

## BAB III

### LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

#### A. Pengkajian Kasus

##### 1. Identitas Klien

Nama	Ny. S
Umur	62 Tahun
Jenis Kelamin	Perempuan
Agama	Islam
Pekerjaan	IRT
Suku/ Bangsa	Jawa/ Indonesia
Tanggal Masuk RS	30 Mei 2022/ 09:40 WITA
Tanggal Pengkajian	30 Mei 2022
Nomor Med Rek	088128xxx
Alamat Rumah	Jl. Kauman, RT 01, Kel. Bukit Raya
Diagnosa Klinis	SNH + Uremikum Enselopaty + Hiponatremia + Anemia

##### 2. Keluhan Utama

a. Saat Masuk Rumah Sakit (30 Mei 2022/09:40 Wita)

Pasien mengeluh pusing, muntah dan nyeri perut dan pasien tidak sadarkan diri setelahnya.

b. Saat Pengkajian ( 30 Mei 2022/14:00 Wita)

Pasien mengalami penurunan kesadaran dan tirah baring.

c. Alasan masuk ICU

Pasien mengalami penurunan kesadaran dengan diagnosa medis SNH,

dan suspek uremikum enseelopati + hiponatremia.

### **3. Primary survey**

- a. Airway: jalan napas bersih, terpasang nasal kanul 3 LPM, suara napas vesikuler
- b. Breathing: pengembangan dada simetris, napas spontan, pernapasan reguler, tidak ada bunyi napas tambahan, tidak ada retraksi dinding dada, RR 18 x/i, saturasi 98 %
- c. Circulation: TD 83/65 mmHg, CRT <2 detik, Nadi 88 x/i, nadi teraba lemah, akral hangat tidak ada sianosis, suhu 36,5oC, tidak ada clubbing finger, konjungtiva tidak anemis.
- d. Fluid: cairan NaCl 0,9% : Kidmin 20 Tpm, Gelofusin 10 Tpm

### **4. Secondary survey**

- a. Brain
  - 1) GCS : E2 M4 V2
  - 2) Kesadaran : Samnolent
  - 3) Pupil isokor
- b. Breathing
  - 1) Tidak ada batuk
  - 2) Auskultasi suara napas vesikuler,
  - 3) Napas spontan
  - 4) Pasien tidak tampak sesak
  - 5) Tidak ada sumbatan jalan napas
  - 6) Pernapasan reguler
  - 7) Pengembangan dada saat bernapas simetris

8) Tidak ada bunyi napas tambahan

9) RR: 18 x/i

10) Spo2: 98%

c. Blood

1) Tidak ada perdarahan

2) Akral hangat

3) Nadi teraba lemah

4) Tidak ada sianosis

5) Konjungtiva tidak anemis

6) Tidak ada clubbing finger

7) TD: 89/65 mmHg

8) N: 59 x/i

9) MAP: 71 mmHg

d. Bladder

1) Terpasang DC sejak 30-6-2022,

2) produksi urine 100cc warna kuning (14:00)

3) Belum ada BAB

4) Tidak ada jejas dan perdarahan di sekitar area genitalia

5) Balance cairan shift sore intake 700cc dan output 900cc (700 – 900 = - 200 cc per 7 jam.

e. Bowel

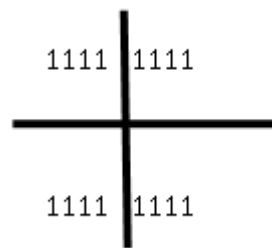
1) Terpasang NGT hari ke-1, Diet susu 3 x 6 jam 200cc

2) Bising usus 15 x/i

3) Tidak ada kemerahan serta memar di sekitar abdomen

f. Bone

- 1) Ekstermitas: pasien dalam keadaan tidak sadar dan tidak ada pergerakan ekstremitas secara spontan.
- 2) BB 65 kg
- 3) TB 160 cm
- 4) Terdapat tanda gejala dekubitus yaitu kemerahan di sekitar punggung, sakrum hingga bokong.
- 5) Tidak ada edema



**5. Terapi**

a. Terapi Infus

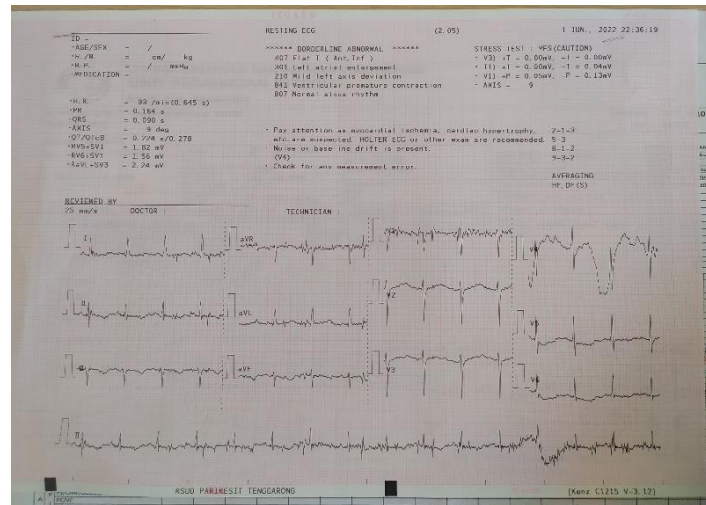
- 1) NaCl 0,9% : Kidmin 20 tpm
- 2) Gelofusin 10 tpm

b. Terapi Injeksi

- 1) Moxifloxacin 1 x 400mg (jam 19:00)
- 2) Omeprazole 2 x 1 ampul (jam 11:00, 23:00)
- 3) MTC 3 x 10mg (jam 07:00, 15:00, 23:00)
- 4) Terpasang Syringe Pump: Nicardipine 50nano, Dobutamin 5mcg

## 6. Pemeriksaan penunjang

### a. Elektrokardiografi/EKG (01-06-2022/Terlampir)



### b. Laboratorium (30 Mei 2022)

Tabel 3. 1 Hasil Tes Laboratorium

Pemeriksaan	Hasil	Normal
<b>HEMATOLOGI</b>		
Hemoglobin	8,2 gr/100ml	P 13-16 W 12-14
Hematokrit	25 vol %	P 40-48 W 37-43
Leukosit	17.000 /mm	5.000 – 10.000
Granulosit	3 77,6 %	50 – 70
Limfosit	15,2 %	20 – 40
Monosit	7,2 %	2 – 8
Trombosit	326.000 /mm <sup>3</sup>	150.000 – 450.000
<b>KIMIA KLINIK</b>		
Glukosa Sewaku		
Albumin	135 mg/dl	60 - 150
Kreatinin	2.5 g/dl	3,5 – 5.2
Serum	98 mg/dl	P 0,7–1,2 – W 0,5–0,9
SGOT	16 U/L	P < 35 – W < 31
SGPT	8 U/L	P < 41 – W < 31
Ureum	184 mg/dl	17 - 43
Creatinin	4,2 mg/dl	P 0,7-1,2 W 0,5-0,9
Na+	110 mmol/L	135 - 155
K+	5,4 mmol/L	3,4 – 5,3
Cl-	98 mmol/L	
<b>SEROLOGI</b>		
HBSAG	NEGATIF (-)	

## c. Skala Badan

Nama Pasien : Ny. S

Tabel 3. 2 Skala Badan

FAKTOR RISIKO	SKOR & DESKRIPSI		
	1	2	3
PERSEPSI SENSORI Kemampuan berespon terhadap ketidaknyamanan	Sama sekali tidak terbatas Tidak berespon terhadap rangsang nyeri	Sangat terbatas Hanya berespon terhadap rangsang nyeri	Sedikit terbatas Berespon pada perintah verbal tetapi tidak mampu mengkomunikasikan ketidaknyamanan
KELEMBABAN Derajat kulit yang terpapar kelembaban	Lembab terus menerus Terdeteksi linen basah setiap kali dibantu rubah posisi, kulit sering terpapar dengan urien, keringat, dll	Sering lembab Hampir membutuhkan penggantian linen 1-2 kali setiap shift	Kadang-kadang lembab Membutuhkan penggantian linen rata 2-3 kali per hari
AKTIVITAS Derajat aktivitas fisik	Baring total	Duduk di kursi Kemampuan sangat terbatas, tidak dapat menumpu BB sendiri dan masih perlu dibantu saat mobilisasi	Kadang-kadang dapat berdiri Mampu berjalan jarak pendek, aktivitas lebih banyak dilakukan di bed
MOBILITAS Pola intake makanan	Imobilitas Sepenuhnya tidak dapat menggerakkan tubuh dan ekstremitas tanpa bantuan	Sangat terbatas Mampu menggerakkan tubuh tapi tidak mampu secara berkala dan mandiri	Sedikit terbatas Mampu menggerakkan tubuh secara berkala dan mandiri
NUTRISI	Sangat buruk Pasien puasa atau pasien dengan asupan cairan sangat kurang, jarang makan lebih dari 1/3 porsi makanan yang disajikan	Tidak adekuat Hanya menghabiskan 1/2 porsi makanan yang disajikan	Adekuat Mampu menghabiskan 3/4 porsi makanan menggunakan komposisi yang memenuhi 3/4 kebutuhan nutrisi
GESEKAN	Bermasalah Setiap kali mengangkat terjadi gesekan dengan sheet, pasien sering merosot dan harus dibantu saat memperbaiki posisinya	Potensial bermasalah Dapat bergerak bebas tapi tetap membutuhkan bantuan minimal	Tidak bermasalah Bergerak di bed/ kursi tanpa bantuan

BRADEN SCORE : 11 (pasien berisiko tinggi dekubitus)

Risiko tinggi : &lt; 11 Risiko sedang : 12 - 14

Risiko rendah: 15 – 16 (usia &lt; 60 tahun)

15 – 18 (usia &gt; 60 tahun)

## d. Skala Morse

Tabel 3. 3 Skala Morse

FAKTOR RESIKO	SKALA	SKOR	
		STANDAR	HASIL
Jatuh yang baru atau dalam 3 bulan terakhir	Ya	25	0
	Tidak	0	
Diagnosa sekunder lebih dari 1	Ya	15	15
	Tidak	0	
Menggunakan alat bantu	Berpegangan pada Benda-benda sekitar	30	0
	Kruk, Tongkat, Walker	15	
	Bedrest / dibantu perawat	0	
Menggunakan IV dan Cateter	Ya	20	20
	Tidak	0	
Kemampuan berjalan	Gangguan (pincang/diseret)	20	10
	Lemah	10	
	Normal/ bed rest /immobile	0	
Status mental	Tidak sadar akan kemampuannya / post op 24 jam	15	0
	Orientasi sesuai kemampuan	0	
<b>Total</b>			45

Keterangan:

$\geq 45$  : Resiko Tinggi

25 – 44 : Resiko Sedang

0-24 : Resiko Rendah

## B. Analisa Data

Tabel 3. 4 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	DS: pasien tidak dapat dikaji  DO: TD: 89/65 mmHg, N:59 x/i nadi teraba lemah, CRT < 2 detik, Spo2 98%, MAP 71 mmHg		Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi
2.	DS: pasien tidak dapat dikaji  DO: pasien stroke non-hemoragik dan mengalami penurunan kesadaran, Kesadaran pasien samnolent GCS: E2 M4 V2		Risiko Perfusi serebral tidak efektif d/d Penurunan kinerja ventrikel kiri

3.	<p>DS: pasien tidak dapat dikaji DO: 1. Ureum : 184 mg/dl  2. Na<sup>+</sup> : 110 mmol/L  3. Creatinin: 4,2 mg/dl  4. K<sup>+</sup> : 5,4 mmol/L</p>		<p>Risiko ketidakseimbangan Elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan</p>
4.	<p>DS: pasien tidak dapat dikaji  DO: pasien mengalami penurunan kesadaran dan kekuatan otot pasien</p>	<p>Penurunan kekuatan otot</p>	<p>Gangguan mobilitas fisik</p>
5.	<p>1111   1111  <hr style="width: 100px; margin: 0 auto;"/> 1111   1111</p>		
6.	<p>DS: pasien tidak dapat dikaji  DO: pasien mengalami penurunan kesadaran, skala morse pasien 60 (risiko tinggi jatuh)</p> <p>DS: pasien tidak dapat dikaji  DO: pasien mengalami penurunan kesadaran dan tirah baring, GCS; E2 M4 V2 samnolent, skor skala braden &lt; 11 (risiko tinggi dekubitus), Anemia Hb 8,2 gr/100ml</p>		<p>Risiko jatuh d/d hipotensi</p> <p>Risiko luka tekan d/d SNH + Anemia</p>

### C. Prioritas Masalah Keperawatan

1. Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi
2. Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d penurunan kinerja ventrikel kiri
3. Risiko ketidakseimbangan elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan
4. Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot
5. Risiko jatuh d/d penurunan tingkat kesadaran
6. Risiko luka tekan d/d Skor skala Braden < 11



## D. Intervensi Keperawatan & Inovasi

Tabel 3. 5 Intervensi Keperawatan & Inovasi

No	SDKI	SLKI	SIKI
1.	<p><b>Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi (D.0015)</b></p>	<p><b>Perfusi Perifer (L.02011)</b></p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 7 jam, diharapkan perfusi perifer meningkat dengan Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Denyut nadi perifer dari skala 3 ke skala 5</li> <li>▪ Tekanan darah sistolik dari skala 3 ke skala 5</li> <li>▪ tekanan darah diastolik dari skala 3 ke skala 5</li> <li>▪ tekanan arteri rata-rata dari skala 3 ke skala 5</li> </ul> <p>keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memburuk</li> <li>2. Cukup memburuk</li> <li>3. Sedang</li> <li>4. Cukup Membaik</li> <li>5. Membaik</li> </ol>	<p><b>Pencegahan syok (I.02068)</b></p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP)</li> <li>1.2 Monitor status oksigen (oksimetri nadi, AGD)</li> <li>1.3 Monitor status cairan (masuk dan haluaran, turgor kulit, CRT)</li> <li>1.4 Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> <li>1.5 Periksa riwayat alergi</li> </ol> <p><b>Terapeutik</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.6 Persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu</li> <li>1.7 Berikan oksigen untuk mempertahankan saturasi oksigen &gt;94%</li> <li>1.8 Pasang jalur IV, jika perlu</li> <li>1.9 Pasang kateter urin untuk menilai produksi urin, jika perlu</li> <li>1.10 Lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi</li> </ol> <p><b>Edukasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.11 Jelaskan penyebab /faktor risiko syok</li> <li>1.12 Jelaskan tanda dan gejala awal syok</li> <li>1.13 Anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tanda dan gejala awal syok</li> <li>1.14 Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</li> <li>1.15 Anjurkan menghindari alergen</li> </ol>

			<p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1.16 Kolaborasi pemberian IV, jika perlu</p> <p>1.17 Kolaborasi pemberian tranfusi darah, jika perlu</p> <p>1.18 Kolaborasi pemberian anti inflamasi, jika perlu</p>
2.	<p><b>Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d penurunan kinerja ventrikel kiri (D.0017)</b></p>	<p><b>Perfusi serebral (L.02014)</b> Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 7 jam perfusi serebral meningkat dengan kriteria hasil : - Tingkat kesadaran dari skala 3 ke skala 5 Keterangan: 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>2.1 Manajemen peningkatan tekanan intrakranial (I.09325)</p> <p>2.2 Observasi</p> <p>2.3 Identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguan metabolisme, edema serebral)</p> <p>2.4 Monitor tanda atau gejala peningkatan TIK (tekanan darah meningkat, tekanan nadi melebar, bradikardia, pola napas ireguler, kesadaran menurun)</p> <p>2.5 Monitor MAP (mean arterial pressure)</p> <p>2.6 Monitor CVP (central venous pressure)</p> <p>2.7 Monitor PAWP, jika perlu</p> <p>2.8 Monitor PAP, jika perlu</p> <p>2.9 Monitor ICP (intra cranial pressure), jika tersedia</p> <p>2.10 Monitor CPP (cerebral perfusion pressure)</p> <p>2.11 Monitor status pernapasan</p> <p>2.12 Monitor intake dan output cairan</p> <p>2.13 Monitor cairan serebro-spinalis (warna &amp; konsistensi)</p> <p>2.14</p> <p>2.15 Terapeutik</p> <p>2.16 Minimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang</p> <p>2.17 Berikan posisi semi-fowler</p> <p>2.18 Hindari valsava manuver</p> <p>2.19 Cegah terjadinya kejang</p> <p>2.20 Hindari penggunaan PEEP</p> <p>2.21 Hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>2.22 Atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</p> <p>2.23 Pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>2.24 Kolaborasi</p> <p>2.25 Kolaborasi pemberian sedasi dan antikoagulan, jika perlu</p> <p>2.26 Kolaborasi pemberian</p>

			<p>diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>2.27 Kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>
3	<p>Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan (D.0037)</p>	<p>Keseimbangan Elektrolit (L.05020)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 7 jam Keseimbangan Elektrolit meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Serum natrium dari 2 menjadi 5</li> <li>- Serum ureum dari skala 2 ke skala 5</li> <li>- Serum kalium dari skala 4 ke skala 5</li> </ul> <p>Keterangan:  1 : menurun  2 : cukup menurun 3 : sedang  4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Manajemen Elektrolit (L.03102)</p> <p>Observasi:</p> <p>3.1 Identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadar elektrolit</p> <p>3.2 Identifikasi penyebab ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>3.3 Identifikasi kehilangan elektrolit melalui cairan (diare, drainase, ileostomi, diaforesis)</p> <p>3.4 Monitor kadar elektrolit</p> <p>3.5 Monitor efek samping pemberian suplemen elektrolit</p> <p>Terapeutik:</p> <p>3.6 Berikan cairan, jika perlu berikan diet yang tepat (tinggi kalium, rendah natrium)</p> <p>3.7 anjurkan pasien dan keluarga untuk modifikasi diet, jika perlu</p> <p>3.8 pasang akses intravena, jika perlu</p> <p>Edukasi:  jelaskan jenis, penyebab dan penanganan ketidakseimbangan elektrolit Kolaborasi</p> <p>3.11 Kolaborasi pemberian suplemen elektrolit (oral, NGT, IV), jika perlu</p>

4	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>Mobilitas fisik (L.05042) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 7 jam mobilitas fisik meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot dari skala 1 ke skala 5</li> </ul> <p>Keterangan: 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Dukungan mobilisasi (I.05173) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.11 Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</li> <li>4.12 Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</li> <li>4.13 Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi</li> <li>4.14 Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisasi</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.15 Fasilitasi mobilisasi dengan alat bantu (pagar tempat tidur, guling/bantal)</li> <li>4.16 Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu</li> <li>4.17 Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>4.18 Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</li> <li>4.19 Anjurkan melakukan mobilisasi dini</li> <li>4.20 Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk ditempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</li> </ul>
5	Risiko jatuh d/d penurunan tingkat kesadaran (D.0143)	<p>Tingkat jatuh (L.14138) Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 7 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatuh dari tempat tidur dari skala 4 ke skala 5</li> </ul> <p>Keterangan: 1 : menurun 2 : cukup menurun 3 : sedang 4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Pencegahan jatuh (I.14540) Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.1 Identifikasi faktor risiko jatuh (usia &gt; 65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>5.2 Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</li> <li>5.3 Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang)</li> <li>5.4 Hitung risiko jatuh menggunakan skala (fall morse scale, humpty dumpty scale)</li> <li>5.5 Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5.6 Orientasikan ruangan pada</li> </ul>

			<p>pasien dan keluarga</p> <p>5.7 Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>5.8 Pasang handrall tempat tidur</p> <p>5.9 Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah</p> <p>5.10 Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station</p> <p>5.11 Gunakan alat bantu berjalan (kursi roda, walker)</p> <p>5.12 Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>5.13 Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5.14 Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>5.15 Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri</p> <p>5.16 Ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>
6	Risiko luka tekan d/d Skor Skala Braden < 11 (D. 0144)	<p>Integritas kulit dan jaringan (L.14125)</p> <p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 7 jam integritas kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu kulit dari skala 3 ke skala 5</li> <li>- Sensasi dari skala 3 ke skala 5</li> <li>- Tekstur dari skala 3 ke skala 5</li> </ul> <p>Keterangan:</p> <p>1 : menurun</p> <p>2 : cukup menurun 3 : sedang</p> <p>4 : cukup cukup meningkat 5 : meningkat</p>	<p>Pencegahan luka tekan (I.14543)</p> <p>Observasi</p> <p>6.1 Periksa luka tekan dengan menggunakan skala (norton, braden)</p> <p>6.2 Periksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>6.3 Monitor suhu kulit</p> <p>6.4 Monitor berat badan dan perubahannya</p> <p>6.5 Monitor status kulit harian</p> <p>6.6 Monitor tetap area yang merah</p> <p>6.7 Monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>6.8 Monitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>6.9 Monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>Terapeutik</p> <p>6.10 Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, inkontinensia fekal atau urine</p> <p>6.11 Gunakan barrier seperti lotion, minyak olive oil atau</p>

			<p>bantalan penyerap air</p> <p>6.12 Ubah posisi dengan hati-hati setiap 1-2 jam</p> <p>6.13 Buat jadwal perubahan posisi</p> <p>6.14 Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang</p> <p>6.15 Jaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</p> <p>6.16 Gunakan kasur khusus dekubitus, jika perlu</p> <p>6.17 Hindari pemijatan di atas tonjolan tulang</p> <p>6.18 Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>6.19 Hindari menggunakan air hangat dan sabun batang saat mandi</p> <p>6.20 Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, kalori</p> <p>Edukasi</p> <p>6.21 Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>6.22 Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>6.23 Ajarkan cara merawat kulit</p>
--	--	--	---

## E. Implementasi Keperawatan & Inovasi

Tabel 3. 6 Implementasi Keperawatan & Inovasi

Hari /tgl /jam	Diagnosa Kep.	Implementasi	Evaluasi Proses	Paraf
Senin/ 30- 05- 2022/ 14: 00	Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi(D.0015)	<p>1.1 monitor TD, Nadi, kekuatan nadi, MAP, dan RR</p> <p>1.2 monitor status oksimetri pasien</p> <p>1.4 memonitor tingkat kesadaran pasien</p> <p>1.7 memberikan oksigen nasal kanul 3 LPM</p> <p>1.8 memasang jalur IV/infus</p> <p>1.9 memasang kateter urin</p> <p>1.16 kolaborasi pemberian injeksi</p> <p>1.17 kolaborasi pemberian gelofusin</p>	<p>TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 71 mmHg, RR: 18 x/i</p> <p>Spo2 pasien 98%</p> <p>Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2</p> <p>Jalan napas pasien bersih dan Spo2 98%</p> <p>Pemberian NaCl 0,9% : Kidmin 20</p> <p>Tpm untuk memenuhi kebutuhan cairan &amp; elektrolit dan</p>	

		1.18 kolaborasi pemberian injeksi antibiotik	memudahkan proses pemberian obat melalui jalur IV Untuk menilai produksi dan warna urin Pemberian injeksi Moxifloxacin 400mg, MTC 10mg dan Omeprazole 1 ampul Untuk memenuhi kebutuhan volume darah dan cairan yang kurang  Injeksi antibiotik Moxifloxacin 400mg
Senin/30 - 05-2022/14:00	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d penurunan kinerja ventrikel kiri (D.0017)	2.2 memonitor peningkatan TIK 2.3 memonitor MAP pasien  2.9 memonitor status pernapasan  2.10 memonitor intake dan output pasien 2.12 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, pola napas reguler, kesadaran menurun samnolen MAP: 71 mmHg Jalan napas bersih, pola napas reguler RR 18 x/i Intake: 700cc dan output 900cc Menyediakan lingkungan yang tenang untuk menghindari peningkatan TIK pasien
Senin/30 - 05-2022/14:00	Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan (D.0037)	3.4 memonitor kadar elektrolit pasien 3.7 memberikan diet susu 200cc	Ureum : 184 mg/dl Na <sup>+</sup> : 110 mmol/L Creatinin: 4,2 mg/dl K <sup>+</sup> : 5,4 mmol/L Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
Senin/30 - 05-2022/14:00	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	4.3 memonitor heart rate & tekanan darah 4.4 memonitor kondisi umum selama mobilisasi  4.5 Mereposisi pasien untuk mencegah luka tekan	Nadi pasien 59 x/i dan tekanan darah pasien 89/65 mmHg Kondisi umum pasien samnolent  memfasilitasi mobilisasi dengan bantal & guling pasien jua

<p>Senin/30 - 05- 2022/14: 00</p>	<p>Risiko jatuh d/d hipotensi (D.0143)</p>	<p>4.6 memobilisasi pasien dengan mika-miki</p> <p>5.1 mengidentifikasi faktor risiko jatuh pasien</p> <p>5.10 menempatkan pasien dekat dengannurse station</p>	<p>pagar tempat tidur</p> <p>pasien dimiringkan ke arah kanan diganjal dengan guling selama 1 jam dan sebaliknya</p> <p>Pasien mengalami penurunan kesadaran dan berisiko untuk jatuh dalam pengawasan</p>
<p>Senin/30 - 05- 2022/14: 00</p>	<p>Risiko luka tekan d/d Skor Skala Braden &lt; 11 (D. 0144)</p>	<p>6.1 mengkaji pasien area yang berpotensi mengalami dekubitus seperti punggung, tulang belikat, tulang ekor dan bokong pasien</p> <p>6.3 memonitor suhu kulit</p> <p>6.5 memonitor status kulit harian</p> <p>6.10 menggelap kulit dengan handuk/washlap agar menghindari kulit menjadi lembab karena keringat</p> <p>6.11 menggoleska n dan memijat kulit punggung hingga ke tulang ekor pasien agar membuat kulit lebih segar mencegah dekubitus/luka tekan</p> <p>6.12 mika- miki pasien setiap 1 jam sekali</p>	<p>pasien yang berisiko jatuh</p> <p>Terdapat kemerahan di bagian punggung pasien sampai ke tulang ekor dan ini masuk dekubitus</p> <p>Suhu kulit 38oC</p> <p>Turgor kulit pasien normal &lt; 3 detik</p> <p>Kulit menjadi kering</p> <p>Kulit pasien nampak lembab</p> <p>Pasien dimiringkan agar mencegah dekubitus Mencegah kejadian dekubitus/luka tekan</p> <p>Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien</p>



Selasa/31 -05- 2022/14: 00	Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi (D.0015)	<p>6.16 pasien menggunakan kasur dekubitus agar menghindari terjadinya kejadian luka tekan/dekubitus</p> <p>6.20 pasien diberikan diet susu cair 6 x 200cc untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya</p> <p>1.1 monitor TD, Nadi, kekuatan nadi, MAP, dan RR</p> <p>1.2 monitor status oksimetri pasien</p> <p>1.4 memonitor tingkat kesadaran pasien</p> <p>1.7 memberikan oksigen nasal kanul 3 LPM</p> <p>1.16 kolaborasi pemberian injeksi</p> <p>1.17 kolaborasi pemberian gelofusin</p> <p>1.18 kolaborasi pemberian injeksi antibiotik</p>	<p>TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 75 mmHg, RR: 19 x/i</p> <p>Spo2 pasien 100%</p> <p>Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2 Jalan napas pasien bersih dan Spo2 100%</p>
Selasa/31 -05- 2022/14: 00	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d penurunan kinerja ventrikel kiri (D.0017)	<p>2.2 memonitor peningkatan TIK</p> <p>2.3 memonitor MAP pasien</p> <p>2.9 memonitor status pernapasan</p> <p>2.10 memonitor intake dan output pasien</p>	<p>TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, pola napas reguler, kesadaran menurun samnolen</p> <p>MAP: 75 mmHg</p> <p>Jalan napas bersih, pola napas reguler RR</p>

		2.12 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang	19 x/i Intake: 1000cc dan output 1200cc  Menyediakan lingkungan yang tenang untuk menghindari peningkatan TIK pasien Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien
Selasa/31-05-2022/14:00	Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan (D.0037)	3.7 memberikan diet susu 200cc	
Selasa/31-05-2022/14:00	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	4.3 memonitor heart rate & tekanan darah  4.4 memonitor kondisi umum selama mobilisasi  4.5 Mereposisi pasien untuk mencegah luka tekan  4.6 memobilisasi pasien dengan mika- miki	Nadi pasien 60 x/i dan tekanan darah pasien 90/75 mmHg Kondisi umum pasien samnolent memfasilitasi mobilisasi dengan bantal & guling pasien jua pagar tempat tidur  pasien dimiringkan ke arah kanan diganjal dengan guling selam 1 jam dan sebaliknya Pasien mengalami penurunan kesadaran dan berisiko untuk jatuh Skala morse pasien 35 (risiko sedang jatuh) Membuat pasien aman untuk menghindari pasien terjatuh ditempat tidur Agar menghindari pasien untuk terjatuh dan mengalami cedera serius
Selasa/31-05-2022/14:00	Risiko jatuh d/d hipotensi (D.0143)	5.1 mengidentifikasi faktor risiko jatuh pasien  5.4 menghitung risiko jatuh pasien dengan skala morse  5.8 menaikkan pagar tempat tidur pasien	

Selasa/31 -05- 2022/14: 00	Risiko luka tekan d/d Skor Skala Braden < 11 (D. 0144)	<p>5.9 mengatur ketinggian tempat tidur ke terendah</p> <p>5.10 menempatkan pasien dekat dengan nurse station</p> <p>6.3 memonitor suhu kulit</p> <p>6.5 memonitor status kulit harian</p> <p>6.10 mengelap kulit dengan handuk/washlap agar menghindari kulit menjadi lembab karena keringat</p> <p>6.11 menggosokkan dan memijat kulit punggung hingga ke tulang ekor pasien agar membuat kulit lebih segar mencegah dekubitus/luka tekan</p> <p>6.12 mikamiki pasien setiap 1 jam sekali</p> <p>6.16 pasien menggunakan kasur dekubitus agar menghindari terjadinya kejadian luka tekan/dekubitus</p> <p>6.20 pasien diberikan diet susu cair 6 x 200cc untuk memenuhi</p>	<p>Untuk memudahkan dalam pengawasan pasien yang berisiko jatuh</p> <p>Suhu kulit 37oC</p> <p>Turgor kulit pasien normal &lt; 3 detik</p> <p>Kulit menjadi kering</p> <p>Kulit pasien nampak lembab</p> <p>Pasien dimiringkan agar mencegah dekubitus Mencegah kejadian dekubitus/luka tekan</p> <p>Memenuhi kebutuhan</p> <p>nutrisi pasien</p>
-------------------------------------	---	---	--

Rabu/01-06-2022/14:00	Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi (D.0015)	<p>kebutuhan nutrisinya</p> <p>1.1 monitor TD, Nadi, kekuatan nadi, MAP, dan RR</p> <p>1.2 monitor status oksimetri pasien</p> <p>1.4 memonitor tingkat kesadaran pasien</p> <p>1.7 memberikan oksigen nasal kanul 3 LPM</p> <p>1.16 kolaborasi pemberian injeksi</p> <p>1.17 kolaborasi pemberian gelofusin</p> <p>1.18 kolaborasi pemberian injeksi antibiotik</p>	<p>TD: 110/85 mmHg, Nadi 70 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 85 mmHg, RR: 17 x/i</p> <p>Spo2 pasien 100%</p> <p>Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2 Jalan napas pasien bersih dan Spo2 100%</p> <p>Pemberian injeksi Moxifloxacin 400mg, MTC 10mg dan Omeprazole 1 ampul Untuk memenuhi kebutuhan volume darah dan cairan yang kurang Injeksi antibiotik Moxifloxacin 400mg</p>
Rabu/01-06-2022/14:00	Risiko perfusi serebral tidak efektif d/d penurunan kinerja ventrikel kiri (D.0017)	<p>2.2 memonitor peningkatan TIK</p> <p>2.3 memonitor MAP pasien</p> <p>2.9 memonitor status pernapasan</p> <p>2.10 memonitor</p>	<p>TD: 110/85 mmHg, Nadi 70 x/i, nadi teraba lemah, pola napas reguler, kesadaran menurun samnolen</p> <p>MAP: 85 mmHg Jalan napas bersih, pola napas reguler RR 17 x/i Intake: 1200cc dan</p>

		intake dan output paien	output 1250cc
Rabu/01-06-2022/14:00	Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan (D.0037)	2.12 meminimalkan stimulus dengan menyediakan lingkungan yang tenang 3.4 memonitor kadar elektrolit pasien	Menyediakan lingkungan yang tenang untuk menghindari peningkatan TIK pasien  Ureum : 40 mg/dl Na+ : 140 mmol/L Creatinin: 0,7 mg/dl K+ : 4,0 mmol/L
Rabu/01-06-2022/14:00	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	3.7 memberikan diet susu 200cc  4.3 memonitor heart rate & tekanan darah  4.4 memonitor kondisi umum selama mobilisasi  4.5 Mereposisi pasien untuk mencegah luka tekan  4.6 memobilisasi pasien dengan mika- miki	Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien Nadi pasien 70 x/i dan tekanan darah pasien 1100/85 mmHg Kondisi umum pasien samnolent memfasilitasi mobilisasi dengan bantal & guling pasien jua pagar tempat tidur  pasien dimiringkan ke arah kanan diganjal dengan guling selam 1 jam dan sebaliknya
Rabu/01-06-2022/14:00	Risiko jatuh d/d hipotensi (D.0143)	5.1 mengidentifikasi faktor risiko jatuh pasien  5.4 menghitung risiko jatuh pasien dengan skala morse	Pasien mengalami penurunan kesadaran dan berisiko untuk jatuh Skala morse pasien 15 (risiko rendah jatuh) Membuat pasien aman untuk menghindari pasien terjatuh ditempat tidur

Rabu/01-06-2022/14:00	Risiko luka tekan d/d Skor Skala Braden < 11 (D. 0144)	<p>5.8 menaikkan pagar tempat tidur pasien</p> <p>5.9 mengatur ketinggian tempat tidur ke terendah</p> <p>5.10 menempatkan pasien dekat dengan nurse station</p> <p>6.1 mengkaji pasien area yang berpotensi mengalami dekubitus seperti punggung, tulang belikat, tulang ekor dan bokong pasien</p> <p>6.3 memonitor suhu kulit</p> <p>6.5 memonitor status kulit harian</p> <p>6.10 mengelap kulit dengan handuk/washla p agar menghindari kulit menjadi lembab karena keringat</p> <p>6.11 menggoleskan dan memijat kulit punggung hingga ke tulang ekor pasien agar membuat kulit</p>	<p>Agar menghindari pasien untuk terjatuh dan mengalami cedera serius Untuk memudahkan dalam pengawasan pasien yang berisiko jatuh</p> <p>Di dapatkan tanda gejala dekubitus kemerahan menghilang setelah 3 hari terapi pijat dengan olive oil</p> <p>Suhu kulit 36oC</p> <p>Turgor kulit pasien normal &lt; 3 detik Kulit menjadi kering</p> <p>Kulit pasien nampak lembab</p> <p>Pasien dimiringkan agar mencegah dekubitus Mencegah kejadian dekubitus/luka tekan</p>
-----------------------	--	---	--

		<p>lebih segar mencegah dekubitus/luka tekan</p> <p>6.12 mika-miki pasien setiap 1 jam sekali</p> <p>6.16 pasien menggunakan kasur dekubitus agar menghindari terjadinya kejadian luka tekan/dekubitus</p> <p>6.20 pasien diberikan diet susu cair 6 x 200cc untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya</p>	Memenuhi kebutuhan nutrisi pasien	
--	--	--	-----------------------------------	--

## F. Evaluasi

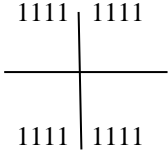
Tabel 3. 7 Evaluasi

No	Hari /tgl /jam	Diagnosa Kep	Evaluasi SOAP	Paraf																				
1	Senin/30-05-2022/21:00	Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi (D.0015)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 71 mmHg, RR: 18 x/i, Spo2 pasien 98%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala Akhir</th> <th>Tar get</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Denyut nadi perifer</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah diastolik</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan arteri rata-rata</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Tar get	Denyut nadi perifer	3	3	5	Tekanan darah sistolik	3	3	5	Tekanan darah diastolik	3	3	5	Tekanan arteri rata-rata	3	3	5	
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Tar get																					
Denyut nadi perifer	3	3	5																					
Tekanan darah sistolik	3	3	5																					
Tekanan darah diastolik	3	3	5																					
Tekanan arteri rata-rata	3	3	5																					

			<p>Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.3 monitor status cairan (masuk dan haluaran, turgorkulit, CRT)</p> <p>1.5 periksa riwayat alergi</p> <p>1.6 persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu</p> <p>1.10 lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi</p> <p>1.11 jelaskan penyebab/faktor risiko syok</p> <p>1.12 jelaskan tanda dan gejala awal syok</p> <p>1.13 anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tandadan gejala awal syok</p> <p>1.14 anjurkan memperbanyak asupan cairan oral</p> <p>1.15 anjurkan menghindari alergen</p>
2	Senin/ 30- 05- 2022 /21:0 0	Risiko perfusi serebral tidak efektif/d penurunan kinerja ventrikel kiri (D.0017)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, MAP:71 mmHg, RR: 18 x/i, Spo2 pasien 98%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler RR 18 x/i, Intake: 700cc dan output 900cc balance cairan = - 200cc</p> <p>A:Kriteria Hasil Skala Awal      Skala Akhir TargetTingkat kesadaran                      3                      5 3                      5</p> <p>Massalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasiP: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.1 identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguanmetabolisme, edema serebral)</p> <p>2.4 monitor CVP (<i>central verious pressure</i>)</p> <p>2.5 monitor PAWP, jika perlu</p> <p>2.6 monitor PAP, jika perlu</p> <p>2.7 monitor ICP (<i>intra cranial pressure</i>)</p> <p>2.8 monitor CPP (<i>central perfussion pressure</i>), jika perlu</p> <p>2.11 monitor cairan serbro-spinalis (warna &amp; konsistensi)</p> <p>2.13 berikan posisi semi-fowler</p> <p>2.14 hindari valsava manuver</p> <p>2.15 cegah terjadinya kejang</p> <p>2.16 hindari penggunaan PEEP</p> <p>2.17 hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>2.18 atur ventilator agar PaCO2 optimal</p>



			<p>2.19 pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>2.20 kolaborasi pemberian sedasi dan antikolvasan, jika perlu</p> <p>2.21 kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>2.22 kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>																
3	Senin/ 30- 05- 2022 /21:0 0	Risiko ketidakseimbangan elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan (D.0037)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, MAP:71 mmHg, RR: 18 x/i, Spo2 pasien 98%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler RR 18 x/i, Intake: 700cc dan output 900cc balance cairan = - 200cc, Ureum : 184 mg/dl, Na+ : 110 mmol/L, Creatinin: 4,2 mg/dl, K+ : 5,4 mmol/L</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Target Serum natrium</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Serum ureum</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Serum kalium</td> <td>4</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasiP: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadarelektrolit</p> <p>3.2 identifikasi penyebab ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>3.3 identifikasi kehilangan elektrolit melalui cairan (diare, drainase, ileostomi, diaforesis)</p> <p>3.5 monitor efek samping pemberian suplemen elektrolit</p> <p>3.6 berikan cairan, jika perlu</p> <p>3.8 anjurkan pasien dan keluarga untuk modifikasi diet, jika perlu</p> <p>3.9 pasang akses intravena, jika perlu</p> <p>3.10 jelaskan jenis, penyebab dan penanganan ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>3.11 kolaborasi pemberian suplemen elektrolit (oral, NGT, IV) jika perlu</p>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Target Serum natrium	2	2		2	5	Serum ureum	2	2	Serum kalium	4	4	
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir																	
Target Serum natrium	2	2																	
	2	5																	
Serum ureum	2	2																	
Serum kalium	4	4																	

4	Senin/ 30- 05- 2022 /21:0 0	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>S: pasien masih belum bisa dikaji</p> <p>O: TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 71 mmHg, RR: 18 x/i, Spo2 pasien 98%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, polanapas reguler RR 18 x/i</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>A: Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasiP: Lanjutkan Intervensi:</p> <p>4.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>4.2 identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>4.7 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>4.8 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>4.9 anjurkan melakukan mobilisasi dini</p> <p>4.10 ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>																						
5	Senin/ 30- 05- 2022 /21:0 0	Risiko jatuh d/d hipotensi (D.0143)	<p>S: pasien masih belum bisa dikaji</p> <p>O: TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, MAP:71 mmHg, RR: 18 x/i, Spo2 pasien 98%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler RR 18 x/i , skala morse pasien 45 pasien berisiko tinggi untuk jatuhA:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Kriteria Hasil</td> <td style="width: 20%;">Skala</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Skala</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Target</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Awal</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Akhir</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Jatuh dari Tempat Tidur</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>Masalah Risiko jatuh belum teratasi</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <p>5.2 identifikasi risiko jatuh sekali setiap shift atau</p>	Kriteria Hasil	Skala			Skala			Target		Awal			Akhir			Jatuh dari Tempat Tidur	3	3	Masalah Risiko jatuh belum teratasi			
Kriteria Hasil	Skala																								
	Skala																								
	Target																								
Awal																									
Akhir																									
Jatuh dari Tempat Tidur	3	3																							
Masalah Risiko jatuh belum teratasi																									

			<p>sesuai kebijakan institusi</p> <p>5.3 identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>5.5 monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya</p> <p>5.6 orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>5.7 posisikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>5.11 gunakan alat bantu berjalan (kursi roda walker)</p> <p>5.12 dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5.13 anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5.14 anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>5.15 anjurkan melebarkan kedua kaki agar menjaga keseimbangan saat berdiri</p> <p>5.16 ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>										
6	Senin/ 30- 05- 2022 /21:0 0	Risiko luka tekan d/d Skor Skala Braden n < 11 (D. 0144)	<p>S: pasien masih belum bisa dikaji</p> <p>O: TD: 89/65 mmHg, Nadi 59 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 71 mmHg, RR: 18 x/i, Suhu: 38°C, Spo2 pasien 98%, Kesadaran pasien somnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler RR 18 x/i, kulit pasien nampak lembab setelah diberikan pijat punggung dengan olive oil, dan teksturnya normal, suhu kulit pasien hangat, skala braden &lt; 11 pasien berisiko tinggi dekubitus</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil Akhir</th> <th>Skala Awal Target</th> <th>Skala Suhu kulit</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sensasi</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekstur</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>Masalah Risiko luka tekan belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p>	Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal Target	Skala Suhu kulit	Sensasi	2	3	Tekstur	2	3	2
Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal Target	Skala Suhu kulit											
Sensasi	2	3											
Tekstur	2	3											

			<p>6.2 periksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>6.4 monitor berat badan dan perubahannya</p> <p>6.6 monitor tetap area yang merah</p> <p>6.7 monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saat mengubah posisi</p> <p>6.8 monitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>6.9 monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>6.13 buat jadwal perubahan posisi</p> <p>6.14 berikan bantalan pada titik tekan</p> <p>6.15 jaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan</p> <p>6.17 hindari pemijatan di atas tulang</p> <p>6.18 hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>6.19 hindari menggunakan air hangat dan sabun batang saat mandi</p> <p>6.21 jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>6.22 anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>6.23 n cara merawat kulit</p>													
1	Selasa/ 31-05- 2022/21:0 0	Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi (D.0015)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, MAP:75 mmHg, RR: 19 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaran pasien amnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Denyut nadi perifer</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah sistolik</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah diastolik</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Denyut nadi perifer	3	4	Tekanan darah sistolik	3	3	Tekanan darah diastolik	3	4	
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir														
Denyut nadi perifer	3	4														
Tekanan darah sistolik	3	3														
Tekanan darah diastolik	3	4														

			<p>Tekanan arteri rata-rata 3 4</p> <p>Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <p>1.3 monitor status cairan (masukan dan haluaran, turggorkulit, CRT)</p> <p>1.5 periksa riwayat alergi</p> <p>1.6 persiapkan intubasi dan ventilasi mekanis, jika perlu</p> <p>1.9 memasang kateter urin</p> <p>1.10 lakukan skin test untuk mencegah reaksi alergi</p> <p>1.11 jelaskan penyebab/faktor risiko syok</p> <p>1.12 jelaskan tanda dan gejala awal syok</p> <p>1.13 anjurkan melapor jika menemukan/merasakan tandadan gejala awal syok</p> <p>1.14 anjurkan memperbanyak asupan cairan oral anjurkan menghindari alergen</p>							
2	Selasa/31-05-2022/21:00	Risiko perfusi serebral tidak efektif/d penurunan kinerja ventrikel kiri (D.0017)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, MAP:75 mmHg, RR: 19 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler, Intake: 1000cc dan output 1200cc balance cairan = -2000cc</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil Akhir</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala TargetTingkat</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>kesadaran</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>Massalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasiP: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.2 identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguanmetabolisme, edema serebral)</p> <p>2.4 monitor CVP (<i>central verious pressure</i>)</p> <p>2.5 monitor PAWP, jika perlu</p> <p>2.6 monitor PAP, jika perlu</p> <p>2.7 monitor ICP (<i>intra cranial pressure</i>)</p> <p>2.8 monitor CPP (<i>central perfussion pressure</i>), jika</p>	Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal	Skala TargetTingkat	kesadaran	3	5	
Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal	Skala TargetTingkat								
kesadaran	3	5								

			<p>perlu</p> <p>2.11 monitor cairan serbro-spinalis (warna &amp; konsistensi)</p> <p>2.13 berikan posisi semi-fowler</p> <p>2.14 hindari valsava manuver</p> <p>2.15 cegah terjadinya kejang</p> <p>2.16 hindari penggunaan PEEP</p> <p>2.17 hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>2.18 atur ventilator agar PaCO<sub>2</sub> optimal</p> <p>2.19 pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>2.20 kolaborasi pemberian sedasi dan antikolvasan, jika perlu</p> <p>2.21 kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>	
3	Selasa/31-05-2022/21:00	Risiko ketidakseimbangan elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan (D.0037)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 75 mmHg, RR: 19 x/i, Spo<sub>2</sub> pasien 100%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler, Intake: 1000cc dan output 1200cc balance cairan = -200cc, Ureum : 184 mg/dl, Na<sup>+</sup> : 110 mmol/L, Creatinin: 4,2 mg/dl, K<sup>+</sup> : 5,4 mmol/L</p> <p>A:</p> <p>Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit belum teratasiP: Lanjutkan intervensi</p> <p>3.1 identifikasi tanda dan gejala ketidakseimbangan kadarelektrolit</p> <p>3.2 identifikasi penyebab ketidakseimbangan elektrolit</p> <p>3.3 identifikasi kehilangan elektrolit melalui cairan (diare, drainase, ileostomi, diaforesis)</p> <p>3.4 monitor kadar elektrolit pasien</p> <p>3.5 monitor efek samping pemberian suplemen elektrolit</p> <p>3.6 berikan cairan, jika perlu</p> <p>3.8 anjurkan pasien dan keluarga untuk modifikasi diet, jika perlu</p> <p>3.9 pasang akses intravena, jika perlu</p> <p>3.10 jelaskan jenis, penyebab dan penanganan</p>	

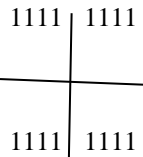
			ketidakseimbangan elektrolit kolaborasi pemberian suplemen elektrolit (oral, NGT,IV) jika perlu													
4	Selasa/31-05-2022/21:00	Gangguan mobilitas fisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>S: pasien masih belum bisa dikaji</p> <p>O: TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, MAP:75 mmHg, RR: 19 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaran pasien amnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler</p> <p style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 10px;"></td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1111</td> <td style="padding: 0 5px;">1111</td> </tr> </table> </p> <p>A:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Skala Awal</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Skala</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kriteria Hasil Akhir</td> <td style="text-align: center;">Target</td> <td style="text-align: center;">Kekuatan Otot</td> </tr> </table> <p>Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <p>4.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>4.2 identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>4.7 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan</p> <p>4.8 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>4.9 anjurkan melakukan mobilisasi dini ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi)</p>	1111	1111			1111	1111		Skala Awal	Skala	Kriteria Hasil Akhir	Target	Kekuatan Otot	
1111	1111															
1111	1111															
	Skala Awal	Skala														
Kriteria Hasil Akhir	Target	Kekuatan Otot														
5	Selasa/31-05-2022/21:00	Risiko jatuh d/dhipotensi (D.0143)	<p>S: pasien masih belum bisa dikaji</p> <p>O: TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, MAP:75 mmHg, RR: 19 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaran pasien amnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler, skala morse pasien 35 pasien berisiko sedang untuk jatuh,</p> <p>A:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 40%; text-align: center;">Skala</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Kriteria Hasil</td> <td style="text-align: center;">Skala</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Target Awal</td> </tr> </table>		Skala	Kriteria Hasil	Skala		Target Awal	Akhi						
	Skala															
Kriteria Hasil	Skala															
	Target Awal															

			<p style="text-align: right;">r</p> <p>Jatuh dari Tempat Tidur 3 4</p> <p>Masalah Risiko jatuh teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi:</p> <p>5.2 identifikasi risiko jatuh sekali setiap shift atau sesuai kebijakan institusi</p> <p>5.3 identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (lantai licin, penerangan kurang)</p> <p>5.5 monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda atau sebaliknya</p> <p>5.6 orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga</p> <p>5.7 posisikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam keadaan terkunci</p> <p>5.11 gunakan alat bantu berjalan (kursi roda walker)</p> <p>5.12 dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien</p> <p>5.13 anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah</p> <p>5.14 anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin</p> <p>5.15 anjurkan melebarkan kedua kaki agar menjaga keseimbangan saat berdiri</p> <p>ajarkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat</p>													
6	Selasa/31-05-2022/21:00	Risiko luka tekan d/d Skor Skala Braden < 11 (D. 0144)	<p>S: pasien masih belum dapat dikaji</p> <p>O: TD: 90/75 mmHg, Nadi 60 x/i, nadi teraba lemah, MAP: 75 mmHg, RR: 19 x/i, Suhu: 37°C Spo2 pasien 100%, Kesadaran pasien somnolent GCS E2 M4 V2. jalan napas bersih, pola napas reguler, nampak kulit pasien lembab dan berminyak, teksturnya tidak kering dan suhunya hangat, skala braden 13 pasien berisiko sedang terkena dekubitus</p> <p>A:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Kriteria Hasil Akhir</th> <th style="text-align: center;">Skala Awal Target</th> <th style="text-align: center;">Skala Suhu kulit</th> <th style="text-align: right;">3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sensasi</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tekstur</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal Target	Skala Suhu kulit	3	Sensasi	3	4		Tekstur	3	4		
Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal Target	Skala Suhu kulit	3													
Sensasi	3	4														
Tekstur	3	4														



			<p>Masalah Risiko luka tekan</p> <p>teratasi sebagianP: Lanjutkan</p> <p>Intervensi</p> <p>6.2 periksa adanya luka tekan sebelumnya</p> <p>6.4 monitor berat badan dan perubahannya</p> <p>6.6 monitor tetap area yang merah</p> <p>6.7 monitor kulit di atas tonjolan tulang atau titik tekan saatmengubah posisi</p> <p>6.8 monitor sumber tekanan dan gesekan</p> <p>6.9 monitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>6.13 buat jadwal perubahan posisi</p> <p>6.14 berikan bantalan pada titik tekan</p> <p>6.15 jaga seprai tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan</p> <p>6.17 hindari pemijatan di atas tulang</p> <p>6.18 hindari pemberian lotion pada daerah yang luka ataukemerahan</p> <p>6.19 hindari menggunakan air hangat dan sabun batang saatmandi</p> <p>6.21 jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>6.22 anjurkan melapor jika menemukan tanda-tandakerusakan kulit</p> <p>ajarkan cara merawat kulit</p>										
1	Rabu/01-06-2022/21:00	<p>Risiko perfusi perifer tidak efektif d/d hipotensi</p> <p>(D.0015)</p>	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 110/85 mmHg, Nadi 70 x/i, nadi teraba normal, MAP: 85 mmHg, RR: 17 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaranpasien samnolent GCS E2 M4 V2, jalan napas bersih, pola napas reguler, Intake: 1200cc dan output 1250cc balance cairan = -50cc</p> <p>A:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Kriteria Hasil</th> <th>Skala Awal</th> <th>Skala Akhir</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Denyut nadi perifer</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>Tekanan darah</td> <td>3</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir	Denyut nadi perifer	4	5	Tekanan darah	3	5	
Kriteria Hasil	Skala Awal	Skala Akhir											
Denyut nadi perifer	4	5											
Tekanan darah	3	5											

			<p>sistolik Tekanan darah 4 5 5 diastolik Tekanan arteri rata- rata 4 5</p> <p>Masalah risiko perfusi perifer tidak efektif teratasiP: Hentikan intervensi</p>	
2	Rabu/01-06-2022/21:00	Risiko perfusi serebral tidak efektif/d penurunan kinerja ventrikel kiri (D.0017)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 110/85 mmHg, Nadi 70 x/i, nadi teraba normal, MAP: 85 mmHg, RR: 17 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaran pasien samnolent GCS E2 M4 V2, jalan napas bersih, pola napas reguler, Intake: 1200cc dan output 1250cc balance cairan = -50cc</p> <p>A:</p> <p>Massalah risiko perfusi serebral tidak efektif belum teratasiP: Lanjutkan intervensi</p> <p>2.3 identifikasi penyebab peningkatan TIK (lesi, gangguanmetabolisme, edema serebral)</p> <p>2.4 monitor CVP (<i>central verious pressure</i>)</p> <p>2.5 monitor PAWP, jika perlu</p> <p>2.6 monitor PAP, jika perlu</p> <p>2.7 monitor ICP (<i>intra cranial pressure</i>)</p> <p>2.8 monitor CPP (<i>central perfussion pressure</i>), jika perlu</p> <p>2.11 monitor cairan serbro-spinalis (warna &amp; konsistensi)</p> <p>2.13 berikan posisi semi-fowler</p> <p>2.14 hindari valsava manuver</p> <p>2.15 cegah terjadinya kejang</p> <p>2.16 hindari penggunaan PEEP</p> <p>2.17 hindari pemberian cairan IV hipotonik</p> <p>2.18 atur ventilator agar PaCO2 optimal</p> <p>2.19 pertahankan suhu tubuh normal</p> <p>2.20 kolaborasi pemberian sedasi dan antikolvusan, jikaperlu</p> <p>2.21 kolaborasi pemberian diuretik osmosis, jika perlu</p> <p>kolaborasi pemberian pelunak tinja, jika perlu</p>	

3	Rabu/01-06-2022/21:00	Risiko ketidakseimbangan elektrolit d/d ketidakseimbangan cairan (D.0037)	<p>S: pasien tidak dapat dikaji</p> <p>O: TD: 110/85 mmHg, Nadi 70 x/i, nadi teraba normal, MAP: 85 mmHg, RR: 17 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaranpasien samnolent GCS E2 M4 V2, jalan napas bersih, pola napas reguler, Intake: 1200cc dan output 1250cc balance cairan = -50cc, Ureum : 40 mg/dl, Na+ : 140 mmol/L, Creatinin: 0,7 mg/dl, K+ : 4,0 mmol/L</p> <p>A:</p> <p>Masalah risiko ketidakseimbangan elektrolit teratasi P: Lanjutkan intervensi</p>	
4	Rabu/01-06-2022/21:00	Gangguan mobilitasfisik b/d penurunan kekuatan otot (D.0054)	<p>S: pasien masih belum bisa dikaji</p> <p>O: TD: 110/85 mmHg, Nadi 70 x/i, nadi teraba normal, MAP: 85 mmHg, RR: 17 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaranpasien samnolent GCS E2 M4 V2, jalan napas bersih, pola napas reguler, Intake: 1200cc dan output 1250cc balance cairan = -50cc</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>A:</p> <p>Masalah Gangguan mobilitas fisik belum teratasiP: Lanjutkan Intervensi:</p> <p>4.1 identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya</p> <p>4.2 identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan</p> <p>4.7 libatkan keluarga untuk membantu pasien dalammeningkatkan pergerakan</p> <p>4.8 jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi</p> <p>4.9 anjurkan melakukan mobilisasi dini ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindahdari tempat tidur ke kursi) rendah untuk jatuh</p>	

			<p>A:</p> <table border="0"> <tr> <td>Kriteria Hasil</td> <td>Skala</td> <td>Skala</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Awal</td> <td>Akhi</td> </tr> <tr> <td>Jatuh dari Tempat Tidur</td> <td>r 4</td> <td>5</td> </tr> </table> <p>Masalah Risiko jatuh teratasi P: Hentikan Intervensi:</p>	Kriteria Hasil	Skala	Skala		Awal	Akhi	Jatuh dari Tempat Tidur	r 4	5				
Kriteria Hasil	Skala	Skala														
	Awal	Akhi														
Jatuh dari Tempat Tidur	r 4	5														
6	Rabu/01-06-2022/21:00	<p>Risiko luka tekan d/d Skor Skala Braden &lt; 11 (D. 0144)</p>	<p>S: pasien masih belum dapat dikaji</p> <p>O: TD: 110/85 mmHg, Nadi 70 x/i, nadi teraba normal, MAP: 85 mmHg, RR: 17 x/i, Spo2 pasien 100%, Kesadaranpasien samnolent GCS E2 M4 V2, jalan napas bersih, pola napas reguler, Intake: 1200cc dan output 1250cc balance cairan = -50cc, nampak kulit pasien lembab dan berminyak setelah intervensi, dan teksturnya kenyal juga tidak kering, suhunya hangat 36°C dan tidak ada tanda-tanda dekubitus, skala braden 15 pasien berisiko rendah utnuk dekubitus</p> <p>A:</p> <table border="0"> <tr> <td>Kriteria Hasil Akhir</td> <td>Skala Awal Target</td> <td>Skala Suhu kulit</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Sensasi</td> <td>3</td> <td>5</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Tekstur</td> <td>3</td> <td>5</td> <td></td> </tr> </table> <p>Masalah Risiko Luka Tekan teratasiP: Hentikan intervensi.</p>	Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal Target	Skala Suhu kulit	3	Sensasi	3	5		Tekstur	3	5		
Kriteria Hasil Akhir	Skala Awal Target	Skala Suhu kulit	3													
Sensasi	3	5														
Tekstur	3	5														