

BAB III

GAMBARAN KASUS

Pada bab ini menjelaskan tentang proses asuhan keperawatan, asuhan keperawatan berisi 1). pengkajian, 2). diagnosis, 3.) rencana keperawatan ,4). implementasi serta 5). evaluasi.

3.1 Pengkajian Keperawatan

A. Identitas Pasien

1. Nama	: Ny S	No. RM	: XXX174
2. Umur	: 69 Tahun	DX Medis	: Stroke infark
3. Suku/Bangsa	: Jawa/Indonesia		
4. Status Perkawinan	: Menikah		
5. Agama	: Islam		
6. Pendidikan	: SD		
7. Alamat	: Panggremen IV/3 Mojokerto		
8. Tgl Mrs	: 10 April 2026		
9. Tgl Pengkajian	: 11 April 2026		
10. Nama Wali	: Tn. A		
11. Umur	: 45 Tahun		
12. Alamat	: Panggremen IV/3 Mojokerto		
13. Hubungan dengan pasien	: Anak		

B. Pola persepsi pemeliharaan kesehatan

1. Keluhan Utama

Pasien mengeluh pusing dan nyeri kepala.

2. Riwayat Penyakit Sekarang

Pasien datang ke IGD IHC RS Gatoel pada tanggal 11 April 2026 pukul 03.20 WIB dengan keluhan kelemahan anggota gerak sebelah kiri yang terjadi secara mendadak saat menuju toilet. Keluarga pasien mengatakan pasien mengalami penurunan kesadaran yang disertai kebas dan kesemutan pada tangan dan kaki kiri, pusing, serta mual. Saat dilakukan

pemeriksaan awal di IGD, tekanan darah pasien 206/110 mmHg, nadi 58x/menit dengan saturasi 93%, dengan berat badan 58 kg dan tinggi badan 150 cm. Setelah mendapatkan penanganan awal di IGD, pasien dipindahkan ke Ruang Kana untuk menjalani perawatan lebih lanjut. Pada tanggal 11 April 2026 dilakukan pengkajian keperawatan di Ruang Kana. Saat pengkajian, pasien masih mengeluhkan pusing, nyeri kepala, dan kelemahan pada anggota gerak sebelah kiri. Pasien tampak apatis dengan tekanan darah 190/110 mmHg.

3. Riwayat Penyakit Dahulu

Pasien mengatakan memiliki riwayat hipertensi dan diabetes mellitus sejak 6 tahun. Pasien tidak memiliki riwayat stroke sebelumnya dan tidak memiliki riwayat penyakit kronis lainnya.

4. Riwayat Penyakit Keluarga

Pasien mengatakan ayahnya memiliki riwayat hipertensi. Tidak ada anggota keluarga lain yang memiliki riwayat stroke, penyakit jantung, atau penyakit kronis lainnya

C. Pemeriksaan Fisik

1. B1 (Breathing) Sistem Pernafasan

DS: Pasien mengatakan tidak sesak

DO:

Inspeksi: RR 19 x/menit, pola napas reguler, ekspansi dada simetris, pasien tampak lemah, Spo₂ 99%, terpasang masker O₂ Nasal kanul 3l/menit

Palpasi: Ekspansi dada kanan dan kiri simetris, Fremitus taktil normal.

Perkusi: Sonor pada kedua lapang paru.

Auskultasi: Vesikuler normal, tidak terdapat ronki maupun wheezing

2. B2 (Blood) Sistem peredaran darah

DS:

Keluarga pasien mengatakan, pasien memiliki riwayat hipertensi sudah 6 tahun, dan riwayat diabetes melitus, pasien tidak rutin kontrol.

Do:

Inspeksi: Pasien tampak lemah, wajah sedikit pucat.

Palpasi: TD: 190/110 mmHg, Nad: 84 x/menit, CRT < 2 detik, akral hangat

Perkusi: Batas jantung normal.

Auskultasi: S1-S2 tunggal reguler, murmur (-).

3. B3 (Neurologi) Sistem Persyarafan

DS: Pasien mengatakan pusing, nyeri kepala seperti ditekan., Keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien lemah dan sulit menggerakkan tangan kiri.

DO:

Inspeksi: Keadaan umum lemah, Kesadaran Somnolen, GCS E3V4M5 = 12, pasien tampak mengantuk, respon verbal lambat, hemiparesis sinistra, pasien mampu menjawab pertanyaan sederhana dengan respons lambat.

Palpasi: Tidak ada benjolan kepala.

Perkusi: Refleks fisiologis menurun ekstremitas kiri.

Auskultasi: Tidak dilakukan.

Pemeriksaan Neurologis

1. Nervus (okulomotorius) : Pupil isokor 3 mm/3 mm
2. Nervus VII (Fasialis) : Wajah simetris
3. Nervus V (Trigeminus) : Kemampuan mengunyah terbatas dikarenakan pasien ompong
4. Nervus IX (Glosafaringeus) : Pasien mampu menelan makanan bertekstur bubur dengan baik, tanpa tanda aspirasi
5. Refleks cahaya +/-.

4. B4 (Bladder) Sistem Perkemihan

DS: -

DO:

Inspeksi: Terpasang kateter urin, produksi urin ± 1300 cc/24 jam, warna kuning jernih.

Palpasi: tidak ada nyeri tekan suprapubik.

Perkusi: Redup suprapubik (-).

Auskultasi:-

5. B5 (Bowel) Sistem Pencernaan

DS: Keluarga mengatakan nafsu makan pasien menurun, hanya makan beberapa sendok

DO:

Inspeksi: abdomen menunjukkan bentuk datar dan simetris, umbilikus tidak mengalami protrusi, tidak teridentifikasi massa atau benjolan pada keempat kuadran abdomen, serta tidak ditemukan lesi kulit maupun jaringan parut pascaoperasi.

Perkusi: Pada pemeriksaan perkusi terdengar suara timpani di seluruh area abdomen, tanpa ditemukan adanya shifting dullness yang mengindikasikan tidak terdapat penumpukan cairan (asites) dalam rongga abdomen.

Palpasi: Abdomen teraba lunak dan supel, tidak ditemukan nyeri tekan pada seluruh kuadran abdomen, tidak teraba pembesaran hepar, serta tidak ditemukan massa abnormal.

Auskultasi: Bising usus terdengar pada seluruh kuadran abdomen dengan frekuensi 10 kali per menit dan masih dalam rentang normal

6. B6 (Bone) Sistem Muskuloskeletal dan Kulit

DS: Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri sulit digerakkan,

DO:

Inspeksi: Tampak kelemahan ekstremitas sisi kiri, aktivitas sehari-hari selama di rs dibantu keluarga. Pasien lebih banyak tirah baring, tidak terdapat luka tekan, tidak terdapat deformitas.

Palpasi: Turgor kulit baik, akral hangat, tidak ada edema.

Pemeriksaan Kekuatan Otot:

Pasien mengalami hemiparesis sinistra dan keterbatasan mobilisasi.

Perkusi: -

Auskultasi:-

D. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan
Hasil Laboratotium (Hematologi)		
Hemoglobin	13,1 g/Dl	12,0–16,0
Hematokrit	39,3 %	35–55
Eritrosit	4,49 juta/ μ L	3,50–5,50
MCV	87,7 fL	75–100
MCH	29,3 pg	25–35
MCHC	33,4 %	31–38
RDW-CV	11,9 %	11,0–14,0
RDW-SD	34,9 fL	40,0–55,0
Leukosit	9,07 ribu/ μ L	4,4–11,3
Trombosit	195 ribu/ μ L	150–450
PCT	0,238 %	0,16–0,33
MPV	12,2 fL	7–11
PDW	16,3 %	15–17
Neutrofil	58,4 %	28–78
Limfosit	33,5 %	17–57
Monosit	5,0 %	0–10
Eosinofil	2,7 %	0–10
Basofil	0,4 %	0–0,62
Hasil Elektrolit		
Chlorida	101	98 – 107 mmol/L

Kalium	4.3	3.6 – 5.0 mmol/L
Natrium	137	137 – 145 mmol/L
Hasil Hepatitis		
HbsAg	Non reaktif	Non reaktif
	Kimia klinik	
BUN	6.0	6-23 mg/dL
Creatinin	0.8	0.7-1.2 mg/dL
SGOT	27	<40 U/L
SGPT	22	<41 U/L
Cholesterol total	260	130-220 mg/dL
HDL-Cholesterol	64	41-68 mg/dL
LDL-Cholesterol	155	<100 mg/dL
Trigliserida	66	34-143 mg/dL
Gula Darah swaktu	160	<140 mg/dL
HbA1c	7.2	<5,7 %
Hasil Radiologi		
CT-Scan kepala	Tampak lesi hypodense batas tidak tegas pada capsula interna dan centrum semiovale dextra Sulcy dan gyrus tampak normal Sistem vertikel dan cisterna tampak normal Pons dan cerebellum tampak normal Tak tampak klasifikasi abnormal Tak tampak midline shift Calvaria tampak baik Orbita, sinus paranasalis dan mastoid kanan kiri tampak normal	

	Kesimpulan: Acute serebral infarction pada capsulla interna dan centrum semiovale dextra
Pemeriksaan Thoraks Ap	Cor : Besar dan bentuk normal, klasifikasi aorta (+) Pulmo : tak tampak infiltrat Sinus phrenicocostalis kanan kiri tajam Tulang dan soft tissue tampak baik Kesimpulan: Aortosclerosis

3.2 Analisa Data Keperawatan

Tabel 3. 2 Analisa Data Keperawatan

No/Tgl	Data	Etiologi	Masalah	Ttd
1	Ds: 1. Pasien mengatakan pusing. 2. Pasien mengatakan nyeri kepala seperti ditekan. 3. Keluarga mengatakan tangan dan kaki kiri	Stroke infark ↓ Oklusi pembuluh darah serebral ↓ Aliran darah dan oksigen ke jaringan otak menurun ↓	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial	Ratna

	terasa lemah dan sulit digerakkan. Do: 1. Kesadaran apatis GCS E3V4M5 = 12 2. Pasien tampak mengantuk. 3. Respons verbal lambat. 4. Hemiparesis sinistra.. 5. TD 190/110 mmHg. MAP 137 mmHg 6. CT-Scan: Acute cerebral infarction pada capsula interna dan centrum semiovale dextra.	Iskemia dan kerusakan jaringan otak ↓ Edema serebral ↓ Volume intrakranial meningkat ↓ Tekanan intrakranial meningkat ↓ Mekanisme kompensasi intrakranial gagal ↓ Penurunan kapasitas adaptif intracranial		
--	--	---	--	--

	7. Kekuatan otot			
	$\frac{2}{2} \mid \frac{5}{5}$			

3.3 Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 3 Diagnosa Keperawatan

Tanggal	No.	Diagnosa keperawatan	Tanda tangan
11/04/2026	1	Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial b.d edema serebral d.d Pasien mengatakan pusing, sakit kepala, keluarga pasien mengatakan tangan dan kaki kiri pasien lemah dan sulit digerakkan, Kesadaran apatis. GCS E3V4M5 = 12, Pasien tampak mengantuk, respons verbal lambat, hemiparesis sinistra, refleks fisiologis ekstremitas kiri menurun, TD 190/110 mmHg, MAP 137 mmHg, Kekuatan otot $\frac{2}{2} \mid \frac{5}{5}$ CT Scan: Acute cerebral infarction pada capsula interna dan centrum semiovale dextra	Ratna

3.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 4 Intervensi Keperawatan

Tanggal	No Dx	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
11/04/ 2026	D.0066	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka kapasitas adaptif intrakranial membaik dengan kriteria hasil: 1. Sakit kepala menurun 2. Tingkat kesadaran meningkat 3. Tekanan darah membaik	Manajemen Peningkatan Tekanan Intrakranial (I.09325) Observasi 1. Identifikasi penyebab peningkatan TIK (mis. lesi, gangguan metabolisme, edema serebral) 2. Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar,	Observasi 1. Menentukan faktor penyebab sehingga tindakan yang diberikan dapat sesuai dengan kondisi pasien. 2. Membantu mendeteksi peningkatan TIK secara dini dan mencegah komplikasi neurologis lebih lanjut 3. MAP berperan dalam mempertahankan perfusi serebral yang adekuat. 4. Membantu menjaga keseimbangan

		4. Refleks neurologis 5. Tekanan intrakranial menurun	bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun) 3. Monitor MAP (Mean Arterial Pressure) 4. Monitor intake dan output cairan 5. Monitor status pernafasan Terapeutik 6. Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 7. Berikan posisi semi Fowler (kepala 30°) 8. Pertahankan suhu tubuh normal	cairan dan mencegah overload cairan yang dapat meningkatkan edema serebral. 5. Mencegah terjadinya hipoksia Edukasi 6. Mencegah terjadinya peningkatan TIK 7. Meningkatkan aliran balik vena dari otak sehingga membantu menurunkan TIK. 8. Hipertermia meningkatkan metabolisme otak dan kebutuhan oksigen yang dapat memperburuk peningkatan TIK.
--	--	---	--	--

3.4 Implementasi Keperawatan

Tabel 3. 5 Implementasi Keperawatan

No Dx	Tgl/Waktu	Implementasi	TTD
D.0066	11/04/2026 (07.00)	1. Mengidentifikasi penyebab peningkatan TIK Hasil: Berdasarkan hasil CT-Scan kepala didapatkan acute cerebral infarction pada capsula interna dan centrum semiovale dextra yang menyebabkan edema serebral sehingga pasien mengalami peningkatan tekanan intrakranial.	Ratna
	(07.05)	2. Mengkaji tanda-tanda vital Hasil: TD 180/106 mmHg RR 20x/menit Nadi 67x/menit GCS : Hasil Kuantitatif: E3 V4 M5 Kualitatif: Apatis, Pasien masih tampak mengantuk, mengeluh pusing dan nyeri kepala Memantau MAP	

		Hasil: MAP 131 mmHg Px mengatakan masih pusing	
	(07.10)	3. Memonitor status pernafasan	
	(07.15)	Hasil: SpO₂ 99%, terpasang masker O₂ nasal kanul 3L/menit, pasien tidak sesak, irama napas reguler, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas	
	(07.25)	4. Memantau intake dan output cairan Hasil: Intake 24 jam • Infus NaCl 0,9% : 1000 mL • Bubur : 300 mL • Susu : 300 mL • Air putih : 900 mL Total Intake = 2500 mL Output 24 jam • Urine : 1450 mL IWL = 15 × BB = 15 × 58 kg = 870 mL Balance Cairan = Intake – (Output + IWL) = 2500 – (1450 + 870)	

		= 2500 – 2320 = +180 mL 5. Meminimalkan stimulus lingkungan Hasil: memberikan edukasi kepada keluarga pasien untuk tidak menjaga kenyamanan pasien dengan cara tidak ribut 6. Memberikan posisi Head Up 30° Hasil: -Pasien lebih nyaman, tidak gelisah -Kepala pasien di head Up 30° kan $\pm 30^\circ$ dengan posisi leher tetap netral. -Pasien tampak nyaman. -Tidak terdapat fleksi maupun rotasi leher. -Tidak terjadi penurunan saturasi oksigen selama tindakan. 7. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu dalam batas norma; 36,5°C	
D.0066	12/04/2026		Ratna

	(08.00)	1. Mengkaji tanda vital Hasil: TD 165/100 mmHg RR 20x/menit Nadi 78x/menit GCS : Hasil Kuantitatif: E3 V5 M5= 13 Kualitatif : Apatis	
	(08.10)	2. Memantau MAP Hasil: MAP 122 mmHg, menunjukkan penurunan dibandingkan hari sebelumnya, pasien masih mengeluh pusing ringan.	
	(08.15)	3. Memonitor status pernafasan Hasil: SpO₂ 98%, terpasang masker O₂ nasal kanul 3L/menit, irama napas reguler, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, pasien tidak sesak.	
	(08.25)	4. Memantau intake dan output cairan Hasil: Intake 24 jam • Infus NaCl 0,9% : 1000 mL • Bubur : 450 mL	

		• Susu : 300 mL • Air putih : 1100 mL Total Intake = 2850 mL Output 24 jam • Urine : 1750 mL • BAB 1 kali (konsistensi lembek) : 150 mL IWL = 15 × BB = 15 × 58 kg = 870 mL Balance Cairan = Intake – (Urine + BAB + IWL) = 2850 – (1750 + 150 + 870) = 2850 – 2770 = +80 mL 5. Meminimalkan stimulus lingkungan Hasil: Pasien tampak lebih tenang dan responsif 6. Memberikan posisi Head Up 30° Hasil: -Kepala pasien di head Up 30° dengan posisi leher tetap netral. -Pasien tampak nyaman. -Tidak terdapat fleksi maupun rotasi leher.	
	(08.35)		
	(08.40)		

		-Tidak terjadi penurunan saturasi oksigen selama tindakan. - Kondisi pasien lebih stabil, tidak gelisah, serta pasien tampak lebih mudah beristirahat. 7. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: Suhu 36,6°C dalam batas normal	
D.0066	13/04/2026 (15.00) (15.05) (15.10)	1. Mengkaji tanda-tanda vital Hasil: TD: 150/90 mmHg RR : 19x/menit Nadi : 87x/menit GCS : Hasil Kuantitatif: E4 V5 M6 Kualitatif : Compos metis 2. Memantau MAP Hasil: MAP 110 mmHg (stabil dalam batas lebih baik dari hari sebelumnya) 3. Memonitor status pernafasan Hasil: SpO₂ 99%, terpasang masker O₂ nasal kanul 3L/menit, pasien	Ratna

		tidak sesak, pasien terkadang melepaskan masker	
	(15.20)	4. Memantau intake dan output cairan Hasil: Intake 24 jam • Infus NaCl 0,9% : 1000 mL • Bubur : 600 mL • Susu : 400 mL • Air putih : 1100 mL Total Intake = 3100 mL Output 24 jam • Urine : 2100 mL IWL $= 15 \times \text{BB}$ $= 15 \times 58 \text{ kg}$ $= 870 \text{ mL}$ Balance Cairan $= \text{Intake} - (\text{Output} + \text{IWL})$ $= 3100 - (2100 + 870)$ $= 3100 - 2970$ $= +130 \text{ mL}$	
	(15.30)	5. Meminimalkan stimulus lingkungan	
		Hasil: Pasien kooperatif dan tenang	
	(15.35)	6. Memberikan posisi Head Up 30°	

	(15.40)	Hasil: Posisi tetap dipertahankan karena pasien merasa nyaman dan tidak muncul tanda peningkatan tekanan intrakranial. 7. Mempertahankan suhu tubuh normal Hasil: 36,5°C dalam batas normal	
--	---------	--	--

3.5 Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 6 Evaluasi Keperawatan

No	Tgl/Waktu	Evaluasi	TTD
1	11/04/2026 (14.00)	S (Subjektif) 1. Pasien mengatakan kepala pusing 2. Pasien mengatakan sakit kepala 3. Keluarga mengatakan pasien masih lemah 4. Keluarga mengatakan pasien masih tampak mengantuk dan respon berbicara masih lambat O (Objektif) 1. Berdasarkan hasil CT-Scan kepala didapatkan acute cerebral infarction pada capsula interna dan centrum semiovale dextra	Ratna

		yang menyebabkan edema serebral sehingga pasien mengalami peningkatan tekanan intrakranial. 2. Td 180/106 mmHg, kesadaran GCS: E3V4M5 apatis, RR 20, N 67 3. Hasil MAP 131 mmHg 4. SpO₂ 99%, pasien tidak tampak sesak 5. Hasil pemantauan intake-output selama 24 jam diperoleh total intake 2500 mL, output urine 1450 mL, IWL 870 mL, sehingga total output menjadi 2320 mL dan diperoleh balance cairan +180 mL. 6. Pasien tampak lebih tenang 7. Pasien tampak lebih nyaman, tidak gelisah 8. Suhu dalam batas normal 36,5 °C A (Assessment) Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial belum teratasi P (Planning) 1. Mengkaji tanda vital (TD, RR, Nadi, GCS) 2. Memantau MAP	
--	--	--	--

		3. Memantau intake dan output cairan 4. Meminimalkan stimulus lingkungan 5. Memberikan posisi Head Up 30° 6. Mempertahankan suhu tubuh normal	
2	12/04/2026 (14.00)	S (Subjektif) 1. Pasien mengatakan kepala masih terasa pusing, tetapi sudah berkurang dibandingkan hari sebelumnya. 2. Pasien mengatakan tangan dan kaki kiri masih terasa lemah. 3. Pasien mengatakan tubuh masih terasa lemas, namun merasa lebih nyaman saat beristirahat. 4. Keluarga mengatakan pasien tampak lebih mudah diajak berkomunikasi dan lebih responsif dibanding hari sebelumnya. O (Objektif) 1. TD 165/100 mmHg, kesadaran GCS E3V5M5 (apatis ringan),	Ratna

		TD 165/100 mmHg, RR 20, N 78 2. MAP 122 mmHg (menurun dari hari 1), pasien masih mengeluh pusing ringan SpO₂ 98%, irama napas reguler, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas 3. Hasil pemantauan intake-output selama 24 jam diperoleh total intake 2850 mL, output urine 1750 mL, BAB 150 mL, IWL 870 mL, sehingga total output menjadi 2770 mL dan diperoleh balance cairan +80 mL. Produksi urin adekuat, pasien BAB satu kali dengan konsistensi lembek, dan keseimbangan cairan tetap terjaga. 4. Pasien tampak lebih tenang dan responsif 5. Kepala pasien di head up 30° dengan posisi leher tetap netral. -Pasien tampak nyaman. -Tidak terdapat fleksi maupun rotasi leher. -Tidak terjadi penurunan saturasi oksigen selama tindakan. -Kondisi pasien lebih stabil, serta pasien tampak lebih mudah beristirahat	
--	--	--	--

		6. Suhu 36,6°C dalam batas normal 7. Diuresis adekuat, respon baik terhadap terapi. A (Assessment) Masalah penurunan kapasitas adaptif intrakranial teratasi sebagian P (Planning) 1. Mengkaji tanda vital (TD, RR, GCS, nadi) 2. Memantau MAP 3. Memantau intake dan output cairan) 4. Memberikan posisi Head Up 30°	
3	13/04/2026	S (Subjektif) 1. Pasien mengatakan nyeri kepala tinggal sedikit (skala 1–2/10). 2. Pasien mengatakan pusing hanya sesekali muncul. 3. Pasien mengatakan merasa lebih nyaman selama menjalani perawatan. 4. Keluarga mengatakan pasien tampak lebih segar, lebih mudah diajak berkomunikasi, dan tidak mengantuk seperti sebelumnya. 5. Keluarga mengatakan tandan dan kaki kiri masih belum bisa terangkat O (Objektif)	Ratna

		1. TD 150/90 mmHg, RR 19, N 87, Kesadaran GCS E4V5M6 (compos metis) TD 150/90 mmHg. 2. MAP 110 mmHg. 3. SpO₂ 98 %, irama napas reguler, tidak terdapat penggunaan otot bantu napas, pasien tidak sesak. 4. Hasil pemantauan intake-output selama 24 jam diperoleh total intake 3100 mL, output urine 2100 mL, IWL 870 mL, sehingga total output menjadi 2970 mL dan diperoleh balance cairan +130 mL. Produksi urin tetap adekuat dan keseimbangan cairan berada dalam batas yang diharapkan 5. Posisi tetap dipertahankan karena pasien merasa nyaman dan tidak muncul tanda peningkatan tekanan intrakranial 6. Kepala pasien di head up 30° dengan posisi leher tetap netral. Pasien tampak nyaman, tidak terdapat fleksi maupun rotasi leher, tidak terjadi penurunan saturasi oksigen selama tindakan, serta pasien tampak lebih mudah beristirahat. A (Assessment)	
--	--	--	--

		Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial teratasi sebagian P (Planning) 1. Melanjutkan memantau tanda-tanda vital 2. Memantau MAP 3. Memantau intake dan output cairan 4. Memberikan posisi Head Up 30°	
--	--	--	--

