

BAB III

LAPORAN KASUS DAN HASIL

A. Pengkajian

Tabel 3.1 Hasil Anamnesis Biodata Dan Riwayat Kesehatan Pasien

Identitas Pasien	Pasien 1	Pasien 2
Nama	Tn. S	Ny . S
Jenis Kelamin	Laki-Laki	Perempuan
Umur	57 Tahun	73 Tahun
Status Perkawinan	Kawin	Janda
Alamat	Ciparay	Arjasari
Pendidikan Terakhir	SMA	SMP
Diagnosa Medis	Stroke Hemorage	Stroke hemorage + MHI
No Register	00387540	00936891
Tanggal Pengkajian	7-2-2024	14-2-2024
Keluhan Utama	Klien tidak sadarkan diri dan mengalami penurunan kesadaran sejak pagi.	Penurunan Kesadaran sejak 1 hari smrs,

Kronologis saat penanganan di IGD	Tn. S datang bersama keluarga ke IGD RS AL IHSAN pada tanggal 6-2-24 jam 11.00. dengan keluhan tidak sadarkan diri dan mengalami penurunan kesadaran sejak pagi, ada muntah berwarna hitam 1x, nyeri kepala, lemes ekstremitas kanan, di IGD telah dilakukan pemeriksaan Tanda Tanda Vital dan <i>primary survey</i> didapatkan pasien dengan <i>Airway</i> lidah jatuh kebelakang tetapi tidak ada sumbatan benda asing, suara nafas ngorok, <i>Breathing</i> : pernafasan spontan dengan <i>Respiratory Rate</i> 26 x/menit, SpO2 97% dipasang 02 10 lpm dengan memakai NRM, <i>Circulation CRT</i> > 2 detik TD : 213/131 mmHg RR : 26 x/mnt SpO2 : 97 Riwayat Alergi : Tidak ada Nadi : 130 x/mnt Suhu : 37.2 °C <i>Disability</i>: Kesadaran: Samnolen (9) GCS : E 2 M 4 V 3, <i>Exposure</i> : Tidak terdapat luka benturan di	Ny. S datang ke IGD RS AL IHSAN tgl 12-2-24 jam 07.00 Penurunan Kesadaran sejak 1 hari smrs. Keluhan terjadi mendadak dan pertama kali setelah pasien terjatuh di kamar mandi pukul 08.00 1 hari nyeri kepala lalu keluhan disertai muntah 2 x bengkak dikepala sbhlh kiri Kemudian pada pukul 09.00, pasien tidak sadarkan diri Keluhan demam, buang air besar cair, kejang, perdarahan spotan disangkal Riwayat Hipertensi dan Diabetes Melitus tak diketahui, <i>primary survey</i> didapatkan pasien dengan <i>Airway</i> lidah jatuh kebelakang tetapi tidak ada sumbatan benda asing, suara nafas ngorok, <i>Breathing</i> : pernafasan spontan dengan <i>Respiratory Rate</i> 24xmnt Terpasang NRM 10liter/mnt, <i>Circulation CRT</i> > 2 detik, TD: 156/88mmhg S: 36.4°C, HR: 102, SPO2: 97%, <i>Disability</i>: kesadaran
-----------------------------------	--	---

	kepala, atau bagian tubuh yang lain. dilakukan pemeriksaan penunjang seperti, cek Darah Rutin, Kimia Klinik, Gula Darah, elektolit, ureum kreatinin. CT Scan kepala Axial dan thorax foto, terpasang infus 2A 1500/24 jam dan manitol 200cc telah diberikan 02, NRM 10liter, injeksi ondancetron 1amp, citicoline 500mg, terpasang Dower Cateter no 18 dan Naso Gastrik Tube, observasi tanda tanda vital dan hemodinamik, lapor DPJD klien rencana masuk GICU	sopor (6) GCS E2M2V2, <i>Eksposure</i> : terdapat jejas atau bengkak dikepala sebelah kiri karena jatuh dari kamar mandi. Cek Darah rutin, Kimia Klinik, Ureum Kreatinin, fungsi hati, elektrolit dan gula darah. THORAX PA, THORAX LAT, THORAX AP, MSC TK epala/A xial tanpa kontras, terpasang Nasogastiktube, Dower Cateter dan infus 2A 1500/24 jam, - Rawat GICU - Rencana EVD segera - paracetamol fles 4 x 1 gr iv - injeksi omeprazole 2 x 40 mg iv - injeksi kalnex 3 x 1 iv - manitol 4 x 100 cc iv - informed consent keluarga terkait kondisi dan rencana tindakan
Ketika pindah ke GICU	Tgl 06/02/24 jam 19:12 klien datang dari IGD Tn. Siswanto dengan stroke Perdarahan Intra Serebral Kesadaran Somnolen GCS : E 2 M 4 V 3, TD 196/117mmhg, HR 100	Tgl 13/02/24 jam 23:35:47 Datang dari ruang operasi Post pemasangan Eksternal Ventrikular Drain (EVD) klien masih terpasang intubasi kesadaran belum terkaji, Tindakan yang dilakukan di gicu langsung

	RR 27x/mnt, S 36.3 °C intruksi yang diberikan dari DPJP - Lavage dengan Nacl + adrenalin 6 ampul--> 3x /hari - Kalnex 3x1 - Pantoprazol 2x1 - setelah lavage masuk obat oral amlodipine 10mg dan candesartan 16mg - Rencana divisite malam - Jika terus tekanan darah nya terus naik pasang peridipine mulai 0.5mcg/kgbb/mnt target turun 25% dari MAP awal	memasang ventilator mode SIMV PC PS, PC 10 PS 10 PEEP 5 RR 12 FiO2 50%. TD : 99/55 mmHg HR 120 x/menit, S:36,4°C, terjadi penurunan tekanan darah dari semula dari TD : 156/88mmhg di IGD menjadi TD: 99/55 mmhg itu dikarenakan pada saat operasi diberikan obat – obatan penurun tekanan darah yang bersamaan dengan obat anestesi seperti propofol injeksi, fentanyl dll Instruksi post Operasi 1. Observasi GCS, TTV, KU 2. Ganti Verban Post Operasi Day 2 3. tinggi drain EVD 15 cm dari luka operasi 4. Diet Setelah Bising Usus (+) 5. Oksigen sesuai anestesi 6. Head Elevasi 30 derajat 7. drain maksimal 150 cc/24 jam. 50cc/shift Terapi Post Operasi Paracetamol 4x 1000 mg IV Ceftriaxone 2x1 gram IV Omeprazol 2x1 vial
--	---	---

		Asam Tranexamat 3x500 mg IV Vitamin K 3x1 ampul amlodipin 1x 10 mg Phenitoin 3x100 mg
Riwayat Penyakit Sekarang	Pada saat di kaji tgl 0702/2024 jam 08.00 tidak dapat dikaji kesadaran samnolen GCS (9) GCS : E 2 M 4 V 3, klien tidak dapat dikaji secara verbal, klien terlihat lemah, lemas, hanya mengerang terpasang restrain di ekstremitas kiri, kekuatan otot 2,2/4,4. terpasang Naso Gastrik Tube dan Dower Cateter dan infus syring pump perdipin 1meq, manitol 150-150-200 dan 2A 1500/24 jam, TD 196/117, HR: 100, RR: 27 S 36.3, SPO2: 98%, COMFORT PAIN SCALE (17), Nyeri terkontrol, Morse Fall Scale (60) resiko tinggi jatuh,	Pada saat dikaji tgl 14-02-24. Jam 10.00 klien post op pemasangan EVD, k/u lemah, kesadaran dalam pengaruh obat anestesi, terpasang ventilator mode SIMV PC PS, PC 10 PS 10 PEEP 5 RR 12 FiO2 50%. TD : 99/55 mmHg, HR 120 x/menit S : 36,4 C Terpasang Naso Gastrik Tube tidak terdapat Stres Ulcer klien masih puasa terpasang Dower Cateter Urine Output 200cc klien belum Buang Air Besar, luka operasi di kepala ditutup kassa, terpasang drain cairan drain tidak ada COMFORT PAIN SCALE (14) nyeri terkontrol, Morse Fall Scale (120) resiko tinggi jatuh

Riwayat Penyakit Sebelumnya	Klien,mempunyai Hipertensi sudah 10 thn yang lali tapi tidak pernah kontrol ke dokter ataupun berobat jalan, tahun 2013 klien dirawat di al ihsan dengan stroke ringan dirawat diruang biasa selama 1mgg dan sembuh seperti biasa lagi, pada tahun 2022 klien Kembali terserang stroke tapi tidak dirawat klien mengeluh lemas dan lemas ektremitas kiri dan bicara rero dan berobat ke alternatif, pada tahun 2024 klien Kembali dirawat di icu RSUD Al ihsan karena stroke PIS dan kehilangan kesadaran	Klien sebelumnya belum sering dirawat di RS karena stroke atau berobat ke dokter, dan tidak tahu bahwa klien mempunyai penyakit DM, Tekanan darah tidak pernah diperikasakan
Riwayat Penyakit Keluarga	Klien dan keluarganya mempunyai riwayat penyaakit hipertensi	Klien dan keluarga menyangkal mempunyai riwayat penyakit hipertensi dan DM serta penyakit menular

Tabel 3.2 Hasil Observasi Dan Pemeriksaan Fisik Pada Pasien Dengan Stroke Hemorage

Observasi dan Pemeriksaan Fisik	Pasien 1	Pasien 2
---------------------------------	----------	----------

Keadaan Umum	Lemah	Lemah
Kesadaran	Samnolen GCS (9) : E 2 M 4 V 3	Sopor GCS (6) :E2M2V2,
Pemeriksaan Tanda – Tanda Vital	TD 196/117 mmHg HR: 100 x / mnt RR: 27 x /mnt S 36.3 C SPO2: 98%	TD : 99/55 mmHg HR 120 x/menit S : 36,4 C RR: on venti P-SIMV F 12 PC 10 PS 10 PEEP 5 FiO2 50% SpO2 99%
Pemeriksaan Antropometri	BB : 60 kg TB : 150 cm IMT = 26,6	BB : 58 Kg TB : 150 cm IMT : 25,7
Pengkajian Fisik	a. Sistem Pernapasan Hidung klien bersih, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, terpasang O2 via nasal kanul 3-5 Liter/mnt bentuk dada simetris, irama napas ireguler, pengembangan dada seimbang, fremitus tactile +/+, terdengar resonan di area dada, saat di auskultasi terdengar suara napas ngorok, ada batuk, dan tidak terlihat ada otot bantuan napas dan terpasang Naso Gastrik Tube b.Sistem Kardiovaskular Konjungtiva tidak anemis. terdapat peningkatan JVP,	a. Sistem Pernapasan Hidung klien tampak kotor, tidak terdapat pernapasan cuping hidung, bentuk dada simetris, irama napas ireguler, pengembangan dada seimbang, fremitus tactile +/+, terdengar resonan di area dada, saat di auskultasi terdengar suara ngorok, pernapasan dibantu ventilator venti P-SIMV F 12 PC 10 PS 10 PEEP 5 FiO2 50% dan tidak terlihat ada otot bantuan napas dan terpasang Naso Gastrik Tube b.Sistem Kardiovaskular Konjungtiva tidak anemis. terdapat peningkatan JVP,

	bunyi suara jantung S1 dan S2 terdengar lub dub, tidak ada pembesaran batas jantung, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT < 2 detik. c. Sistem Pencernaan Warna bibir merah muda, lidah klien kotor, bibir klien kering, bibir simetris, gigi klien kotor, tidak ada karies. permukaan abdomen simetris, tidak ada lesi ataupun bekas luka operasi. di auskultasi terdengar bising usus 10x/menit suara perkusi area lambung tympani, tidak terdapat pembengkakan dan nyeri tekan pada hepar dan lien, tidak terdapat asites, pasien mengalami cegukan. Pada saat pengkajian stress ulcer pada pasien sudah berkurang dan tidak ada lagi muntah berwarna hitam d.Sistem Endokrin	bunyi suara jantung S1 dan S2 terdengar lub dub, tidak ada pembesaran batas jantung, akral teraba hangat, nadi teraba kuat, CRT < 2 detik. c. Sistem Pencernaan Warna bibir merah muda, lidah klien kotor, bibir klien kering, bibir simetris, terdapat alat ventilator di mulutnya gigi klien kotor, tidak ada karies. permukaan abdomen simetris, tidak ada lesi ataupun bekas luka operasi. di auskultasi terdengar bising usus 10x/menit suara perkusi area lambung tympani, tidak terdapat pembengkakan dan nyeri tekan pada hepar dan lien, tidak terdapat asites, Pada saat pengkajian stress ulcer pada pasien sudah berkurang dan tidak ada lagi muntah berwarna hitam d.Sistem Endokrin
--	---	--

	Tidak ada pembesaran kelenjar thyroïd dan getah bening. e. Sistem Perkemihan Kandung kemih tidak distensi, tidak ada pembesaran ginjal, tidak ada rasa nyeri, kebersihan genetalia tidak terkaji klien memakai pampers dan terpasang dower kateter sejak awal perawatan. f. Sistem Persyarafan ▪ N1(Olfaktorius): pasien tidak dapat berespon atau kooperatif dan tidak dapat membedakan bau misalnya kopi, minyak kayu putih dll. ▪ N2 (Optikus): pasien tidak mampu dan tidak dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 30 cm tanpa atau dengan menggunakan alat bantu. ▪ N3,N4,N6 (Okulomotoris, Trokhealis, Abdusen):	Tidak ada pembesaran kelenjar thyroïd dan getah bening. e. Sistem Perkemihan Kandung kemih tidak distensi, tidak ada pembesaran ginjal, tidak ada rasa nyeri, kebersihan genetalia tidak terkaji klien memakai pampers dan terpasang dower kateter sejak awal perawatan. f. Sistem Persyarafan ▪ N1 (Olfaktorius): pasien tidak dapat berespon atau kooperatif dan tidak dapat membedakan bau misalnya kopi, minyak kayu putih dll. ▪ N2 (Optikus): pasien tidak mampu dan tidak dapat membaca papan nama perawat dalam jarak 30 cm tanpa atau dengan menggunakan alat bantu. ▪ N3,N4,N6
--	--	--

	Gerak bola mata ke segala tidak ada respon pupil miosis (mengecil) ▪ N5 (Trigeminus): mata klien berkedip saat diberi tissue yang diusapkan pada kelopak mata, klien tidak dapat berespon dan tidak dapat membedakan sensasi kasar, halus, tajam, dan tumpul pada area wajah, parase kanan ▪ N7 (Fasialis): wajah simetris, tidak ada kelumpuhan di muka ▪ N8 (Auditorius): klien tidak mampu berespon pendengaran. ▪ N9 dan N10 (Glosfaringeus): klien reflek menelan ada, hanya klien tidak dapat menelan dengan baik seperti makan, dan minum, klien terpasang NGT untuk pemenuhan nutrisinya ▪ N 11 (Asesorius) : klien tidak dapat menoleh	(Okulomotoris, Trokhealis, Abdusen): Gerak bola mata ke segala tidak ada respon pupil miosis (mengecil). ▪ N5 (Trigeminus): mata klien berkedip saat diberi pilinan tissue yang diusapkan pada kelopak mata, klien tidak dapat membedakan sensasi kasar, halus, tajam, dan tumpul pada area wajah. Parase kanan ▪ N7 (Fasialis): wajah simetris, tidak ada kelumpuhan di muka ▪ N8 (Auditorius): klien tidak mampu berespon pendengaran. ▪ N9 dan N10 (Glosfaringeus): klien sama sekali tidak ada reflek menelan untuk pemenuhan nutrisi seperti makan, dan minum, klien
--	--	---

	kekanan dan kekiri secara normal. Kekuatan otot sternokleidomastoideus dan trapezius (-). ▪ N12 (Vagus): klien dapat tidak menggerakkan lidahnya ke segala arah dengan bebas. g. Sistem Muskuloskeletal Ektremitas atas: klien lemas ektremitas kanan dan ekstremitas kiri tidak dapat digerakan dengan bebas ke segala arah karena di restrain ke plang bed pasien, untuk pengkajian fleksi dan ekstensi pada ROM aktif pada persendian dapat dilakukan tidak terdapat kontraktur pada area persendian tangan. Kekuatan otot kanan dan kiri: Ektremitas bawah: akral hangat, tidak ada edema, ROM kedua kaki tidak dapat bergerak ke segala	terpasang NGT untuk pemenuhan nutrisinya. ▪ N 11 (Asesorius) : klien tidak dapat menoleh kekanan dan kekiri secara normal. Kekuatan otot sternokleidomastoideus dan trapezius (-) ▪ N12 (Vagus): klien dapat tidak menggerakkan lidahnya ke segala arah dengan bebas. Klien terpasang ventilator untuk support pernafasannya on venti P-SIMV F 12 PC 10 PS 10 PEEP 5 FiO2 50% g. Sistem Muskuloskeletal Ektremitas atas: ROM kedua tangan kiri dan kanan tidak dapat digerakan dengan bebas, lemas, otot secara total rileks, tidak ada tonus kekuatan otot 0/0. Ektremitas bawah: akral hangat, tidak ada edema, ROM kedua kaki tidak dapat
--	---	--

	arah. kekuatan otot kaki $\begin{array}{c c} 2 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$ kanan dan kiri h. Sistem Integumen Warna kulit sawo matang, kebersihan kulit tidak bersih, lengket kotor, kulit kepala kotor berminyak, rambut tidak rontok dan terlihat lepek, turgor kulit elastis tidak kering tidak ada lesi/ dekubitus. i. Sistem Genetalia Tidak ada gangguan pada area genitalia terpasang Dower kateter.	bergerak ke segala arah. kekuatan otot kaki kanan dan kiri 0/0. h. Sistem Integumen Warna kulit sawo matang, kebersihan kulit tidak bersih, lengket kotor, kulit kepala kotor berminyak, rambut tidak rontok dan terlihat lepek, turgor kulit elastis tidak kering tidak ada lesi/ dekubitus. i. Sistem Genetalia Tidak ada gangguan pada area genitalia terpasang Dower kateter.
--	--	--

Tabel 3.3 Hasil Pengkajian Psiko Sosial Spiritual

Item Pengkajian	Pasien 1	Pasien 2
-----------------	----------	----------

Konsep diri	Konsep diri klien tidak bisa dikaji klien mengalami penurunan kesadaran	Konsep diri klien tidak bisa dikaji klien mengalami penurunan kesadaran
Pengkajian Spiritual Pemaknaan sakit	Pengkajian Spiritual Pemaknaan sakit klien tidak bisa dikaji klien mengalami penurunan kesadaran	Pengkajian Spiritual Pemaknaan sakit klien tidak bisa dikaji klien mengalami penurunan kesadaran
Penerimaan sakit	Penerimaan sakit klien tidak bisa dikaji klien mengalami penurunan kesadaran	Penerimaan sakit klien tidak bisa dikaji klien mengalami penurunan kesadaran
Dukungan social dan Ibadah	Anak dan sodaranya Sholat rutin 5 waktu dilakukan meskipun dengan cara berbaring di tempat tidur dan bersuci dengan cara bertayamum.	dilakukan meskipun dengan cara berbaring di tempat tidur dan bersuci dengan cara bertayamum.

Tabel 3.4 Hasil Pengkajian Aktifitas Sehari-hari (ADL)

No	Kebiasaan	Klien I	Klien II
1	Nutrisi (intake) Makan		
	- Jenis - Frekuensi - Porsi - Keluhan	- Susu cair 200 cc / ngt 3x sehari 1 porsi habis - setelah diberikan suka cegukan	- Susu cair 200cc / ngt 3x sehari 1 porsi habis - Tidak ada
	Minum		

	• Jenis • Jumlah (cc) • Keluhan	• Air putih • 50 cc / bilas setelah susu • Tidak ada	• Air putih • 50 cc / bilas setelah susu • Tidak ada
2	Eliminasi BAB • Frekuensi • Warna • Konsistensi • Keluhan	• Baru BAB setelah 3 hari rawat • Kuning • Lengket • Tidak ada	• Belum BAB sudah 3 hari • - • - • Tidak ada
	BAK • Frekuensi • Warna • Keluhan	• 1100 cc / 24 jam • Kuning pekat • Tidak ada (memakai Dower Cateter)	• 600-800 cc / 24 jam • Kuning pekat • Tidak ada (memakai Dower Cateter)
3	Istirahat dan tidur Waktu tidur • Malam, pukul • Siang, pukul • Lamanya • Keluhan	• klien tertidur terus karena kondisi dari kesadaran nya - • Tidak terkaji	• klien tertidur terus karena kondisi dari kesadaran nya • Tidak terkaji
4	Kebiasaan diri • Mandi • Perawatan kuku • Perawatan gigi • Perawatan rambut • Ketergantungan	• 1 kali sehari (di washlap) • Panjang dan kotor • 1 kali sehari oral hygien • Belum keramas	• 1 kali sehari (di washlap) • Panjang dan kotor • 1 kali sehari oral hygien

	• Keluhan/gangguan	• Katergantungan • Badan klien terasa lengket	• Belum keramas • Katergantungan • Badan klien terasa lengket
5	Kebiasaan Merokok	Ada, sebelum sakit 1-4 batang / hari	Tidak ada

Tabel 3.5 Pemeriksaan Diagnostik

Pemeriksaan Diagnostik	Klien I	Klien II
Laboratorium	Hasil pemeriksaan Lab pada tanggal 6 Februari 2024 pukul 10:37 Hematologi - Hemoglobin : 16.3 (N: 13.0-18.0) g/dL - Leukosit : 22260 (N: 3800 - 10600) sel/Ul - Eritrosit : 5.63 (N: 4.5 - 6.5) juta/uL - Hematokrit : 47.1 (N: 40 - 52) % - Trombosit : 403000 (N:150.000-440000) sel/Ul Kimia Klinik - AST (SGOT) : 82 (N: 10-34 U/L) - ALT (SGPT) : 34 (N: 9 - 43 U/L)	Hasil pemeriksaan Lab pada tanggal 12 Februari 2024 pukul 16:00 Hematologi - Hemoglobin : 13.6 (N: 13.0-18.0) g/dL - Leukosit : 26770 (N: 3800 - 10600) sel/Ul - Eritrosit : 4.47 (N: 4.5 - 6.5) juta/uL - Hematokrit : 40,4 (N: 40 - 52) % - Trombosit : 293000 (N:150.000-440000) sel/Ul Kimia Klinik - AST (SGOT) : 58 (N: 10-34 U/L)

	- Ureum : 15 (N: 10-50 mg/dL) - Kreatinin : 0.93 (N: 0.9-1.15 mg/dL) - Gula darah sewaktu : 132 (N: 70-200 mg/ dL) - Natrium (Na) : 138 (N: 134 ~ 145 mmol/L) - Kalium (K) : 3,3 (N: 3.6 ~ 5.6 mmol/L) - Kalsium (Ca) : 1,22 (N: 1.15 ~ 1.35 mmol/L)	- ALT (SGPT) : 12 (N: 9 - 43 U/L) - Ureum : 44 (N: 10-50 mg/dL) - Kreatinin : 0,72 (N: 0.9-1.15 mg/dL) - Gula darah sewaktu : 136 (N: 70-200 mg/ dL) - Natrium (Na) : 134 (N: 134 ~ 145 mmol/L) - Kalium (K) : 4,2 (N: 3.6 ~ 5.6 mmol/L) - Kalsium (Ca) : 1,28 (N: 1.15 ~ 1.35 mmol/L) Hasil Laboratorium Tanggal 17/02/24 jam 23.50 - PH : 7,577 (N: 7.35 ~ 7.45 C) - Analisa Gas Darah:39,0 - PCO2 : 25,6 (N: 32 ~ 42mmHg) - PO2 : 158,0 (N: 80 ~ 108mmHg) - Base Excess : -1,0 ((-2) ~ (+3) mmol/L) - HCO3 : 21,4 (N: 22 ~ 26 mmol/L) - TCO2 : 22,0 (N: 22 ~ 29 mmol/L)
--	---	--

		- Saturasi O2 : 100,0 (N: 95 ~ 98%)
Radiologi / CT-SCAN kepala dan Thorax	Tanggal pemeriksaan : 06-02-2024 (Thorax Photo) Kesan : Tidak tampak TB paru aktif maupun Bronkhopneumonia Tidak tampak kardiomegali (CT-SCAN Kepala) Kesan : -Perdarahan intraserebri di ganglia basalis Kiri dengan edema perifocal dan Midline shift sejauh +/-0,5 cm ke kanan -Perdarahan intraventrikuler dengan hydrocephalus	Tanggal pemeriksaan : 12-02-2024 (thorax photo) Kesan : tidak tampak kontusio paru/traumatic wet lung, - tidak tampak TB paru aktif/pneumonia, kardiomegali ringan, tidak tampak fraktur di os cotae. Tanggal 18-02-2024 (thorax photo) Kesan: - efusi pleura kiri minimal DD/ penebalan pleura, tidak tampak kardiomegali CT-SCAN kepala tanggal 12-02-2024 Kesan : - lesi lobulated, batas tegas, tepi regular, berukuran +/- 1,8x2, 4x2,1 cm di sisterna basalis kiri e.c suspect pecah aneurisma.

		- Perdarahan intraserebri di lobus temporal kiri dengan edema perifocal. - Perdarahan intraventrikuler dengan hydrocephalus. - Perdarahan subarachnoid yang mengisi sulci corticalis didaerah lobus frontal, fisura sylvii kiri, fisura interhemispher anterior / posterior, sisterna basalis dan ambiens
--	--	---

Tabel 3.6 Program Therapi

Therapi	Klien I	Klien II
Obat yang diterima oleh pasien	- Kalnex 3x1 (IV) - Pantoprazol 2x1 (IV) - Citicoline 500mg 1x1 (IV) - Sanmol 1x1 infus (IV) - Amlodipine 10mg 1x1 (IV) - Bisoprolol 5mg 1x1 (oral) - Spironolacton 25mg 1x1 (oral) - Chlorpromazine Tab ekstra jika perlu Infus	- Paracetamol 4x1(infus) - Ceftriaxon 2x1gr (IV) - Omeperazole 2x1(IV) - Asam Tranexamat 500mg 3x1 tab (oral) - Vit K 3x1 (IV) - Amlodipine 10mg 1x1(oral) - Phenitoin 3x1 (IV) - Asam Tranexamat 500mg 1x1 (IV) k/p - Lacto B 3X1(oral) Infus

	- 2A 1500 cc/24 jam Perdipin / Nicardipine 1 mcg/kgbb/mnt - Manitol 200-200-150	Fluid 1000cc + RL 500cc /24 JAM Manitol 4 x 150cc
--	--	---

Tabel 3.7 Laporan Operasi Pemasangan EVD

Laporan Operasi Klien I	Laporan Operasi Klien II
DO: a/r kocher point dextra LCS merah tekanan > 15 cmH₂O Laporan Operasi Lengkap (riwayat perjalanan yang terperinci dan lengkap) TO: -tindakan a dan antiseptik -insisi tajam cutis dan subcutis -periost disisihkan -dibuat burrhole -dibuat durotomy -dilakukan insersi shunt propksimal sedalam 6 cm, tampak DO -shunt difiksasi -perdarahan dirawat -luka operasi dijahit lapis demi lapis -operasi selesai Komplikasi : tidak ada Jumlah kehilangan darah : 10 cc	Singkatan kelainan yang ditemukan dengan gambar (laporan lengkap lihat sebelah) ditemukan cairan lcs kemerahan, tekanan kuat Laporan Operasi Lengkap (riwayat perjalanan yang terperinci dan lengkap) 1. Posisi supine kepala miring kiri 2. Melakukan tindakan A dan antiseptik 3. At rigjt kocher: 1. Melajukan insisi lapis demi lapis 2. Emlakukan bor tulang pada titik 3. Koagulasi duramter dan durotomy 4. Insersi shint proksimal 5cm 5. operasi selesai Komplikasi : tidak ada Jumlah perdarahan : 100 cc Instruksi pasca bedah : 1. Kontrol nadi / tensi / pernapasan / suhu :

Instruksi pasca bedah :	2. Puasa : puasa sampai bising usus(+)
1. Kontrol nadi / tensi / pernapasan / suhu : GCS	3. infus : sesuai cppt
2. Puasa : sd Bising Usus (+) normal	4. anti biotik :
3. infus : NaCl 0,9%:RL=3:1=2L/24 jam	sesuai cppt
4. anti biotik : ceftriaxone 2x1g	

A. Diagnosa Keperawatan

1. Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Perdarahan Intraserebri ditandai dengan klien mengeluh nyeri kepala klien mengalami penurunan kesadaran ditandai dengan nilai GCS (9): E 2 M 4 V 3 'Samnolen' ada muntah berwarna hitam 1x, nyeri kepala, lemes ekstremitas kan $\frac{2}{2} \mid \frac{4}{4}$
TD : 213/131 mmHg, RR : 26 x/mnt, SpO2 : 97%, Nadi : 130 x/mnt, Suhu : 37.2 °C
2. Sindrom Disuse berhubungan dengan Perdarahan intraserebri klien mengalami penurunan kesadaran, adanya nyeri, disfungsi fisik, dan penurunan mobilitas fisik dan gangguan neurologi ditandai klien tirah baring di tempat tidur serta sebagian fungsi tubuh kehilangan fungsinya ditandai muntah, nyeri kepala, kelemahan ekstremitas gangguan makan klien terpasang Naso Gastrik Tube, klien tirah baring.
3. Gangguan Penyapihan Ventilator berhubungan dengan hambatan Upaya napas ditandai dengan Napas dangkal dan Nilai gas darah arteri abnormal
Analisa Gas Darah:39,0 PO2 : 158,0

Tabel 3.8 Diagnosa Keperawatan pada pasien Stroke Hemorage

No	Klien I		Klien II	
	Hari Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI) dan Nanda,NIC,NOC	Hari Tanggal ditemukan	Diagnosa Keperawatan (Kode SDKI) dan Nanda,NIC,NOC
1	Rabu 7 Februari 2024	D.0066 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d Perdarahan intraserebri ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran Tanda dan Gejala mayor DS: 1. Klien merasakan nyeri kepala DO: 1. GCS (9): E 2 M 4 V 3 'Samnolen' 2. Kelemahan ekstremitas kanan $\begin{array}{c c} 2 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$ 3. TD:213/131 mmHg,	Rabu 14 Februari 2024	D.0066 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d klien mengalami penurunan kesadaran Tanda dan Gejala mayor DS: 1. Nyeri kepala DO: 1. GCS (6) E2M2V2 'Sopor' 2. TD: 156/88mmhg, S: 36.4°C, HR: 102x/mnt, SPO2: 97%, 3. suara nafas ngorok, Tanda dan Gejala minor DS: -

		RR : 26 x/mnt, SpO2 : 97%, Nadi : 130 x/mnt, Suhu : 37.2 °C Gejala dan Tanda Minor DS: - DO: 1. Klien tampak kemah. 2. Muntah 1x warna hitam 3. Disorientasi tempat dan waktu 4. Perdarahan intraventriculer dengan hidrocephalus		DO: 1. Muntah 2. Klien tampak lemah dan tidak sadar kan diri 3. Disorientasi tempat dan waktu 4. Terdapat jejas atau bengkak dikepala sebelah kiri. 5. Perdarahan intraserebri di lobus temporal kiri dengan edema perifocal.
2		Sindrom Disuse b.d klien mengalami penurunan kesadaran, adanya nyeri, disfungsi fisik, dan penurunan mobilitas fisik dan gangguan neurologi Faktor resiko (nyeri hebat) DS: Nyeri Kepala		Sindrom Disuse b.d klien mengalami penurunan kesadaran, adanya nyeri, disfungsi fisik, dan penurunan mobilitas fisik dan gangguan neurologi Faktor resiko (nyeri hebat) DS: Nyeri Kepala

		(penurunan tingkat kesadaran) DO: 1. kesadaran samnolen, 2. klien tirah baring ditempat tidur 3. lemas ekstremitas kanan 4. gangguan menelan dan makan		(penurunan tingkat kesadaran) DO: 1. kesadaran sopor, 2. klien tirah baring ditempat tidur 3. lemas ekstremitas kanan 4. gangguan menelan dan makan
3				D.0002 Gangguan Penyapihan Ventilator berhubungan dengan hambatan Upaya napas DO: Napas dangkal dan Nilai gas darah arteri abnormal Analisa Gas Darah:39,0 PO2 : 158,0

B. Rencana Keperawatan

Tabel 3.9 Rencana Keperawatan klien I dan klien II dengan Stroke Hemorage

Nama pasien :	Tn. S	Ruangan	:	GICU
No. Medrek :	00387540	Diagnosa Medis	:	Stroke Hemorage

Klien I				
No	Dx Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) / Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
1	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan.dengan Perdarahan intraserebri ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran	Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam kapasitas adaptif intrakranial pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda gejala PTIK 3. Monitor MAP 4. Monitor gelombang ICP 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output	1). Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien. 2). Suatu keadaan normal

		3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Bradikardia membaik 7. Pola napas membaik 8. Respon pupil membaik 9. Refleks neurologis membaik 10. Tekanan intrakranial membaik	cairan 7. Monitor cairan serebro Spinalis Terapeutik 1. Berikan posisi semi fowler 2. Perawatan dan monitor produksi cairan otak dari alat EVD 3. Cegah terjadinya kejang 4. Hindari penggunaan PEEP 5. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 6. Pertahankan suhu tubuh Normal Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian anti konvulsan 2. Kolaborasi pemberian diuretik Osmosis	bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik 3). Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan apakah aliran darah tercukupi 4). Pengukuran intake dan output cairan merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mengukur jumlah cairan yang masuk kedalam tubuh (intake) dan jumlah cairan yang keluar (output) 5). Menjaga keseimbangan tekanan intrakranial bersama dengan darah dan jaringan otak
--	--	--	--	--

			3 . Pemasangan EVD (<i>Eksternal Ventrikel Drain</i>) 4 Pemberian infus hipertonik 5 Pemberian antibiotik 6 Pemberian obat anti hipertensi	6). Dapat menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan sirkulasi/ perfusi serebral 7). Drainase ventrikel eksternal (EVD) adalah prosedur pilihan untuk pengobatan hidrosefalus akut dan peningkatan tekanan intrakranial dan untuk mengalirkan cairan serebrospinal (CSF) dari ventrikel di otak.
2	Sindrom Disuse berhubungan dengan Perdarahan intraserebri klien mengalami penurunan kesadaran, adanya nyeri, disfungsi	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam pasien akan membaik dengan kriteria - Faktor resiko dapat dikendalikan dan pasien	Manajemen Cairan (I.03098) Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler,	1). Mengetahui untuk memberikan hidrasi cairan tubuh secara memonitor status hidrasi seperti adanya perubahan

	fisik, dan penurunan mobilitas fisik dan gangguan neurologi	tidak mengalami sindrom disuse yang dibuktikan oleh hasil daya tahan, dampak imobilitas: fisiologis dan psikokognitif dan mobilitas. - Pasien akan menunjukkan dampak imobilitas: fisiologis yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: sangat berat, berat sedang, ringan, atau tidak ada) • Kontraktur musculoskeletal tidak terjadi • Retensi urine atau infeksi saluran kemih tidak terjadi • Decubitus tidak ada	kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah) 2. Monitor status hemodinamik (MAP, CVP, PAP, PCWP,) Terapeutik 1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 2. Berikan cairan intravena	pada turgor kulit kelembaban membran mukosa. 2).untuk mengidentifikasi perubahan status hemodinamik secara dini sehingga dapat dilakukan intervensi segera, untuk evaluasi segera respon pasien terhadap suatu intervensi seperti obat-obatan dan dukungan mekanik, dan evaluasi efektifitas fungsi kardiovaskuler seperti cardiac output
--	--	--	---	---

		• Gangguan menelan teratasi • Gangguan neurologis berkurang • Status nutrisi baik • Kekuatan dan tonus otot baik • Pergerakan sendi baik • Batuk efektif • Kapasitas vital paru	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi - Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient. 3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric Terapeutik - Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu - Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Kolaborasi	1). untuk mengetahui tingkat ketersediaan zat gizi dalam tubuh sebagai akibat dari asupan gizi dari makanan melalui pemeriksaan lab dll. 2). Untuk mengetahui kekurangan atau kelebihan kalori yang dapat menyebabkan masalah kesehatan serta menghindari makan atau kalori yang berlebihan. Sebab, dengan menghitung kebutuhan kalori asupan makanan, pasien dapat
--	--	---	---	---

			- Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis: Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	teridentifikasi apa saja kebutuhan kalori dan nutrisi bagi tubuh. 3). Pemasangan naso gastric tube sangat diperlukan bagi pasien dengan gangguan neurologis, gangguan makan, gangguan menelan serta memudahkan perawat untuk memberikan nutrisi bagi pasien stroke - untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa mulut, mencegah infeksi dan melembabkan
--	--	--	---	--

				membran mulut dan bibir serta memelihara kebersihan diri seorang pasien - Ahli gizi memberikan kontribusi dalam perencanaan makanan dan perawat mengajarkan pasien memilih makan sehari-hari.
--	--	--	--	---

Nama Pasien : Ny. S Ruangan : GICU
 No Medrek : 00936891 Diagnosa Medis : Stroke hemorage + MHI

Klien II				
No	Dx Keperawatan (SDKI)	Standar Luaran (SLKI) / Kriteria Hasil	Perencanaan (SIKI)	Rasional
1	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Perdarahan intraserebri ditandai dengan klien mengalami penurunan kesadaran	Kapasitas Adaptif Intrakranial (L.06049) Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam kapasitas adaptif intrakranial pasien meningkat dengan kriteria hasil : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Sakit kepala menurun	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.06194) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK 2. Monitor tanda gejala PTIK 3. Monitor MAP 4. Monitor gelombang ICP 5. Monitor status pernapasan 6. Monitor intake dan output	1). Mengetahui penyebab peningkatan tekanan intrakranial agar tindakan yang diberikan sesuai dengan keadaan pasien. 2). Suatu keadaan normal bila sirkulasi serebral terpelihara dengan baik

		3. Gelisah menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Tekanan nadi membaik 6. Bradikardia membaik 7. Pola napas membaik 8. Respon pupil membaik 9. Refleks neurologis membaik 10. Tekanan intrakranial membaik	cairan 7. Monitor cairan serebro Spinalis <i>Terapeutik</i> 1. Berikan posisi semi fowler 2. Perawatan dan monitor produksi cairan otak dari alat EVD 3. Cegah terjadinya kejang 4. Hindari penggunaan PEEP 5. Hindari pemberian cairan IV hipotonik 6. Pertahankan suhu tubuh Normal <i>Kolaborasi</i> 1. Kolaborasi pemberian anti konvulsan 2. Kolaborasi pemberian diuretic Osmosis	3). Menghitung tekanan rata-rata arteri, menggambarkan apakah aliran darah tercukupi 4). Pengukuran intake dan output cairan merupakan suatu tindakan yang dilakukan untuk mengukur jumlah cairan yang masuk kedalam tubuh (intake) dan jumlah cairan yang keluar (output) 5). Menjaga keseimbangan tekanan intrakranial bersama dengan darah dan jaringan otak 6). Dapat menurunkan tekanan arteri dengan
--	--	--	--	---

			3. Pemasangan EVD (<i>Eksternal Ventrikel Drain</i>) 4. Pemberian infus hipertonik 5. Pemberian antibiotik 6. Pemberian obat anti hipertensi	meningkatkan sirkulasi/ perfusi serebral 7). Drainase ventrikel eksternal (EVD) adalah prosedur pilihan untuk pengobatan hidrosefalus akut dan peningkatan tekanan intrakranial dan untuk mengalirkan cairan serebrospinal (CSF) dari ventrikel di otak.
2	Sindrom Disuse berhubungan dengan Perdarahan intraserebri klien mengalami penurunan kesadaran, adanya nyeri, disfungsi fisik, dan penurunan	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam pasien akan membaik dengan kriteria - Faktor resiko dapat dikendalikan dan pasien tidak mengalami sindrom disuse yang dibuktikan oleh hasil daya	Manajemen Cairan (I.03098) Observasi 1. Monitor status hidrasi (mis: frekuensi nadi, kekuatan nadi, akral, pengisian kapiler, kelembaban mukosa, turgor kulit, tekanan darah)	1). Mengetahui untuk memberikan hidrasi cairan tubuh secara memonitor status hidrasi seperti adanya perubahan pada turgor kulit

	mobilitas fisik dan gangguan neurologi	tahan, dampak imobilitas: fisiologis dan psikokognitif dan mobilitas. - Pasien akan menunjukkan dampak imobilitas: fisiologis yang dibuktikan oleh indikator berikut (sebutkan 1-5: sangat berat, berat sedang, ringan, atau tidak ada) • Kontraktur musculoskeletal tidak terjadi • Retensi urine atau infeksi saluran kemih tidak terjadi • Decubitus tidak ada • Gangguan menelan teratasi • Gangguan neurologis berkurang • Status nutrisi baik • Kekuatan dan tonus otot baik • Pergerakan sendi baik	2. Monitor status hemodinamik (MAP, CVP, PAP, PCWP) Terapeutik 1. Catat intake-output dan hitung balance cairan 24 jam 2. Berikan cairan intravena	kelembaban membran mukosa. 2). untuk mengidentifikasi perubahan status hemodinamik secara dini sehingga dapat dilakukan intervensi segera, untuk evaluasi segera respon pasien terhadap suatu intervensi seperti obat-obatan dan dukungan mekanik, dan evaluasi efektifitas fungsi kardiovaskuler seperti cardiac output
--	--	---	--	--

		• Batuk efektif • Kapasitas vital paru	Manajemen Nutrisi (I.03119) Observasi 1. Identifikasi status nutrisi Identifikasi alergi dan intoleransi makanan. 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient. 3. Identifikasi perlunya penggunaan selang nasogastric Terapeutik -Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu -Hentikan pemberian makan melalui selang nasogastik jika asupan oral dapat ditoleransi Kolaborasi -Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan (mis:	1). untuk mengetahui tingkat ketersediaan zat gizi dalam tubuh sebagai akibat dari asupan gizi dari makanan melalui pemeriksaan lab dll. 2). Untuk mengetahui kekurangan atau kelebihan kalori yang dapat menyebabkan masalah kesehatan serta menghindari makan atau kalori yang berlebihan. Sebab dengan menghitung kebutuhan kalori asupan makanan, pasien dapat teridentifikasi apa saja
--	--	---	--	---

			Pereda nyeri, antiemetik), jika perlu -Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	kebutuhan kalori dan nutrisi bagi tubuh. 3).Pemasangan naso gastric tube sangat diperlukan bagi pasien dengan gangguan neurologis, gangguan makan, gangguan menelan serta memudahkan perawat untuk memberikan nutrisi bagi pasien stroke -untuk menjaga kontinuitas bibir, lidah dan mukosa mulut, mencegah infeksi dan melembabkan membran mulut dan bibir serta
--	--	--	---	--

				memelihara kebersihan diri seorang pasien - Ahli gizi memberikan kontribusi dalam perencanaan makanan dan perawat mengajarkan pasien memilih makan sehari-hari.
3	Gangguan Penyapihan Ventilator berhubungan dengan hambatan Upaya napas DO: Napas dangkal dan Nilai gas darah arteri abnormal Analisa Gas Darah:39,0 PO2 : 158,0 Dibuktikan dengan	Setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3x24 jam pasien penyapihan ventilator Meningkat dengan kriteria hasil 1. Kesinkronan bantuan ventilator menurun. 2. Penggunaan otot bantu napas menurun 3. Frekuensi napas membaik	Penyapihan Ventilasi Mekanik (I.01021) 1. Periksa kemampuan untuk disapih 2. Monitor prediktor untuk penyapihan 3. Monitor tanda-tanda kelelahan 4. Posisikan 60° - Lakukan suction - Lakukan fisioterapi dada	1. Pasien dengan bantuan ventilator dikatakan mengalami gangguan penyapihan ventilator bila pasien mengalami kondisi yang belum

Gejala dan Tanda Mayor Subjektif: - Objektif: 1. Upaya napas dan bantuan ventilator tidak sinkron 2. Napas dangkal 3. Agitasi 4. Nilai gas darah arteri Abnormal Gejala dan Tanda Minor Subjektif: 1. Lelah 2. Kuatir mesin rusak 3. Fokus meningkat pada	4. Nilai gas darah arteri membaik	- Lakukan uji coba Penyapihan -Beri dukungan fisiologis. Pemantauan Respirasi (I.01014) 1. Monitor frekuensi irama, kedalaman dan upaya napas. 2. Monitor nilai AGD 3. Monitor saturasi oksigen 4. Monitor adanya sumbatan jalan napas 5. Monitor hasil X-ray Toraks 6. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 7. Auskultasi bunyi napas	memenuhi syarat untuk dilanjutkan penyapihan dan pasien harus diistirahatkan dari proses penyapihan dengan tanda dan gejala subjektif dan objektif 2. Tujuan memonitor pola nafas agar mengetahui frekuensi pernafasan, irama nafas, pergerakan otot
--	--	---	--

	pernapasan Objektif: 1. Auskultasi suara napas menurun 2. Warna kulit abnormal 3. Napas paradoks 4. Diaforosis			dada dan kedalaman pernafasan. 3. Analisis gas darah (AGD) atau arterial blood gas (ABG) test adalah tes untuk mengukur kadar oksigen, karbon dioksida, dan tingkat asam basa (pH) di dalam darah. Analisis gas darah umumnya dilakukan untuk memeriksa fungsi
--	--	--	--	---

				organ paru yang menjadi tempat pertukaran oksigen dan karbon dioksida.
--	--	--	--	---

C. Implementasi Keperawatan

Nama Pasien : Tn. S Ruangan : GICU
 No Medrek : 00387540 Diagnosa Medis : Stroke Hemorage

Hari / tanggal	DX	Waktu	Implementasi dan Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
Rabu 7 februari 2024	I	08.00	1. Mengukur tanda – tanda vital pasien Hasil: TD : 182/102 N : 103 R: 26 Spo2 : 99 %. 2. Mengobservasi keadaan umum pasien dan mengkaji kekuatan otot Monitor tanda gejala Peningkatan TIK Hasil : kesadaran samnolen GCS (9) $\begin{array}{c c} 2 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$ E 2 M 4 V 3 konjungtyiva kemerahan, akr al dingin. Kedua mata simetris, kedua pupil respon	Diagnosa Keperawatan I/II pukul 14.00 S : Klien sulit untuk di kaji k/u pasien samnolen O : TD : 182/102 N : 103 R: 26 Spo2 : 99 %. GCS (9) E 2 M 4 V 3 A: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse belum teratasi P: Intervensi lanjutkan	Yusup 

			terhadap cahaya , diameter pupil 2mm, reflek kornea tidak ada.		
	II	09.00	3. Kolaborasi dengan ahli gizi menghitung kebutuhan kalori dan nutrisi klien Hasil : Target >30%, perbaikan Kebutuhan E : 1800 kkal P : 15%-->67.5 g L : 20%--> 40 g KH : 65%--> 292.5 g		
	I/II	10.00	4. Melaporkan keadaan pasien kepada DPJD terkait hasil lab, thorax foto, ct scan ,TTV, sama K/U pasien Hasil: Infus : - 2A 1500 cc/24 jam - Perdipin 1 mcg/kgbb/mnt - manitol 150-150-150		

			Thorax : Tidak tampak TB paru aktif maupun Bronkhopneumonia Tidak tampak kardiomegali Ct scan: Perdarahan intraserebri di ganglia basalis Kiri dengan edema perifocal dan Midline shift sejauh +/-0,5 cm ke kanan -Perdarahan intraventrikuler dengan hydrocephalus 5. Memberikan terapi cairan perdistensi 1mcg dalam 100cc Nacl = 30cc/jam		
	I/II	10.30	6. Memberikan posisi yang nyaman Hasil : elevasi kepala 30 derajat		
	I	11.00	7. Memonitor oksigen pasien Hasil : diberikan O2 10 liter Non Rebreathing Mask 8. Memberikan makan cair susu 200cc via Naso Gastric Tube		

	II	12.00	Hasil : makan cair sudah diberikan lewat Naso Gastrik Tube		
	I/II	13.00	9. Menghitung dan memonitor kebutuhan cairan pasien / shif		
		14.00	Hasil : Intake : 1292 cc Ouput : 1125 cc Balance : +167 cc 10. Operan antar dari shif pagi ke shif siang		

Hari / tanggal	DX	Waktu	Implementasi dan Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
Kamis 8 februari 2024	I/II	07.00	1. Mengikuti operan dinas Hasil : mendapatkan informasi terbaru perkembangan pasien	Diagnosa Keperawatan I/II pukul 14.00 S : klien masih belum bisa di kaji O: k/u lemas, kesadaran Compos Mentis (afasia) E4 M5 V-. TD :	Yusup
	1/II	08.00	2. Mengoservasi TTV, K/U pasien, memonitor tanda-tanda TIK		

	I/II	11.00	Hasil : keluarga setuju untuk dilakukan Tindakan EVD, keluarga mengisi form persetujuan operasi, anestesi, transfuse darah		
	I/II	12.00	5. Memonitor cairan infus Hasil : 2A 1500 cc/24 jam nicardipine drip untuk 1 mcq/kgBB/mnt sampai TD stabil 143/75 - 159/78 manitol hari ke 3 6. Memberikan nutrisi enteral melalui NGT Hasil : makanan cair susu telah diberikan 200cc melalui ngt , respon pasien tidak ada klien masih cegukan 7. Memberikan therapy antibiotic Hasil : telah diberikan therapy kolaborasi ceftriaxone 1 gr		Yusup 

	I/II	13.00	8. Menghitung balance cairan Hasil : I= 2088 O= 2160 B= -72		
		14.00	9. Mengikuti operan antar shif Hasil : melakukan timbang terima dari shif pagi ke shif siang termasuk perkembangan pasien		Yusup 

Hari / tanggal	DX	Waktu	Implementasi dan Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
Jumat 9 februari 2024	I/II	14.00	1. Mengikuti operan shif Hasil : mengetahui perkembangan terbaru pasien	Diagnosa Keperawatan I/II pukul 21.00	Yusup 
	I/II	15.00	2. monitoring kesadaran dan hemodinamik pasien Hasil : E3M4V2=9 samnolen . TD:129/78- 241/127 MmHg. HR : 94-107 x/mnt	S: Kesadaran klien samnolen O: E3M4V2=9 samnolen . TD:129/78-241/127 MmHg. HR : 94-107 x/mnt R : 21-28 x/mnt S : 36.1 C SPO2 : 95-100 %,	

	I/II	16.00	R : 21-28 x/mnt S : 36.1 C SPO2 : 95-100 % 3.Mengobservasi luka operasai, tanda perdarahan dan infeksi memberikan therapi sesuai program monitoring adanya tanda-tanda TTIK dan hemodinamik Hasil : infus hari ke 1 (tangan kiri dipasang baru dari OK) - NGT hari ke-3 - DC hari ke 3 -siang mulai diet cair (+) - Manitol hari ke 4 - Target TD 140 - EVD terpasang, ketinggian selang EVD 12 cm di atas insersi -obsevasi prod EVD (ada undulasi atau tidak)	sesak tidak ada terpasang Oksigenasi dg Binasl Canul 5 lpm. Terpasang mayo,terdapat sleem suction(+) Naso Gastrik Tube (+) Stres Ulser (-) . Luka operasi dikepala tertutup kassa, tidak ada rembesan selang EVD terpasang,undulasi (+)., produksi (+). Dower Cateter (+) Urine Ouput (+), BAB (-), singultus (+), ttv belum stabil. A: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse belum teratasi monitoring kesadaran dan haemodinamai -observasi luka operasai, tanda perdarahan dan infeksi - berikan therapi sesuai program	
--	------	-------	---	---	--

			-produksi EVD 30 cc(dibuang) - GV perdana POD 3 tanggal(11/02/2024) -<u>Nicardipine dan OAH oral stop dulu</u> <u>lihat TD</u> - konjungtyiva kemerahan, akral dingin. Kedua mata simetris, adanya respon pupil terhadap cahaya +/+, diameter pupil 2mm, reflek kornea -/-. Terpasang mayo supaya lidah tidak jatuh ke belakang, tidak ada muntah proyektil	- monitoring adanya tanda-tanda TTIK. P: Lanjutkan intervensi	
	I/II	18.00	4.Memberikan makanan cair serta serta terapi oral sesuai jadwal Hasil : nutrisi enteral 200cc dan kalnex iv dan spironolactone tab		
	I/II	20.00	5. Menghitung balance cairan Hasil : Intake : 2192		Yusup

	I/II	21.00	Output : 2530 Balance : -338 Urine/24jam=1750cc Evd /24jam= 180cc 6. Melakukan operan shif		
--	------	-------	--	--	---

Nama Pasien : Ny. S Ruangan : GICU
 No Medrek : 00936891 Diagnosa Medis : Stoke hemorage + MHI

Hari / tanggal	DX	Waktu	Implementasi dan Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
Rabu 14 februari 2024	I/II	14.00	1. Mengikuti operan dinas / shif	Diagnosa Keperawatan I/II/ III pukul 21.00 S: Klien masih dalam pengaruh obat bius jadi tidak bisa dikaji kesadaran maupun GCS nya	Yusup 
	I/II	15.00	Hasil : mengetahui perkembangan terbaru pasien 2.Mengkaji k/u pasien, ttv, memonitor tanda-tanda TIK, mengobservasi tanda-		

			-Ganti Verban POD 2 tgl 16-02-2024 -cek darah rutin dan elektrolit dan AGD H: Analisa Gas Darah:39,0 - PCO2 : 25,6 (N: 32 ~ 42mmHg) - PO2 : 158,0 (N: 80 ~ 108mmHg) -weaning ventilator jika MAP < 65 --> start norepinefrin 0.05 mcg/kg/menit titrasi hingga MAP tercapai PPA 3.Melakukan pengambilan darah untuk cek darah rutin ulang dan elektrolit Hasil : cek DR dan elektrolit (+) hasil (-) 4.Membantu Activity Day Living pasien Hasil : memberikan nutrisi dan terapi sesuai program susu cair 200cc dan paracetamol infus	P: Intervensi lanjutkan	Yusup 
I/II	17.00				
I/II	18.00				
I/II	20.00				

	I/II	21.00	5.Menghitung balance cairan Hasil : I :60 cc, O : 21 cc,B : + 39 cc/1 jam Urin : - 5.Melakukan operan shif		
--	------	-------	---	--	--

Hari / tanggal	DX	Waktu	Implementasi dan Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
Kamis 15 februari 2024	I/II/III	07.00 08.00	1. Mengikuti Operan shif 2. Mengakaji k/u pasien , memonitor TIK. Hasil : k/u lemah, kesadaran Sopor GCS (6) E2M2V2, terpasang ventilator mode SIMV PC PS, PC 10 PS 10 PEEP 5 RR 12 FiO2 50%, Naso Gastrik Tube (+) Stres Ulcer (-) Bising Usus(+) Dower Cateter (+) Urine Ouput (+) BAB (-) luka op dikapala ditutup kassa, terpasang drain (+) prod (-),TD: 128- 161/73-85, HR: 66-77, RR: 12, S : 36 - 36.5 Spo2 99-100%,	Diagnosa Keperawatan I/II/ III pukul 14.00 S: kesadaran klien sopor GCS (6) E2M2V2, terpasang ventilator mode SIMV PC PS, PC 10 PS 10 PEEP 5 RR 12 FiO2 50%, masih diberikan obat anestesi . Naso Gastrik Tube (+) Stres Ulcer (-) Bising Usus (+) Dower Cateter (+) Urine Output (+) BAB (-) luka op	Yusup 
	I/II/III	10.00			

	I/II/III	12.00	3.Menonitor cairan serebro spinal Hasil: Tinggi drain EVD 15 cm dari luka operasi - Head Up 30 derajat - Drain maksimal 150 cc/24 jam. 50cc/shift - GV POD 2 tgl 16-02-2024 -Weaning ventilator jika MAP < 65 --> start norepinefrin 0.05 mcg/kg/menit titrasi hingga MAP tercapai	dikapala ditutup kassa, terpasang drain (+) produksi cairan tidak ada ,TD: 128-161/73-85, HR: 66-77, RR: 12, S : 36 - 36.5 Spo2 99-100%, tidak ada tanda – tanda infeksi Weaning ventilator jika MAP < 65 --> start norepinefrin 0.05 mcg/kg/menit titrasi hingga MAP tercapai	
	I/II	13.00	4.Memonitor cairan Hasil : infus : - RL =60cc/jam - Nacl 3 % 500 cc/24 jam mulai jam 12.00 (14/2/24) 5.Menghitung balance cairan Hasil: I : 1229 O : 646 B : +583	O: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse dan Gangguan penyapihan ventilator belum teratasi P: Intervensi lanjutan	

		14.00	Urin : 350 CC /14JAM 6.Operan shif		Yusup 
--	--	-------	---	--	--

Hari / tanggal	DX	Waktu	Implementasi dan Catatan Perkembangan	Evaluasi	Paraf
Jumat 16 februari 2024	I/II I/II/III	07.00 08.00	Mengikuti Operan shif Mengakaji k/u pasien, memonitor ttv, memonitor cairan produksi drain evd, menonitor terjadi peningkatan TIK Hasil : GCS tidak terkaji E1M1Vtidak terkaji TD 190/89,HR 100,R 16,SpO2 98. MODE VENTILATOR PS 7 PEEP 4 FIO2 40%, klien sedang koreksi natrium, cairan infus	Diagnosa Keperawatan I/II/III pukul 14.00 S : kesadaran klien tidak terkaji O: GCS tidak terkaji E1M1Vtidak terkaji TD 190/89,HR 100,R 16,SpO2 98. Ventilator diganti menjadi mode CPAP	Yusup 

	I/II	11.00	BFLUID 1000CC+RL 500CC/24 JAM, terpasang drain terhubung spuit 20 ml produksi 30 cc agak kemerahan.head up 30 derajat Melakukan kolaborasi dengan ahli gizi untuk menghitung kebutuhan nutrisi pasien Hasil : Diet gizi seimbang Energi 1250 kkal,Bentuk cair,Rute ngt Pemberian diet bertahap 3x mc entramix 2T 100 cc Energi 390 kkal TPN Bfluid 100 cc E: 420 kkal Protein : 30 g	PS 7, PEEP 4, FiO2 40%, drain EVD terhubung spuit 20 ml produksi 30 cc agak kemerahan.head up 30 derajat A: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse dan Gangguan penyapihan ventilator belum teratasi P: Intervensi lanjutkan	
	I/II	12.00	Total energi : 810 kkal (65% keb) Protein total 45 g (72% keb) Memberikan asupan nutrisi dan cairan		
		13.00	Hasil : pemberian entramic 150 cc + air putih 50cc		
	I/II/III		Menonitor ttv dan hitung balance cairan		

	III	Hasil : TD: 138/78 mmhg,HR: 123 x/mnt RR: 12-20/mnt,S : 37,Spo2 : 99-100% I : 967 cc/ 7 jam O : 627 cc/ 7 jam B : +340 cc/ 7 Jam Urin : 450 cc/ 7 Jam infus : - BFluid 1000 + RL 500 ==> 1500 ml/24 jam - Nacl 3 % 500 cc/24 jam mulai jam 12.00 (14/2/24) belum habis 02 terpasang ventilator mode CPAP PS 7, PEEP 4, FiO2 40%.	Yusup 
--	-----	---	---

D. Catatan Perkembangan

Hari/tanggal	DX Kep	Pasien 1	Pasien 2	Paraf
Pasien 1 Rabu 7 februari 2024	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Perdarahan intracerebri	Diagnosa I/II S: Klien sulit untuk di kaji k/u pasien samenoln	Diagnosa I/II/III S: Klien masih dalam pengaruh obat Anestesi propofol jadi tidak bisa dikaji kesadaran maupun GCS nya	
Pasien II Rabu 14 februari 2024	Sindrom Disuse berhubungan dengan Perdarahan intracerebri Gangguan Penyapihan Ventilator berhubungan dengan hambatan Upaya napas	O; TD 182/102 N : 103 R: 26 Spo2 : 99 %, konjungtyiva kemerahan,akral dingin.Kedua mata simetris, kedua pupil respon terhadap cahaya,diameter pupil 2mm, reflek,kornea tidak ada. Ada muntah terpasang Naso Gastrik Tube dan Dower Cateter $\begin{array}{c c} 2 & 4 \\ \hline 2 & 4 \end{array}$ GCS (9)	O: TD : 99/55 mmHg,HR 120 x/menit RR on venti P- SIMV F 12 PC 10 PS 10 PEEP 5 FiO2 50% SpO2 99%, klien post EVD Naso Gastrik Tube hari ke 0 stres ulcer (-) klien tidak puasa (+) dower kateter hari ke 0 , Urine Ouput kosong	

		E 2 M 4 V 3 A:Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse belum teratasi P:lanjutkan Intervensi	klien belum BAB , luka operasi dikepala ditutup kassa, terpasang drain (+) belum ada produksi (-),bundle VAP/hari - infus : -RL =60cc/jam - tinggi drain EVD 15 cm dari luka operasi - Head Elevasi 30 derajat -drain maksimal 150 cc/24 jam. 50cc/shift -Ganti Verban POD 2 tgl 16-02-2024 weaning ventilator jika MAP < 65 ->start norepinefrin 0.05	
--	--	---	--	---

			mcg/kg/menit titrasi hingga MAP tercapai PPA A: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse, Gangguan Penyapihan Ventilator belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi	
Pasien I Kamis 8 februari 2024 Pasien II Kamis 15 februari 2024	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial berhubungan.de ngan Perdarahan intraserebri Sindrom Disuse berhubungan dengan Perdarahan intraserebri	Diagnosa I/II S: k/u lemas, kesadaran (Afasia) O:) E4 M5 V-. TD : 143/75 - 159/78 HR : 97 – 121 R : 17-26 Suhu : 36.6 SpO2 : 96-97%. O2 5 Lpm/Binasal Canul, Naso Gastrik Tube hari ke 2 Produksi kuning keruh, Dower Cateter hari ke 2 Urin Ouput (+)	Diagnosa I/II/III S: klien sopor O: GCS (6) E2M2V2, terpasang ventilator mode SIMV PC PS, PC 10 PS 10 PEEP 5 RR 12 FiO2 50%, Naso Gastrik Tube (+) Stres Ulcer (-) Bising Usus	

	Gangguan Penyapihan Ventilator berhubungan dengan hambatan Upaya napas	klien belum BAB, Parese Ekstremitas kiri, klien cegukan, ADL dan KDM masih di bantu ;total care' A: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse belum teratasi P: lanjutkan Intervensi	(+) Dower Cateter (+) Urine Output (+) BAB (-) luka op dikapala ditutup kassa, terpasang drain (+) produksi cairan (-),TD: 128-161/73-85, HR: 66-77, RR: 12, S : 36 - 36.5 Spo2 99-100%, tidak ada tanda – tanda infeksi A: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse, Gangguan Penyapihan Ventilator belum teratasi. P: lanjutkan Intervensi	
Pasien I	Penurunan Kapasitas	Diagnosa I/II	Diagnosa I/II/III	

Jumat 9 februari 2024 Pasien II Jumat 16 februari 2024	Adaptif Intrakranial berhubungan dengan Perdarahan intraserebri Sindrom Disuse berhubungan dengan Perdarahan intraserebri Gangguan Penyapihan Ventilator berhubungan dengan hambatan Upaya napas	S: Kesadaran klien samnolen O: E3M4V2=9 samnolen . TD:129/78-241/127 MmHg. HR : 94-107 x/mnt R : 21-28 x/mnt S : 36.1 C SPO2 : 95-100 %, sesak tidak ada terpasang Oksigenasi dg Binasl Canul 5 lpm. Terpasang mayo,terdapat sleem suction(+) Naso Gastrik Tube (+) Stres Ulcer (-) . Luka operasi dikepala tertutup kassa, tidak ada rembesan selang EVD terpasang,undulasi (+)., produksi (+). Dower Cateter (+) Urine Output (+), BAB (-), singultus (+), ttv belum stabil. A: Penurunan Kapasitas Adaptif	S : kesadaran klien tidak terkaji O: GCS tidak terkaji E1M1Vtidak terkaji TD 190/89,HR 100,R 16,SpO2 98. ventilator mode CPAP PS 7, PEEP 4, FiO2 40%, drain EVD terhubung spuit 20 ml produksi 30 cc agak kemerahan.head up 30 derajat A: Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial dan Sindrome Disuse, Gangguan Penyapihan Ventilator belum teratasi	
---	--	---	---	---

		Intrakranial dan Sindrome Disuse belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi	P: Lanjutkan intervensi	
--	--	--	-----------------------------------	--