BAB III

LAPORAN KASUS, HASIL DAN ANALISA

A. Laporan Kasus

1. Pengkajian

Hasil Anamesis Biodata dan Riwayat Kesehatan

Pasien dengan *Stroke infark*

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Ny. E	Tn. D
Jenis Kelamin	Perempuan	Laki-laki
Umur	79 Tahun	56 Tahun
Status Pekerjaan	Mengurus Rumah Tangga	Wiraswasta
Agama	Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	SMA	SMA
Alamat	Jln. Girang Deukeut 3/9 Banjaran Kulon	Kp. Bojong Soang
Diagnosis Medis	Stroke infark	Stroke infark
Nomor Rekam Medis	231254	863544
MRS/Tanggal Pengkajian	05 Februari 2024 pukul 17.30 WIB / 26 Februari 2024	25 Februari 2023 pukul 16.00/ 26 Februari 2024
Keluhan Utama	Pasien tidak sadar diri	Pasien tidak sadarkan diri
Riwayat Penyakit Sekarang	Kronologis pasien masuk rumah sakit : Pasien masuk IGD rumah sakit tanggal 05 Februari 2024 pukul 17.30 WIB	Kronologis pasien masuk rumah sakit : Pasien masuk IGD rumah sakit tanggal 25 Februari 2024 pukul 16.00 WIB Keluarga mengatakan

	dengan penurunan kesadaran sejak 3 hari. Penanganan saat di IGD Pasien dikonsulkan dengan dokter, kesadaran stupor, pasien diberikan O2 12 liter/menit NRM, terpasang infus 2A pasien diposisikan posisi *head up* 30 derajat, monitor *intake output*, pasien diobservasi TTV. Pasien dilakukan pemeriksaan rontgen thorax dan CT scan kepala. Saat di IGD pasien diberi citicolin 2 x 500 gr. Setelah di observasi beberapa jam di IGD pasien dipindahkan ke ruang GICU. Riwayat PQRST : Keluarga pasien mengatakan pasien tampak lemas dan tidak sadarkan diri. Pasien hanya	mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan kaki dan tangannya sebelah kanan, tidak bisa menelan dan berbicara. Keluarga mengatakan pasien sebelumnya mengalami diare sudah 2 hari tidak dibawa ke rumah sakit. Hari kedua setelah gejala lemah dan sulit bicara keluarga membawa pasien ke IGD RS Al Ihsan. Pasien sudah mengalami penurunan kesadaran. Penanganan saat di IGD : Pasien dikonsulkan dengan dokter, kondisi pasien tidak sadarkan diri, kesadaran stupor dengan GCS E2M2V1, pasien diberikan O2 10 liter/mnt NRM, terpasang infus 2A di tangan kiri, terpasang NGT, DC, terpasang opa pasien diposisikan posisi *head up* 30 derajat, monitor

	berbaring di tempat tidur. Dari keluhan tersebut pasien tidak dapat melakukan aktivitas dan ADL. Penurunan kesadaran terjadi sejak 3 hari yang lalu. Pasien sempat terpasang ventilator pada hari ke - 7 perawatan. Pada hari ke -13 sudah dilakukan extubasi. Pengkajian dilakukan pada hari ke-20 perawatan. Pasien tampak tidak sadarkan diri dengan GCS 6 stupor (E2V2M2). Pasien dapat membuka mata saat diberi rangsangan nyeri, verbal pasien mengerang, dan ketika diberi rangsang nyeri motorik pasien deserebrasi.	*intake output*, pasien diobservasi TTV. Dilakukan pemeriksaan thorax dan CT scan kepala. Saat di IGD pasien diberi citicolin 2 x 500 gr. Setelah di observasi beberapa jam di IGD pasien dipindahkan ke ruang GICU. Riwayat PQRST : Keluarga pasien mengatakan pasien tampak lemas dan tidak sadarkan diri. Keluhan mengganggu aktivitas sehingga pasien tidak beraktivitas.
Riwayat penyakit sebelumnya	Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat penyakit hipertensi	Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai riwayat hipertensi.

Riwayat kesehatan keluarga	Keluarga mempunyai riwayat penyakit hipertensi	Keluarga mengatakan tidak ada riwayat keluarga dengan penyakit yang sama tetapi keluarga mempunyai riwayat penyakit hipertensi.

Hasil Observasi dan Pemerikasaan Fisik pada
Pasien dengan *Stroke infark*

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
Keadaan Umum	Pada saat pengkajian pasien dirawat hari ke 0 , pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 6 (E2,V2,M2**)** stupor. TD : 143/62 mmHg N : 115 x/menit R : 24 x/menit S : 35,6°C Saturasi : 98% BB : 55 Kg	Pada saat pengkajian pasien dirawat hari ke 0 , pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 5 (E2,V2,M2**)** stupor. TD : 101/78 mmHg N : 87 x/menit R : 31 x/menit S : 36,1°C Saturasi : 98 % BB : 45 Kg
Ketidaknyamanan/Nyeri	Tidak Ada	Tidak Ada
Resiko jatuh	Ya	Ya

Statuts fungsional	Bantuan penuh	Bantuan penuh
Pemeriksaan Fisik	a. Sistem Pernapasan *Work of breathing* ada, menggunakan alat bantu napas NRM 12 liter/menit. Jalan napas bersih, bunyi napas ronchi, tidak terdapat bau napas keton. Retraksi dada simetris. Pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, pernapasan bibir, dan pernapasan cuping hidung. Posisi trachea lurus. Tidak ada jejas/lebam pada dada, luka terbuka dada, dan krepitasi. Hasil perkusi pekak.. b. Sistem Persarafan	a. Sistem Pernapasan b. *Work of breathing* ada, menggunakan alat bantu napas NRM 15 liter/menit. Jalan napas terdapat sumbatan sputum, bunyi napas gargling, terpasang opa, tidak terdapat bau napas keton. Retraksi dada simetris. Pasien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, pernapasan bibir, dan pernapasan cuping hidung. Posisi trachea lurus. Tidak ada jejas/lebam pada dada, luka terbuka dada, dan krepitasi. Hasil perkusi sonor pada area paru dan

	FOUR Score : 8 mata 1, motoric 1, refleks batang otak (pupil kornea) 4 , respirasi 2 GCS Score: 6 (Sopor) E 2, M 2, V 2 ABCD^2 Stroke Score = 5 (moderate) Diameter pupil simetris, refleks cahaya kontriksi saat didekatkan cahaya, dan kembali saat dijauhkan dari cahaya. Mean Arterial Pressure (MAP) 100,33 mmHg (Diastolik + 1/3 pulse pressure) Pasien tidak mengalami kejang, tidak terdapat tanda *dolls eyes*, pasien mengalami paralisis pada anggota gerak kanan kiri atas dan bawahnya. c. Sistem Kardiovaskular	dullnesss pada jantung. b. Sistem Persarafan FOUR Score : 8 mata 1, motoric 1, refleks batang otak (pupil kornea) 4 , respirasi 2 GCS Score: 5 (Sopor) E 2, M 2, V 1 ABCD^2 Stroke Score = 5 (moderate) Diameter pupil simetris, refleks cahaya kontriksi saat didekatkan cahaya, dan kembali saat dijauhkan dari cahaya Mean Arterial Pressure (MAP) 107 mmHg (Diastolik + 1/3 pulse pressure) Pasien tidak mengalami kejang, tidak terdapat tanda *dolls eyes*, pasien mengalami paralisis pada anggota gerak

	Gambaran jantung Sinus takikardi. Rentang tekanan darah 117-148/ 65-72 mmHg . Rentang frekuensi nadi 83-121 x/menit. Irama nadi teratur. Akral dingin, warna kulit pucat. Konjungtiva anemis, CRT < 2 detik, tidak terdapat peningkatan JVP. Bunyi jantung S1 dan S2. Ictus cordis terlihat pada ICS 5 midclavicula kiri. Tidak terdapat perdarahan d. Sistem pencernaan Pasien terpasang NGT, tidak terdapat ascites, tidak terdapat distensi abdomen, bising usus +- 4 x/menit, tidak terdapat masaa, tidak teraba hepatomegaly, tidak terdapat mual muntah. Frekuensi BAB jarang, konsistensi lunak, tidak terdapat tonjolan hernia, tidak terdapat konstipasi	kanan kiri atas dan bawahnya. c. Sistem Kardiovaskular Gambaran jantung Sinus takikardi. Rentang tekanan darah 101-137/ 69-77 mmHg .. Irama nadi teratur. Akral dingin, warna kulit pucat. Konjungtiva anemis, CRT > 2 detik, tidak terdapat peningkatan JVP. Bunyi jantung S1 dan S2. Ictus cordis terlihat pada ICS 5 midclavicula kiri. Tidak terdapat perdarahan d. Sistem pencernaan Pasien terpasang NGT, tidak terdapat ascites, tidak terdapat distensi abdomen, bising usus +- 5 x/menit, tidak terdapat masaa, tidak

	e. Sistem perkemihan Pasien menggunakan kateter urine, jumlah urine 1.400 cc/24 jam. Konsistensi urine cair, warna urine kuning, bau khas urine. Intake cairan 24 jam terakhir 1.904 cc - Infus 504 cc - Makan/minum 1100 cc - Cairan oplos obat 100 cc Balancing 24 jam terakhir +504 cc Penggunaan Kateter urine 4 hari. Pasien tidak mengalami retensi urine. Turgor kulit baik. f. Sistem musculoskeletal **1** | **1** **1** | **1**	teraba hepatomegaly, tidak terdapat mual muntah. Frekuensi BAB sering, konsistensi cair, tidak terdapat tonjolan hernia e. Sistem perkemihan Pasien menggunakan kateter urine, jumlah urine 985 cc/24 jam. Konsistensi urine cair, warna urine kuning, bau khas urine. Intake cairan 24 jam terakhir 1.100 cc - Infus 600 cc - Makan/minum 400 cc - Cairan oplos obat 100 cc Balancing 24 jam terakhir +115 cc Penggunaan Kateter urine 2 hari. Pasien

	Rentang gerak ekstremitas atas dan bawah < 45^0 Tidak terdapat fraktur. g. Sistem Integumen Tidak terdapat luka, kondisi kulit bersih, distribusi rambut merata dan kebersihan rambut kotor.	tidak mengalami retensi urine. Turgor kulit baik. f. Sistem musculoskeletal **1** | **1** **1** | **1** Rentang gerak ekstremitas atas dan bawah < 45^0 Tidak terdapat fraktur. g. Sistem Integumen Tidak terdapat luka, kondisi kulit bersih, distribusi rambut merata dan kebersihan rambut kotor.
Kondisi Psikis dan Spiritualitas	Status mental tidak dapat terkaji Spiritualitas dibantu penuh, jenis ibadah dibantu yaitu doa/dzikir. Tampak keluarga sering melantunkan ayat suci al-quran saat berkunjung pada pasien.	Kondisi mental tidak dapat terkaji Spiritualitas dibantu penuh, jenis ibadah dibantu doa/dzikir. Melibatkan keluarga.

Skrinning Gizi (Berdasarkan *Malnutrition Screening Tool/ MST)*	1. Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ? Tidak yakin/tidak tahu/ terasa baju lebih longgar (2) 2. Apakah asupan makan berkurang karena berkurangnya nafsu makan? Ya (1) Total skor 3 3. BB/TB = 55 kg/ 157 cm BMI : 22,35 (normal) 4. Pasien dengan dianosa khusus : Ya (Stroke)	Apakah pasien mengalami penurunan berat badan yang tidak diinginkan dalam 6 bulan terakhir ? Tidak yakin/tidak tahu/ terasa baju lebih longgar (2) 2. Apakah asupan makan berkurang karena berkurangnya nafsu makan? Ya (1) Total skor 3 3. BB/TB = 45 kg/ 160 cm BMI : 22,35 (normal) 4. Pasien dengan dianosa khusus : Ya (Stroke)
Hitung kebutuhan kalori pasien	Harris Benedict = BMR X Faktor aktivitas fisik BMR = 655 + (9,6 × berat badan) + (1,8 × tinggi badan) – (4,7 × usia) = 655+ (9,6 x 55) + (1,8 x 157) – (4,7 x 79) = 655 + 528 + 282,6 – 371,3 = 1.094,3	Harris Benedict = BMR X Faktor aktivitas fisik BMR = 66 + (13,7 × berat badan) + (5 × tinggi badan) – (6,8 × usia) = 66 (13,7 x 45) + (5x160) – (6,8x73) = 1.977,9

	Faktor aktivitas fisik Hampir tidak pernah berolahraga = x 1,2 Jarang berolahraga = x 1,3 Sering berolahraga atau aktivitas berat = x 1,4 BMR X Faktor aktivitas fisik = 1.094,3 x 1,2 = 1.313,16 kkal	Faktor aktivitas fisik Hampir tidak pernah berolahraga = x 1,2 Jarang berolahraga = x 1,3 Sering berolahraga atau aktivitas berat = x 1,4 BMR X Faktor aktivitas fisik = 1.977,9 x 1,2 = 2.373,48 kkal

SCORING PASIEN ICU

Pasien 1				
ASPEK PENILAIAN	**METODE**	**INDIKATOR**	**SKOR**	**INTERPRETASI**
Stroke 1a. Tingkat kesadaran 0 = Sadar penuh 1 = Tidak sadar penuh : dapat dibangunkan dengan stimulasi minor (Suara) 2 = Tidak sadar penuh : berespon dengan stimulasi berulang atau stimulus nyeri 3 = Koma ; tidak sadar dan tidak berespon 1b. Menjawab pertanyaan 0 = Benar semua 1 = 1 benar/ETT/disartria 2 = Tidak mampu melakukan perintah 1c. Mengikuti perintah 0 = mampu melakukan 2 perintah 1 = mampu melakukan 1 perintah	NIHSS	Tingkat kesadaran = 2 Menjawab pertanyaan = 1 Mengikuti perintah = 2 Gaze : Gerakan mata konyugat horintal = 2 Visual : Lapang pandang pada tes konfrontasi = 2 Paresis wajah = 2 Motorik lengan = 4 Motorik tungkai = 4 Ataksia anggota gerak = 2 Sensorik = 1 Bahasa terbalik = 1 Disartria = 2 Pengabaian & inatensi *(neglect)* = 2	27	Defisit neurologis sangat berat

2 = tidak mampu melakukan perintah 2. Gaze ; Gerakan mata konyugat horizontal 0 = Normal 1 = Paresis *gaze* parsial pada 1 atau 2 mata, terdapat *abnormal gaze* namun *forced deviation* atau *paresis gaze* tidak ada 2 = *Forces deviation*, atau paresis *gaze* total tidak dapat diatasi dengan maneuver okulosefalik 3. Visual : Lapang pandang pada tes konfrontasi 0 = Tidak ada gangguan 1 = Paralisis minor (*sulcus nasolabial* rata, asimetri saat tersenyum) 2 = Paralisis parsial (paralisis total atau *near total* dari wajah bagian bawah) 3 = Paralisis komplit dari sau atau kedua sisi wajah (tidak ada gerakan pada sisi wajah atas maupun bawah) 4. Paresis wajah 0 = Normal 1 = Paralisis minor (sulcus nasolabial rata, asimetri saat tersenyum) 2 = Paralisis parsial (paralisis total atau neartotal dari wajah bagian bawah)				

3 = Paralisis komplit dari satu atau kedua sisi wajah (tidak ada gerakan pada sisi wajah atas maupun bawah) 5. Motorik lengan 0 = Tidak ada drift; lengan dapat diangkat 90 (45)°, selama minimal 10 detik penuh 1 = Drift; lengan dapat diangkat 90 (45) namun turun sebelum 10 detik, tidak mengenai tempat tidur 2 = Ada upaya melawan gravitasi; lengan tidak dapat diangkat atau dipertahankan dalam posisi 90 (45)°, jatuh mengenai tempat tidur, nhamunada upaya melawan gravitasi 3 = Tidak ada upaya melawan gravitasi, tidak mampu mengangkat, hanya bergeser 4 = Tidak ada gerakan UN = Amputasi atau fusi sendi, jelaskan…… 6. Motorik tungkai 0 = Tidak ada drift; tungkai dapat dipertahankan dalam posisi 30° minimal 5 detik 1 = Drift; tungkai jatuh persis 5 detik, namun tidak mengenai tempat tidur 2 = Ada upaya melawan gravitasi; tungkai jatuh mengenai tempat tidur dalam 5 detik, namun ada upaya melawan gravitasi				

3 = Tidak ada upaya melawan gravitasi 4 = Tidak ada gerakan UN = amputasi atau fusi sendi, jelaskan…… 7. Ataksia anggota gerak 0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstremitas 2 = Ataksia pada 2 atau lebih ekstremitas UN = Amputasi atau fusi sendi, jelaskan…… 8. Sensorik 0 = Normal; tidak ada gangguan sensorik 1 = Gangguan sensorik ringan-sedang; sensasi disentuh atau nyeri berkurang namun masih terasa disentuh 2 = Gangguan sensorik berat; tidak merasakan sentuhan di wajah, lengan, atau tungkai 9. Bahasa terbalik 0 = Normal; tidak ada afasia 1 = Afasia ringan-sedang; dapat berkomunikasi namun terbatas. Masih dapat mengenali benda namun kesulitan bicara percakapan dan mengerti percakapan 2 = Afasia berat; seluruh komunikasi melalui ekspresi yang				

terfragmentasi, dikira-kira dan pemeriksa tidak dapat memahami respons pasien 3 = Mutisme, afasia global; tidak ada kata-kata yang keluar maupun pengertian akan katakata 10. Disartria 0 = Normal 1 = Disartria ringan-sedang; pasien pelo setidaknya pada beberapa kata namun meski berat dapat dimengerti 2 = Disartria berat; bicara pasien sangat pelo namun tidak afasia UN = Intubasi atau hambatan fisik lain, jelaskan…… …… 11). Pengabdian & Inatensi (*Neglect)* 0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut; visual, tactile, auditory, spatial, or personal inattention. 2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas				
Stroke	ABCD² Stroke Score	a) Usia : 1 b) Tekanan darah : 1 sistolik (>140 mmHg) atau tekanan darah diastolik (> 90 mmHg) c) Clinical features : 2	6	Risiko stroke tinggi (*high risk*)

		d) Durasi : 2 (>60 menit) e) Diabetes : 0		
a. Respon mata b. Respon motorik c. Respon batang otak d. Respon pola pernafasan	FOUR Score	a. E 1 = Kelopak mata tertutup namun terbuka oleh rangsang nyeri b. M 1 = Respons ekstensi c. B 4 = Terdapat refleks pupil dan kornea d. A 2 = tidak di intubasi dan pola napas tidak teratur	8 (resiko sedang)	1. 0-7 : Resiko kematian tinggi (71%) 2. 8-14 Resiko sedang (20%) 3. 15-16 Resiko rendah (0,8%)
a. Respon Mata b. Respon verbal c. Respon gerakan tubuh	GCS	a. E = Nilai (2) untuk mata terbuka dengan rangsangan nyeri b. M = Nilai (2) ekstensi lengan, adduksi, endorotasi, pronasi. c. V = Nilai (2) Suara tidak jelas, mengerang, bergumam	GCS Score : 6 E2 M2 V1 Stupor	a. Compos mentis nilai GCS 14-15 b. apatis nilai GCS 12-13 c. delirium nilai GCS 10-11 d. somnolen nilai GCS 7-9 e. sopor nilai GCS 5-6 f. semi koma nilai GCS 4 g. Koma nilai GCS 3
1. Riwayat Jatuh 2. Diagnosis sekunder > 1 3. Alat bantu jalan - bedrest dibantu perawat - penopang, tongkat/walker - furniture 4. memakai infus	Morse falls scale	1. Riwayat Jatuh = tidak 0 2. Diagnosis sekunder > 1 = ya 15 3. Alat bantu jalan bedrest dibantu perawat = 0 4. memakai infus ya 20	Morse falls scale : 50 (resiko rendah)	0-24 : tidak beresiko 20-50 : resiko rendah Lebih dari 51 resiko tinggi

5. cara berjalan/berpindah - normal/bedrest/immobilisasi - lemah - terganggu 6. status mental orientasi sesuai kemampuan diri - lupa keterbatasan diri		5. cara berjalan/berpindah - normal/bedrest/immobilisasi = 0 3. status mental : keterbatasan (penurunan kesadaran) = 15		

Pasien 2				
ASPEK PENILAIAN	**METODE**	**INDIKATOR**	**SKOR**	**INTERPRETASI**
Stroke 1a. Tingkat kesadaran 0 = Sadar penuh 1 = Tidak sadar penuh : dapat dibangunkan dengan stimulasi minor (Suara) 2 = Tidak sadar penuh : berespon dengan stimulasi berulang atau stimulus nyeri 3 = Koma ; tidak sadar dan tidak berespon 1b. Menjawab pertanyaan 0 = Benar semua 1 = 1 benar/ETT/disartria 2 = Tidak mampu melakukan perintah 1c. Mengikuti perintah 0 = mampu melakukan 2 perintah 1 = mampu melakukan 1 perintah 2 = tidak mampu melakukan perintah	NIHSS	Tingkat kesadaran = 2 Menjawab pertanyaan = 1 Mengikuti perintah = 2 Gaze : Gerakan mata konyugat horintal = 2 Visual : Lapang pandang pada tes konfrontasi = 2 Paresis wajah = 2 Motorik lengan = 4 Motorik tungkai = 4 Ataksia anggota gerak = 2 Sensorik = 1 Bahasa terbalik = 1 Disartria = 2 Pengabaian & inatensi *(neglect)* = 2	27	Defisit neurologis sangat berat

2. Gaze ; Gerakan mata konyugat horizontal 0 = Normal 1 = Paresis *gaze* parsial pada 1 atau 2 mata, terdapat *abnormal gaze* namun *forced deviation* atau *paresis gaze* tidak ada 2 = *Forces deviation*, atau paresis *gaze* total tidak dapat diatasi dengan maneuver okulosefalik 3. Visual : Lapang pandang pada tes konfrontasi 0 = Tidak ada gangguan 1 = Paralisis minor (*sulcus nasolabial* rata, asimetri saat tersenyum) 2 = Paralisis parsial (paralisis total atau *near total* dari wajah bagian bawah) 3 = Paralisis komplit dari sau atau kedua sisi wajah (tidak ada gerakan pada sisi wajah atas maupun bawah) 4. Paresis wajah 0 = Normal 1 = Paralisis minor (sulcus nasolabial rata, asimetri saat tersenyum) 2 = Paralisis parsial (paralisis total atau neartotal dari wajah bagian bawah) 3 = Paralisis komplit dari satu atau kedua sisi wajah				

(tidak ada gerakan pada sisi wajah atas maupun bawah) 5. Motorik lengan 0 = Tidak ada drift; lengan dapat diangkat 90 (45)°, selama minimal 10 detik penuh 1 = Drift; lengan dapat diangkat 90 (45) namun turun sebelum 10 detik, tidak mengenai tempat tidur 2 = Ada upaya melawan gravitasi; lengan tidak dapat diangkat atau dipertahankan dalam posisi 90 (45)°, jatuh mengenai tempat tidur, nhamunada upaya melawan gravitasi 3 = Tidak ada upaya melawan gravitasi, tidak mampu mengangkat, hanya bergeser 4 = Tidak ada gerakan UN = Amputasi atau fusi sendi, jelaskan…… 6. Motorik tungkai 0 = Tidak ada drift; tungkai dapat dipertahankan dalam posisi 30° minimal 5 detik 1 = Drift; tungkai jatuh persis 5 detik, namun tidak mengenai tempat tidur 2 = Ada upaya melawan gravitasi; tungkai jatuh mengenai tempat tidur dalam 5 detik, namun ada upaya melawan gravitasi 3 = Tidak ada upaya melawan gravitasi				

4 = Tidak ada gerakan UN = amputasi atau fusi sendi, jelaskan…… 7. Ataksia anggota gerak 0 = Tidak ada ataksia 1 = Ataksia pada satu ekstremitas 2 = Ataksia pada 2 atau lebih ekstremitas UN = Amputasi atau fusi sendi, jelaskan…… 8. Sensorik 0 = Normal; tidak ada gangguan sensorik 1 = Gangguan sensorik ringan-sedang; sensasi disentuh atau nyeri berkurang namun masih terasa disentuh 2 = Gangguan sensorik berat; tidak merasakan sentuhan di wajah, lengan, atau tungkai 9. Bahasa terbalik 0 = Normal; tidak ada afasia 1 = Afasia ringan-sedang; dapat berkomunikasi namun terbatas. Masih dapat mengenali benda namun kesulitan bicara percakapan dan mengerti percakapan 2 = Afasia berat; seluruh komunikasi melalui ekspresi yang terfragmentasi, dikira-kira				

dan pemeriksa tidak dapat memahami respons pasien 3 = Mutisme, afasia global; tidak ada kata-kata yang keluar maupun pengertian akan katakata 10. Disartria 0 = Normal 1 = Disartria ringan-sedang; pasien pelo setidaknya pada beberapa kata namun meski berat dapat dimengerti 2 = Disartria berat; bicara pasien sangat pelo namun tidak afasia UN = Intubasi atau hambatan fisik lain, jelaskan…… …… 11). Pengabdian & Inatensi (*Neglect)* 0 = Tidak ada neglect 1 = Tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut; visual, tactile, auditory, spatial, or personal inattention. 2 = Tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas				
Stroke	ABC D^2 Stroke Score	f) Usia : 0 g) Tekanan darah : 0 sistolik (>140 mmHg) atau tekanan darah diastolik (> 90 mmHg) h) Clinical features : 2 i) Durasi : 2 (>60	4	Risiko stroke sedang (moderate)

		menit) j) Diabetes : 0		
e. Respon mata f. Respon motorik g. Respon batang otak h. Respon pola pernafasan	FOUR Score	e. E 1 = Kelopak mata tertutup namun terbuka oleh rangsang nyeri f. M 1 = Respons ekstensi g. B 4 = Terdapat refleks pupil dan kornea h. A 2 = tidak di intubasi dan pola napas tidak teratur	8 (resiko sedang)	6. 0-7 : Resiko kematian tinggi (71%) 7. 8-14 Resiko sedang (20%) 8. 15-16 Resiko rendah (0,8%)
a. Respon Mata b. Respon verbal c. Respon gerakan tubuh	GCS	a. E = Nilai (2) untuk mata terbuka dengan rangsangan nyeri b. M = Nilai (2) ekstensi lengan, adduksi, endorotasi, pronasi. c. V = Nilai (1) tidak ada	GCS Score : 5 E2 M2 V1 Stupor	a. Compos mentis nilai GCS 14-15 b. apatis nilai GCS 12-13 c. delirium nilai GCS 10-11 d. somnolen nilai GCS 7-9 e. sopor nilai GCS 5-6 f. semi koma nilai GCS 4 g. Koma nilai GCS 3
1. Riwayat Jatuh 2. Diagnosis sekunder > 1 3. Alat bantu jalan - bedrest dibantu perawat - penopang, tongkat/walker - furniture 9. memakai infus 10. cara berjalan/berpindah	Morse falls scale	1. Riwayat Jatuh = tidak 0 2. Diagnosis sekunder > 1 = ya 15 3. Alat bantu jalan bedrest dibantu perawat = 0 4. memakai infus ya 20 5. cara berjalan/berpindah	Morse falls scale : 50 (resiko rendah)	0-24 : tidak beresiko 20-50 : resiko rendah Lebih dari 51 resiko tinggi

- normal/bedrest/immobilisasi - lemah - terganggu 6. status mental orientasi sesuai kemampuan diri - lupa keterbatasan diri		- normal/bedrest/immobilisasi = 0 3. status mental : keterbatasan (penurunan kesadaran) = 15		

Data Penunjang

PASIEN 1

Pemeriksaan Laboratorium

A. JENIS PEMERIKSAAN	**Hasil Pasien 1**	**Hasil Pasien 2**	**NILAI RUJUKAN**	**KET**
	Tanggal 26/02/2024	**Tanggal 26/02/2024**		
Hematologi				
Haemoglobin	16,8	15,8	12-16 g/dl	
Leukosit	9.360	11.400	3.800-10.600 sel/ul	**Tinggi**
Eritrosit	5,8	5,07	3,6-5,8 jt/ul	
Hematokrit	49,9%	47,5	35-47 %	**Tinggi**
Trombosit	245.000	256.000	150.000-440.000	
MCV	85,5	84,3	80-100	
MCH	28,8	27	26-34	

MCHC	33,7	33,5	32-36	
RDW-CV	16,3	13,2	11,5-14,5	**Tinggi**
Kimia Klinik				
Albumin	2,5		3,7 – 5,3 g/dL	**Rendah**
SGOT	80	20 Ul	10-34	
SGPT	100	26	9-43	
Ureum		43	10-50 mg/dl	
Kreatinin		0.93	0.9-1.15	
Gula darah sewaktu	125	118	70-200	
Elektrolit				
Natrium	135	142	134-145 mmol/L	
Kalium	3,9	3.9	3,6-5,6 mmol/L	
Kalsium	1,02		1,15-1,35	
Troponin				
Troponin Hs		Non reactive	52 ng/dl	
Analisa gas darah				
pH	7,508		7,35-7,45	
PCO2	31,1 mmHg		32-42	
PO2	137 mmHg		80-108	
HCO3	24,7 mmol/L		22-26	

Saturasi O2	99 %		95-98	
TCO2	26 mmol/L		22-29	
Kimia Darah				
Kolesterol		205 mg/dl	<200 mg/dl	

Pemeriksaan diagnostic

	Pasien 1	**Pasien 2**
JENIS PEMERIKSAAN	**KESAN**	**KESAN**
CT Scan	Tanggal : 16/01/2024 White matter lesion (small vessel ischmenia) di periventrikuler lateralis bilateral Subcortical arteriosclerotic Encepalopathy (SAE) CT scan tidak menunjukkan adanya perdarahan	Tanggal : 25/02/2024 Infark serebri daerah corona radiata dan centrum semi ovale kiri Atrofi serebri senilis Tidak ada tanda tanda perdarahan intracranial
Rontgen Thorax	Tanggal : 27/02/2024	Tanggal : 25/02/2024

	- Tampak perselubungan opak inhomogen di lapang bawah paru kanan - Tampak perselubungan opak homogeny di hemithorak lateral bawah kiri - Pneumonia kanan - Efusi pleura kiri	Kardiomegali tanpa bendungan paru Pulmo tidak tampak kelainan Scoliosis vertebra torakalis Atherosclerosis aorta

Terapi Obat

Pasien 1				**Pasien 2**			
Tanggal pemberian	**Obat**	**Dosis**	**Rute**	**Tanggal**	**Obat**	**Dosis**	**Rute**
26/02/2024	Ceftazidime	3 x 2 gr	IV	26/02/2024	Bisoprolol	2 x 5 mg	IV
26/02/2024	Amikasin	1 x 1 gr	IV	26/02/2024	Ramipril	2 x 1 gr	IV
26/02/2024	Citicolin	2 x 500 gr	IV	26/02/2024	Citicolin	2 x 500 gr	IV

26/02/2024	Lasix	1 x 1	IV	28/02/2024	Raifash	0,1 mcg/kgbb	IV
26/02/2024	Omeprazole	1x 40 mg	IV	28/02/2024	Dobutamine	10 mcg/kg	IV
26/02/2024	Asam folat	1 x 1	oral				
26/02/2024	Sprinolactone	1 x 12 gr	Oral				
26/02/2024	Warfarin	1 x 20	Oral				
26/02/2024	Candesartan	1 x 4 mg	Oral				
26/02/2024	Atorvastatin	4 x 20	Oral				
26/02/2024	Bicnat	3 x 1	Oral				
26/02/2024	Callos	3 x 1	Oral				
26/02/2024	Aminefron	3 x 1	Oral				
26/02/2024	Acetylcysteine	3 x 1	Oral				
26/02/2024	Vip Albumin	3 x 1	Oral				
26/02/2024	Curcuma	4 x 1	Oral				

Analisa Data

Pasien I

Pasien I			Pasien 2		
DATA	**ETIOLOGI**	**MASALAH**	**DATA**	**ETIOLOGI**	**MASALAH**
DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran - Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi	Faktor resiko stroke (Trombus, emboli, hipertensi) ↓ Aterosklerosis ↓ Thrombosis serebral Menyumbat arteri di otak ↓ Sel otak kekurangan	Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D.0066)	**DS :** - Keluarga mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran, tidak dapat menggerakkan kaki dan tangannya sebelah kanan, tidak bisa menelan dan berbicara.	Faktor resiko stroke (Trombus, emboli, hipertensi) ↓ Aterosklerosis ↓ Thrombosis serebral Menyumbat arteri di otak ↓ Sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi	Penurunan kapasitas adaptif intracranial (D.0066)

DO : - FOUR Score : 8 - GCS Score: 6 (kesadaran sopor) E 2, M 2, V 2 - ABCD^2 Stroke Score = 6 (high risk) - NIHSS 27 : defisit neurologis sangat berat - TD : 143/62 mmHg - N : 115 x/menit	oksigen dan nutrisi ↓ Hipoksia ↓ Infark serebral ↓ Penurunan kapasitas adaptif intracranial		- Keluarga mengatakan pasien memiliki riwayat hipertensi **DO :** • FOUR Score : 8 • GCS Score: 5 (kesadaran sopor) E 2, M 2, V 1 • ABCD^2 Stroke Score = 4 (moderate) • NIHSS 27 : defisit neurologis sangat berat	↓ Hipoksia ↓ Infark serebral ↓ Penurunan kapasitas adaptif intracranial	

- R : 24 x/menit - S : 35,6°C - Saturasi : 98% - Hasil CT scan white matter lesion (small vessel ischmenia) di periventrikuler lateralis bilateral - Subcortical arteriosclerotic Encepalopathy (SAE)			• TD : 101/78 mmHg • N : 87 x/menit • R : 31 x/menit • S : 36,1°C • Saturasi : 98 % • Hasil CT Scan Infark serebri daerah corona radiata dan centrum semi ovale kiri. Atrofi serebri senilis. Tidak ada tanda tanda perdarahan intracranial		

- CT scan tidak menunjukkan adanya perdarahan					
DS : **DO :** - Bunyi napas ronchi - Penurunan kesadaran GCS 6 E2,V2,M2 (Sopor) - TD : 143/62 mmHg - N : 115 x/menit - R : 24 x/menit	Tekanan vena pulmonalis meningkat ↓ Peningkatan tekanan hidrostatik di pembuluh ↓ Ketidakseimbangan jumlah produksi cairan dengan absorbsi yang bisa	Gangguan pertukaran gas	**DS :** **DO :** - Jalan napas terdapat sumbatan sputum, bunyi napas gargling Pola napas cepat - Pasien Nampak sesak - RR 31x/menit - SPO2 98% - Terpasang opa - Thorax :	Bakteri, virus, parasite ↓ Infeksi saluran napas bawah ↓ Parenkim paru ↓ Merangsang antigen ↓ Antigen pathogen berikatan dengan antibody ↓	Bersihan jalan napas tidak efektif (D. 0001)

- S : 35,6°C - PCO2 : 31,1 mmHg rendah (32-42) - pH darah 7,508 tinngi (7,35-7,45) - Rontgen thorax Tampak perselubungan opak inhomogen di lapang bawah paru	dilakukan pleura viseralis ↓ Cairan masuk ke sel mesotelial ↓ Masuk ke rongga pleura Akumulasi cairan di kavum pleura ↓ Gangguan difusi ↓ Gangguan pertukaran gas		Empisema pulmonal disertai gambaran bronchitis, kardiomegali tanpa bendungan paru, atherosclerosis aorta	Antigen dan antibody berikatan dengan molekul komplemen ↓ Kemotaksis netrofil dan makrofag ↓ Aktifasi netrofil dan makrofag ↓ Aktifasi proses fagositosis oleh netrofil dan makrofag ↓ Penumpukan eksudat ↓	

kanan - Tampak perselubungan opak homogeny di hemithorak lateral bawah kiri				Secret menumpuk pada bronkus ↓ Batuk, sesak napas, dispnea ↓ Bersihan jalan napas tidak efektif	
DS : - Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami	Faktor resiko stroke (Trombus, emboli, hipertensi) ↓ Aterosklerosis ↓	Resiko syndrome disuse	**DS :** - Keluarga pasien mengatakan pasien tampak lemas dan tidak sadarkan diri. Keluhan	Faktor resiko stroke (Trombus, emboli, hipertensi) ↓ Aterosklerosis ↓	Resiko syndrome disuse

penurunan kesadaran - Keluarga pasien mengatakan pasien tampak lemas dan tidak sadarkan diri. Pasien hanya berbaring di tempat tidur. Dari keluhan tersebut pasien tidak dapat melakukan	Thrombosis serebral Menyumbat arteri di otak ↓ Sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi ↓ Hipoksia ↓ Infark serebral ↓ Stroke (*Cerebrovascular accident)* ↓		mengganggu aktivitas sehingga pasien tidak beraktivitas. - Keluarga mengatakan pasien tidak dapat menggerakkan kaki dan tangannya sebelah kanan, tidak bisa menelan dan berbicara. **DO :** • FOUR Score : 8	Thrombosis serebral Menyumbat arteri di otak ↓ Sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi ↓ Hipoksia ↓ Infark serebral ↓ Stroke (*Cerebrovascular accident)* ↓ Defisit neurologis	

aktivitas dan ADL. **DO :** • FOUR Score : 8 • GCS Score: 6 (kesadaran sopor) E 2, M 2, V 2 • Kekuatan otot **1** | **1** **1** | **1** • Pasien terpasang NGT	Defisit neurologis ↓ Imobilisasi		• GCS Score: 5(kesadaran sopor) E 2, M 2, V 1 • Kekuatan otot **1** | **1** **1** | **1** • Pasien terpasang NGT • Pasien terpasang kateter	↓ Imobilisasi	

• Pasien terpasang kateter -					

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan Pasien dengan *Stroke Infark*

No	Pasien I	Pasien II
	Diagnosa Keperawatan	Diagnosa Keperawatan
1	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d infark serebral d.d adanya penurunan kesadaran, hasil CT scan tidak menunjukkan adanya perdarahan	Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d infark serebral d.d adanya penurunan kesadaran, hasil CT scan menunjukkan infark serebral, tidak menunjukkan adanya perdarahan
2	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d bunyi napas ronchi	Bersihan jalan napas tidak efektif b.d penumpukkan secret d.d jalan napas terdapat sumbatan sputum, bunyi napas gargling, RR 31 x/menit

3	Resiko syndrome disuse d. d imobilisasi	Resiko syndrome disuse d. d imobilisasi

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan

Diagnosis Keperawatan	Kriteria Hasil	Perencanaan	Rasional
Penurunan kapasitas adaptif intracranial b.d infark serebral d.d adanya penurunan kesadaran, hasil CT scan menunjukkan infark serebral, tidak menunjukkan adanya perdarahan	Setelah dilakukantindakan keperawatanselama 3 x 24 jam, maka diharapkan kapasitas adaptif intracranial meningkat dengan kriteria hasil : Tingkat kesadaran meningkat • Tekanan darah membaik	**Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (1.06194)** ***Observasi*** 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. Lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda/gejala	1. Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji status neurologi atau tanda-tanda kegagalan untuk menentukan perawatan kegawatan. 2. Mendeteksi tanda dan gejala peningkatan TIK

	• Tekanan nadi membaik • Reflex neurologis membaik • Nilai rata-rata tekanan darahmembaik	peningkatan TIK (mis. Tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor status pernapasan 5. Monitor intake dan output cairan *Terapeutik* 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semifowler 8. Pertahankan suhu tubuh normal	3. Mengetahui kecukupan aliran darah untuk memasok semua organ 4. Status pernapasan yang baik mengindikasikan suplai oksigen yang tercukupi 5. Mengetahui balance cairan pasien 6. Lingkungan yang tenang dapat membuat pasien nyaman 7. Posisi semi fowler dapat meningkatkan ventilasi, memperbaiki kondisi hemodinamik dengan meningkatkan aliran darah ke serebral dan memaksimalkan oksigenasi jaringan serebral

		Kolaborasi 9. Kolaborasi pemberian obat ***EBN*** **10.** Beri terapi murotal Al-Quran surah Ar-Rahman selama 30 menit setiap hari selama 3 hari	8. Suhu tubuh normal membantu pasien dalam kondisi nyaman. 9. Pemberian obat diindikasikan sesuai keadaan pasien untuk melindungi dan mempertahankan fungsi otak dan mengatasi degenerasi neurologi. 10. Alquran memiliki frekuensi dan panjang gelombang spesifik yang menstimulasi sel otak untuk mengembalikan keseimbangan, harmonisasi, dan kooordinasi. Murotal Alquran dapat menstimulasi penurunan aktivitas sistem simpatik yang memberikan efek relaksasi. Alquran mampu

			memberikan stimulasi pada sistem syaraf untuk menciptakan kestabilan status hemodinamika yang berdampak pada perbaikan perfusi jaringan cerebral**.**
Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d bunyi napas ronchi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan gangguan pertukaran gas dapat teratasi dengan kriteria hasil : • Tingkat kesadaran meningkat • Dispnea menurun • Bunyi napas tambahan menurun • PCO2 membaik	**Pemantauan Respirasi** Observasi 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 2. Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasim kussmaul, cheyne-stoke, biot, ataksik) 3. Monitor kemampuan batuk efektif	1. Mengetahui normal tidaknya frekuensi napas 2. Mengetaui sejauh mana penurunan bunyi napas , ronchi indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan napas sehingga otot asesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat 3. Unutk mengetahu sejauh mana kemamun batuk

	• PH membaik • Pola napas membaik	4. Monitor adanya produksi sputum 5. Monitor adanya sumbatan jalan napas 6. Palpasi kesimetrisan paru 7. Auskultasi bunyi napas 8. Monitor saturasi oksigen 9. Monitor nilai AGD 10. Monitor hasil x-ray thorax Terapeutik 11. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 12. Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 13. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan	eektif dalam mengeluarkan dahak jika ada 4. Mengetahui ada tidaknya produksi sputum 5. Menunjang proses sumbatan jalan napas 6. Mengetahui kesimetrisan pergerakan dada dan mengobservasi abnormalitas 7. Mengetahui adanya bunyi napas tambahan lain atau kegagalan napas 8. Mengetahui jika ada penurunan saturasi oksigen yang menyebabkan hipoksia

		Terapi oksigen Observasi 14. Monitor kecepatan aliran oksigen Terapeutik 15. bersihkan sekret pada mulut, hidung, dan trakea jika perlu 16. Pertahankan kepatenan jalan napas **Dukungan ventilasi** observasi 17. Monitor adanya kelelahan otot bantu nafas 18. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (nasal kanul,	9. Menunjang penilaian pernapasan 10. Menunjang gambaran paru sebagai indikator perbaikan pernapasan 11. Memberikan kenyamanan bagi pasien 12. Memantau perkembangan pasien 13. Meningkatan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap prosedur 14. Memberikan oksigen sesuai dengan kebutuhan pasien 15. Sekret dapat menjadi sumbatan bagi napas pasien

		mask, RM atau nonrebreathing mask) 19. Beri bantuan resusitasi jika perlu Kolaborasi 20. Kolaborasi pemberian obat	16. Mempertahankan kebersihan jalan napas 17. Mengetahui adanya kelelahan otot bantu napas 18. Memberikan terapi sesuai denga nkebutuhan 19. Resusitasi diperlukan jika kondisi pasien memburuk 20. Pemberian obat untuk mengatasi masalah pernapasan
Bersihan jalan napas tidak efektif b.d penumpukkan secret d.d jalan napas terdapat sumbatan sputum, bunyi napas gargling, RR 31 x/menit	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil : • Produksi sputum menurun	Manajemen jalan napas (1.01011) *Observasi :* 1. Monitor pola napas 2. Monitor bunyi napas tambahan 3. Monitor sputum *Terapeutik :*	1. Mengetahui normal tidaknya frekuensi napas 2. Mengetaui sejauh mana penurunan bunyi napas , ronchi indikasi akumulasi sekret atau ketidakmampuan membersihkan jalan

	• Dispnea menurun • Frekuensi napas membaik • Pola napas membaik **8.**	4. Pertahankan kepatenan jalan napas 5. Posisikan semi fowler 6. Lakukan suction kurang dari 15 detik 7. Lakukan hiperoksigenasi sebelum suction 8. Berikan oksigen ***11.*** *Kolaborasi :* 9. Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik	napas sehingga otot asesori digunakan dan kerja pernapasan meningkat 3. Mengetahui ada tidaknya produksi sputum 4. Menunjang kebersihan jalan napas 5. Posisi semi fowler dapat memaksimallkan ventilasi 6. Suction dialkukan unutk membersihkan jalan napas dengan kateter penghisap 7. Meminimalkan berkurangnua oksigen dalam tubuh pasien

			8. Pemberian oksigen dapat memaksimalkan suplementasi oksigen pada kondisi hipoksia. 9. Pemberian obat dilakukan untuk mengatasi penyempitan saliran napas sehingga meningkatkan status pernapasan
Resiko syndrome disuse d. d imobilisasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan faktor resiko dapat dikendalikan dan pasien tidak mengalami sindrom disuse, ditandai dengan : - Tidak terdapat luka dekubitus - Kekuatan dan tonus otot membaik - Tingkat kesadaran	**Observasi** a) Pantau asupan nutrisi untuk memastikan sumber energi b) Pantau oksigenasi pasien (mis. nadi, irama jantung, frekuensi pernapasan) **Terapeutik** c) Gunakan latihan rentang gerak sendi pasif dan aktif untuk menghilangkan ketegangan otot d) Dukung aktivitas fisik (misal ambulasi atau	a) Mengetahui asupan nutrisi pasien b) Mengetahui status oksigenasi pasien c) Menghilangkan ketegangan otot dan meningkatkan rentang gerak sendi d) Meningkatkan ambulasi fisik pasien e) Menurunkan kelelahan pasien dan meningkatkan pembagian energi

	membaik - Sirkulasi perifer adekuat - Fungsi respirasi optimal - Status nutrisi membaik - Tidak terjadi konstipasi - Bising usus normal - Nilai laboratorium dalam batas normal	aktivitas sehari-hari) **Edukasi** e) Ajarkan pengaturan aktivitas teknik manajemen waktu untuk mencegah kelelahan **Kolaborasi** f) Konsultasikan dengan ahli diet tentang cara meningkatkan asupan makanan berenergi tinggi	f) Mengetahui kebutuhan energi dan asupan pada pasien g) Omeprazole berguna untuk mengatasi kelebihan produksi asam lambung. Dexamethasone berguna untuk mengurangi atau menekan proses peradangan dan alergi pada tubuh

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi Keperawatan

DX	Pasien 1 (Senin, 26 – 02 – 2024)		DX	Pasien 2 (Senin, 26 – 02 - 2024)	
	Implementasi	Evaluasi		Implementasi	Evaluasi
1 1 1,2 1,2 2,3	1. Memonitor tekanan darah R/ TD : 143/62 mmHg 2. Memonitor nadi R/ N : 115 x/menit 3. Memonitor pola napas, frekuensi napas, bunyi napas RR : 24 x/menit, bunyi napas ronchi 4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R/ tidak ada sumbatan napas	S : Keluarga mengatakan mau melakukan latihan ROM pada pasien O : - KU Lemah - TD : 131-154/69-82 mmHg - N : 113-125 x/menit - RR : 23-28 x/menit - Bunyi napas ronch - Tidak ada sumbatan jalan napas - Oksigenasi lancar terpasang NRM 12 L/m - S : 36,3 0C - Intake : 1904	1 1 1,2 2 2 3	1. Memonitor tekanan darah R/ TD : 101/78 mmHg 2. Memonitor nadi R/ N : 76 x/menit 3. Memonitor pola napas, frekuensi napas, bunyi napas RR : 31 x/menit, bunyi napas gargling 4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R/ terdapat secret 5. Melakukan suction R/ jalan napas bersih 6. Memamntau oksigenasi pasien	S : Keluarga mengatakan mau melakukan latihan ROM pada pasien O : - KU Lemah - TD :101-122/70-82 mmHg - N : 72-80 x/menit - RR 24 - 32 x/menit - Bunyi napas masih ada gargling, terdapat secret - Oksigenasi

1,2 1 1	5. Memamntau oksigenasi pasien R/ oksigenasi lancar, terpasang NRM 12 L/m 6. Memonitor kesadaran R/ GCS : 6 Stupor) E2, V2, M2 Fourscore 8 Pasien masih mengalami penurunan kesadarn 7. Memonitor MAP R/ MAP : 100,33 mmHg 8. Memonitor intake dan output cairan	- Ouput : 1400 - Balance : + 504 - Urine : 1100 - Refleks pupil isokor +/+ - Kesadaran : spoor - Kekuatan otot 1/1/1/1 A : Masalah belum teratasi - P : Lanjutkan intervensi	1 1 1 1	R/ oksigenasi lancar, terpasang NRM 15 L/m 7. Memonitor kesadaran R/ GCS : 5 Stupor) E2, V1, M2 Fourscore 8 Pasien masih mengalami penurunan kesadarn 8. Memonitor MAP R/ MAP : 107 mmHg 9. Memonitor intake dan output cairan - R/ Intake : 1100 - Ouput : 985 - Balance : + 115 - Urine : 600 10. Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan	lancar terpasang NRM 15 L/m - S : 36,0 0C - Intake : 1100 - Ouput : 985 - Balance : + 115 - Urine : 600 - Refleks pupil isokor +/+ - Kesadaran : sopor - Kekuatan otot 1/1/1/1 A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

1 1.3 1,2	- R/ Intake : 1904 - Ouput : 1400 - Balance : + 504 - Urine : 1100 9. Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan respons pupil R/ Refleks pupil isokor +/+ 10. Meminimalkan stimulus dengan memberikan lingkungan tenang R/ ruangan disetting 1 kamar 1 bed, lingkungan tenag, tidak berisik, dilakukan peraturan		 1 1	respons pupil R/ Refleks pupil isokor +/+ 11. Meminimalkan stimulus dengan memberikan lingkungan tenang R/ ruangan disetting 1 kamar 1 bed, lingkungan tenag, tidak berisik, dilakukan peraturan jam kunjunganm tidak ada keluarga yang menunggu di dalam ruangan 12. Memberikan citicolin IV 2x500 mg R/ obat masuk melalui IV	

1 1 3	jam kunjungan tidak ada keluarga yang menunggu di dalam ruangan 11. Memberikan posisi semi fowler R/ pasien dalam posisi semi fowler 12. Memberkan warfarin 1 x 20 mg oral melalui NGT R/ obat masuk melalui NGT 13. Memberikan EBN terapi murratal Alquran Surah Ar-rahman R/ Murotal didengarkan menggunakan selama 30 menit 14. Mengajarkan keluarga mengenai		1,2 1 3	13. Memberikan posisi semi fowler R/ pasien dalam posisi semi fowler 14. Memberikan EBN terapi murratal Alquran Surah Ar-rahman R/ Murotal didengarkan menggunakan selama 30 menit 15. Mengajarkan keluarga mengenai latihan ROM pasif R/ keluarga mau melakukan latihan ROM pasif pada pasien	

	latihan ROM pasifR/ keluarga mau melakukan latihan ROM pasif pada pasien				
Hari ke-2	Selasa, 27 – 02 - 2024			Selasa, 27 – 02 - 2024	
	Implementasi	Evaluasi		Implementasi	Evaluasi
1 1 1,2	1. Memonitor tekanan darah R/ TD : 135/78 mmHg 2. Memonitor nadi R/ N : 118 x/menit 3. Memonitor pola napas, frekuensi napas, bunyi napas	S : O : - KU Lemah - TD :121-153/70-88 mmHg - N : 107-129 x/menit - RR : 22-27 x/menit - Bunyi napas ronch - Tidak ada sumbatan jalan napas	1 1 1,2	1. Memonitor tekanan darah R/ TD : 99/58 mmHg 2. Memonitor nadi R/ N : 77 x/menit 3. Memonitor pola napas, frekuensi napas, bunyi napas RR : 27 x/menit, bunyi napas gargling	S : O : - KU Lemah - TD : 85-110/50-89 mmHg - N : 74-90 x/menit - RR 24 - 30 x/menit - Bunyi napas

1,2 2,3 1 1	RR : 22 x/menit, bunyi napas ronchi 4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R/ tidak ada sumbatan napas 5. Memamntau oksigenasi pasien R/ oksigenasi lancar, terpasang NRM 12 L/m 6. Memonitor kesadaran R/ GCS : 6 Stupor) E2, V2, M2 Fourscore 8 Pasien masih mengalami	- Oksigenasi lancar terpasang NRM 12 L/m - S : 36,0 0C - Intake : 1820 - Ouput : 1530 - Balance : + 290 - Urine : 1220 - Refleks pupil isokor +/+ - Kesadaran : spoor - Kekuatan otot 1/1/1/1 A : Masalah belum teratasi - P : Lanjutkan intervensi	2 2 3 1 1	4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R/ terdapat secret 5. Melakukan suction R/ jalan napas bersih 6. Memamntau oksigenasi pasien R/ oksigenasi lancar, terpasang NRM 15 L/m 7. Memonitor kesadaran R/ GCS : 5 Stupor) E2, V1, M2 Pasien masih mengalami penurunan kesadarn 8. Memonitor intake dan output cairan - R/ Intake : 820 - Ouput : 333	masih ada gargling, terdapat secret - Oksigenasi lancar terpasang NRM 15 L/m - S : 36,0 0C - Intake : 820 - Ouput : 333 - Balance : + 487 - Urine : 200 - Refleks pupil isokor +/+ - Kesadaran : sopor - Kekuatan otot 1/1/1/1

1 1.3	penurunan kesadarn 7. Memonitor intake dan output cairan R/ Intake : 1820 Ouput : 1530 Balance : + 290 Urine : 1220 8. Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan respons pupil R/ Refleks pupil isokor +/+ 9. Meminimalkan stimulus dengan memberikan lingkungan tenang R/ ruangan		1 1	- Balance : + 487 - Urine : 200 9. Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan respons pupil R/ Refleks pupil isokor +/+ 10. Meminimalkan stimulus dengan memberikan lingkungan tenang R/ ruangan disetting 1 kamar 1 bed, lingkungan tenag, tidak berisik, dilakukan peraturan jam kunjunganm tidak ada keluarga yang menunggu di dalam ruangan	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

1,2 1 1 1	disetting 1 kamar 1 bed, lingkungan tenag, tidak berisik, dilakukan peraturan jam kunjunganm tidak ada keluarga yang menunggu di dalam ruangan 10. Memberikan posisi semi fowler R/ pasien dalam posisi semi fowler 11. Memberikan citicolin 2 x 500 mg IV R/ obat masuk melalui intravena 12. Memberikan warfarin 1 x 20 mg		1,2 1 1	11. Memberikan posisi semi fowle R/ pasien dalam posisi semi fowler 12. Memberikan citicolin IV 2x500 mg R/ obat masuk melalui IV 13. Memberikan EBN terapi murratal Alquran Surah Ar-rahman R/ Murotal didengarkan menggunakan selama 30 menit	

	oral melalui NGT R/ obat masuk melalui NGT 13. Memberikan EBN terapi murratal Alquran Surah Ar-rahman R/ Murotal didengarkan menggunakan selama 30 menit				
DX	Pasien 1 (Rabu, 28 – 02 -2024)		DX	Pasien 2 (Rabu, 28 – 02 – 2024)	
	Implementasi	Evaluasi		Implementasi	Evaluasi
1 1 1,2	1. Memonitor tekanan darah R/ TD : 140/72 mmHg 2. Memonitor nadi R/ N : 120 x/menit 3. Memonitor pola napas, frekuensi napas, bunyi napas	S : - O : - KU Lemah - TD :128-137/68-87 mmHg - N : 110-127x/menit - RR : 20-27 x/menit - Bunyi napas ronch - Tidak ada sumbatan jalan napas	1 1 1,2	1. Memonitor tekanan darah R/ TD : 95//58 mmHg 2. Memonitor nadi R/ N : 67 x/menit 3. Memonitor pola napas, frekuensi napas, bunyi napas RR : 28 x/menit, bunyi napas gargling	S : O : - KU Lemah - TD : 40-96/30-62 mmHg - N : 74-90 x/menit - RR 24 - 30 x/menit - Bunyi napas

1,2 2,3 1,2 1	RR : 24 x/menit, bunyi napas ronchi 4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R/ tidak ada sumbatan napas 5. Memamntau oksigenasi pasien R/ oksigenasi lancar, terpasang NRM 12 L/m 6. Memonitor kesadaran R/ GCS : 6 Stupor) E2, V2, M2 Fourscore 8 Pasien masih mengalami	- Oksigenasi lancar terpasang NRM 12 L/m - S : 36,0 0C - Intake : 1800 - Ouput : 1450 - Balance : + 350 - Urine : 1150 - Refleks pupil isokor +/+ - Kesadaran : somnolen - GCS 7 (E3, V2, M2) - Kekuatan otot 1/1/1/1 A : Masalah teratasi - P : Pasien rencana pindah ruangan ke Khalid bin Walid	2 2 3 1 1	4. Memonitor adanya sumbatan jalan napas R/ terdapat secret 5. Melakukan suction R/ jalan napas bersih 6. Memamntau oksigenasi pasien R/ oksigenasi lancar, terpasang NRM 15 L/m 7. Memonitor kesadaran R/ GCS : 5 Stupor) E2, V1, M2 Pasien masih mengalami penurunan kesadarn 8. Memonitor intake dan output cairan - R/ Intake : 1533 - Ouput : 433	masih ada gargling, terdapat secret - Oksigenasi lancar terpasang NRM 15 L/m - S : 36,0 0C - Intake : 1533 - Ouput : 433 - Balance : + 1100 - Urine : 300 - Refleks pupil isokor +/+ - Kesadaran : sopor - GCS 6 (E2, V2, M2) - Kekuatan otot

1 1,3	penurunan kesadarn 7. Memonitor intake dan output cairan - R - Intake : 1800 - Ouput : 1450 - Balance : + 350 - Urine : 1150 8. Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan respons pupil R/ Refleks pupil isokor +/+ 9. Meminimalkan stimulus dengan memberikan lingkungan tenang		1 1	- Balance : + 1100 - Urine : 300 9. Memonitor perlambatan atau ketidakseimbangan respons pupil R/ Refleks pupil isokor +/+ 10. Meminimalkan stimulus dengan memberikan lingkungan tenang R/ ruangan disetting 1 kamar 1 bed, lingkungan tenag, tidak berisik, dilakukan peraturan jam kunjungan tidak ada keluarga yang menunggu di dalam ruangan	1/1/1/1 - Pasien terpasang ventilator mode SIMV PRVC, TV 250, RR 1, PEEP 7, PS 10, Fi02 95% A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi

1,2 1 1 1	R/ ruangan disetting 1 kamar 1 bed, lingkungan tenag, tidak berisik, dilakukan peraturan jam kunjungan tidak ada keluarga yang menunggu di dalam ruangan 10. Memberikan posisi semi fowler R/ pasien dalam posisi semi fowler 11. Memberikan citicolin 2 x 500 mg IV R/ obat masuk melalui intravena 12. Memberikan		1,2 1 1 1 1,2	11. Memberikan posisi semi fowler R/ pasien dalam posisi semi fowler 12. Memberikan citicolin IV 2x500 mg R/ obat masuk melalui IV 13. Memonitor tekanan darah R/ TD : 46/30 mmHg 14. Memonitor nadi R/ N : 50 x/menit 15. Memonitor pola napas RR : 35 x/menit SPO2 80 terpasang NRM 15 L 16. Memberikan norephinefrin 0,1	

	warfarin 1 x 20 mg oral melalui NGT R/ obat masuk melalui NGT 13. Memberikan EBN terapi murratal Alquran Surah Ar-rahman R/ Murotal didengarkan menggunakan selama 30 menit		1 1 1,2 1	mcg/kgbb/menit dan dobutamine 10 mcg/kgbb 17. Memonitor TD R/ 86/55 mmHg 18. Memonitor Nadi R/ N : 76x/menit 19. Memonitor pola napas R/ 35 x/menit SPO2 77% 20. Memberikan EBN terapi murratal Alquran Surah Ar-rahman R/ Murotal didengarkan menggunakan selama 30 menit	

5. Evaluasi

Pasien I

	Pasien 1		Pasien 2		
Tanggal	**Dx**	**Evaluasi**	**Dx**	**Evaluasi**	**Paraf**
Rabu, 28 Februari 2024	1	S : O : - Kesadaran somnolen - GCS 7 (E3, V2, M2) - TD :128-137/68-87 mmHg - N : 110-127x/menit - RR : 20-27 x/menit - Refleks pupil isokor +/+ - Kesadaran : somnolen A : Masalah teratasi P : Pasien rencana pindah ruangan ke Khalid bin Walid	1	S : O : - Kesadaran : sopor - GCS 6 (E2, V2, M2) - TD : 40-96/30-62 mmHg - N : 74-90 x/menit - RR 24 - 30 x/menit - Refleks pupil isokor +/+ A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi	Miftahrh
Rabu, 28 Februari 2024	2	S : O : - Kesadaran somnolen - GCS 7 (E3, V2, M2) - TD :128-137/68-87 mmHg - N : 110-127x/menit - RR : 20-27 x/menit - Bunyi napas ronchi menurun - Tidak ada sumbatan		S : O : - Bunyi napas masih ada gargling, terdapat secret - Kesadaran : sopor - GCS 6 (E2, V2, M2) - TD : 40-96/30-62 mmHg	Miftahrh

		jalan napas A: Masalah belum teratasi P : Lanutkan intervensi Observasi AGD		- N : 74-90 x/menit - RR 24 - 30 x/menit A: Masalah belum teratasi Gangguan ventilasi spontan P : Lanjutkan intervensi I : Lakukan pemasangan ventilator E : Ventilator terpasang dengan Pasien terpasang mode SIMV PRVC, TV 250, RR 1, PEEP 7, PS 10, Fi02 95% R : TD 86/55 mmHg N : 76x/menit RR 35 x/menit SPO2 77% Pernapasan cuping hidung +	
Rabu, 28 Februari 2024	3	S : O : - Tidak terdapat luka dekubitus - TD :128-137/68-87 mmHg - N : 110-127x/menit - RR : 20-27 x/menit		S : O : - Tidak terdapat luka dekubitus - GCS 6 (E2, V2, M2) - TD : 40-96/30-62 mmHg	Miftahrh

		- Bunyi napas ronchi menurun - Tidak ada sumbatan jalan napas - Kekuatan otot 1/1/1/1 - Bising usus normal 12x/menit A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pertahankan latihan ROM		- N : 74-90 x/menit - RR 24 - 30 x/menit - Kekuatan otot 1/1/1/1 - Bising usus normal 8x/menit A: Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi Pertahankan latihan ROM	