

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

- a. Nama : Bp. A
- b. Umur : 52 th
- c. No. RM : 01.14.xx.xx
- d. Jenis Kelamin : Laki-laki
- e. Tanggal Lahir : 11 September 1969
- f. Agama : Islam
- g. Status : Menikah
- h. Pendidikan : Sarjana
- i. Pekerjaan : PNS
- j. Alamat : Jl. Perum Pesona Bukit Sintuk
- k. Diagnosa medis : Myasthenia gravis d.d. Susp. GBS + DM + HT +
Pneumonia

2. Keluhan Utama

- a. Saat Masuk Rumah Sakit :

Pasien Rujukan dari RS PKT Bontang dengan keluhan masuk rumah sakit yaitu lidah pasien kaku, susah menelan dan bicara \pm 10 hari, riwayat pemasangan ventilator \pm 7 hari.
- b. Saat Pengkajian :

Pasien tidak dapat menyampaikan keluhannya karena sulit berbicara.

c. Alasan dirawat di ICU :

Pasien post tracheostomy dan perlu dilakukan pemasangan ventilator mekanik.

3. *Primary survey*

a. *Airway* :

Terpasang trakeostomi dengan ventilator mode spontan, terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi banyak dan sering), pasien dapat batuk.

b. *Breathing* :

RR : 26 x/menit, SpO₂ : 96%, terlihat retraksi otot bantu napas tambahan, tidak tampak pernafasan cuping hidung, pergerakan dada simetris dan tampak cepat dan dangkal.

c. *Circulation* :

TD : 105/59 mmHg, N : 105 x/menit, tidak ada perdarahan, CRT ekstremitas atas < 2 detik, CRT ekstremitas bawah > 2 detik, nadi radial teraba kuat dan cepat, akral tangan hangat dan akral kaki dingin, MAP : 69.

d. *Fluid* :

Turgor kulit baik, terpasang DC no. 16 tgl 14/11/2021, produksi urin (+), terpasang NGT dengan pemberian diit diabetasol 6 x 200 cc, terpasang CVC di femoral dextra dengan IVFD NaCl 0,9 % (750 cc) : aminofusin hepar 250 cc (41 cc/jam), membran mukosa kering, edema (-)

4. *Secondary Survey*

a. *Brain*

Keadaan umum : Lemah, Kesadaran : Compos Mentis, GCS : 10 (E₄ V_{TC} M₆), pupil isokor, diameter pupil 3 mm, reflek cahaya (+), reaksi terhadap nyeri (+), reaksi terhadap suhu (+), diplopia (+), ptosis (+), tidak ada gejala bibir merot, pasien sulit berbicara.

b. *Breathing*

Nafas dengan trakeostomi dan tersambung dengan ventilator mode spontan, PS : 10, PEEP : 5, PIP : 16, TV : 330, FiO₂ : 50%, SpO₂ : 96%. Posisi pasien semi fowler, suara nafas ronchi di kedua lapang paru, produksi sekret banyak, pergerakan dada simetris, penggunaan otot bantu napas tambahan (+), reflek batuk (+), tidak ada tanda sianosis. Pasien penyintas Covid-19.

c. *Blood*

TD : 105/59 mmHg, N : 105 x/menit, S : 36,1 °C, CRT < 2 detik, terpasang CVC di femoral dextra dengan IVFD Ns 0,9 % : aminofusin hepar (750 cc : 250 cc) 41 cc/jam, pasien lelah saat dan setelah melakukan aktivitas (merubah posisi), akral kaki dingin, nyeri dada (-), edema (-), pulsasi nadi radial kuat, cepat dan teratur, bunyi jantung S1 & S2 regular. GDS : 139 mg/dl

d. *Bladder*

Terpasang DC no. 16, produksi urin (+) 3.150 cc/24 jam, warna urin kuning gelap, distensi kandung kemih (-)

e. *Bowel*

Terpasang NGT, tidak ada residu, terpasang popok, belum ada BAB, kulit pasien lembab, tidak ada muntah, tidak ada nyeri tekan pada abdomen, bising usus peristaltik, mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc.

f. *Bone*

Refleks ekstremitas lemah, kekuatan otot ekstremitas atas 3/3, kekuatan otot ekstremitas bawah 3/3, pasien tidak mampu merubah posisi secara efektif dengan mandiri, pasien *bed rest* mulai tanggal 01/11/2021, ADL dibantu total oleh perawat. Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan trochanter mayor, kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Perhitungan risiko dekubitus menggunakan skala Braden, dengan total nilai : 12 (risiko tinggi).

5. Pola Pengkajian Gordon

a. Pola persepsi kesehatan – manajemen Kesehatan

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Kesadaran pasien *compos mentis*, pasien riwayat berhenti merokok sejak \pm 1 tahun yang lalu, pupil isokor, pasien dapat mendengar dengan baik, penampilan umum pasien dari rambut terlihat tidak rapi, dan kumis dan jenggot pasien panjang dan tidak rapi, pakaian pasien menggunakan baju yang disediakan ruang ICU.

b. Pola metabolik – nutrisi

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

BB = 80 kg, TB = 173 cm, $(IMT = BB / (TB)^2 = 80 / 2,99 = 26,7 /$
gemuk ringan). LILA = 22,3 cm. Kulit lembab, mukosa bibir kering,
bising usus peristaltik, mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5
cc, jus buah 1 x 100 cc, terpasang NGT, tidak ada mual muntah, turgor
kulit baik.

c. Pola eliminasi

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Selama dirawat di rumah sakit kebutuhan eliminasi (BAB & BAK)
memerlukan bantuan alat dan perawat. Untuk BAB, pasien
menggunakan pampers, pampers diganti 1x sehari, karakteristik feses
lunak, berwarna coklat, berbau khas feses, tidak ada darah. Untuk
BAK, terpasang DC no. 16, produksi urin (+) 3.150 cc/24 jam, warna
urin kuning gelap, distensi kandung kemih (-)

d. Pola aktivitas dan Latihan

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Aktivitas pasien dibantu total oleh perawat, mulai dari aktivitas

makan/minum, mandi, toileting, berpakaian, berhias, mobilisasi di tempat tidur, ambulasi/ROM. Pasien *bed rest* dengan posisi semi fowler, seluruh kekuatan otot ekstremitas = 3. Pasien terlihat lelah saat dan setelah melakukan aktivitas (merubah posisi). Akral tangan hangat dan akral kaki dingin, CRT ekstremitas atas < 2 detik, CRT ekstremitas bawah > 2 detik, tidak ada sianosis. Suara nafas ronchi di kedua lapang paru, produksi sekret banyak, pergerakan dada simetris, penggunaan otot bantu napas tambahan (+), reflek batuk (+), RR : 26 x/menit. Tidak ada kecacatan pada ekstremitas.

e. Pola istirahat dan tidur

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

KU : lemah, konjungtiva ananemis, pasien dapat tertidur saat siang hari atau malam hari.

f. Pola persepsi kognitif

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Tidak ada nyeri, tidak ada fluktuasi tekanan intracranial

g. Pola konsep diri – persepsi diri

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Selama pengkajian pasien menunjukkan ekspresi tenang, pasien tidak dapat berbicara karena terpasang trakeostomi, terkadang pasien merespon dengan menggunakan Bahasa isyarat tangan.

h. Pola hubungan peran

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Pasien sudah menikah dan tinggal bersama keluarga. Pasien biasa dijenguk oleh istrinya, dan selama pengkajian interaksi pasien dengan keluarga dan orang lain cukup kooperatif.

i. Pola reproduksi – seksualitas

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Pasien tidak ada masalah dengan prostat, tidak ada riwayat penyakit menular seksual, pasien terpasang DC, tidak ada aktivitas seksual sejak masuk rumah sakit.

j. Pola toleransi terhadap stress – koping

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Pasien tenang dan tidak gelisah.

k. Pola keyakinan – nilai

Data subjektif :

Tidak dapat dikaji karena pasien sulit berbicara

Data objektif :

Pasien beragama Islam, pasien bisa melakukan ibadah sholat di tempat tidur.

6. Pemeriksaan penunjang

a. Pemeriksaan kultur sputum tanggal 4 November 2021

Jenis bakteri : *Stenotrophomonas maltophilia*, Jenis antibiotic :

Levofloxacin : R (*Resistent*), pewarnaan gram : batang gram negatif.

b. Pemeriksaan kultur sputum tanggal 6 November 2021

Organisme dipilih : *Acinetobacter baumannii*, pewarnaan gram :

bakteri batang gram negatif

Tabel 3.1 Pemeriksaan kultur sputum tanggal 06 November 2021

Antimikrobia	MIC	Interpretasi
ampicillin/sulbactam	≥ 32	R
piperacillin/tazobactam	≥ 128	R
cefazolin	≥ 64	R
ceftazidime	≥ 64	R
ceftriaxone	≥ 64	R
cefepime	≥ 64	R
meropenem	≥ 16	R
amikacin	8	S
gentamicin	≥ 16	R
ciprofloxacin	≥ 4	R
tigecycline	2	S
trimethoprim/sulfamethoxazole	≤ 20	S

Sumber : Data sekunder, 2021

c. Hasil pemeriksaan kultur tanggal 8 November 2021 :

Jenis sampel : LCS, hasil pemeriksaan kultur : tidak ada pertumbuhan

bakteri aerob dan jamur

d. Pemeriksaan kultur urin tanggal 9 November 2021

Organisme dipilih : *Candida Albicans*

Tabel 3.2 Pemeriksaan kultur urin tanggal 09 November 2021

Antimikrobia	MIC	Interpretasi
flaconazole	≤ 0.5	S
voriconazole	≤ 0.12	S
Caspofungin	≤ 0.12	S
Micafungin	≤ 0.06	S
Amphotericin B	0.5	S
Flucytosine	≤ 1	S

Sumber : Data sekunder, 2021

e. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 15 November 2021 :

Tabel 3.3 Pemeriksaan laboratorium tanggal 15 November 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Unit
Leukosit	22.33	4.80 – 10.80	$10^3/uL$
Eritrosit	3.14	4.70 – 6.10	$10^6/uL$
Hemoglobin	9.0	14.0 – 18.0	g/dL
Hematokrit	27.2	37.0 – 54.0	%
PDW	15.3	9.0 – 13.0	fL
P-LCR	12	15 – 25	%
Neutrofil#	19.2	1.5 – 7.0	$10^3/uL$
Neutrofil%	86	40 – 74	%
Calsium	7.8	8.1 – 10.4	Mgl/dL
Natrium	130	135 – 155	Mmol/L
Chloride	97	98 – 108	Mmol/L

Sumber : Data sekunder, 2021

f. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 17 November 2021 :

Tabel 3.4 Pemeriksaan laboratorium tanggal 17 November 2021

Pemeriksaan	Hasil	Nilai rujukan	Unit
Calsium	9.3	8.1 – 10.4	Mgl/dL
Magnesium	1.9	1.6 – 2.6	Mg/dL
Natrium	132	135 – 155	Mmol/L
Kalium	4.1	3.6 – 5.5	Mmol/L
Chloride	98	98 – 108	Mmol/L

Sumber : Data sekunder, 2021

7. Terapi Obat

Terapi obat tanggal 15 November 2021 – 17 November 2021

a. Oral

- 1) Amlodipine 5 mg (1-0-0)
- 2) Candesartan 8 mg (0-0-1)
- 3) Mestinon 4 x 60 mg

b. Parenteral

- 1) Inj. Amikacin 2 x 500 mg
- 2) Inj. Omeprazole 1 x 40 mg
- 3) Inj. Lasix 1 x 20 mg
- 4) Inj. Novorapid 3 x 8 IU
- 5) Inj. Lantus 0-0-10 IU
- 6) Drip Ca. Glukonas 2 x 1 dalam Ns otsu 100 cc
- 7) IVFD NaCl 0,9 % (750 cc) : aminofusin hepar 250 cc (41 cc/jam)
- 8) IVFD NaCl 9 % (10 cc/jam)

c. Diit

- 1) Diabetasol 6 x 200 cc via NGT
- 2) Vco 1 x 5 cc via NGT
- 3) Jus buah 1 x 100 cc via NGT
- 4) *Therapeutic Plasma Exchange (TPE)*

B. Analisa Data

Tabel 3.5 Analisa data Bp. A

No.	Data	Etiologi	Problem
1.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi banyak dan sering) • Terpasang trakeostomi dan ventilator • Irama nafas cepat dan dangkal • RR : 26 x/menit • Suara nafas ronchi di kedua lapang paru • Reflek batuk (+) 	Hipersekresi jalan napas, adanya jalan napas buatan	Bersihan jalan napas tidak efektif
2.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> • Refleks ekstremitas lemah • Kekuatan otot ekstremitas atas 3/3, kekuatan otot ekstremitas bawah 3/3 • Pasien tidak mampu merubah posisi secara efektif dengan mandiri • Pasien <i>bed rest</i> mulai tanggal 01/11/2021 • ADL dibantu oleh perawat 	Gangguan neuromuskular	Gangguan mobilitas fisik
3.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> • Nafas dengan trakeostomi dan tersambung dengan ventilator mode spontan, PS : 10, PEEP : 5, PIP : 16, TV : 330, FiO₂ : 50% • RR : 26 x/menit • SpO₂ : 96% • Posisi pasien semi fowler • Penggunaan otot bantu napas tambahan (+) 	Gangguan neuromuskular	Pola napas tidak efektif
4.	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> • Refleks ekstremitas lemah • Kekuatan otot ekstremitas atas 3/3, kekuatan otot ekstremitas bawah 3/3 	Skor skala Braden < 18, penurunan mobilisasi, ketidakadekuatan nutrisi, skor RAPS rendah, penekanan di atas tonjolan tulang, gesekan permukaan kulit	Risiko luka tekan

	<ul style="list-style-type: none"> Pasien tidak mampu merubah posisi secara efektif dengan mandiri Pasien bed rest mulai tanggal 01/11/2021 ADL dibantu penuh oleh perawat Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan trochanter mayor, kulit teraba lunak, hangat dan lembab Skala braden : 12 (risiko tinggi) BB = 80 kg, TB = 173 cm (IMT = 26,7 / gemuk ringan) 		
5.	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Aktivitas pasien dibantu total oleh perawat, mulai dari aktivitas makan/minum, mandi, toileting, berpakaian, berhias Pasien <i>bed rest</i> 	Gangguan neuromuskular	Defisit perawatan diri : Mandi, berpakaian, makan, <i>toileting</i> , berhias
6	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> TD : 105/59 mmHg CRT ekstremitas bawah > 3 detik Pasien riwayat hipertensi Terapi obat : Oral : Amlodipine 5 mg (1-0-0), Candesartan 8 mg (0-0-1) Injeksi : Lasix 1 x 20 mg 	Perubahan <i>preload</i> dan <i>afterload</i>	Penurunan curah jantung
7	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> CRT ekstremitas bawah > 3 detik Akral kaki dingin Nilai lab Hb tanggal 15/11/21 : 9.0 g/dL GDS : 139 mg/dl 	Penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri dan/atau vena	Perfusi perifer tidak efektif
8	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien terlihat lelah saat dan setelah melakukan perubahan posisi 	Tirah baring, kelemahan, imobilitas	Intoleransi aktivitas

	<ul style="list-style-type: none"> Keadaan umum : lemah Pasien <i>bed rest</i> Pasien tidak mampu merubah posisi secara efektif dengan mandiri 		
9	DS : - DO : <ul style="list-style-type: none"> GDS : 139 mg/dl Pasien riwayat DM Terapi obat : Injeksi : Novorapid 3 x 8 IU, Lantus 0-0-10 IU Diit : Diabetasol 6 x 200 cc via NGT Keadaan umum : lemah 	Resistensi insulin	Ketidakstabilan kadar glukosa darah

C. Daftar Diagnosa Keperawatan Berdasarkan Prioritas

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas, adanya jalan napas buatan
- b. Penurunan curah jantung b.d perubahan *preload* dan *afterload*
- c. Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuscular
- d. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin
- e. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri dan/atau vena
- f. Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular
- g. Risiko luka tekan d.d Skor skala Braden < 18, penurunan mobilisasi, skor RAPS rendah, penekanan di atas tonjolan tulang, gesekan permukaan kulit
- h. Intoleransi aktivitas b.d tirah baring, kelemahan, imobilitas
- i. Defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, *toileting*, berhias b.d gangguan neuromuscular

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.6 Intervensi keperawatan Bp. A

No. Dx	Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan & Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d hipersekresi jalan napas, adanya jalan napas buatan	<p>Bersihkan Jalan Napas (L. 01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan bersihkan jalan napas dapat meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Produksi sputum (5) • Dispnea (5) <p>Skala indikator : 1 : meningkat, 2 : cukup memburuk, 3 : sedang, 4 : cukup membaik, 5 : menurun</p>	<p>Penghisapan Jalan Napas (I. 01020)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Identifikasi kebutuhan dilakukan penghisapan 1.2 Auskultasi suara napas sebelum dan setelah dilakukan penghisapan 1.3 Monitor status oksigenasi (SaO₂ dan SvO₂), status neurologis (status mental, tekanan intracranial, tekanan perfusi serebral) dan status hemodinamik (MAP dan irama jantung) sebelum, selama dan setelah tindakan 1.4 Monitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi sekret 1.5 Gunakan Teknik aseptic 1.6 Gunakan Teknik penghisapan tertutup, sesuai indikasi 1.7 Lakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik 1.8 Lakukan penghisapan ETT dengan tekanan rendah (80 – 120 mmHg) 1.9 Hentikan penghisapan dan berikan terapi oksigen jika mengalami kondisi-kondisi seperti bradikardi, penurunan saturasi 1.10 Anjurkan bernapas dalam dan pelan selama insersi kateter suction
2	Penurunan curah jantung b.d perubahan preload dan afterload	<p>Curah Jantung (L. 02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan curah jantung meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tekanan darah (5) • <i>Capillary refill time (CRT)</i> (5) <p>Skala indikator : 1 : memburuk, 2 : cukup memburuk, 3 : sedang, 4 : cukup membaik, 5 : membaik</p>	<p>Perawatan Jantung (I. 02075)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP) 2.2 Monitor tekanan darah 2.3 Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, radiasi, durasi, presipitasi yang mengurangi nyeri) 2.4 Posisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman

			<p>2.5 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak)</p> <p>2.6 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>2.7 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>2.8 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>2.9 Kolaborasi pemberian antiaritmia, jika perlu</p>
3	Pola napas tidak efektif b.d gangguan neuromuscular	<p>Pola Napas (L. 01004) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pola napas dapat membaik, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispnea (5) • Penggunaan otot bantu napas (5) <p>Skala indikator : 1 : meningkat, 2 : cukup meningkat, 3 : sedang, 4 : cukup menurun, 5 : menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi napas (5) • Kedalaman napas (5) <p>Skala indikator : 1 : memburuk, 2 : cukup memburuk, 3 : sedang, 4 : cukup membaik, 5 : membaik</p>	<p>Manajemen Jalan Napas (I. 01011)</p> <p>3.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas)</p> <p>3.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. Gurgling, mengi, wheezing, ronchi kering)</p> <p>3.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma)</p> <p>3.4 Posisikan semi-fowler atau fowler</p> <p>3.5 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik</p> <p>3.6 Ajarkan Teknik batuk efektif</p> <p>3.7 Kolaborasi pemberian bronkodilator, ekspektoran, mukolitik, jika perlu</p> <p>Manajemen Jalan Napas Buatan (I. 01012)</p> <p>3.8 Lakukan perawatan stoma trakeostomi</p>
4	Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d resistensi insulin	<p>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L. 05022) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kadar glukosa dalam darah (5) <p>Skala indikator : 1 : memburuk, 2 : cukup memburuk, 3 : sedang, 4 : cukup membaik, 5 : membaik</p>	<p>Manajemen Hiperglikemia (I. 03115)</p> <p>4.1 Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</p> <p>4.2 Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</p> <p>4.3 Anjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>4.4 Ajarkan pengelolaan diabetes (mis. Penggunaan insulin, obat oral, monitor asupan cairan, penggantian karbohidrat, dan bantuan profesional kesehatan)</p> <p>4.5 Kolaborasi pemberian insulin, jika perlu</p>
5	Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin, penurunan aliran arteri	<p>Perfusi Perifer (L. 02011) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat, dengan</p>	<p>Perawatan Sirkulasi (I. 02079)</p> <p>5.1 Periksa sirkulasi perifer (mis. Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle-brachial index</i>)</p>

	dan/atau vena	<p>kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pengisian kapiler (5) • Akral (5) <p>Skala indikator : 1 : memburuk, 2 : cukup memburuk, 3 : sedang, 4 : cukup membaik, 5 : membaik</p>	<p>5.2 Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi)</p> <p>5.3 Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi</p> <p>5.4 Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>5.5 Lakukan perawatan kaki dan kuku</p> <p>5.6 Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur</p> <p>5.7 Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (mis. Rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa)</p>
6	Gangguan mobilitas fisik b.d gangguan neuromuscular	<p>Mobilitas Fisik (L. 05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan mobilitas fisik dapat meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pergerakan ekstremitas (5) • Kekuatan otot (5) • Rentang gerak (ROM) (5) <p>Skala indikator : 1 : menurun, 2 : cukup menurun, 3 : sedang, 4 : cukup meningkat, 5 : meningkat</p>	<p>Dukungan Mobilisasi (I. 05173)</p> <p>6.1 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>6.2 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>6.3 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>6.4 Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis. Pagar tempat tidur)</p> <p>6.5 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</p> <p>6.6 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>6.7 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis. Duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>
7	Risiko luka tekan d.d Skor skala Braden < 18, penurunan mobilisasi, skor RAPS rendah, penekanan di atas tonjolan tulang, gesekan permukaan kulit	<p>Integritas Kulit dan Jaringan (L. 14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 6x24 jam, diharapkan integritas kulit dan jaringan dapat meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrasi (5) <p>Skala indikator : 1 : menurun, 2 : cukup menurun, 3 : sedang, 4 : cukup meningkat, 5 : meningkat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kerusakan lapisan kulit 	<p>Pencegahan Luka Tekan (I. 14543)</p> <p>7.1 Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala Norton, skala Braden)</p> <p>7.2 Monitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>7.3 Monitor status kulit harian</p> <p>7.4 Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>7.5 Monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>7.6 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat,</p>

		<p>(5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nyeri (5) • Kemerahan (5) <p>Skala indikator : 1 : meningkat, 2 : cukup meningkat, 3 : sedang, 4 : cukup menurun, 5 : menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> • Suhu kulit (5) • Tekstur (5) <p>Skala indikator : 1 : memburuk, 2 : cukup memburuk, 3 : sedang, 4 : cukup membaik, 5 : membaik</p>	<p>cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin</p> <p>7.7 Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air</p> <p>7.8 Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>7.9 Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>7.10 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p>
8	Intoleransi aktivitas b.d tirah baring, kelemahan, imobilitas	<p>Toleransi Aktivitas (L. 05047)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan toleransi aktivitas meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Keluhan lelah (5) • Perasaan lemah (5) <p>Skala indikator : 1 : meningkat, 2 : cukup meningkat, 3 : sedang, 4 : cukup menurun, 5 : menurun</p>	<p>Manajemen Energi (I. 05178)</p> <p>8.1 Monitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>8.2 Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>8.3 Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>8.4 Anjurkan tirah baring</p> <p>8.5 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>8.6 Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>8.7 Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p>
9	Defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias b.d gangguan neuromuskular	<p>Perawatan Diri (L. 11103)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan perawatan diri dapat meningkat, dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kemampuan mandi (5) • Kemampuan mengenakan pakaian (5) • Kemampuan makan (5) • Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) (5) • Mempertahankan kebersihan diri (5) <p>Skala indikator : 1 : menurun, 2 : cukup menurun, 3 : sedang, 4 : cukup meningkat, 5 : meningkat</p>	<p>Dukungan perawatan diri (I. 11348)</p> <p>9.1 Monitor tingkat kemandirian</p> <p>9.2 Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis. Suasana hangat, rileks, privasi)</p> <p>Dukungan perawatan diri : BAB/BAK (I. 11349)</p> <p>9.3 Jaga privasi selama eliminasi</p> <p>9.4 Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu</p> <p>9.5 Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal), jika perlu</p> <p>Dukungan perawatan diri : berpakaian (I. 11350)</p> <p>9.6 Fasilitasi mengenakan pakaian, jika perlu</p> <p>9.7 Fasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot)</p> <p>Dukungan perawatan diri : makan/minum (I. 11351)</p> <p>9.8 Identifikasi diet yang</p>



			<p>dianjurkan</p> <p>9.9 Atur posisi yang nyaman untuk makan/minum</p> <p>9.10 Sediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan</p> <p>9.11 Berikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian, jika perlu</p> <p>Dukungan perawatan diri : mandi (I. 11352)</p> <p>9.12 Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku)</p> <p>9.13 Sediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit)</p> <p>9.14 Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman</p> <p>9.15 Fasilitasi mandi, sesuai kebutuhan</p>
--	--	--	--


D. Intervensi inovasi


Intervensi inovasi yang dilakukan adalah penerapan *aloe vera* gel terhadap pencegahan *ulkus dekubitus* yang dilakukan sesuai SOP (lampiran 2). Dilakukan pengolesan *aloe vera* sebanyak 2 kali sehari (di jam 09.00 WITA dan jam 14.00 WITA) pada titik-titik tonjolan (pinggul, sakrum, tumit) selama 2-3 menit agar dapat menyerap dengan baik. Penilaian risiko ulkus dekubitus dilakukan setiap hari sebelum dan sesudah shift menggunakan skala Braden. Peninjauan ada tidaknya tanda-tanda ulkus dekubitus berdasarkan sistem klasifikasi derajat ulkus dekubitus oleh *International NPUAP/EPUAP* (2014) dilakukan saat implementasi selama tiga hari berturut-turut pada tanggal 15, 16, dan 17 November 2021 untuk melihat keefektifan intervensi yang dilakukan.



E. Implementasi Keperawatan


Tabel 3.7 Implementasi keperawatan Bp. A



No. Dx	Tgl / Jam	Implementasi	Ttd
3	15/11/21 08.00	<p>3.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S : - O : RR : 26 x/menit Nafas cepat dan dangkal Terdapat penggunaan otot bantu napas tambahan Terpasang ventilator mode spontan, PS : 10, PEEP : 5, PIP : 16, TV : 330, FiO2 : 50%</p> <p>3.2 Memonitor bunyi napas tambahan S : - O : Terdengar suara ronchi di lobus paru kanan dan kiri</p> <p>3.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S : - O : Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi banyak dan sering)</p> <p>3.4 Memosisikan semi-fowler atau fowler S : Pasien mengisyaratkan nyaman dengan posisi semi fowler O : Posisi pasien semi fowler 40°</p> <p>3.8 Melakukan perawatan stoma trakeostomi S : - O : Balutan dan ikatan trakeostomi terlihat kotor dan terdapat sekret Dilakukan pembersihan sekret di trakeostomi dan area sekitar trakeostomi. Dilakukan pembersihan anak kanul. Dilakukan penggantian balutan dan ikatan trakeostomi.</p>	
9	15/11/21 08.30	<p>9.1 Memonitor tingkat kemandirian S : - O : ADL dibantu penuh oleh perawat</p> <p>9.3 Menjaga privasi selama eliminasi S : - O : Terpasang sampiran selama penggantian pampers</p> <p>9.4 Mengganti pakaian pasien setelah eliminasi S : - O : Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers</p> <p>9.5 Menyediakan alat bantu S : - O : Terpasang kateter urin no. 16</p> <p>9.6 Memfasilitasi mengenakan pakaian S : - O : Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers</p> <p>9.7 Memfasilitasi berhias S : - O : Rambut pasien rapi, kumis dan jenggot pasien panjang</p> <p>9.8 Mengidentifikasi diet yang dianjurkan S : -</p>	


		<p>O : Pasien diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc</p> <p>9.9 Mengatur posisi yang nyaman untuk makan/minum S : - O : Posisi pasien semi fowler</p> <p>9.10 Menyediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan S : - O : Meneteskan air di mukosa bibir menggunakan spuit 5 cc</p> <p>9.11 Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian S : - O : Diit pasien diberikan melalui NGT</p> <p>9.12 Memonitor kebersihan tubuh S : - O : Rambut pasien kering dan bersih, mulut pasien kotor, kulit pasien lembab dan bersih, kuku pasien panjang dan kotor</p> <p>9.13 Menyediakan peralatan mandi S : - O : Tersedia sabun mandi dan pelembab kulit, waslap, handuk, dan air</p> <p>9.14 Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman S : - O : Terpasang sampiran saat memandikan</p> <p>9.15 Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan S : - O : Pasien diseka oleh perawat</p>	
7	15/11/21 09.00	<p>7.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala Braden S : - O : Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi)</p> <p>7.2 Memonitor suhu kulit yang tertekan S : - O : Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya</p> <p>7.3 Memonitor status kulit harian S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab Tidak ada edema Turgor kulit baik Akral kaki dingin</p> <p>7.4 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab Tidak ada edema dan nyeri Memosisikan pasien miring kanan dan miring kiri</p> <p>7.5 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu S : - O : Pasien lemah Pasien <i>bed rest</i></p>	



		<p>Pasien tidak dapat merubah posisi secara mandiri ADL dibantu penuh oleh perawat Pasien hanya dapat mengubah posisi dengan bantuan perawat Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>7.6 Meringankan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin S : - O : Meringankan daerah kulit yang lembab karena keringat dan air sekaan</p> <p>7.7 Menggunakan barrier seperti lotion (gel <i>aloe vera</i>) S : Pasien memberi isyarat nyaman O : Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit</p> <p>7.8 Membuat jadwal perubahan posisi S : Pasien memberi isyarat hanya bisa miring kiri dan miring kanan dengan bantuan O : Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>7.9 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang S : - O : Dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> tanpa melakukan pemijatan</p> <p>7.10 Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan O : Diberikan penjelasan kepada pasien mengenai tanda dan gejala ulkus dekubitus</p>	
2	15/11/21 09.20	<p>2.1 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung S : - O : Pasien terpasang ventilator mode spontan RR : 26 x/menit Tidak ada edema Pengukuran CVP belum dilakukan</p> <p>2.2 Memonitor tekanan darah S : - O : TD : 105/59 mmHg, N : 105 x/menit</p> <p>2.3 Memonitor keluhan nyeri dada S : Pasien mengisyaratkan tidak ada keluhan nyeri dada O : -</p> <p>2.4 Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman S : - O : Posisi pasien semi-fowler 40°</p> <p>2.5 Memberikan diet jantung yang sesuai S : - O : Pasien mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, vco 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc</p> <p>2.6 Memberikan dukungan emosional dan spiritual S : - O : Perawat memberikan dukungan emosional dan spiritual kepada pasien</p> <p>2.7 Menganjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p>	


		<p>S : Pasien mengisyaratkan paham dengan anjuran yang diberikan</p> <p>O : -</p> <p>2.8 Menganjurkan berhenti merokok</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan sudah berhenti merokok</p> <p>O : -</p> <p>2.9 Mengkolaborasikan pemberian antiaritmia</p> <p>S : -</p> <p>O : Diberikan terapi obat injeksi Lasix 20 mg</p>	
1	15/11/21 10.00	<p>1.1 Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan penghisapan</p> <p>S : Pasien memberi isyarat untuk dilakukan penghisapan</p> <p>O : Pasien terpasang trakeostomi dan ventilator. Pasien tidak dapat mengeluarkan sekret sendiri.</p> <p>1.2 Mengauskultasi suara napas sebelum dan setelah dilakukan penghisapan</p> <p>S : -</p> <p>O : Terdengar suara ronchi di lobus paru kanan dan kiri sebelum dan setelah dilakukan suction</p> <p>1.4 Memonitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi sekret</p> <p>S : -</p> <p>O : Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi sekret ± 100 cc dalam sekali penghisapan)</p> <p>1.5 Menggunakan Teknik aseptik</p> <p>1.6 Menggunakan Teknik penghisapan tertutup, sesuai indikasi</p> <p>1.7 Melakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan lebih nyaman setelah dilakukan penghisapan</p> <p>O : Dilakukan <i>suctioning</i> tertutup via trakeostomi selama 2x dengan durasi 5 detik setiap penghisapan.</p>	
6	15/11/21 11.30	<p>6.1 Mengidentifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan bahwa tangan dan kakinya lemah serta sulit untuk miring kiri dan kanan</p> <p>O : Pasien <i>bed rest</i> Pasien terpasang ventilator Kekuatan otot ekstremitas atas 3/3, ekstremitas bawah 3/3</p> <p>6.2 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan tangan dan kakinya dapat digerakkan</p> <p>O : Pasien dapat mengangkat tangan dan kakinya. Pasien tidak dapat miring kiri dan kanan secara mandiri. Pasien tidak dapat duduk secara mandiri.</p> <p>6.3 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien lemah dan mudah lelah saat mencoba miring kiri dan kanan</p> <p>6.4 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur</p> <p>S : -</p>	


		<p>O : Pasien memegang pagar tempat tidur saat mencoba melakukan aktivitas miring kiri dan kanan</p> <p>6.5 Memfasilitasi melakukan pergerakan</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat.</p> <p>Pasien latihan miring kiri dan kanan dengan dibantu oleh perawat.</p> <p>6.6 Menjelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan mau mencoba aktivitas miring kiri dan kanan</p> <p>O : Pasien menyetujui perlakuan aktivitas miring kiri dan kanan</p> <p>6.7 Mengajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan tidak dapat berpindah posisi secara mandiri</p> <p>O :</p> <p>Pasien lemah</p> <p>Pasien <i>bed rest</i></p> <p>Pasien terpasang ventilator</p>	
8	15/11/21 11.30	<p>8.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan tidak lelah jika hanya berbaring</p> <p>O : Pasien terengah-engah ketika terlalu sering bergerak atau berpindah posisi</p> <p>8.2 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>Keadaan umum pasien lemah</p> <p>Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>Pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri</p> <p>8.3 Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat</p> <p>8.4 Mengajarkan tirah baring</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien <i>bed rest</i></p> <p>8.5 Mengajarkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <p>Pasien dapat miring kiri dan miring kanan dengan bantuan perawat</p> <p>Pasien belum dapat duduk</p> <p>Pasien tidak dapat terlalu sering menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>8.6 Mengajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan memahami strategi untuk mengurangi kelelehannya</p> <p>O : Pasien berfokus pada pengobatan dan pembatasan aktivitas agar tidak mudah lelah</p>	



5	15/11/21 12.00	<p>5.1 Memeriksa sirkulasi perifer S : - O : CRT ekstremitas atas < 2 detik CRT ekstremitas bawah > 2 detik Akral kaki dingin Tidak ada edema Warna kulit tidak pucat Nadi radial teraba kuat Nadi dorsalis pedis teraba kuat</p> <p>5.2 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi S : - O : Pasien riwayat merokok, DM, dan hipertensi</p> <p>5.3 Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi S : - O : Terpasang CVC di femoral dextra Pengambilan darah dilakukan di tangan</p> <p>5.4 Melakukan pencegahan infeksi S : - O : Perawat melakukan <i>five moment</i> mencuci tangan dan mencuci tangan 6 langkah Perawat menggunakan APD</p> <p>5.5 Melakukan perawatan kaki dan kuku S : Pasien mengisyaratkan tidak ada merasa kesemutan di kaki O : Dilakukan perawatan kaki dan kuku pasien</p> <p>5.6 Menganjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara teratur S : Pasien mengisyaratkan paham dengan anjuran yang diberikan O : -</p> <p>5.7 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan S : Pasien mengisyaratkan paham dengan informasi yang diberikan O : -</p>	
4	15/11/21 13.00	<p>4.1 Memonitor kadar glukosa darah S : - O : GDS : 139 mg/dl</p> <p>4.3 Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan O : Diberikan anjuran kepada pasien oleh perawat mengenai diet DM dan olahraga secara teratur sesuai toleransi pasien</p> <p>4.4 Mengajarkan pengelolaan diabetes S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan O : Diajarkan cara mengelola diabetes saat di rumah</p> <p>4.5 Mengkolaborasi pemberian insulin S : -</p>	



		<p>O : Diberikan terapi obat injeksi Novorapid 8 IU</p>	
7	15/11/21 14.00	<p>7.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala Braden S : - O : Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi)</p> <p>7.2 Memonitor suhu kulit yang tertekan S : - O : Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya</p> <p>7.3 Memonitor status kulit harian S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab Tidak ada edema Turgor kulit baik Akral kaki dingin</p> <p>7.4 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab Tidak ada edema dan nyeri Memosisikan pasien miring kanan dan miring kiri</p> <p>7.5 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu S : - O : Pasien lemah Pasien <i>bed rest</i> Pasien tidak dapat merubah posisi secara mandiri ADL dibantu penuh oleh perawat Pasien hanya dapat mengubah posisi dengan bantuan perawat Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>7.6 Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin S : - O : Mengeringkan daerah kulit yang lembab karena keringat</p> <p>7.7 Menggunakan barrier seperti lotion (gel <i>aloe vera</i>) S : Pasien memberi isyarat nyaman</p>	



		<p>O : Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit</p> <p>7.8 Membuat jadwal perubahan posisi S : Pasien memberi isyarat hanya bisa miring kiri dan miring kanan dengan bantuan O : Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>7.9 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang S : - O : Dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> tanpa melakukan pemijatan</p>	
3	16/11/21 08.00	<p>3.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S : - O : RR : 25 x/menit Napas cepat dan dangkal Terdapat penggunaan otot bantu napas tambahan Terpasang ventilator mode spontan, PS : 10, PEEP : 5, PIP : 15, TV : 293, FiO2 : 50%</p> <p>3.2 Memonitor bunyi napas tambahan S : - O : Tidak terdengar bunyi napas tambahan</p> <p>3.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S : - O : Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi banyak dan sering)</p> <p>3.4 Memosisikan semi-fowler atau fowler S : Pasien mengisyaratkan nyaman dengan posisi semi fowler O : Posisi pasien semi fowler 40°</p> <p>3.8 Melakukan perawatan stoma trakeostomi S : - O : Balutan trakeostomi terlihat kotor dan terdapat sekret Dilakukan pembersihan sekret di trakeostomi dan area sekitar trakeostomi. Dilakukan penggantian balutan trakeostomi</p>	
9	16/11/21 08.30	<p>9.1 Memonitor tingkat kemandirian S : - O : ADL dibantu penuh oleh perawat</p> <p>9.3 Menjaga privasi selama eliminasi S : - O : Terpasang sampiran selama penggantian pampers</p> <p>9.4 Mengganti pakaian pasien setelah eliminasi S : - O : Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers</p> <p>9.5 Menyediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal) S : - O : Terpasang kateter urin no. 16</p> <p>9.6 Memfasilitasi mengenakan pakaian S : - O : Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers</p> <p>9.7 Memfasilitasi berhias S : -</p>	


		<p>O : Rambut pasien rapi, kumis dan jenggot pasien dipotong pendek</p> <p>9.8 Mengidentifikasi diet yang dianjurkan S : - O : Pasien diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc</p> <p>9.9 Mengatur posisi yang nyaman untuk makan/minum S : - O : Posisi pasien semi fowler</p> <p>9.10 Menyediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan S : - O : Meneteskan air di mukosa bibir menggunakan spuit 5 cc</p> <p>9.11 Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian S : - O : Diit pasien diberikan melalui NGT</p> <p>9.12 Memonitor kebersihan tubuh S : - O : Rambut pasien kering dan bersih, mulut pasien kotor, kulit pasien lembab dan bersih, kuku pasien panjang dan kotor</p> <p>9.13 Menyediakan peralatan mandi S : - O : Tersedia sabun mandi dan pelembab kulit, waslap, handuk, dan air</p> <p>9.14 Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman S : - O : Terpasang sampiran saat memandikan</p> <p>9.15 Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan S : - O : Pasien diseka oleh perawat</p>	
7	16/11/21 09.00	<p>7.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala Braden S : - O : Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi)</p> <p>7.2 Memonitor suhu kulit yang tertekan S : - O : Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya</p> <p>7.3 Memonitor status kulit harian S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Tidak ada edema Turgor kulit baik Akral kaki dingin</p> <p>7.4 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Tidak ada edema dan nyeri Memosisikan pasien miring kanan dan miring kiri</p> <p>7.5 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu</p>	


		<p>S :- O : Pasien lemah Pasien <i>bed rest</i> Pasien tidak dapat merubah posisi secara mandiri ADL dibantu penuh oleh perawat Pasien hanya dapat mengubah posisi dengan bantuan perawat Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>7.6 Meringinkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin S :- O : Meringinkan daerah kulit yang lembab karena keringat dan air sekaan</p> <p>7.7 Menggunakan barrier seperti lotion (gel <i>aloe vera</i>) S : Pasien memberi isyarat nyaman O : Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit</p> <p>7.8 Membuat jadwal perubahan posisi S : Pasien memberi isyarat hanya bisa miring kiri dan miring kanan dengan bantuan O : Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>7.9 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang S :- O : Dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> tanpa melakukan pemijatan</p>	
2	16/11/21 09.20	<p>2.1 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung S :- O : Pasien terpasang ventilator mode spontan RR : 23 x/menit Tidak ada edema Pengukuran CVP belum dilakukan</p> <p>2.2 Memonitor tekanan darah S :- O : TD : 135/71 mmHg, N : 103 x/menit</p> <p>2.3 Memonitor keluhan nyeri dada S : Pasien mengisyaratkan tidak ada keluhan nyeri dada O :-</p> <p>2.4 Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman S :- O : Posisi pasien semi-fowler 40°</p> <p>2.5 Memberikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) S :- O : Pasien mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, vco 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc</p> <p>2.6 Memberikan dukungan emosional dan spiritual S :- O : Perawat memberikan dukungan emosional dan spiritual kepada pasien</p> <p>2.9 Mengkolaborasikan pemberian antiaritmia S :-</p>	


		O : Diberikan terapi obat Lasix 20 mg dan amlodipine 5 mg	
1	16/11/21 10.00	<p>1.1 Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan penghisapan S : Pasien memberi isyarat untuk dilakukan penghisapan O : Pasien terpasang trakeostomi dan ventilator. Pasien tidak dapat mengeluarkan sekret sendiri.</p> <p>1.2 Mengauskultasi suara napas sebelum dan setelah dilakukan penghisapan S : - O : Tidak terdengar suara napas tambahan di lobus paru sebelum dan setelah dilakukan suction</p> <p>1.4 Memonitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi sekret S : - O : Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi sekret ± 50 cc dalam sekali penghisapan)</p> <p>1.5 Menggunakan Teknik aseptik</p> <p>1.6 Menggunakan Teknik penghisapan tertutup, sesuai indikasi</p> <p>1.7 Melakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik S : Pasien mengisyaratkan lebih nyaman setelah dilakukan penghisapan O : Dilakukan <i>suctioning</i> tertutup via trakeostomi selama 2x dengan durasi 5 detik setiap penghisapan.</p>	
6	16/11/21 11.30	<p>6.2 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan S : Pasien mengisyaratkan tangan dan kakinya dapat digerakkan O : Pasien dapat mengangkat tangan dan kakinya. Pasien tidak dapat miring kiri dan kanan secara mandiri. Pasien tidak dapat duduk secara mandiri.</p> <p>6.3 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi S : - O : Pasien lemah dan mudah lelah saat mencoba miring kiri dan kanan</p> <p>6.5 Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu S : Pasien mengisyaratkan ingin latihan duduk O : Pasien latihan miring kiri dan kanan dengan dibantu oleh perawat.</p>	



8	16/11/21 11.30	<p>8.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional S : Pasien mengisyaratkan tidak lelah jika hanya berbaring O : Pasien terengah-engah ketika terlalu sering bergerak atau berpindah posisi</p> <p>8.2 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas S : - O : Keadaan umum pasien lemah Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya Pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri Pasien lelah jika terlalu lama miring kiri dan miring kanan</p> <p>8.3 Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif S : - O : Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat</p> <p>8.4 Menganjurkan tirah baring S : - O : Pasien <i>bed rest</i></p> <p>8.5 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap S : - O : Pasien dapat miring kiri dan miring kanan dengan bantuan perawat Pasien belum dapat duduk Pasien tidak dapat terlalu sering menggerakkan ekstremitasnya</p>	
5	16/11/21 12.00	<p>5.1 Memeriksa sirkulasi perifer S : - O : CRT ekstremitas atas < 2 detik CRT ekstremitas bawah > 2 detik Akral kaki dingin Tidak ada edema Warna kulit tidak pucat Nadi radial teraba kuat Nadi dorsalis pedis teraba kuat</p> <p>5.2 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi S : - O : Pasien riwayat merokok, DM, dan hipertensi</p> <p>5.3 Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi S : - O : Terpasang CVC di femoral dextra Pengambilan darah dilakukan di tangan</p> <p>5.4 Melakukan pencegahan infeksi S : - O : Perawat melakukan <i>five moment</i> mencuci tangan dan mencuci tangan 6 langkah Perawat menggunakan APD</p> <p>5.5 Melakukan perawatan kaki dan kuku S : Pasien mengisyaratkan tidak ada merasa kesemutan di kaki</p>	



		<p>O : Dilakukan perawatan kaki dan kuku pasien</p> <p>5.7 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan paham dengan informasi yang diberikan</p> <p>O : -</p>	
4	16/11/21 13.00	<p>4.1 Memonitor kadar glukosa darah</p> <p>S : -</p> <p>O : GDS : 151 mg/dl</p> <p>4.3 Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>O : Diberikan anjuran kepada pasien oleh perawat mengenai diet DM dan olahraga secara teratur sesuai toleransi pasien</p> <p>4.4 Mengajarkan pengelolaan diabetes</p> <p>S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>O : Diajarkan cara mengelola diabetes saat di rumah</p> <p>4.5 Mengkolaborasikan pemberian insulin</p> <p>S : -</p> <p>O : Diberikan terapi obat injeksi Novorapid 8 IU</p>	
7	16/11/21 14.00	<p>7.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala Braden</p> <p>S : -</p> <p>O : Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi)</p> <p>7.2 Memonitor suhu kulit yang tertekan</p> <p>S : -</p> <p>O : Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya</p> <p>7.3 Memonitor status kulit harian</p> <p>S : -</p> <p>O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Tidak ada edema. Turgor kulit baik Akral kaki dingin</p> <p>7.4 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>S : -</p> <p>O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Tidak ada edema dan nyeri Memosisikan pasien miring kanan dan miring kiri</p> <p>7.5 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>S : -</p> <p>O : Pasien lemah Pasien <i>bed rest</i> Pasien tidak dapat merubah posisi secara mandiri ADL dibantu penuh oleh perawat Pasien hanya dapat mengubah posisi dengan bantuan perawat</p>	




		<p>Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>7.6 Meringankan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin S : - O : Meringankan daerah kulit yang lembab karena keringat</p> <p>7.7 Menggunakan barrier seperti lotion (gel <i>aloe vera</i>) S : Pasien memberi isyarat nyaman O : Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit</p> <p>7.8 Membuat jadwal perubahan posisi S : Pasien memberi isyarat hanya bisa miring kiri dan miring kanan dengan bantuan O : Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>7.9 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang S : - O : Dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> tanpa melakukan pemijatan</p>	
3	17/11/21 08.00	<p>3.1 Memonitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) S : - O : RR : 25 x/menit Nafas cepat dan dangkal Terdapat penggunaan otot bantu napas tambahan Terpasang ventilator mode spontan, PS : 10, PEEP : 5, PIP : 15, TV : 293, FiO2 : 50%</p> <p>3.2 Memonitor bunyi napas tambahan S : - O : Tidak terdengar bunyi napas tambahan</p> <p>3.3 Memonitor sputum (jumlah, warna, aroma) S : - O : Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi banyak dan sering)</p> <p>3.4 Memosisikan semi-fowler atau fowler S : Pasien mengisyaratkan nyaman dengan posisi semi fowler O : Posisi pasien semi fowler 40°</p> <p>3.8 Melakukan perawatan stoma trakeostomi S : - O : Balutan trakeostomi terlihat kotor dan terdapat sekret Dilakukan pembersihan sekret di trakeostomi dan area sekitar trakeostomi. Dilakukan penggantian balutan trakeostomi.</p>	

9	17/11/21 08.30	<p>9.1 Memonitor tingkat kemandirian S : - O : ADL dibantu penuh oleh perawat</p> <p>9.3 Menjaga privasi selama eliminasi S : - O : Terpasang sampiran selama penggantian pampers</p> <p>9.4 Mengganti pakaian pasien setelah eliminasi S : - O : Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers</p> <p>9.5 Menyediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal) S : - O : Terpasang kateter urin no. 16</p> <p>9.6 Memfasilitasi mengenakan pakaian S : - O : Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers</p> <p>9.7 Memfasilitasi berhias (mis. Menyisir rambut, merapikan kumis/jenggot) S : - O : Rambut pasien rapi, kumis dan jenggot pasien pendek dan rapi</p> <p>9.8 Mengidentifikasi diet yang dianjurkan S : - O : Pasien diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc</p> <p>9.9 Mengatur posisi yang nyaman untuk makan/minum S : - O : Posisi pasien semi fowler</p> <p>9.10 Menyediakan sedotan untuk minum, sesuai kebutuhan S : - O : Meneteskan air di mukosa bibir menggunakan spuit 5 cc</p> <p>9.11 Memberikan bantuan saat makan/minum sesuai tingkat kemandirian S : - O : Diit pasien diberikan melalui NGT</p> <p>9.12 Memonitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kuku) S : - O : Rambut pasien kering dan bersih, mulut pasien kotor, kulit pasien lembab dan bersih, kuku pasien panjang dan kotor</p> <p>9.13 Menyediakan peralatan mandi (mis. Sabun, sikat gigi, shampoo, pelembab kulit) S : - O : Tersedia sabun mandi dan pelembab kulit, waslap, handuk, dan air</p> <p>9.14 Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman S : - O : Terpasang sampiran saat memandikan</p> <p>9.15 Memfasilitasi mandi, sesuai kebutuhan S : - O : Pasien diseka oleh perawat</p>	
---	-------------------	---	---

7	17/11/21 09.00	<p>7.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala Braden S : - O : Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi)</p> <p>7.2 Memonitor suhu kulit yang tertekan S : - O : Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya</p> <p>7.3 Memonitor status kulit harian S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Eritema pada area sacrum dan pinggul sedikit berkurang daripada sebelumnya. Tidak ada edema Turgor kulit baik Akral kaki dingin</p> <p>7.4 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Eritema pada area sacrum dan pinggul sedikit berkurang daripada sebelumnya. Tidak ada edema dan nyeri Memosisikan pasien miring kanan dan miring kiri</p> <p>7.5 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu S : - O : Pasien lemah Pasien <i>bed rest</i> Pasien tidak dapat merubah posisi secara mandiri ADL dibantu penuh oleh perawat Pasien hanya dapat mengubah posisi dengan bantuan perawat Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>7.6 Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin S : - O : Mengeringkan daerah kulit yang lembab karena keringat dan air sekaan</p> <p>7.7 Menggunakan barrier seperti lotion (gel <i>aloe vera</i>) S : Pasien memberi isyarat nyaman O : Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit</p> <p>7.8 Membuat jadwal perubahan posisi S : Pasien memberi isyarat hanya bisa miring kiri dan miring kanan dengan bantuan O : Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>7.9 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang S : - O : Dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> tanpa melakukan pemijatan</p>	
---	-------------------	--	---

2	17/11/21 09.20	<p>2.1 Mengidentifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung S : - O : Pasien terpasang ventilator mode spontan RR : 24 x/menit Tidak ada edema Pengukuran CVP belum dilakukan</p> <p>2.2 Memonitor tekanan darah S : - O : TD : 120/69 mmHg, N : 93 x/menit</p> <p>2.3 Memonitor keluhan nyeri dada S : Pasien mengisyaratkan tidak ada keluhan nyeri dada O : -</p> <p>2.4 Memposisikan pasien semi-fowler atau fowler dengan kaki ke bawah atau posisi nyaman S : - O : Posisi pasien semi-fowler 40°</p> <p>2.5 Memberikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol, dan makanan tinggi lemak) S : - O : Pasien mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, vco 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc</p> <p>2.6 Memberikan dukungan emosional dan spiritual S : - O : Perawat memberikan dukungan emosional dan spiritual kepada pasien</p> <p>2.9 Mengkolaborasikan pemberian antiaritmia S : - O : Diberikan terapi obat Lasix 20 mg</p>	
1	17/11/21 10.00	<p>1.1 Mengidentifikasi kebutuhan dilakukan penghisapan S : Pasien memberi isyarat untuk dilakukan penghisapan O : Pasien terpasang trakeostomi dan ventilator. Pasien tidak dapat mengeluarkan sekret sendiri.</p> <p>1.2 Mengauskultasi suara napas sebelum dan setelah dilakukan penghisapan S : - O : Tidak terdengar suara napas tambahan di lobus paru sebelum dan setelah dilakukan suction</p> <p>1.4 Memonitor dan catat warna, jumlah dan konsistensi sekret S : - O : Terdapat sekret (warna putih bening, cukup kental, produksi sekret ± 100 cc dalam sekali penghisapan)</p> <p>1.5 Menggunakan Teknik aseptik</p> <p>1.6 Menggunakan Teknik penghisapan tertutup, sesuai indikasi</p> <p>1.7 Melakukan penghisapan tidak lebih dari 15 detik S : Pasien mengisyaratkan lebih nyaman setelah dilakukan penghisapan O : Dilakukan <i>suctioning</i> tertutup via trakeostomi selama 1x dengan durasi 5 detik setiap penghisapan.</p>	




6	17/11/21 11.30	<p>6.2 Mengidentifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan S : - O : Pasien dapat mengangkat tangan dan kakinya. Pasien tidak dapat miring kiri dan kanan secara mandiri. Pasien tidak dapat duduk secara mandiri.</p> <p>6.3 Memonitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi S : - O : Pasien dapat duduk sebentar dengan dibantu oleh perawat Pasien kelelahan dan lemah</p> <p>6.4 Memfasilitasi aktivitas mobilisasi dengan pagar tempat tidur S : - O : Pasien memegang pagar tempat tidur saat mencoba melakukan aktivitas latihan duduk</p> <p>6.5 Memfasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu S : Pasien mengisyaratkan ingin latihan duduk O : Pasien latihan duduk dengan dibantu oleh perawat.</p>	
8	17/11/21 11.30	<p>8.1 Memonitor kelelahan fisik dan emosional S : - O : Pasien terengah-engah ketika latihan duduk</p> <p>8.2 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas S : - O : Keadaan umum pasien lemah Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya Pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri Pasien lelah jika terlalu lama miring kiri dan miring kanan Pasien lelah saat mencoba duduk</p> <p>8.3 Melakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif S : - O : Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat</p> <p>8.4 Menganjurkan tirah baring S : - O : Pasien <i>bed rest</i></p> <p>8.5 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap S : - O : Pasien dapat miring kiri dan miring kanan dengan bantuan perawat Pasien mencoba duduk sebentar dengan bantuan perawat Pasien tidak dapat terlalu sering menggerakkan ekstremitasnya</p>	


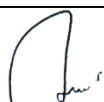

5	17/11/21 12.00	<p>5.1 Memeriksa sirkulasi perifer S : - O : CRT ekstremitas atas dan bawah < 2 detik Akral kaki dingin Tidak ada edema Warna kulit tidak pucat Nadi radial teraba kuat Nadi dorsalis pedis teraba kuat</p> <p>5.2 Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi S : - O : Pasien riwayat merokok, DM, dan hipertensi</p> <p>5.3 Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi S : - O : Terpasang CVC di femoral dextra Pengambilan darah dilakukan di tangan</p> <p>5.4 Melakukan pencegahan infeksi S : - O : Perawat melakukan <i>five moment</i> mencuci tangan dan mencuci tangan 6 langkah Perawat menggunakan APD</p> <p>5.5 Melakukan perawatan kaki dan kuku S : Pasien mengisyaratkan tidak ada merasa kesemutan di kaki O : Dilakukan perawatan kaki dan kuku pasien</p> <p>5.7 Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan S : Pasien mengisyaratkan paham dengan informasi yang diberikan O : -</p>	
4	17/11/21 13.00	<p>4.1 Memonitor kadar glukosa darah S : - O : GDS : 210 mg/dl</p> <p>4.3 Menganjurkan kepatuhan terhadap diet dan olahraga S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan O : Diberikan anjuran kepada pasien oleh perawat mengenai diet DM dan olahraga secara teratur sesuai toleransi pasien</p> <p>4.4 Mengajarkan pengelolaan diabetes S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan O : Diajarkan cara mengelola diabetes saat di rumah</p> <p>4.5 Mengkolaborasikan pemberian insulin S : - O : Diberikan terapi obat injeksi Novorapid 8 IU</p>	
7	17/11/21 14.00	<p>7.1 Memeriksa luka tekan dengan menggunakan skala Braden S : - O : Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi)</p> <p>7.2 Memonitor suhu kulit yang tertekan S : - O : Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya</p>	


	<p>7.3 Memonitor status kulit harian S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab. Eritema pada area sacrum dan pinggul sedikit berkurang daripada sebelumnya Tidak ada edema Turgor kulit baik Akral kaki dingin</p> <p>7.4 Memonitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi S : - O : Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab Eritema pada area sacrum dan pinggul sedikit berkurang daripada sebelumnya Tidak ada edema dan nyeri Memosisikan pasien miring kanan dan miring kiri</p> <p>7.5 Memonitor mobilitas dan aktivitas individu S : - O : Pasien lemah Pasien <i>bed rest</i> Pasien tidak dapat merubah posisi secara mandiri ADL dibantu penuh oleh perawat Pasien hanya dapat mengubah posisi dengan bantuan perawat Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya</p> <p>7.6 Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin S : - O : Mengeringkan daerah kulit yang lembab karena keringat dan air sekaan</p> <p>7.7 Menggunakan barrier seperti lotion (gel <i>aloe vera</i>) S : Pasien memberi isyarat nyaman O : Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit</p> <p>7.8 Membuat jadwal perubahan posisi S : Pasien memberi isyarat hanya bisa miring kiri dan miring kanan dengan bantuan O : Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>7.9 Menghindari pemijatan di atas tonjolan tulang S : - O : Dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> tanpa melakukan pemijatan</p>	
--	---	--



F. Evaluasi Keperawatan




Tabel 3.8 Evaluasi keperawatan Bp. A



No. Dx	Tgl/Jam	Evaluasi	TTD												
1	15/11/21 09.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan lebih nyaman setelah dilakukan penghisapan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang trakeostomi dan ventilator. • Pasien tidak dapat mengeluarkan sekret sendiri. • Terdengar suara ronchi di lobus paru kanan dan kiri sebelum dan setelah dilakukan suction • Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi sekret ± 100 cc dalam sekali penghisapan) • Dilakukan <i>suctioning</i> tertutup via trakeostomi selama 2x dengan durasi 5 detik setiap penghisapan. <p>A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi penghisapan jalan napas 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Produksi sputum	1	2	2.	Dispnea	3	3	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah												
1.	Produksi sputum	1	2												
2.	Dispnea	3	3												
2	15/11/21 09.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR : 26 x/menit • Tidak ada edema • TD : 105/59 mmHg, N : 105 x/menit • Posisi pasien semi-fowler 40° • Pasien mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, vco 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc • Diberikan terapi obat injeksi Lasix 20 mg <p>A : Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><i>Capillary refill time (CRT)</i></td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan jantung 2.1 – 2.6, 2.9</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Tekanan darah	5	5	2.	<i>Capillary refill time (CRT)</i>	2	2	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah												
1.	Tekanan darah	5	5												
2.	<i>Capillary refill time (CRT)</i>	2	2												
3	15/11/21 09.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR : 26 x/menit • Nafas cepat dan dangkal • Terdapat penggunaan otot bantu napas tambahan • Terpasang ventilator mode spontan, PS : 10, PEEP : 5, PIP : 16, TV : 330, FiO2 : 50% • Terdengar suara ronchi di lobus paru kanan dan kiri • Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi banyak dan sering) • Posisi pasien semi fowler 40° • Balutan dan ikatan trakeostomi terlihat bersih • Dilakukan pembersihan sekret di trakeostomi dan area sekitar trakeostomi. • Dilakukan pembersihan anak kanul. • Dilakukan penggantian balutan dan ikatan trakeostomi. 													



		<p>A : Masalah keperawatan pola nafas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Penggunaan otot bantu napas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kedalaman napas</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.8</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Dispnea	3	3	2.	Penggunaan otot bantu napas	3	3	3.	Frekuensi napas	2	3	4.	Kedalaman napas	2	2	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Dispnea	3	3																				
2.	Penggunaan otot bantu napas	3	3																				
3.	Frekuensi napas	2	3																				
4.	Kedalaman napas	2	2																				
4	15/11/21 13.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> GDS : 139 mg/dl Diberikan terapi obat injeksi Novorapid 8 IU <p>A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen hiperglikemia 4.1, 4.3, 4.4, 4.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Kadar glukosa dalam darah	3	4													
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Kadar glukosa dalam darah	3	4																				
5	15/11/21 13.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan tidak ada merasa kesemutan di kaki</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> CRT ekstremitas atas < 2 detik CRT ekstremitas bawah > 2 detik Akral kaki dingin Tidak ada edema Warna kulit tidak pucat Nadi radial teraba kuat Nadi dorsalis pedis teraba kuat Pasien riwayat merokok, DM, dan hipertensi Terpasang CVC di femoral dextra Pengambilan darah dilakukan di tangan <p>A : Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Akral</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan perawatan sirkulasi 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.7</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Pengisian kapiler	2	2	2.	Akral	3	3									
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Pengisian kapiler	2	2																				
2.	Akral	3	3																				
6	15/11/21 12.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien mengisyaratkan bahwa tangan dan kakinya lemah serta sulit untuk miring kiri dan kanan Pasien mengisyaratkan tangan dan kakinya dapat digerakkan Pasien mengisyaratkan mau mencoba aktivitas miring kiri dan kanan Pasien mengisyaratkan tidak dapat berpindah posisi secara mandiri <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasien <i>bed rest</i> Pasien terpasang ventilator Kekuatan otot ekstremitas atas 3/3, ekstremitas bawah 3/3 Pasien dapat mengangkat tangan dan kakinya. Pasien tidak dapat miring kiri dan kanan secara mandiri. 																					




		<ul style="list-style-type: none"> • Pasien tidak dapat duduk secara mandiri. • Pasien lemah dan mudah lelah saat mencoba miring kiri dan kanan • Pasien memegang pagar tempat tidur saat mencoba melakukan aktivitas miring kiri dan kanan • Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat. • Pasien latihan miring kiri dan kanan dengan dibantu oleh perawat. • Pasien lemah • Pasien <i>bed rest</i> • Pasien terpasang ventilator <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi 6.2, 6.3, 6.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Pergerakan ekstremitas	2	3	2.	Kekuatan otot	3	3	3.	Rentang gerak (ROM)	3	4													
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																												
1.	Pergerakan ekstremitas	2	3																												
2.	Kekuatan otot	3	3																												
3.	Rentang gerak (ROM)	3	4																												
7	15/11/21 15.00	<p>S : Pasien memberi isyarat nyaman setelah dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab • Tidak ada edema dan nyeri • Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya • Turgor kulit baik • Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi) • Akral kaki dingin • Pasien lemah • Pasien <i>bed rest</i> • Pasien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri • Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya • ADL dibantu penuh oleh perawat • Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> • Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit tanpa pemijatan <p>A : Masalah keperawatan risiko luka tekan belum terjadi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Hidrasi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nyeri</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Suhu kulit</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Tekstur</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi pencegahan luka tekan 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9</p> 	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Hidrasi	5	5	2.	Kerusakan lapisan kulit	4	4	3.	Nyeri	5	5	4.	Kemerahan	2	2	5.	Suhu kulit	2	2	6.	Tekstur	4	4	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																												
1.	Hidrasi	5	5																												
2.	Kerusakan lapisan kulit	4	4																												
3.	Nyeri	5	5																												
4.	Kemerahan	2	2																												
5.	Suhu kulit	2	2																												
6.	Tekstur	4	4																												


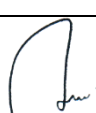
8	15/11/21 12.30	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengisyaratkan tidak lelah jika hanya berbaring • Pasien mengisyaratkan memahami strategi untuk mengurangi kelelahannya <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terengah-engah ketika terlalu sering bergerak atau berpindah posisi • Keadaan umum pasien lemah • Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya • Pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri • Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat • Pasien <i>bed rest</i> • Pasien dapat miring kiri dan miring kanan dengan bantuan perawat • Pasien belum dapat duduk • Pasien tidak dapat terlalu sering menggerakkan ekstremitasnya <p>A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 846 1214 943"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan lelah</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perasaan lemah</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen energi 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Keluhan lelah	1	1	2.	Perasaan lemah	3	3													
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																								
1.	Keluhan lelah	1	1																								
2.	Perasaan lemah	3	3																								
9	15/11/21 10.00	<p>S :-</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADL dibantu penuh oleh perawat • Terpasang sampiran selama perawatan diri pasien • Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers • Terpasang kateter urin no. 16 • Rambut pasien rapi, kumis dan jenggot pasien panjang • Pasien diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc • Diit pasien diberikan melalui NGT • Posisi pasien semi fowler • Rambut pasien kering dan bersih, mulut pasien kotor, kulit pasien lembab dan bersih, kuku pasien panjang dan kotor <p>A : Masalah keperawatan defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 1525 1214 1872"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan mandi</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemampuan makan</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan perawatan diri 9.1, 9.3 – 9.15</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Kemampuan mandi	1	2	2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2	3.	Kemampuan makan	1	2	4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2	5.	Mempertahankan kebersihan diri	3	3	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																								
1.	Kemampuan mandi	1	2																								
2.	Kemampuan mengenakan pakaian	1	2																								
3.	Kemampuan makan	1	2																								
4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	1	2																								
5.	Mempertahankan kebersihan diri	3	3																								




1	16/11/21 09.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan lebih nyaman setelah dilakukan penghisapan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang trakeostomi dan ventilator. • Pasien tidak dapat mengeluarkan sekret sendiri. • Tidak terdengar suara napas tambahan di lobus paru sebelum dan setelah dilakukan suction • Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi sekret ± 50 cc dalam sekali penghisapan) • Dilakukan <i>suctioning</i> tertutup via trakeostomi selama 2x dengan durasi 5 detik setiap penghisapan. <p>A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="497 638 1216 734"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Produksi sputum</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi penghisapan jalan napas 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Produksi sputum	2	2	2.	Dispnea	3	3									
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Produksi sputum	2	2																				
2.	Dispnea	3	3																				
2	16/11/21 09.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR : 23 x/menit • Tidak ada edema • TD : 135/71 mmHg, N : 103 x/menit • Posisi pasien semi-fowler 40° • Pasien mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, vco 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc • Diberikan terapi obat injeksi Lasix 20 mg dan amlodipine 5 mg <p>A : Masalah keperawatan penurunan curah jantung belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="497 1120 1216 1243"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Capillary refill time (CRT)</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan jantung 2.1 – 2.6, 2.9</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Tekanan darah	5	3	2.	Capillary refill time (CRT)	2	2									
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Tekanan darah	5	3																				
2.	Capillary refill time (CRT)	2	2																				
3	16/11/21 09.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR : 25 x/menit • Nafas cepat dan dangkal • Terdapat penggunaan otot bantu napas tambahan • Terpasang ventilator mode spontan, PS : 10, PEEP : 5, PIP : 15, TV : 293, FiO2 : 50% • Tidak terdengar bunyi napas tambahan • Terdapat sekret (warna kuning bening, cukup kental, produksi banyak dan sering) • Posisi pasien semi fowler 40° • Balutan trakeostomi terlihat bersih dan tidak ada sekret di sekitar trakeostomi • Dilakukan pembersihan sekret di trakeostomi dan area sekitar trakeostomi. • Dilakukan penggantian balutan trakeostomi <p>A : Masalah keperawatan pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="497 1818 1216 2004"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Penggunaan otot bantu napas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kedalaman napas</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Dispnea	3	3	2.	Penggunaan otot bantu napas	3	4	3.	Frekuensi napas	3	3	4.	Kedalaman napas	2	2	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Dispnea	3	3																				
2.	Penggunaan otot bantu napas	3	4																				
3.	Frekuensi napas	3	3																				
4.	Kedalaman napas	2	2																				



		P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.8													
4	16/11/21 13.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • GDS : 151 mg/dl • Diberikan terapi obat injeksi Novorapid 8 IU <p>A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen hiperglikemia 4.1, 4.3, 4.4, 4.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Kadar glukosa dalam darah	4	4					
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah												
1.	Kadar glukosa dalam darah	4	4												
5	16/11/21 13.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan tidak ada merasa kesemutan di kaki</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRT ekstremitas atas < 2 detik • CRT ekstremitas bawah > 2 detik • Akral kaki dingin • Tidak ada edema • Warna kulit tidak pucat • Nadi radial teraba kuat • Nadi dorsalis pedis teraba kuat • Pasien riwayat merokok, DM, dan hipertensi • Terpasang CVC di femoral dextra • Pengambilan darah dilakukan di tangan <p>A : Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Akral</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan perawatan sirkulasi 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.7</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Pengisian kapiler	2	2	2.	Akral	3	4	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah												
1.	Pengisian kapiler	2	2												
2.	Akral	3	4												


6	16/11/21 12.00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien mengisyaratkan tangan dan kakinya dapat digerakkan • Pasien mengisyaratkan ingin latihan duduk <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat mengangkat tangan dan kakinya. • Pasien tidak dapat miring kiri dan kanan secara mandiri. • Pasien tidak dapat duduk secara mandiri. • Pasien lemah dan mudah lelah saat mencoba miring kiri dan kanan • Pasien latihan miring kiri dan kanan dengan dibantu oleh perawat. <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 674 1214 864"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi 6.2, 6.3, 6.4, 6.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Pergerakan ekstremitas	3	4	2.	Kekuatan otot	3	3	3.	Rentang gerak (ROM)	4	4													
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																												
1.	Pergerakan ekstremitas	3	4																												
2.	Kekuatan otot	3	3																												
3.	Rentang gerak (ROM)	4	4																												
7	16/11/21 15.00	<p>S : Pasien memberi isyarat nyaman setelah dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab • Tidak ada edema dan nyeri • Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba hangat daripada suhu kulit sekitarnya • Turgor kulit baik • Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi) • Akral kaki dingin • Pasien lemah • Pasien <i>bed rest</i> • Pasien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri • Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya • ADL dibantu penuh oleh perawat • Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> • Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit tanpa pemijatan <p>A : Masalah keperawatan risiko luka tekan belum terjadi</p> <table border="1" data-bbox="496 1653 1214 1910"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Hidrasi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nyeri</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Suhu kulit</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Tekstur</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi pencegahan luka tekan 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Hidrasi	5	5	2.	Kerusakan lapisan kulit	4	4	3.	Nyeri	5	5	4.	Kemerahan	2	2	5.	Suhu kulit	2	3	6.	Tekstur	4	4	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																												
1.	Hidrasi	5	5																												
2.	Kerusakan lapisan kulit	4	4																												
3.	Nyeri	5	5																												
4.	Kemerahan	2	2																												
5.	Suhu kulit	2	3																												
6.	Tekstur	4	4																												

8	16/11/21 12.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan tidak lelah jika hanya berbaring</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terengah-engah ketika terlalu sering bergerak atau berpindah posisi • Keadaan umum pasien lemah • Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya • Pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri • Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat • Pasien <i>bed rest</i> • Pasien dapat miring kiri dan miring kanan dengan bantuan perawat • Pasien belum dapat duduk • Pasien tidak dapat terlalu sering menggerakkan ekstremitasnya <p>A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 741 1214 842"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan lelah</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perasaan lemah</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen energi 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Keluhan lelah	1	2	2.	Perasaan lemah	3	3													
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																								
1.	Keluhan lelah	1	2																								
2.	Perasaan lemah	3	3																								
9	16/11/21 10.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADL dibantu penuh oleh perawat • Terpasang sampiran selama perawatan diri pasien • Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers • Terpasang kateter urin no. 16 • Rambut pasien rapi, kumis dan jenggot pasien rapi dan pendek • Pasien diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc • Diit pasien diberikan melalui NGT • Posisi pasien semi fowler • Rambut pasien kering dan bersih, mulut pasien kotor, kulit pasien lembab dan bersih, kuku pasien panjang dan kotor <p>A : Masalah keperawatan defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 1451 1214 1798"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan mandi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemampuan makan</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan perawatan diri 9.1, 9.3 – 9.15</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Kemampuan mandi	2	3	2.	Kemampuan mengenakan pakaian	2	3	3.	Kemampuan makan	2	3	4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	2	3	5.	Mempertahankan kebersihan diri	3	3	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																								
1.	Kemampuan mandi	2	3																								
2.	Kemampuan mengenakan pakaian	2	3																								
3.	Kemampuan makan	2	3																								
4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	2	3																								
5.	Mempertahankan kebersihan diri	3	3																								
1	17/11/21 10.00	<p>S : Pasien mengisyaratkan lebih nyaman setelah dilakukan penghisapan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terpasang trakeostomi dan ventilator. 																									

		<ul style="list-style-type: none"> Pasien tidak dapat mengeluarkan sekret sendiri. Tidak terdengar suara napas tambahan di lobus paru sebelum dan setelah dilakukan suction Terdapat sekret (warna putih bening, cukup kental, produksi sekret ± 100 cc dalam sekali penghisapan) Dilakukan <i>suctioning</i> tertutup via trakeostomi selama 1x dengan durasi 5 detik setiap penghisapan. <p>A : Masalah keperawatan bersihan jalan napas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Produksi sputum</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi penghisapan jalan napas 1.1, 1.2, 1.4, 1.5, 1.6, 1.7</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Produksi sputum	2	3	2.	Dispnea	3	3									
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Produksi sputum	2	3																				
2.	Dispnea	3	3																				
2	17/11/21 10.00	<p>S : Pasien mengisyaratkan tidak ada keluhan nyeri dada</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> RR : 24 x/menit Tidak ada edema TD : 120/69 mmHg, N : 93 x/menit Posisi pasien semi-fowler 40° Pasien mendapat diit diabetasol 6 x 200 cc, vco 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc Diberikan terapi obat injeksi Lasix 20 mg <p>A : Masalah keperawatan penurunan curah jantung teratasi sebagian</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td><i>Capillary refill time (CRT)</i></td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi perawatan jantung 2.1 – 2.6, 2.9</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Tekanan darah	3	5	2.	<i>Capillary refill time (CRT)</i>	2	4									
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Tekanan darah	3	5																				
2.	<i>Capillary refill time (CRT)</i>	2	4																				
3	17/11/21 10.00	<p>S : Pasien mengisyaratkan nyaman dengan posisi semi fowler</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> RR : 27 x/menit Nafas cepat dan dangkal Terdapat penggunaan otot bantu napas tambahan Terpasang ventilator mode spontan, PS : 6, PEEP : 5, TV : 359, FiO2 : 50% Tidak terdengar bunyi napas tambahan Terdapat sekret (warna putih bening, cukup kental, produksi banyak dan sering) Posisi pasien semi fowler 40° Balutan trakeostomi terlihat bersih dan tidak terdapat sekret di sekitar trakeostomi Dilakukan pembersihan sekret di trakeostomi dan area sekitar trakeostomi. Dilakukan penggantian balutan dan ikatan trakeostomi. <p>A : Masalah keperawatan pola napas tidak efektif belum teratasi</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Dispnea</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Penggunaan otot bantu napas</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kedalaman napas</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi manajemen jalan napas 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.8</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Dispnea	3	3	2.	Penggunaan otot bantu napas	4	4	3.	Frekuensi napas	3	3	4.	Kedalaman napas	2	3	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																				
1.	Dispnea	3	3																				
2.	Penggunaan otot bantu napas	4	4																				
3.	Frekuensi napas	3	3																				
4.	Kedalaman napas	2	3																				

4	17/11/21 13.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan mengerti dengan penjelasan yang diberikan</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • GDS : 210 mg/dl • Diberikan terapi obat injeksi Novorapid 8 IU <p>A : Masalah keperawatan ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 450 1217 546"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kadar glukosa dalam darah</td> <td>4</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen hiperglikemia 4.1, 4.3, 4.4, 4.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Kadar glukosa dalam darah	4	2									
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																
1.	Kadar glukosa dalam darah	4	2																
5	17/11/21 13.30	<p>S : Pasien mengisyaratkan tidak ada merasa kesemutan di kaki</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRT ekstremitas atas dan ekstremitas bawah < 2 detik • Akral kaki dingin • Tidak ada edema • Warna kulit tidak pucat • Nadi radial teraba kuat • Nadi dorsalis pedis teraba kuat • Pasien riwayat merokok, DM, dan hipertensi • Terpasang CVC di femoral dextra • Pengambilan darah dilakukan di tangan <p>A : Masalah keperawatan perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="496 1055 1217 1151"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pengisian kapiler</td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Akral</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan perawatan sirkulasi 5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.7</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Pengisian kapiler	2	5	2.	Akral	4	4					
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																
1.	Pengisian kapiler	2	5																
2.	Akral	4	4																
6	17/11/21 12.00	<p>S : Pasien mengisyaratkan ingin latihan duduk</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien dapat mengangkat tangan dan kakinya. • Pasien tidak dapat miring kiri dan kanan secara mandiri. • Pasien tidak dapat duduk secara mandiri. • Pasien dapat duduk sebentar dengan dibantu oleh perawat • Pasien kelelahan dan lemah setelah latihan duduk • Pasien memegang pagar tempat tidur saat mencoba melakukan aktivitas latihan duduk • Pasien latihan duduk dengan dibantu oleh perawat. <p>A : Masalah keperawatan gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian</p> <table border="1" data-bbox="496 1592 1217 1783"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Pergerakan ekstremitas</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kekuatan otot</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Rentang gerak (ROM)</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi dukungan mobilisasi 6.2, 6.3, 6.4, 6.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Pergerakan ekstremitas	4	4	2.	Kekuatan otot	3	3	3.	Rentang gerak (ROM)	4	5	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																
1.	Pergerakan ekstremitas	4	4																
2.	Kekuatan otot	3	3																
3.	Rentang gerak (ROM)	4	5																

7	17/11/21 15.00	<p>S : Pasien memberi isyarat nyaman setelah dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i></p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terdapat eritema yang dapat memucat pada area sacrum dan pinggul, tidak ada eritema pada tumit. Kulit teraba lunak, hangat dan lembab • Eritema pada area sakrum dan pinggul sedikit berkurang daripada sebelumnya • Tidak ada edema dan nyeri • Suhu kulit pada daerah pinggul, sakrum, dan tumit teraba sama dengan suhu kulit sekitarnya • Turgor kulit baik • Skor total skala Braden : 12 (risiko tinggi) • Akral kaki dingin • Pasien lemah • Pasien <i>bed rest</i> • Pasien tidak dapat mengubah posisi secara mandiri • Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya • ADL dibantu penuh oleh perawat • Jadwal perubahan posisi pasien : tiap 2 jam sekali, jika memungkinkan atau tiap dilakukan pengolesan gel <i>aloe vera</i> • Dilakukan pengolesan pada area pinggul, sakrum, tumit menggunakan gel <i>aloe vera</i> selama 2-3 menit tanpa pemijatan <p>A : Masalah keperawatan risiko luka tekan belum terjadi</p> <table border="1" data-bbox="496 1055 1214 1308"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Hidrasi</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Nyeri</td> <td>5</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemerahan</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Suhu kulit</td> <td>2</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>6.</td> <td>Tekstur</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi pencegahan luka tekan 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.6, 7.7, 7.8, 7.9</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Hidrasi	5	5	2.	Kerusakan lapisan kulit	4	4	3.	Nyeri	5	5	4.	Kemerahan	2	4	5.	Suhu kulit	2	4	6.	Tekstur	4	4	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																												
1.	Hidrasi	5	5																												
2.	Kerusakan lapisan kulit	4	4																												
3.	Nyeri	5	5																												
4.	Kemerahan	2	4																												
5.	Suhu kulit	2	4																												
6.	Tekstur	4	4																												
8	17/11/21 12.30	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pasien terengah-engah dan lelah ketika latihan duduk • Keadaan umum pasien lemah • Pasien dapat menggerakkan ekstremitasnya • Pasien tidak dapat melakukan aktivitas secara mandiri • Pasien lelah jika terlalu lama miring kiri dan miring kanan • Pasien melakukan ROM aktif dan pasif dengan dibantu oleh perawat • Pasien <i>bed rest</i> • Pasien dapat miring kiri dan miring kanan dengan bantuan perawat • Pasien tidak dapat terlalu sering menggerakkan ekstremitasnya <p>A : Masalah keperawatan intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 1850 1214 1946"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Keluhan lelah</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Perasaan lemah</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan manajemen energi 8.1, 8.2, 8.3, 8.4, 8.5</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Keluhan lelah	2	2	2.	Perasaan lemah	3	3																	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																												
1.	Keluhan lelah	2	2																												
2.	Perasaan lemah	3	3																												

9	17/11/21 10.00	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> • ADL dibantu penuh oleh perawat • Terpasang sampiran selama perawatan diri pasien • Pasien menggunakan baju bersih yang disediakan di ruang ICU dan menggunakan pampers • Terpasang kateter urin no. 16 • Rambut pasien rapi, kumis dan jenggot pasien rapi dan pendek • Pasien diit diabetasol 6 x 200 cc, VCO 1 x 5 cc, jus buah 1 x 100 cc • Diit pasien diberikan melalui NGT • Posisi pasien semi fowler • Rambut pasien kering dan bersih, mulut pasien kotor, kulit pasien lembab dan bersih, kuku pasien panjang dan kotor <p>A : Masalah keperawatan defisit perawatan diri : mandi, berpakaian, makan, toileting, berhias belum teratasi</p> <table border="1" data-bbox="496 779 1214 1122"> <thead> <tr> <th>No.</th> <th>Kriteria hasil</th> <th>Sebelum</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td> <td>Kemampuan mandi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2.</td> <td>Kemampuan mengenakan pakaian</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>3.</td> <td>Kemampuan makan</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>4.</td> <td>Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>5.</td> <td>Mempertahankan kebersihan diri</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : Lanjutkan intervensi keperawatan perawatan diri 9.1, 9.3 – 9.15</p>	No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah	1.	Kemampuan mandi	2	3	2.	Kemampuan mengenakan pakaian	2	3	3.	Kemampuan makan	2	3	4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	2	3	5.	Mempertahankan kebersihan diri	3	3	
No.	Kriteria hasil	Sebelum	Sesudah																								
1.	Kemampuan mandi	2	3																								
2.	Kemampuan mengenakan pakaian	2	3																								
3.	Kemampuan makan	2	3																								
4.	Kemampuan ke toilet (BAB/BAK)	2	3																								
5.	Mempertahankan kebersihan diri	3	3																								