

BAB 3
TINJAUAN KASUS

3.1 Pengkajian

3.1.1 Identitas pasien

- a. Nama : Tn. S
- b. Umur : 53 Tahun
- c. Jenis kelamin : Laki-laki
- d. Alamat : Tewung Sari RT/RW x/x
- e. Status perkawinan : Kawin
- f. Agama : Islam
- g. Pendidikan : SD
- h. Pekerjaan : Wiraswasta
- i. Diagnosa medis : CVA Bleeding + Hemiparese (S)
- j. Tanggal MRS : 14 Maret 2015
- k. Tanggal Masuk ICU : 16 Maret 2015
- l. Tanggal Pengkajian : 16 Maret 2015
- m. NO. RKM : 48-04-22-xx

3.1.2 Keluhan Utama

Kesadaran menurun

3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang

Keluarga pasien mengatakan kemarin tanggal (14 Maret 2015) jam 08.10 wib pasien mengeluh pusing, badan lemas dan tiba-tiba pasien terjatuh setelah itu tidak sadar, oleh keluarga klien langsung di bawa ke RS Siti Khodijah

sepanjang sampai di rumah sakit pada jam 09.35 wib Klien masih dalam kondisi tidak sadar kemudian dirawat di UGD hingga klien kembali sadar pada jam 18.00 wib kemudian tanggal 15 Maret jam 07.25 wib klien di pindah ke ruang inap Multazam, tanggal 16 Maret jam 10.15 tiba-tiba kondisi klien kembali memburuk lalu saat itu klien langsung di pindah ke Ruang ICU dan saat ini tingkat kesadaran klien Stupor, namun tidak bisa bicara dengan jelas.

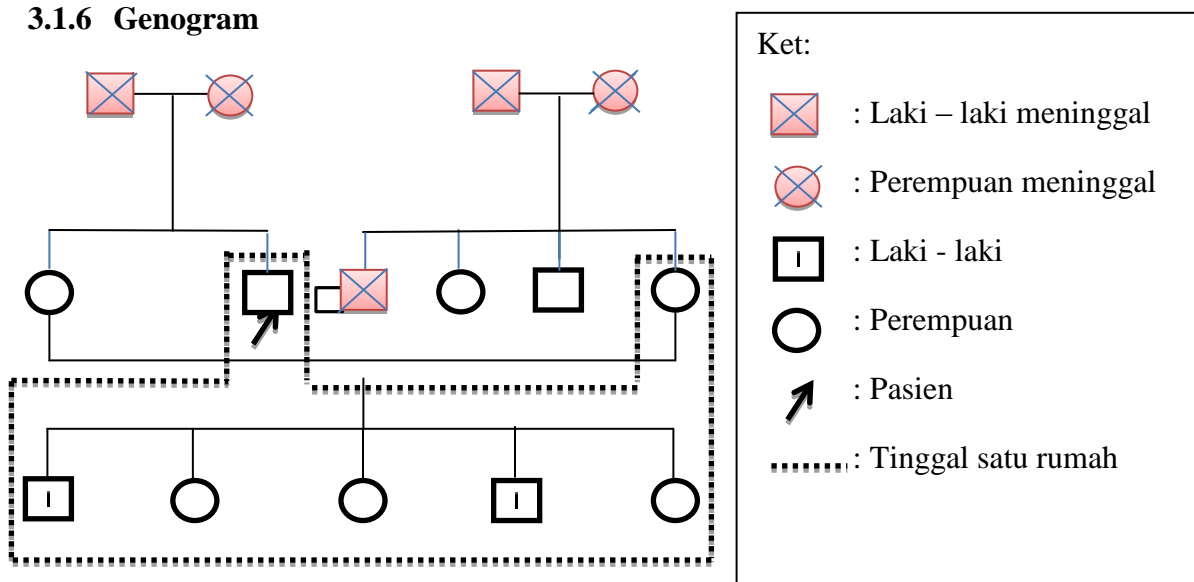
3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan klien tidak pernah mengalami sakit seperti saat ini, namun klien mempunyai riwayat Hipertensi.

3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga

Keluarga pasien mengatakan bahwa kakek si pasien dulu mempunyai riwayat Hipertensi, namun tidak ada anggota keluarga yang lain yang menderita Hipertensi, Diabetes Melitus Asma dan penyakit menular lainnya.

3.1.6 Genogram



3.1.7 Pemeriksaan fisik

Keadaan Umum : Lemah
 GCS : E-V-M = 2-2-2
 Tingkat Kesadaran : Stupor
 BB/TB : 65 kg/164 cm

a. B1 / Breathing (pernafasan)

DS : -

DO : Pemeriksaan fisik inspeksi klien terpasang kanul nasal oksigen 5 lpm, pernafasan ireguler ada retraksi otot pernafasan, peningkatan frekuensi pernafasan, bentuk dada simetris, tidak ada jejas pada daerah dada, SPiO₂: 92%. Pada hidung sebelah kiri terpasang NGT, terdapat sekret warna putih kental. Palpasi, torak di dapatkan taktil vremitus seimbang kanan dan kiri, RR: 28 x/menit, HR : 112x/menit. Auskultasi wheezing -/-, Ronchi +/+.

b. B2/ Blood (Kardio vaskular)

DS : GCS : -

DO : Pemeriksaan fisik S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan, tekanan darah 180/110 mmHg, dan suhu 36,2 °C, HR : 112x/menit, akral dingin, kering pucat, CRT > 2 detik, EKG: Normal sinus rhythm

c. B3 / Brain (persarafan)

DS : -

DO : Pemeriksaan fisik klien tampak gelisah, hemiparese sinistra, mual (-) dan muntah, (-). GCS : 2-2-2, pupil isokor, reflek cahaya: +/+, reflex patologis: babinski +/-.

d. B4/Bladder (perkemihan)

DS : GCS : -**DO :** Pemeriksaan fisik klien terpasang dower kateter ukuran 16 (dari tanggal 15-03-2015), produksi urine 1900 ml/24 jam, warna kuning jernih, infus NaCl 28 tpm 2000 CC/24 jam, CRT : > 2 detik.

e. B5/Bowel (Pencernaan)

DS : -**DO :** Pemeriksaan fisik inspeksi klien terpasang NGT Sonde susu 4x200 ml di tambah air 50 cc, tidak ada jejas atau lesi di abdomen, flat abdomen, mual (-) muntah, (-). Palpasi, tidak asites, tidak terdapat benjolan atau odema, tidak nyeri tekan. Auskultasi peristaltik usus (+) bising usu: 12 x/mnt, BAB (-)

f. B6/ Bone (tulan, otot dan kulit)

DS : -**DO :** Pemeriksaan fisik ekstremitas atas dan bawah lumpuh / hemiparese Sinistra (+), ekstremitas dan tubuh bagian kanan normal, Wajah klien tampak pucat, akral dingin kering, warna kulit kuning bersih, CRT: >2 dtk, kekuatan otot

1	5
1	5

i. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium (16-3-2015)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
HbA1c	11,2	4,5-6,3
Sodium	143 H	135-146 mmol/L
Potassium	3,4	3,5-5,0 mmol/L
Chloride	117 H	95-106 mmol/L
Urea	49,5 H	10,0-50 mg/dl
Blood Urea Nitrogen	32 H	4,6-23,3 mg/dl
Nitrogen	1,9 H	0,40-1,10 mg/dl
Creatinin	1,2	

Tabel 3.1 : Pemeriksaan Laboratorium Tanggal (16-3-2015).

b. Pemeriksaan BGA Tanggal (17-3-2015).

PH : 7,25 (7,35-7,45 mmHg) hCO³ : 34,9 (21-25 mmol/l)
 PCO² : 22 (35-45 mmHg) TCO : 21 (mmol/l)
 PO² : 170 (80-100 mmHg) BEecf : -9,3 (-3,5-2,0)

c. Pemeriksaan Laboratorium (17-3-2015)

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
BUN	15 L	10-20 mg/dl
Albumin	2,46	3,4-5,0 g/dL
Glukosa 2 jam PP	222	< 140 mg/dL
Kreatinin	1,2	0,40-1,10 mg/dl
SGOT	36	0-37 u/L
SGPT	32	0-42 u/L
Kalsium	7,8	
Darah Lengkap		
WBC	14,35 H	(4.30-10.80)10 ³ /dL
HCT	48,1	36.0-48.0 %
Ly	15,7 L	24.0-44.0 %
MCV	86,0	84.0-96.0 fL
Mo	4,8	3.0-7.0 %
MCH	30,3	28.0-34.0 pg
GR	78,0	
MCHC	34,2 L	32.0-36.0 g/dL
RBC	4,63	(4.00-5.00) 10 ⁶ /μL
RDW	12,5	11.5-14.5 %
HGB	14,7	13.0-17.0 g/dL

Tabel 3.2 : Pemeriksaan Laboratorium Tanggal 17-3-2015.

d. Pemeriksaan Foto Thoraks Tanggal (17-3-2015).

Terjadi pembengkakan ringan pada ventrikel kiri 0,5 cm

e. Pemeriksaan Radiologi

CT Scan 16-03-2015

CT Scan kepala irisan axial sejajar OM line tanpa kontras, tampak lesi hyperdens abnormal pada capsula eksterna kanan sekitar 22cc dengan edema perifocal tampak lesi Hypodensbatas jelas pada corona radiata kiri. Suly dan gyri tampak normal, sistem ventrikel dan cisterna normal, fosa posterior normal.

KESIMPULAN :

Evaluasi ICH capsula eksterna dekstra, infark chronic pada corona radiata kiri.

Terapi (tgl 16-03-2015)

Bran act	2 x 250 mg	Metocopramid	3 x 1 amp
Mannitol	3 x 100 cc	Dopamin	5mg / cc
Furosemid	2 x 250 mg	RL	1000cc/24 jam

b. Daftar Masalah Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif
- b. Gangguan pertukaran gas
- c. Gangguan mobilitas fisik
- d. Gangguan komunikasi verbal

c. Analisa/Sintesa Data

NO	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
1.	<p>Ds: -</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat retraksi otot pernafasan • Terdapat cuping hidung • Penumpukan secret dalam tenggorokan • Secret putih kental • Klien tampak kesulitan bernafas • Suara ronchi +/+ RR: 28 x/menit • Frekuensi pernafasan irreguler 	<p>Bersihkan jalan nafas</p> <p>tidak efektif</p>	<p>Penurunan reflek batuk dan menelan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Akumulasi sputum di jalan nafas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Obstruksi jalan nafas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Bersihkan jalan nafas inefektif</p>

NO	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
2..	<p>Ds: -</p> <p>Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akral dingin, Tampak pucat • Sumbatan pada saluran nafas • sianosis • Frekuensi pernafasan irregular, sesak • SpiO₂ : 92 % • BGA : PO² : 170 mmHg PCO² : 22 mmHg, pH : 7,25 mmHg 	<p>Angguan pertukaran gas</p>	<p>Proses Difusi terganggu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>transportasi O₂ terganggu</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Suplay O₂ menurun</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Perbahan BGA</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan pertukaran gas</p>

NO	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab				
3.	<p>Ds: -</p> <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> • k/u lemah • lumpuh pada tubuh bagian kiri • klien bedrest di tempat tidur • posisi Head up 30° derajat • tekanan darah 180/110 mmHg, suhu 36,2°C, dan HR : 112x/menit, • CRT > 2 detik • kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • GCS : 2-2-2 	1	5	1	5	Gangguan mobilitas fisik	<p style="text-align: center;">Hemisfer</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Hemiplagi kiri/kanan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Kelemahan otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan mobilitas fisik</p>
1	5						
1	5						

NO	Data	Masalah	Kemungkinan Penyebab
4.	<p>Ds: -</p> <p>DO : K/u lemah</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klien bedrest di atas tempat tidur • Klien tidak dapat mengungkapkan kata – kata dengan jelas, • Suaranya hanya seperti mengerang tidak dapat di mengerti • Akral dingin • tekanan darah 180/110 mmHg, suhu 36,2 °C, dan HR : 112x/menit, • CRT > 2 detik • Klien terpasang kanul nasal dengan oksigen 5 lpm • GCS : 2-2-2 	<p>Gangguan komunikasi verbal</p>	<p>infark jaringan serebral</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Hemisfer</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Afasia</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Gangguan bicara</p>

1.4 Prioritas Masalah / Diagnosa Keperawatan

- a. Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas oleh penumpukan sputum, di tandai dengan menurunnya refleks batuk.
- b. Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidak seimbangan perfusi-ventilasi.
- c. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan CVA bleeding di tandai dengan kelumpuhan pada ekstremitas kiri.
- d. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan deficit neurologis

1.5 Intervensi Keperawatan (*Huda & Kusuma, 2013*):

A. **Diagnosa I** : Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan obstruksi jalan nafas oleh penumpukan sputum, di tandai dengan menurunnya refleks batuk.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam jalan nafas efektif

Kriteria Hasil :

1. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas bersih, tidak ada sianosis dan dipsneu (mampu mengeluarkan dahak dan dapat bernafas dengan mudah)
2. Menunjukkan jalan nafas efektif (klien tidak merasa tercekik, irama nafas dan frekuensi pernafasan normal, tidak ada suara nafas tambahan)
3. Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang dapat menghambat jalan nafas

Intervensi Keperawatan (*Huda & Kusuma, 2013*):***1. Airway suction***

- a) Auskultasi suara nafas sebelum dan sesudah melakukan suction
- b) Berikan informasi pada klien dan keluarga tentang tindakan suction
- c) Minta klien nafas dalam sebelum dilakukan suction
- d) Berikan oksigen dengan menggunakan nasal untuk memfasilitasi suction nasotracheal maupun endotracheal
- e) Anjurkan pasien istirahat dan nafas dalam setelah tindakan suction dilakukan
- f) Monitor status oksigen pasien
- g) Hentikan suction dan berikan oksigen apabila pasien menunjukkan bradikardi dan peningkatan saturasi oksigen.

2. Airway management

- a) Posisikan kepala pasien head up 30° untuk mengoptimalkan ventilasi
- b) Pasang mayo atau oropharyngeal tube bila perlu
- c) Lakukan fisioterapi dada saat dilakukan suction
- d) Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan
- e) Kolaborasikan pemberian bronkodilator bila perlu
- f) Monitor respirasi saturasi dan status O₂

B. Diagnosa II : Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan perfusi-ventilasi.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam pertukaran gas kembali optimal.

kriteria hasil :

kriteria hasil :

1. Mendemonstrasikan peningkatan ventilasi dan oksigen yang adekuat.
2. Memelihara kebersihan paru-paru dan bebas dari tanda-tanda distress pernafasan
3. Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum dan bernafas dengan mudah tidak ada pursed lips)
4. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Intervensi Keperawatan (*Huda & Kusuma, 2013*):

1. Monitor frekuensi pernafasan, irama kedalaman dan bunyi suara nafas.
2. Identifikasi penyebab masalah untuk mengatasi dan mencegah reaksi terhadap konstriksi di jalan nafas.
3. Berikan oksigen dan memantau efektifitasnya.
4. Tingkatkan keseimbangan elektrolit dan mencegah komplikasi akibat kadar elektrolit serum tidak normal.

5. Tingkatkan pola pernapasan spontan yang optimal dalam memaksimalkan pertukaran oksigen dan karbon dioksida dalam paru.
6. Gunakan alat buatan untuk membantu pasien bernafas.
7. Batasi komplikasi pada pasien yang mengalami atau berisiko terhadap oklusi sirkulasi paru.
8. Kumpulkan data serta menganalisis data pasien untuk memastikan kepatenan jalan nafas dan adekuatnya pertukaran gas.
9. Pantau adanya perubahan pada vital sign tiap 1 jam.
10. Pantau hasil pemeriksaan laboratorium.
11. Fasilitasi kepatenan jalan nafas
12. Posisikan pasien semi fowler untuk memaksimalkan ventilasi.

C. Diagnosa III : Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan CVA bleeding di tandai dengan kelumpuhan pada ekstremitas kiri.

Tujuan : Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam mobilitas fisik dapat tercapai secara optimal.

Kriteria Hasil :

1. Mencapai mobilitas di tempat tidur, di buktikan dengan pengaturan posisi tubuh dengan sendiri dan kemauan sendiri, performa mekanika tubuh, gerakan terkoordinasi, pergerakan sendi aktif dan mobilitas yang memuaskan.
2. Mendemonstrasikan mobilitas, yang di buktikan oleh indikator berikut:

(sebutkan 1-5: gangguan ekstremitas, berat, sedang, ringan, atau tidak mengalami gangguan) : Koordinasi, performa posisi tubuh, pergerakan otot dan sendi.

3. Dapat melakukan rentang pergerakan penuh seluruh sendi.

Intervensi Keperawatan (*Wilkinson, & Ahern, 2013*):

1. Lakukan pengkajian mobilitas klien secara terus menerus
2. Kaji tingkat kesadaran
3. Kaji kekuatan otot dan mobilitas sendi (rentang pergerakan)
4. Latih rentang pergerakan sendi aktif dan pasif untuk memperbaiki kekuatan dan daya tahan otot.
5. Latih teknik membalik dan memperbaiki kesejajaran tubuh
6. Gunakan ahli terapi fisik/okupasi sebagai sumber dalam penyusunan rencana untuk mempertahankan dan meningkatkan mobilitas di tempat tidur.
7. Kolaborasi dengan petugas fisioterapi.
8. Berikan alat bantu (misalnya, trapeze)
9. Berikan penguatan positif selama latihan aktivitas.
10. Lakukan tindakan pengendalian nyeri sebelum memulai latihan atau terapi fisik.

D.Diagnosa IV : Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan deficit neurologis

Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam komunikasi verbal kembali optimal.

Kriteria Hasil :

1. Komunikasi, penerimaan intepretasi dan ekspresi pesan lisan atau non lisan meningkat.
2. Ekspresi pesan verbal dan non verbal menjadi bermakna.
3. Mampu mengkoordinasikan gerakan dalam menggunakan isyarat.
4. Mampu mengontrol respon ketakutan dan kecemasan terhadap ketidak mampuan berbicara.
5. Mampu mengkomunikasikan kebutuhan dengan lingkungan social.

Intervensi Keperawatan (*Huda & Kusuma, 2013*):

1. Beri satu kalimat simple setiap bertemu dengan pasien
2. Berdiri di dekat pasien dan dengarkan dengan penuh perhatian ketika pasien berusaha berbicara.
3. Dorong pasien untuk berkomunikasi secara perlahan dan untuk mengulangi permintaan
4. Gunakan kartu baca, kertas pensil, bahasa tubuh, gambar dll, untuk memfasilitasi komunikasi dua arah yang optimal.
5. Ajarkan bicara dari esophagus jika diperlukan.

6. Beri anjuran kepada pasien atau keluarga tentang penggunaan alat bantu bicara
7. Berikan pujian positive, jika di perlukan
8. Anjurkan pasien berekspresi diri dengan cara lain dalam menyampaikan informasi (bahasa isyarat).
9. Beri informasi pada keluarga untuk melakukan kunjungan secara teratur untuk memberi stimulus komunikasi.
10. Kolaborasi dengan dokter untuk kebutuhan terapi bicara.

1.6 Implementasi Keperawatan

Tanggal/Jam	Tindakan Keperawatan	Evaluai	Paraf
<p>16-03-2015</p> <p>14.15</p> <p>14.30</p> <p>14.50</p> <p>14.55</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi tanda – tanda (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px) - Mengatur posisi pasien head up 30° - Memasang masker Oksigen 10 lpm - Melakukan Suction - Melakukan fisioterapi dada, klaping & fibrating - Menyeka dan melakukan oral hygiene pada pasien - Membantu merubah posisi miring kanan, miring kiri - Menginjeksi obat Metocopramide 3 x 1 		

15.00	<p>amp</p> <p>Mannitol 3 x 100 cc</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu merubah posisi head up 30° - Latihan mengangkat lengan dan kaki - Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda – tanda Vital 		
15.20	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi intake dan output per 24 jam - Memberikan susu PE ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc 		
15.45	<ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Obat Bran act 2 x 25 g - Injeksi Obat Furosemid 2x1 Amp - Melatih pasien berkomunikasi dengan 		

16.00	<ul style="list-style-type: none">- mengungkapkan kata-kata sederhana- Mengajarkan mengangkat lengan dan kaki		
16.25	<ul style="list-style-type: none">- Latihan gerak sendi- Melakukan fisioterpi dada klaping dan fibrating- Mengatur posisi pasien head up 30°- Injeksi Obat Furosemid 2x250 mg		
16.40	<ul style="list-style-type: none">- Memberikan cairan infuse RL 1000cc/12 jam		
17.15	<ul style="list-style-type: none">- Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda – tanda Vital		

18.00	- Latihan mengangkat tangan dan kaki		
20.30	- Latihan gerak sendi - Pengatur posisi pasien head up 30 derajat - Melakukan Suction - Menganjurkan istirahat di atas tempat tidur		
17-03-2015		Evaluasi : DX : 1	
07.10	- Mengobservasi tanda – tanda (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px)	S= - O=	
17.15	- Mengatur posisi pasien head up 30° - Mengatur masker dengan Oksigen 10 lpm	• Masih tampak penumpukan secret dalam tenggorokan, reflek batuk masih belum adekuat	
07.30	- Melakukan Suction - Melakukan fisioterapi dada, klaping & fibrating - Menyeka dan melakukan oral hygiene	• Pola nafas masih tetap kusmaul, • Klien masih terpasang masker oksigen 10 lpm • SpiO2 = 97%	

08.45	<p>pada pasien</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membantu merubah posisi miring kanan, miring kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensi 165/104 mmHg, Hr 100x/menit, suhu 36,2°C, RR 28x/mn 	
09.00	<ul style="list-style-type: none"> - Menginjeksi obat Metocopramid 3x1 amp Mannitol 3 x 100 cc - Membantu merubah posisi head up 30° 	<ul style="list-style-type: none"> • Akral dingin, warna kulit tampak pucat, dan CRT > 2 detik • Produksi urin foley cath ± 1900cc/24 jam 	
09.10	<ul style="list-style-type: none"> - Latihan mengangkat lengan dan kaki - enginjeksi obat Metocopramide 3 x 1 amp Mannitol 3 x 100 cc 	<ul style="list-style-type: none"> • Kejang (-)muntah (-) <p>A= Masalah belum teratasi</p>	
09.25	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu merubah posisi head up 30° - Latihan mengangkat lengan dan kaki 	<p>P= Intervensi dilanjutkan</p>	

09.30	- Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda – tanda Vital	Evaluasi DX :2 S= - O=	
10.35	- Mengobservasi intake dan output per 24 jam - Memberikan susu PE ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc	<ul style="list-style-type: none"> • K/u lemah • Kesaradan Somnolen • GCS : 2-3-2 • Tetap terpasang masker oksigen 10 lpm 	
11.50	- Mengobservasi intake dan output per 24 jam - Memberikan susu PE ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc	<ul style="list-style-type: none"> • Pupil 4/6 respon terhadap cahaya • SpiO2 = 97% 	
12.00	<ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Obat Bran act 2 x 25 g - Injeksi Obat Furosemid 2x1 Amp - Melatih pasien berkomunikasi dengan mengungkapkan kata-kata sederhana 	<ul style="list-style-type: none"> • Tensi 165/104 mmHg, Hr 100x/menit, suhu 36,2°C, RR 28x/mnt • Akral dingin, warna kulit tampak pucat, dan CRT > 2 detik 	

12.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan mengangkat lengan dan kaki - Latihan gerak sendi 	<ul style="list-style-type: none"> • Produksi urin foley cath \pm 1900cc/24 jam • Kejang (-), muntah (-) 					
13.15	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan fisioterpi dada klaping dan fibrating - Mengatur posisi pasien head up 30° 	<p>A= Masalah belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p>					
13.20	<ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Obat Furosemid 2x1 Amp - Memberikan cairan infuse RL 1000cc/12 jam 	<p>Evaluasi DX: 3</p> <p>S= -</p> <p>O=</p>					
13.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda – tanda Vital - Latihan mengangkat tangan dan kaki - Latihan gerak sendi - Pengatur posisi pasien head up 30 derajat 	<ul style="list-style-type: none"> • K/u lemah • Kesadaran Somnolen • GCS : 2-3-2 • Kekuatan otot <table style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Masih belum dapat merubah posisi 	1	5	1	5	
1	5						
1	5						

13.45	- Menganjurkan istirahat di atas tempat tidur	<p>dengan sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensi 165/104 mmHg, Hr 100x/menit, suhu 36,2°C, RR 28x/mnt • Akral dingin, kulit tampak pucat, kering dan CRT > 2 detik • Produksi urin foley cath ± 1900cc/24 jam <p>A= Masalah belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan sesuai observasi intensif dan intervensi di ruangan ICU</p>	
-------	---	---	--

		<p>Evaluasi DX: 4</p> <p>S= -</p> <p>O= K/u lemah</p> <ul style="list-style-type: none">• Kesadaran Somnolen• GCS : 2-3-2• Klien belum mampu mengungkapkan kata-kata dengan jelas.• Tensi 165/104 mmHg, Hr 100x/menit, suhu 36,2°C, RR 28x/mnt• Akral dingin, kulit tampak pucat, kering dan CRT > 2 detik• Produksi urin foley cath ± 1900cc/24jam <p>A= Masalah belum teratasi</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan</p>	
--	--	--	--

18-03-2015		Evaluasi DX : 1	
07.10	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi tanda – tanda (TD, suhu, HR, SpO2 dan KU px) - Mengatur posisi pasien head up 30° - Memasang kanul nasal Oksigen 5 lpm 	S= - O= <ul style="list-style-type: none"> • Secret mulai berkurang, reflek batuk adekuat • Pola nafas regular • Tetap terpasang 	
07.25	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan Suction - Melakukan fisioterapi dada, klaping & fibrating 	<ul style="list-style-type: none"> kanul nasal oksigen 5 lpm • Pupil 4/6 respon terhadap cahaya 	
07.40	<ul style="list-style-type: none"> - Menyeka dan melakukan oral hygiene pada pasien - Membantu merubah posisi miring kanan, miring kiri 	<ul style="list-style-type: none"> • SpiO2 = 98% • Tensi 150/100 mmHg, Hr 96x/menit, suhu 36,2°C, RR 25x/mnt • Akral hangat, tidak pucat, kering dan CRT < 2 detik 	
08.00	<ul style="list-style-type: none"> - Menginjeksi obat Metocopramide 3 x 1 amp Mannitol 3 x 100 cc 	<ul style="list-style-type: none"> • Produksi urin foley cath ± 2100cc/24jam 	

08.15	<ul style="list-style-type: none"> - Membantu merubah posisi head up 30° - Latihan mengangkat lengan dan kaki - Menginjeksi obat Metocopramide 3 x 1 amp - Mannitol 3 x 100 cc - Membantu merubah posisi head up 30° - Latihan mengangkat lengan dan kaki 	<p>A= Masalah teratasi sebagian</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan sesuai observasi intensif dan intervensi di ruangan ICU</p> <p>Evaluasi DX : 2</p> <p>S= -</p> <p>O=</p>	
08.30	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda – tanda Vital - Mengobservasi intake dan output per 24 jam - Memberikan susu PE ±200cc melalui sonde dan retensi 50cc - Mengobservasi intake 	<ul style="list-style-type: none"> • K/u membaik • Kesadaran Somnolen • GCS : 3-3-5 • Tetap terpasang kanul nasal oksigen 5 lpm • Pupil 4/6 respon terhadap cahaya 	

08.50	<p>dan output per 24 jam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memberikan susu PE ± 200cc melalui sonde dan retensi 50cc 	<ul style="list-style-type: none"> • SpiO₂ = 98% • Tensi 150/100 mmHg, Hr 96x/menit, suhu 	
09.10	<ul style="list-style-type: none"> - Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO₂ dan tanda – tanda Vital - Mengobservasi intake dan output per 24 jam - Memberikan susu PE ± 200cc melalui sonde dan retensi 50cc 	<ul style="list-style-type: none"> • 36,2°C, RR 25x/mnt • Akral hangat, warna kulit kuning bersih, dan CRT < 2 detik • Produksi urin foley cath ± 2100cc/24 jam • Kejang (-), muntah (-) 	
09.30	<ul style="list-style-type: none"> - Injeksi Obat Bran act 2 x 25 g - Injeksi Obat Furosemid 2x1 Amp 	<p>A= Masalah teratasi P= Intervensi</p>	
10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Melatih berkomunikasi dengan mengungkapkan kata-kata sederhana - Mengajarkan mengangkat lengan dan kaki 	<p>dilanjutkan sesuai observasi intensif dan intervensi di ruangan ICU</p>	

10.25	<ul style="list-style-type: none"> - Latihan gerak sendi - Melakukan Suction - Melakukan fisioterpi dada klaping dan fibrating - Mengatur posisi pasien head up 30° - Injeksi Obat Furosemid 2x1 Amp 	<p>Evaluasi DX: 3</p> <p>S= -</p> <p>O=</p> <ul style="list-style-type: none"> • K/u membaik • Kesadaran Somnolen • GCS : 3-3-5 • Kekuatan otot 	
10.40	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan cairan infuse RL 1000cc/12jam - Mengobservasi keadaan umum, airway, SpiO2 dan tanda – tanda Vital 	$\begin{array}{r l} 1 & 5 \\ \hline & 5 \end{array}$ <p>Klien dapat mering kanan dan miring kiri dengan sendiri</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tensi 150/100 mmHg, Hr 96x/menit, suhu 36,2°C, RR 25x/mnt 	
11.00	<ul style="list-style-type: none"> - Latihan mengangkat tangan dan kaki - Latihan gerak sendi - Pengatur posisi pasien head up 30 derajat 	<ul style="list-style-type: none"> • Akral hangat, kulit, tidak pucat, kering dan CRT < 2 detik 	
11.15	<ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan istirahat di atas tempat tidur 	<ul style="list-style-type: none"> • Produksi urin foley cath ± 2100cc/24 	

		<p>jam</p> <p>A= Masalah teratasi sebagian</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan sesuai observasi intensif dan intervensi di ruangan ICU</p> <p>Evaluasi DX: 4</p> <p>S= -</p> <p>O= K/u membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kesadaran Somnolen • GCS : 3-3-5 • Klien belum mampu mengungkapkan kata-kata dengan jelas. • Tensi 150/100 mmHg, Hr 98x/menit, suhu 	
--	--	---	--

		<p>36,2°C, RR 25x/mnt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Akral hangat, kulit tidak pucat, kering dan CRT < 2 detik • Produksi urin foley cath ± 2100cc/24jam <p>A= Masalah teratasi sebagian</p> <p>P= Intervensi dilanjutkan sesuai observasi intensif dan intervensi di ruangan ICU</p>	
--	--	--	--

Tabel 3.4 : Implementasi dan Evaluasi