

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

1. Identitas Klien

Nama : Tn.W
Umur : 55 tahun
No.RM : 02144717
Jenis Kelamin : Laki-Laki
Tanggal Lahir : 16/12/1968
BB : 70Kg
Agama : Islam
Status : Menikah
Pendidikan : S1
Pekerjaan : PNS
Alamat rumah : Tambak rel 8 no 26
Diagnosa medis : Gagal Nafas Tipe II + CKD + SUSP SNH

2. Keluhan Utama

a. Saat Masuk Rs (tanggal 19/12/2023 jam 01.10)

Pasien datang ke IGD dengan keluhan sesak napas dari jam 00.00, dengan tekanan darah 180/100mmHg, nadi 113×/menit, RR 28×/menit, SPO2 80%, temp 36,5°C

- b. Saat pengkajian (tanggal 22/12/2023 jam 10.00)

Paien tidak dapat dikaji karena pasien terpasang ETT on ventilator dengan kesadaran : GCS E1V(ETT)M1, pasien DPO dengan keadaan umum lemah TTV TD : 149/90mmHg, nadi : 114×/menit, RR :16×/menit, suhu: 36,5°C

- c. Alasan dirawat di ICU

Awal mulai pasien dari IGD dengan kondisi pasien mengalami sesak napas

- d. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi dan stroke pada tahun 2017

3. Primary survey

Airway : Pasien terpasang ETT ukuran 7,5 dengan kedalaman 21 cm dari atas bibir, terdapat sekret putih kental pada ETT pasien saat di suction sebanyak 5cc, dan 3cc pada suction mulut

Breathing : Napas support ventilator mode SimV+, volume tidal 400, peep 8, rr masuk : 15×/menit, rr keluar :16×/menit, Fio2: 40%, flow/trigger : 3.0 I, spo2: 100% dengan ETT ukuran 7,5 kedalaman 21cm diatas bibir

Circulation : Td : 149/90mmHg, MAP: $\frac{149 + (2 \times 90)}{3} = 109$ mmHg, HR : 114×/menit, CRT<2 detik, rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit

Fluid : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dibilas dengan air putih sebanyak 20ml, dengan hasil produksi urin selama 4 jam sebanyak 5cc. input : 424,4 output : 188 balance

$$= +236,2$$

4. Secondary Survey

Brain : GCS E1V(ETT)M1, tingkat kesadaran DPO dengan midazolam, pupil isokor dengan ukuran pupil 2, reflek cahaya (+), conjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik

Breathing : Tidak ada reflek muntah saat dilakukan suction, napas on ventilator mode SimV+, dengan ETT ukuran 7,5 kedalaman 21cm diatas bibir +, volume tidal 400, peep 8, rr masuk: 15×/menit, rr keluar:16×/menit, Fio2: 40%, flow/trigger : 3.0 l, spo2: 100%

- Inspeksi : bentuk dada simetris, tidak ada lesi, pengembangan dada simetris
- Palpasi : pengembangan dada simetris kanan kiri
- Perkusi : terdengar bunyi sonor
- Auskultasi : suara napas vesikuler

Blood : Td : 149/90mmHg, MAP: $\frac{149 + (2 \times 90)}{3} = 109$ mmHg, HR : 114×/menit, CRT<2 detik, terpasang CDL pada vena jugularis dextra, pasien pertama kali melakukan cuci darah

- Inspeksi : konjungtiva tidak anemis, sklera tidak ikterik, mukosa bibir kering
- Palpasi CRT<2 detik
- Auskultasi : tidak ada bunyi jantung tambahan

Bladder : Terpasang kateter urine dengan produksi urine setiap 4 jam

sebanyak 5cc berwarna kuning terang

Bowel : Pasien menggunakan pampers, tidak ada BAB, bising usus

13×/menit, pasien terpasang NGT

- Inspeksi : abdomen simetris, tidak ada lesi, perut tampak buncit

- Palpasi : tidak ada massa

- Perkusi : suara timpani

- Auskultasi : 13×/menit

Bone : Terpasang jalan infus syringe pump fentanil pada ekstremitas

bawah kiri, terpasang *Cateter Double Lumen* (CDL) pada vena *jugularis dextra*, terdapat kelemahan pada ekstremitas kiri atas

dan bawah

5. Skala *Indeks Barthel*

Tabel 3. 1 Indeks Barthel

No	Fungsi	Skor	Uraian	Nilai skor
1	Mengendalikan rangsang defekasi (BAB)	0	Tak terkendali/tak teratur (perlu pencahar)	0
		1	Kadang – kadang terkendali	
		2	Mandiri	
2	Mengendalikan Rangsangan Berkemih	0	Tak terkendali/pakai kateter	0
		1	Kadang – kadang tak terkendali (1x24 jam)	
		2	Mandiri	
3	Membersihkan diri (Cuci muka, sisir rambut, sikat gigi)	0	Butuh pertolongan orang lain	0
		1	Mandiri	
4	Penggunaan jamban, masuk dan keluar (melepaskan, memakai celana, membersihkan, menyiram)	0	Tergantung pertolongan orang lain	0
		1	Perlu pertolongan pada beberapa kegiatan tetapi dapat mengerjakan sendiri kegiatan yang lain	
		2	Mandiri	

5	Makan	0	Tidak mampu	0
		1	Perlu ditolong memotong makanan	
		2	Mandiri	
6	Berubah sikap dari berbaring ke duduk	0	Tidak mampu	0
		1	Perlu banyak bantuan untuk duduk (2 orang)	
		2	Bantuan (2 orang)	
		3	Mandiri	
7	Berpindah/berjalan	0	Tidak mampu	0
		1	Bisa pindah dengan kursi roda	
		2	Berjalan dengan bantuan 1 orang	
		3	Mandiri	
8	Memakai baju	0	Tergantung orang lain	0
		1	Sebagian dibantu (misal mengancing baju)	
		2	Mandiri	
9	Naik turun tangga	0	Tidak mampu	0
		1	Butuh pertolongan	
		2	Mandiri	
10	Mandi	0	Tergantung orang lain	0
		1	Mandiri	
Total				0

Keterangan:

- 20 : Mandiri
 12 – 19 : Ketergantungan ringan
 9 – 11 : Ketergantungan sedang
 5 – 8 : Ketergantungan berat
 0 – 4 : **Ketergantungan total**

6. Skala Morse

Tabel 3. 2 Skala Morse

Faktor Resiko	Skala	Skor	
		Standar	Hasil
Riwayat jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	25
	Tidak	0	
Diagnosa sekunder lebih dari 1 diagnosa	Ya	15	15
	Tidak	0	
Menggunakan Alat Bantu	Berpegangan pada benda-benda sekitar	30	
	Kruk, tongkat, walker	15	
	Bedrest/ dibantu perawat	0	0
Menggunakan IV dan Catheter	Ya	20	20
	Tidak	0	
Kemampuan Berjalan	Lemah	10	
	Tidak Normal/ Pincang	20	

	Normal/ Bed rest/ Immobile	0	0
Status Mental	Tidak Sadar akan Kemampuannya/Post Op 24 Jam	15	
	Orientasi Sesuai Kemampuan diri	0	0

Keterangan :

≥ 45 : **Risiko tinggi jatuh**

25-44 : Risiko sedang jatuh

0-24 : Risiko rendah jatuh

7. Skala Norton

Tabel 3. 3 Skala Norton

Penilaian	4	3	2	1
Kondisi fisik	Baik	Sedang	Buruk	Sangat buruk
Status mental	Sadar	Apatis	Bingung	Stupor
Aktivitas	Jalan sendiri	Jalan dengan bantuan	Kursi roda	Ditempat tidur
Mobilitas	Bebas bergerak	Agak terbatas	Sangat terbatas	Tidak mampu bergerak
Inkontinensia	Kontinensia	Kadang inkontinensia urin	Selalu inkontinensia urin	Inkotinensia urin
Skor	4			4
Total Skor	8			

Keterangan :

< 12 : **Resiko tinggi terjadi dekubitus**

12-15 : Resiko Sedang dekubitus

16-20 : Resiko Rendah terjadi dekubitus

8. Skala *Critical Care Pain Observation Tools (CPOT)*

Tabel 3. 4 Skala *Critical Care Pain Observation Tools (CPOT)*

Indikator	Deskripsi	Nilai
Ekspresi wajah	Merasa sangat nyaman	0
	Pengetatan orbit (seperti saat menangis atau membuka mata selama operasi), alis kendur, dan kerutan	1
	Pasien mungkin mengalami mulut terbuka atau gigitan pada tabung ETT, selain semua gerakan wajah yang disebutkan di atas dan kelopak mata yang tertutup rapat.	2
Gerakan tubuh	Bergerak atau berada dalam posisi biasa tidak menyebabkan rasa sakit.	0
	Sentuh bagian yang sakit dengan hati-hati dan perlahan, pastikan untuk melindunginya.	1

	Upaya untuk duduk, gerakan kaki, tidak mengikuti instruksi, memukul atau membuat ulah, dan berusaha bangun dari tempat tidur (gelisah) merupakan gejala tarikan selang.	2
Ketegangan otot (di evaluasi dengan fleksi pasif pada lengan atas pasien)	Tidak ada kekakuan atau ketegangan saat bergerak pasif	0
	Pasien tegang dan kaku, dan mereka resisten terhadap gerakan pasif.	1
	Kesulitan atau ketidakmampuan untuk bergerak karena ketegangan atau kekakuan yang ekstrim	2
Penyesuaian terhadap ventilator (pasien dengan ETT)	Pernapasan tampak normal, dan alarm tidak berbunyi.	0
	Alarm berbunyi, lalu mati (seperti batuk yang sudah biasa).	1
	Obstruksi pernafasan, peringatan berulang (menolak ventilator, menangis)	2
Vokal (pada pasien tanpa ETT)	Jangan bersuara apa pun atau berbicara dengan nada suara normal.	0
	Keluarkan tiramisu	1
	Menangis	2
Total		2

Skor 0 : tidak nyeri

Skor 1-2 : nyeri ringan

Skor 3-4 : nyeri sedang

Skor 5-6 : nyeri berat

Skor 7-8 : nyeri berat

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

Tanggal 21/12/2023

Tabel 3. 5 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,081	-	7,35 – 7,45
PCO2	45,7	mmHg	35 – 45
PO2	354	mmHg	80 – 105
BE	-16	mmol/L	-2 - +3
HCO3	13,6	mmol/L	22 – 26
TCO2	15	mmol/L	23 – 27
SO2	100	%	95 – 98
TEMP	36,8	-	-
TD	175/85	-	-
NADI	134	-	-
RR	16	-	-
SATURASI	100	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-
SETTINGAN	FIO2 40%	-	-
KIMIA KLINIK			
•UREUM 3			

UREUM	255	mg/dl	17 – 43
CREATININ	17,6	mg/dl	P 0,7-1,2 – W 0,5-0,9

Tanggal 22/12/2023

Tabel 3. 6 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,019	-	7,35 – 7,45
PCO2	35,8	mmHg	35 – 45
PO2	168	mmHg	80 – 105
BE	-22	mmol/L	-2 - +3
HCO3	9,3	mmol/L	22 – 26
TCO2	10	mmol/L	23 – 27
SO2	99	%	95 – 98
TEMP	36,2	-	-
TD	138/89	-	-
NADI	91	-	-
RR	18	-	-
SATURASI	100	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-
SETTINGAN	FIO2 40%	-	-

Tanggal 23/12/2023

Tabel 3. 7 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,136	-	7,35 – 7,45
PCO2	47,3	mmHg	35 – 45
PO2	103	mmHg	80 – 105
BE	-13	mmol/L	-2 - +3
HCO3	16,1	mmol/L	22 – 26
TCO2	18	mmol/L	23 – 27
SO2	96	%	95 – 98
TEMP	36,2	-	-
TD	181/86	-	-
NADI	95	-	-
RR	14	-	-
SATURASI	98	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-

Tanggal 24/12/2023

Tabel 3. 8 Hasil Pemeriksaan Laboratorium

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
KIMIA KLINIK			
•ANALISIS GAS DARAH 3			
PH	7,187	-	7,35 – 7,45
PCO2	37,1	mmHg	35 – 45
PO2	63	mmHg	80 – 105
BE	-14	mmol/L	-2 - +3
HCO3	14,1	mmol/L	22 – 26
TCO2	15	mmol/L	23 – 27
SO2	86	%	95 – 98
TEMP	37,0	-	-
TD	150/90	-	-
NADI	88	-	-
RR	20	-	-
SATURASI	100	-	-
TERPASANG VENTILATOR MODE	SIMV	-	-
SETTINGAN	FIO2 40%	-	-

Jenis Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai Normal
HEMATOLOGI			
•DARAH LENGKAP (2)			
HEMOGLOBIN	7,1	gr/100ml	P 13-16 – W 12-14
HEMATOKRIT	21	vol%	P 40-48 – W 37-43
LEUKOSIT	9,400	/mm3	5.000 – 10.0000
BASOFIL	0,1	%	0 - 1
EOSINOFIL	1,4	%	1 - 3
NETROFIL	82,8	%	50 – 70
LIMFOSIT	4,9	%	20 - 40
MONOSIT	10,8	%	2 - 8
THROMBOSIT	226.000	/mm3	150.000 – 450.000
KIMIA KLINIK			
•UREUM 3			
UREUM	253	mg/dl	17 - 43
CREATININ	14,6	mg/dl	P 0,7-1,2 – W 0,5-0,9
Na+	128	mmol/L	135 – 155
K+	4,6	mmol/L	3,4 – 5,3
CL-	96	mmol/L	98 - 106

10. Pemeriksaan Radiologi

Tanggal 19/12/2023

Hasil :

- a. Cardiomegaly disertai dengan edema paru
- b. Terpasang ETT dengan tip 27mm dari carina

- c. Terpasang CVC pada *hemithorax* kanan dengan tip pada *midclavicula* setinggi CV Th7

Tanggal 20/12/2023

a. *Cardiomegaly* dengan tanda-tanda edema paru

b. *Dilatatio et atherosclerosis aortae*

11. Terapi Medis

Tabel 3. 9 Terapi Medis

Tanggal/Hari	Jam	Nama Obat dan Dosis	Rute Pemberian
21/12/2023	11.00	Asam folat 1×5mg	NGT
	11.00	Vit B6 2×1	NGT
	11.00	Vit B12 2×1	NGT
	11.00	Aminefron 2×2 tab	NGT
	15.00	Nabic 3×1	NGT
	09.00	NACL 0,9% 3×2cc	IV
	13.00	Inf moxifloxacin 1×400	IV
	11.00	Inj OMZ 2×40mg	IV
	11.00	Citicoline 2×250mg	IV
	Maintenance	Sp midazolam rate 3	IV
	Maintenance	Sp fentanyl rate 2	IV
	Maintenance	Sp furosemide rate 0,3	IV
	08.00	Susu nefrisol 6×100cc	NGT
	22/12/2023	11.00	Asam folat 1×5mg
11.00		Vit B6 2×1	NGT
11.00		Vit B12 2×1	NGT
11.00		Aminefron 2×2 tab	NGT
15.00		Nabic 3×1	NGT
09.00		NACL 0,9% 3×2cc	IV
13.00		Inf moxifloxacin 1×400	IV
11.00		Inj OMZ 2×40mg	IV
11.00		Citicoline 2×250mg	IV
Maintenance		Sp midazolam rate 3	IV
Maintenance		Sp fentanyl rate 2	IV
Maintenance		Sp furosemide rate 0,3	IV
08.00		Susu nefrisol 6×100cc	NGT
23/12/2023		11.00	Asam folat 1×5mg
	11.00	Vit B6 2×1	NGT
	11.00	Vit B12 2×1	NGT
	11.00	Aminefron 2×2 tab	NGT
	15.00	Nabic 3×1	NGT
	09.00	NACL 0,9% 3×2cc	IV
	13.00	Inf moxifloxacin 1×400	IV
	11.00	Inj OMZ 2×40mg	IV
	11.00	Citicoline 2×250mg	IV
	Maintenance	Sp midazolam rate 3	IV
	Maintenance	Sp fentanyl rate 2	IV
	Maintenance	Sp furosemide rate 0,3	IV
	08.00	Susu nefrisol 6×100cc	NGT

B. Analisa Data Kasus
Tanggal 21 Desember 2023

Tabel 3. 10 Analisa Data Kasus

No	Data subyektif data obyektif	Etiologi	Problem
1.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - PCO ₂ 45,7 - Takikardi - Vt : 400ml	Kelelahan otot pernapasan	Gangguan ventilasi spontan (D.0004)
2.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - Hematokrit 21 - Oliguria : Urine /4jam 5cc - Input 424,2 output 188 balance +236,2 - Edema - Turgor kulit >2 detik	Gangguan mekanisme regulasi	Hipervolemia (D.0022)
3.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - PCO ₂ : 45,7 mmHg - Takikardi - HR 114×/menit - Ph arteri 7,081 - Kesadaran menurun	Perubahan membran alveolus	Gangguan pertukaran gas (D.0003)
4.	Ds : - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT Do : - Sputum saat dilakukan suction oada ETT sebanyak 5cc - Terdapat sputum pada muluut sebanyak 3cc - Pasien tidak mampu batuk karena kesadaran menurun	Sekresi yang tertahan	Bersihan jalan napas tidak efektif (D.0001)
5.	Ds : - Pasien tidak dapat dikaji terpasang ETT do : - Pasien cuci darah pertama kali pada tanggal 21 desember selama 5 jam - Melakukan transfusi darah, jenis darah PRC, 238 volume unit dengan golongan darah B+ - Ureum 255mg/dl - Creatinin 17,6 mg/dl	Disfungsi ginjal	Resiko perfusi renal tidak efektif (D.0016)

6.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Td : 149/90mmHg - Nadi : 114×/menit 	Perubahan <i>Afterload</i>	Resiko penurunan curah jantung (D.0011)
7.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak bisa dikaji pasien terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan kesadaran - GDS/8 jam : 88mg/dl - Gangguan koordinasi 	Hipoglikemia d.d Disfungsi ginjal kronis	Ketidakstabilan kadar glukosa draah (D.0027)
8.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terpasang CDL pada vena <i>jugularis dextra</i> - Terpasang ETT - Terpasang kateter urine - Leukosit 9.400/mm3 	Efek prosedur invasif	Resiko infeksi (D.0142)
9.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak dapat dikaji karena terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengalami penurunan kesadaran efek sedasi - Pasien terbaring lemah ditempat tidur - Tidak terpasang kasur <i>decubitus</i> pada <i>bed</i> - pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember 2023 	Penurunan mobilisasi	Resiko luka tekan (D.0144)
10.	<p>Ds :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>Do :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GCS E1VettM1 - Pasien mengalami penurunan kesadaran - Kekuatan otot menurun 	Penurunan tingkat kesadaran	Resiko jatuh (D.0143)

C. Prioritas Masalah

1. Gangguan ventilasi spontan b.d kelelahan otot pernapasan (D.0004)
2. Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)
3. Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)

4. Bersihan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)
5. Resiko perfusi renal tidak efektif d.d disfungsi ginjal (D.0016)
6. Resiko penurunan curah jantung d.d perubahan *afterload* (D.0011)
7. Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hipoglikemia (D.0027)
8. Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)
9. Resiko luka tekan d.d penurunan mobilisasi (D.0144)
10. Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (D.0143)

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 11 Intervensi Keperawatan

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	Gangguan ventilasi spontan b.d kelelahan otot pernapasan (D.0004)	Ventilasi spontan (L.01007) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7jam diharapkan ventilasi spontan meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Dispnea dari skala 1 menjadi skala 5 Ket <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun <ul style="list-style-type: none"> - PCO₂ dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Dukungan Ventilasi (I.01002) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 1.2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 1.3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. Frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 1.4. Pertahankan kepatenan jalan napas 1.5. Berikan posisi <i>semi fowler</i> atau <i>fowler</i> 1.6. Fasilitasi mengubah posisi nyaman mungkin 1.7. Berikan oksigenasi sesuai kebutuhan (mis. nasl kanul, masker wajah, masker <i>rebreathing</i> atau <i>non rebreathing</i>) 1.8. Gunakan bag-valve mask jika perlu Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 1.9. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam 1.10. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri 1.11. Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 1.12. Kolaborasi pemberian bronkhodilator, jika perlu

2.	Hipervolemia b.d gangguan mekanisme regulasi (D.0022)	Keseimbangan cairan (L.03020) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Haluaran urin dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan - Edema dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun - Turgor kulit dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Manajemen hipervolemia (I.03114) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. Ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan) 2.2 Identifikasi penyebab hipervolemia 2.3 Monitor status hemodinamik (mis. Frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, POMP, CO, CI) jika tersedia 2.4 Monitor intake dan output cairan 2.5 Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. Kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urin) 2.6 Monitor tanda peningkatan tekanan onkotik plasma (mis. Kadar protein dan albumin meningkat) 2.7 Monitor kecepatan infus secara ketat 2.8 Monitor efek samping diuretik (mis.hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 2.9 Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang sama 2.10 Batasi asupan cairan dan garam 2.11 Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 2.12 Anjurkan melapor jika haluaran urin <0,5 ml/kg/jam dalam 6 jam 2.13 Anjurkan melapor jika BB bertambah >1kg dalam sehari 2.14 Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan haluaran cairan 2.15 Ajarkan cara membatasi cairan Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 2.16 Kolaborasi pemberian diuretik 2.17 Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik 2.18 Kolaborasi pemberian <i>continuous renal replacement therapy</i> (CRRT) jika perlu
3.	Gangguan pertukaran gas b.d perubahan membran alveolus-kapiler (D.0003)	Pertukaran Gas (L.01003) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - PO₂ dari skala 1 menjadi skala 5 	Pemantauan Respirasi (I. 01014) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 3.1 Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas 3.2 Monitor pola napas (seperti bradipnea, takipnea, hiperventilasi,

		<ul style="list-style-type: none"> - Takikardi dari skala 1 menjadi skala 5 - Ph arteri dari skala 2 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	kussmaul, <i>Cheyne Stokes</i> , <i>Biot</i> , ataksik) 3.3 Monitor kemampuan batuk efektif 3.4 Monitor adanya produksi sputum 3.5 Monitor adanya sumbatan jalan napas 3.6 Palpitasi kesimetrisan ekspansi paru 3.7 Auskultasi bunyi napas 3.8 Monitor saturasi oksigen 3.9 Monitor nilai AGD 3.10 Monitor hasil X-ray thoraks Terapeutik 3.11 Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 3.12 Dokumentasikan hasil pemantauan Edukasi 3.13 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan 3.14 Informasikan hasil pemantauan, jika perlu
4.	Bersihkan jalan napas tidak efektif b.d sekresi yang tertahan (D.0001)	Bersihkan jalan napas (L.01001) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan bersihan jalan napas meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Produksi sputum dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkat 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	Manajemen Jalan Napas (1.01011) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 4.2 Monitor bunyi napas tambahan (mis. gurgling, mengi, wheezing, ronkhi kering) 4.3 Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 4.4 Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift (jaw-thrust jika curiga trauma servikal) 4.5 Posisikan semi fowler dan fowler 4.6 Berikan minuman hangat 4.7 Lakukan fisioterapi dada jika perlu 4.8 Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 4.9 Lakukan hiperoksigenasi sebelum dilakukan penghisapan 4.10 Keluarkan sumbatan benda padat dengan forcep McGill 4.11 Berikan oksigen jika perlu Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 4.12 Anjurkan asupan cairan 2000ml/hari jika tidak ada kontraindikasi 4.13 Ajarkan teknik batuk efektif Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 4.14 Kolaborasi pemberian bronkhodilator, espektoran, mukolitik, jika perlu

5.	Resiko perfusi renal tidak efektif b.d disfungsi ginjal (D.0016)	Perfusi renal (L. 02013) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan perfusi renal meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Kadar urea nitrogen darah dari skala 1 menjadi skala 5 - Kadar kreatinin plasma dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Pencegahan Syok (I.02068) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP) 5.2 Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, AGD) 5.3 Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT) 5.4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil 5.5 Periksa riwayat alergi Terapeutik <ol style="list-style-type: none"> 5.6 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94% 5.7 Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu 5.8 Lakukan skin test untuk mencegah alergi Edukasi <ol style="list-style-type: none"> 5.9 Jelaskan penyebab/faktor resiko syok 5.10 Jelaskan tanda dan gejala awal syok 5.11 Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda gejala awal syok 5.12 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral 5.13 Anjurkan menghindari alergen Kolaborasi <ol style="list-style-type: none"> 5.14 Kolaborasi pemberian IV, jika perlu 5.15 Kolaborasi pemberian transfusi darah, jika perlu 5.16 Kolaborasi pemberian antiinflamasi, jika perlu
6.	Resiko penurunan curah jantung b.d perubahan afterload (D.0011)	Curah Jantung (L.02008) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil <ul style="list-style-type: none"> - Tekanan darah dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik 	Perawatan Jantung (I.02075) Tindakan Observasi <ol style="list-style-type: none"> 6.1 Identifikasi tanda/gejala primer penurunan curah jantung (meliputi dispnea, kelelahan, edema, ortopnea, <i>paroxysmal nocturnal dyspnea</i>, peningkatan CVP) 6.2 Identifikasi tanda/gejala sekunder penurunan curah jantung (meliputi peningkatan berat badan, hepatomegali, distensi vena jugularis, palpitasi, ronchi basah, oliguria, batuk, kulit pucat) 6.3 Monitor tekanan darah (termasuk tekanan darah ortostatik, jika perlu)

			<p>6.4 Monitor output dan intake cairan</p> <p>6.5 Monitor berat badan setiap hari pada waktu yang sama</p> <p>6.6 Monitor saturasi oksigen</p> <p>6.7 Monitor keluhan nyeri dada (mis. Intensitas, lokasi, durasi, radiasi, presivitasi yang mengurangi nyeri)</p> <p>6.8 Monitor EKG 12 sadapan</p> <p>6.9 Monitor aritmia (kelainan irama dan frekuensi)</p> <p>6.10 Monitor nilai laboratorium jantung (mis. Elektrolit, enzim jantung, BNP, NTpro-BNP)</p> <p>6.11 Monitor fungsi alat pacu jantung</p> <p>6.12 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum dan sesudah beraktivitas</p> <p>6.13 Periksa tekanan darah dan frekuensi nadi sebelum pemberian obat (mis. <i>Betablocker ACE inhibitor, calcium channel blocker, digoksin</i>)</p> <p><i>Terapeutik</i></p> <p>6.14 Posisikan pasien semi fowler atau fowler dengan kaki kebawah atau posisi nyaman</p> <p>6.15 Berikan diet jantung yang sesuai (mis. Batasi asupan kafein, natrium, kolesterol dan makanan tinggi lemak)</p> <p>6.16 Gunakan stocking elastis atau pneumatik intermiten, sesuai indikasi</p> <p>6.17 Fasilitasi pasien dan keluarga pasien untuk modifikasi gaya hidup sehat</p> <p>6.18 Berikan terapi relaksasi jika perlu</p> <p>6.19 Berikan dukungan emosional dan spiritual</p> <p>6.20 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen >94%</p> <p><i>Edukasi</i></p> <p>6.21 Anjurkan beraktivitas fisik sesuai toleransi</p> <p>6.22 Anjurkan beraktivitas fisik secara bertahap</p> <p>6.23 Anjurkan berhenti merokok</p> <p>6.24 Ajarkan pasien dan keluarga mengukur berat badan harian</p> <p>6.25 Ajarkan pasien dan keluarga pasien mengukur intake output cairan harian</p> <p>Kolaborasi</p>
--	--	--	---

			<p>6.26 Kolaborasi pemberian aritmia, jika perlu</p> <p>6.27 Rujuk ke program rehabilitasi jantung</p>
7.	<p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah b.d hipoglikemia d.d difungsi ginjal kronis (D.0027)</p>	<p>Kestabilan Kadar Glukosa Darah (L.03022) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan kestabilan kadar glukosa darah meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kesadaran dari skala 1 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkatkan - Kadar glukosa dalam darah dari skala 2 menjadi skala 5 Ket : <ol style="list-style-type: none"> 6. Memburuk 7. Cukup memburuk 8. Sedang 9. Cukup membaik 10. Membaik 	<p>Manajemen hipoglikemia (I.03115) Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.1 Identifikasi tanda gejala hipoglikemia 7.2 Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.3 Berikan karbohidrat sederhana, jika perlu 7.4 Berikan glukagon, jika perlu 7.5 Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet 7.6 Pertahankan kepatenan jalan napas 7.7 Pertahankan akses IV, jika perlu 7.8 Hubungin layanan medis darurat, jika perlu <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.9 Anjurkan membawa karbohidrat sederhana setiap saat 7.10 Anjurkan memakai identitas darurat yang tepat 7.11 Anjurkan monitor kadar glukosa darah 7.12 Anjurkan berdiskusi dengan tlm perawatan diabetes tentang tentang penyesuaian program pengobatan 7.13 Jelaskan interaksi antara diet, insulin/agen oral, dan olahraga 7.14 Ajarkan pengelolaan hipoglikemia (mis. Tanda dan gejala, faktor resiko, dan pengobatan hipoglikemia) 7.15 Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia 9miss. Mengurangi insulin/agen oral/atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga) <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 7.16 Kolaborasi pemberian dextrose jika perlu 7.17 Kolaborasi pemberian glukagon jika perlu
8.	<p>Resiko infeksi d.d efek prosedur invasif (D.0142)</p>	<p>Tingkat infeksi (L.14137) Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kadar sel darah putih dari skala 3 menjadi skala 5 Ket : 	<p>Pencegahan infeksi (I.14539) Tindakan Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.1 Monitor tanda gejala infeksi lokal dan sistemik <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.2 Batasi jumlah pengunjung

		<ol style="list-style-type: none"> 1. Memburuk 2. Cukup memburuk 3. Sedang 4. Cukup membaik 5. Membaik <ul style="list-style-type: none"> - Kemerahan dari skala 2 menjadi skala 5 - Bengkak dari skala 2 menjadi skala 5 <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<ol style="list-style-type: none"> 8.3 Berikan perawatan kulit pada area edema 8.4 Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 8.5 Pertahankan teknik aseptik pada pasien beresiko tinggi <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.6 Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8.7 Ajarkan cara mencuci tangan yang benar 8.8 Ajarkan etika batuk 8.9 Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi 8.10 Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi 8.11 Anjurkan meningkatkan asupan cairan <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 8.12 Kolaborasi pemberian imunisasi jika perlu
9.	Resiko luka tekan d.d penurunan mobilisasi (D.0144)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan tindakan keperawatam selama 3×7 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kerusakan lapisan kulit dari skala 3 menjadi skala 5 <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan 2. Cukup meningkat 3. Sedang 4. Cukup menurun 5. Menurun 	<p>Pencegahan luka tekan (I. 02067)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.1 Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (mis. Skala norton, skala braden) 9.2 Periksa adanya luka tekan sebelumnya 9.3 Monitor suhu kulit yang tertekan 9.4 Monitor berat badan dan perubahannya 9.5 Monitor status kulit harian 9.6 Monitor ketat area yang memerah 9.7 Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi 9.8 Monitor sumber tekanan dan gesekan 9.9 Monitor mobilitas dan aktivitass individu <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> 9.10 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontinensia fekal atau urin 9.11 Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 9.12 Ubah posisi dengan hati-hati setaip 1-2 jam 9.13 Buat jadwal perubahan posisi 9.14 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang

			<p>9.15 Jaga sprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan atau lipatan</p> <p>9.16 Gunakan kasur khusus jika perlu</p> <p>9.17 Hindari pemijatan diatas tonjolan tulang</p> <p>9.18 Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>9.19 Hindari penggunaan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>9.20 Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B, dan C, zat besi dan kalori</p> <p>Edukasi</p> <p>9.21 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>9.22 Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>9.23 Ajarkan cara merawat kulit</p>
10	Resiko jatuh d.d penurunan tingkat kesadaran (D.0143)	<p>Tingkat delirium (L.09095)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3×7 jam diharapkan tingkat delirium membaik dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tingkat kesadaran dari skala 1 menjadi skala 5 <p>Ket :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menurun 2. Cukup menurun 3. Sedang 4. Cukup meningkat 5. Meningkat 	<p>Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Tindakan</p> <p>Observasi</p> <p>10.1 Identifikasi faktor resiko jatuh (mis. Usia >65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</p> <p>10.2 Identifikasi resiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <p>10.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan resiko jatuh (mis. Lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>10.4 Hitung resiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall morse scale, humpty dumpty scale</i>) jika perlu</p> <p>10.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</p> <p>Terapeutik</p> <p>10.6 Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>10.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>10.8 Pasang <i>handrall</i> tempat tidur</p> <p>10.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi rendah</p> <p>10.10 Tempatkan pasien dengan beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dan nurse station</p> <p>10.11 Gunakan alat bantu berjalan (mis. Kursi roda, <i>walker</i>)</p>

			10.12 Dekatkan bell pemanggil dalam jangkauan pasien Edukasi 10.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah 10.14 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 10.15 Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga keseimbangan tubuh 10.16 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri 10.17 Ajarkan cara menggunakan bell pemanggil untuk memanggil perawat
--	--	--	--

E. Tindakan Intervensi Inovasi *Foot Massage*

Terapi *foot massage* adalah teknik baru yang digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien penyakit ginjal kronis. Dilakukan di ruang ICU RS Aji Muhammad Parikesit Tenggarong selama tiga hari, mulai tanggal 21 hingga 23 Desember 2023, setiap sesinya berdurasi lima belas menit. Berikut adalah hasil dari intervensi inovasi ini:

Hasil Pre dan Post Tekanan Darah dengan Pemberian Terapi *Foot Massage*

Tabel 3. 12 Pre dan Pos Test Tekanan Darah

Hari/tanggal	Pemeriksaan	TD (mmHg)
Kamis 21/12/2023	Pre	149/90mmHg
	Post	143/87mmHg
Jumat 22/12/2023	Pre	150/87mmHg
	Post	147/81mmHg
Sabtu 23/12/2023	Pre	140/90mmHg
	Post	137/86mmHg

Tabel 3. 13 SOP *Foot Massage*

Diagnosa	Intervensi inovasi	Intervensi
<p>Penurunan curah jantung b.d perubahan afterload</p>	<p><i>Foot massage</i> yang dilakukan pada :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Kamis 21/12/2023 Pukul 11.40 2 Jumat 22/12/2023 Pukul 10.40 3 23/12/2023 Pukul 10.55 	<p>Pengkajian :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kaji tekanan darah - Kaji kesiapan pasien - Kaji kesiapan perawat <p>Pra interaksi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuci tangan - Siapkan semua yang diperlukan, termasuk buku catatan, jam/stopwatch, dan gunting bersih <p>Orientasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menyambut pelanggan dengan menyebutkan namanya - Perkenalan - Sepakati jadwal dengan pasien atau orang yang dicintainya. - Tujuan dan metode untuk mencapainya harus dirinci. - Tanyakan tentang kesiapan klien untuk mengambil tindakan sekaligus melindungi privasi mereka - Satukan alat yang sering digunakan <p>Fase Kerja :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaca basmalah - Tempatkan klien pada posisi paling santai. - Lakukan pembacaan tekanan darah sebelum memijat kaki - Pasangkan tangan - Minyak zaitun digunakan sebagai pelumas yang bagus. - Perpanjang pijatan selama 15 detik dari bagian bawah kaki hingga ke jari kaki. - Luangkan waktu 15 detik untuk memijat kaki kanan dan kiri pasien menggunakan tumit peneliti sambil melakukan gerakan dari dalam ke luar. - Dengan tangan kanan peneliti memegang jari-jari kaki pasien dan tumit pasien ditopang oleh tangan kiri, putar pergelangan kaki pasien sebanyak tiga kali searah jarum jam dan tiga kali berlawanan arah jarum jam selama lima belas detik. - Sambil memegang kaki sedemikian rupa sehingga jari-jari kaki menonjol, maju mundur sebanyak tiga kali selama total lima belas detik.

		<ul style="list-style-type: none"> - Menggerakkan kaki pasien maju mundur sebanyak tiga kali selama lima belas detik, dengan empat jari peneliti pada punggung kaki pasien dan dua ibu jari pada telapak kaki, dari kedua sisi. - Kaki kiri pasien ditopang oleh tangan kiri peneliti, sedangkan tangan kanan memutar dan memijat jari kaki sebanyak tiga kali selama lima belas detik untuk menilai adanya ketegangan. - Seperti sebelumnya, letakkan tangan kiri pada kaki pasien sebagai penyangga. Dengan tangan kanan, raih ke belakang tumit pasien dan pijat selama 15 detik, teruskan hingga ke jari kaki. - Mengubah pendekatan langsung; dengan tangan kanan menopang kaki pasien dan tangan kiri memegang kuat bagian belakang kaki, pijat selama lima belas detik. - Dengan tangan kiri, dukung tumit dengan lembut saat Anda memutar tangan kanan searah jarum jam dan berlawanan arah jarum jam. Setelah itu, tekan kaki secara perlahan selama 15 detik. - Selama lima belas detik, secara bergantian menopang tumit dengan tangan kiri dan kanan, menekan dengan tekanan dan menggosok kedua jari. - Pegang jari-jari kaki dengan tangan kiri dan gosok bagian bawah kaki hingga ke tumit selama 15 detik. <p>Terminasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Membaca hamdalah - Merapikan klien kembali - Mengevaluasi status hemodinamik klien - Jadwalkan pertemuan berikutnya dengan membuat kontrak. - Akhiri pertemuan dengan cara yang positif - Memberikan doa kesembuhan pada klien - Mengumpulkan dan merapikan peralatan - Lepaskan sarung tangan dan cuci tangan <p>Evaluasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tinjauan sesi yang telah berlangsung
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none"> - Penilaian diri oleh perawat - Materi informasi Dokumentasi <ul style="list-style-type: none"> - Dokumentasikan reaksi klien terhadap status/catatan perkembangan, termasuk dengan waktu, tanggal tindakan, dan hemodinamik klien.
--	--	---

F. Implementasi keperawatan

Tabel 3. 14 Implementasi Keperawatan

No	Hari/Tanggal/Jam	Dx kep	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf	
1.	21/12/2023	I	08.35 1.1	Tentukan apakah terdapat kelelahan pada otot pernapasan.	S : tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT O : pasien menggunakan ventilator mode SimV+, dengan setingan Fio2:40%, peep 8, flow/trigger : 3.0	
			08.45 1.3	Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	S : - O : rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100%	
			08.50 1.5	Memberikan posisi semi fowler	S : - O : pasien berada ditempat tidur dengan posisi semi fowler	
			09.00 1.12	Mengkolaborasi pemberian bronkhodilator	S : - O : pasien diberikan nebu dengan Nacl 0,9%	
			09.15	II	2.1	
	09.15		2.2	Mengidentifikasi penyebab hipervolemia	S : - O : pasien terdiagnosa CKD on HD S : -	

	09.15		2.3 Memantau status hemodinamik	O: td : 149/90 mmHg MAP : 109 mmHg Nadi : 114×/menit	
	09.30		2.4 Memonitor intake output cairan	S: - O : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dibilas dengan air putih sebanyak 30ml, dengan hasil produksi urin selama 4 jam sebanyak 5cc. input : 172,2 output : 171 balance = +1,2	
	09.30		2.10Membatasi asupan cairan	S: - O: pasien diberikan diit susu neprisol via NGT sebanyak 50ml	
	09.40		2.11 Meninggikan kepala tempat tidur 30°	S : - O : pasien berada pada posisi kepala 30°	
	11.00		2.16 Memberikan obat furosemide 2ampul di encerkan dengan spuit 20cc dan dibolus melalui syringepump dengan rate 0,3	S :- O: pasien telah diberikan furosemide melalui alat syringe pump via IV pada kaki kanan pasien	
	10.00	III	3.1 Memeriksa frekuensi napas	S : - O: pasien terpasang ETT napas dibantu dengan ventilator, dengan setingan venti rr masuk 15×/menit rr keluar 16×/menit	
	10.00		3.7 Mendengarkan bunyi napas	S : - O : suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan	
	10.00		3.8 Memonitor saturasi oksigen	S: - O : Spo2 : 100%	
	10.05			S : -	

			3.9 Memonitor nilai AGD	O : PCO ₂ : 45,7mmHg, Ph arteri 7,081, PO ₂ 354	
	10.10	IV	4.3 Memeriksa produksi sputum	S : - O : terdapat sputum saat dilakukan suction ETT sebanyak 5cc dengan konsistensi kental serta berwarna putih dan terdapat produksi sputum pada mulut pasien sebanyak 3cc dengan konsistensi kental berwarna putih	
	10.15		4.7 Melakukan fisioterapi dada	S : - O : melakukan clapping pada dada klien	
	10.20		4.8 Melakukan suction	S : - O : sputum pada ETT berwarna putih dengan konsistensi kental sebanyak 5cc	
	10.20		4.9 Memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction	S : - O : spo ₂ : 100%	
	10.40		4.14 Memberikan nebu	S : - O : pemberian nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc	
	10.00		V	5.1 Memonitor status kardiopulmonal	S : - O : nadi 114×/menit, nadi teraba kuat, napas support ventilator rr masuk 15× rr keluar 16×, TD 149/90mmHg, MAP 109, kadar kreatinin 17,6, kadar ureum 255
	10.00	5.3 Memonitor status cairan		S : - O : cairan masuk : susu nefrisol 50ml, air putih 20 ml, cairan infus, cairan keluar : sputum 5cc, urine/4jam 5cc	
	10.10			S : - O : GCS E1VettM1, respon pupil + terhadap	

			5.4 Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil	cahaya, ukuran pupil kanan kiri 2	
	11.00		5.14 Melakukan pemberian terapi farmakologi furosemide	S : - O : memberikan terapi farmakologi furosemide 2 ampul dicairkan dengan nacl menggunakan spuit 20cc dibolus menggunakan syringe pump dengan rate 0,3, infus jalur furosemide terpasang pada ekstremitas bawah dextra	
	12.00		5.15 Melakukan pemberian transfusi darah	S : - O : tranfusi dengan jenis darah PRC, volume unit 238, jam 14.12, golongan darah B+	
	11.10				
		VI	6.1 Sebutkan gejala penurunan curah jantung yang paling umum terjadi.	S : - O : pasien mengalami edema pada ekstremitas atas dan bawah, turgor kulit >2detik	
	11.15		6.2 Temukan indikator lebih lanjut penurunan curah jantung	S : - O : produksi urine /4jam sebanyak 5cc	
	11.20		6.3 Memonitor tekanan darah	S : - O : TD 149/90mmHg	
	11.25		6.18 Memberikan terapi relaksasi	S : - O : melakukan <i>foot massage</i> atau <i>foot massage</i>	
	11.30				
		VII	7.1 Mengidentifikasi tanda gejala hipoglikemia	S : - O : pasien mengalami penurunan kesadaran dengan skor GCS E1VettM1	
	11.30		7.7 Mempertahankan akses IV	S : - O : pasien terpasang jalur infus pada ekstremitas bawah kanan, dengan furosemide dan pada	

	12.00		7.16 Mengkolaborasi pemberian cairan dextrose	CDL dengan cairan D10% S : - O : terpasang cairan maintenance d10% pada CDL pasien rate 30	
	12.10	VIII	8.1 Memeriksa tanda gejala infeksi	S : - O : pasien terpasang CDL pada midclavicula di vena jugularis di tanggal 20 Desember, tidak ditemukan tanda kemerahan dan bengkak pada daerah luka, GV/ 2 hari	
	12.15		8.2 Mengurangi jumlah kunjungan	S : - O : ketika sudah jam kunjungan keluarga pasien di edukasi untuk bergantian masuk dan selalu harus cuci tangan sebelum ke pasien dan setelah dari pasien tujuannya untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi	
	12.20		8.4 Sebelum dan sesudah interaksi apa pun dengan pasien atau lingkungannya, cuci tangan Anda secara menyeluruh	S : - O : mencuci tangan menggunakan aseptik dan sabun dengan 6 langkah yang benar	
	12.20		8.5 Mempertahankan teknik aseptik	S : - O : perawat menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
	12.40	IX	9.7 Saat berpindah posisi, berhati-hatilah untuk memeriksa kulit pada titik-titik tekanan atau tonjolan tulang.	S : - O : tidak ada kemerahan, tidak ada keringat pada daerah kulit yang memiliki tonjolan tulang	
	12.45		9.8 Memeriksa sumber tekanan dan gesekan	S : - O : pasien mengalami tirah baring sejak tanggal 19 Desember, pasien tidak terpasang kasur dekubitus dari awal	

	12.55		9.11 Menggunakan barrier	<p>pasien masuk ke ruang ICU</p> <p>S : -</p> <p>O : mengoleskan baby oil pada permukaan kulit yang beresiko terjadi luka tekan saat pasien dilakukan mobilisasi mika-miki</p>	
	14.00		9.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam	<p>S : -</p> <p>O : pasien dilakukan mika-miki setiap 2 jam sekali, pada jam 10 pasien dimiringkan pada posisi mika</p>	
	14.00		9.13 Mengembangkan rencana untuk menjadwalkan perubahan pekerjaan	<p>S : -</p> <p>O : 08.00-10.00 pasien harus pada posisi terlentang, 10.00-12.00 pasien harus pada posisi miring kanan, 12.00-14.00 pasien harus pada posisi supinasi, 14.00-16.00 pasien harus pada posisi miring kiri</p>	
	14.00		9.14 Memberikan titik-titik tekanan atau penonjolan tulang menjadi empuk	<p>S : -</p> <p>O : pasien telah diberikan bantalan empuk pada tonjolan tulang</p>	
	14.00		9.15 Menjaga seprai tetap kering dan bersih	<p>S : -</p> <p>O : seprai pasien dalam keadaan tidak basah</p>	
	14.00	X	10.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	<p>S : -</p> <p>O : pasien dalam pengaruh obat midazolam, kesadaran pasien GCS E1VettM1, pasien tirah baring</p>	
	14.10		10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale	<p>S : -</p> <p>O : skor skala morse pasien >45 yang dimana artinya memiliki resiko tinggi jatuh</p>	

	14.00		10.7 Jaga agar roda tempat tidur tetap terkunci setiap saat.	S : - O : roda tempat tidur pasien dalam keadaan baik dan terkunci	
	14.00		10.8 Memasang <i>handrell</i> tempat tidur	S : - O : <i>handrell bed</i> pasien sudah terpasang kanan dan kiri	
2.	22/12/2023 08.30	I	1.1 Kelelahan otot dapat dideteksi untuk membantu pernapasan.	S : tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT O : pasien menggunakan ventilator mode SimV+, dengan setingan Fio2:40%, peep 8, flow/trigger : 3.0	
	08.30		1.3 Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	S : - O : rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan napas vesikuler, spo2 100%	
	08.30		1.5 Memberikan posisi semi fowler	S : - O : pasien berada ditempat tidur dengan posisi semi fowler	
	08.40		1.12 Mengkolaborasi pemberian bronkhodilator	S : - O : pasien diberikan nebu dengan NaCl 0,9%	
	08.50		II	2.1 Mencari gejala yang menunjukkan kelebihan volume darah dalam darah	S : - O : pasien mengalami edema ekstremitas dengan turgor kulit >5 detik Edema pada ekstremitas atas dan bawah
	08.50	2.3 Memonitor status hemodinamik		S : - O: td : 147/81 mmHg Nadi : 94	
	08.50	2.4 Memonitor intake output cairan		S : - O : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dengan air putih sebanyak 30ml via NGT, dengan hasil produksi urin selama 4 jam sebanyak 10cc. input :	

				364,2 output : 136 balance = +228,2	
	08.00		2.10 Membatasi asupan cairan	S : - O : pasien diberikan diit susu neprisol via NGT sebanyak 50ml	
	08.00		2.11 Angkat kepala tempat tidur sebanyak 30°	S : - O : pasien berada pada posisi kepala 30°	
	08.00		2.16 Memberikan obat furosemide 2ampul di encerkan dengan spuit 20cc dan dibolus melalui syringepump dengan rate 0,3	S :- O : pasien telah diberikan furosemide melalui alat syringe pump via IV pada kaki kanan pasien	
	08.55	III	3.1 Memeriksa frekuensi napas	S : - O : pasien terpasang ETT napas dibantu dengan ventilator, dengan setingan venti rr masuk 15×/menit rr keluar 16×/menit	
	08.55		3.7 Mendengarkan bunyi napas	S : - O : suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan	
	08.55		3.8 Memonitor saturasi oksigen	S : - O : Spo2 : 100%	
	09.00		3.9 Memonitor nilai AGD	S : - O : PCO2 : 35,8 mmHg, Ph arteri 7,019	
	09.10	IV	4.3 Memeriksa produksi sputum	S : - O : terdapat sputum saat dilakukan suction ETT 5cc dengan konsistensi kental serta berwarna putih kental	
	09.10		4.7 Melakukan fisioterapi dada	S : - O : melakukan clapping pada dada klien	
	09.20		4.8 Melakukan suction	S : - O : sputum pada ETT berwarna putih dengan	

	09.20		4.9 Memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction	konsistensi kental sebanyak 5cc S : - O : spo2 : 100%	
	09.30		4.14 Memberikan nebu	S : - O : pemberian nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc	
	09.35	V	5.1 Memonitor status kardiopulmonal	S : - O : nadi 104×/menit, nadi teraba kuat, napas support ventilator rr masuk 15× rr keluar 16×, TD 143/87mHg	
	09.40		5.3 Memonitor status cairan	S : - O : cairan masuk : susu nefrisol 50ml, air putih 20 ml, cairan infus, cairan keluar : sputum 5cc, urine/4jam 5cc	
	09.45		5.4 Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil	S : - O : GCS E1VettM1, respon pupil + terhadap cahaya, ukuran pupil kanan kiri 2	
	09.50		5.14 Melakukan pemberian terapi farmakologi furosemide	S : - O : memberikan terapi farmakologi furosemide 2 ampul dicairkan dengan nacl menggunakan spuit 20cc dibolus menggunakan syringe pump dengan rate 0,3, infus jalur furosemide terpasang pada ekstremitas bawah dextra	
	09.50	VI	6.3 Memonitor tekanan darah	S : - O : TD 143/87mmHg	
	10.20		6.18 Memberikan terapi relaksasi	S : - O : melakukan <i>foot massage</i> atau <i>foot massage</i> sebagai terapi inovasi	
	10.20	VII		S : -	

	10.25		7.7 Mempertahankan akses IV	O : pasien terpasang jalur infus pada ekstremitas bawah kanan, dengan furosemide dan pada CDL dengan cairan D10%, GDS 104mg/dl	
	10.30		7.16 Mengkolaborasi pemberian cairan dextrose	S : - O : terpasang cairan maintenance d10% pada CDL pasien dengan rate 30	
	10.40	VIII	8.1 Memeriksa tanda gejala infeksi	S : - O : pasien terpasang CDL pada midclavicula di vena jugularis di tanggal 20 Desember, pada hari k 2 dilakukan observasi tidak ditemukan tanda kemerahan dan bengkak pada daerah luka, GV/ 2 hari	
	10.50		8.2 Membatasi jumlah pengunjung	S : - O : ketika sudah jam kunjungan keluarga pasien di edukasi untuk bergantian masuk dan selalu harus cuci tangan sebelum ke pasien dan setelah dari pasien tujuannya untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi	
	10.50		8.4 Selalu ingat untuk mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani pasien atau barang miliknya.	S : - O : mencuci tangan menggunakan aseptik dan sabun dengan 6 langkah yang benar	
	10.50		8.5 Mempertahankan teknik aseptik	S : - O : perawat menjaga kebersihan tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
	11.10	IX	9.7 Saat berpindah posisi, hati-hati memeriksa kulit pada titik-titik tekanan atau tonjolan tulang.	S : - O : tidak ada kemerahan, tidak ada keringat pada daerah kulit yang memiliki tonjolan tulang	
				S : -	

	11.15		9.8 Memeriksa sumber tekanan dan gesekan	O : pasien mengalami tirah baring pasien tidak menggunakan kasur decubitus	
	11.20		9.11 Menggunakan barrier	S : - O : mengoleskan baby oil pada permukaan kulit yang beresiko terjadi luka tekan saat pasien dilakukan mobilisasi mika-miki	
	14.00		9.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam	S : - O : pasien dilakukan mika-miki setiap 2 jam sekali, pada jam 10 pasien dimiringkan pada posisi mika	
	14.00		9.13 Membuat jadwal perubahan posisi	S : - O : 08.00-10.00 pasien harus pada posisi terlentang, 10.00-12.00 pasien harus pada posisi miring kanan, 12.00-14.00 pasien harus pada posisi supinasi, 14.00-16.00 pasien harus pada posisi miring kiri	
	14.05		9.14 Menawarkan dukungan dan bantalan untuk area bertekanan tinggi atau tulang yang menonjol	S : - O : pasien telah diberikan bantalan empuk pada tonjolan tulang	
	14.05		9.15 Menjaga seprai tetap kering dan bersih	S : - O : seprai pasien dalam keadaan kering dan tidak ada basah dari keringat maupun cairan pasien	
	14.10	X	10.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	S : - O : pasien dalam pengaruh obat midazolam, kesadaran pasien GCS E1VettM1, pasien tirah baring	
	14.15		10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale	S : - O : skor skala morse pasien >45 yang dimana artinya memiliki resiko tinggi jatuh	

	14.15		10.7 Jaga agar roda tempat tidur tetap terkunci setiap saat.	S : - O : roda tempat tidur pasien dalam keadaan baik dan terkunci	
	14.15		10.8 Memasang <i>handrell</i> tempat tidur	S : - O : <i>handrell</i> pasien terpasang kanan kiri	
3.	23/12/2023 08.45	I	1.1 Kelelahan otot dapat dideteksi untuk membantu pernapasan.	S : - O : pasien menggunakan ventilator mode SimV+, dengan setingan Fio2:40%, peep 8, flow/trigger : 3.0	
	08.45		1.3 Memonitor status respirasi dan oksigenisasi	S : - O : rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100%	
	08.50		1.5 Memberikan posisi semi fowler	S : - O : pasien berada ditempat tidur dengan posisi semi fowler	
	08.55		1.12 Mengkolaborasi pemberian bronkhodilator	S : - O : pasien diberikan nebu dengan Nacl 0,9%	
	09.00	II	2.3 Perhatikan hemodinamik pasien	S : - O: td : 145/88 mmHg MAP : 98 mmHg Nadi : 94	
	09.05		2.4 Mengawasi konsumsi dan keluaran cairan masyarakat	S : - O : pasien diberikan susu neprisol dengan takaran 50ml dibilas dengan air putih sebanyak 30ml, dengan hasil produksi urin selama 4 jam 5cc. input : 366 output : 146 balance = +220	
	09.10		2.10 Mengurangi asupan cairan	S : - O: pasien diberikan diit susu neprisol via NGT sebanyak 50ml	
	09.10		2.11 Meninggikan kepala tempat tidur 30°	S : - O : pasien berada pada posisi kepala 30°	

	09.10		2.16 Memberikan obat furosemide 2ampul di encerkan dengan spuit 20cc dan dibolus melalui syringepump dengan rate 0,3	S :- O :pasien telah diberikan furosemide melalui alat syringe pump via IV pada kaki kanan pasien	
	09.15	III	3.1 Memeriksa frekuensi napas	S : - O: pasien terpasang ETT napas dibantu dengan ventilator, dengan setingan venti rr masuk 15×/menit rr keluar 16×/menit	
	09.20		3.7 Mendengarkan bunyi napas	S : - O : suara napas vesikuler, tidak terdengar suara napas tambahan	
	09.20		3.8 Memonitor saturasi oksigen	S: - O : Spo2 : 100%	
	09.30		3.9 Memonitor nilai AGD	S : - O : PCO2 : 47,3 mmHg, Ph arteri 7,136	
	09.40	IV	4.3 Memeriksa produksi sputum	S : - O : terdapat sputum saat dilakukan suction ETT sebanyak 5cc putih kental	
	09.50		4.7 Melakukan fisioterapi dada	S : - O : melakukan clapping pada dada klien	
	10.00		4.8 Melakukan suction	S : - O : sputum pada ETT berwarna putih dengan konsistensi kental sebanyak 5cc	
	10.00		4.9 Memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction	S : - O : spo2 : 100%	
	10.20		4.14 Memberikan nebu	S : - O : pemberian nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc	
	10.25	V	5.1 Memonitor status kardiopulmonal	S : -	

				<p>O : nadi 108×/menit, nadi teraba kuat, napas support ventilator rr masuk 15× rr keluar 16×, TD 137/86mmHg</p> <p>S : -</p> <p>O : cairan masuk : susu nefrisol 50ml, air putih 20 ml, cairan infus, cairan keluar : sputum 5cc, urine/4jam 5cc, tidak ada residu</p>	
	10.30		5.3 Memonitor status cairan		
	10.35		5.4 Memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil	<p>S : -</p> <p>O : GCS E1VettM1, respon pupil + terhadap cahaya, ukuran pupil kanan kiri 2</p>	
	10.40		5.14 Melakukan pemberian terapi farmakologi furosemide	<p>S : -</p> <p>O : memberikan terapi farmakologi furosemide 2 ampul dicairkan dengan nacl menggunakan spuit 20cc dibolus menggunakan syringe pump dengan rate 0,3, infus jalur furosemide terpasang pada ekstremitas bawah dextra</p>	
	10.50	VI	6.3 Memonitor tekanan darah	<p>S : -</p> <p>O : TD 149/90mmHg</p>	
	11.30		6.18 Memberikan terapi relaksasi	<p>S : -</p> <p>O : melakukan <i>foot massage</i></p>	
	11.40	VII	7.1 Mengidentifikasi tanda gejala hipoglikemia	<p>S : -</p> <p>O : pasien mengalami penurunan kesadaran dengan skor GCS E1VettM1</p>	
	11.45		7.7 Mempertahankan akses IV	<p>S : -</p> <p>O : pasien terpasang jalur infus pada ekstremitas bawah kanan, dengan furosemide dan pada CDL dengan cairan D10%</p>	
	11.55			<p>S : -</p>	

			7.16 Mengkolaborasi pemberian cairan dextrose	O : terpasang cairan maintenance d10% pada CDL pasien dengan rate 30, GDS 110mg/dl	
	12.00	VIII	8.1 Memeriksa tanda gejala infeksi	S : - O : pasien terpasang CDL pada midclavicula di vena jugularis di tanggal 20 Desember, tidak ditemukan tanda kemerahan dan bengkak pada daerah luka, GV/ 2 hari	
	12.10		8.2 Membatasi jumlah pengunjung	S : - O : ketika sudah jam kunjungan keluarga pasien di edukasi untuk bergantian masuk dan selalu harus cuci tangan sebelum ke pasien dan setelah dari pasien tujuannya untuk mengurangi resiko terjadinya infeksi	
	12.10		8.4 Mencuci tangan sebelum dan sesudah menangani pasien atau barang miliknya.	S : - O : mencuci tangan menggunakan aseptik dan sabun dengan 6 langkah yang benar	
	12.15		8.5 Mempertahankan teknik aseptik	S : - O : perawat mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien	
	12.20		IX	9.7 Memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi	S : - O : tidak ada kemerahan, tidak ada keringat pada daerah kulit yang memiliki tonjolan tulang
	12.20	9.8 Memeriksa sumber tekanan dan gesekan		S : - O : pasien mengalami tirah baring dan tidak menggunakan kasur dekubitus	
	12.30	9.11 Menggunakan barrier		S : - O : mengoleskan baby oil pada permukaan kulit yang beresiko terjadi luka tekan saat pasien	

	14.00		9.12 Mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam	dilakukan mobilisasi mika-miki S : - O : pasien dilakukan mika-miki setiap 2 jam sekali, pada jam 10 pasien dimiringkan pada posisi mika	
	14.05		9.13 Membuat jadwal perubahan posisi	S : - O : 08.00-10.00 pasien harus pada posisi terlentang, 10.00-12.00 pasien harus pada posisi miring kanan, 12.00-14.00 pasien harus pada posisi supinasi, 14.00-16.00 pasien harus pada posisi miring kiri	
	14.05		9.14Menawarkan dukungan dan bantalan untuk area bertekanan tinggi atau tulang yang menonjol	S : - O : pasien telah diberikan bantalan empuk pada tonjolan tulang	
	14.05		9.15 Menjaga seprai tetap kering dan bersih	S : - O : seprai pasien dalam keadaan tidak basah	
		X	10.1 Mengidentifikasi faktor resiko jatuh	S : - O : pasien masih dalam pengaruh obat dengan GCS E1VettM1	
	14.10		10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale	S : - O : skor skala morse pasien >45 yang dimana artinya memiliki resiko tinggi jatuh	
	14.10		10.7Menjaga agar roda tempat tidur tetap terkunci setiap saat.	S : - O : roda tempat tidur pasien dalam keadaan baik dan terkunci	
	14.10		10.8 Memasang <i>handrell</i> tempat tidur	S : - O: <i>handrell bed</i> pasien sudah terpasang kanan dan kiri	

G. Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 15 Evaluasi Keperawatan

No	Hari/tgl/jam	Dx kep	Evaluasi (SOAP)	Paraf														
1.	21/12/2023 15.00	I	<p>S : pasien tidak bisa dikaji, terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napas on ventilator mode SimV dengan setingan venti Fio2 :40%, peep 8, flow trigger : 3.0 - Rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100% - Pasien berada di bed pasien dengan posisi semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan ventilasi spontan belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PCO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1 mengidentifikasi adanya kelelahan otot - 1.3 memonitor status respirasi dan oksigenasi - 1.5 memberikan posisi semi fowler - 1.12 mengkolaborasi pemberian bronkhodilator 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Dispnea	1	5	1	PCO2	1	5	1			
		Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah													
		Dispnea	1	5	1													
PCO2	1	5	1															
II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - napas support ventilator - edema pada ekstremitas - turgor kulit >5detik - td 149/90/nadi 114×/menit - balance cairan +1,2 - SP furosemide masih berjalan dengan rate 0,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah hipervolemia belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.1 memeriksa tanda dan gejala hipervolemia - 2.3 memonitor status hemodinamika - 2.4 memonitor intake output cairan - 2.10 membatasi asupan cairan - Meninggikan kepala tempat tidur - Memberikan obat furosemide 2 ampul 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Haluaran urin	1	5	1	Edema	1	5	1	Turgor kulit	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah															
Haluaran urin	1	5	1															
Edema	1	5	1															
Turgor kulit	1	5	1															
III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suara napas vesikuler 																	

		<ul style="list-style-type: none"> - spo2 100% - PCO2 45,7mmHg, Ph arteri 7,081 - PO2 354 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan pertukaran gas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ph arteri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 memeriksa frekuensi napas - 3.7 mendengarkan bunyi napas - 3.8 memonitor saturasi oksigen - 3.9 memonitor nilai AGD 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	PO2	1	5	1	Takikardi	1	5	1	Ph arteri	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
PO2	1	5	1																
Takikardi	1	5	1																
Ph arteri	1	5	1																
	IV	<p>S : tidak bisa dikaji terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sputum ETT 5cc putih kental - sputum pada mulut 3cc putih kental - spo2 100% - pasien telah diberikan nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah bersihan jalan napas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4.3 memeriksa produksi sputum - 4.7 melakukan fisioterapi dada - 4.8 melakukan suction - 4.9 memberikan hiperoksigenasi sebelum suction - 4.14 memberikan nebu NACL 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Produksi sputum	1	5	1									
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
Produksi sputum	1	5	1																
	V	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - td 114×/menit - nadi teraba kuat - rr masuk 15 rr keluar 16 - urine/4jam 5cc - respon pupil + terhadap cahaya - ukuran pupil kanan kiri 2 - sudah dilakukan pemberian transfusi darah PRC sebanyak 238 unit dengan golongan darah B+ - kadar kreatinin 17,6 - kadar ureum 255 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko perfusi renal belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar urea nitrogen</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar kreatinin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Kadar urea nitrogen	1	5	1	Kadar kreatinin	1	5	1					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																
Kadar urea nitrogen	1	5	1																
Kadar kreatinin	1	5	1																

			<p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.1 memonitor status kardipulmonal - 5.3 memonitor status cairan - 5.4 memonitor tingkat kesadaran dan respon pupil - 5.14 melakukan pemberian terapi furosemide 												
	VI	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien edema pada ekstremitas atas dan bawah - turgor kulit >5 detik - urine 5cc - td 149/90mmHg - sudah dilakukan pemberian terapi <i>foot massage</i> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko penurunan curah jantung belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.3 memonitor tekanan darah - 6.18 Memberikan terapi relaksasi <i>foot massage</i> 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Tekanan darah	1	5	1					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah												
Tekanan darah	1	5	1												
	VII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran E1VettM1 - gds : 88mg/dl - masih terpasang cairan maintenance D10% pada CDL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah dalam tubuh</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7.7 mempertahankan akses Iv - 7.16 mengkolaborasi pemberian cairan 	Kriteria	sebelum	Target	Sesudah	Kesadaran	1	5	1	Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	2	
Kriteria	sebelum	Target	Sesudah												
Kesadaran	1	5	1												
Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	2												
	VIII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan pada area luka CDL - tidak ada bengkak pada area luka <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	sesudah	Kadar sel darah putih	3	5	3					
Kriteria	Sebelum	Target	sesudah												
Kadar sel darah putih	3	5	3												

			<table border="1"> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8.1 memeriksa tanda gejala infeksi - 8.2 membatasi jumlah pengunjung - 8.4 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien - 8.5 mempertahankan teknik aseptik 	Kemerahan	3	5	3	Bengkak	3	5	3	
Kemerahan	3	5	3									
Bengkak	3	5	3									
	IX	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tirah baring - skor skala norton : 8 yang dimana jika kurang dari 12 maka dikatakan beresiko mengalami luka dekubitus - mika-miki tiap 2 jam - seprai masih dalam keadaan kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko luka tekan belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.7 memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi - 9.8 memeriksa sumber tekanan dan gerakan - 9.11 menggunakan barrier - 9.12 mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam - 9.13 membuat jadwal perubahan posisi - 9.14 memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang - 9.15 menjaga seprai tetap kering dan bersih 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Kerusakan lapisan kulit	3	5	3		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Kerusakan lapisan kulit	3	5	3									
	X	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS E1VtM1 - Pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember - Terpasang handrell pada tempat tidur pasien - Roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko jatuh belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh - 10.4 Menghitung resiko jatuh dengan morse scale - 10.7 memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci - 10.8 memasang handrell tempat tidur 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Tingkat kesadaran	1	5	1		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Tingkat kesadaran	1	5	1									

No	Hari/tgl/jam	Dx kep	Evaluasi (SOAP)	Paraf														
1.	22/12/2023 14.30	I	<p>S : pasien tidak bisa dikaji, terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napas on ventilator mode SimV dengan setingan venti Fio2 :40%, peep 8, flow trigger : 3.0 - Rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100% - Pasien berada di bed pasien dengan posisi semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan ventilasi spontan belum teratasi <table border="1" data-bbox="655 595 1254 692"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PCO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1 mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - 1.3 memonitor status respirasi dan oksigenasi - 1.5 memberikan posisi semifowler - 1.12 mengkolaborasi pemberian 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Dispnea	1	5	1	PCO2	1	5	1			
		Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah													
		Dispnea	1	5	1													
PCO2	1	5	1															
II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - napas support ventilator - edema pada ekstremitas - turgor kulit >5detik - td 143/87nadi 104×/menit - balance cairan +228,2 - SP furosemide masih berjalan dengan rate 0,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah hipervolemia belum teratasi <table border="1" data-bbox="735 1245 1302 1435"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.3 m3monitor status hemodinamik - 2.4 memonitor intake output cairan - 2.10 membatasi asupan cairan - 2.11 meninggikan kepala tempat tidur - 2.16 memberikan obat furosemide 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Haluaran urin	1	5	1	Edema	1	5	1	Turgor kulit	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah															
Haluaran urin	1	5	1															
Edema	1	5	1															
Turgor kulit	1	5	1															
III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suara napas vesikuler - spo2 100% - PCO2 35,8 mmHg, Ph arteri 7,019 - PO2 168 <p>A :</p>																	

			<ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian pada PO₂ yang dimana sebelumnya 354 menjadi 168 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO₂</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ph arteri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 memeriksa frekuensi napas - 3.7 mendengarkan bunyi napas - 3.8 memonitor saturasi oksigen - 3.9 memonitor nilai AGD 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	PO ₂	1	5	2	Takikardi	1	5	1	Ph arteri	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
PO ₂	1	5	2																	
Takikardi	1	5	1																	
Ph arteri	1	5	1																	
	IV	<p>S : tidak bisa dikaji terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - sputum ETT 5cc berwarna putih kental - sputum pada mulut 3cc warna putih kental - spo₂ 100% - pasien telah diberikan nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah bersihan jalan napas belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4.4 memeriksa produksi sputum - 4.7 melakukan fisioterapi dada - 4.8 melakukan suction - 4.9 memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction - 4.14 memberikan nebu 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Produksi sputum	1	5	1										
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Produksi sputum	1	5	1																	
	V	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - td 143/87mmHg - nadi teraba kuat - rr masuk 15 rr keluar 16 - urine/4jam 5cc - respon pupil + terhadap cahaya - ukuran pupil kanan kiri 2 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko perfusi renal belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar urea nitrogen</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar kreatinin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.1 memonitor status kardiopulmonal - 5.3 memonitor status cairan - 5.4 memonitor tingkat kesadaran respon pupil 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Kadar urea nitrogen	1	5	1	Kadar kreatinin	1	5	1						
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Kadar urea nitrogen	1	5	1																	
Kadar kreatinin	1	5	1																	

			- 5.14 melakukan pemberian terapi furosemide												
	VI	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien edema pada ekstremitas atas dan bawah - turgor kulit >5 detik - urine 5cc - td 143/87mmHg - sudah dilakukan pemberian terapi <i>foot massage</i> <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko penurunan curah jantung teratasi sebagian dimana sebelumnya tekanan darah 149/90mmHg menjadi 143/87mmHg <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.3 memonitor tekanan darah - 6.18 melakukan <i>foot massage</i> 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Tekanan darah	1	5	2					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah												
Tekanan darah	1	5	2												
	VII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran E1VettM1 - gds : 104 mg/dl - masih terpasang cairan maintenance D10% pada CDL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dimana sebelumnya kadar glukosa darah pasien pada hari pertama 88mg/dl pada hari kedua setelah pemberia D10% GDS pasien 104mg/dl <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah dalam tubuh</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7.1 mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia - 7.7 mempertahankan akses Iv - 7.16 mengkolaborasi cairan dextrose 	Kriteria	sebelum	Target	Sesudah	Kesadaran	1	5	1	Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3	
Kriteria	sebelum	Target	Sesudah												
Kesadaran	1	5	1												
Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3												
	VIII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan pada area luka CDL - tidak ada bengkak pada area luka <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko infeksi belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	sesudah	Kadar sel darah putih	3	5	3	Kemerahan	3	5	3	
Kriteria	Sebelum	Target	sesudah												
Kadar sel darah putih	3	5	3												
Kemerahan	3	5	3												

			<table border="1"> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8.1 memeriksa tanda dan gejala infeksi - 8.2 membatasi jumlah pengunjung - 8.4 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - 8.5 mempertahankan teknik aseptik 	Bengkak	3	5	3				
Bengkak	3	5	3								
	IX	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tirah baring - skor skala norton : 8 yang dimana jika kurang dari 12 maka dikatakan beresiko mengalami luka dekubitus - mika-miki tiap 2 jam - seprai masih dalam keadaan kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko luka tekan belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.7 memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi - 9.8 memeriksa sumber tekanan dan gesakan - 9.11 menggunakan barrier - 9.12 mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam - 9.13 membuat jadwal perubahan posisi - 9.14 memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang - 9.15 menjaga seprai tetap kering 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Kerusakan lapisan kulit	3	5	3	
kriteria	sebelum	target	sesudah								
Kerusakan lapisan kulit	3	5	3								
	X	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS E1VtM1 - Pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember - Terpasang handrell pada tempat tidur pasien - Roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko jatuh belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh - 10.4 menghitung resiko jatuh dengan morse scale - 10.7 memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci - 10.8 memasang <i>handrell</i> tempat tidur pasien 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Tingkat kesadaran	1	5	1	
kriteria	sebelum	target	sesudah								
Tingkat kesadaran	1	5	1								

No	Hari/tgl/jam	Dx kep	Evaluasi (SOAP)	Paraf														
1.	23/12/2023 15.00	I	<p>S : pasien tidak bisa dikaji, terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Napas on ventilator mode SimV dengan setingan venti Fio2 :40%, peep 8, flow trigger : 3.0, PCO2 47,3mmHg - Rr masuk 15×/menit, rr keluar : 16×/menit, tidak ada suara napas tambahan, spo2 100% - Pasien berada di bed pasien dengan posisi semi fowler <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah gangguan ventilasi spontan belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dispnea</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PCO2</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.1 mengidentifikasi adanya kelelahan otot bantu napas - 1.3 memonitor status respirasi dan oksigenasi - 1.5 memberikan posisi semifowler - 1.12 mengkolaborasi pemberian 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Dispnea	1	5	1	PCO2	1	5	1			
		Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah													
		Dispnea	1	5	1													
PCO2	1	5	1															
II	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak bisa dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - napas support ventilator - edema pada ekstremitas - turgor kulit >5detik - urine 5cc - td 137/86/nadi 108×/menit - balance cairan +220 - SP furosemide masih berjalan dengan rate 0,3 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah hipervolemia belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Haluaran urin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Edema</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Turgor kulit</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2.3 m3monitor status hemodinamik - 2.4 memonitor intake output cairan - 2.10 membatasi asupan cairan - 2.11 meninggikan kepala tempat tidur - 2.16 memberikan obat furosemide 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Haluaran urin	1	5	1	Edema	1	5	1	Turgor kulit	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah															
Haluaran urin	1	5	1															
Edema	1	5	1															
Turgor kulit	1	5	1															
III	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji pasien terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - suara napas vesikuler - spo2 100% - PCO2 47,3 mmHg, Ph arteri 7,136 - PO2 103 																	

			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah gangguan pertukaran gas teratasi sebagian dimana pada tanggal 22 hasil AGD PO2 menunjukkan nilai 168, lalu pada tanggal 23 hasil AGD 103 <table border="1" data-bbox="735 349 1305 510"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PO2</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Takikardi</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Ph arteri</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3.1 memeriksa frekuensi napas - 3.7 mendengarkan bunyi napas - 3.8 memonitor saturasi oksigen - 3.9 memonitor nilai AGD 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	PO2	2	5	3	Takikardi	1	5	1	Ph arteri	1	5	1	
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
PO2	2	5	3																	
Takikardi	1	5	1																	
Ph arteri	1	5	1																	
	IV		<p>S : tidak bisa dikaji terpasang ETT</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masih terdapat sputum ETT 5cc putih kental - sputum pada mulut 3cc putih kental - spo2 100% - pasien telah diberikan nebu menggunakan NACL 0,9% 2cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah bersihan jalan napas belum teratasi <table border="1" data-bbox="735 943 1305 1037"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Produksi sputum</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4.4 memeriksa produksi sputum - 4.7 melakukan fisioterapi dada - 4.8 melakukan suction - 4.9 memberikan hiperoksigenasi sebelum dilakukan suction - 4.14 memberikan nebu 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Produksi sputum	1	5	1									
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Produksi sputum	1	5	1																	
	V		<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - td 137/87mmHg - nadi teraba kuat - rr masuk 15 rr keluar 16 - urine/4jam 5cc - respon pupil + terhadap cahaya - ukuran pupil kanan kiri 2 <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko perfusi renal belum teratasi <table border="1" data-bbox="735 1619 1305 1805"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar urea nitrogen</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar kreatinin</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 5.1 memonitor status kardiopulmonal - 5.3 memonitor status cairan 	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Kadar urea nitrogen	1	5	1	Kadar kreatinin	1	5	1					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah																	
Kadar urea nitrogen	1	5	1																	
Kadar kreatinin	1	5	1																	

			<ul style="list-style-type: none"> - 5.4 memonitor tingkat kesadaran respon pupil - 5.14 melakukan pemberian terapi furosemide 												
	VI	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien edema pada ekstremitas atas dan bawah - turgor kulit >5 detik - produksi urine 5cc - td 137/86mmHg - sudah dilakukan pemberian terapi <i>foot massage</i> selama 30 menit <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah resiko penurunan curah jantung teratasi dimana pada tanggal 22 desember tekanan darah pasien menunjukkan nilai 143/87mmHg, lalu pada tanggal 23 Desember tekanan darah 137/87mmHg <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6.3 memonitor tekanan darah - 6.18 melakukan <i>foot massage</i> <p>Lanjutkan</p>	Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah	Tekanan darah	2	5	4					
Kriteria	Sebelum	Target	Sesudah												
Tekanan darah	2	5	4												
	VII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tingkat kesadaran E1VettM1 - gds : 110mg/dl - masih terpasang cairan maintenance D10% pada CDL <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah teratasi sebagian dimana kadar gula darah pasien pada tanggal 22 104mg/dl, pada tanggal 23 desember GDS pasien 110mg/dl <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>Target</th> <th>Sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Kadar glukosa darah dalam tubuh</td> <td>2</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 7.1 mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia - 7.7 mempertahankan akses Iv - 7.16 mengkolaborasi cairan dextrose 	Kriteria	sebelum	Target	Sesudah	Kesadaran	1	5	1	Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3	
Kriteria	sebelum	Target	Sesudah												
Kesadaran	1	5	1												
Kadar glukosa darah dalam tubuh	2	5	3												
	VIII	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak ada kemerahan pada area luka CDL - tidak ada bengkak pada area luka <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko infeksi teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria</th> <th>Sebelum</th> <th>Target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kadar sel darah putih</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria	Sebelum	Target	sesudah	Kadar sel darah putih	3	5	3					
Kriteria	Sebelum	Target	sesudah												
Kadar sel darah putih	3	5	3												

			<table border="1"> <tr> <td>Kemerahan</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Bengkak</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8.1 memeriksa tanda dan gejala infeksi - 8.2 membatasi jumlah pengunjung - 8.4 mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien - 8.5 mempertahankan teknik aseptik 	Kemerahan	3	5	4	Bengkak	3	5	4	
Kemerahan	3	5	4									
Bengkak	3	5	4									
	IX	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji terpasang ETT <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien tirah baring - skor skala norton : 8 yang dimana jika kurang dari 12 maka dikatakan beresiko mengalami luka dekubitus - mika-miki tiap 2 jam - seprai masih dalam keadaan kering <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - masalah keperawatan resiko luka tekan teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kerusakan lapisan kulit</td> <td>3</td> <td>5</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 9.7 memeriksa kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi - 9.8 memeriksa sumber tekanan dan gesakan - 9.11 menggunakan barrier - 9.12 mengubah posisi dengan hati-hati setiap 2 jam - 9.13 membuat jadwal perubahan posisi - 9.14 memberikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang - 9.15 menjaga seprai tetap kering 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Kerusakan lapisan kulit	3	5	4		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Kerusakan lapisan kulit	3	5	4									
	X	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> - tidak dapat dikaji <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pasien mengalami penurunan kesadaran - GCS E1VettM1 - Pasien tirah baring sejak tanggal 19 desember - Terpasang handrell pada tempat tidur pasien - Roda tempat tidur pasien dalam keadaan terkunci <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah resiko jatuh belum teratasi <table border="1"> <thead> <tr> <th>kriteria</th> <th>sebelum</th> <th>target</th> <th>sesudah</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tingkat kesadaran</td> <td>1</td> <td>5</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10.1 mengidentifikasi faktor resiko jatuh - 10.4 menghitung resiko jatuh dengan morse scale - 10.7 memastikan roda tempat tidur selalu dalam keadaan terkunci - 10.8 memasang <i>handrell</i> tempat tidur pasien 	kriteria	sebelum	target	sesudah	Tingkat kesadaran	1	5	1		
kriteria	sebelum	target	sesudah									
Tingkat kesadaran	1	5	1									