

BAB III
LAPORAN KASUS

A. Laporan Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Identitas pasien

Nama : Tn. B

Jenis kelamin : laki-laki

Tempat Tanggal Lahir: Bandung 06 januari 1951

Status perkawinan : Menikah

Pekerjaan : Swasta

Agama : Islam

Pendidikan terakhir : SMA

Alamat : Kp. Bojong

Diagnosa medis : Stroke Infark + Empisema Pulmonal

Nomer register : 00-863544

Tanggal masuk RS : 11-02-2024 jam 10.00 WIB

Tanggal pengkajian : 12-02-2024 jam 16.00 WIB

a. Keluhan Utama

Pasien penurunan kesadaran

b. Riwayat kesehatan sekarang

4 hari sebelum masuk rumah sakit keluarga klien mengatakan pasien tidak mampu menggerakkan tangan dan kaki sebelah kanan dan tidak bisa

menelan, menurut keluarga pasien mengatakan masih dalam keadaan sadar penuh, keluarga juga mengatakan pasien sudah diare selama 2 hari. Namun makin hari kondisi pasien memburuk dengan penurunan kesadaran, sehingga keluarga pasien membawa ke rumah sakit. Keluarga pasien mengatakan 2 jam sebelum masuk rumah sakit pasien mengalami penurunan kesadaran ketika dirumah, sehingga keluarga pasien membawa pasien ke rumah sakit.

Pasien datang ke IGD pada tanggal 11 februari 2024 pukul 10.00, pada saat di IGD pasien kesadaran stupor dengan GCS 5 E2M2V1, pasien mengalami penurunan kesadaran, pasien sesak dengan frekuensi nafas 31x/menit sehingga diberikan O2 10 liter dengan NRM, pasien dipasangkan infus 2A di tangan kiri, pasien dipasang NGT dan DC, terdapat suara napas gargling, pasien dilakukan pemeriksaan TTV pada pukul 10.15 dengan hasil TD 125/85, HR 75, RR 31x/menit dengan NRM 10 liter/menit, S 37,2, SPO2 94. Pasien dilakukan pemeriksaan thorax dan ct scan kepala dengan hasil thorax terdapat emfisema pulmonal disertai gambaran bronchitis, kardiomegali tanpa bendungan paru, atherosclerosis aorta dan hasil CT Scan terdapat infark serebri daerah corona radiata dan centrum semi ovale kiri, Atrofi serebri senilis, Tidak ada tanda tanda perdarahan intracranial. Saat di IGD pasien diberikan terapi Farmakologi yaitu citicolin 500 mg inj, pantoprazole 40 mg, ceftriaxone 1 gr, clopidogrel 75 mg, infus 2A. kemudian pasien dipindahkan ke ruang ICU pukul 16.00 WIB.

Pada saat pengkajian di GICU tanggal 12 Februari 2024 pukul 16.00, kesadaran pasien stupor dengan GCS 5 E2M2V1, pasien terpasang NRM

12 liter/menit, terdapat suara napas gargling, sputum (+), retraksi dada (+), pasien terpasang OPA, akral pasien dingin, CRT >2 detik, nadi teraba kuat. Pasien terpasang infus 2A 1500 cc/24 jam, pasien terpasang NGT dan tidak ada stress ulcer, pasien terpasang dower catheter dan terdapat pengeluaran urin berwarna kuning pekat. TD 115/76 mmHg, HR 78 x/menit, RR 31x/menit, SPO2 94% Suhu 36.1°C.

c. Riwayat kesehatan dahulu

Menurut informasi dari keluarga pasien mempunyai riwayat penyakit jantung selama kurang lebih 3 tahun dan telah menjalani tindakan pemasangan ring jantung atau PCI tahun 2023 di RSUD al ihsan namun hasilnya tidak diketahui dan pasien juga mengkonsumsi obat bisoprolol setiap hari. Pasien juga merupakan perokok aktif.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa adik pasien mempunyai riwayat penyakit yang sama yaitu penyakit jantung, namun keluarga mengatakan orang tua dan anaknya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit yang sama dengan pasien.

e. Pemeriksaan Fisik

Kesadaran : Stupor GCS 5 E2M2V1

Pemeriksaan TTV : TD 101/78 mmHg, HR 87 x/menit, RR 31 x/menit,
S 36.1°C, SPO2 94%

1) Pemeriksaan fisik kepala

Kepala: Bentuk kepala simetris, kebersihan rambut bersih, rambut Panjang beruban, tidak terdapat lesi, Mata: Bentuk mata simetris, tidak terdapat edema pada mata, sclera berwarna putih, konjungtiva anemis, pupil isokor, tidak terdapat nyeri tekan, penglihatan masih jelas, Telinga: Bentuk telinga simetris, kebersihan telinga bersih, tidak terdapat benjolan ataupun bengkak, tidak ada lesi, dan tidak terdapat nyeri tekan, Hidung: Bentuk hidung simetris, keadaan hidung bersih, tidak ada lesi, tidak terdapat nyeri tekan, Mulut: Bentuk bibir simetris, mukosa bibir lembab, kondisi mulut bersih, tidak terdapat caries gigi, Leher: Bentuk leher simetris, tidak terdapat peningkatan JVP

2) Sistem pernafasan

Ketika di inspeksi bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi, terdapat retraksi dada, terpasang alat bantu nafas NRM 12 liter/menit. Pada saat dipalpasi tidak terdapat benjolan dibagian area dada, dan tidak ada pembengkakan. Ketika di perkusi Pada saat diperkusi suara lapang paru anterior sonor di bagian ics 1-5, dullness pada ics 3-5 sinistra. Ketika di auskultasi terdengar bunyi gargling akibat adanya sputum di jalan nafas.

3) Sistem kardiovaskuler

Ketika di inspeksi bentuk dada simetris, tidak terdapat lesi, tidak terdapat hiperpigmentasi kulit, ketika di palpasi tidak terdapat benjolan, tidak terdapat nyeri tekan, tidak terdapat pembengkakan, akral dingin, CRT >2 detik, nadi teraba kuat. Ketika di perkusi Pada saat diperkusi jantung

terdengar dullness hingga ICS 7. Ketika di auskultasi terdengar bunyi jantung S1 dan S2, tidak terdengar bunyi tambahan.

4) Sistem gastrointestinal

Pasien tidak terdapat distensi abdomen, bentuk abdomen simetris, tidak terdapat massa, pasien mengalami diare dengan frekuensi BAB 5x/hari, bising usus 13 x/menit, pasien terpasang NGT, diit tinggi protein 200cc diberikan setiap 2x/hari.

5) Sistem perkemihan

Pasien terpasang kateter hari ke 2, intake cairan 24 jam terakhir 1100 cc, output cairan 24 jam terakhir 985 cc, balancing 24 jam terakhir +115 cc, output urine 600 cc/24 jam.

6) Sistem muskuloskeletal

Pasien mengalami penurunan kesadaran dan terdapat hemiparesis bagian kanan, terdapat edema di ekstremitas atas, tidak terdapat luka ataupun hiperpigmentasi kulit, kekuatan otot pasien

0	1
0	1

7) Sistem persarafan

- (a) N I: sistem penciuman pasien tidak terjadi akibat penurunan kesadaran
- (b) N II: Sistem penglihatan pasien tidak terkaji akibat penurunan kesadaran
- (c) N III: Diameter pupil simetris dengan ukuran 2/2mm, reflek pupil terhadap cahaya sesuai.

- (d) N IV: pergerakan mata pasien tidak terkaji akibat pasien mengalami penurunan kesadaran
 - (e) N V: Fungsi sensori dan motorik pasien tidak terjadi akibat penurunan kesadaran
 - (f) N VI: tidak terkaji akibat pasien mengalami penurunan kesadaran
 - (g) N VII: wajah terlihat asimetris, dan otot wajah terlihat tertarik ke bagian sisi yang sehat
 - (h) N VIII: sistem pendengaran pada pasien tidak terkaji akibat penurunan kesadaran
 - (i) N IX & X: Terjadi gangguan menelan pada pasien dan kesulitan membuka mulut
 - (j) N XI: tidak terjadi deviasi pada leher
 - (k) N XII: pasien mengalami gangguan menelan
- 8) Sistem integumen
- Turgor kulit elastis, tidak terdapat lesi, keadaan kulit kering, tidak terdapat luka diarea kulit, kebersihan kulit bersih.

f. Pengkajian Psikososial

- 1) Pola pikir
Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
- 2) Persepsi
Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran
- 3) Gaya komunikasi
Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

4) Gambaran diri

Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

5) Peran diri

Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

6) Ideal diri

Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

7) Identitas diri

Pasien seorang laki laki bernama Tn. B usia 73 tahun

8) Harga diri

Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

g. Pengkajian spiritual

1) Dukungan sosial

Tidak terkaji karena pasien mengalami penurunan kesadaran

2) Ibadah

Keluarga mengatakan pasien ketika dirumah selalu menunaikan ibadah sholat dan mengaji walaupun sholat dengan posisi duduk, namun semenjak dirumah sakit pasien tidak menunaikan sholat akibat penurunan kesadaran

h. Activity daily living

ADL	Saat Dirumah	Saat di Rumah Sakit
Nutrisi	<ul style="list-style-type: none"> Makan <p>Frekuensi 3x/hari</p> <p>Jenis makanan nasi dan lauk pauk</p>	<p>Selama dirumah sakit pasien makan melalui NGT dengan diit tinggi protein 200 cc/NGT</p>

	<p>Jumlah ½ porsi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minum <p>Jumlah 5-6 gelas/hari</p> <p>Jenis air putih, susu</p>	<p>BB: 55 kg</p> <p>TB: 170 cm</p> <p>BMI: 19,0 (ideal)</p>
Eliminasi	<ul style="list-style-type: none"> • BAK <p>Frekuensi: 2-3x/hari</p> <p>Warna: kuning jernih</p> <p>Bau: khas</p> <p>Keluhan: tidak ada</p> <ul style="list-style-type: none"> • BAB <p>Frekuensi: 1x/hari</p> <p>Konsistensi lembek</p> <p>Warna khas</p> <p>Bau khas</p>	<p>Selama di Rumah sakit</p> <p>pasien terpasang kateter dan pampers, intake: 1100 cc, output: 985 cc, balance cairan: +115 cc, urin 600 cc, pasien diare dengan frekuensi 3x/hari konsistensi cair</p>
Pola tidur	<ul style="list-style-type: none"> • Pada saat dirumah: <p>lama tidur 6-8 jam/hari</p> <p>klien tidak pernah tidur siang</p>	<p>Pada saat di RS pasien mengalami penurunan kesadaran</p>
Aktivitas	<p>Pasien sudah tidak bekerja, aktivitas dirumah masih bisa mandiri namun sesekali dibantu oleh keluarga.</p>	<p>Pada saat di RS segala aktivitas pasien dibantu penuh oleh perawat dan keluarga</p>

Kebiasaan merokok	Pasien merupakan perokok aktif sudah dari usia 20 tahunan sampai sekarang	Tidak merokok
-------------------	---	---------------

i. Pemeriksaan Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium ketika di IGD 11 Feruari 2024

Jenis pemeriksaan	Nilai rujukan	Hasil
Hematologi		
Hemoglobin	12-16 g/dl	15.8
Leukosit	13.0-18.0 sel/ul	11440
Eritrosit	3800-10600 juta/ul	5.07
Hematokrit	4.5-6.5	47.5
Kimia klinik		
SGOT	10-34	20
SGPT	9-43	26
Ureum	10-50 mg/dl	43
Kreatinin	0.9-1.15	0.93
GDS	70-200	118
Analisa gas darah		
pH	7,38-7,42	7,40
SO2	94-100%	97%
PO2	75-100 mmHg	101 mmHg

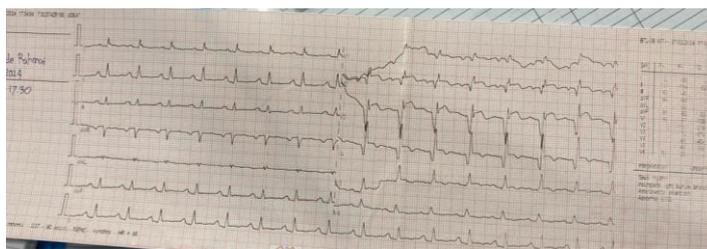
PCO2	38-42 mmHg	80 mmHg
HCO3	22-28 mEq/L	23 mEq/L

Pemeriksaan laboratorium di GICU tanggal 12 Februari 2024

Jenis pemeriksaan	Nilai rujukan	Hasil
Kimia darah		
Kolesterol	<200 mg/dl	205 mg/dl
Elektrolit		
Na	134-145 mmol	142mmol
Kalium	3.6-5.6 mmol	3.9 mmol
Troponin		
Troponin I	Non reactive	52 ng/dl

j. Pemeriksaan diagnostic

Hasil EKG tanggal 13 Februari 2024 pukul 17.30



Interpretasi EKG

Sinus rhythm dengan HR 95x/menit, terdapat ST elevasi di V2, V3, V4, V5

Hasil pemeriksaan thorax dan CT Scan di IGD tanggal 11 Februari 2024

HARI / TANGGAL	JENIS PEMERIKSAAN	KESAN
11-02-2024	Ronsen thorax	Kardiomegali tanpa bendungan paru Pulmo tidak tampak kelainan Scoliosis vertebra torakalis Atherosclerosis aorta
11-02-2024	CT Scan kepala	Infark serebri daerah corona radiata dan centrum semi ovale kiri Atrofi serebri senilis Tidak ada tanda tanda perdarahan intracranial

k. Terapi farmakologi

- Terapi obat di IGD

No	Nama obat	Dosis	Cara pemberian	Indikasi
1.	Citicolin	500 mg	Iv	Obat yang berfungsi untuk mencegah kerusakan otak dan membantu pembentukan membran sel di otak.
2.	Pantoprazole	40 mg	Iv	Obat untuk meredakan gejala akibat peningkatan

				asam lambung, seperti rasa panas di dada, asam lambung naik, atau sulit menelan.
3.	Ceftriaxone	1 gr	Iv	Antibiotik untuk mencegah terjadinya infeksi yang terjadi didalam tubuh
4.	Clopidogrel	75 mg	Iv	Sebagai obat resistensi antiplatelet untuk mengurangi risiko sumbatan arteri pada pasien
5.	Infus 2A	1000/24 jam	Iv	cairan infus yang diindikasikan pada pasien yang mengalami penyakit penyimpanan glikogen, intoleransi terhadap sukrosa, gagal ginjal, kadar natrium yang rendah darah dan kehilangan cairan, sirosis hati, kadar kalium rendah, tingkat kalsium yang rendah, kadar magnesium yang rendah, tes toleransi glukosa

- **Terapi obat di GICU**

No	Nama Obat	Dosis	Cara Pemberian	Indikasi
1.	Bisoprolol	2x 5 mg	Oral/NGT	Bisoprolol adalah golongan obat beta bloker kardioselektif yang bekerja menghambat kerja system saraf simpatis pada jantung dengan menghambat reseptor beta adrenergic jantung. Bisoprolol menurunkan kekuatan kontraksi otot jantung dan menurunkan tekanan darah
2.	Ramipril	2x1gr	Oral/NGT	Ramipril adalah obat golongan angiotensin converting enzim yang biasanya digunakan untuk mengobati hipertensi, gagal jantung, dan nefropatik
3.	Infus 2A	1000/24 jam	Iv	Wida 2 A merupakan cairan infus yang diindikasikan pada pasien yang mengalami penyakit penyimpanan glikogen, intoleransi terhadap sukrosa, gagal ginjal, kadar natrium yang rendah darah dan kehilangan cairan, sirosis hati, kadar kalium rendah, tingkat kalsium yang rendah, kadar magnesium yang rendah, tes toleransi glukosa

2. Analisa Data

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pola napas abnormal - RR 31x/menit - Suara napas gargling (sputum) - Warna kulit pucat - Kesadaran menurun - PCO2 meningkat 80 mmHg 	<p>Emfisema</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Rusaknya bronkus, duktus alveolar, alveoli</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Paru sulit berkembang elastis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kerusakan difusi O₂</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipoksemia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Secret tertahan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Usaha berlebihan sehingga ekspirasi memanjang</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan pertukaran gas</p>	<p>Gangguan</p> <p>Pertukaran Gas</p>
<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengeluh kesulitan menggerakkan ekstremitas 	<p>Penyumbatan arteri otak</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Intoleransi aktifitas</p>

<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot menurun - ROM menurun - Hemiparesis bagian sebelah kanan - Fisik lemah 	<p>Sel otak kekurangan oksigen dan nutrisi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Iskemik</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Infark serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Defisit neurologis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Penurunan kontrol volunter</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hemiparesis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kelemahan mobilisasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Intoleransi aktivitas</p>	
<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gambaran EKG menunjukkan adanya ST Elevasi di V3, V4, V5, V6 - Hasil troponin I 56 	<p>Adanya iskemik pada arteri koroner</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suplai oksigen ke jantung tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Risiko penurunan curah jantung</p>

	Ketidakmampuan otot jantung untuk memompa ↓ Risiko penurunan curah jantung	
--	---	--

3. Diagnosa Keperawatan

- a. Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi perfusi d.d suara gargling, pco₂ meningkat
- b. Intoleransi aktivitas b.d kelemahan fisik d.d kekuatan otot menurun
- c. Risiko penurunan curah jantung b.d perubahan afterload d.d gambaran st Elevasi pada EKG

4. Intervensi keperawatan

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Gangguan pertukaran gas b.d ketidaseimbangan ventilasi-perfusi d.d suara gurgling	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam, maka diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil: - Produksi sputum menurun - Dispnea menurun - Frekuensi napas membaik - Pola napas membaik - Pco ₂ membaik	Pemantauan respirasi Observasi: - Monitor pola napas - Monitor bunyi napas tambahan - Monitor produksi sputum - Monitor saturasi oksigen Terapeutik: - Pertahankan kepatenan jalan napas - Posisikan semi fowler - Lakukan suction kurang dari 15 detik	1. Tujuannya untuk mengidentifikasi dan memastikan kepatenan jalan napas dari pasien sehingga hal ini akan memperbaiki status pernapasan dan memaksimalkan pertukaran gas di paru-paru serta menjamin kecukupan oksigen dalam tubuh 2. Intervensi lain yang bisa diberikan yaitu suction untuk mengeluarkan sekret yang menghambat jalan napas sehingga keluhan

		Warna kulit membaik	<ul style="list-style-type: none"> - Lakukan hiperoksigenasi sebelum suction - Berikan oksigen 	sesak napas dapat berkurang.
2.	Gangguan mobilitas fisik b.d penurunan kekuatan otot dan gangguan neuromuskular d.d kekuatan otot menurun	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x24 jam diharapkan mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot meningkat - Pergerakan keastremitas meningkat - Kelemahan fisik menurun 	<p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor keadaan umum sebelum melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga untuk 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deteksi dini untuk memprioritaskan intervensi, mengkaji seberapa mampu pasien mobilisasi 2. Membantu pasien dalam mobilisasi dengan mudah 3. Mencegah adanya luka decubitus 4. Keluarga merupakan support system dan motivasi bagi pasien dalam meningkatkan asuhan keperawatan 5. Keluarga merupakan

			membantu mobilisasi - Lakukan mobilisasi setiap 2 jam sekali untuk menghindari decubitus - Dukungan perawatan diri: BAB/BAK, Mandi, berpakaian, makan dan minum	support system dan motivasi bagi pasien dalam meningkatkan asuhan keperawatan 6. Meningkatkan kerja sama dalam meningkatkan perawatan klien dan
3.	Risiko penurunan curah jantung	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam, maka diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil: - Dispnea menurun - Hasil ekg membaik	Perawatan Jantung <i>Observasi</i> 1. Monitor tekanan darah 2. Monitor saturasi oksigen 3. Monitor intake output cairan <i>Terapeutik</i> 4. Posisikan pasien semi fowler atau fowler 5. Berikan oksigen untuk	1. Mengantisipasi terjadinya penurunan tekanan darah secara tiba tiba 2. Untuk mengetahui adanya perubahan nilai SaO2 3. Bertujuan untuk mengurangi sesak napas pada pasien. 4. Agar kadar oksigen di dalam

		dengan hasil normal	mempertahankan saturasi oksigen >94%	tubuh tercukupi sehingga fungsi organ berjalan lancar
			Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i>	Antiaritmia berguna untuk mengatur detak jantung dan mengembalikan irama jantung seperti semula

5. Implementasi Dan Evaluasi Keperawatan

Tanggal	Jam	Dx	Impelementasi keperawatan	Evaluasi
Senin, 12 februari 2024	18.00	1,2	- Memonitor ttv R: 110/67, HR 76, SPO2 94%, S 36,7, RR 25, MAP 81	S: - O:
	18.15		- Mengkaji GCS dan melakukan terapi murottal R: E2M2V1	- GCS E2M2V1 stupor - TD 101-137/69-77 - HR 78-87x/menit - SPO2 95%
	18.30		- Memberikan diet tinggi protein 200 cc/NGT	- Terpasang infus 2A 1500 cc/24 jam - Suara gargling berkurang setelah suction
	18.35		- Melakukan suction R: sputum berwarna kekuningan, SPO2 94%, gargling berkurang	- Pola napas cepat - Terpasang nrm 12 liter - Kekuatan otot 0-1/0-1 A: Masalah belum teratasi

	18.45		- Memposisikan semi fowler - Melakukan terapi ROM pasif R: saturasi meningkat 93%	P: Lanjutkan intervensi
	19.00		- Memberikan nebulizer R: suara gargling berkurang	
	20.00		- Memonitor Intake Output R: I: 1100 cc, O: 985 cc, B: + 115 cc, urin 600 cc	
	20.15		- Memonitor ttv dan MAP R: 137/77 mmhg, HR 87x/menit, RR 24x/menit, SPO2 95%, S 36.1	
Selasa, 13 februari 2024	21.00	1,2	- Memonitor TTV dan MAP R: 99/58 HR 89, RR 26x/menit, S 36,2 SPO2 95% MAP 71	S: - O:
	22.00		- Mengganti cairan infus 2A R: infus terpasang	- GCS E2M2V1 stupor - TD 105-113/67-74 - HR 92-97x/menit - SPO2 95% - Terpasang infus 2A 1500 cc/24 jam
	22.30		- Melakukan suction R: gargling berkurang, SPO2 95%	- Suara gargling berkurang setelah suction dan nebulizer

	01.00		- Melakukan seka/ hygiene R: pasien Nampak segar	- Pola napas cepat - Terpasang nrm 12 liter - Kekuatan otot 0-2/0-2
	01.20		- Melakukan rom pasif dan memasang bed plang R: bed plang terpasang	A: Masalah belum teratasi P: Lanjutkan intervens
	02.00		- Memonitor ttv R: 122/75 HR 77, SPO2 95%, RR 27x/menit, S 36.2	
	05.00		- Melakukan Oral hygiene R: gigi pasien Nampak bersih	
	06.00		- Monitor intake output R: I: 820 cc, O: 333 B: + 487, Urin 200 cc	
	07.00		- Memberikan diit 200 cc tinggi protein	
Kamis, 15 februari 2024	07.00	1,2	- Memonitor ttv R: 95/56 HR 67 RR 28x/menit, SPO2 96% S 36.1, MAP 69	S: O: - GCS E2M2V1 stupor - TD 105-113/67-74
	07.30		- Memberikan diit 200 cc R: diet tinggi protein	- HR 92-97x/menit - SPO2 90%
	08.00		- Melakukan suction dan nebulizer	- Terpasang infus gelafusin 500 cc

		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan terapi murtal 	<ul style="list-style-type: none"> - Terpasang infus norepinephrin 0,1 mcg/kgbb
	09.00	<ul style="list-style-type: none"> R: gargling berkurang, SPO2 96% 	<ul style="list-style-type: none"> - Terpasang dobutamine 10 mcg/kgbb
	09.30	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor ttv R: 46/30 HR 50 RR 35 S 36.2 SPO2 80 	<ul style="list-style-type: none"> - Suara gargling berkurang setelah suction dan nebulizer
		<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan norepinephrin 0,1 mcg/kgbb/menit dan dobutamine 10 mcg/kgbb R: 86/55, HR 76 SpO2 77% 	<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot 0-1/0-1 - Terpasang ventilator Mode ventilator SIMV PRVC, TV 250, RR 1, PEEP 7, PS 10 FiO2 95%
	10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi pemasangan ventilator R: Mode ventilator SIMV PRVC, TV 250, RR 1, PEEP 7, PS 10 FiO2 95% 	<p>A: masalah belum teratasi, muncul masalah penurunan curah jantung akibat perubahan afterload</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p>
	12.00	<ul style="list-style-type: none"> - Mengganti cairan infus gelafusal 500 ml R: infus terpasang 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor TTV - Monitor saturasi oksigen
	13.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake output R: I : 1533 cc O : 433cc B : +1100 cc, urin 300 cc 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor intake output

Dari hasil catatan perkembangan selama 3 hari, di hari ke 3 Pasien mengalami perburukan sehingga dilakukan pemasangan ventilator dan dilakukan pemberian terapi obat norepinephrin 0,1 mcg/kgbb/menit dan dobutamine 10 mcg/kgbb, sehingga muncul diagnosa yaitu penurunan curah jantung dan risiko sindrom disuse.

Data	Etiologi	Masalah
<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS E2M2V1 - TD 105/76 mmHg, - HR 78 x/menit - SPO2 90% - Suhu 36.1°C - CRT >2 detik - Warna kulit pucat - Dispnea dengan RR 31x/menit - Terdapat ST Elevasi dari hasil EKG - Oliguria - Edema ekstremitas atas derajat 1 	<p>Riwayat penyakit jantung</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipotensi arterial berhubungan dengan embolisme/malformasi vaskuler</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakefektifan kerja jantung</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Jantung memompa lebih cepat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hipertropi ventrikel</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perubahan kontraktilitas miokard</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan curah jantung</p>	<p>Penurunan curah jantung</p>
<p>DS:</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS E2M2V1 - Pasien memicu terjadinya risiko 	<p>Penurunan kesadaran</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kurangnya defisit perawatan diri</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<p>Risiko sindrom disuse</p>

infeksi akibat pemasangan alat alat - Risiko terjadinya decubitus akibat tirah baring - Kurang nya defisit perawatan diri akibat penurunan kesadaran - Distress spiritual akibat penurunan kesadaran	Pasien tirah baring ↓ Risiko decubitus ↓ Terapasang alat dan tindakan invasif ↓ Risiko infeksi	
---	---	--

Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa	Tujuan	Intervensi	Rasional
1.	Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload d.d penurunan kesadaran	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam, maka diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil:	Perawatan Jantung Observasi 6. Monitor tekanan darah 7. Monitor saturasi oksigen 8. Monitor intake output cairan Terapeutik 9. Posisikan pasien semi fowler atau fowler	6. Mengantisipasi terjadinya penurunan tekanan darah secara tiba tiba 7. Untuk mengetahui adanya perubahan nilai SaO2 8. Bertujuan untuk mengurangi sesak napas pada pasien.

		<ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah membaik - Dispnea menurun - Edema menurun - Tidak terjadi oliguria 	<p>10. Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p>Kolaborasi Kolaborasi pemberian antiaritmia, <i>jika perlu</i></p>	<p>9. Agar kadar oksigen di dalam tubuh tercukupi sehingga fungsi organ berjalan lancar</p> <p>10. Antiaritmia berguna untuk mengatur detak jantung dan mengembalikan irama jantung seperti semula</p>
2.	Risiko syndrom disuse b.d perubahan tingkat kesadaran d.d pasien dirawat diruang ICU	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5x 24 jam diharapkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak terjadi risiko infeksi 	<p>Pencegahan infeksi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor tanda dan gejala infeksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien - Pertahankan teknik aseptik - Pertahakna lingkungan dan alat yang digunakan pasien bersih 	<ul style="list-style-type: none"> - agar pasien tidak terjadi risiko infeksi akibat pemasangan alat dan tindakan invasif - membantu perawatan diri pasien untuk memelihara kebersihan upaya membantu dalam proses penyembuhan

	<ul style="list-style-type: none"> - Defisit perawatan diri terpenuhi - Tidak terjadi decubitus 	<p>Dukungan perawatan diri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebutuhan kebersihan pasien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bantu dalam melakukan perawatan diri (mandi, gosok gigi, BAB, makan dan minum) - Fasilitasi kebutuhan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Dukungan mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor keadaan umum sebelum melakukan mobilisasi <p>Terapeutik</p>	<ul style="list-style-type: none"> - agar tidak terjadi penekanan pada tubuh pasien yang dapat mengakibatkan terjadinya decubitus agar pasien masih dekat dengan Allah SWT meskipun dalam kondisi penurunan kesadaran
--	---	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga untuk membantu mobilisasi - Lakukan mobilisasi setiap 2 jam sekali untuk menghindari terjadinya decubitus <p>Pelibatan keluarga</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kesiapan keluarga <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motivasi keluarga mengembangkan aspek positif rencana perawatan - Fasilitasi keluarga membuat keputusan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan kondisi pasien kepada keluarga - Informasikan tingkat ketergantungan pasien 	
--	--	--	--	--

Implementasi Keperawatan

Tanggal	Jam	Dx	Implementasi keperawatan	Evaluasi
Jumat, 16 Februari 2024	17.00 18.10 18.45 19.00 19.10 20.00	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> - Monitor ttv R: 101/66 HR 70 RR 27x/menit, SPO2 94% - Memberikan diit tinggi protein 200 cc/NGT - Melakukan terapi murottal - Melakukan suction R: sputum kekuningan, suara gargling berkurang, spo2 96% - Memonitor intake output R: I : 820 cc, O : 333 B : + 487, Urin 200 cc - Monitor ttv R: 115/61 HR 60 RR 28x/menit, SPO2 96% 	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS E2M2V1 stupor - TD 105-113/65-76 - HR 90-97x/menit - SPO2 96% - Suara gargling berkurang setelah suction - Kekuatan otot 0-1/0-1 - Terpasang ventilator Mode ventilator SIMV PRVC, TV 250, RR 1, PEEP 7, PS 10 FiO2 95% <p>A: masalah 1,2,3 belum teratasi</p> <p>P: intervensi dilanjutkan</p>
Sabtu, 17 februari 2024	20.00 20.45	1,2,3,4	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor ttv R: 103/59 HR 62 RR 26x/menit, SPO2 96% - Melakukan suction dan nebulizer 	<p>S:</p> <p>O:</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS E2M2V1 stupor - TD 100-120/65-76

		<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan terapi murottal <p>R: suara gurgling berkurang, spo2 98%</p>	<ul style="list-style-type: none"> - HR 90-97x/menit - SPO2 98% - Suara gargling berkurang setelah suction dan neburizel
	01.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan seka/hygiene <p>R: pasien nampak segar dan bersih</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Kekuatan otot 0-1/0-1
	01.50	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan rom pasif <p>R: kekuatan otot 0-1/0-1</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Terpasang ventilator Mode ventilator SIMV PRVC, TV 250, RR 1, PEEP 7, PS 10
	05.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor ttv <p>R: 110/61 HR 60 RR 28x/menit, SPO2 98%</p>	<p>FiO2 95%</p>
	05.45	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan oral hygiene <p>R: mulut dan gigi pasien nampak bersih</p>	<p>A: masalah belum teratasi P: intervensi dilanjutkan</p>
	06.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memonitor intake output <p>R: I : 810 cc, O : 329 B : + 481, Urin 200 cc</p>	
	07.00	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan diit 200 cc/NGT tinggi protein 	