i>doll eyes</i> , Pasien mengalami paralisis ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri/sinistra	mengalami paralisis ekstremitas atas dan bawah sebelah kiri/sinistra																																								
Cardiovaskuler	Gambaran jantung sinus takikardi. <table><tr><td>Rentang tekanan darah</td><td>148/70</td><td>-</td><td>169/101 mmHg</td></tr><tr><td>Rentang <i>mean arterial pressure</i> (MAP)</td><td>96</td><td>-</td><td>123 mmHg</td></tr><tr><td>Rentang <i>cardiac output</i> (CO)</td><td>4,0</td><td>-</td><td>4,4 L/mnt</td></tr><tr><td>Rentang <i>stroke volume</i></td><td>30</td><td>-</td><td>38 ml/beat</td></tr><tr><td>Rentang frekuensi nadi</td><td>117</td><td>-</td><td>131 x/mnt</td></tr></table> Nadi teraba kuat dan teratur, akral hangat, warna kulit kemerahan, konjuntiva berwarna merah muda, tidak ada diaphoresis, CRT (<i>Capillary Refill Time</i>) kembali ≤ 2 detik, tidak ada peningkatan <i>jugularis vena pressure</i>. Bunyi jantung terdengar S1 dan S2, tidak ada suara tambahan, ictus cordis tampak di ICS 5 midklavikula kiri, tidak ada perdarahan, tidak ada sindrom kompartemen.	Rentang tekanan darah	148/70	-	169/101 mmHg	Rentang <i>mean arterial pressure</i> (MAP)	96	-	123 mmHg	Rentang <i>cardiac output</i> (CO)	4,0	-	4,4 L/mnt	Rentang <i>stroke volume</i>	30	-	38 ml/beat	Rentang frekuensi nadi	117	-	131 x/mnt	Gambaran jantung sinus takikardi. <table><tr><td>Rentang tekanan darah</td><td>144/78</td><td>-</td><td>160/98 mmHg</td></tr><tr><td>Rentang <i>mean arterial pressure</i> (MAP)</td><td>100</td><td>-</td><td>118 mmHg</td></tr><tr><td>Rentang <i>cardiac output</i> (CO)</td><td>6,9</td><td>-</td><td>7,2 l/mnt</td></tr><tr><td>Rentang <i>stroke volume</i></td><td>65</td><td>-</td><td>86 mL/beat</td></tr><tr><td>Rentang frekuensi nadi</td><td>80</td><td>-</td><td>111 x/mnt</td></tr></table> Nadi teraba kuat dan teratur, akral hangat, warna kulit kemerahan, konjuntiva berwarna merah muda, tidak ada diaphoresis, CRT (<i>Capillary Refill Time</i>) kembali ≤ 2 detik, tidak ada peningkatan <i>jugularis vena pressure</i>. Bunyi jantung terdengar S1 dan S2, tidak ada terdengar suara tambahan, ictus cordis tampak di ICS 5 midklavikula kiri, tidak ada perdarahan, tidak ada sindrom kompartemen.	Rentang tekanan darah	144/78	-	160/98 mmHg	Rentang <i>mean arterial pressure</i> (MAP)	100	-	118 mmHg	Rentang <i>cardiac output</i> (CO)	6,9	-	7,2 l/mnt	Rentang <i>stroke volume</i>	65	-	86 mL/beat	Rentang frekuensi nadi	80	-	111 x/mnt
Rentang tekanan darah	148/70	-	169/101 mmHg																																							
Rentang <i>mean arterial pressure</i> (MAP)	96	-	123 mmHg																																							
Rentang <i>cardiac output</i> (CO)	4,0	-	4,4 L/mnt																																							
Rentang <i>stroke volume</i>	30	-	38 ml/beat																																							
Rentang frekuensi nadi	117	-	131 x/mnt																																							
Rentang tekanan darah	144/78	-	160/98 mmHg																																							
Rentang <i>mean arterial pressure</i> (MAP)	100	-	118 mmHg																																							
Rentang <i>cardiac output</i> (CO)	6,9	-	7,2 l/mnt																																							
Rentang <i>stroke volume</i>	65	-	86 mL/beat																																							
Rentang frekuensi nadi	80	-	111 x/mnt																																							
Pencernaan	Pasien terpasang NGT, bentuk abdomen simetris, tidak ada acites, linkar perut 78 cm, tidak ada distensi	Pasien terpasang NGT, bentuk abdomen simetris, tidak ada acites, linkar perut 72 cm, tidak ada distensi																																								

	abdomen, bising usus (+) 12x/menit, tidak teraba hepatomegaly, tidak teraba massa pada seluruh kuadran abdomen. Tidak ada mual maupun muntah, frekuensi BAB 1-2x/hari dengan konsistensi lunak, tidak ada konstipasi. Pasien mendapatkan diit cair.	abdomen, bising usus (+) 8x/menit, tidak teraba hepatomegaly, tidak teraba massa pada seluruh kuadran abdomen. Tidak ada mual maupun muntah, frekuensi BAB 1-2x/hari dengan konsistensi lunak, tidak ada konstipasi. Pasien mendapatkan diit cair.								
Perkemihan	Pasien terpasang kateter no 16 Fr bahan silikon hari ke-1 dan diganti setiap 7 hari. Tidak ada retensi urine, tidak ada hidronefrosis, tidak ada edema, turgor kulit baik. Pasien mendapatkan terapi diuretik dengan spironolactone 1x12,5 mg. Jumlah urine : 1345 cc/24 jam Warna urine : Kuning jernih Konsistensi urine : Cair Bau : Bau khas urine Jumlah intake dalam 24 jam : Infus : 500 cc/24 jam Makan/minum : 1200 cc Cairan oplos obat : 400 cc Balancing 24 jam cairan : +718	Pasien terpasang kateter no 16 Fr bahan silikon hari ke-2. Tidak ada retensi urine, tidak ada hidronefrosis, tidak ada edema, turgor kulit baik. Pasien tidak mendapatkan terapi diuretic. Jumlah urine : 1150cc/24 jam Warna urine : Kuning jernih Konsistensi urine : Cair Bau : Bau khas urine Jumlah intake dalam 24 jam : Infus : 1000 cc/24 jam Makan/minum : 900 cc Cairan oplos obat : 200 cc Balancing 24 jam cairan : +950								
Muskuloskeletal	Kekuatan otot (0-5) <table><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table> Tidak ada kontraktur sendi, rentang gerak sendi <45°, tidak ada fraktur. Anggota gerak kiri mengalami kelemahan.	2	1	2	1	Kekuatan otot (0-5) <table><tr><td>2</td><td>1</td></tr><tr><td>2</td><td>1</td></tr></table> Tidak ada kontraktur sendi, rentang gerak sendi <45°, tidak ada fraktur, terdapat respon nyeri pada area pinggang. Anggota gerak kiri mengalami kelemahan.	2	1	2	1
2	1									
2	1									
2	1									
2	1									

Integumen	Tidak ada luka dekubitus, maupun luka lainnya, kondisi kulit bersih.	Tidak ada luka dekubitus, maupun luka lainnya, kondisi kulit bersih.
Kebutuhan edukasi	Ya, namun ada faktor hambatannya yaitu kesadaran.	Ya, namun ada faktor hambatannya yaitu kesadaran.
Kondisi psikis dan spiritual	Status mental tidak terkaji, pasien penurunan kesadaran. Aktivitas spiritual dibantu oleh keluarga dengan membacakan Al-Qur'an saat jam kunjungan dan rohaniawan dengan membacakan doa/dzikir.	Status mental tidak terkaji, pasien penurunan kesadaran. Aktivitas spiritual dibantu rohaniawan dengan membacakan doa/dzikir.

4. Skrining Gizi (MST/*Malnutrition Screening Tool*)

Tabel 3. 4 Skrining Gizi (MST/*Malnutrition Screening Tool*)

Pasien 1			Pasien 2		
No	Parameter	Skor	No	Parameter	Skor
1	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?		1	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ?	
	a. Tidak penurunan berat badan	0		d. Tidak penurunan berat badan	0
	b. Tidak yakin/tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	2		e. Tidak yakin/tidak tahu/ terasa baju lebih longgar	2
	c. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut			f. Jika ya, berapa penurunan berat badan tersebut	
	1-5 kg	1		1-5 kg	1
	6-10 Kg	2		6-11 Kg	2
	11-15 kg	3		11-15 kg	3
	>15 kg	4		>15 kg	4
	Tidak yakin penurunannya	2		Tidak yakin penurunannya	2
2	Apakah asupan makan berkurang karena kurangnya nafsu makan ?		2	Apakah asupan makan berkurang karena kurangnya nafsu makan ?	
	a. Tidak	0		c. Tidak	0

	b. Ya						1
3	Pasien dengan diagnosa khusus						
	a. Tidak						0
	b. Ya						1
	☐	DM	☐	Ginjal	☐	Hati	
	☐	Jantung	☐	Paru	☒	Stroke	
	☐	Kanker	☐	Penurunan	☐	Imunitas	
	☐	Geriatri	☐	Lain-lain :			
	Total skor						4

Interpretasi : skor 4-5 (risiko malnutrisi tinggi (dilakukan assesmen dan asuhan gizi terstandar oleh tenaga gizi serta menuliskan saran kepada DPJP untuk konsul SpGk).

	d. Ya						1
3	Pasien dengan diagnosa khusus						
	c. Tidak						0
	d. Ya						1
	☐	DM	☐	Ginjal	☐	Hati	
	☐	Jantung	☐	Paru	☒	Stroke	
	☐	Kanker	☐	Penurunan	☐	Imunitas	
	☐	Geriatri	☐	Lain-lain :			
	Total skor						4

Interpretasi : skor 4-5 (risiko malnutrisi tinggi (dilakukan assesmen dan asuhan gizi terstandar oleh tenaga gizi serta menuliskan saran kepada DPJP untuk konsul SpGk)).

5. Scoring pasien ICU (*Intensive Care Unit*)

Tabel 3. 5 *Scoring* pasien ICU

Pasien 1			Pasien 2		
Metode penilaian	Indikator	Skor	Metode penilaian	Indikator	Skor
NIH <i>Stroke Scale</i>	Tingkat kesadaran = 1 Menjawab pertanyaan umur dan tahun = 2 Mengikuti perintah = 2 Gerakan mata = 0 Lapang pandang = 0 Paresis wajah = 0 Motorik lengan = 3 kanan dan 4 kiri Motorik tungkai = 3 kanan dan 4 kiri	24	NIH <i>Stroke Scale</i>	Tingkat kesadaran = 1 Menjawab pertanyaan umur dan tahun = 2 Mengikuti perintah = 2 Gerakan mata = 0 Lapang pandang = 0 Paresis wajah = 0 Motorik lengan = 3 kanan dan 4 kiri Motorik tungkai = 3 kanan dan 4 kiri	24

	Ataksia anggota gerak = 1 Sensorik = 0 Bahasa = 2 Disatria = 2 Pengabaian dan inatensi = 0			Ataksia anggota gerak = 1 Sensorik = 0 Bahasa = 2 Disatria = 2 Pengabaian dan inatensi = 0	
Interpretasi :	Stroke berat		Interpretasi :	Stroke berat	
<i>Critical care poin observation tool</i> (CPOT)	Ekspresi wajah = 0 Gerakan tubuh = 0 Ketegangan otot = 0 Penyesuaian terhadap ventilator = 0 Vokal = 0	0	<i>Critical care poin observation tool</i> (CPOT)	Ekspresi wajah = 2 Gerakan tubuh = 1 Ketegangan otot = 1 Penyesuaian terhadap ventilator = 0 Vokal = 0	4
Interpretasi :	tidak ada nyeri		Interpretasi :	nyeri sedang	

6. Pengkajian Resiko Jatuh

Tabel 3. 6 Pengkajian Resiko Jatuh

Skrinning resiko jatuh (<i>Morse Fall Scale</i>) :			Skrinning resiko jatuh (<i>Morse Fall Scale</i>) :		
Indikator	Nilai	Nilai	Indikator	Nilai	Nilai
a. Riwayat jatuh	Tidak (0)	Ya (25)	a. Riwayat jatuh	Tidak (0)	Ya (25)
b. Diagnosa sekunder ($\geq$ diagnosa medis)	Tidak (0)	Ya (15)	b. Diagnosa sekunder ($\geq$ diagnosa medis)	Tidak (0)	Ya (15)
c. Alat bantu			c. Alat bantu		
Berpegangan pada perabot/ <i>furniture</i>	Tidak (0)	Ya (30)	Berpegangan pada perabot/ <i>furniture</i>	Tidak (0)	Ya (30)
Berpegangan pada penopang/tongkat/ <i>walker</i>	Tidak (0)	Ya (15)	Berpegangan pada penopang/tongkat/ <i>walker</i>	Tidak (0)	Ya (15)
Tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring	Tidak (0)	Ya (0)	Tidak ada/kursi roda/perawat/tirah baring	Tidak (0)	Ya (0)

d. Terpasang infus	Tidak (0)	Ya (20)	d. Terpasang infus	Tidak (0)	Ya (20)
e. Gaya berjalan			e. Gaya berjalan		
Terganggu	Tidak (0)	Ya (20)	Terganggu	Tidak (0)	Ya (20)
Lemah	Tidak (0)	Ya (20)	Lemah	Tidak (0)	Ya (20)
Normal/tirah baring/imobilisasi	Tidak (0)	Ya (0)	Normal/tirah baring/imobilisasi	Tidak (0)	Ya (0)
f. Status mental			f. Status mental		
Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	Tidak (0)	Ya (15)	Sering lupa akan keterbatasan yang dimiliki	Tidak (0)	Ya (15)
Sadar akan kemampuan diri sendiri	Tidak (0)	Ya (0)	Sadar akan kemampuan diri sendiri	Tidak (0)	Ya (0)
Total	35		Total	35	
Interpretasi : 35 (resiko jatuh rendah)			Interpretasi : 35 (resiko jatuh rendah)		

7. Hasil Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3. 7 Pemeriksaan Laboratorium

Pasien 1					Pasien 2				
Jenis pemeriksaan	Nilai rujukan	Tanggal dan hasil pemeriksaan			Jenis pemeriksaan	Nilai rujukan	Tanggal dan hasil pemeriksaan		
Hematologi		05-02-2024	17-02-2024	20-02-2024	Hematologi		19-02-2024	20-02-2024	21-02-2024
Hemoglobin	12 – 16 g/dL	16,8			Hemoglobin	12 – 16 g/dL	9,4		11,4
Leukosit	4.500-11.000 sel/uL	9360			Leukosit	4.500-11.000 sel/uL	10.160		6.870

Eritrosit	4,2 – 5,4 juta/uL	5,3			Eritrosit	4,2 – 5,4 juta/uL	3,25		3,78
Hematokrit	38 – 46 %	42			Hematokrit	38 – 46 %	26,7		33,5
Trombosit	150.000-440.000 mcL	245.000			Trombosit	150.000-440.000 mcL	375.000		226000
MCV	80 – 100 fL	85,5			MCV	80 – 100 fL	82,3		86,5
MVH	27,5 – 33,2 pg	28,8			MVH	27,5 – 33,2 pg	28,9		29,6
MCHC	32-36%	34			MCHC	32-36%	35,1		34,2
RDW-CV	11,5 – 15 %	14,9			RDW-CV	11,5 – 14,5 %	15,1		15,3
RDW-SD	39 – 47 fL	47			RDW-SD	39 – 47 fL	52		46,5
Kimia klinik					Kimia klinik				
Fungsi liver					Fungsi liver				
AST (SGOT)	8 – 48 U/L	121	99	58	AST (SGOT)	8 – 48 U/L	38		
ALT (SGPT)	8 – 48 U/L	127	92	64	ALT (SGPT)	8 – 48 U/L	44		
Fungsi ginjal					Fungsi ginjal				
Ureum	6 – 21 mg/dL	16			Ureum	6 – 21 mg/dL	15		
Kreatinin	0,5 – 1,1 mg/dL	0,9			Kreatinin	0,5 – 1,1 mg/dL	0,70		
Gula darah					Gula darah				
Gula darah sewaktu		138			Gula darah sewaktu		129		
Elektrolit					Elektrolit				
Natrium	135 – 145 mEq/L	137	135		Natrium	135 – 145 mEq/L	113		141
Kalium	3,5 – 5,3 mmol/L	4,0	3,9		Kalium	3,5 – 5,3 mmol/L	4,1		
Kalsium	1.15-1.35 mg/dL	1.02	1.02		Kalsium	1.15-1.35 mg/dL	1,14		
					Imunoserologi				
					Anti HIV	Non reaktif	-	Non reaktif	

	HbsAg	Negatif	-	Non reaktif	
	Anti HCV	Negatif	-	Non reaktif	

b. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 3. 8 Pemeriksaan Diagnostik

Pasien 1				Pasien 2			
Hari/tanggal	Jenis pemeriksaan	Kesan	Keterangan	Hari/tanggal	Jenis pemeriksaan	Kesan	Keterangan
Senin, 05/02/2024	RO thorax	- Kardiomegali tanpa bendungan paru. - <i>Artherosclerosis aorta</i> - Tidak tampak TB paru aktif ataupun pneumonia.		Selasa, 20/02/2024	RO thorax	- Posisi trakea masih ditengah. - Cor besar, bentuk dan posisi tampak normal. - Sinuses costophrenicus normal. - Diafragma bilateral normal. - Pulmo : hili normal. - Skeletal : tampak normal. - Tuberkuloma paru kiri DD/ massa paru sentral.	
Selasa, 06/02/2024	CT scan kepala	- <i>White matter lesion (small vessel ischemia)</i> di periventrikuler lateralis bilateral. - DD/Subcortical arteriosclerotic encephalopathy (SAE).					

		- Infark lama di daerah subcortical lobus frontal kanan. - CT Scan kepala saat ini tidak menunjukkan adanya perdarahan.				- Tidak tampak kardiomegali.	
	Selasa, 20/02/2024	CT scan kepala				- Infark serebri kecil di subkortikal lobus frontalis kanan - Tidak tampak tanda-tanda perdarahan intrakranial.	

8. Penatalaksanaan Medis

Tabel 3. 9 Penatalaksanaan Medis

Pasien 1				Pasien 2			
Nama obat	Dosis	Rute	Indikasi	Nama obat	Dosis	Rute	Indikasi
Ceftazidime	3x2 gr	IV	Golongan obat antibiotik sefalosporin yang bekerja menghentikan pertumbuhan bakteri.	Dexamethasone	3x10 mg	IV	Obat antiinflamasi yang digunakan untuk mengatasi peradangan.
Amikasin	1x1 gr	IV	Golongan obat antibiotik spektrum luas yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri.	Omeprazole	1x40 mg	IV	Golongan obat PPI (<i>proton pump inhibitor</i>) yang bekerja menghambat pompa proton yang berperan dalam produksi asam lambung
Citicoline	2x500 mg	IV	Untuk melindungi dan mempertahankan fungsi otak serta mengatasi masalah	Ceftriaxone	2x1 gr	IV	Golongan antibiotik yang digunakan untuk mengatasi infeksi bakteri dengan

			degenerasi neurologi (perubahan saraf).				menghambat pertumbuhan bakteri.
Omeprazole	1x40 mg	IV	Golongan obat PPI (<i>proton pump inhibitor</i>) yang bekerja menghambat pompa proton yang berperan dalam produksi asam lambung	Citicoline	2x500 mg	IV	Suplemen untuk gangguan serebrovaskular, gangguan kognitif, trauma kepala, stroke iskemik, dan penyakit Parkinson.
Ventolin	3x1	Inhalasi	Golongan obat bronkodilator yang bekerja melemaskan otot-otot di sekitar saluran pernafasan yang menyempit sehingga oksigen bisa masuk dengan lancar menuju paru-paru.	Amlodipine	1x10 mg	Oral	Kandungan obat amlodipine membantu menurunkan tekanan darah.
Asam folat	1x1	Oral	Membantu tubuh memproduksi dan memelihara sel-sel baru dan juga membantu mencegah perubahan pada DNA yang dapat menyebabkan kanker. Atau bisa juga untuk mengobati defisiensi asam folat dan beberapa jenis anemia (kekurangan sel darah merah).	Levofloxacin	1x750 mg	IV	Golongan antibiotik quilone untuk mengobati penyakit akibat infeksi.
Spironolactone	1x12,5 mg	Oral	Golongan obat diuretic yang digunakan jika ada	Clopidogrel	1x75 mg	Oral	Golongan obat antiplatelet digunakan untuk mencegah terjadinya pembekuan darah.
				Ketorolac	3x30 mg	IV	Ketorolac bekerja dengan menghambat produksi senyawa kimia yang menyebabkan nyeri.
				NaCl 0,9%	1000cc/24 jam	IV	Kandungan NaCl digunakan untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.

			pembengkakan, dan dapat menurunkan tekanan darah tinggi dan gagal jantung.
Warfarine	1x20	Oral	Merupakan senyawa antagonis vitamin K dari kelas enantiomer, anti-koagulan.
Candesartan	1x4 mg	Oral	Obat anti hipertensi golongan penghambat reseptor angiotensin yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah.
Atorvastatin	1x30 mg	Oral	Obat untuk menurunkan LDL (<i>low density lipoprotein</i>) dan meningkatkan HDL (<i>high density lipoprotein</i>).
Bicnat	3x1	Oral	Untuk mengatasi asidosis metabolic, suatu kondisi dimana ada banyak asam dalam cairan tubuh, atau bisa untuk mengatasi asam lambung berlebih.
Callos	3x1	Oral	Untuk membantu pencegahan dan terapi untuk gangguan metabolisme atau kekurangan calcium seperti osteomalasia (kerapuhan tulang).
Acetilcistein	3x1	Oral	Obat yang digunakan untuk mengencerkan dahak.

Vipalbumin	2x1 sachet	Oral	Suplemen yang mengandung albumin dari ekstrak ikan gabus yang berfungsi untuk meningkatkan daya tahan tubuh serta meningkatkan kadar albumin dan hemoglobin.	
Curcuma	4x1	Oral	Suplemen makanan yang berasal dari ekstrak temulawak yang digunakan untuk membantu menambah atau meningkatkan nafsu makan, membantu menjaga daya tahan tubuh serta membantu memelihara fungsi hati.	
NaCl 0,9%	500cc/24 jam	IV	Kandungan NaCl digunakan untuk mempertahankan keseimbangan cairan dan elektrolit.	

B. Analisa Data

Tabel 3. 10 Analisa Data

No	Pasien 1		Pasien 2	
	Tanggal ditemukan	Masalah yang ditemukan	Tanggal ditemukan	Masalah yang ditemukan

1	Senin, 19 Februari 2024	Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D. 0001) DS : - DO : - Terdapat sputum pada jalan nafas - Suara nafas terdengar ronchi - Frekuensi nafas : 29x/menit - Saturasi oksigen : 97% - Tampak sesak - Terpasang NRM 15 liter/menit - Tidak mampu batuk mengeluarkan dahak	Rabu, 21 Februari 2024	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066) DS : - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran DO : - TD : 145/78 mmHg - N : 111x/menit - Tingkat kesadaran somnolen dengan E3 M5 V afasia - Pasien tampak lemas - NIHSS : stroke berat - Hasil CT scan menunjukkan : - Infark serebri kecil di subkortikal lobus frontal kanan. - Tidak tampak tanda-tanda perdarahan intrakranial.
2	Senin, 19 Februari 2024	Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066) DS : - Anggota keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran DO : - Pasien penurunan kesadaran dengan tingkat kesadaran somnolen E3 M4 V afasia - TD : 149/70 mmHg - Nadi : 117x/menit - Hasil CT scan : Infark lama di daerah subcortical lobus frontal kanan.	Rabu, 21 Februari 2024	Nyeri kronis DS : - Anggota keluarga mengatakan pasien mempunyai riwayat pengapuran sendi dari 6 bulan yang lalu DO : - Pasien tampak meringis jika pinggang atau kakinya digeser untuk mengganti linen dan ganti diapers - Skor nyeri 4 dengan interpretasi nyeri sedang (<i>critical care poin observation tool</i>)

		- NIHSS : stroke berat		
3	Senin, 19 Februari 2024	Risiko sindrom disuse DS : - Anggota keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran DO : - Pasien tirah baring dengan penurunan kesadaran tidak dapat melakukan mobilisasi - Pasien mengalami hemiparase sinistra	Rabu, 21 Februari 2024	Risiko sindrom disuse DS : - Anggota keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran DO : - Pasien tirah baring dengan penurunan kesadaran tidak dapat melakukan mobilisasi - Pasien mengalami hemiparase sinistra
4	Senin, 19 Februari 2024	Distres spiritual DS : - Tidak dapat dikaji, pasien dengan tingkat kesadaran somnolen DO : - Tidak mampu melakukan ibadah - Tidak mampu beraktivitas - Pasien dengan penyakit kronis di rawat hari ke 14	Rabu, 21 Februari 2024	Distres spiritual DS : - Tidak dapat dikaji, pasien dengan tingkat kesadaran somnolen DO : - Tidak mampu melakukan ibadah - Tidak mampu beraktivitas - Pasien dengan penyakit kronis di rawat hari ke 2

3.2 DIAGNOSA KEPERAWATAN

Berdasarkan hasil pengkajian dan analisa data didapatkan diagnosa keperawatan yang muncul pada kedua pasien adalah sebagai berikut :

Tabel 3. 11 Diagnosa Keperawatan

Pasien 1	Pasien 2
1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d infark di frontalis kanan d.d tingkat kesadaran pasien somnolen (D.0066). 2. Bersihan jalan nafas tidak efektif b.d sekresi tertahan d.d suara nafas ronchi (D.0001). 3. Risiko sindrom disuse d.d pasien tirah baring dengan penurunan kesadaran tidak dapat melakukan mobilisasi. 4. Distres spiritual b.d kondisi penyakit kronis d.d pasien tidak mampu beribadah.	1. Penurunan kapasitas adaptif intrakranial b.d adanya infark serebri kecil di subkortikal lobus frontal kanan d.d tingkat kesadaran pasien somnolen (D.0066) 2. Nyeri kronis b.d kondisi muskuloskeletal kronis d.d pasien tampak meringis jika pinggang atau kakinya digeser untuk mengganti linen (D.0078) 3. Risiko sindrom disuse d.d pasien tirah baring dengan penurunan kesadaran tidak dapat melakukan mobilisasi. 4. Distres spiritual b.d kondisi penyakit kronis d.d pasien tidak mampu beribadah.

3.3 INTERVENSI

Tabel 3. 12 Intervensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
Pasien 1 dan 2 Penurunan kapasitas adaptif intrakranial (D.0066)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kapasitas adaptif intrakranial meningkat dengan kriteria hasil : - Tingkat kesadaran (compos mentis) - Tekanan darah dalam batas normal <140/90 - Nadi normal 60-100x/mnt	Manajemen peningkatan tekanan intrakranial Observasi : a. Monitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas irregular, kesadaran menurun). b. Monitor MAP (<i>mean arterial pressure</i>) c. Monitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan Terapeutik : d. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang e. Lakukan pijat kaki / <i>foot massage</i> .	Observasi : a. Salah satu parameter untuk mengetahui adanya peningkatan TIK b. Mengukur aliran darah untuk menjaga perfusi yang tepat ke organ. c. Mengukur keseimbangan cairan dalam tubuh Terapeutik : d. Lingkungan yang tenang dapat meningkatkan kenyamanan pasien e. Pijat kaki / <i>foot massage</i> dapat menurunkan tekanan darah, MAP (<i>mean arterial pressure</i>), denyut nadi, respirasi dan peningkatan saturasi oksigen (Putri C et al., 2021) (Dwi Julianto & Indrastuti, 2023)

		Kolaborasi : f. Kolaborasi pemberian obat : - Pasien 1 : Citicoline 2x500 mg, candesartan 1x4 mg. - Pasien 2 : Citicoline 2x500 mg, amlodipine 1x10 mg. g. Kolaborasi pemberian diuretic osmosis jika perlu - Pasien 1 : Spironolacton 1x12,5 mg	Kolaborasi : f. Citicoline digunakan untuk melindungi dan mempertahankan fungsi otak serta mengatasi masalah degenenrasi neurologi (perubahan saraf). Candesartan adalah obat anti hipertensi golongan penghambat reseptor angiotensin yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah. Kandungan obat amlodipine membantu menurunkan tekanan darah. g. Spironolactone adalag golongan obat diuretic yang digunakan jika ada pembengkakan, dan dapat menurunkan tekanan darah tinggi dan gagal jantung.
Pasien 1 : Ny. E Bersihkan jalan nafas tidak efektif (D.0001)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan bersihan jalan nafas meningkat dengan kriteria hasil : - Produksi sputum menurun/berkurang	Manajemen jalan nafas Observasi : a. Monitor pola, bunyi, frekuensi nafas b. Monitor adanya produksi sputum dan saturasi oksigen	Observasi : a. Salah satu parameter yang menunjukan adanya gangguan pada jalan nafas b. Produksi sputum yang berlebih akan mempengaruhi kepatenan

	- Ronchi menurun/suara nafas bersih/vesikuler - Dispnea menurun - Saturasi oksigen >95% - Frekuensi nafas 12-20x/menit	Terapeutik : c. Posisikan semifowler d. Berikan/pertahankan pemberian oksigen e. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik Kolaborasi : f. Kolaborasi pemberian bronkodilator : Ventolin 3x1 inhalasi dan acetilsistein 3x1 per oral.	jalan nafas dan saturasi sebagai salah satu parameter untuk memberikan terapi oksigen Terapeutik : c. Posisi semifowler dapat membantu memaksimalkan ekspansi paru. d. Pemberian oksigen dapat meningkatkan saturasi dan kebutuhan oksigen e. Pengisapan lendir membantu mengeluarkan secret dan menghindari terjadinya hipoksia. Kolaborasi : f. Ventolin merupakan golongan obat bronkodilator yang bekerja dengan melemaskan saluran pernafasan agar oksigen lancar masuk ke paru-paru. Acetilsistein adalah obat yang digunakan untuk mengencerkan dahak.
Pasien 2 : Ny. Y Nyeri kronis (D.0078)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam	Manajemen nyeri Observasi :	Observasi :

	diharapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil : - Pasien tampak tenang, meringis menurun - Skala nyeri menurun dalam rentang 1-3 - Tanda-tanda vital dalam batas normal TD : 120/80 mmHg N : 60-100x/mnt R : 12-20x/menit	a. Observasi nyeri secara holistik (PQRST) b. Observasi respon nyeri non verbal c. Monitor tanda-tanda vital Terapeutik : d. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri e. Fasilitasi istirahat tidur Edukasi : f. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri Kolaborasi : g. Kolaborasi pemberian analgetik : Ketorolac 3x30 mg via IV	a. Keadaan umum nyeri sebagai data awal untuk menentukan intervensi selanjutnya. b. Respon nyeri tidak hanya ditunjukkan dengan respon verbal. c. Peningkatan tanda-tanda vital menunjukkan adanya aktivitas nyeri Terapeutik : d. Lingkungan yang tenang dapat memberikan nyaman. e. Istirahat yang cukup dapat membantu mengurangi dan mengalihkan nyeri Edukasi : f. Pengetahuan yang baik akan meningkatkan kemampuan untuk mengatasi nyeri secara mandiri. Kolaborasi : g. Ketorolac bekerja dengan menghambat produksi senyawa kimia yang menyebabkan nyeri.
Pasien 1 dan 2 Sindrom disuse	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak terjadi sindrom disuse dengan kriteria hasil : - Tidak ada luka dekubitus	Observasi : a. Monitor asupan nutrisi b. Monitor respon oksigen (misalnya nadi, irama jantung, frekuensi pernafasan)	Observasi : a. Kurangnya nutrisi dapat menyebabkan atrofi otot dan jaringan subkutan yang menjadi bantalan antara kulit dan tulang.

	- Tidak ada konstipasi - Pergerakan sendi meningkat	Terapeutik : c. Dukung ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) Edukasi : d. Jika pasien harus tirah baring total, untuk perawatan dirumah ajarkan keluarga mengubah posisi miring kiri kanan Kolaborasi : e. Kolaborasi dengan tenaga fisioterapi tentang cara-cara meningkatkan mobilitas f. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk meningkatkan asupan makan yang berenergi tinggi.	b. Penurunan kesadaran memiliki keterbatasan mobilisasi yang berdampak pada status hemodinamik yang salah satu indikatornya adalah status oksigenasi. Terapeutik : c. Ambulasi fisik dapat mencegah adanya luka tekan akibat tirah baring Edukasi : d. Miring kanan dan kiri dapat menurunkan resiko dekubitus (Herly et al., 2021). Kolaborasi : e. Mobilitas yang baik akan memberikan dampak positif fisiologis, seperti meningkatkan pernafasan, menurunkan tekanan akibat tirah baring, dan lainnya. f. Status nutrisi yang kurang baik ditandai dengan hilangnya banyak protein yang menyebabkan jaringan disekitar tonjolan tulang mudah mengalami edema yang mengganggu sirkulasi darah sehingga terjadi luka dekubitus.
--	--	---	---

Pasien 1 dan 2 Distres spiritual	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan status spiritual membaik dengan kriteria hasil : - Kemampuan ibadah meningkat - Pasien dapat melakukan ibadah sesuai kemampuannya	Dukungan spiritual Observasi : a. Identifikasi perasaan khawatir, kesepian, dan ketidakberdayaan b. Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan c. Identifikasi harapan dan kekuatan pasien d. Identifikasi ketaatan dalam beragama Terapeutik : e. Berikan kesempatan mengekspresikan tentang penyakit dan kematian f. Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual g. Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah Edukasi : h. Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan atau orang lain i. Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung	Observasi : a. Data awal untuk menentukan intervensi selanjutnya b. Menilai pandangan pasien mengenai hubungan spiritual dengan Kesehatan c. Harapan dan kekuatan pasien diperlukan untuk menyesuaikan intervensi dan kebutuhan spiritual pasien d. Ketaatan dalam beragama meningkatkan sikap kooperatif pasien dalam mengikuti intervensi Terapeutik : e. Mengeksplorasi perasaan dan respon pasien tentang penyakit yang dialami f. Memberikan kesempatan pasien untuk melakukan ibadah dengan nyaman g. Mendukung pasien dalam melakukan ibadah Edukasi : h. Selain dengan meningkatkan aktivitas sosial, dengan berinteraksi diharapkan dapat meningkatkan aktivitas spiritualnya
---	---	--	---

		Kolaborasi : j. Atur kunjungan dengan rohaniawan (misalnya. ustadz)	i. Dengan berpartisipasi dalam suatu kelompok pendukung diharapkan dapat meningkatkan status spiritual pasien Kolaborasi : j. membimbing pasien dalam melakukan kegiatan ibadahnya.
--	--	---	--

3.4 IMPLEMENTASI

Tabel 3. 13 Implementasi

Pasien 1				Pasien 2			
DX	Waktu	Implementasi	Catatan Perkembangan	DX	Waktu	Implementasi	Catatan Perkembangan
1,2, 3,4	20 Februari 2024 07.00	Memonitor pola, bunyi, frekuensi nafas R/ Pola nafas regular, bunyi nafas terdengar ronchi, frekuensi nafas 27x/menit, pasien tampak sesak.	S : - Tidak dapat dikaji O : - Masih terdapat sputum, suara nafas terdengar ronchi	1,2, 3,4	22 Februari 2024 07.00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK R/ tekanan darah 149/97 mmHg, kesadaran somnolen, MAP = 114 mmHg, pola nafas regular.	S : - Keluhan tidak dapat dikaji O : - Pasien dengan tingkat kesadaran somnolen
	07.05	Memonitor adanya produksi sputum dan saturasi oksigen R/ suara nafas terdengar ronchi dan saturasi oksigen 96%.	- Tampak sesak, respirasi 34x/menit - Saturasi oksigen 98%		07.05	Memonitor tanda-tanda vital R/ nadi 103x/menit, irama regular, frekuensi nafas 18x/menit, suhu 36,6°C, saturasi 99%.	- Tekanan darah : 131/80 mmHg - Nadi : 83x/menit - SpO2 : 99%

	07.05	Memonitor respon oksigen (misalnya nadi, irama jantung, frekuensi pernafasan) R/ nadi 124x/menit, irama regular, frekuensi nafas 27x/menit, suhu 36,7°C	- Tingkat kesadaran somnolen - Tekanan darah :141/89 mmHg - Nadi : 98x/menit - Tidak ada luka tekan, tidak konstipasi - Pasien belum bisa bergerak		07.08	Melakukan nyeri secara holistic dan respon nyeri non verbal R/ keluhan nyeri secara verbal tidak bisa dikaji, keluhan nyeri ditunjukkan jika pasien digeser miring untuk mengganti linen atau pakaian, pasien meringis, skala nyeri 4.	- Respirasi : 20x/menit - Suhu : 36,6°C - Respon nyeri meringis - Tidak ada kemerahan atau luka tekan pada bagian tubuh seperti bokong.
	07.10	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK (misalnya tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardi, pola nafas irregular, kesadaran menurun). R/ tekanan darah 158/93 mmHg, kesadaran somnolen.	- Pasien belum mampu melakukan ibadah shalat		07.30	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk asupan makanan yang berenergi tinggi R/ pasien diberikan diet per NGT 3x sehari dengan entramix 200 cc dengan jumlah energi 1040 kkal dan protein 76 gram	- Belum BAB 1 hari - Pasien belum bisa bergerak anggota badannya.
	07.10	Memonitor MAP (<i>mean arterial pressure</i>) R/ MAP = 114 mmHg	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi		07.30	Memfasilitasi melakukan kegiatan ibadah	- Pasien belum mampu melakukan kegiatan ibadah, masih terbaring lemas dengan kesadaran somnolen.
	07.15	Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk					A : Masalah belum teratasi

		meningkatkan asupan makan yang berenergi tinggi. R/ pasien mendapatkan makan cair 4x200cc pulmosol dengan jumlah energi 1090 kkal dan protein 57 gram.				R/ Pasien dibimbing berdoa sebelum makan	P : Lanjutkan intervensi
	07.20	Memonitor asupan nutrisi R/ pasien masuk makan cair 1x pulmosol 200 cc via NGT			07.35	Memonitor asupan nutrisi R/ pasien diberikan makan entramix 200 cc masuk per NGT	
	07.30	Memposisikan semifowler R/ Pasien diposisikan dengan kepala ditinggikan ± 30 derajat			08.00	Melakukan pemberian ketorolac 30 mg IV dan citicoline 500 mg R/ obat masuk via intravena/CVC hari ke 1	
	07.32	Mempertahankan pemberian oksigen R/ Pasien diberikan oksigen 12 lpm <i>nonrebreathing mask</i>			08.20	Mengidentifikasi perasaan khawatir, kesepian, dan ketidakberdayaan, pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan, harapan dan kekuatan, ketaatan dalam beragama R/ Pasien tidak dapat dikaji.	

	08.00	Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator : Ventolin 3x1 inhalasi dan acetilcistein 3x1 per oral, candesartan 1x4mg oral, dan citicoline 2x500 mg IV. R/ Pasien diberikan obat acetilsistein dan candesartan via NGT, citicoline via IV, 15 menit kemudian diberikan nebulizer Ventolin.			10.00	Melakukan pijat kaki/ <i>foot massage</i> R/ sebelum dilakukan terapi TD : 150/96 mmHg, N : 107x/menit, MAP : 114 mmHg RR : 20x/menit, SpO2 : 100%. Pasien diberikan terapi pijat 10 menit pada masing-masing kaki kiri dan kanan. Setelah selesai hasil TD : 139/90 mmHg, MAP : 106 mmHg N : 95 x/menit, RR : 20x/menit, SpO2 : 100%.	
	08.30	Melakukan kolaborasi dengan tenaga fisioterapi tentang cara-cara meningkatkan mobilitas R/ dianjurkan untuk mobilisasi bertahap bersandar 30-45 derajat, pasien sudah diposisikan semifowler 30 derajat			10.30	Mengontrol lingkungan yang memperberat nyeri dan memfasilitasi istirahat tidur R/ setelah selesai tindakan semua alat dan lingkungan tempat tidur dirapihkan, pasien diposisikan telentang	

	09.30	Mengidentifikasi perasaan khawatir, kesepian, dan ketidakberdayaan R/ Pasien penurunan kesadaran, pasien tidak dapat dikaji secara verbal, pasien tertidur lemas, observasi wajah pasien tampak tenang. Mengidentifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan kesehatan R/ Pasien tidak bisa dikaji Mengidentifikasi harapan dan kekuatan pasien R/ Pasien tidak bisa dikaji Mengidentifikasi ketaatan dalam beragama R/ Pasien tidak dapat dikaji. Berdasarkan penjelasan dari keluarga sebelum sakit pasien			dengan kepala sedikit dinaikan.	
				12.00	Memberikan asupan nutrisi R/ makan cair entramix 200 cc masuk via NGT	
				14.00	Mengobservasi tanda vital dan keadaan umum R/ TD : 137/82 mmHg Nadi : 93x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 100%. Pasien somnolen,	
				16.00	Memberikan analgetic : ketorolac 3x30 mg via IV R/ obat masuk via IV sesuai dosis. Keterolac ke 2.	
				17.30	Memberikan asupan nutrisi R/ memberikan makanan cair 200 cc entramix via NGT	

		taat dalam melakukan ibadah, pasien juga biasanya aktif dalam kegiatan pengajian. Namun setelah sakit pasien tidak mampu melakukan aktivitas tersebut. Memberikan kesempatan mengekspresikan tentang penyakit dan kematian R/ Pasien tidak dapat dikaji			20.00	Memberikan obat citicoline 500 mg dan amlodipine 10 mg R/ obat citicoline masuk via CVC, CVC bersih tidak ada gumpalan darah. Obat amlodipine masuk via NGT.	
					21.00	Mengobservasi tanda vital dan keadaan umum R/ TD : 131/80 mmHg Nadi : 83x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 100%. Pasien somnolen,	
	11.30	Melakukan pijat kaki/ <i>foot massage</i> R/ sebelum dilakukan terapi TD : 155/94 mmHg, N : 103x/menit, MAP : 114 mmHg RR : 27x/menit, SpO2 : 96%. Pasien diberikan terapi pijat 10 menit pada masing-masing kaki kiri dan kanan. Setelah selesai hasil TD			23.00	Memberi dukungan ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) R/ pasien dilakukan seka dengan dilakukan ambulasi miring kiri kanan, pada bokong atau area menonjol lainnya tidak ada kemerahan atau luka tekan.	

		: 146/89 mmHg, MAP : 108 mmHg N : 108 x/menit, RR : 23x/menit, SpO2 : 98%.			24.00	Memberikan analgetic : ketorolac 3x30 mg via IV R/ obat ketorolac ke 3 masuk via IV/CVC.	
	12.00	Melakukan Memfasilitasi melakukan kegiatan ibadah R/ saat akan makan dibimbing untuk membaca doa			24.05	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan R/ intake pasien dalam 24 jam terdiri dari makan cair, obat, dan cairan infus <i>Intake</i> = 1621 <i>Output</i> = 944 <i>IWL</i> = 31,25 <i>Balance</i> = +645,75	
	12.00	Memberikan asupan nutrisi R/ Pasien masuk makanan cair pulmosol 200 cc via NGT					
	13.00	Melakukan pemberian : Ventolin 3x1 inhalasi dan acetilsistein 3x1 per oral. R/ Pasien diberikan obat acetilsistein via NGT, 15 menit kemudian diberikan					

		nebulizer Ventolin, saturasi 98%.					
	14.00	Mengobservasi tanda- tanda vital dan keadaan umum R/ TD : 144/82 mmHg Nadi : 98x/mnt, RR : 23x/mnt, SpO2 : 99%. Pasien somnolen, membuka mata jika dirangsang, setelah itu tidur kembali.					
	17.25	Memberikan asupan nutrisi R/ Pasien diberikan makanan cair 200 cc via NGT					
	18.00	Melakukan pemberian : Spironolacton 1x12,5 mg, Ventolin 3x1 inhalasi dan acetilsistein 3x1 per oral. R/ Pasien diberikan obat acetilsistein dan					

		spironolactone via NGT, 15 menit kemudian diberikan nebulizer Ventolin, saturasi 98%.					
	20.00	Memberikan citicoline 250 mg via IV R/ obat masuk sesuai dosis via IV.					
	22.35	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik R/ Pasien dilakukan suction, pasien tampak tenang, secret dapat keluar, bagian mulut bersih tidak ada dahak yang menumpuk, saturasi normal 99%					
	23.00	Memberi dukungan ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) R/ pasien dilakukan miring kiri dan kanan pada saat diganti baju					

		dan diseka, tidak ada luka tekan, pasien BAB saat diseka, tidak konstipasi.					
	24.00	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan R/ intake pasien dalam 24 jam terdiri dari makan cair, obat, dan cairan infus. Dalam 24 jam didapatkan hasil perhitungan sebagai berikut <i>Intake</i> = 1910 <i>Output</i> = 985 <i>IWL</i> = 37,5 <i>Balance</i> = +887,5					
	24.05	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ Setelah dilakukan perawatan pasien istirahat, ditempatkan diruangan yang tenang, dan pintu kamar selalu					

		tertutup setelah selesai tindakan.					
1,2, 3,4	21 Februari 2024	Memonitor status pernafasan, tanda-tanda vital R/ Pola nafas regular, bunyi nafas terdengar ronchi, tampak sesak, frekuensi nafas 37x/menit, saturasi oksigen 94%, nadi 139x/menit, irama regular, suhu 36,7°C, tekanan darah 151/91 mmHg, kesadaran somnolen, MAP = 111 mmHg	S : - Tidak dapat dikaji O : - Sekret berkurang, suara nafas masih terdengar ronchi - Tampak sesak, respirasi 22x/menit - Saturasi oksigen 99% - Tingkat kesadaran somnolen - Tekanan darah :137/82 mmHg - Nadi : 81x/menit - MAP : 100 mmHg - Tidak ada luka tekan - Tidak konstipasi - Pasien belum bisa	1,2, 3,4	23 Februari 2024	Memfasilitasi melakukan kegiatan ibadah R/ Pasien dibimbing doa sebelum makan per NGT Memonitor asupan nutrisi R/ pasien diberikan makan entramix 200 cc masuk per NGT Menyediakan privasi dan waktu tenang untuk melakukan aktivitas spiritual R/ pasien diberikan dzikir dan murotal yang diberikan binroh rumah sakit Melakukan pemberian ketorolac 30 mg IV dan citicoline 500 mg	S : - Keluhan verbal belum dapat dikaji O : - Pasien dengan tingkat kesadaran somnolen - Tekanan darah : 134/85 mmHg - Nadi : 87x/menit - SpO2 : 99% - Respirasi : 20x/menit - Suhu : 36,8°C - Respon nyeri meringis - Tidak ada kemerahan atau luka tekan pada bagian tubuh seperti bokong.
	07.10				07.00		
					07.05		
	07.15	Mempertahankan pemberian oksigen R/ Pasien masih terpasang oksigen 12 lpm via <i>nonrebreathing mask</i>			7.15		
	07.20	Memonitor asupan nutrisi			08.00		

		R/ makan cair 1x pulmosol 200 cc masuk via NGT, tidak ada muntah. Melakukan pemberian Citicoline 2x500 mg, candesartan 1x4 mg. Ventolin 3x1 inhalasi dan acetilsistein 3x1 per oral. R/ Pasien diberikan obat candesartan acetilsistein via NGT, citicoline via IV, dan dilakukan nebulizer Ventolin. Menganjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan atau orang lain R/ saat jam besuk pasien dikunjungi keluarganya dan diruangannya disipan speaker kecil untuk menyalakan murotal.	menggerakan anggota badannya, kelemahan pada anggota badan sebelah kiri - <i>Balance</i> cairan : +892,5 - Pasien belum mampu melakukan ibadah shalat, pasien hanya mendengarkan dzikir dan bacaan murottal Al-Qur'an A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi		08.10 09.55 10.05	R/ obat masuk via intravena/CVC hari ke 2 Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK R/ tekanan darah 159/94 mmHg, kesadaran somnolen, MAP = 115 mmHg, pola nafas regular. Memonitor tanda-tanda vital R/ tekanan darah 149/95 nadi 104x/menit, MAP : 113 mmHg, frekuensi nafas 20x/menit, suhu 36,6°C, saturasi 100%. Melakukan pijat kaki/ <i>foot massage</i> R/ Pasien diberikan terapi pijat 10 menit pada masing-masing kaki kiri dan kanan. Setelah selesai hasil TD : 131/86 mmHg, MAP : 101 mmHg N : 94	- Sudah BAB, tidak ada konstipasi - Pasien kelemahan anggota gerak belum bisa menggerakan anggota badannya dan belum mampu melakukan ibadah shalat A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
--	--	--	---	--	--	---	---

		Menyediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual R/ Pasien dibacakan ayat al-qur'an oleh keluarganya.				x/menit, RR :20x/menit, SpO2 : 100%.	
	12.10	Melakukan pijat kaki / <i>foot massage</i> . R/ Sebelum dilakukan terapi TD : 159/97, Nadi : 117x/mnt, MAP : 110 mmHg, RR : 24x/mnt, SpO2 : 98% , setelah dilakukan <i>foot massage</i> TD : 141/85, Nadi : 99x/mnt, MAP : 103 mmHg, RR : 20x/mnt, SpO2 : 100%			10.40	Memfasilitasi istirahat tidur R/ setelah selesai tindakan semua alat dan lingkungan tempat tidur dirapihkan, pasien istirahat diposisikan telentang dengan kepala dinaikan 30 derajat	
	12.40	Memberikan makan via NGT R/ Pasien mendapatkan makanan cair 200 cc pulmosol masuk via NGT, tidak ada muntah.			11.25	Memberi dukungan ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) R/ Pasien BAB, konsistensi lunak, tidak terjadi konstipasi. Saat ganti diapers pasien dilakukan miring kiri dan kanan, tidak ada luka tekan/iritasi kemerahan pada area bokong.	

	13.00	Melakukan pemberian : Ventolin 3x1 inhalasi dan acetilsistein 3x1 per oral. R/ Pasien diberikan obat acetilsistein via NGT, 15 menit kemudian diberikan nebulizer Ventolin, saturasi 98%.			12.10	Memonitor asupan nutrisi R/ makan cair entramix 200 cc masuk via NGT	
	14.00	Mengobservasi keadaan umum pasien R/ TD : 139/89, N : 89x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 100%			14.00	Monitor tanda-tanda vital R/ TD : 134/85 mmHg, MAP : 101 mmHg N : 87 x/menit, RR : 20x/menit, SpO2 : 100%.	
	15.00	Memberikan posisi semifowler R/ pasien diberikan posisi semifowler kembali setelah dilakukan ganti diapers karena BAB			14.10	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ pasien ditempatkan diruangan yang nyaman dan difasilitasi istirahat	
	17.00	Memberikan makan via NGT			16.00	Memberikan analgetic : ketorolac 3x30 mg via IV R/ obat masuk via IV sesuai dosis. Keterolac ke 2.	

		R/ Makanan cair pulmosol 200 cc masuk via NGT.			17.10	Memonitor asupan nutrisi	
	18.00	Melakukan pemberian Spironolacton 1x12,5 mg dan acetilsistein 3x1 per oral, Ventolin 3x1 inhalasi, citicoline 250 mg via IV R/ obat oral dicairkan masuk via NGT, citicoline masuk via IV, tidak ada humpalan darah diselang infus, dan tidak ada tanda infeksi di area penusukan infus, dilakukan nebulizer Ventolin, saturasi 98%.			19.00	Memfasilitasi melakukan kegiatan ibadah dan memberikan kunjungan ustadz R/ Pasien dengan kesadaran somnolen, belum mampu melakukan thaharah dengan tayamum dan sholat.	
	21.00	Mengobservasi keadaan umum pasien R/ TD : 140/89, N : 86x/mnt, RR : 19x/mnt, SpO2 : 100%			20.00	Memberikan obat citicoline 500 mg dan amlodipine 10 mg R/ obat citicoline masuk via CVC, CVC bersih tidak ada gumpalan darah. Obat amlodipine masuk via NGT.	

	22.40	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik R/ Pasien dilakukan suction, pasien tampak tenang, secret dapat keluar, bagian mulut bersih tidak ada dahak yang menumpuk, saturasi 100%.			23.00	Memberi dukungan ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) R/ Pasien kembali dilakukan miring kiri kanan saat diseka, pasien saat meringis saat dimiringkan, skala nyeri 4.	
	23.00	Memberi dukungan ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) R/ pasien dilakukan miring kiri dan kanan pada saat diganti baju dan diseka, <i>oral hygiene</i> , tidak ada luka tekan, diposisikan kembali semifowler 45 derajat, pasien diberikan bantalan air yang menggunakan <i>handscoon</i> pada ujung tumit.			24.00	Memberikan analgetic : ketorolac 3x30 mg via IV R/ obat ketorolac ke 3 masuk via IV/CVC.	
					24.05	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan R/ intake pasien dalam 24 jam terdiri dari makan cair, obat, dan cairan infus <i>Intake</i> = 1425 <i>Output</i> = 810 <i>IWL</i> = 31,25 <i>Balance</i> = +583	

	23.25	Meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang R/ Pasien ditempatkan di ruangan yang tenang, dan pintu kamar selalu tertutup setelah selesai tindakan.					
	24.00	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan R/ dalam 24 jam didapatkan hasil perhitungan sebagai berikut <i>Intake</i> = 1865 <i>Output</i> = 935 <i>IWL</i> = 37,5 <i>Balance</i> = +892,5					
1,2, 3,4	22 Februari 2024 07.10 WIB	Memonitor status pernafasan, tanda-tanda vital R/ Pola nafas regular, bunyi nafas masih terdengar ronchi, tampak tenang, frekuensi nafas	S : - Tidak dapat dikaji O : - Sputum berkurang, suara nafas masih terdengar ronchi	1,2, 3,4	24 Februari 2024 07.00	Memfasilitasi melakukan kegiatan ibadah R/ Pasien dibimbing doa sebelum makan per NGT	S : - Keluhan verbal tidak dapat dikaji (pasien afasia) O : - Pasien membuka mata

		22x/menit, saturasi oksigen 98%, nadi 90x/menit, irama regular, suhu 36,8°C, tekanan darah 137/86 mmHg, kesadaran somnolen, MAP = 103 mmHg,	- Sesak tampak berkurang, RR 20x/menit, saturasi oksigen 100%, nadi 72x/menit, irama regular, suhu 36,7°C, tekanan darah 131/82 mmHg, MAP = 98 mmHg.		08.00	Memonitor asupan nutrisi R/ pasien memberikan pasien makan cair entramix 200 cc masuk per NGT	spontan saat perawat akan melakukan tindakan
	07.05	Mempertahankan pemberian oksigen R/ Pasien diberikan oksigen 10 rpm via <i>nonrebreathing mask</i>	- Tingkat kesadaran CM afasia		08.15	Melakukan pemberian ketorolac 30 mg IV dan citicoline 500 mg R/ obat masuk via intravena/CVC hari ke 3	- Tingkat kesadaran compos mentis afasia - Tekanan darah : 132/83 mmHg - MAP : 99 mmHg - Nadi : 81x/menit
	07.20	Memberikan asupan nutrisi dan terapi obat R/ makan cair 1x pulmosol 200 cc masuk via NGT, acetilcistein 3x1, dan candesartan 4 mg via NGT.	- Tidak ada luka tekan - Tidak konstipasi - Pasien bisa mengikuti perintah dengan menggerakkan tangan kanannya saat akan diinfus.		09.50	Menyediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual R/ Pemberian jadwal obat dan makan sudah selesai, pasien mendengarkan doa, dzikir dan murotal al-qur'an oleh binroh rumah sakit	- SpO2 : 100% - Respirasi : 20x/menit - Suhu : 36,7°C - Masih terdapat respon meringis saat di posisikan miring
	08.00	Melakukan kolaborasi pemberian bronkodilator : Ventolin 3x1 inhalasi	- <i>Balance</i> cairan : +612,5		11.00	Memonitor tanda dan gejala peningkatan TIK R/ tekanan darah 139/82 mmHg, kesadaran	- Tidak ada kemerahan atau luka tekan pada bagian tubuh seperti bokong.

		R/ Pasien diberikan nebulizer 15 menit dan kembali dipasangkan oksigen 10 rpm via <i>nonbreathing mask</i>, saturasi 99%.	- Pasien belum mampu melakukan ibadah shalat, pasien hanya dibimbing untuk berdoa dan mendengarkan murotal Al-qur'an			somnolen, MAP = 101 mmHg, pola nafas regular.	- Pasien belum bisa menggerakkan anggota badannya.
	08.05	Melakukan pemberian Citicoline 2x500 mg, R/ pasien baru diinfus ulang, kesadaran compos mentis afasia, pasien dapat mengikuti perintah saat akan diifus "tangannya mengepal", obat masuk via IV.	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi		11.20	Memberikan edukasi kepada keluarga tentang cara mengontrol nyeri dan melakukan miring kiri kanan R/ keluarga mengatakan paham dengan anjuran miring kanan kiri untuk menghindari luka tekan, keluarga mengatakan biasanya mengompres pinggang dengan air hangat menggunakan buli-buli	- Pasien belum mampu melakukan ibadah A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
	09.00	Menyediakan privasi dan waktu tenang untuk aktivitas spiritual R/ Pemberian jadwal obat dan makan sudah selesai, pasien mendengarkan doa, dzikir dan murotal al-qur'an oleh binroh rumah sakit			12.00	Memonitor asupan nutrisi R/ makan cair entramix 200 cc masuk via NGT	
					14.00	Mengobservasi tanda-tanda vital R/ TD : 131/87 mmHg, MAP : 101 mmHg N :	

	12.00	Memberikan makan via NGT R/ pasien diberikan makanan cair pulmosol 200 cc, masuk via NGT dan diberikan obat acetilcistein via NGT.				85 x/menit, RR : 20x/menit, SpO2 : 100%.	
	13.00	Melakukan pemberian : Ventolin 3x1 inhalasi R/ pasien diberikan nebulizer Ventolin, saturasi 99%.			16.00	Memberikan analgetic : ketorolac 3x30 mg via IV R/ obat masuk via CVC sesuai dosis. Ketorolac ke 2.	
	14.00	Melakukan observasi keadaan umum pasien R/ TD : 136/89, N : 84x/mnt, RR : 20x/mnt, SpO2 : 100%			17.15	Memonitor asupan nutrisi R/ Pasien membuka mata spontan saat akan diberikan makan, diberikan makan cair entramix 200 cc masuk via NGT, tidak ada muntah.	
	14.30	Melakukan edukasi perawatan dirumah dengan mengajarkan keluarga mengubah posisi miring kiri kanan R/ keluarga mengatakan paham dengan cara melakukan			20.00	Memberikan obat citicoline 500 mg dan amlodipine 10 mg R/ obat citicoline masuk via CVC, CVC bersih tidak ada gumpalan	

		miring kiri kanan yang diajarkan perawat				darah. Obat amlodipine masuk via NGT.	
	17.00	Memberikan makan via NGT R/ Makanan cair pulmosol 200 cc masuk via NGT.			21.00	Monitor tanda-tanda vital R/ TD : 132/83 mmHg, MAP : 99 mmHg N : 87 x/menit, RR : 20x/menit, SpO2 : 100%.	
	18.00	Melakukan pemberian Spironolacton 1x12,5 mg dan acetilsistein 3x1 per oral. R/ obat masuk via NGT			22.40	Memberi dukungan ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) R/ Pasien diseka dan dimiringkan kiri kanan, sata dimiringkan terdapat respon nyeri dimana pasien meringis, tampak sekala nyeri 4	
	18.00	Melakukan pemberian : Ventolin 3x1 inhalasi R/ diberikan nebulizer Ventolin, saturasi 99%.					
	19.30	Memberikan kunjungan ustadz R/ Pasien diberikan kunjungan tim binroh rumah sakit (ustadz) untuk dilakukan bimbingan ibadah,			24.00	Memberikan analgetic : ketorolac 3x30 mg via IV R/ obat ketorolac ke 3 masuk via IV/CVC.	

		namun pasien belum bisa melakukan tharahah dengan tayamum, dan sholat, pasien dibimbing/dibacakan doa kesembuhan dan tetap diberikan bacaan murotal al-qur'an				Ganti verban CVC per 3 hari sudah dilakukan.	
	20.00	Memberikan citicoline 250 mg via IV R/ obat masuk sesuai dosis via IV, tidak ada bengkak pada area penusukan infus, tidak ada gumpalan darah pada selang infus.			24.05	Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan R/ intake pasien dalam 24 jam terdiri dari makan cair, obat, dan cairan infus <i>Intake</i> = 1650 <i>Output</i> = 953 <i>IWL</i> = 31,25 <i>Balance</i> = +665	
	21.00	Memonitor status pernafasan, tanda-tanda vital R/ Pola nafas regular, bunyi nafas terdengar masih ronchi, pasien tenang, frekuensi nafas 20x/menit, saturasi oksigen 99%, nadi					

		84x/menit, irama regular, suhu 36,7°C, tekanan darah 131/82 mmHg, kesadaran CM afasia, MAP = 98 mmHg.					
	22.00	Melakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik R/ Pasien dilakukan suction, pasien tampak tenang, secret dapat keluar, bagian mulut bersih tidak ada dahak yang menumpuk, saturasi 99%.					
	23.00	Memberi dukungan ambulasi fisik (misal ambulasi atau aktivitas sehari-hari) R/ pasien dilakukan miring kiri dan kanan pada saat diganti baju dan diseka, tidak ada luka tekan, diposisikan kembali semifowler 45					

	24.00	derajat, pasien diberikan bantalan air yang menggunakan <i>handscoon</i> pada ujung tumit. Memonitor <i>intake</i> dan <i>output</i> cairan R/ dalam 24 jam didapatkan hasil perhitungan sebagai berikut <i>Intake</i> = 1750 <i>Output</i> = 915 <i>IWL</i> = 37,5 <i>Balance</i> = +612,5				
--	-------	--	--	--	--	--

3.5 EVALUASI

Tabel 3. 14 Evaluasi

Pasien 1			Pasien 2		
Waktu	DX	Evaluasi	Waktu	DX	Evaluasi
23 Februari 2024	1	S : - Tidak dapat dikaji O : - Tingkat kesadaran compos mentis afasia - Tekanan darah : 132/87 mmHg - Nadi : 76 x/menit	24 Februari 2024	1	S : - Tidak dapat dikaji O : - Tingkat kesadaran compos mentis afasia - Tekanan darah : 132/83 mmHg - Nadi : 86 x/menit

		A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan, rencana pindah ruang rawat inap biasa.			A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan
23 Februari 2024	2	S : - Tidak dapat dikaji O : - Masih terdapat sputum - Suara nafas ronchi berkurang - Sesak/dispneu menurun - Saturasi oksigen 99% - Frekuensi nafas 21x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	24 Februari 2024	2	S : - Keluhan secara verbal tidak dapat dikaji O : - Pasien masih meringis jika dilakukan miring kiri kanan - Skor nyeri 3 (nyeri sedang) menggunakan CPOT - Tanda-tanda vital dalam batas normal : - Tekanan darah : 132/83 mmHg - Nadi : 86x/menit - SpO2 : 100% - Respirasi : 20x/menit - Suhu : 36,7°C A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi
23 Februari 2024	3	S : - Tidak dapat dikaji O : - Tidak ada luka tekan pada bagian menonjol seperti siku, bokong, tumit. - Tidak terjadi konstipasi - Pergerakan sendi masih terbatas, pasien kelemahan anggota gerak kiri A : Masalah teratasi sebagian	24 Februari 2024	3	S : - Keluhan secara verbal tidak dapat dikaji O : - Tidak ada luka tekan pada bagian menonjol seperti siku, bokong, tumit. - Tidak terjadi konstipasi - Pergerakan sendi masih terbatas, hemiparase kiri A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

		P : lanjutkan intervensi, rencana pindah ruang rawat inap biasa			
23 Februari 2024	4	S : - Tidak dapat dikaji O : - Pasien belum bisa dapat melakukan ibadah shalat - Pasien terus diberikan doa, dzikir, dan murotal dari binroh dan keluarga jika menjenguk. - Respon muka pasien tenang, tidak ada gelisah. A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi		4	S : - Tidak dapat dikaji O : - Pasien belum bisa dapat melakukan ibadah shalat - Pasien terus diberikan doa, dzikir, dan murotal dari binroh - Respon muka pasien tenang A : Masalah belum teratasi P : lanjutkan intervensi