

**DAFTAR LAMPIRAN**

**LAMPIRAN 1 ASUHAN KEPERAWATAN TN R DENGAN STROKE NON  
HEMORAGIK DI RUANGAN *INTERMEDIATE WARD*  
RSUD TARAKAN JAKARTA**

**A. Pengkajian**

UNIVERSITAS ESA UNGGUL	
 <p style="text-align: center;"><b>PENGAJIAN KEPERAWATAN DI RUANG INTENSIF</b></p>	<p>Nama : Tn R. R Tgl.Lahir : 15 Januari 1964 Usia : 58 Tahun JK : Laki-Laki No RM : 014**** Alamat : Ba** GG F2 No 12 RT 00*/00* Jakarta Pusat Cempaka Putih Pekerjaan : Karyawan Swasta Pendidikan : SMA</p>
Tgl Pengkajian : 25 Januari 2022	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Sumber data :</div> <div style="margin-left: 20px;">Ruangan : IW Tanggal masuk RS : 5 Januari 2022</div>
IDENTITAS PASIEN DAN KELUARGA	
Agama : <input type="checkbox"/> Hindu, <input checked="" type="checkbox"/> Islam, <input type="checkbox"/> Protestan, <input type="checkbox"/> Katolik, <input type="checkbox"/> Budha, <input type="checkbox"/> KonghuCu <input type="checkbox"/> Lainnya	
Pendidikan : <input type="checkbox"/> Belum Sekolah, <input type="checkbox"/> Paud, <input type="checkbox"/> TK, <input type="checkbox"/> SD, <input checked="" type="checkbox"/> SMP <input type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> PT	
Kewarganegaraan : <input checked="" type="checkbox"/> WNI, <input type="checkbox"/> WNA	
Nama PJ : Ny R M Jenis Kelamin : Perempuan	
Alamat : Ba** GG F2 No 12 RT 00*/00* Jakarta Pusat Cempaka Putih Hubungan : Anak	
RIWAYAT KESEHATAN	
<u>Alasan Masuk Rumah Sakit :</u> Pada tanggal 5 Januari 2022 pasien dirujuk dari RS Kramat 128 ke IGD RSUD Tarakan dengan diagnosa penurunan kesadaran disebabkan oleh kelumpuhan pada kedua anggota tubuh yang semakin memburuk. Pasien dibawah dengan keluhan tidak sadarkan diri sejak 5 jam sebelum masuk RSUD Tarakan. Keluarga mengatakan ebelumnya pasien bicara pelo, pasien memiliki riwayat stroke iskemik 1 tahun yang lalu.	
Pada tanggal 7 Januari 2022 Jam 22:10 , pasien dipindahkan ke ruangan ICU dengan diagnosa gagal nafas, stroke hemoragic, ICH + IVH	
Pada tanggal 8 Januari 2022 Jam 14.20 , pasien dibawa ke ruangan OK untuk dilakukan tindakan operasi craniotomy berhubungan dengan diagnosa intracerebral hemorrhage.	
Pada tanggal 8 Januari Jam 16:15, pasien selesai operasi dibawa ke ICU dengan keluhan penurunan kesadaran	
Pada tanggal 21 Januari 2022 , pasien dibawa ke ruangan IW dengan keluhan penurunan kesadaran	
<u>Diagnosa medis saat ini :</u> Post Craniotomy ec Stroke Hemoragic, Hipertensi, On Trakeostomi Dilatasi Perkutaneus (PDT)	
<u>Riwayat keluhan/penyakit saat ini di IW:</u> Pasien terlihat lemah, kesadaran somnolen, batuk berdahak, kelumpuhan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah	
<u>Riwayat penyakit terdahulu:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien pernah masuk RS di RS Rojak dengan riwayat stroke pada 1 tahun yang lalu, pasien direkomendasikan untuk operasi namun menolak, pasien tidak melanjutkan pengobatan medis, pasien melakukan pengobatan alternatif selama 1 tahun</li> </ol>	

2. Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi
3. Pasien memiliki ketergantungan terhadap rokok

**Riwayat penyakit keluarga :**

Keluarga pasien mengatakan, pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi

**PROSEDUR INVASIF**

1. Pasien terpasang CVC pada subclavia sebelah kanan dengan aliran cairan Hidromal : Valamin perbandingan 1:1 / 12 Jam menggunakan infus pump dengan kecepatan 20 tetes/menit
2. Terpasang Chateter Urine dengan output
3. Terpasang NGT
4. Terpasang monitor pasien

**KONTROL RESIKO INFEKSI**

Status :  tidak diketahui,  Suspect  diketahui :  MRSA,  TB,  Hepatitis B  tidak ada

Pneumonia :  tidak diketahui  diketahui:  HCAP,  HAP,  VAP  Covid-19

**KEADAAN UMUM**

Kesadaran :  Compos mentis,  Apatis,  Delirium  Somnolen,  Soporocoma,  Coma

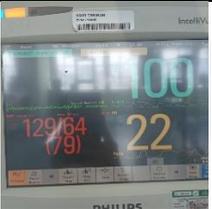
GCS : E : 4, M : 3, V 4

Antopometri : BB = 80 Kg, TB = 180 cm

IMT : 24,69 kg/m<sup>2</sup>

Skala nyeri : Dikaji dengan CCPOT

TTV

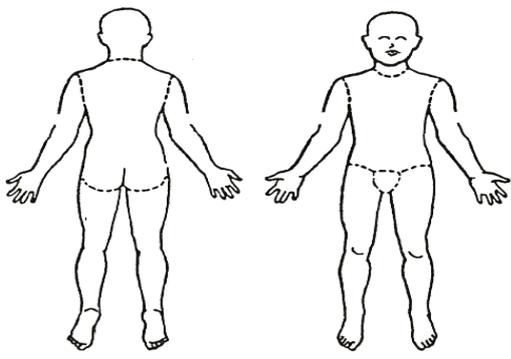
Jam/TTV	25/01/22, 12:00	26/01/22, 12:00	27/01/22 . 12:00	28/01/22 , 12:00	5/02/2022
TD	129/64 mmgh	115/75 mmhg	105/64 mmhg	95/59 mmhg	95/59 mmhg
HR	98 x/menit	115 x/menit	106 x/ menit	105 x/menit	100 x/menit
RR	22 x/menit	22x/menit	32 x/menit	20 x/menit	20 x /menit
S	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5
SpO2	100 %	100 %	90%	99 %	97 %
MAP	79	83	74	68	67
Gambar Monitor					

**PENGAJIAN NYERI**

**CCPOT (Critical Care Pain Observation Tool)**

Indikator	Skor	Deskripsi
Ekspresi wajah	Rileks, netral	0 Tidak terlihat adanya ketegangan otot
	Tegang	1 Merengut, menurunkan alis
	Meringis	2 Semua gerakan wajah sebelumnya ditambah kelopak mata tertutup rapat (pasien bisa juga dengan mulut terbuka atau menggigit tabung endotrakeal)
Gerakan tubuh	Adanya gerakan atau posisi normal	0 Tidak bergerak sama sekali (tidak selalu berarti tidak adanya rasa sakit) atau posisi normal (gerakan tidak ditujukan terhadap adanya lokasi nyeri atau tidak dibuat untuk tujuan perlindungan)
	Gerakan perlindungan	1 Lambat, gerakan hati-hati, menyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan
	Gelisah	2 Menarik tabung, mencoba untuk duduk, bergerak badan atau meronta-ronta, tidak mengikuti perintah, mencoba untuk bangun dari tempat tidur
Kepatuhan dengan ventilator (pasien diintubasi)	Toleran terhadap ventilator dan gerakan	0 Alarm tidak aktif, ventilasi mudah
	Batuk tapi masih toleran	1 Batuk, alarm mungkin aktif tapi berhenti secara spontan
	Melawan ventilator	2 Tidak sinkron : blocking ventilasi, alarm aktif secara terus menerus
vokalisasi (pasien diekstubasi)	Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara	0 Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara
	Mendesah, mengerang	1 Mendesah, mengerang

	Menangis terisak-isak	2	Menangis terisak-isak
Ketegangan otot	Rileks	0	Tidak resisten terhadap gerakan pasif
	Tegang	1	Resistan terhadap gerakan pasif
	Sangat tegang	2	Resisten kuat terhadap gerakan pasif
<b>Skor</b>	<b>Intepretasi</b>		<b>Skor</b>
0	Tidak Nyeri		0
1-2	Nyeri Ringan		1-3
3-4	Nyeri Sedang		4-6
5-6	Nyeri Berat		7-10
7-8	Nyeri Sangat Hebat		
<b>Interpretasi:</b> Tidak nyeri (0)			<b>Interpretasi:</b> Karena pasien penurunan kesadaran, maka skala nyeri menggunakan CCPOP
<b>SISTEM RESPIRASI DAN OKSIGENASI</b>	- Obstruksi jalan nafas : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya, penyebab: - Sesak nafas : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Apneu - Pemakaian alat bantu nafas: <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya, menggunakan Kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau kurang lebih 0,5 cc sekali batuk - Oksigen : Tidak menggunakan bantuan oksigen - Batuk : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya, frekuensi per 15 menit - Slem: : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya - Bentuk Dada : <input checked="" type="checkbox"/> Nomochest <input type="checkbox"/> Barrel Chest <input type="checkbox"/> Pigeon Chest <input type="checkbox"/> Funnel Chest - Nafas Cuping Hidung : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Retraksi dada : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Suprasternal <input type="checkbox"/> Substernal <input type="checkbox"/> Intercostal - Krepitasi: : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: - Chest tube thoraks: : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jumlah : - Jenis cairan : - Warna: - - Bunyi Nafas : <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Abnormal (ronchi)		
	<b>SISTEM KARDIOVASKULER</b>		
- Nadi: 98 x/mnt - Konjungtiva : <input type="checkbox"/> Anemis <input checked="" type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Hiperemis Perdarahan: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Riwayat pemakaian alat: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya: - Kulit: <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada masalah - Temperatur: <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin <input type="checkbox"/> Diaporesis - Iktus Cordis <input type="checkbox"/> Terlihat <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Iktus Kordir Teraba <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak - Batas Jantung <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pembesaran - Bunyi jantung: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (Murmur/Galop S3 / S4)* - Ekstremitas (CRT): <input checked="" type="checkbox"/> <2 dtk <input type="checkbox"/> >2dtk - Akral: <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin - Edema: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Terpasang NI Chiband/TR Band <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya			
<b>SISTEM GASTROINTESTINAL</b>			
- Makan: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral (NGT) <input type="checkbox"/> Parenteral Frekuensi: 6 x 1 porsi (susu) / hari - Minum: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral Frekuensi : 6 gelas (750-1000 cc) / hari, pro diet TKTP - Mual : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ya - Muntah: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, warna: - BAB: <input type="checkbox"/> Diare <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Konstipasi Warna: - Mulut & Faring: Mukosa <input type="checkbox"/> Lembab <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Lesi: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nodul: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Warna mukosa <input checked="" type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Pucat Lidah: <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor Warna: pink Lesi: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nodul: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Refleks menelan: <input type="checkbox"/> Baik <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji - Refleks mengunyah: <input type="checkbox"/> Baik <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji - Abdomen: Bentuk <input type="checkbox"/> Cembung <input checked="" type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung, Nyeri: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Bisung usus: 8 x/mnt - Massa abdomen <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: - Stoma: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya - Drain: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Jumlah cairan: cc, Warna			

<b>SISTEM MUSKULOSKELETAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Mobilitas: <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dibantu</li> <li>- Edema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Konsusio : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Laserasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Abrasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Dekubitus : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Luka bakar: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Sinsrom kompartemen/DVT: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Drop foot : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Kekuatan otot: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td></tr> </table> </li> <li>- Refleks: Bisep <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada</li> <li style="padding-left: 20px;">Trisep <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada</li> <li style="padding-left: 20px;">Brakioradialis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada,</li> <li style="padding-left: 20px;">Patella <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ada, kekuatan:</li> <li style="padding-left: 20px;">Achilles <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Ada, kekuatan:</li> <li style="padding-left: 20px;">Babinski <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Negatif <input type="checkbox"/> Positif</li> </ul>	1	1	1	1	
1	1					
1	1					
<b>SISTEM NEUROLOGI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesulitan bicara : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Kelemahan alat gerak: <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Tidak, Ya, area ekstermitas atas dan ekstermitas bawah</li> <li>- Terpasang EVD <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Jumlah cairan: cc, Warna: darah</li> <li>- Ukuran pupil : 3/3 mm (isokor/anisokor)* (normal/pin-point/midriasis/miosis)*</li> <li>- N I Pembauan : Tidak terkaji</li> <li>- N II : visus tidak dikaji</li> <li>- N II,IV,VI : gerakan mata +/-; rangsang cahaya : + . Paralisis pada kedua sisi otot okularis, penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di kedua sisi tubuh</li> <li>- N V : rangsang nyeri +</li> <li>- N VII: otot wajah kaku keseluruhan</li> <li>- NVIII: tidak dikaji</li> <li>- NIX-X: kesulitan membuka mulut</li> <li>- N XI: tidak dikaji</li> <li>- NXII: tidak dikaji</li> </ul>					
<b>SISTEM URO-GENITAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan pola BAK : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Frekuensi BAK : Terpasang kateter, diuresis 50 cc/jam kuning jernih</li> <li>- Terpasang alat bantu : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Stoma: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya urosromy/ne rostomy/Cystostomy)*</li> </ul>					
<b>SISTEM INTEGUMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna kulit : <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada masalah</li> <li>- Luka : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area:</li> <li>- Benjolan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Ukuran: cm</li> <li>- Suhu : <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin</li> </ul>					
<b>HYGIENE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas sehari-hari : <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dibantu</li> <li>- Penampilan : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor</li> <li>- Rambut : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor, Warna: Hitam</li> <li>- Mandi : 1 kali/hari dilap (dibantu)</li> <li>- Keramas : Terakhir SMRS</li> <li>- Sikat gigi : 1 kali/hari (dibantu)</li> <li>- Ganti pakaian : 1x/hari</li> <li>- Gunting kuku : belum pernah</li> </ul>					
<b>KONDISI PSIKOLOGI</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Masalah perkawinan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada : cerai / istri baru / siri / lain-lain :</li> <li>Mengalami kekerasan fisik : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada Mencederai diri/orang lain : <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak pernah</li> <li>Trauma dalam kehidupan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan :</li> <li>Gangguan tidur : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada :</li> <li>Konsultasi dengan psikologi/psikiater: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada</li> </ul>						
<b>SOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Status pernikahan <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Berceraai <input type="checkbox"/> Janda/duda</li> <li>Anak <input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada, jumlah anak: -</li> </ul>						

Pendidikan terakhir	<input type="radio"/> SD	<input checked="" type="radio"/> SMP	<input type="radio"/> SMA	<input type="checkbox"/> Akademi	<input type="checkbox"/> Sarjana	<input type="checkbox"/> Lainnya
Warganegara	<input checked="" type="radio"/> WNI	<input type="checkbox"/> WNA,				
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> PNS	<input checked="" type="radio"/> Swasta	<input type="checkbox"/> TNI/Polri	<input type="radio"/> Tidak bekerja (IRT)		
Pembiayaan kesehatan	<input type="checkbox"/> Biaya sendiri	<input checked="" type="radio"/> asuransi	<input type="checkbox"/> Perusahaan			
Tinggal bersama	<input type="radio"/> Istri	<input type="radio"/> Anak	<input type="radio"/> Orangtua	<input checked="" type="radio"/> Sendiri	<input type="checkbox"/> Lainnya	
Kebiasaan	<input checked="" type="radio"/> Merokok	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Lainnya Jenis dan jumlah per hari:-			
Budaya	: Betawi					
Agama	<input type="checkbox"/> Hindu	<input checked="" type="radio"/> Islam	<input type="checkbox"/> Budha	<input type="checkbox"/> Kristen	<input type="checkbox"/> Katolik	<input type="checkbox"/> Kong Hu cu <input type="checkbox"/> Lain-
Perlu Rohanian	<input checked="" type="radio"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	Jelaskan	lain		

**SKRINING NUTRISI DENGAN MST ( Malnutrisi Screening Tools)**

1. Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan? <b>(✓) Tidak</b> <input type="radio"/> Ya, bila ya berapa penurunan berat badan Anda? <input type="checkbox"/> 1 – 5 kg <input type="checkbox"/> 6 – 10 kg <input type="checkbox"/> 11 – 15 kg <input type="checkbox"/> > 15 kg <input type="radio"/> Tidak yakin	0 1 2 3 4 2	Total Skor Catatan : Nilai MST : <b>(✓) Risiko Rendah (MST = 0 – 1 )</b> <input type="radio"/> Risiko Sedang (MST = 2-3) <input type="radio"/> Risiko Tinggi (MST = 4 – 5) <i>Monitoring lebih lanjut dilakukan oleh Ahli Gizi.</i> <i>*Bila resiko rendah dilakukan skrining ulang setiap 7 hari</i> <i>*Bila resiko sedang dan tinggi dilakukan pengkajian gizi lebih lanjut oleh ahli gizi,</i> <i>*Bila Pasien resiko rendah dengan indikasi khusus yaitu DM, Gangguan ginjal, Jantung, TB, Paliatif, pediatric, geriatric, Gastro, Hipertensi, HIV, SARS, Flu Burung, Bedah/reseksi slauran cerna, penurunan imun, kanker dan Pasien tidak sadar dilakukan pengkajian oleh ahli gizi</i> <i>*Pasien dirawat di ruang intensif dilakukan pengkajian langsung oleh dr gizi klinik</i>
2. Apakah nafsu makan anda berkurang? <b>(✓)Tidak</b> <input type="radio"/> Ya	0 1	
3. Sakit Berat <input type="radio"/> Tidak <b>(✓) Ya</b>	0 1	
<b>Hasil Interpretasi: Pasien memiliki risiko rendah pada pengkajian skrining nutrisi</b>		

**PERHITUNGAN KALORI MENGGUNAKAN RUMUS MIFFLIN**

Basal Metabolic rate (BMR)

**Laki-laki = (10x 80 (kg)) + (6.25 x 180 (cm)) – (5x 58) + 5= kkal**

Perempuan = (10x BB (kg)) + (6.25 x TB (cm)) – (5x umur tahun) – 161= kkal

BMR Perempuan = (10x 46 kg) + (6.25 x 155 cm) – (5 x 44) -161= kkal

**BMR laki-laki = 800 + 1.125 – 290 + 5 = 1640 kkal**

Level Aktivitas Fisik	Nilai Level Aktivitas Fisik
Tidak aktif (tidak berolahraga sama sekali)	1.2
Cukup aktif (berolahraga 1-3x seminggu)	1.375
Aktif (berolahraga atau 3-5x seminggu)	1.55
Sangat aktif (berolahraga atau 6-7x seminggu)	1.725

**Total Energy Expenditure (TEE)**

**TEE = BMR x (level aktivitas fisik) = kkal**

**TEE = 516,125 kkal X 1.2 = 1.968 kkal**

**PENILAIAN RESIKO JATUH**

SKALA MORSE			
Factor resiko	Keterangan	Nilai	Skor
Riwayat jatuh yang baru atau dalam satu bulan terakhir	Tidak	0	0
	Ya	25	
Diagnosa Medis sekunder >1	Tidak	0	15
	Ya	15	
Alat bantu jalan	Bed Rest atau dibantu perawat	0	0
	Penopang tongkat/ walker	15	

	Berpegangan pada Furniture	30	
Terapi Intravena infus / Lock Heparin	Tidak	0	20
	Ya	20	
Cara berjalan dan berpindah	Normal / Bedrest / Immobilisasi	0	0
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
Status Mental	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	15
	Lupa / keterbatasan diri	15	
<b>Jumlah Skor Skala Morse</b>			<b>75</b>

**Kriteria Skala Morse**

Tingkat Resiko	Nilai MPS	Tindakan
Tidak beresiko	0 – 24	Perawatan dasar
Resiko Rendah	25 – 50	Intervensi jatuh standar
Resiko tinggi	≥ 50	Intervensi jatuh Resiko tinggi

Hasil Interpretasi: Pasien resiko tinggi jatuh

**PENGAJIAN PRESSURE ULCER**

**BRADEN SCALE**

	1	2	3	4	Skor
<b>Persepsi Sensori</b>	Keterbatasan Penuh	Sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	1
<b>Kelembaban</b>	Lembab terus menerus	Sangat lembab	Kadang-kadang lembab	Tidak ada lembab	2
<b>Aktivitas</b>	Ditempat tidur	Diatas kursi	Kadang-kadang berjalan	Sering berjalan	1
<b>Mobilisasi</b>	Tidak Dapat bergerak	Pergerakan sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	1
<b>Status Nutrisi</b>	Sangat Buruk	Tidak adekuat	Adekuat	Baik sekali	3
<b>Friksi/ Gesekan</b>	Bermasalah	Potensi bermasalah	Tidak ada masalah		2
<b>Total Skor</b>					<b>12</b>

Kesimpulan Tingkat risiko,

< 10= risiko sangat tinggi, 10 – 12= risiko tinggi, 13 – 14 = risiko sedang, 15 – 18= Berisiko, > 19= risiko rendah/ tidak berisiko

Interpretasi : Pasien dengan resiko tinggi

**ASESSMEN FUNSIONAL / BARTHEL INDEKS**

No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR	No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR
1	Mengontrol BAB	Inkontinen/tidak teratur (perlu enema)	0	6	Berpindah tempat dari tidur ke duduk	Tidak mampu	0
		Kadang-kadang inkontinen (1x seminggu)	1			Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	1
		Kontinen teratur	2			Bantuan minimal 1 orang	2
2	Mengontrol BAK	Inkontinen atau pakai kateter dan tak terkontrol	0	7	Mobilisasi/ berjalan	Mandiri	3
		Kadang-kadang inkontinen (max 1x24 jam)	1			Tidak mampu	0
		Mandiri	2			Bisa berjalan dengan kursi roda	1
3		Butuh pertolongan orang lain	0			Berjalan dengan bantuan satu	2

	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Mandiri	1			Mandiri	3
4	Penggunaan toilet, pegi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Tergantung pertolongan orang lain	0	8	Berpakaian (Memakai baju)	Tergantung orang lain	0
		Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas terapi, dapat mengerjakan sendiri beberapa aktivitas yang lain	1			Sebagian di bantu (mis: mengancing baju)	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
5	Makan	Tidak mampu	0	9	Naik-turun tangga	Tidak mampu	0
		Perlu seseorang menolong memotong makanan	1			Butuh pertolongan	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
	TOTAL		0	10	Mandi	Tergantung orang lain	0
						Mandiri	1

Kesimpulan skor :

- ( ) Mandiri 20      ( ) Ketergantungan ringan 12-19      ( ) Ketergantungan sedang 9-11  
 ( ) Ketergantungan berat 5-8      (v) Ketergantungan total 0-4

Hasil Interpretasi : Pasien memiliki tingkat ketergantungan total (0)

**EWS**

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Usia				<65			>65
Frekuensi Napas	<8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	>25
Saturasi Oksigen	<91	92 - 93	94 - 95	>96			
Suplementasi Oksigen		Ya		Tidak			
Tekanan Darah Sistolik	<90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			>220
Frekuensi nadi	<40		41 - 50	51 - 90	91 - 100	111 - 130	>131
Kesadaran				Alert			Somnolen Letargi Koma Gelisah
Suhu	<35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	>39,1	

Skor	Tingkat Risiko	Tingkat Kewaspadaan	Frekuensi Monitoring	Respons Klinis	Solusi
0	/		Setiap 12 jam (atau sekali tiap shift)	Monitoring rutin	/
1 - 4	Rendah	Kuning	Setiap 6 jam	Evaluasi oleh perawat	Pertahankan frekuensi monitoring / Tingkatkan frekuensi monitoring / Informasikan dokter
5 - 6 (atau skor 3 pada satu parameter)	Medium	Orange	Setiap 1 - 2 jam	Perawat menginformasikan dokter untuk melakukan evaluasi	Pertahankan terapi/ Sesuaikan rencana terapi/ Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Merah	Kontinyu	Perawat menginformasikan dokter untuk evaluasi kegawatan / Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team	Konsultasi onsite dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Hitam	Kontinyu	Pasien yang mengalami penyakit parah yang ireversibel dan sudah terminal serta menghadapi kematian seperti trauma otak ireversibel, gagal organ multipel ireversibel, penyakit ginjal atau paru kronis terminal, metastase tumor, dan sebagainya. Harus didiskusikan dengan DPJP untuk keputusan masuk ICU	

SKOR EWS = 8 ( Risiko Tinggi)

**PEMERIKSAAN PENUNJANG**

1. **Laboratorium**

Hasil Pemeriksaan tanggal 17 Januari 2022

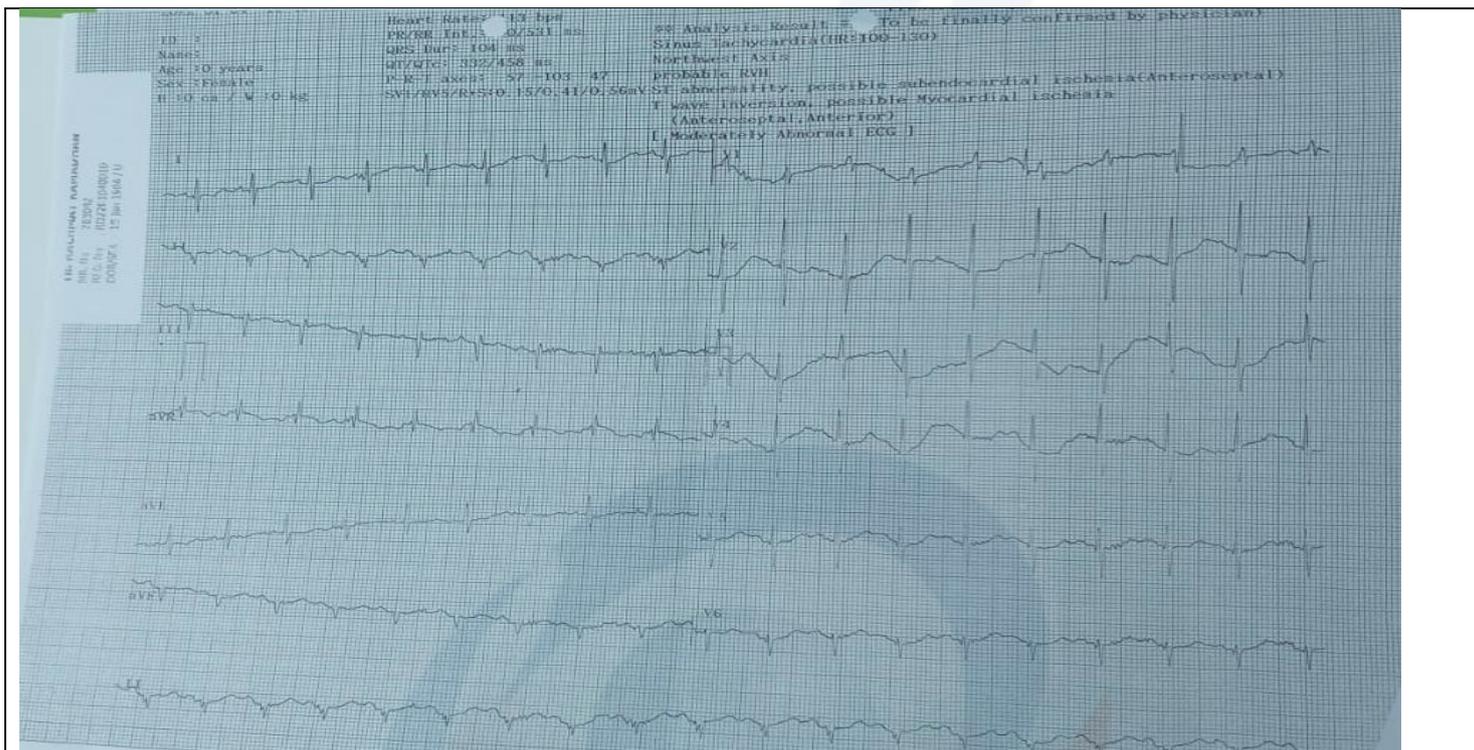
PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
Darah Rutin			
Hemoglobin	* 10.4	g/dL	14.0 - 16.0
Hematokrit	* 28.8	%	40.0 - 48.0
Eritrosit	* 3.41	10 <sup>6</sup> /μL	4.60 - 6.20
Leukosit	* 14.85	10 <sup>3</sup> /μL	5.00 - 10.00
Trombosit	* 527	10 <sup>3</sup> /μL	150 - 400
MCV	84.5	fL	82.0 - 92.0
MCH	30.5	pg	27.0 - 31.0
MCHC	36.1	g/dL	32.0 - 37.0
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Ureum	42	mg/dL	19 - 44
Kreatinin	0.7	mg/dL	0.6 - 1.3
<b>ELEKTROLIT</b>			
Elektrolit (Na, K, Cl)			
Natrium (Na)	* 134	mEq/L	135 - 150
Kalium (K)	4.0	mEq/L	3.6 - 5.5
Klorida (Cl)	98	mEq/L	94 - 111

Analisa Gas Darah	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
pH	* 7.589		7.350 - 7.450
p CO <sub>2</sub>	* 26.5	mm Hg	35.0 - 45.0
p O <sub>2</sub>	* 191.0	mm Hg	83 - 108
SO <sub>2</sub>	* 99.8	%	85 - 99
BE-ecf	* 3.7	mmol/L	-2 - 3
BE-b	5.0	mmol/L	
SBC	28.9	mmol/L	
HCO <sub>3</sub>	25.6	mmol/L	21.0 - 28.0
TCO <sub>2</sub>	26.4	mmol/L	23 - 27
A	* 113.7	mm Hg	128 - 229

Interpretasi : Asidosis metabolik terkompensasi total

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
a/A	1.7	mm Hg	
O <sub>2</sub> CT	14.4	mL/dL	
PO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	913.9		
Temperatur	37.0	°C	

2. EKG (15 Januari 2022)

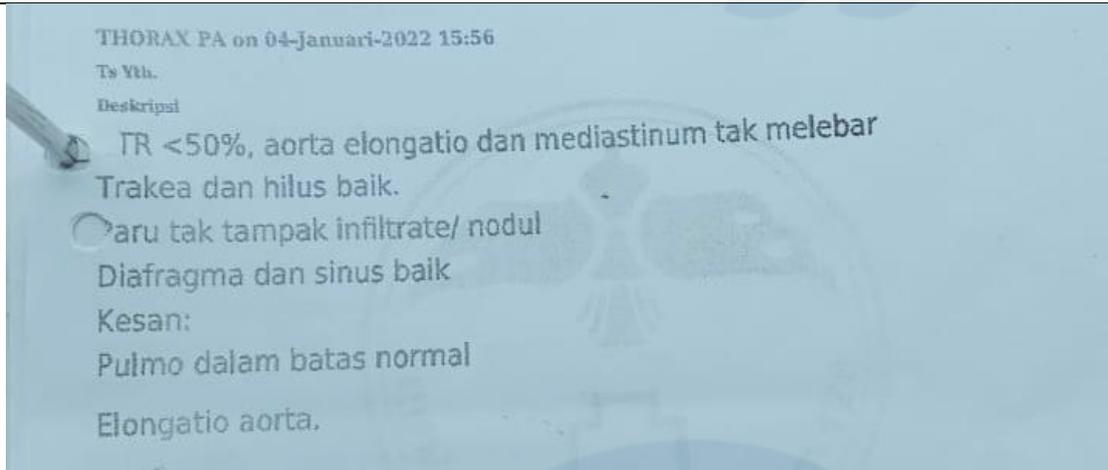


Hasil : Sinus Takikardia (HR 100-130)

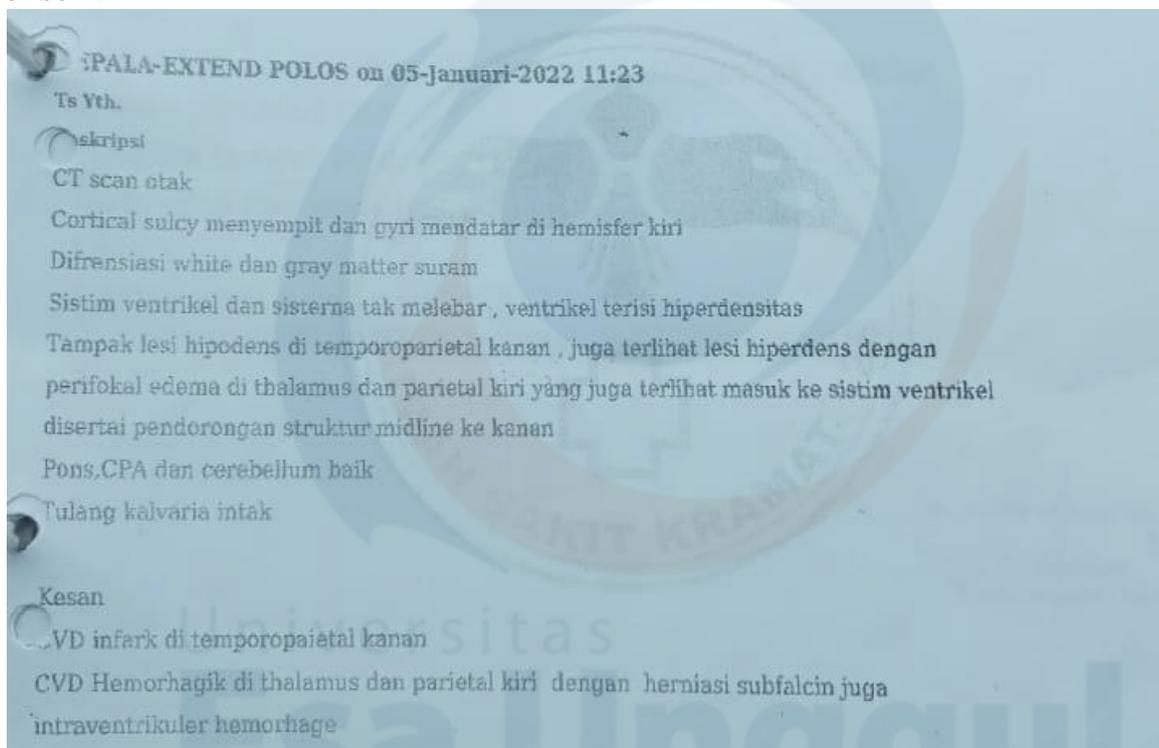
3. Hasil radiologi:

- Thorax (4 Januari 2022)

THORAX DITEMPAT on 04-Januari-2022 21:07  
 Yth.  
 Deskripsi  
 Rintung kesan baik, aorta dan mediastinum tak melebar  
 Trake dan hilus baik  
 Paru tak tampak infiltrat / nodul  
 Diafragma dan sinus baik  
 Kesan :  
 Cor dan pulmo dalam batas normal  
 Tip ETT setinggi. 2 korpus thorakal di atas karina



#### 4. CT SCAN



#### TERAPI

##### Nama terapi dan Dosis pemberian

- NAC 3x200 mg → mengencerkan dahak ketika terserang batuk berdahak.
- Amlodipin 1x10 mg → obat penghambat saluran kalsium yang digunakan untuk mengobati tekanan darah tinggi
- Citicolin 2 x 500 mg → mengatasi gangguan memori atau perilaku yang disebabkan oleh penuaan, stroke, atau cedera kepala. Meningkatkan aliran darah dan konsumsi oksigen di otak.
- Combivent : NS 3% / 8 jam → meredakan dan mencegah munculnya gejala akibat penyempitan saluran pernapasan
- Omeprazole 40 mg (2x40mg) → bekerja mengurangi jumlah asam lambung dengan menghambat proton pump. Proton pump adalah tahap terakhir produksi asam lambung
- Fluconazole 2 x 200 mg → untuk mengobati penyakit akibat infeksi jamur
- Ampicilin Sulb 2x1,5 gr → untuk mencegah dan mengobati sejumlah infeksi bakteri

#### KEBUTUHAN EDUKASI

1. Apa yang keluarga ketahui tentang penyakit pasien : keluarga mengetahui pasien terkena penyakit stroke
2. Informasi apa yang ingin diketahui/ diperlukan oleh keluarga : perawatan pasien di rumah
3. Siapa dari keluarga yang akan ikut terlibat dalam perawatan Pasien selanjutnya : Adik Ipar pasien

4.  
**PERENCANAAN PULANG (DISCHARGE PLANING)**

Tempat tinggal Pasien setelah pulang: Tidak terdapat direkam medis

No	Kriteria Pasien	Ya	Tidak	Ket
1	Usia diatas 70 tahun		✓	Berusia 58 Tahun
2	Pasien tinggal sendiri	✓		Sebelum masuk rumah sakit , pasien tinggal sendiri untuk bekerja, setelah sakit, pasien tinggal dengan keluarganya
3	Tempat tinggal Pasien memiliki tangga	✓		Keluarga pasien mengatakan rumah lantai 2
4	Memerlukan perawatan lanjutan di rumah	✓		Pasien memerlukan perawatan total karena rencana rawat dengan penyakit stroke
5	Memiliki keterbatasan kemampuan merawat diri	✓		
6	Pasien pulang dengan jumlah obat lebih dari 6 jenis/macam obat	✓		
7	Kesulitan gerak/ mobilitas	✓		
8	Memerlukan alat bantu	✓		
9	Memerlukan pelayanan medis	✓		
10	Memerlukan pelayanan keperawatan	✓		
11	Memerlukan bantuan dalam kehidupan sehari-hari	✓		
12	Riwayat sering menggunakan fasilitas gawat darurat	✓		

**ORIENTASI PASIEN BARU (diberikan penjelasan mengenai)**

Lokasi ruangan : (✓) ya ( ) tidak      Keamanan ruangan : (✓) ya ( ) tidak  
 Tata tertib ruangan : (✓) ya ( ) tidak      Waktu dokter visite : (✓) ya ( ) tidak  
 Jam berkunjung : (✓) ya ( ) tidak      Administrasi awal : (✓) ya ( ) tidak  
 Fasilitas ruangan : (✓) ya ( ) tidak      Rencana perawatan : (✓) ya ( ) tidak  
 Hak dan kewajiban : (✓) ya ( ) tidak

**DATA FOKUS**

Data Subyektif	Data Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dibawa dengan keluhan tidak sadarkan diri sejak 5 jam sebelum masuk RSUD Tarakan.</li> <li>- Keluarga mengatakan sebelumnya pasien bicara pelo</li> <li>- Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien memiliki riwayat stroke iskemik 1 tahun yang lalu.</li> <li>- Pasien pernah masuk RS di RS Rojak dengan riwayat stroke pada 1 tahun yang lalu</li> <li>- Pasien direkomendasikan untuk operasi namun menolak, pasien tidak melanjutkan pengobatan medis, pasien melakukan pengobatan alternatif selama 1 tahun</li> <li>- Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi</li> <li>- Pasien memiliki ketergantungan terhadap rokok</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen,</li> <li>- Pemeriksaan GCS : E : 4, M : 3 , V 4</li> <li>- Pasien terlihat batuk berdahak</li> <li>- Pasien mengalami kelumpuhan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah</li> <li>- Pasien terpasang CVC pada subclavia sebelah kanan dengan aliran cairan Hidromal : Valamin perbandingan 1:1 / 12 Jam menggunakan infus pump dengan kecepatan 20 tetes/menit</li> <li>- Pasien Terpasang Chateter Urine dengan output</li> <li>- Pasien Terpasang NGT , Frekuensi: 6 x 1 porsi (diet gizi) / hari</li> <li>- Pasien Terpasang monitor pasien</li> <li>- Bunyi nafas abnormal , terdengar ronchi</li> <li>- Pasien menggunakan Kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau kurang lebih 0,5 cc sekali batuk</li> <li>- Pasien terlihat batuk frekuensi per 30 menit</li> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> <li>- Tidak ada reflex bisep, trisep, bradioradialis</li> <li>- N II,IV,VI : gerakan mata +/-; rangsang cahaya : + . Paralisis pada kedua sisi otot okularis, penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di kedua sisi tubuh</li> <li>- N V : rangsang nyeri + , penurunan kemampuan gerakan mengunyah</li> <li>- NIX-X: kesulitan membuka mulut</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemeriksaan Skala Morse Pasien resiko tinggi jatuh</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hemoglobin : 10,4 g/dL</li> <li>- Hematokrit : 28,8%</li> <li>- Eritrosit : 3,41 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>- Trombosit : 527 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>- Leukosit 14,85 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>- PH 7,589</li> <li>- pCO<sub>2</sub> : 26,5 mmhg</li> <li>- pO<sub>2</sub> : 191, mmhg</li> <li>- HCO<sub>3</sub> : 25,6 mmol/L</li> <li>- Balance cairan -300 cc</li> <li>- Hasil EKG : Sinus Takikardia</li> <li>- Hasil CT Scan Otak : CVD Infark di tempoparietal kanan dan CVD Hemoragik di thalamus dan parietal kiri dengan herniasi subfalcin juga intraventriculer hemor</li> </ul>
--	---

**ANALISA DATA**

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dibawa dengan keluhan tidak sadarkan diri sejak 5 jam sebelum masuk RSUD Tarakan</li> <li>- Pasien pernah masuk RS di RS Rojak dengan riwayat stroke pada 1 tahun yang lalu</li> <li>- Pasien direkomendasikan untuk operasi namun menolak, pasien tidak melanjutkan pengobatan medis, pasien melakukan pengobatan alternatif selama 1 tahun</li> <li>- Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi</li> <li>- Pasien memiliki ketergantungan terhadap rokok</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen,</li> <li>- Pemeriksaan GCS : E : 4, M : 3, Vett</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- N II,IV,VI : Paralisis pada kedua sisi otot okularis, penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di kedua sisi tubuh</li> <li>- N V : Penurunan kemampuan</li> </ul>	<p>Masa trombotoplastin parsial serum abnormal, kardiomiopati dilatasi dan embolisme</p>	<p>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak</p>

	<p>gerakan mengunyah</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- NIX-X: kesulitan membuka mulut</li> <li>- Pemeriksaan analisa gas darah : Asidosis Metabolik Terkompensasi Total</li> <li>- Hasil EKG : Sinus Takikardia</li> <li>- Hasil CT Scan Otak : CVD Infark di tempoparietal kanan dan CVD Hemoragik di thalamus dan parietal kiri dengan herniasi subfalcin juga intraventrikuler hemor</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi</li> </ul>		
2.	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat batuk berdahak</li> <li>- Bunyi nafas abnormal , terdengar ronchi</li> <li>- Pasien menggunakan Kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau kurang lebih 0,5 cc sekali batuk</li> <li>- Pasien terlihat batuk frekuensi per 30 menit</li> </ul>	Sputum berlebihan	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
3.	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami kekakuan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah</li> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> <li>- Tidak ada reflex bisep, trisep, bradioradialis</li> <li>- Pasien terpasang CVC pada subclavia sebelah kanan dengan aliran cairan Hidromal : Valamin perbandingan 1:1 / 12 Jam menggunakan infus pump dengan kecepatan 20 tetes/menit</li> <li>- Pasien Terpasang Chateter Urine dengan output</li> <li>- Pasien Terpasang monitor pasien</li> <li>-</li> </ul>	Penyakit neuromuskular	Hambatan mobilitas fisik
4	<p>DS : DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat berbaring di</li> </ul>	Tekanan pada tonjolan tulang	Risiko kerusakan integritas kulit

	<p>atas tempat tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengalami kekakuan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah</li> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen,</li> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko decubitus tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> </ul>		
5	<p>DS :</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat berbaring di atas tempat tidur</li> <li>- Pasien mengalami kekakuan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah</li> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> </ul>	Hambatan muskuloskeletal	Defisit Perawatan Diri
7	<p>DS :-</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemeriksaan Skala Morse Pasien resiko tinggi jatuh</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hasil CT Scan Otak : CVD Infark di tempoparietal kanan dan CVD Hemoragik di thalamus dan parietal kiri</li> </ul>	Faktor resiko , penurunan kekuatan ekstrimitas bawah, hambatan mobilitas fisik	Resiko Jatuh

	dengan herniasi subfalcin juga intraventrikuler hemor		
	- Kekuatan otot 1 1 1 1		

**MASALAH KEPERAWATAN (Diurutkan berdasarkan prioritas masalah)**

1. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan masa tromboplastin parsial serum abnormal, kardiomiopati dilatasi dan embolisme
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penyakit neuromuskular
3. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tekanan pada tonjolan tulang
4. Defisit perawatan diri – makan berhubungan dengan hambatan muskuloskeletal
5. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas berhubungan dengan sputum berlebihan
6. Resiko Jatuh berhubungan dengan faktor resiko , penurunan kekuatan ekstrimitas bawah, hambatan mobilitas fisik

## NURSING CARE PLAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi
1	Perfusi jaringan cerebral tidak efektif b/d gangguan transport O <sub>2</sub> , gangguan aliran arteri dan vena DO <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan status mental</li> <li>• Perubahan perilaku</li> <li>• Perubahan reaksi pupil</li> <li>• Kesulitan menelan</li> <li>• Kelemahan atau paralisis ekstremitas</li> <li>• Abnormalitas bicara</li> </ul>	Setelah dilakukan asuhan selama 3 x 24 jam resiko ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan systole dan diastole dalam kisaran normal</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah dalam kisaran normal</li> <li>- Penurunan kesadaran tidak ada</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kognisi terganggu</li> </ul>	NIC : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertahankan parameter hemodinamika</li> <li>• Berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Monitor kejang, TIK, tingkat hematokrit, elektrolit dan glukosa darah</li> <li>• Tinggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Monitor level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Monitor MAP</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui gangguan pada perfusi jaringan</li> <li>2. Hipertensi dapat menjadi faktor pencetus</li> <li>3. Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi serebral</li> <li>4. Aktivitas yang kontinu dapat meningkatkan TIK</li> <li>5. Menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral</li> <li>6. Meningkatkan aliran darah serebral</li> </ol>
6	Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Disfungsi neuromuscular</li> <li>• Sekresi tertahan,</li> </ul> DS:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan keefektifan bersihan jalan nafas dibuktikan dengan kriteria hasil :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.</li> <li>• Berikan O<sub>2</sub></li> <li>• Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>• Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Auskultasi suara nafas, catat adanya suara</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui status kondisi pernafasan pasien</li> <li>2. Untuk mengetahui status kondisi pernafasan pasien</li> <li>3. Membantu memberikan suplai kebutuhan oksigen pasien</li> <li>4. Untuk mengencerkan dahak</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneu</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Penurunan suara nafas</li> <li>• Orthopneu</li> <li>• Cyanosis</li> <li>• Kelainan suara nafas (rales, wheezing)</li> <li>• Kesulitan berbicara</li> <li>• Batuk, tidak efektif atau tidak ada</li> <li>• Produksi sputum</li> <li>• Gelisah</li> </ul> <p>Perubahan frekuensi dan irama nafas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dispneu (mampu mengeluarkan sputum, bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>- Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang penyebab.</li> <li>- Saturasi O<sub>2</sub> dalam batas normal</li> </ul>	<p>tambahan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan bronkodilator</li> <li>• Monitor status hemodinamik</li> <li>• Berikan antibiotik</li> <li>• Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>• Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>• Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O<sub>2</sub>, Inhalasi.</li> </ul>	<p>dan melancarkan bersihan jalan nafas</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Untuk mengetahui status kondisi pernafasan pasien</li> </ol>
4	<p>Hammbatan mobilitas fisik Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler</li> <li>• Kerusakan persepsi sensori</li> <li>• Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler</li> <li>• Penurunan kekuatan otot,</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> </ul>	<p>NIC : Exercise therapy : ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui tingkat aktivitas klien</li> <li>2. Menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan</li> <li>3. Meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi</li> <li>4. Meningkatkan aliran balik ven</li> <li>5. Untuk meningkatkan spastisitas pada ekstremitas yang terganggu</li> <li>6. Meningkatkan distribusi merata berat badan menurunkan tekanan</li> </ol>

	kontrol dan atau masa <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan merubah posisi</li> </ul>			tulangtulang tertentu
3	<b>Resiko Gangguan Integritas Kulit</b>  Faktor-faktor risiko: <b>Eksternal :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restraint)</li> <li>- Immobilitas fisik</li> <li>- Usia yang ekstrim</li> <li>- Kelembaban kulit</li> </ul> <b>Internal :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan status metabolik</li> <li>- Tulang menonjol</li> <li>- Defisit imunologi</li> <li>- Berhubungan dengan dengan perkembangan</li> <li>- Perubahan sensasi</li> </ul>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko kerusakan integritas kulit pasien teratasi dengan kriteria hasil: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit</li> </ul>	<b>NIC : Pressure Management</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>• Hindari kerutan padaa tempat tidur</li> <li>• Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>• Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</li> <li>• Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> <li>• Monitor status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Jaga kebersihan alat tenun</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kulit bisa lembap dan mungkin merasa tidak dapat beristirahat atau perlu untuk bergerak</li> <li>2. Menurunkan terjadinya risiko infeksi pada bagian kulit</li> <li>3. Cara pertama untuk mencegah terjadinya infeksi</li> <li>4. Mencegah terjadinya komplikasi selanjutnya</li> <li>5. Mengetahui perkembangan terhadap terjadinya infeksi kulit</li> <li>6. Menurunkan pemajanan terhadap kuman infeksi pada kulit</li> <li>7. Menurunkan risiko terjadinya infeksi</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan status nutrisi (obesitas, kekurusan)</li> <li>- Perubahan pigmentasi</li> <li>- Perubahan sirkulasi</li> <li>- Perubahan turgor (elastisitas kulit)</li> </ul>	normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> <li>Monitor serum albumin dan transferin</li> </ul>	
7	<p>Defisit perawatan diri</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerusakan musculoskeletal</li> <li>• Kerusakan neuromuscular</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan untuk mandi</li> <li>• Ketidakmampuan untuk berpakaian</li> <li>• Ketidakmampuan untuk makan</li> <li>• Ketidakmampuan untuk toileting</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam defisit perawatan diri teratas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari bau badan</li> <li>- Menunjukkan kenyamanan terhadap untuk melakukan ADLs</li> <li>- Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</li> </ul>	<p>NIC : Self Care assistane : ADLs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> <li>• Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</li> <li>• Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</li> <li>• Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjaga kebersihan diri klien</li> <li>2. Menjaga kebersihan diri klien</li> <li>3. Menjaga kebersihan klien</li> <li>4. Menjaga kebersihan kuku klien</li> </ol> <p>Memberikan rasa nyaman kepada klien</p> <p>Menjaga kebersihan diri klien.</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</li> <li>• Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.</li> </ul>	
8	Resiko Jatuh berhubungan dengan faktor resiko, penurunan kekuatan ekstremitas bawah, hambatan mobilitas fisik	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko jatuh pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kejadian jatuh tidak ada</li> <li>- Mengenal tanda dan gejala yang mengindikasikan faktor resiko</li> <li>- Mampu melakukan strategi dalam mengontrol faktor resiko tanpa bantuan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>• Monitor kadar glukosa darah</li> <li>• Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliuria, polidipsia, polifagia, kelemahan pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>• Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan)</li> <li>• Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>• Ajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral)</li> <li>• Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</li> <li>• Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</li> <li>• Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</li> <li>• Jelaskan interaksi antara diet, insulin oral, dan olahraga</li> <li>• Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengetahui tingkat kerentanan terhadap jatuh</li> <li>• Meminimalkan cedera</li> <li>• Memfasilitasi keamanan</li> <li>• Meminimalkan resiko cedera</li> </ul>

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN				
No	Diagnosis	Implementasi (Hari,Jam)	Respon Pasien ( S&O)	TTD
1	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d oksigen otak menurun	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul> <p>Kamis, 27 Januari 2022, pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul> <p>Jumat, 28 Januari 2022, pukul 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> </ul>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 26/01/2022 : TD 115/75 mmhg, HR : 115 x/menit, R: 22x/menit, suhu : 36,5. Saturasi 100 %. MAP : 83</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Menerima obat Pemberian obat Amlodipin 1x10 mg, Citicolin 2 x 500 mg</li> </ul> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 27/01/2022 : TD 95/59 mmhg, HR 105 x/menit, R : 20 x/menit, Suhu : 36,5, Saturasi Oksigen 99 %</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Menerima obat Pemberian obat Amlodipin 1x10 mg, Citicolin 2 x 500 mg</li> </ul> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 27/01/2022 : TD 95/59 mmhg, HR 100 x/menit, R : 20 x/menit, Suhu : 36,5, Saturasi Oksigen 100 % nnn</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menerima obat Pemberian obat Amlodipin 1x10 mg, Citicolin 2 x 500 mg</li> </ul>			
2	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d Sekresi yang tertahan ditandai dengan sputum berlebih.	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.</li> <li>• Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>• Mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Mendengarkan suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>• Memberikan Combivent : NS 3% / 8 jam, Fluconazole 2 x 200 mg dan Ampicilin Sulb 2x1,5</li> <li>• Memantau status hemodinamik</li> <li>• Memberikan antibiotik</li> <li>• Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Memantau respirasi dan status O2</li> <li>• Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>• Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O2, Inhalasi.</li> </ul> <p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi nafas ronchi</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas trakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau kental</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> <li>- R: 22x/menit</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi nafas ronchi</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas trakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau kental</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> <li>- R : 20 x/menit</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.</li> <li>• Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>• Mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Mendengarkan suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>• Memberikan Combivent : NS 3% / 8 jam, Fluconazole 2 x 200 mg dan Ampicilin Sulb 2x1,5</li> <li>• Memantau status hemodinamik</li> <li>• Memberikan antibiotik</li> <li>• Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Memantau respirasi dan status O2</li> <li>• Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>• Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O2, Inhalasi.</li> </ul> <p>Rabu, 28 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.</li> <li>• Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>• Mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Mendengarkan suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>• Memberikan Combivent : NS 3% / 8 jam, Fluconazole 2 x 200 mg dan Ampicilin Sulb</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi nafas ronchi</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas trakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau muda</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> <li>- R : 20 x/menit</li> </ul>		
--	--	---	--	--	--

		<p>2x1,5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau status hemodinamik</li> <li>• Memberikan antibiotik</li> <li>• Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Memantau respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>• Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>• Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O<sub>2</sub>, Inhalasi.</li> </ul>				
3	Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskuler	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul> <p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau vital sign sebelum/ sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring di atas matras bulat</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring di atas matras bulat</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul> <p>Rabu, 28 Januari 2022 , pukul 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring di atas matras bulat</li> </ul>			
4	Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : tirah baring lama	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> </ul>	<p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Menggunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Memantau kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Menjaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul> <p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> </ul>	<p>oleh perawat, kulit bersih dan kering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul> <p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan kering</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Menggunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Memantau kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Menjaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul> <p>Rabu, 28 Januari 2022 , pukul 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Menggunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul> <p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan kering</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--

		<p>Skala Norton)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Menjaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul>			
5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul> <p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul> <p>Rabu, 28 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> <li>- Kuku pendek dan rapi</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laken bersih</li> <li>- Kuku bersih dan rapi</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> </ul>		
EVALUASI					
No	Tujuan Keperawatan	Evaluasi (SOAP)		TTD	
1	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali normal</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sakit kepala berkurang bahkan hilang dan merasa nyaman</li> <li>- Ekstremitas klien dapat kembali digerakkan sesuai kemampuan</li> <li>- Tanda-tanda vital normal</li> <li>- Tingkat kesadaran compos mentis.</li> </ul>	<p><b>Subjektif</b> : - (Tidak ada respon karena pasien mengalami penurunan kesadaran)</p> <p><b>Objektif</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal</li> <li>- TD : 95/59 mmhg , MAP 67</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran Somnolen</li> <li>- Tidak ada kejang</li> <li>- Menunjukkan konsentrasi dan orientasi</li> </ul> <p><b>Analisa</b> Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>- Memantau MAP</li> <li>- Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>- Memantau kejang</li> <li>- Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>- Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul>	
2	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan bersihan jalan napas teratasi.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk efektif meningkat</li> <li>- Produksi sputum menurun</li> <li>- Ronchi menurun</li> <li>- Dyspnea menurun</li> <li>- Gelisah menurun.</li> <li>- Frekuensi nafas membaik.</li> <li>- Pola nafas membaik</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suara nafas ronchi</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas ttrakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau muda</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> </ul> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan kebutuhan tracheal suctioning.</li> <li>- Berikan O<sub>2</sub> 5 liter per menit menggunakan nasal kanul</li> <li>- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>- Berikan bronkodilator</li> <li>- Monitor status hemodinamik</li> <li>- Berikan antibiotik</li> <li>- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>- Monitor respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>- Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>- Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O<sub>2</sub>, Inhalasi.</li> </ul>	
3	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan mobilitas fisik teratasi</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien belum meningkat dalam aktivitas fisik</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat beraktivitas sesuai kemampuan</li> <li>- Tidak ada kontraktur otot,</li> <li>- Tidak terjadi penyusutan otot</li> <li>- Ekstremitas dapat digerakkan sesuai kemampuan</li> </ul>	<p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>• Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li>• Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul>		
4	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Tidak ada tanda tanda infeksi</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p>		

		<p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>• Hindari kerutan padaa tempat tidur</li> <li>• Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>• Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan</li> <li>• Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> <li>• Monitor status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Jaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul>		
5	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri klien meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak segar</li> <li>- Klien tampak bersih, rapi</li> <li>- Nafas tidak berbau</li> <li>- Kuku pendek dan rapi</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari bau badan</li> <li>- Menunjukkan kenyamanan untuk melakukan ADLs</li> <li>- Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</li> </ul> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji perawatan diri klien</li> <li>• Membantu kebersihan dan kebutuhan klien</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu klien dalam personal hygiene</li> <li>• Membantu klien untuk mengganti laken</li> <li>• Membantu memandikan klien</li> </ul>	
6	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko jatuh pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kejadian jatuh tidak ada</li> <li>- Mengetahui tanda dan gejala yang mengindikasikan faktor resiko</li> <li>- Mampu melakukan strategi dalam mengontrol faktor resiko tanpa bantuan</li> </ul>	<p>Subjektif : - (Tidak ada respon karena pasien mengalami penurunan kesadaran)</p> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kejadian jatuh tidak ada</li> <li>• Pasien mampu mengenal tanda dan gejala yang mengindikasikan faktor resiko</li> <li>• Pasien mampu melakukan strategi dalam mengontrol faktor resiko tanpa dibantu</li> </ul> <p>Analisa Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>Planning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kebutuhan keamanan pasien dari fisik, fungsi kognitif dan kebiasaan perilaku pasien.</li> <li>• Identifikasi bahaya keselamatan pasien di lingkungan (ex: fisik, biologis, kimia).</li> <li>• Hilangkan risiko dari lingkungan jika memungkinkan.</li> <li>• Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko dan bahaya.</li> <li>• Menyediakan alat adaptif (ex: Alat untuk melangkah dan pegangan tangan) untuk meningkatkan keamanan dari lingkungan.</li> <li>• Gunakan alat pelindung (mis. Pegangan samping, pintu tertutup, gerbang) untuk keterbatasan mobilitas fisik.</li> <li>• Monitor lingkungan untuk mengubah status keamanan.</li> </ul>	



TTV

Jam/TTV	25/01/22, 12:00	26/01/22, 12:00	27/01/2022	28/01/2022	5/2/2022
TD	199/77	130/68 mmhg	107/50 mmhg	105/65	105/65
HR	108 x/menit	98 x/menit	112 x /menit	93x/menit	91 x/menit
RR	20 x/menit	21 x/menit	19 x /menit	20 x/menit	18 x/menit
S	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5
SpO2	100 %	100 %	100%	100%	100%
MAP	105	84	64	68	68
Monitor					

**PENGAJIAN NYERI**

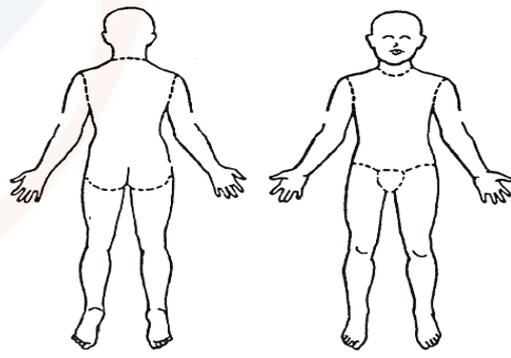
**CCPOT (Critical Care Pain Observation Tool)**

Indikator	Skor	Deskripsi
Ekspresi wajah	Rileks, netral	0 Tidak terlihat adanya ketegangan otot
	Tegang	1 Merengut, menurunkan alis
	Meringis	2 Semua gerakan wajah sebelumnya ditambah kelopak mata tertutup rapat (pasien bisa juga dengan mulut terbuka atau menggigit tabung endotrakeal)
Gerakan tubuh	Adanya gerakan atau posisi normal	0 Tidak bergerak sama sekali (tidak selalu berarti tidak adanya rasa sakit) atau posisi normal (gerakan tidak ditujukan terhadap adanya lokasi nyeri atau tidak dibuat untuk tujuan perlindungan)
	Gerakan perlindungan	1 Lambat, gerakan hati-hati, menyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan
	Gelisah	2 Menarik tabung, mencoba untuk duduk, bergerak badan atau meronta-ronta, tidak mengikuti perintah, mencoba untuk bangun dari tempat tidur
Kepatuhan dengan ventilator (pasien diintubasi)	Toleran terhadap ventilator dan gerakan	0 Alarm tidak aktif, ventilasi mudah
	Batuk tapi masih toleran	1 Batuk, alarm mungkin aktif tapi berhenti secara spontan
	Melawan ventilator	2 Tidak sinkron : blocking ventilasi, alarm aktif secara terus menerus
vokalisasi (pasien diektubasi)	Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara	0 Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara
	Mendesah, mengerang	1 Mendesah, mengerang
	Menangis terisak-isak	2 Menangis terisak-isak
Ketegangan otot	Rileks	0 Tidak resisten terhadap gerakan pasif
	Tegang	1 Resistan terhadap gerakan pasif
	Sangat tegang	2 Resisten kuat terhadap gerakan pasif

Skor	Intepretasi
0	Tidak Nyeri
1-2	Nyeri Ringan
3-4	Nyeri Sedang
5-6	Nyeri Berat
7-8	Nyeri Sangat Hebat
<b>Interpretasi:</b> Tidak nyeri (0)	

Skor	Intepretasi
0	Tidak Nyeri
1-3	Nyeri Ringan
4-6	Nyeri Sedang
7-10	Nyeri Berat
<b>Interpretasi:</b> Karena pasien penurunan kesadaran, maka skala nyeri menggunakan CCPOT	

<b>SISTEM RESPIRASI DAN OKSIGENASI</b>	- Obstruksi jalan nafas : (✓) Tidak ( ) Ya, penyebab:
	- Sesak nafas : (✓) Tidak ( ) Ya <input type="checkbox"/> Apneu
	- Pemakaian alat bantu nafas: (✓)Tidak ( ) Ya
	- Oksigen : Nasal Kanul 4 liter/menit
	- Batuk : (✓) Tidak ( ) Ya
	- Slem: : (✓)Tidak ( )Ya
	- Bentuk Dada : (✓) Nomochest <input type="checkbox"/> Barrel Chest <input type="checkbox"/> Pigeon Chest <input type="checkbox"/> Funnel Chest
	- Nafas Cuping Hidung : (✓)Tidak ( )Ya
	- Retraksi dada : (✓)Tidak ada <input type="checkbox"/> Suprasternal ( ) Substernal ( ) Intercostal
	- Krepitasi: : (✓)Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area:
- Chest tube thoraks: : (✓)Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jumlah : - Jenis cairan : - Warna: -	
- Bunyi Nafas : (✓)Normal ( )Abnormal	

<b>SISTEM KARDIOVASKULER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi: 98 x/mnt</li> <li>- Konjungtiva : <input type="checkbox"/> Anemis <input checked="" type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Hiperemis Perdarahan: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Riwayat pemakaian alat: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya:</li> <li>- Kulit: <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada masalah</li> <li>- Temperatur: <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin <input type="checkbox"/> Diaporesis</li> <li>- Iktus Cordis <input type="checkbox"/> Terlihat <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Iktus Kordir Teraba <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Batas Jantung <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pembesaran</li> <li>- Bunyi jantung: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (Murmur/Galop S3 / S4)*</li> <li>- Ekstremitas (CRT): <input checked="" type="checkbox"/> &lt;2 dtk <input type="checkbox"/> &gt;2dtk</li> <li>- Akral: <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin</li> <li>- Edema: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Terpasang NI Chiband/TR Band <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> </ul>				
<b>SISTEM GASTROINTESTINAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Makan: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral (NGT) <input type="checkbox"/> Parenteral Frekuensi: 6 x 1 porsi (diet gizi) / hari</li> <li>- Minum: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral Frekuensi : 6 gelas (750-1000 cc) / hari, dengan diet DM</li> <li>- Mual : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Muntah: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, warna:</li> <li>- BAB: <input type="checkbox"/> Diare <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Konstipasi Warna: Belum BAB selama 2 hari</li> <li>- Mulut &amp; Faring: <ul style="list-style-type: none"> <li>Mukosa <input type="checkbox"/> Lembab <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Lesi: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nodul: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>Warna mukosa <input checked="" type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Pucat</li> <li>Lidah: <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor Warna: pink Lesi: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nodul: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> </ul> </li> <li>- Refleks menelan: <input type="checkbox"/> Baik <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji</li> <li>- Refleks mengunyah: <input type="checkbox"/> Baik <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji</li> <li>- Abdomen: Bentuk <input type="checkbox"/> Cembung <input checked="" type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung, Nyeri: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Bising usus: 8 x/mnt</li> <li>- Massa abdomen <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area:</li> <li>- Stoma: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Drain: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Jumlah cairan: cc, Warna</li> </ul>				
<b>SISTEM MUSKULOSEKLETAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Mobilitas: <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dibantu</li> <li>- Edema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Konsusio : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Laserasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Abrasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Dekubitus : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Luka bakar: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Sinsrom kompartemen/DVT: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Drop foot : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Kekuatan otot: <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">3</td> </tr> </table> </li> <li>- Refleks: Bisep <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada di tangan kanan <input type="checkbox"/> Ada</li> <li>Trisep <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada di tangan kanan <input type="checkbox"/> Ada</li> <li>Brakioradialis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada di tangan kanan <input type="checkbox"/> Ada,</li> <li>Patella <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ada, kekuatan:</li> <li>Achiles <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ada, kekuatan:</li> <li>Babinski <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Negatif <input type="checkbox"/> Positif</li> </ul> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>	1	3	1	3
1	3				
1	3				
<b>SISTEM NEURO LOGI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesulitan bicara : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Kelemahan alat gerak : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Tidak , Ya, area ekstermitas atas dan ekstermitas bawah</li> <li>- Terpasang EVD <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Jumlah cairan: cc, Warna: darah</li> <li>- Ukuran pupil : 4/4 mm (isokor/anisokor)* (normal/pin point/midriasis/miosis)*</li> <li>- N I Pembauan : Tidak terkaji</li> <li>- N II : visus tidak dikaji</li> <li>- N II,IV,VI : gerakan mata +/-; rangsang cahaya : + . Paralisis pada sisi kanan otot okularis, penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi kanan</li> <li>- N V : rangsang nyeri + , penurunan kemampuan gerakan mengunyah</li> <li>- N VII: oto wajah tertarik ke sisi kanan</li> <li>- NVIII: tidak dikaji</li> <li>- NIX-X: kesulitan membuka mulut</li> <li>- N XI: tidak dikaji</li> <li>- NXII: tidak dikaji</li> </ul>				

<b>SISTEM URO-GENITAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan pola BAK : <input type="radio"/>Tidak      <input checked="" type="radio"/>Ya</li> <li>- Frekuensi BAK : Terpasang kateter, diuresis 50 cc/jam kuning jernih</li> <li>- Terpasang alat bantu : <input type="radio"/>Tidak      <input checked="" type="radio"/>Ya</li> <li>- Stoma: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak      <input type="checkbox"/>Ya urostomy/ne rostomy/Cystostomy)*</li> </ul> <p>Balance cairan : Tanggal 25 Januari 2022 Input : 1250 cc Ouput : 1900 cc Balance : - 650 cc</p>
<b>SISTEM INTEGUMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna kulit : <input type="radio"/> Pucat    <input type="radio"/>Sianosis    <input checked="" type="radio"/> Tidak ada masalah</li> <li>- Luka : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> Ya, area:</li> <li>- Benjolan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak    <input type="checkbox"/> Ya, area:                      Ukuran:                      cm</li> <li>- Suhu : <input checked="" type="checkbox"/> Hangat    <input type="checkbox"/> Dingin</li> </ul>
<b>HYGIENE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas sehari-hari : <input type="checkbox"/> Mandiri    <input checked="" type="checkbox"/> Dibantu</li> <li>- Penampilan : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih    <input type="checkbox"/> Kotor</li> <li>- Rambut : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih    <input type="checkbox"/> Kotor, Warna: Hitam</li> <li>- Mandi : 1 kali/hari dilap (dibantu)</li> <li>- Keramas : Terakhir SMRS</li> <li>- Sikat gigi : 1 kali/hari (dibantu)</li> <li>- Ganti pakaian : 1x/hari</li> <li>- Gunting kuku : belum pernah</li> </ul>
<b>KONDISI PSIKOLOGI</b>	
<p>Masalah perkawinan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji      <input type="checkbox"/> Ada : cerai / istri baru / siri / lain-lain :</p> <p>Mengalami kekerasan fisik : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji      <input type="checkbox"/> Ada    Mencederai diri/orang lain :    <input type="checkbox"/> Pernah    <input type="checkbox"/> Tidak    pernah</p> <p>Trauma dalam kehidupan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji      <input type="checkbox"/> Ada,    Jelaskan :</p> <p>Gangguan tidur : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji      <input type="checkbox"/> Ada :</p> <p>Konsultasi dengan psikologi/psikiater: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji      <input type="checkbox"/> Ada</p>	
<b>SOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL</b>	
<p>Status pernikahan    <input type="radio"/> Single                      <input checked="" type="checkbox"/> Menikah                      <input type="checkbox"/> Bercerai                      <input type="checkbox"/> Janda/duda</p> <p>Anak                      <input type="radio"/> Tidak ada                      <input checked="" type="checkbox"/> Ada, jumlah anak: -</p> <p>Pendidikan terakhir    <input type="radio"/> SD                              <input checked="" type="checkbox"/> SMP                              <input type="radio"/> SMA                              <input type="checkbox"/> Akademi    <input type="checkbox"/> Sarjana                      <input type="checkbox"/> Lainnya</p> <p>Warganegara            <input checked="" type="checkbox"/> WNI                              <input type="checkbox"/> WNA,</p> <p>Pekerjaan                      <input type="checkbox"/> PNS                              <input type="radio"/> Swasta                              <input type="checkbox"/> TNI/Polri                      <input checked="" type="checkbox"/> Tidak bekerja (IRT)</p> <p>Pembiayaan kesehatan    <input type="checkbox"/> Biaya sendiri                      <input checked="" type="checkbox"/> asuransi                              <input type="checkbox"/> Perusahaan</p> <p>Tinggal bersama        <input type="radio"/> Istri                              <input type="radio"/> Anak                              <input type="radio"/> Orangtua                      <input checked="" type="checkbox"/> Sendiri    <input type="checkbox"/> Lainnya</p> <p>Kebiasaan                      <input checked="" type="checkbox"/> Merokok                              <input type="checkbox"/> Alkohol    <input type="checkbox"/> Lainnya    Jenis dan jumlah per hari:-</p> <p>Budaya : Betawi</p> <p>Agama                      <input type="checkbox"/> Hindu                              <input checked="" type="checkbox"/> Islam                              <input type="checkbox"/> Budha                              <input type="checkbox"/> Kristen    <input type="checkbox"/> Katolik    <input type="checkbox"/> Kong Hu cu    <input type="checkbox"/> Lain-</p> <p>Perlu Rohanian            <input checked="" type="checkbox"/> Tidak                              <input type="checkbox"/> Ya                              Jelaskan                              lain</p>	
<b>SKRINING NUTRISI DENGAN MST ( Malnutrisi Screening Tools)</b>	
<p>5. Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan? <b>(✓) Tidak</b>                      <b>0</b></p> <p><input type="radio"/> Ya, bila ya berapa penurunan berat badan Anda?</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 1 – 5 kg                              1</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 6 – 10 kg                              2</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 11 – 15 kg                              3</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> &gt; 15 kg                              4</p> <p><input type="radio"/> Tidak yakin                      2</p> <p>4. Apakah nafsu makan anda berkurang? <b>(✓)Tidak</b>                      <b>0</b></p> <p><input type="radio"/> Ya                              1</p> <p>5. Sakit Berat <input type="radio"/> Tidak                              0</p> <p><b>(✓) Ya</b>                              <b>1</b></p>	<p>Total Skor</p> <p><u>Catatan :</u></p> <p>Nilai MST : <input checked="" type="checkbox"/> Risiko Rendah (MST = 0 – 1 )</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Risiko Sedang (MST = 2-3)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Risiko Tinggi (MST = 4 – 5)</p> <p><i>Monitoring lebih lanjut dilakukan oleh Ahli Gizi.</i></p> <p><i>*Bila resiko rendah dilakukan skrinning ulang setiap 7 hari</i></p> <p><i>*Bila resiko sedang dan tinggi dilakukan pengkajian gizi lebih lanjut oleh ahli gizi,</i></p> <p><i>*Bila Pasien resiko rendah dengan indikasi khusus yaitu DM, Gangguan ginjal, Jantung, TB, Paliatif, pediatric, geriatric, Gastro, Hipertensi, HIV, SARS, Flu Burung, Bedah/reseksi slauran cerna, penurunan imun, kanker dan Pasien tidak sadar dilakukan pengkajian oleh ahli gizi</i></p> <p><i>*Pasien dirawat di ruang intensif dilakukan pengkajian langsung oleh dr gizi klinik</i></p> <p style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px;"><b>Hasil Interpretasi: Pasien memiliki risiko rendah pada pengkajian skrining nutrisi</b></p>
<b>PERHITUNGAN KALORI MENGGUNAKAN RUMUS MIFFLIN</b>	
Basal Metabolic rate (BMR)	

Laki-laki =  $(10 \times \text{BB (kg)}) + (6.25 \times \text{TB (cm)}) - (5 \times \text{Umur Tahun}) + 5 =$  kkal  
 Perempuan =  $(10 \times 50 \text{ (kg)}) + (6.25 \times 150 \text{ (cm)}) - (5 \times 62) - 161 =$  kkal

**BMR Perempuan =  $500 + 937,5 + 310 - 161 = 1586,3$  kkal**  
 BMR laki-laki = kkal

Level Aktivitas Fisik	Nilai Level Aktivitas Fisik
Tidak aktif (tidak berolahraga sama sekali)	1.2
Cukup aktif (berolahraga 1-3x seminggu)	1.375
Aktif (berolahraga atau 3-5x seminggu)	1.55
Sangat aktif (berolahraga atau 6-7x seminggu)	1.725

**Total Energy Expenditure (TEE)**

**TEE = BMR x (level aktivitas fisik) =** kkal  
**TEE =  $1.586,5 \text{ kkal} \times 1.2 = 1.903 \text{ kkal}$**

Pemberian nutrisi : Diet cair DM 6 x 200 cc

**PENILAIAN RESIKO JATUH**

SKALA MORSE			
Factor resiko	Keterangan	Nilai	Skor
Riwayat jatuh yang baru atau dalam satu bulan terakhir	Tidak	0	0
	Ya	25	
Diagnosa Medis sekunder >1	Tidak	0	15
	Ya	15	
Alat bantu jalan	Bed Rest atau dibantu perawat	0	0
	Penopang tongkat/ walker	15	
	Berpegangan pada Furniture	30	
Terapi Intravena infus / Lock Heparin	Tidak	0	20
	Ya	20	
Cara berjalan dan berpindah	Normal / Bedrest / Immobilisasi	0	0
	Lemah	10	
	Terganggu	20	
Status Mental	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	15
	Lupa / keterbatasan diri	15	
<b>Jumlah Skor Skala Morse</b>			<b>75</b>

Kriteria Skala Morse		
Tingkat Resiko	Nilai MPS	Tindakan
Tidak beresiko	0 – 24	Perawatan dasar
Resiko Rendah	25 – 50	Intervensi jatuh standar
Resiko tinggi	$\geq 50$	Intervensi jatuh Resiko tinggi

**Hasil Interpretasi: Pasien resiko tinggi jatuh**

**PENGAJIAN PRESSURE ULCER**

BRADEN SCALE					
	1	2	3	4	Skor
<b>Persepsi Sensori</b>	Keterbatasan Penuh	Sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	1
<b>Kelembaban</b>	Lembab terus menerus	Sangat lembab	Kadang-kadang lembab	Tidak ada lembab	2

<b>Aktivitas</b>	Ditempat tidur	Diatas kursi	Kadang-kadang berjalan	Sering berjalan	1
<b>Mobilisasi</b>	Tidak Dapat bergerak	Pergerakan sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	1
<b>Status Nutrisi</b>	Sangat Buruk	Tidak adekuat	Adekuat	Baik sekali	3
<b>Friksi/ Gesekan</b>	Bermasalah	Potensi bermasalah	Tidak ada masalah		2
<b>Total Skor</b>					<b>12</b>

Kesimpulan Tingkat risiko,

< 10= risiko sangat tinggi, 10 – 12= risiko tinggi, 13 – 14 = resiko sedang, 15 – 18= Berisiko, > 19= risiko rendah/ tidak berisiko

Interpretasi : Pasien dengan resiko tinggi

#### ASESMEN FUNSIONAL / BARTHEL INDEKS

No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR	No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR
1	Mengontrol BAB	Inkontinen/tidak teratur (perlu enema)	0	6	Berpindah tempat dari tidur ke duduk	Tidak mampu	0
		Kadang-kadang inkontinen (1x seminggu)	1			Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	1
		Kontinen teratur	2			Bantuan minimal 1 orang	2
2	Mengontrol BAK	Inkontinen atau pakai kateter dan tak terkontrol	0	7	Mobilisasi/ berjalan	Mandiri	3
		Kadang-kadang inkontinen (max 1x24 jam)	1			Tidak mampu	0
		Mandiri	2			Bisa berjalan dengan kursi roda	1
3	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Butuh pertolongan orang lain	0	8	Berpakaian (Memakai baju)	Berjalan dengan bantuan satu	2
		Mandiri	1			Mandiri	3
4	Penggunaan toilet, pegi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Tergantung pertolongan orang lain	0	8	Berpakaian (Memakai baju)	Tergantung orang lain	0
		Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas terapi, dapat mengerjakan sendiri beberapa aktivitas yang lain	1			Sebagian di bantu (mis: mengancing baju)	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
5	Makan	Tidak mampu	0	9	Naik-turun tangga	Tidak mampu	0
		Perlu seseorang menolong memotong makanan	1			Butuh pertolongan	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
TOTAL				10	Mandi	Tergantung orang lain	0
			0			Mandiri	1

Kesimpulan skor :

( ) Mandiri 20      ( ) Ketergantungan ringan 12-19      ( ) Ketergantungan sedang 9-11  
 ( ) Ketergantungan berat 5-8      (v) Ketergantungan total 0-4

Hasil Interpretasi : Pasien memiliki tingkat ketergantungan total (0)

EWS

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Usia				<65			>65
Frekuensi Napas	<8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	>25
Saturasi Oksigen	<91	92 - 93	94 - 95	>96			
Suplementasi Oksigen		Ya		Tidak			
Tekanan Darah Sistolik	<90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			>220
Frekuensi nadi	<40		41 - 50	51 - 90	91 - 100	111 - 130	>131
Kesadaran				Alert			Somnolen Letargi Koma Gelisah
Suhu	<35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	>39,1	

Skor	Tingkat Risiko	Tingkat Kewaspadaan	Frekuensi Monitoring	Respons Klinis	Solusi
0	/		Setiap 12 jam (atau sekali tiap shift)	Monitoring rutin	/
1 - 4	Rendah	Kuning	Setiap 6 jam	Evaluasi oleh perawat	Pertahankan frekuensi monitoring / Tingkatkan frekuensi monitoring / Informasikan dokter
5 - 6 (atau skor 3 pada satu parameter)	Medium	Orange	Setiap 1 - 2 jam	Perawat menginformasikan dokter untuk melakukan evaluasi	Pertahankan terapi / Sesuaikan rencana terapi / Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Merah	Kontinyu	Perawat menginformasikan dokter untuk evaluasi kegawatan / Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team	Konsultasi onsite dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Hitam	Kontinyu	Pasien yang mengalami penyakit parah yang ireversibel dan sudah terminal serta menghadapi kematian seperti trauma otak ireversibel, gagal organ multipel ireversibel, penyakit ginjal atau paru kronis terminal, metastase tumor, dan sebagainya. Harus didiskusikan dengan DPJP untuk keputusan masuk ICU	

SKOR EWS = 8 ( Risiko Tinggi)

#### PEMERIKSAAN PENUNJANG

##### 2. Laboratorium

Hasil Pemeriksaan tanggal 22 Januari 2022

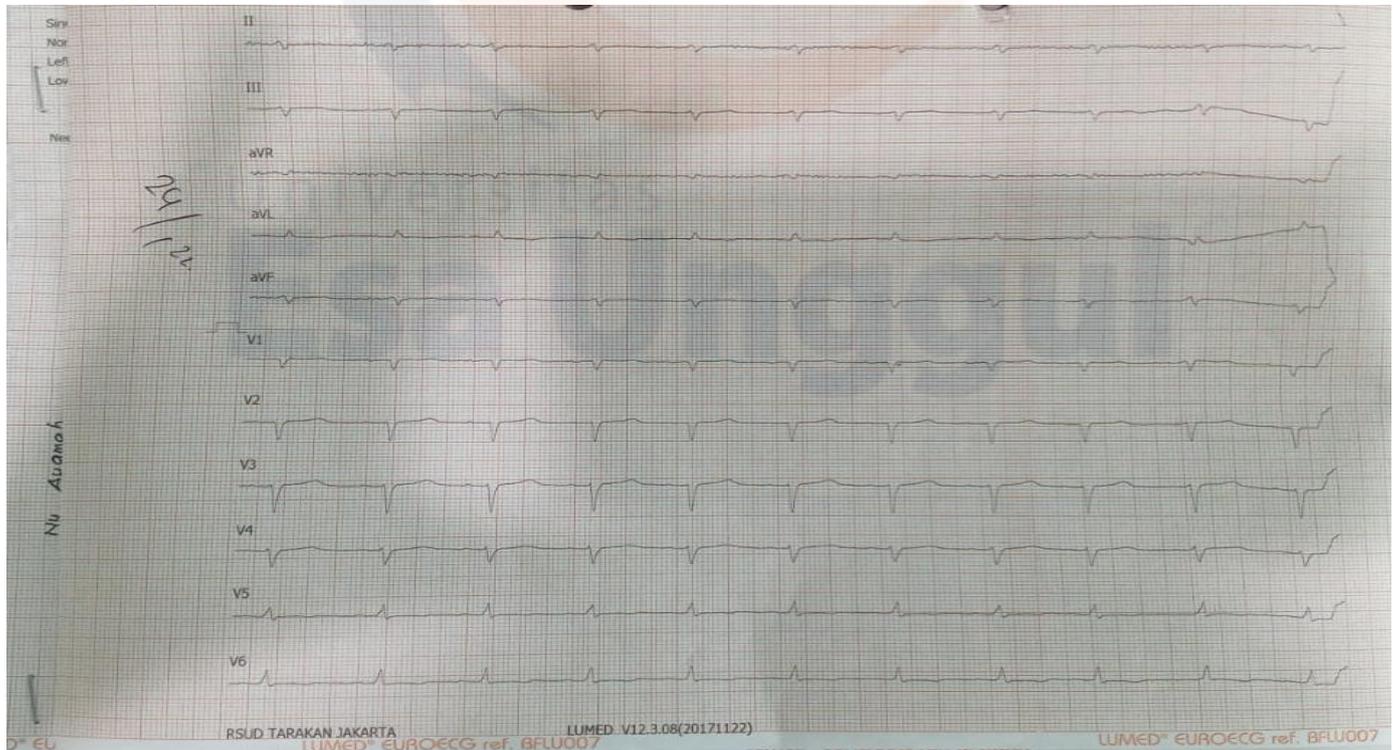
PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
Darah Rutin			
Hemoglobin	* 8.7	g/dL	12.0 - 14.0
Hematokrit	* 25.5	%	36.0 - 46.0
Eritrosit	* 3.05	$10^6/\mu\text{L}$	4.20 - 5.40
Leukosit	* 11.35	$10^3/\mu\text{L}$	5.00 - 10.00
Trombosit	* 148	$10^3/\mu\text{L}$	150 - 400
MCV	83.6	fL	82.0 - 92.0
MCH	28.5	pg	27.0 - 31.0
MCHC	34.1	g/dL	32.0 - 37.0
<b>Hitung Jenis Leukosit</b>			
Basofil	0	%	0 - 1
Eosinofil	1	%	1 - 4
Neutrofil	* 79	%	55 - 70
Limfosit	* 9	%	20 - 40
Monosit	* 11	%	2 - 8
<b>HEMOSTASIS</b>			
D-Dimer	* 5340	ng/mL	< = 400 > 400 : Kemungkinan Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)/ Pulmonary Embolism (PE)/ Deep Vein Thrombosis (DVT)
<b>Masa Protrombin</b>			
PT (Pasien)	10.6	detik	9.3 - 11.4
PT (Kontrol)	11.1	detik	9.3 - 12.7
<b>APTT</b>			

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
APTT (Pasien)	* 49.9	detik	29.0 - 40.2
APTT (Kontrol)	31.9	detik	27.0 - 36.6
<b>DIABETES</b>			
HbA1c			
HbA1C	7.3	%	Baik : < 6.5 Sedang : 6.5 - 8 Buruk : > 8
Glukosa Rata2 3bln trkhr	161	mg/dL	
<b>ELEKTROLIT</b>			
<b>Elektrolit (Na, K, Cl)</b>			
Natrium (Na)	* 133	mEq/L	135 - 150
Kalium (K)	3.9	mEq/L	3.6 - 5.5
Klorida (Cl)	* 93	mEq/L	94 - 111

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>DIABETES</b>			
Glukosa Darah	149		
	06.00		
Glukosa Darah	213	mg/dL	
	12.00		
Glukosa Darah	227	mg/dL	
	18.00		

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>HEMOSTASIS</b>			
Masa Protrombin			
PT (Pasien)	10.0	detik	9.3 - 11.4
PT (Kontrol)	10.9	detik	9.3 - 12.7
<b>APTT</b>			
APTT (Pasien)	* 21.4	detik	29.0 - 40.2
APTT (Kontrol)	32.4	detik	27.0 - 36.6
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Ureum	* 78	mg/dL	15 - 40
Kreatinin	1.2	mg/dL	0.6 - 1.3

6. EKG (24 Januari 2022)



Analisa : Sinus Rytim

7. ECHO (21 Januari 2022)

Penemuan/ Komentar :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensi Ruang Jantung: LV dilatasi</li> <li>- LVH (-)</li> <li>- Kontraktilitas LV menurun</li> <li>- Kontraktilitas RV baik</li> <li>- Analisa segmental: Hipokinetik di anteroseptal , anterior, apiko-anterior</li> <li>- Katup aorta: 3 cuspid, Normal</li> <li>- Katup mitral: AML , PML tenting MR mild</li> <li>- Katup pulmonal: dalam batas normal</li> <li>- Katup trikuspid : dalam batas normal</li> <li>- E/A &gt; 2 DT 159 ms Ao Vmax 0.80 m/s</li> </ul>	<p>EF : 28 %</p> <p>TAPSE 1,98 cm</p>
Kesimpulan :	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimensi Ruang Jantung: dilatasi ventrikel kiri</li> <li>- Regional wall motion abnormality</li> <li>- Kontraktilitas ventrikel kiri menurun</li> <li>- Kontraktilitas ventrikel kanan baik</li> <li>- MR mild ec fungsional</li> <li>- disfungsi diastolik gangguan restriktif</li> </ul>	Pemeriksa

8. CT SCAN BRAIN

*Telah dilakukan pemeriksaan CT kepala tanpa aplikasi kontras i.v, dengan potongan axial, hasil sebagai berikut :*

Cortical sulci dan system ventrikel tidak menunjukkan dilatasi dan bilateral tampak symetris. Tak tampak adanya EDH, SDH dan SAH.

Tak tampak deviasi midline.

Pada jaringan cerebral supratentorial terlihat lesi hipodens berbatas sedikit tegas di periventrikel lateral kanan cornu anterior. Curiga lesi hipodens tipis berbatas tidak tegas di periventrikel lateral kiri. Cerebral lainnya tidak terlihat adanya lesi perdarahan maupun tanda SOL.

Tampak kalsifikasi di basal ganglia bilateral

Tidak terlihat tanda pendesakan atau peningkatan tekanan intracranial.

Sellae dan parasellar region serta orbita bilateral tajk tampak kelainan.

Infratentorial, terlihat pons dan cerebellum yang masih normal.

CPA bilateral tanpa formasi tumor. Air cell kedua mastoid baik.

Sinus paranasalis masih baik.

Tulang calvaria tidak menunjukkan kelainan

Kesan :

-Suspek infark akut di periventrikel lateral kiri

-Infark kronik di periventrikel lateral kanan cornu anterior.

-Cerebral lainnya tidak terlihat adanya lesi perdarahan maupun tanda SOL.

**TERAPI**

**Nama terapi dan Dosis pemberian**

- Aspilet 1 x 80 mg → obat pereda nyeri yang efektif untuk penderita infark miokard atau serangan jantung, angina pektoris, dan nyeri lainnya.
- Bicnat 2x 500 mg → untuk mengatasi asidosis metabolik, urine yang terlalu asam, dan asam lambung berlebih. Obat ini bekerja dengan cara mengurai natrium dan bikarbonat di dalam air untuk membentuk alkaline yang menetralkan asam
- Asam Folat 2x1 mg → mengatasi defisiensi atau kekurangan asam folat, anemia megaloblastik dan pada anemia karena kekurangan suplemen nutrisi.



- Tidak ada reflex bisept, trisept, bradioradialis
- N II : visus tidak dikaji
- N II,IV,VI : gerakan mata +/-; rangsang cahaya : + . Paralisis pada kedua sisi otot okularis, penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di kedua sisi tubuh Pasien memiliki risiko sedang pada pengkajian skrining nutrisi
- NIX-X : kesulitan membuka mulut
- Hasil pemeriksaan Skala Morse Pasien resiko tinggi jatuh
- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko tinggi
- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total
- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi
- Hemoglobin : 8,7 g/dL
- Hematokrit : 25,5 %
- Eritrosit : 3,05  $10^3$ /ul
- Trombosit : 148  $10^3$ /ul
- Leukosit 11,36  $10^3$ /ul
- Natrium 133 mEq/L
- Klorida 93 mEq/L
- Gula darah Sewaktu 149 mg/dL pukul 06.00 , 213 mg/dL pukul 12.00 , dan 227 mg/dL pukul 18.00
- APTT 21,4 detik
- Ureum 78 mg/dL
- Kreatinin 1,2 mg/dL
- Balace cairan : - 650 cc
- ECHO : Dimensi ruang jantung dilatasi ventrikel kiri, regional wall motion abnormality, kontraktilitas ventrikel kiri menurun, disfungsi diastolic gangguan restriktif
- Hasil CT Scan Otak : Suspek infark akun di periventrikel lateral kiri, infark kronik di periventrikel lateral kanan cornu anterior, cerebral lainnya tidak terlihat karena adanya lesi perdarahan maupun tanda SOL

#### ANALISA DATA

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	<p>DS :</p> <p>Pasien mengalami penurunan kesadaran pukul 18:30 sebelum masuk rumah sakit, disertai bicara pelo dan lemah anggota gerak kanan, kemudian pasien dibawa ke RSUD Tarakan pukul 19:20</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien gelisah</li> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran apatis</li> <li>- Pasien terpasang CVC pada subclavia sinistra IVFD venflon, terpasang dobutamine 10 mikro, vaskon 02, mikro.</li> <li>- TD 130/68 mmhg</li> <li>- HR 98 x/menit</li> <li>- RR 21 x/menit</li> <li>- N II,IV,VI : gerakan mata +/-; rangsang cahaya : + . Paralisis pada kedua sisi otot okularis, penurunan kemampuan gerakan konjugat unilateral di sisi kanan</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi</li> </ul>	<p>Masa tromboplastin parsial serum abnormal, kardiomiopati dilatasi dan embolisme</p>	<p>Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ECHO : Dimensi ruang jantung dilatasi ventrikel kiri, regional wall motion abnormality, kontraktilitas ventrikel kiri menurun, disfungsi diastolic gangguan restriktif</li> <li>- Hasil CT Scan Otak : Suspek infark akun di periventrikel lateral kiri, infark kronik di periventrikel lateral kanan cornu anterior, cerebral lainnya tidak terlihat karena adanya lesi perdarahan maupun tanda SOL</li> </ul>		
2.	<p>DS : - DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Terpasang Chateter Urine</li> <li>- Terpasang NGT</li> <li>- Terpasang monitor pasien</li> <li>- Kekuatan otot 1 3 1 3</li> <li>- Kelumpuhan bagian tubuh kanan</li> <li>- Hasil CT Scan Otak : Suspek infark akun di periventrikel lateral kiri, infark kronik di periventrikel lateral kanan cornu anterior, cerebral lainnya tidak terlihat karena adanya lesi perdarahan maupun tanda SOL</li> </ul>	<b>Penyakit neuromuskular</b>	Hambatan mobilitas fisik
3.	<p>DS : DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat berbaring di atas tempat tidur</li> <li>- Pasien mengalami kekakuan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah bagian tubuh sebelah kanan</li> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen,</li> <li>- Kekuatan otot 1 3 1 3</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko decubitus tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> </ul>	<b>Tekanan pada tonjolan tulang</b>	Risiko kerusakan integritas kulit
4	<p>DS : DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat berbaring di atas tempat tidur</li> <li>- Pasien mengalami kekakuan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah pada bagian tubuh sebelah kanan</li> <li>- Pasien terlihat lemah</li> </ul>	<b>Hambatan muskuloskeletal</b>	Defisit Perawatan Diri

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Kekuatan otot 1 3 1 3</li> </ul>		
6	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemeriksaan Skala Morse Pasien resiko tinggi jatuh</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi Hasil CT Scan Otak : CVD Infark di tempoparietal kanan dan CVD Hemoragik di thalamus dan parietal kiri dengan herniasi subfalcin juga intraventriculer hemor</li> <li>- Kekuatan otot 1 3 1 3</li> </ul>	Faktor resiko , penurunan kekuatan ekstrimitas bawah, hambatan mobilitas fisik	Resiko Jatuh
7	<p>DS : DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot 1133</li> <li>- Gula darah Sewaktu 149 mg/dL pukul 06.00 , 213 mg/dL pukul 12.00 , dan 227 mg/dL pukul 18.00</li> <li>- APTT 21,4 detik</li> <li>- HR 98 x/menit</li> <li>- Diet DM NGT</li> </ul>	Kondisi diabetes melitus	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah

**MASALAH KEPERAWATAN (Diurutkan berdasarkan prioritas masalah)**

1. Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak berhubungan dengan masa tromboplastin parsial serum abnormal, kardiomiopati dilatasi dan embolisme
2. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penyakit neuromuskular
3. Resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan tekanan pada tonjolan tulang
4. Defisit perawatan diri – makan berhubungan dengan hambatan muskuloskeletal
5. Resiko Jatuh berhubungan dengan faktor resiko , penurunan kekuatan ekstrimitas bawah, hambatan mobilitas fisik
6. Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kondisi diabetes melitus

**NAMA DAN TANDA TANGAN PERAWAT YANG MENKAJI DAN MENDIAGNOSIS**

## NURSING CARE PLAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi
1	<p>Resiko ketidakefektifan jaringan cerebral tidak efektif b/d gangguan transport O<sub>2</sub>, gangguan aliran arteri dan vena DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan status mental</li> <li>• Perubahan perilaku</li> <li>• Perubahan reaksi pupil</li> <li>• Kesulitan menelan</li> <li>• Kelemahan atau paralisis ekstremitas</li> <li>• Abnormalitas bicara</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan asuhan selama 3 x 24 jam resiko ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan systole dan diastole dalam kisaran normal</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah dalam kisaran normal</li> <li>- Penurunan kesadaran tidak ada</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> </ul> <p>Kognisi terganggu</p>	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertahankan parameter hemodinamika</li> <li>• Berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Monitor kejang, TIK, tingkat hematokrit, elektrolit dan glukosa darah</li> <li>• Tinggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Monitor level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Monitor MAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk mengetahui gangguan pada perfusi jaringan</li> <li>• Hipertensi dapat menjadi faktor pencetus</li> <li>• Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi serebral</li> <li>• Aktivitas yang kontinu dapat meningkatkan TIK</li> <li>• Menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral</li> <li>• Meningkatkan aliran darah serebral</li> </ul>
2	<p>Hammbatan mobilitas fisik Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler</li> <li>• Kerusakan persepsi sensori</li> <li>• Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler</li> <li>• Penurunan kekuatan otot, kontrol dan atau masa</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> </ul>	<p>NIC : Exercise therapy : ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Untuk mengetahui tingkat aktivitas klien</li> <li>○ Menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan</li> <li>○ Meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi</li> <li>○ Meningkatkan aliran balik ven</li> <li>○ Untuk meningkatkan spasitisitas pada ekstremitas yang terganggu</li> <li>○ Meningkatkan distribusi merata berat badan menurunkan tekanan tulangtulang tertentu</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesulitan merubah posisi</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul>	
3	<p>Resiko Gangguan Integritas Kulit</p> <p>Faktor-faktor risiko:</p> <p>Eksternal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restraint)</li> <li>- Imobilitas fisik</li> <li>- Usia yang ekstrim</li> <li>- Kelembaban kulit</li> </ul> <p>Internal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan status metabolik</li> <li>- Tulang menonjol</li> <li>- Defisit imunologi</li> <li>- Berhubungan dengan dengan perkembangan</li> <li>- Perubahan sensasi</li> <li>- Perubahan status nutrisi (obesitas, kekurangan)</li> <li>- Perubahan pigmentasi</li> <li>- Perubahan sirkulasi</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko kerusakan integritas kulit pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul>	<p>NIC : Pressure Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>• Hindari kerutan padaa tempat tidur</li> <li>• Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>• Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada derah yang tertekan</li> <li>• Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> <li>• Monitor status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kulit bisa lembap dan mungkin merasa tidak dapat beristirahat atau perlu untuk bergerak</li> <li>• Menurunkan terjadinya risiko infeksi pada bagian kulit</li> <li>• Cara pertama untuk mencegah terjadinya infeksi</li> <li>• Mencegah terjadinya komplikasi selanjutnya</li> <li>• Mengetahui perkembangan terhadap terjadinya infeksi kulit</li> <li>• Menurunkan pemajanan terhadap kuman infeksi pada kulit</li> <li>• Menurunkan risiko terjadinya infeksi</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan turgor (elastisitas kulit)</li> </ul>		<p>pasien (Braden Scale, Skala Norton)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Jaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul> <p>Monitor serum albumin dan transferin</p>	
4	<p>Defisit perawatan diri</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerusakan musculoskeletal</li> <li>• Kerusakan neuromuscular</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan untuk mandi</li> <li>• Ketidakmampuan untuk berpakaian</li> <li>• Ketidakmampuan untuk makan</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam defisit perawatan diri teratas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari bau badan</li> <li>- Menunjukkan kenyamanan terhadap untuk melakukan ADLs</li> <li>- Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</li> </ul>	<p>NIC : Self Care assistane : ADLs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> <li>• Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Menjaga kebersihan diri klien</li> <li>○ Menjaga kebersihan diri klien</li> <li>○ Menjaga kebersihan klien</li> <li>○ Menjaga kebersihan kuku klien</li> <li>• Memberikan rasa nyaman kepada klien</li> <li>• Menjaga kebersihan diri klien.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan untuk toileting</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</li> <li>• Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</li> <li>• Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</li> <li>• Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.</li> </ul>	
6	<p>Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kondisi diabetes melitus</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kadar gula dalam darah stabil dibuktikan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesadaran meningkat</li> <li>• Mengantuk menurun</li> <li>• Perilaku aneh menurun</li> <li>• Keluhan lapar menurun</li> <li>• Kadar glukosa dalam darah membaik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>• Monitor kadar glukosa darah</li> <li>• Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliurs, polidipsia, polifagia, kelemahan pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>• Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis, penyakit kambuhan)</li> <li>• Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk meminimalisir kejadian hiperglikemia kembali</li> <li>• Untuk menstabilkan kadar gula darah</li> <li>• Untuk memantau kondisi kadar gula darah</li> <li>• Untuk menciptakan kemandirian pasien dalam mengelola kadar gula darahnya</li> </ul>

			<p>tetap ada atau memburuk</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ajarkan pengelolaan diabetes (mis, penggunaan insulin, obat oral)</li><li>• Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</li><li>• Identifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</li><li>• Berikan karbohidrat kompleks dan protein sesuai diet</li><li>• Jelaskan interaksi antara diet, insulin oral, dan olahraga</li><li>• Ajarkan perawatan mandiri untuk mencegah hipoglikemia (mis. Mengurangi insulin/agen oral dan atau meningkatkan asupan makanan untuk berolahraga).</li></ul>		
--	--	--	--	--	--

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN				
No	Diagnosis	Implementasi (Hari,Jam)	Respon Pasien ( S&O)	TTD
1	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d oksigen otak menurun	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul> <p>Kamis, 27 Januari 2022, pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul> <p>Jumat, 28 Januari 2022, pukul 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> </ul>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 26/01/2022 : TD 130/68 mmhg, HR : 98 x/menit, R: 21x/menit, suhu : 36,5. Saturasi 100 %.</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Menerima cairan Dobutamin 10 mikro dan Vaskon 0,2 mikro sesuai indikasi tekanan darah, Citicolin 2 x 500 mg, CPG 1 x 75 mg, Aspilet 1 x 80 mg.</li> </ul> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 27/01/2022 : TD 107/50 mmhg, HR 112 x/menit, R : 19 x/menit, Suhu : 36,5, Saturasi Oksigen 99 %</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Menerima cairan Dobutamin 10 mikro dan Vaskon 0,2 mikro sesuai indikasi tekanan darah, Citicolin 2 x 500 mg, CPG 1 x 75 mg, Aspilet 1 x 80 mg.</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>Memantau kejang</li> <li>Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TTV 27/01/2022 : TD 105/65 mmhg, HR 93 x/menit, R : 20 x/menit, Suhu : 36,5, Saturasi Oksigen 100 %</li> <li>Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>Kesadaran somnolen</li> <li>Menerima cairan Dobutamin 10 mikro dan Vaskon 0,2 mikro sesuai indikasi tekanan darah, Citicolin 2 x 500 mg, CPG 1 x 75 mg, Aspilet 1 x 80 mg.</li> </ul>			
2	Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskuler	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memantau vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul> <p>Kamis, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Memantau vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>Pasien dalam keadaan tirah baring</li> <li>Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>ROM dilakukan dengan pemantau ketat hemodinamika</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuh kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul> <p>Jumat, 28 Januari 2022 , pukul 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuh kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring</li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- ROM dilakukan dengan pemantau ketat hemodinamika</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring</li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- ROM dilakukan dengan pemantau ketat hemodinamika</li> </ul>			
3	Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : tirah baring lama	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> </ul>	<p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu</li> </ul>			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> </ul> <p>Kamis, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> </ul> <p>Jumat, 28 Januari 2022 , pukul 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown</li> </ul>	<p>oleh perawat, kulit bersih dan kering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul> <p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan kering</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> </ul>		
--	---	---	--	--

	<p>dengan ikatan belakang tidak kencang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul> <p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan kering</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan</li> </ul>			
--	--	---	--	--	--

			<p>mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul>			
4	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul> <p>Kamis 27 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji perawatan diri klien</li> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul> <p>Jumat, 28 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> <li>- Kuku pendek dan rapi</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Kuku bersih dan rapi</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul>			
6	Resiko ketidakstabilan kadar glukosa darah berhubungan dengan kondisi diabetes melitus	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>Memantau kadar glukosa darah</li> <li>Memantau tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliurs, polidipsia, polifagia, kelemahan pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</li> <li>Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>Melakukan pengelolaan diabetes dengan pemberian Lantus 1x 14 iu, Humalog 8-8-4</li> <li>Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</li> <li>Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</li> <li>Memberikan diet DM</li> </ul> <p>Kamis, 26 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>Memantau kadar glukosa darah</li> <li>Memantau tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliurs, polidipsia, polifagia, kelemahan pandangan kabur, sakit kepala)</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesadaran apatis</li> <li>Kadar glukosa dalam darah sewaktu pukul 11.00 yaitu 230</li> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien terlihat mengantuk di siang hari</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesadaran apatis</li> <li>Kadar glukosa dalam darah sewaktu pukul 11.00 yaitu 210</li> <li>Pasien tampak lemah</li> <li>Pasien terlihat mengantuk di siang hari</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesadaran apatis</li> <li>Kadar glukosa dalam darah sewaktu pukul 11.00 yaitu 151</li> <li>Pasien tampak lemah</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</li> <li>• Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>• Melakukan pengelolaan diabetes dengan pemberian Lantus 1x 14 iu, Humalog 8-8-4</li> <li>• Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</li> <li>• Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</li> <li>• Memberikan diet DM</li> </ul> <p>Jumat, 27 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>• Memantau kadar glukosa darah</li> <li>• Memantau tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliurs, polidipsia, polifagia, kelemahan pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>• Mengidentifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</li> <li>• Mengkonsultasikan dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>• Melakukan pengelolaan diabetes dengan pemberian Lantus 1x 14 iu, Humalog 8-8-4</li> <li>• Mengidentifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</li> <li>• Mengidentifikasi kemungkinan penyebab hipoglikemia</li> <li>• Memberikan diet DM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat mengantuk di siang hari</li> </ul>	
<b>EVALUASI</b>				
No	Tujuan Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	TTD	

1	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perfusi jaringan serebral kembali normal</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan sakit kepala berkurang bahkan hilang dan merasa nyaman</li> <li>- Ekstremitas klien dapat kembali digerakkan sesuai kemampuan</li> <li>- Tanda-tanda vital normal</li> <li>- Tingkat kesadaran compos mentis.</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 27/01/2022 : TD 105/65 mmhg, HR 93 x/menit, R : 20 x/menit, Suhu : 36,5, Saturasi Oksigen 100 %</li> <li>- Pasien tidur dengan posisi 30° tempat tidur</li> <li>- Keadaan umum dengan kesadaran somnolen</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau TTV tiap jam dan catat hasilnya</li> <li>• Mengkaji keadaan umum</li> <li>• Membantu klien dalam letakan kepala agak ditinggikan dan dalam posisi anatomis (netral)</li> <li>• Membantu klien mempertahankan keadaan tirah baring</li> <li>• Mengkolaborasikan dalam pemberian obat Citicolin 2 x 500 mg sesuai indikasi</li> </ul>		
2	<p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 4x24 jam diharapkan bersihan jalan napas teratasi.</p> <p>Kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Batuk efektif meningkat</li> <li>- Produksi sputum menurun</li> <li>- Ronchi menurun</li> <li>- Dyspnea menurun</li> <li>- Gelisah menurun.</li> <li>- Frekuensi nafas membaik.</li> <li>- Pola nafas membaik</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terpasang kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau lebih bening</li> <li>- Frekuensi Pernapasan : 20 x/menit , normal</li> <li>- Bunyi nafas ronchi</li> <li>- Pola nafas inspirasi dan ekspirasi normal</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau bunyi nafas tambahan</li> <li>• Memantau produksi sputum</li> <li>• Melakukan penghisapan lendir pada jalan nafas</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkolaborasikan pemberian Combivent : NS 3% / 8 jam</li> <li>• Mengkolaborasikan dalam pemberian obat NAC 3 x 200 mg</li> <li>• Mengkolaborasikan pemberian obat Fluconazole 2 x 200 mg dan Ampicilin Sulb 2x1,5 gr</li> <li>• Memantau respirasi</li> </ul>			
3	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan kerusakan mobilitas fisik teratasi</p> <p>Kriteria Evaluasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien dapat beraktivitas sesuai kemampuan</li> <li>- Tidak ada kontraktur otot,</li> <li>- Tidak terjadi penyusutan otot</li> <li>- Ekstremitas dapat digerakkan sesuai kemampuan</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>- Pasien sulit dilakukan ROM karena kekakuan pada sendi kaki dan tangan</li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring di atas matras bulat</li> <li>- Tidak ada penyusutan otot</li> <li>- Tidak ada kontraktur otot</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji tingkat aktivitas klien</li> <li>• Mengajarkan untuk mengubah posisi minimal 2 jam sekali</li> <li>• Membantu klien tingikan tangan dan kepala 30-40°</li> <li>• Membantu ROM pasif</li> </ul>			
4	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan integritas kulit/jaringan meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas,</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan</li> </ul>			

	<p>temperatur, hidrasi, pigmentasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Tidak ada tanda tanda infeksi</li> </ul>	<p>kering</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan pakaian yang longgar untuk digunakan</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Melakukan massage bagian tubuh yang beresiko terkena luka decubitus atau pada daerah yang tertekan menggunakan virgin coconut oil</li> </ul>			
5	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan perawatan diri klien meningkat</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak segar</li> <li>- Klien tampak bersih, rapi</li> <li>- Nafas tidak berbau</li> <li>- Kuku pendek dan rapi</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Kuku bersih dan rapi</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> </ul> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji perawatan diri klien</li> </ul>			

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu kebersihan dan kebutuhan klien</li> <li>• Membantu klien dalam personal hygiene</li> <li>• Membantu klien untuk mengganti laken</li> <li>• Membantu memandikan klien</li> </ul>	
6	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kadar gula dalam darah stabil dibuktikan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesadaran meningkat</li> <li>• Mengantuk menurun</li> <li>• Perilaku aneh menurun</li> <li>• Keluhan lapar menurun</li> <li>• Kadar glukosa dalam darah membaik</li> </ul>	<p><b>Subjektif</b> : - (Tidak ada respon karena pasien mengalami penurunan kesadaran)</p> <p><b>Objektif</b> Kesadaran apatis Kadar glukosa dalam darah sewaktu pukul 11.00 yaitu 151</p> <p><b>Analisa</b> Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> <li>- Monitor kadar glukosa darah</li> <li>- Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis, poliurs, polidipsia, polifagia, kelemahan pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>- Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat</li> <li>- Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> <li>- Gunakan pengelolaan diabetes yaitu penggunaan obat</li> <li>- Identifikasi tanda dan gejala hipoglikemia</li> </ul>	

**LAMPIRAN 3**

**ASUHAN KEPERAWATAN TN K DENGAN STROKE NON HEMORAGIK DI RUANGAN  
INTERMEDIATE WARD RSUD TARAKAN JAKARTA**

UNIVERSITAS ESA UNGGUL	
 <p style="text-align: center;"><b>PENGKAJIAN KEPERAWATAN DI RUANG INTENSIF</b></p>	<p>Nama : Tn K Tgl.Lahir : 10 Februari 1977 Usia : 45 Tahun JK : Laki-Laki Umur : 44 Tahun No RM : 0**** Alamat : Jalan T** III DLM RT 015/RW 005 Jakarta Barat Taman Sari Pekerjaan : Wiraswasta Pendidikan : SMA</p>
Tgl Pengkajian : 25 Januari 2022	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">Sumber data :</div> <div style="margin-left: 20px;">Ruangan : IW Tanggal masuk RS : 29 Desember 2021</div>
IDENTITAS PASIEN DAN KELUARGA	
Agama : <input type="checkbox"/> Hindu, <input checked="" type="checkbox"/> Islam, <input type="checkbox"/> Protestan, <input type="checkbox"/> Katolik, <input type="checkbox"/> Budha, <input type="checkbox"/> Kong u Cu <input type="checkbox"/> Lainnya	
Pendidikan : <input type="checkbox"/> Belum Sekolah, <input type="checkbox"/> Paud, <input type="checkbox"/> TK, <input type="checkbox"/> SD, <input type="checkbox"/> SMP <input checked="" type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> PT	
Kewarganegaraan : <input checked="" type="checkbox"/> WNI, <input type="checkbox"/> WNA	
Nama PJ : Ny R Jenis Kelamin : Perempuan Alamat : Jalan T**** III DLM RT 015/RW 005 Jakarta Barat Taman Sari Hubungan : Anak	
RIWAYAT KESEHATAN	
<u>Alasan Masuk Rumah Sakit :</u> Pada tanggal 29 Desember 2021 pukul 20:53 pasien dibawa ke RSUD Tarakan dengan kondisi penurunan kesadaran sejak pagi jam 05:00, pasien tidak dibawa angsung ke RS karena kendala transportasi dan tenaga. Keluarga pasien mengatakan, pasien sebelumnya mengeluh nyeri kepala sudah beberapa hari, dan sesak nafas. Pasien juga lemah di badan kanan sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu, tapi pasien tidak berobat ataupun memeriksakan kondisinya. Saat dibawa ke RSUD Tarakan pasien dalam keadaan demam, dan sedang sesak nafas, kaku kuduk	
Pada tanggal 29 Desember 2021 pasien dipindahkan ke ruangan ICU Non Covid	
Pada tanggal 03 Januari 2022, pasien didaftarkan untuk operasi VP Shunt akibat Hidrocephalus akut oleh ruangan ICU Non Covid	
Pada tanggal 03 Januari 2022, pasien kembali dirawat di ruangan ICU	
Pada tanggal 18 Januari 2022, pasien dipindahkan ke ruangan IW Non Covid	
<u>Diagnosa medis saat ini :</u> Stroke Infark , Post Op VP Shunt, Post Gagal Nafas , Meningitis, TB On OAT	
<u>Riwayat keluhan/penyakit saat ini di IW:</u> Pasien terlihat lemah di bagian tubuh kanan, penurunan kesadaran, TB On OAT hari ke 24, terdapat kaku kuduk.	
<u>Riwayat penyakit terdahulu:</u> Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu, dan seorang perokok berat sejak remaja	
<u>Riwayat penyakit keluarga :</u> Tidak ada riwayat penyakit keluarga	
PROSEDUR INVASIF	
9. Pasien terpasang CVC pada jugularis sinistra dengan aliran IVFD Nacl 0,9% / 24 jam , perdpin standby pada infus pump 10. Terpasang Chateter Urine 11. Terpasang NGT 12. Terpasang monitor pasien	

- 13. Terpasang o2 nasal kanul 5 lpm
- 14. Terpasang kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau

**KONTROL RESIKO INFEKSI**

Status : ( ) tidak diketahui, ( ) Suspect ( ) diketahui : ( ) MRSA, (✓) TB, ( ) Hepatitis B (✓) meningitis  
 Pneumonia : (✓) tidak diketahui ( ) diketahui: ( ) HCAP, ( ) HAP, ( ) VAP ( ) Covid-19

**KEADAAN UMUM**

Kesadaran : ( ) Compos mentis, ( ) Apatis, ( ) Delirium (✓) Somnolen, ( ) Soporocoma, ( ) Coma  
 GCS : E : 4, M : 3, V 2  
 Antopometri : BB = 50 Kg, TB = 150 cm  
 IMT : 22,22 kg/m<sup>2</sup>  
 Skala nyeri : Dikaji dengan CCPOT  
 TTV

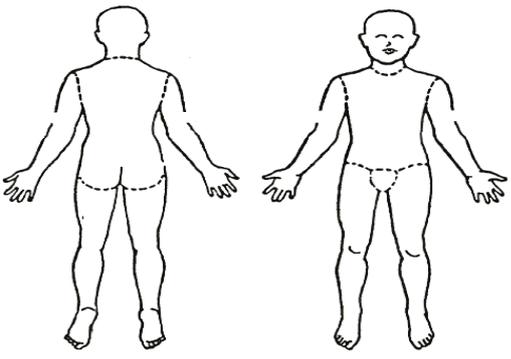
Jam/TTV	25/01/22, 12:00	26/01/22, 12:00	27/01/22, 12:00	28/01/22, 12:00	5/02/22, 12:00
TD	129/87	120/79 mmhg	107/50	154/101	154/101
HR	89 x/menit	96 x/menit	112 x/menit	105x/menit	14 x/menit
RR	30 x/menit	35 x/menit	19 x/menit	38x/menit	40 x/menit
S	36,5	36,5	36,5	36,5	36,5
SpO2	100 %	100 %	96%	100%	100%
MAP	85	87	64	112	112
					

**PENGAJIAN NYERI**

**CCPOT (Critical Care Pain Observation Tool)**

Indikator	Skor	Deskripsi
Ekspresi wajah	Rileks, netral	0 Tidak terlihat adanya ketegangan otot
	Tegang	1 Merengut, menurunkan alis
	Meringis	2 Semua gerakan wajah sebelumnya ditambah kelopak mata tertutup rapat (pasien bisa juga dengan mulut terbuka atau menggigit tabung endotrakeal)
Gerakan tubuh	Adanya gerakan atau posisi normal	0 Tidak bergerak sama sekali (tidak selalu berarti tidak adanya rasa sakit) atau posisi normal (gerakan tidak ditujukan terhadap adanya lokasi nyeri atau tidak dibuat untuk tujuan perlindungan)
	Gerakan perlindungan	1 Lambat, gerakan hati-hati, menyentuh lokasi nyeri, mencari perhatian melalui gerakan
	Gelisah	2 Menarik tabung, mencoba untuk duduk, bergerak badan atau meronta-ronta, tidak mengikuti perintah, mencoba untuk bangun dari tempat tidur
Kepatuhan dengan ventilator (pasien diintubasi)	Toleran terhadap ventilator dan gerakan	0 Alarm tidak aktif, ventilasi mudah
	Batuk tapi masih toleran	1 Batuk, alarm mungkin aktif tapi berhenti secara spontan
	Melawan ventilator	2 Tidak sinkron : blocking ventilasi, alarm aktif secara terus menerus
vokalisasi (pasien diekstubas)	Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara	0 Berbicara dengan nada normal atau tidak ada suara
	Mendesah, mengerang	1 Mendesah, mengerang
	Menangis terisak-isak	2 Menangis terisak-isak
Ketegangan otot	Rileks	0 Tidak resisten terhadap gerakan pasif
	Tegang	1 Resistan terhadap gerakan pasif
	Sangat tegang	2 Resisten kuat terhadap gerakan pasif
<b>Skor</b>	<b>Intepretasi</b>	
0	Tidak Nyeri	
1-2	Nyeri Ringan	
3-4	Nyeri Sedang	
5-6	Nyeri Berat	

7-8	Nyeri Sangat Hebat		<b>Skor</b>	<b>Intepretasi</b>
<b>Interpretasi:</b> Tidak nyeri (0)			0	Tidak Nyeri
			1-3	Nyeri Ringan
			4-6	Nyeri Sedang
			7-10	Nyeri Berat
			<b>Interpretasi:</b> Karena pasien penurunan kesadaran, maka skala nyeri menggunakan CCPOT	
<b>SISTEM RESPIRASI DAN OKSIGENASI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obstruksi jalan nafas : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya, penyebab:</li> <li>- Sesak nafas : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Apneu</li> <li>- Pemakaian alat bantu nafas: <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Oksigen : Nasal Kanul 5 liter/menit, terpasang nasal trakeostomi</li> <li>- Batuk : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Slem: : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Bentuk Dada : <input checked="" type="checkbox"/> Nomochest <input type="checkbox"/> Barrel Chest <input type="checkbox"/> Pigeon Chest <input type="checkbox"/> Funnel Chest</li> <li>- Nafas Cuping Hidung : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Retraksi dada : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada <input type="checkbox"/> Suprasternal <input type="checkbox"/> Substernal <input type="checkbox"/> Intercostal</li> <li>- Krepitasi: : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area:</li> <li>- Chest tube thoraks: : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, jumlah : - Jenis cairan : - Warna: -</li> <li>- Bunyi Nafas : <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Abnormal , ronchi</li> </ul>			
	<b>SISTEM KARDIOVASKULER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nadi: 89 x/mnt</li> <li>- Konjungtiva : <input type="checkbox"/> Anemis <input checked="" type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Hiperemis Perdarahan: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Riwayat pemakaian alat: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya:</li> <li>- Kulit: <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada masalah</li> <li>- Temperatur: <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin <input type="checkbox"/> Diaporesis</li> <li>- Iktus Cordis <input type="checkbox"/> Terlihat <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Iktus Kordir Teraba <input checked="" type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</li> <li>- Batas Jantung <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pembesaran</li> <li>- Bunyi jantung: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal (Murmur/Galop S3 / S4)*</li> <li>- Ekstremitas (CRT): <input checked="" type="checkbox"/> &lt;2 dtk <input type="checkbox"/> &gt;2dtk</li> <li>- Akral: <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin</li> <li>- Edema: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Terpasang NI Chiband/TR Band <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> </ul>		
<b>SISTEM GASTROINTESTINAL</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Makan: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral (NGT) <input type="checkbox"/> Parenteral Frekuensi: 6 x 1 porsi (diet gizi TKTP) / hari</li> <li>- Minum: <input type="checkbox"/> Oral <input checked="" type="checkbox"/> Enteral Frekuensi : 6 gelas (750-1000 cc) / hari</li> <li>- Mual : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Muntah: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, warna:</li> <li>- BAB: <input type="checkbox"/> Diare <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Konstipasi Warna: Belum BAB selama 2 hari</li> <li>- Mulut &amp; Faring:</li> <li>Mukosa <input type="checkbox"/> Lembab <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Lesi: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nodul: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>Warna mukosa <input checked="" type="checkbox"/> Pink <input type="checkbox"/> Pucat</li> <li>Lidah: <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor Warna: pink Lesi: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Nodul: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Refleks menelan: <input type="checkbox"/> Baik <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji</li> <li>- Refleks mengunyah: <input type="checkbox"/> Baik <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji</li> <li>- Abdomen: Bentuk <input type="checkbox"/> Cembung <input checked="" type="checkbox"/> Datar <input type="checkbox"/> Cekung, Nyeri: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Bising usus: 8 x/mnt</li> <li>- Massa abdomen <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area:</li> <li>- Stoma: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Drain: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Jumlah cairan: cc, Warna</li> <li>- Balance Cairan : +200 cc</li> </ul>		

<b>SISTEM MUSKULOSKELETAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fraktur: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Mobilitas: <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dibantu</li> <li>- Edema : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Konsusio : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Laserasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Abrasi : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Dekubitus : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Luka bakar: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Sinsrom kompartemen/DVT: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Drop foot : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area</li> <li>- Kekuatan otot: <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse; vertical-align: middle;"> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td></tr> <tr><td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td><td style="padding: 0 5px;">1</td></tr> </table> </li> <li>- Refleks: Bisep <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada di tangan kanan <input type="checkbox"/> Ada</li> <li>Trisep <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada di tangan kanan <input type="checkbox"/> Ada</li> <li>Brakioradialis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada di tangan kanan <input type="checkbox"/> Ada,</li> <li>Patella <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ada, kekuatan:</li> <li>Achilles <input checked="" type="checkbox"/> Tidak terkaji <input type="checkbox"/> Ada, kekuatan:</li> <li>Babinski <input checked="" type="checkbox"/> Tidak Negatif <input type="checkbox"/> Positif</li> </ul>	1	1	1	1	
1	1					
1	1					
<b>SISTEM NEUROLOGI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kesulitan bicara : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Kelemahan alat gerak: <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Tidak , Ya, area ekstermitas atas dan ekstermitas bawah</li> <li>- Terpasang EVD <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Jumlah cairan: cc, Warna: darah</li> <li>- Ukuran pupil : 3/3 mm (isokor/anisokor)* (normal/pin point/midriasis/miosis)*</li> <li>N I Pembauan : Tidak terkaji +</li> <li>N II : visus tidak dikaji</li> <li>N II,IV,VI : gerakan mata +/-; rangsang cahaya : +</li> <li>N V : rangsang nyeri +</li> <li>N VII: tidak dikaji</li> <li>NVIII: tidak dikaji</li> <li>NIX-X: tidak dikaji</li> <li>N XI: tidak dikaji</li> <li>NXII: tidak dikaji</li> </ul>					
<b>SISTEM URO-GENITAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan pola BAK : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Frekuensi BAK : Terpasang kateter, diuresis 50 cc/jam kuning jernih</li> <li>- Terpasang alat bantu : <input type="checkbox"/> Tidak <input checked="" type="checkbox"/> Ya</li> <li>- Stoma: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya urosromy/ne rostomy/Cystostomy)*</li> </ul>					
<b>SISTEM INTEGUMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna kulit : <input type="checkbox"/> Pucat <input type="checkbox"/> Sianosis <input checked="" type="checkbox"/> Tidak ada masalah</li> <li>- Luka : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area:</li> <li>- Benjolan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, area: Ukuran: cm</li> <li>- Suhu : <input checked="" type="checkbox"/> Hangat <input type="checkbox"/> Dingin</li> </ul>					
<b>HYGIENE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aktivitas sehari-hari : <input type="checkbox"/> Mandiri <input checked="" type="checkbox"/> Dibantu</li> <li>- Penampilan : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor</li> <li>- Rambut : <input checked="" type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Kotor, Warna: Hitam</li> <li>- Mandi : 1 kali/hari dilap (dibantu)</li> <li>- Keramas : Terakhir SMRS</li> <li>- Sikat gigi : 1 kali/hari (dibantu)</li> <li>- Ganti pakaian : 1x/hari</li> <li>- Gunting kuku : belum pernah</li> </ul>					
<b>KONDISI PSIKOLOGI</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Masalah perkawinan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada : cerai / istri baru / siri / lain-lain :</li> <li>Mengalami kekerasan fisik : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada Mencederai diri/orang lain : <input type="checkbox"/> Pernah <input type="checkbox"/> Tidak pernah</li> <li>Trauma dalam kehidupan : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada, Jelaskan :</li> <li>Gangguan tidur : <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada :</li> <li>Konsultasi dengan psikologi/psikiater: <input checked="" type="checkbox"/> Tidak dikaji <input type="checkbox"/> Ada</li> </ul>						
<b>SOSIAL, EKONOMI, DAN SPIRITUAL</b>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>Status pernikahan <input type="checkbox"/> Single <input checked="" type="checkbox"/> Menikah <input type="checkbox"/> Bercerai <input type="checkbox"/> Janda/duda</li> <li>Anak <input type="checkbox"/> Tidak ada <input checked="" type="checkbox"/> Ada, jumlah anak: Tidak dikaji</li> <li>Pendidikan terakhir <input type="checkbox"/> SD <input type="checkbox"/> SMP <input checked="" type="checkbox"/> SMA <input type="checkbox"/> Akademi <input type="checkbox"/> Sarjana <input type="checkbox"/> Lainnya</li> <li>Warganegara <input checked="" type="checkbox"/> WNI <input type="checkbox"/> WNA,</li> <li>Pekerjaan <input type="checkbox"/> PNS <input type="checkbox"/> Swasta <input type="checkbox"/> TNI/Polri <input checked="" type="checkbox"/> Tidak bekerja (IRT)</li> <li>Pembiayaan kesehatan <input type="checkbox"/> Biaya sendiri <input checked="" type="checkbox"/> asuransi <input type="checkbox"/> Perusahaan</li> <li>Tinggal bersama <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orangtua <input checked="" type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Lainnya</li> <li>Kebiasaan <input checked="" type="checkbox"/> Merokok <input checked="" type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Lainnya Jenis dan jumlah per hari:-</li> </ul>						

Budaya : Betawi  
 Agama  Hindu  Islam  Budha  Kristen  Katolik  Kong Hu cu  Lain-lain  
 Perlu Rohanian  Tidak  Ya  Tidak  
 Jelaskan

**SKRINING NUTRISI DENGAN MST ( Malnutrisi Screening Tools)**

9. Apakah berat badan (BB) anda menurun akhir-akhir ini tanpa direncanakan? <input type="radio"/> <b>Tidak</b> <input type="radio"/> Ya, bila ya berapa penurunan berat badan Anda? <input type="checkbox"/> 1 – 5 kg <input type="checkbox"/> 6 – 10 kg <input type="checkbox"/> 11 – 15 kg <input type="checkbox"/> > 15 kg <input checked="" type="radio"/> Tidak yakin	0 1 2 3 4 2	Total Skor Catatan : Nilai MST : <input checked="" type="radio"/> <b>Risiko Rendah (MST = 0 – 1)</b> <input type="radio"/> Risiko Sedang (MST = 2-3) <input type="radio"/> Risiko Tinggi (MST = 4 – 5) <i>Monitoring lebih lanjut dilakukan oleh Ahli Gizi.</i> <i>*Bila resiko rendah dilakukan skrinning ulang setiap 7 hari</i> <i>*Bila resiko sedang dan tinggi dilakukan pengkajian gizi lebih lanjut oleh ahli gizi.</i> <i>*Bila Pasien resiko rendah dengan indikasi khusus yaitu DM, Gangguan ginjal, Jantung, TB, Paliatif, pediatric, geriatric, Gastro, Hipertensi, HIV, SARS, Flu Burung, Bedah/reseksi slauran cerna, penurunan imun, kanker dan Pasien tidak sadar dilakukan pengkajian oleh ahli gizi</i> <i>*Pasien dirawat di ruang intensif dilakukan pengkajian langsung oleh dr gizi klinik</i>
6. Apakah nafsu makan anda berkurang? <input checked="" type="radio"/> <b>Tidak</b> <input type="radio"/> Ya	0 1	
7. Sakit Berat <input type="radio"/> Tidak <input checked="" type="radio"/> <b>Ya</b>	0 1	

**Hasil Interpretasi: Pasien memiliki risiko rendah pada pengkajian skrining nutrisi**

**PERHITUNGAN KALORI MENGGUNAKAN RUMUS MIFFLIN**

Basal Metabolic rate (BMR)  
 Laki-laki = (10x 50 (kg)) + (6.25 x 160 (cm)) – (5x 44) + 5= kkal  
 Perempuan = (10x 50 (kg)) + (6.25 x 150 (cm)) – (5x 62) – 161= kkal

BMR Perempuan = kkal  
 BMR laki-laki = 500 + 1000 kkal – 220 + 5 = 1.285 kkal

Level Aktivitas Fisik	Nilai Level Aktivitas Fisik
Tidak aktif (tidak berolahraga sama sekali)	1.2
Cukup aktif (berolahraga 1-3x seminggu)	1.375
Aktif (berolahraga atau 3-5x seminggu)	1.55
Sangat aktif (berolahraga atau 6-7x seminggu)	1.725

**Total Energy Expenditure (TEE)**  
 TEE = BMR x (level aktivitas fisik) = kkal  
 TEE = 1.908,5 kkal X 1.2 = 1.542 kkal

**PENILAIAN RESIKO JATUH**

SKALA MORSE			
Factor resiko	Keterangan	Nilai	Skor
Riwayat jatuh yang baru atau dalam satu bulan terakhir	Tidak	0	0
	Ya	25	
Diagnosa Medis sekunder >1	Tidak	0	15
	Ya	15	
Alat bantu jalan	Bed Rest atau dibantu perawat	0	0
	Penopang tongkat/ walker	15	
	Berpegangan pada Furniture	30	
Terapi Intravena infus / Lock Heparin	Tidak	0	20
	Ya	20	
Cara berjalan dan berpindah	Normal / Bedrest / Immobilisasi	0	0
	Lemah	10	
	Terganggu	20	

Status Mental	Orientasi sesuai kemampuan diri	0	15
	Lupa / keterbatasan diri	15	
<b>Jumlah Skor Skala Morse</b>			<b>75</b>

#### Kriteria Skala Morse

Tingkat Resiko	Nilai MPS	Tindakan
Tidak beresiko	0 – 24	Perawatan dasar
Resiko Rendah	25 – 50	Intervensi jatuh standar
Resiko tinggi	≥ 50	Intervensi jatuh Resiko tinggi

Hasil Interpretasi: Pasien resiko tinggi jatuh

#### PENGAJIAN PRESSURE ULCER

#### BRADEN SCALE

	1	2	3	4	Skor
<b>Persepsi Sensori</b>	Keterbatasan Penuh	Sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	1
<b>Kelembaban</b>	Lembab terus menerus	Sangat lembab	Kadang-kadang lembab	Tidak ada lembab	2
<b>Aktivitas</b>	Ditempat tidur	Diatas kursi	Kadang-kadang berjalan	Sering berjalan	1
<b>Mobilisasi</b>	Tidak Dapat bergerak	Pergerakan sangat terbatas	Keterbatasan ringan	Tidak ada keterbatasan	1
<b>Status Nutrisi</b>	Sangat Buruk	Tidak adekuat	Adekuat	Baik sekali	3
<b>Friksi/ Gesekan</b>	Bermasalah	Potensi bermasalah	Tidak ada masalah		2
<b>Total Skor</b>					<b>12</b>

Kesimpulan Tingkat risiko,

< 10= risiko sangat tinggi, 10 – 12= risiko tinggi, 13 – 14 = risiko sedang, 15 – 18= Berisiko, > 19= risiko rendah/ tidak berisiko

Interpretasi : Pasien dengan resiko tinggi

#### ASESMEN FUNSIONAL / BARTHEL INDEKS

No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR	No	FUNGSI	KETERANGAN	SKOR
1	Mengontrol BAB	Inkontinen/tidak teratur (perlu enema)	0	6	Berpindah tempat dari tidur ke duduk	Tidak mampu	0
		Kadang-kadang inkontinen (1x seminggu)	1			Perlu banyak bantuan untuk bisa duduk (2 orang)	1
		Kontinen teratur	2			Bantuan minimal 1 orang	2
2	Mengontrol BAK	Inkontinen atau pakai kateter dan tak terkontrol	0	7	Mobilisasi/ berjalan	Mandiri	3
		Kadang-kadang inkontinen (max 1x24 jam)	1			Tidak mampu	0
		Mandiri	2			Bisa berjalan dengan kursi roda	1
3	Membersihkan diri (lap muka, sisir rambut, sikat gigi)	Butuh pertolongan orang lain	0	8	Berpakaian (Memakai baju)	Berjalan dengan bantuan satu	2
		Mandiri	1			Mandiri	3
		Tergantung pertolongan orang lain	0			Tergantung orang lain	0
4	Penggunaan toilet, pegi ke dalam dari WC (melepas, memakai celana, menyeka, menyiram)	Perlu pertolongan pada beberapa aktivitas terapi, dapat mengerjakan sendiri beberapa aktivitas yang lain	1	9	Naik-turun tangga	Sebagian di bantu (mis: mengancing baju)	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
		Tidak mampu	0			Tidak mampu	0
5	Makan	Perlu seseorang menolong memotong makanan	1	10	Mandi	Butuh pertolongan	1
		Mandiri	2			Mandiri	2
		TOTAL	0			Tergantung orang lain	0
			0			Mandiri	1

Kesimpulan skor :

- ( ) Mandiri 20                      ( ) Ketergantungan ringan 12-19                      ( ) Ketergantungan sedang 9-11  
 ( ) Ketergantungan berat 5-8                      (v) Ketergantungan total 0-4

Hasil Interpretasi : Pasien memiliki tingkat ketergantungan total (0)

**EWS**

Parameter	3	2	1	0	1	2	3
Usia				<65			>65
Frekuensi Napas	<8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	>25
Saturasi Oksigen	<91	92 - 93	94 - 95	>96			
Suplementasi Oksigen		Ya		Tidak			
Tekanan Darah Sistolik	<90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			>220
Frekuensi nadi	<40		41 - 50	51 - 90	91 - 100	111 - 130	>131
Kesadaran				Alert			Somnolen Letargi Koma Gelisah
Suhu	<35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0		>39,1

Skor	Tingkat Risiko	Tingkat Kewaspadaan	Frekuensi Monitoring	Respons Klinis	Solusi
0	/		Setiap 12 jam (atau sekali tiap shift)	Monitoring rutin	/
1 - 4	Rendah	Kuning	Setiap 6 jam	Evaluasi oleh perawat	Pertahankan frekuensi monitoring / Tingkatkan frekuensi monitoring / Informasikan dokter
5 - 6 (atau skor 3 pada satu parameter)	Medium	Orange	Setiap 1 - 2 jam	Perawat menginformasikan dokter untuk melakukan evaluasi	Pertahankan terapi/ Sesuaikan rencana terapi/ Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Merah	Kontinyu	Perawat menginformasikan dokter untuk evaluasi kegawatan / Konsultasi jarak jauh dengan Rapid Response Team	Konsultasi onsite dengan Rapid Response Team
≥7	Tinggi	Hitam	Kontinyu	Pasien yang mengalami penyakit parah yang ireversibel dan sudah terminal serta menghadapi kematian seperti trauma otak ireversibel, gagal organ multipel ireversibel, penyakit ginjal atau paru kronis terminal, metastase tumor, dan sebagainya. Harus didiskusikan dengan DPJP untuk keputusan masuk ICU	

SKOR EWS = 9 ( Risiko Tinggi)

**PEMERIKSAAN PENUNJANG**

3. **Laboratorium**

Hasil Pemeriksaan tanggal 19 Januari 2022

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>HEMATOLOGI</b>			
Darah Rutin			
Hemoglobin	* 11.2	g/dL	14.0 - 18.0
Hematokrit	* 31.6	%	40.0 - 48.0
Eritrosit	* 4.04	10 <sup>6</sup> /μL	4.50 - 6.20
Leukosit	9.95	10 <sup>3</sup> /μL	5.00 - 10.00
Trombosit	255	10 <sup>3</sup> /μL	150 - 400
MCV	* 78.2	fL	82.0 - 92.0
MCH	27.7	pg	27.0 - 31.0
MCHC	35.4	g/dL	32.0 - 37.0
<b>HEMOSTASIS</b>			
D-Dimer	* 1480	ng/mL	< = 400 > 400 Kemungkinan Disseminated Intravascular Coagulation (DIC)/ Pulmonary Embolism (PE)/ Deep Vein Thrombosis (DVT)
<b>Masa Protrombin</b>			
PT (Pasien)	* 11.9	detik	9.3 - 11.4
PT (Kontrol)	11.0	detik	9.3 - 12.7
<b>APTT</b>			
APTT (Pasien)	30.9	detik	29.0 - 40.2
APTT (Kontrol)	31.7	detik	27.0 - 36.6
<b>FUNGSI HATI</b>			
SGOT (AST)	28	U/L	< 45
SGPT (ALT)	28	U/L	< 41

22 Januari 2022

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>ELEKTROLIT</b>			
<b>Analisa Gas Darah</b>			
pH	* 7.518		7.350 - 7.450
p CO <sub>2</sub>	* 27.9	mm Hg	35.0 - 45.0
p O <sub>2</sub>	* 29.7	mm Hg	83 - 108
SO <sub>2</sub>	* 85.4	%	85 - 99
BE-ecf	-0.2	mmol/L	-2 - 3
BE-b	1.5	mmol/L	
SBC	25.1	mmol/L	
HCO <sub>3</sub>	22.9	mmol/L	21.0 - 28.0
TCO <sub>2</sub>	23.8	mmol/L	23 - 27
A	* 114.5	mm Hg	128 - 229
A-aDO <sub>2</sub>	84.9	mm Hg	
a/A	0.3	mm Hg	
O <sub>2</sub> CT	10.8	mL/dL	
PO <sub>2</sub> /FIO <sub>2</sub>	142.0		
Temperatur	37.0	°C	

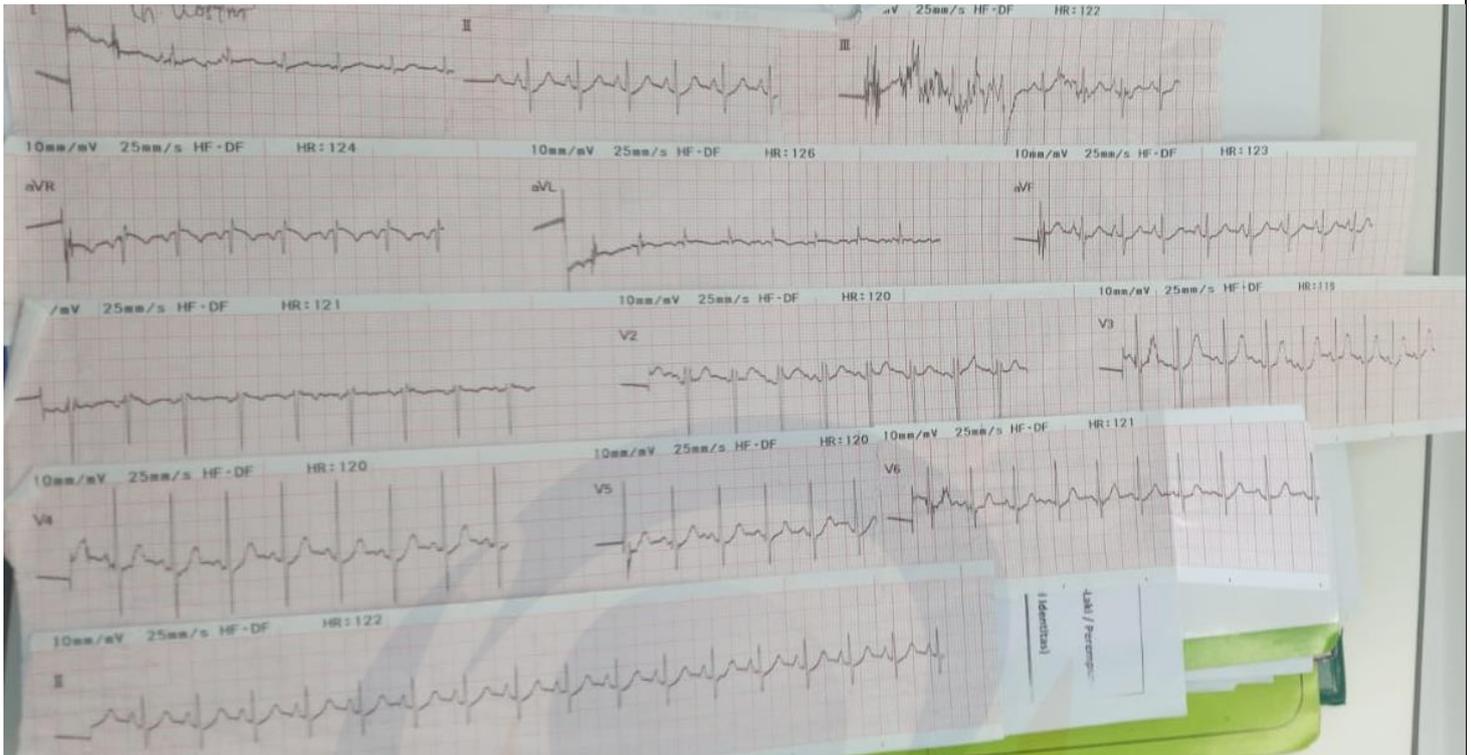
25 Januari 2022

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>FUNGSI GINJAL</b>			
Ureum	34	mg/dL	19 - 44
Kreatinin	* 0.4	mg/dL	0.6 - 1.3

23 Januari 2022

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>ELEKTROLIT</b>			
<b>Elektrolit (Na, K, Cl)</b>			
Natrium (Na)	138	mEq/L	135 - 150
Kalium (K)	4.4	mEq/L	3.6 - 5.5
Klorida (Cl)	105	mEq/L	94 - 111

10. EKG (24 Januari 2022)



11. CT SCAN (29 Desember 2021)

CT Scan cerebral tanpa kontras intravena.

Sulci cerebri dan fissura Sylvii tidak melebar.  
 Hipodens di periventrikel lateralis kiri, kapsula interna bilateral, thalamus kanan.  
 Sistem ventrikel dan sisterna tidak melebar.  
 Tak tampak pergeseran garis tengah.  
 Kalsifikasi fisiologis di pineal gland, pleksus choroideus bilateral.  
 Kedua orbita, sinus paranasal dan mastoid tak tampak kelainan.  
 Tulang-tulang kesan intak.

Kesan :  
 Infark di periventrikel lateralis kiri, kapsula interna bilateral, thalamus kanan.

12. Thorax

PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	NILAI RUJUKAN
<b>MOLEKULER</b>			
<b>TCM PCR TB</b>			
Mycobacterium tuberculosis (MTB) :	Terdeteksi		
Resisten rifampisin :	Tidak terdeteksi		

**Foto Thoraks :**

Cor kesan tidak membesar.

Aorta dan mediastinum superior tidak melebar.

Trakea ditengah. Kedua hilus tidak menebal.

Tidak infiltrat di kedua paru.

Diafragma dan sinus kostofrenikus baik.

**Kesimpulan :**

Infiltrat di kedua paru, dd/ pneumonia, TB paru

**TERAPI****Nama terapi dan Dosis pemberian**

- NAC 3x200 mg → mengencerkan dahak ketika terserang batuk berdahak.
- As Folat 3x1 mg → mengatasi defisiensi atau kekurangan asam folat, anemia megaloblastik dan pada anemia karena kekurangan suplemen nutrisi
- Curcuma 3 x 2 tab → suplemen yang mengandung temulawak, ekstrak Echinachea, vitamin A, serta vitamin B kompleks.
- Levetiracetam 2 x 500 mg → untuk meredakan kejang akibat epilepsi
- Ramipil 1 x2,5 mg → obat untuk menangani hipertensi.
- KSR 1 x 600 mg → meningkatkan kadar kalium dalam darah
- Capsul Garam 2x500 mg → untuk mengatasi atau mencegah kehilangan sodium yang disebabkan dehidrasi, keringat berlebih, atau penyebab lainnya
- Rifampicin 1x 450 mg → antibiotik spektrum luas untuk mengobati berbagai penyakit infeksi yang disebabkan oleh bakteri
- Isoniazide 1 x 300 mg → obat golongan antibiotik. Isoniazid adalah obat yang digunakan untuk menangani gejala gejala tuberkulosis paru ataupun ekstra paru.
- Pyrazinamide 1 x 100 mg → obat untuk mengobati penyakit tuberkulosis (TBC)
- Etahambutol 1x100 mg → obat antibiotik untuk mengatasi tuberkulosis (TBC)
- Ferrous Sulfate (SF) 2x1 mg → suplemen zat besi yang digunakan untuk mengobati atau mencegah kadar zat besi rendah dalam darah
- Fluconazole 2x100 mg → obat untuk mengobati penyakit akibat infeksi jamur
- Omeprazole 2 x 40 mg → obat untuk menangani penyakit asam lambung
- Phenytoin 3 x1000 mg → obat untuk mencegah dan meredakan kejang pada penderita epilepsi
- Amlidipin 1 x 5mg → menurunkan tekanan darah pada kondisi hipertensi
- Calcium Glukonat 1 x 1 gr → untuk mencegah atau mengatasi rendahnya kadar kalsium dalam darah (hipokalsemia)
- Dexamethasone 2 x 4 tab → ortikosteroid yang berkerja dengan cara menurunkan peradangan dan menurunkan sistem kekebalan tubuh
- Nebu NS 3% / 8 Jam : Combivent → untuk meredakan dan mencegah munculnya gejala akibat penyempitan saluran pernapasan

**KEBUTUHAN EDUKASI**

8. Apa yang keluarga ketahui tentang penyakit pasien : keluarga mengetahui pasien terkena penyakit stroke
9. Informasi apa yang ingin diketahui/ diperlukan oleh keluarga : perawatan pasien di rumah
10. Siapa dari keluarga yang akan ikut terlibat dalam perawatan Pasien selanjutnya : Anak pasien

**PERENCANAAN PULANG (DISCHARGE PLANING)**

Tempat tinggal Pasien setelah pulang: Tidak terdapat direkam medis

No	Kriteria Pasien	Ya	Tidak	Ket
1	Usia diatas 70 tahun		✓	Berusia 62 Tahun
2	Pasien tinggal sendiri		✓	Pasien tinggal bersama keluarga
3	Tempat tinggal Pasien memiliki tangga	✓		Keluarga pasien mengatakan rumah lantai 2
4	Memerlukan perawatan lanjutan di rumah	✓		Pasien memerlukan perawatan total karena rencana rawat dengan penyakit stroke
5	Memiliki keterbatasan kemampuan merawat diri	✓		
6	Pasien pulang dengan jumlah obat lebih dari 6 jenis/macam obat	✓		
7	Kesulitan gerak/ mobilitas	✓		
8	Memerlukan alat bantu	✓		
9	Memerlukan pelayanan medis	✓		
10	Memerlukan pelayanan keperawatan	✓		
11	Memerlukan bantuan dalam kehidupan sehari-hari	✓		
12	Riwayat sering menggunakan fasilitas gawat darurat	✓		
		✓		

**ORIENTASI PASIEN BARU** (diberikan penjelasan mengenai)

Lokasi ruangan : (✓) ya ( ) tidak      Keamanan ruangan : (✓) ya ( ) tidak  
 Tata tertib ruangan : (✓) ya ( ) tidak      Waktu dokter visite : (✓) ya ( ) tidak  
 Jam berkunjung : (✓) ya ( ) tidak      Administrasi awal : (✓) ya ( ) tidak  
 Fasilitas ruangan : (✓) ya ( ) tidak      Rencana perawatan : (✓) ya ( ) tidak  
 Hak dan kewajiban : (✓) ya ( ) tidak

**DATA FOKUS**

Data Subyektif	Data Obyektif
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pada tanggal 29 Desember 2021 pukul 20:53 pasien dibawa ke RSUD Tarakan dengan kondisi penurunan kesadaran sejak pagi jam 05:00, pasien tidak dibawa langsung ke RS karena kendala transportasi dan tenaga. Keluarga pasien mengatakan, pasien sebelumnya mengeluh nyeri kepala sudah beberapa hari, dan sesak nafas. Pasien juga lemah di badan kanan sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu, tapi pasien tidak berobat ataupun memeriksakan kondisinya. Saat dibawa ke RSUD Tarakan pasien dalam keadaan demam, dan sedang sesak nafas, kaku kuduk</li> <li>- Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat kelumpuhan di bagian tubuh kanan</li> <li>- Pasien mengalami penurunan kesadaran menjadi somnolen</li> <li>- Pasien dalam pengobatan TB On OAT hari ke 24</li> <li>- GCS : E : 4, M : 3 , V 2</li> <li>- Antopometri : BB = 50 Kg, TB = 150 cm</li> <li>- IMT : 22,22 kg/m<sup>2</sup></li> <li>- Terdapat kaku kuduk.</li> <li>- Pasien terpasang CVC pada jugularis sinistra dengan aliran IVFD NaCl 0,9% / 24 jam , perdpin standby pada infus pump</li> <li>- Terpasang Chateter Urine</li> <li>- Terpasang NGT</li> <li>- Terpasang monitor pasien</li> <li>- Terpasang o2 nasal kanul 5 lpm</li> <li>- Terpasang kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau</li> <li>- TD 129/87 mmhg</li> <li>- HR 89 x/menit</li> <li>- RR 30 x/menit</li> <li>- Suhu 36,5</li> <li>- SpO2 100 %</li> <li>- MAP 85</li> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- GCS : E4, M3, V2</li> <li>- Bunyi nafas abnormal : ronchi</li> <li>- Tidak ada reflex bisep, trisep, bradioradialis</li> <li>- Pasien memiliki risiko sedang pada pengkajian skrining nutrisi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Skala Morse Pasien resiko tinggi jatuh</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hemoglobin : 11,2 g/dL</li> <li>- Hematokrit : 31,6 %</li> <li>- PH : 7,518 mmhg</li> <li>- PCO2 : 27,9 mmhg</li> <li>- P02 : 29,7 mmhg</li> <li>- HCO3 : 22,8 mmol/L</li> <li>- Eritrosit : 4,04 10<sup>3</sup>/ul</li> <li>- D-Dimer : &lt; 400 mg/dL</li> <li>- Kreatinin 0,4 mg/dL</li> <li>- Hasil CT Scan Otak : Infark di periventrikel lateralis kiri, kapsula interna bilateral, thalamus kanan</li> <li>- Pemeriksaan Thorax : MTB Terdeteksi, Infiltrat di kedua paru, dd/ pneumonia, TB Paru</li> </ul>

**ANALISA DATA**

No	Data	Etiologi	Masalah Keperawatan
1.	DS  - Pada tanggal 29 Desember 2021 pukul 20:53 pasien dibawa ke	Masa tromboplastin parsial serum abnormal, kardiomiopati dilatasi dan embolisisme	Resiko ketidakefektifan perfusi jaringan otak

	<p>RSUD Tarakan dengan kondisi penurunan kesadaran sejak pagi jam 05:00, pasien tidak dibawa langsung ke RS karena kendala transportasi dan tenaga. Keluarga pasien mengatakan, pasien sebelumnya mengeluh nyeri kepala sudah beberapa hari, dan sesak nafas. Pasien juga lemah di badan kanan sejak kurang lebih 1 bulan yang lalu, tapi pasien tidak berobat ataupun memeriksakan kondisinya. Saat dibawa ke RSUD Tarakan pasien dalam keadaan demam, dan sedang sesak nafas, kaku kuduk</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien memiliki riwayat hipertensi sejak 5 tahun yang lalu</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat lemah di bagian tubuh kanan, penurunan kesadaran</li> <li>- Pasien terpasang CVC pada jugularis sinistra dengan alirian IVFD NaCl 0,9% / 24 jam , perpipin standby pada infus pump</li> <li>- Hasil CT Scan Otak : Infark di periventrikel lateralis kiri, kapsula interna bilateral, thalamus kanan</li> </ul>		
2.	<p>DS : - DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat kelumpuhan di bagian tubuh kanan</li> <li>- Pasien terpasang CVC pada jugularis sinistra dengan alirian IVFD NaCl 0,9% / 24 jam , perpipin standby pada infus pump</li> <li>- Terpasang Chateter Urine</li> <li>- Terpasang NGT</li> <li>- Terpasang monitor pasien</li> <li>- Terpasang o2 nasal kanul 5 lpm</li> <li>- Terpasang kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau</li> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Tidak ada reflex bisep, trisep, bradioradialis</li> </ul>	<p><b>Penyakit neuromuskular</b></p>	<p>Hambatan mobilitas fisik</p>
3.	<p>DS : DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat berbaring di atas tempat tidur</li> <li>- Pasien mengalami kekakuan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah</li> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen,</li> </ul>	<p><b>Tekanan pada tonjolan tulang</b></p>	<p>Risiko kerusakan integritas kulit</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko decubitus tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> </ul>		
4	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat berbaring di atas tempat tidur</li> <li>- Pasien mengalami kekakuan pada seluruh ekstermitas atas dan bawah</li> <li>- Pasien terlihat lemah</li> <li>- Pasien dengan kesadaran somnolen</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Kekuatan otot 1 1</li> </ul>	<b>Hambatan muskuloskeletal</b>	Defisit Perawatan Diri
5	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien terlihat batuk berdahak</li> <li>- Bunyi nafas abnormal , terdengar ronchi</li> <li>- Pasien menggunakan Kanul trakeostomi dengan produksi secret berwarna hijau kurang lebih 0,5 cc sekali batuk</li> <li>- Pasien terlihat batuk frekuensi per 30 menit sekali</li> </ul>	Sekresi yang tertahan ditandai dengan sputum berlebih.	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas
6	<p>DS :- DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hasil pemeriksaan Skala Morse Pasien resiko tinggi jatuh</li> <li>- Hasil pemeriksaan Braden Scale Pasien dengan resiko tinggi</li> <li>- Hasil pemeriksaan Barthel Indeks Pasien memiliki tingkat ketergantungan total</li> <li>- Hasil pemeriksaan EWS pasien dengan resiko tinggi Hasil CT Scan Otak : CVD Infark di tempoparietal kanan dan CVD Hemoragik di thalamus dan parietal kiri dengan herniasi subfalcin juga intraventrikuler hemor</li> <li>- Kekuatan otot 1 1 1 1</li> </ul>	Faktor resiko , penurunan kekuatan ekstrimitas bawah, hambatan mobilitas fisik	<b>Resiko Jatuh</b>

**MASALAH KEPERAWATAN (Diurutkan berdasarkan prioritas masalah)**

7. Gangguan perfusi jaringan serebral berhubungan dengan oksigen otak
8. Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d Sekresi yang tertahan ditandai dengan sputum berlebih.
9. Kerusakan mobilitas fisik berhubungan dengan Kerusakan neuromuskuler
10. Resiko gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan penurunan mobilitas
11. Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular

**NAMA DAN TANDA TANGAN PERAWAT YANG MENGAJI DAN MENDIAGNOSIS**

Jakarta, 25 Januari 2022  
Perawat yang mendiagnosis



## NURSING CARE PLAN

No.	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasionalisasi
1	<p>Perfusi jaringan cerebral tidak efektif b/d gangguan transport O<sub>2</sub>, gangguan aliran arteri dan vena</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gangguan status mental</li> <li>• Perubahan perilaku</li> <li>• Perubahan reaksi pupil</li> <li>• Kesulitan menelan</li> <li>• Kelemahan atau paralisis ekstremitas</li> </ul> <p>Abnormalitas bicara</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan selama 3 x 24 jam resiko ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan systole dan diastole dalam kisaran normal</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah dalam kisaran normal</li> <li>- Penurunan kesadaran tidak ada</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kognisi terganggu</li> </ul>	<p>NIC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertahankan parameter hemodinamika</li> <li>• Berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Monitor kejang, TIK, tingkat hematokrit, elektrolit dan glukosa darah</li> <li>• Tinggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Monitor level kebingungan dan orientasi</li> </ul> <p>1. Monitor MAP</p>	<p>7. Untuk mengetahui gangguan pada perfusi jaringan</p> <p>8. Hipertensi dapat menjadi faktor pencetus</p> <p>9. Menurunkan tekanan arteri dengan meningkatkan drainase dan meningkatkan sirkulasi serebral</p> <p>10. Aktivitas yang kontinu dapat meningkatkan TIK</p> <p>11. Menurunkan hipoksia yang dapat menyebabkan vasodilatasi serebral</p> <p>12. Meningkatkan aliran darah serebral</p>
2	<p>Bersihan jalan nafas tidak efektif berhubungan dengan :</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispneu</li> <li>• Disfungsi neuromuscular</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan keefektifan bersihan jalan nafas dibuktikan dengan kriteria hasil :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning.</li> <li>• Berikan O<sub>2</sub></li> <li>• Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> </ul>	<p>6. Untuk mengetahui status kondisi pernafasan pasien</p> <p>7. Untuk mengetahui status kondisi pernafasan pasien</p> <p>8. Membantu memberikan suplai kebutuhan oksigen pasien</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sekresi tertahan,</li> <li>• Penurunan suara nafas</li> <li>• Orthopneu</li> <li>• Cyanosis</li> <li>• Kelainan suara nafas (rales, wheezing)</li> <li>• Kesulitan berbicara</li> <li>• Batuk, tidak efektif atau tidak ada</li> <li>• Produksi sputum</li> <li>• Gelisah</li> </ul> <p>Perubahan frekuensi dan irama nafas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>- Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang penyebab.</li> <li>- Saturasi O2 dalam batas normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>• Berikan bronkodilator</li> <li>• Monitor status hemodinamik</li> <li>• Berikan antibiotik</li> <li>• Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Monitor respirasi dan status O2</li> <li>• Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> </ul> <p>1. Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O2, Inhalasi.</p>	<p>9. Untuk mengencerkan dahak dan melancarkan bersihan jalan nafas</p> <p>10. Untuk mengetahui status kondisi pernafasan pasien</p>
4	<p>Hammbatan mobilitas fisik</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keterbatasan ketahanan kardiovaskuler</li> <li>• Kerusakan persepsi sensori</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien meningkat dalam aktivitas fisik</li> <li>-</li> </ul>	<p>NIC : Exercise therapy : ambulation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> </ul>	<p>7. Untuk mengetahui tingkat aktivitas klien</p> <p>8. Menurunkan resiko terjadinya iskemia jaringan</p> <p>9. Meminimalkan atropi otot dan meningkatkan sirkulasi</p> <p>10. Meningkatkan aliran balik ven</p> <p>11. Untuk meningkatkan spastisitas pada ekstremitas</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerusakan muskuloskeletal dan neuromuskuler</li> <li>• Penurunan kekuatan otot, kontrol dan atau masa</li> <li>• Kesulitan merubah posisi</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</li> </ul> <p>1. Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</p>	<p>yang terganggu</p> <p>12. Meningkatkan distribusi merata berat badan menurunkan tekanan tulangtulang tertentu</p>
3	<p>Resiko Gangguan Integritas Kulit</p> <p>Faktor-faktor risiko: Eksternal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faktor mekanik (misalnya : alat yang dapat menimbulkan luka, tekanan, restraint)</li> <li>- Imobilisasi fisik</li> <li>- Usia yang ekstrim</li> <li>- Kelembaban kulit</li> </ul> <p>Internal :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perubahan status metabolik</li> <li>- Tulang menonjol</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko kerusakan integritas kulit pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusion jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban</li> </ul>	<p>NIC : Pressure Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>• Hindari kerutan padaa tempat tidur</li> <li>• Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>• Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</li> <li>• Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> </ul>	<p>8. Kulit bisa lembap dan mungkin merasa tidak dapat beristirahat atau perlu untuk bergerak</p> <p>9. Menurunkan terjadinya risiko infeksi pada bagian kulit</p> <p>10. Cara pertama untuk mencegah terjadinya infeksi</p> <p>11. Mencegah terjadinya komplikasi selanjutnya</p> <p>12. Mengetahui perkembangan terhadap terjadinya infeksi kulit</p> <p>13. Menurunkan pemajanan terhadap kuman infeksi pada kulit</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Defisit imunologi</li> <li>- Berhubungan dengan dengan perkembangan</li> <li>- Perubahan sensasi</li> <li>- Perubahan status nutrisi (obesitas, kekurangan)</li> <li>- Perubahan pigmentasi</li> <li>- Perubahan sirkulasi</li> <li>- Perubahan turgor (elastisitas kulit)</li> </ul>	<p>kulit dan perawatan alami</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Jaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul> <p>Monitor serum albumin dan transferin</p>	<p><b>14.</b> Menurunkan risiko terjadinya infeksi</p>
7	<p>Defisit perawatan diri</p> <p>Berhubungan dengan :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kerusakan musculoskeletal</li> <li>• Kerusakan neuromuscular</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam defisit perawatan diri teratas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari bau badan</li> <li>- Menunjukkan kenyamanan terhadap untuk melakukan</li> </ul>	<p>NIC : Self Care assistane : ADLs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitor kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Monitor kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> </ul>	<p>5. Menjaga kebersihan diri klien</p> <p>6. Menjaga kebersihan diri klien</p> <p>7. Menjaga kebersihan klien</p> <p>8. Menjaga kebersihan kuku klien</p> <p>Memberikan rasa nyaman kepada klien</p>

<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ketidakmampuan untuk mandi</li> <li>• Ketidakmampuan untuk berpakaian</li> <li>• Ketidakmampuan untuk makan</li> </ul> <p>Ketidakmampuan untuk toileting</p>	<p>ADLs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dapat melakukan ADLs dengan bantuan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> <li>• Dorong klien untuk melakukan aktivitas sehari-hari yang normal sesuai kemampuan yang dimiliki.</li> <li>• Dorong untuk melakukan secara mandiri, tapi beri bantuan ketika klien tidak mampu melakukannya.</li> <li>• Ajarkan klien/ keluarga untuk mendorong kemandirian, untuk memberikan bantuan hanya jika pasien tidak mampu untuk melakukannya.</li> <li>• Berikan aktivitas rutin sehari-hari sesuai kemampuan.</li> </ul> <p>1. Pertimbangkan usia klien jika mendorong pelaksanaan aktivitas sehari-hari.</p>	<p>Menjaga kebersihan diri klien.</p>
---	---	--	---------------------------------------

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN				
No	Diagnosis	Implementasi (Hari,Jam)	Respon Pasien ( S&O)	TTD
1	Gangguan perfusi jaringan serebral b.d oksigen otak menurun	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> <li>• Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul> <p>Kamis, 27 Januari 2022, pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> </ul>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 26/01/2022 : TD 120/79 mmhg, HR : 96 x/menit, R: 35 x/menit, suhu : 36,5. Saturasi 100 %.</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Menerima Ramipil 1 x2,5 mg, Levetiracetam 2 x 500 mg, Amplidipin 1 x 5mg, Phenitoin 3 x1000 mg</li> </ul> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 27/01/2022 : TD 107/50 mmhg, HR 96 x/menit, R : 19 x/menit, Suhu : 36,5, Saturasi Oksigen 96 %</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Menerima Ramipil 1 x2,5 mg, Levetiracetam 2 x 500 mg, Amplidipin 1 x 5mg, Phenitoin 3 x1000 mg</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</li> </ul> <p>Jumat, 28 Januari 2022, pukul 14.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>• Memantau MAP</li> <li>• Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>• Memantau kejang</li> <li>• Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>• Memantau level kebingungan dan orientasi</li> </ul> <p>Mencatat perubahan pasien dalam merespon stimulus</p>	<p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kesadaran somnolen</li> <li>- Menerima Ramipil 1 x2,5 mg, Levetiracetam 2 x 500 mg, Amplidipin 1 x 5mg, Phenitoin 3 x1000 mg</li> </ul>		
2	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d Sekresi yang tertahan ditandai dengan sputum berlebih.	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning</li> <li>• Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>• Mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Mendengarkan suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>• Memberikan Combivent : NS 3% / 8 jam, Fluconazole 2 x 200 mg dan Ampicilin Sulb 2x1,5</li> <li>• Memantau status hemodinamik</li> <li>• Memberikan antibiotik</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi nafas ronchi</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas trakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau kental</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> <li>- R: 35x/menit</li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Memantau respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>• Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>• Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O<sub>2</sub>, Inhalasi.</li> </ul> <p>Kamis, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning</li> <li>• Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>• Mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Mendengarkan suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>• Memberikan Combivent : NS 3% / 8 jam, Fluconazole 2 x 200 mg dan Ampicilin Sulb 2x1,5</li> <li>• Memantau status hemodinamik</li> <li>• Memberikan antibiotik</li> <li>• Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Memantau respirasi dan status O<sub>2</sub></li> <li>• Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>• Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi nafas ronchi</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas trakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau kental</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> <li>- R : 19 x/menit</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bunyi nafas ronchi</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas trakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau kental</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> <li>- R : 38 x/menit</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--

		<p>penggunaan peralatan : O2, Inhalasi.</p> <p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memastikan kebutuhan oral / tracheal suctioning</li> <li>• Memposisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>• Mengeluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>• Mendengarkan suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>• Memberikan Combivent : NS 3% / 8 jam, Fluconazole 2 x 200 mg dan Ampicilin Sulb 2x1,5</li> <li>• Memantau status hemodinamik</li> <li>• Memberikan antibiotik</li> <li>• Mengatur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>• Memantau respirasi dan status O2</li> <li>• Mempertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>• Menjelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O2, Inhalasi.</li> </ul>			
3	Kerusakan mobilitas fisik b/d kerusakan neuromuskuler	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> </ul>		

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul> <p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>• Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul> <p>Rabu, 28 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien sulit dilakukan ROM karena kekakuan pada sendi kaki dan tangan</li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring di atas matras bulat</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring</li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien dalam posisi kepala terhadap tempat tidur 30<sup>0</sup></li> <li>- Pasien sulit dilakukan ROM karena kekakuan pada sendi kaki dan tangan</li> <li>- Semua aktivitas dibantu oleh perawat</li> <li>- Pasien dalam keadaan tirah baring di atas matras bulat</li> </ul>		
--	--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>• Membantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>• Memberikan alat bantu untuk menyanggah posisi saat mobilisasi, dan pengaturan tempat tidur</li> <li>• Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul>			
4	Risiko kerusakan integritas kulit b.d factor risiko : tirah baring lama	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> </ul>	<p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan kering</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> </ul>		

		<p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobilisasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Menggunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Memantau kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Menjaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul> <p>Rabu, 28 Januari 2022 , pukul 12.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memakaikan pasien pakaian yang longgar berupa gown dengan ikatan belakang tidak kencang</li> <li>• Menghindari kerutan pada tempat tidur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul> <p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar seperti gown</li> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan kering</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> </ul>	
--	--	---	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menjaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Memobiliasi pasien setiap dua jam sekali miring kanan dan miring kiri</li> <li>• Memantau kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Massage effleurage menggunakan <i>Virgin coconut oil</i> pada daerah yang tertekan</li> <li>• Memantau mobilisasi pasien</li> <li>• Memantau status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Menggunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Memantau kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Menjaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Berkolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan vitamin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> </ul> <p>S</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien menggunakan pakaian longgar</li> </ul>	
--	--	---	---	--

			<p>seperti gown</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak terdapat kerutan pada tempat tidur</li> <li>- Pasien mandi 1 hari sekali dengan dibantu oleh perawat, kulit bersih dan kering</li> <li>- Tidak ada kemerahan, dan tanda iritasi lainnya</li> <li>- Pasien menunjukkan rasa nyaman setelah dilakukan massage pada bagian yang menonjol</li> <li>- Tidak ada tanda luka decubitus</li> <li>- Tidak terdapat lesi</li> <li>- Pasien berbaring di matras cegah decubitus</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul>		
--	--	--	--	--	--

5	Defisit perawatan diri berhubungan dengan gangguan neuromuskular	<p>Rabu, 26 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul> <p>Rabu, 27 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self care</li> </ul> <p>Rabu, 28 Januari 2022 , pukul 09.00</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Memantau kemampuan klien untuk perawatan diri yang mandiri.</li> <li>• Memantau kebutuhan klien untuk alat-alat bantu untuk kebersihan diri, berpakaian, berhias, toileting dan makan.</li> <li>• Menyediakan bantuan sampai klien mampu secara utuh untuk melakukan self-care.</li> </ul>	<p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> <li>- Kuku pendek dan rapi</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> </ul> <p>S :</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak bersih dan segar setelah dilakukan personal hiegene</li> <li>- Laken bersih</li> <li>- Kuku bersih dan rapi</li> <li>- Semua kebutuhan pasien dibantu perawat</li> </ul>	
---	--	---	---	--

EVALUASI			
No	Tujuan Keperawatan	Evaluasi (SOAP)	TTD
1	<p>Setelah dilakukan asuhan selama 3 x 24 jam resiko ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan systole dan diastole dalam kisaran normal</li> <li>- Nilai rata-rata tekanan darah dalam kisaran normal</li> <li>- Penurunan kesadaran tidak ada</li> <li>- Tidak mengalami nyeri kepala</li> <li>- Kognisi terganggu</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TTV 29/01/2022 : TD 154/101 mmhg, HR 114 x/menit, R : 40 x/menit, Suhu : 36,5, Saturasi Oksigen 100 %</li> <li>- Pasien tidur dengan posisi 30° tempat tidur</li> <li>- Keadaan umum dengan kesadaran somnolen</li> </ul> <p><b>Analisa</b> Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p><b>Planning</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mempertahankan parameter hemodinamik</li> <li>- Memantau MAP</li> <li>- Berkolaborasi dengan dokter, berikan pengobatan vasoaktif, agen rheologis, antikoagulan, antiplatelet, obat trombolitik</li> <li>- Memantau kejang</li> </ul>	

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meninggikan kepala 0,15 – 30 derajat</li> <li>- Memantau level kebingungan dan orientasi</li> </ul>		
2	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam pasien menunjukkan keefektifan bersihan jalan nafas dibuktikan dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendemonstrasikan batuk efektif dan suara nafas yang bersih, tidak ada sianosis dan dyspneu (mampu mengeluarkan sputum, bernafas dengan mudah, tidak ada pursed lips)</li> <li>- Mampu mengidentifikasi dan mencegah faktor yang penyebab.</li> <li>- Saturasi O2 dalam batas normal</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suara nafas ronchi</li> <li>- R : 38x/menit</li> <li>- Tidak ada sianosis</li> <li>- Mampu mengeluarkan sputum</li> <li>- Menggunakan alat bantu nafas trakeostomi dengan produksi sekret berwarna hijau muda</li> <li>- Saturasi oksigen normal 100%</li> </ul> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pastikan kebutuhan tracheal suctioning.</li> <li>- Berikan O2 5 liter per menit menggunakan nasal kanul</li> <li>- Posisikan pasien untuk memaksimalkan ventilasi</li> <li>- Keluarkan sekret dengan batuk atau suction</li> <li>- Auskultasi suara nafas, catat adanya suara tambahan</li> <li>- Berikan bronkodilator</li> <li>- Monitor status hemodinamik</li> <li>- Berikan antibiotik</li> <li>- Atur intake untuk cairan mengoptimalkan keseimbangan.</li> <li>- Monitor respirasi dan status O2</li> <li>- Pertahankan hidrasi yang adekuat untuk mengencerkan sekret</li> <li>- Jelaskan pada pasien dan keluarga tentang penggunaan peralatan : O2,</li> </ul>		

		Inhalasi.	
3	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam hambatan mobilitas fisik teratasi dengan kriteria hasil : - Klien meningkat dalam aktivitas fisik	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien belum meningkat dalam aktivitas fisik</li> </ul> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan dan lihat respon pasien saat latihan</li> <li>- Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan</li> <li>- Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi</li> <li>- Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi</li> <li>- Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs pasien</li> <li>- Berikan alat bantu jika klien memerlukan.</li> <li>- Memberikan bantuan pada pasien untuk memindahkan posisi jika diperlukan</li> </ul>	
4	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko kerusakan integritas kulit pasien teratasi dengan kriteria hasil: - Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melaporkan adanya gangguan sensasi atau nyeri pada daerah kulit yang mengalami gangguan</li> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi,</li> </ul>	

	<p>gangguan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, hidrasi, pigmentasi)</li> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul>	<p>pigmentasi)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tidak ada luka/lesi pada kulit</li> <li>- Perfusi jaringan baik</li> <li>- Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami</li> <li>- Status nutrisi adekuat</li> <li>- Sensasi dan warna kulit normal</li> </ul> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anjurkan pasien untuk menggunakan pakaian yang longgar</li> <li>• Hindari kerutan padaa tempat tidur</li> <li>• Jaga kebersihan kulit agar tetap bersih dan kering</li> <li>• Mobilisasi pasien (ubah posisi pasien) setiap dua jam sekali</li> <li>• Monitor kulit akan adanya kemerahan</li> <li>• Oleskan lotion atau minyak/baby oil pada daerah yang tertekan</li> <li>• Monitor aktivitas dan mobilisasi pasien</li> <li>• Monitor status nutrisi pasien</li> <li>• Memandikan pasien dengan sabun dan air hangat</li> <li>• Gunakan pengkajian risiko untuk memonitor faktor risiko pasien (Braden Scale, Skala Norton)</li> <li>• Inspeksi kulit terutama pada tulang-tulang yang menonjol dan titik-titik tekanan ketika merubah posisi pasien.</li> <li>• Jaga kebersihan alat tenun</li> <li>• Kolaborasi dengan ahli gizi untuk pemberian tinggi protein, mineral dan</li> </ul>	
--	--	--	--

		vitamin	
5	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam defisit perawatan diri teratas dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari bau badan</li> <li>- Menunjukkan kenyamanan terhadap untuk melakukan ADLs</li> <li>- Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</li> </ul>	<p>S : (Pasien penurunan kesadaran , tidak ada data subjektif)</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terbebas dari bau badan</li> <li>- Menunjukkan kenyamanan untuk melakukan ADLs</li> <li>- Dapat melakukan ADLS dengan bantuan</li> </ul> <p>A : Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>P : Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengkaji perawatan diri klien</li> <li>• Membantu kebersihan dan kebutuhan klien</li> <li>• Membantu klien dalam personal hygiene</li> <li>• Membantu klien untuk mengganti laken</li> <li>• Membantu memandikan klien</li> </ul>	
6	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam resiko jatuh pasien teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kejadian jatuh tidak ada</li> <li>- Mengenal tanda dan gejala yang mengindikasikan faktor resiko</li> </ul>	<p>Subjektif : - (Tidak ada respon karena pasien mengalami penurunan kesadaran)</p> <p>Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kejadian jatuh tidak ada</li> <li>• Pasien mampu mengenal tanda dan gejala yang mengindikasikan faktor resiko</li> <li>• Pasien mampu melakukan strategi dalam mengontrol faktor resiko tanpa</li> </ul>	

	<p>- Mampu melakukan strategi dalam mengontrol faktor resiko tanpa bantuan</p>	<p>dibantu</p> <p>Analisa Tujuan sebagian tercapai, masalah belum teratasi</p> <p>Planning</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi kebutuhan keamanan pasien dari fisik, fungsi kognitif dan kebiasaan perilaku pasien.</li> <li>• Identifikasi bahaya keselamatan pasien di lingkungan (ex: fisik, biologis, kimia).</li> <li>• Hilangkan risiko dari lingkungan jika memungkinkan.</li> <li>• Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan resiko dan bahaya.</li> <li>• Menyediakan alat adaptif (ex: Alat untuk melangkah dan pegangan tangan) untuk meningkatkan keamanan dari lingkungan.</li> <li>• Gunakan alat pelindung (mis. Pegangan samping, pintu tertutup, gerbang) untuk keterbatasan mobilitas fisik.</li> <li>• Monitor lingkungan untuk mengubah status keamanan.</li> </ul>		
--	--	---	--	--

## LAMPIRAN 4 MEDIA EDUKASI LEAFLET

### 1. DEFINISI

#### Massage effleurage

yaitu memberikan sedikit tekanan pada kulit punggung dengan gerakan memutar, mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok. VCO (Virgin Coconut Oil) dapat digunakan sebagai topical pencegahan luka dekubitus karena kandungan bermanfaat yang beragam.



### 2. MANFAAT VCO

- Membantu menjaga kelembaban kulit, kelenturan, kelembutan kekenyalan kulit
- Mampu memberi nutrisi vitamin E pada kulit
- Menjaga toleransi jaringan kulit terhadap tekanan, gesekan dan shear sebagai penyebab utama terbentuknya luka tekan

### 2. TUJUAN MASSAGE VCO

- Melancarkan sirkulasi darah
- Membantu penyerapan (absorpsi) pada peradangan bekas luka.
- Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.
- Membersihkan dan menghaluskan kulit
- Menurunkan ketegangan otot dan memberikan perasaan rileks



### 3. INDIKASI

Biasanya massage effleurage dengan virgin coconut oil diberikan kepada pasien :

- Gangguan imobilisasi
- Pasien dengan kondisi kulit kering
- Pasien dengan risiko luka tekan  
Misalnya : Pasien stroke, pasien lumpuh total, pasien penurunan kesadaran



### 4. KONTRAINDIKASI

Massage Effleurage dengan Virgin Coconut Oil tidak dianjurkan pada pasien yang mengalami Nyeri, luka tumor, lebam, dan infeksi lainnya pada daerah yang akan di *massage*

### 4. ALAT YANG DIPERLUKAN

- Virgin Coconut Oil atau Minyak Kelapa Murni
- Tisu



### 5. JADWAL TINDAKAN

Dilakukan sehari 2 kali yaitu :

- Setelah mandi pagi
- Pada sore hari



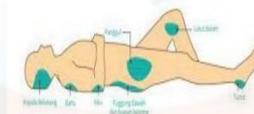
Massage effleurage dilakukan bersama mobilisasi miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam lebih efektif membantu pasien

### 6. CARA MELAKUKAN

- Cuci tangan sebelum melakukan tindakan
- Berikan posisi yang nyaman (miring ke kanan atau kiri)
- Berdiri sebelah kanan pasien saat pasien dimiringkan ke sebelah kiri, dan begitu sebaliknya
- Lepas atau membuka baju pasien  
Jika pasien menggunakan gown, buka ikatan bagian belakang
- Alas tempat tidur menggunakan perlak
- Ambil *Virgin Coconut Oil (VCO)* sebanyak 2 cc



- Balurkan *VCO* secara perlahan pada bagian tubuh yang menonjol saat berbarng yaitu pada punggung kanan, sakrum, scapula



- Oleskan *VCO* merata dan lembut menggunakan jari hingga merata dan diamkan hingga kulit tidak terlalu basah
- Lakukan *massage* pada punggung, sakrum dan scapula (menggosok melingkar kecil dan mengusap) dengan telapak tangan
- Arah *massage* dari bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah, ketiga dari kanan ke kiri, terakhir dari kiri ke kanan



- *Massage* dilakukan selama 4-5 menit
- Setelah selesai, bersihkan sisa minyak dengan tisu



### MASSAGE EFFLEURAGE DENGAN VIRGIN COCONUT OIL UNTUK PENCEGAHAN DEKUBITUS

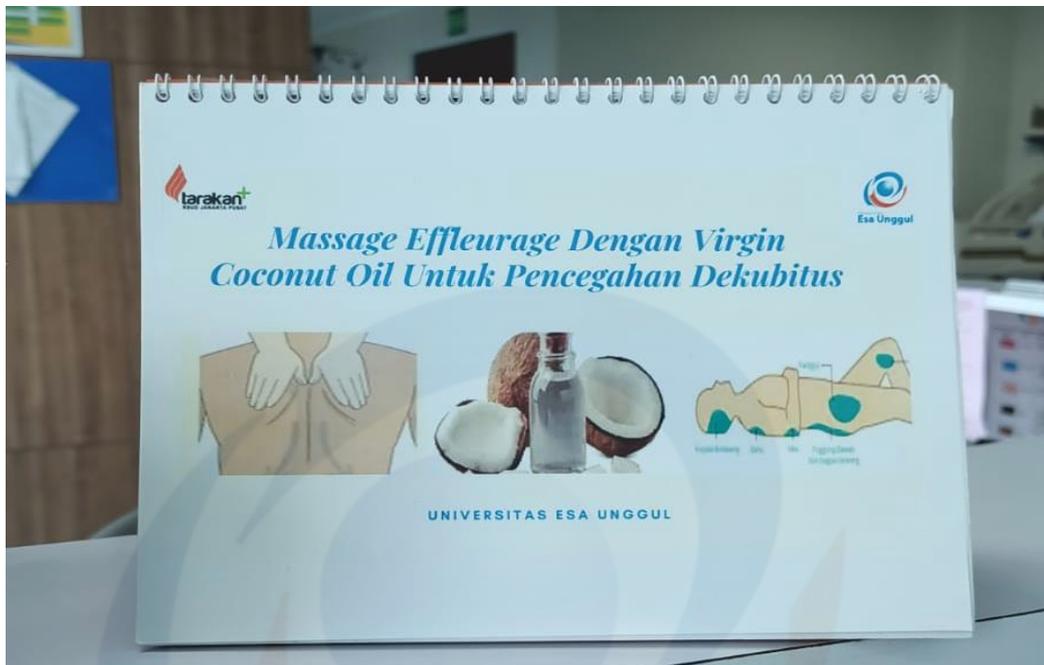


Oleh

NAMA : Kezia Irene Joseph  
NIM : 2020-03-05-040

PROFESI NERS  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL  
2022

**LAMPIRAN 5**  
**MEDIA EDUKASI LEMBAR BALIK**





## DEFINISI

Massage effleurage yaitu memberikan sedikit tekanan pada kulit punggung dengan gerakan memutar, mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok.

VCO (Virgin Coconut Oil) dapat digunakan sebagai topical pencegahan luka dekubitus karena kandungan bermanfaat yang beragam



## TUJUAN MESSAGE VCO

- Melancarkan sirkulasi darah
- Membantu penyerapan (absorpsi) pada peradangan bekas luka.
- Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.
- Membersihkan dan menghaluskan kulit
- Menurunkan ketegangan otot dan memberikan perasaan rileks

## MANFAAT VCO

- Membantu menjaga kelembaban kulit, kelenturan, kelembutan kekenyalan kulit
- Mampu memberi nutrisi vitamin E pada kulit
- Menjaga toleransi jaringan kulit terhadap tekanan, gesekan dan shear sebagai penyebab utama terbentuknya luka tekan



## INDIKASI KONTRAINDIKASI

- Biasanya massage effleurage dengan virgin coconut oil diberikan kepada pasien : Gangguan imobilisasi . Pasien dengan kondisi kulit kering . Pasien dengan risiko luka tekan. Misalnya : Pasien stroke, pasien lumpuh total, pasien penurunan kesadaran
- Massage Effleurage dengan Virgin Coconut Oil tidak dianjurkan pada pasien yang mengalami Nyeri, luka tumor, lebam, dan infeksi lainnya pada daerah yang akan di massage

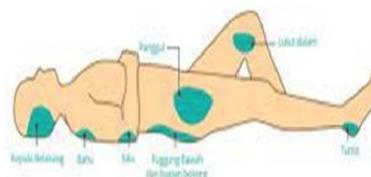


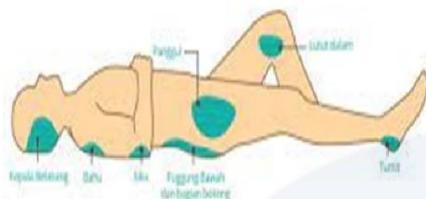
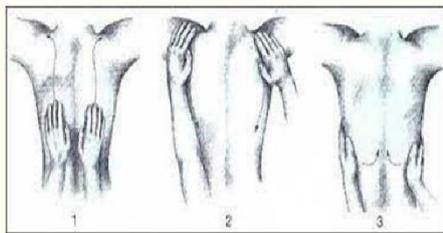
## ALAT DAN JADWAL

- Alat yang diperlukan adalah Virgin Coconut Oil atau Minyak Kelapa Murni Dan Tisu
- Dilakukan sehari 2 kali yaitu : Setelah mandi pagi dan pada sore hari
- Massage effleurage dilakukan bersama mobilisasi miring kanan dan miring kiri setiap 2 jam lebih efektif membantu pasien

## CARA MELAKUKAN

- Cuci tangan sebelum melakukan tindakan
- Berikan posisi yang nyaman (miring ke kanan atau kiri)
- Berdiri sebelah kanan pasien saat pasien dimiringkan ke sebelah kiri, dan begitu sebaliknya
- Lepas atau membuka baju pasien Jika pasien menggunakan gown, buka ikatan bagian belakang
- Alas tempat tidur menggunakan perlak
- Ambil Virgin Coconut Oil (VCO) sebanyak 2 cc





## CARA MELAKUKAN

- Oleskan VCO merata dan lembut menggunakan jari hingga merata dan diamkan hingga kulit tidak terlalu basah
- Lakukan massage pada punggung, sakrum dan scapula (menggosok melingkar kecil dan mengusap) dengan telapak tangan
- Arah massage dari bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah, ketiga dari kanan ke kiri, terakhir dari kiri ke kanan
- Massage dilakukan selama 4-5 menit
- Setelah selesai, bersihkan sisa minyak dengan tisu



## REFERENSI

- Santiko, S., & Faidah, N. 2020
- Darmareja, R., Kosasih, C. E., & Priambodo, A. P. 2020
- Setiani, D. 2017
- Adevia, A., Dewi, N. R., & Ayubbana, S. 2021
- Sumah, D. F. 2020
- Asriani, T. 2018
- Weerapong et al, 2005
- Andjani, 2016

PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
FAKULTAS ILMU ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS ESA UNGGUL  
JAKARTA  
2022



**LAMPIRAN 6**

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR MASSAGE EFFLEURAGE  
DENGAN VIRGIN COCONUT OIL**

		Judul SOP : <i>Massage Effleurage</i> Dengan <i>Virgin coconut oil</i> (VCO)
1	PENGERTIAN	<p><i>Massage</i> merupakan gerakan-gerakan tangan yang mekanis terhadap tubuh manusia dengan menggunakan beragam teknik.</p> <p>Teknik <i>effleurage</i> yaitu dengan memberikan sedikit tekanan pada kulit punggung dengan gerakan memutar, mempergunakan seluruh permukaan telapak tangan melekat pada bagian tubuh yang digosok.</p>
2	TUJUAN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melancarkan sirkulasi darah</li> <li>2. Menyempurnakan proses pembuangan sisa-sisa pembakaran (sampah-sampah) ke alat-alat pengeluaran atau mengurangi kelelahan.</li> <li>3. Membantu penyerapan (absorpsi) pada peradangan bekas luka.</li> <li>4. Membantu pembentukan sel-sel baru dalam perkembangan tubuh.</li> <li>5. Membersihkan dan menghaluskan kulit</li> <li>6. Menurunkan ketegangan otot dan memberikan perasaan rileks.</li> </ol>
3	INDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dengan gangguan imobilisasi</li> <li>2. Pasien dengan kondisi kulit kering</li> <li>3. Pasien dengan risiko luka tekan</li> </ol>
4	KONTRAINDIKASI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nyeri pada daerah yang akan dimassage</li> <li>2. Luka pada daerah yang akan dimassage</li> <li>3. Jangan melakukan pemijatan langsung pada daerah tumor</li> <li>4. Jangan melakukan <i>massage</i> pada daerah yang mengalami ekimosis atau lebam.</li> <li>5. Hindari melakukan <i>massage</i> pada daerah yang mengalami inflamasi</li> </ol>
5	PERSIAPAN PASIEN	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan salam, perkenalkan diri anda dan identifikasi pasien</li> <li>2. Jelaskan tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan, berikan kesempatan kepada</li> </ol>

		<p>pasien untuk bertanya dan jawab seluruh pertanyaan pasien.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Siapkan peralatan yang diperlukan.</li> <li>4. Atur ventilasi dan sirkulasi udara yang baik</li> <li>5. Atur posisi pasien sehingga merasa aman dan nyaman.</li> </ol>
6	PERSIAPAN ALAT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Virgin coconut oil (VCO)</i></li> <li>2. Tisu</li> <li>3. Handuk mandi yang besar , <i>jika diperlukan</i></li> <li>4. Perlak</li> <li>5. <i>Handsoen</i> 1 pasang</li> <li>6. <i>Spuit 3cc</i></li> </ol>
7	PROSEDUR PELAKSANAAN	<p>Prosedur</p> <p>Fase Orientasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li> <li>2. Menjelaskan tujuan tindakan</li> <li>3. Menjaga privasi pasien</li> <li>4. Menjelaskan langkah prosedur</li> <li>5. Menanyakan kesiapan pasien</li> <li>6. Kontrak waktu</li> </ol> <p>Fase Kerja</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuci tangan</li> <li>2. Memakai handscon bersih</li> <li>3. Berikan posisi yang nyaman (miring ke kanan atau kiri)</li> <li>4. Perawat berada di sebelah kanan pasien saat pasien dimiringkan ke sebelah kiri, dan begitu sebaliknya</li> <li>5. Lepas atau membuka baju pasien dan ganti dengan handuk mandi. Jika pasien menggunakan gown, buka ikatan bagian belakang</li> <li>6. Alas tempat tidur menggunakan perlak untuk mencegah tumpahan minyak pada tempat tidur</li> <li>7. Ambil <i>Virgin coconut oil (VCO)</i> menggunakan spuit sebanyak 2 cc</li> <li>8. Semprotkan <i>VCO</i> secara perlahan pada punggung kanan, sakrum, scapula</li> <li>9. Oleskan <i>VCO</i> merata dan lembut menggunakan jari hingga merata dan diamkan hingga kulit tidak terlalu basah</li> </ol>

		<p>10. Lakukan <i>massage</i> pada punggung, sakrum dan scapula (menggosok melingkar kecil dan mengusap) dengan telapak tangan</p> <p>11. Arah <i>massage</i> dari bawah ke atas, kedua dari atas ke bawah, ketiga dari kanan ke kiri, terakhir dari kiri ke kanan</p> <p>12. <i>Massage</i> dilakukan selama 4-5 menit</p> <p>13. Setelah selesai, bersihkan sisa minyak dengan tisu</p> <p>14. Merapikan pasien dan alat</p> <p>Fase Terminasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi hasil</li> <li>2. Lakukan rencana tindak lanjut</li> <li>3. Cuci tangan</li> <li>4. Salam penutup</li> <li>5. Dokumentasi</li> </ol>
8	JADWAL	<p>Dilakukan sehari 2 kali yaitu :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Setelah mandi pagi</li> <li>2. Pada sore hari</li> </ol>
8	REFERENSI	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Santiko, S., &amp; Faidah, N. 2020</li> <li>2. Darmareja, R., Kosasih, C. E., &amp; Priambodo, A. P. 2020</li> <li>3. Setiani, D. 2017</li> <li>4. Adevia, A., Dewi, N. R., &amp; Ayubbana, S. 2021</li> <li>5. Sumah, D. F. 2020</li> <li>6. Asriani, T. 2018</li> <li>7. <i>Weerapong et al, 2005</i></li> <li>8. Andjani, 2016</li> </ol>

LAMPIRAN 7  
DAFTAR BIMBINGAN



UNIVERSITAS ESA UNGGUL  
FAKULTAS ILMU-ILMU KESEHATAN  
Jalan Arjuna Utara No.9, Kebon Jeruk - Jakarta Barat 11510  
021 - 5674223 (hunting) 021- 5682510 (direct) Fax : 021 - 5674248  
Website: www.esaunggul.ac.id, email: info@esaunggul.ac.id

Jurnal Bimbingan Skripsi/Tesis

**N a m a** : KEZIA IRENE JOSEPH  
**N I M** : 20200305040  
**Program Studi** : PROFESI KEPERAWATAN  
**Fakultas** : Fakultas Ilmu-ilmu Kesehatan  
**Judul** : Analisis Asuhan Keperawatan Pasien Stroke Non Hemorrhagic Dengan Penerapan Massage Effleurage Menggunakan Virgin Coconut Oil di Intermediate Ward RSUD Tarakan Jakarta 2022

No	Tanggal	Materi Bimbingan	Catatan Perbaikan
1	13 Februari 2022	Bimbingan Judul KTI	Judul harus menggambarkan isi dari KTI
2	16 Februari 2022	Bab 1	1. Uraikan konsep Stroke 2. Prevalensi terbaru mulai dari global s.d lokal 3. Uraikan kenapa massage mejadi EBNP
3	16 Februari 2022	Bab 2	1. Uraikan Konsep Stroke 2. Uraikan Konsep Massage 3. Uraikan konsep VOC 4. uraikan kenapa massage dengan VOC
4	16 Februari 2022	Bab 3	1. Uraikan resume 3 kasus 2. buat tabel dengan membandingkan 3 pasien mulai dari konsep penyakit dan askep 3. uraikan hasil EBNP
5	16 Februari 2022	Bab 4	1. Urutan pembasahan sesuai dengan hasil 2. bahas mulai dari hasil, bandingkan dengan penelitian orang lain/teori 3. keterbatasan
6	16 Februari 2022	Bab 5	1. Simpulan menjawab tujuan 2. saran menjawab keterbatasan
7	16 Februari 2022	Distribusi Frekuensi	acc
8	16 Februari 2022	Revisi bab 3, 4	acc
9	16 Februari 2022	Penyusunan daftar	gunakan mendeley atau end note
10	16 Februari 2022	Manuskrip dan PPT	Gunakan lay out UJONS untuk manuscript

Mengetahui,  
Pembimbing 1

Ka. Prodi

**LAMPIRAN 8**  
**DOKUMENTASI IMPLEMENTASI MASSAGE EFFLEURAGE**  
**DENGAN VIRGIN COCONUT OIL**

