

BAB 4
HASIL STUDI KASUS

4.1 Pengkajian Keperawatan

Tanggal Pengkajian : 13 April 2015 Jam : 15.00 WIB

Tanggal MRS : 12 April 2015 Jam : 11.45 WIB

IDENTITAS

Nama Pasien Yn R, pasien saat ini berusia 60 Tahun, pasien berjenis kelamin perempuan, Suku Bangsa Jawa , pasien beragama Islam, Pekerjaan Wiraswasta, Pendidikan terakhir pasien SD, alamat Dukuh Bulak Banteng Timur Surabaya.

Diagnosa Medis : *CVA Bleeding*

A. Riwayat Keperawatan

1. Riwayat keperawatan sekarang

a. Keluhan utama :

Pusing

b. Riwayat penyakit saat ini

Tiba – tiba tanggal 12/4/2015 jam 04.00 WIB dini hari pasien jatuh pingsan (tidak sadar) di pasar saat jualan sayuran oleh keluarga langsung dibawa kr RSUD dr. M Soewandie Surabaya. Saat dalam perjalanan pasien sadar dengan keadaan umum yang sangat lemah, setiba di RS pasien muntah cairan bening dan tidak sadar kembali dengan gcs 111 dan di sarankan untuk MRS

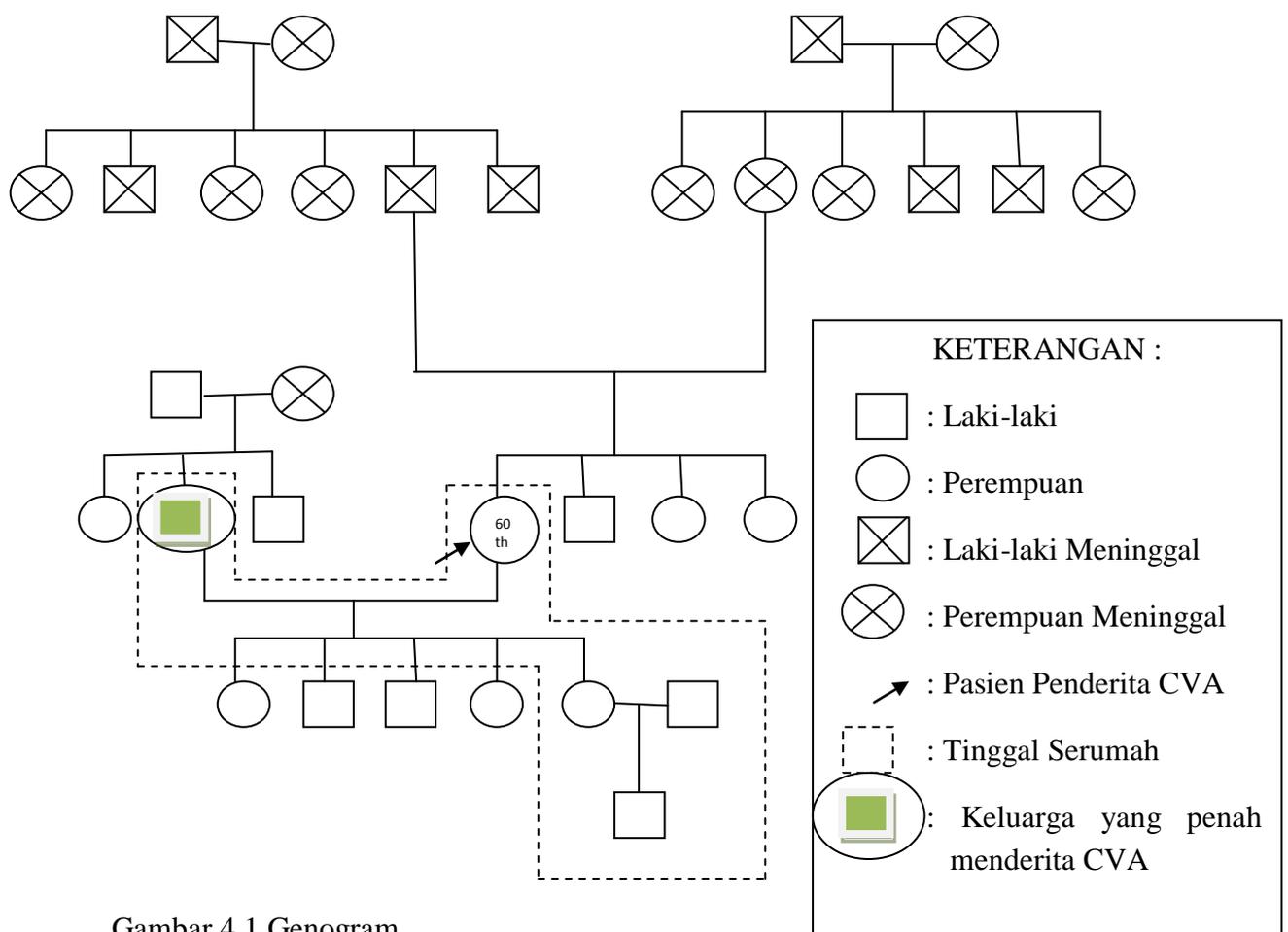
2. Riwayat penyakit sebelumnya

Pasien mempunyai penyakit hipertensi kurang lebih 10 tahun, tidak mempunyai riwayat opname di Rumah Sakit, dan tidak mempunyai riwayat penyakit yang lainnya

3. Riwayat kesehatan keluarga :

Suami pasien menderita Darah tinggi dan pernah di rawat di RS dengan CVA 5 tahun yang lalu. Keluarga pasien lainnya tidak ada yang mengalami sakit seperti pasien, dan tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menurun dan menular lainnya.

Genogram :



Gambar 4.1 Genogram

Penjelasan :

Pasien mengatakan umur 60 tahun dan pasien adalah anak ke 1 dari 4 bersaudara, pasien sudah menikah dan mempunyai 5 orang anak (2 laki-laki dan 3 perempuan), pasien tinggal bersama suami dan 1 anak perempuan yang paling muda yang sudah menikah dan punya 1 anak laki-laki, dan keluarga pasien ada yang mengalami sakit yang sama dengan pasien yaitu adalah suami pasien.

OBSERVASI DAN PEMERIKSAAN FISIK**1. Keadaan Umum**

Tampak lemah, kesadaran somnolen

2. Tanda-tanda Vital

Suhu tubuh 37,6°C, tekanan darah 190/130 mmHg, nadi 94x/m, pernafasan 28x/m, O2 masker 8 Lpm SpO2 95%

3. Review Of System**1) Pernafasan (BI :Breathing)**

Inspeksi Bentuk dada normal. Pergerakan dada simetris. Pola nafas Dyspneu, Oksigenasi pasien dengan masker 8 lpm SpO2 95%.

Auskultasi : Bunyi nafas ronkhi -/-, tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada retraksi dinding dada.

Gambaran foto thorax AP : *Cardiomegali*

2) Kardiovaskuler (B II: Blooding)

Inspeksi tidak terlihat undulasi apeks jantung pada ICS V. Palpasi Tidak teraba undulasi apeks jantung pada ICS V. Auskultasi jantung pada apeks jantung ICS V terdengar 94 x/menit, irama teratur, kualitas kuat, S1 dan S2 tunggal, tidak ada suara tambahan; murmur sistolik (-) ; murmur diastolic (-)

; gallop (-). Pada monitor gambaran ECG normal sinus rithem, Perfusi dingin dan pucat, CRT > 2 dtk, tensi 190/130 mmHg

3) **Persyarafan (B III : Brain)**

Kejang (-), Kaku kuduk (-). GCS : 2 - 2 - 3. Kesadaran : Somnolen, N I (Olfaktorius): sulit terkaji, N II (Optikus): sulit terkaji, N III (Okulomotorius), N IV (Troclear), N VI (Abdusen): Akomodasi normal, Pupil Bulat anisokor, diameter 3 mm/ 5mm, reaksi cahaya langsung +/+ (konstriksi pupil yang cepat), Kedudukan bola mata kanan dan kiri di tengah, Pergerakan bola mata ke kanan dan ke kiri, NV (Trigeminal: Optalmikus, mandibularis, maksilaris), Berkedip ketika kornea di gores dengan kassa, Refleks mengunyah sulit terkaji, Reaksi sentuhan sulit terkaji, reflek muntah normal, N VII (Fasial): normal, N VIII (Akustikus): normal, N IX (Glosofaringeus) dan N X (Vagus): Saat disentuh bagian tenggorokan belakang, reflek tersedak dan batuk normal, fungsi menelan menurun, N XI (aksesorius spinal): sulit terkaji N XII (Hypoglossus): sulit terkaji

4) **Perkemihan - Eliminasi Uri (B IV : Bladder)**

Terpasang foley kateter nomor 16 dengan cuff 15 cc. Warna urin kuning jernih. Produksi urine 95 cc/1jam, jumlah urin dlm 24 jam 2100 cc

5) **Pencernaan - Eliminasi Alvi (BV : Bowel)**

Inspeksi : Tak tampak distended, pasien mual (+). Px terpasang Ngt No. 12 (diet sonde 6x 100cc). Auskultasi : Peristaltik usus 16 x/m. Palpasi : Massa (-), nyeri tekan (tak terdeteksi), nyeri lepas (tak terdeteksi). Perkusi : kembung (-) tympani (+)

6) Tulang - Otot - Integumen (B VI: Bone)

Ekstremitas

| | |
|---|---|
| 3 | 3 |
| 3 | 3 |

Kulit

Turgor baik, Suhu 37,6°C, warna Kulit Sawo matang , kulit normal , tidak ada luka. Petekia (-), Pucat (-), tidak cyanosis, CRT > 2 detik, Pasien lemas penurunan kesadaran (Somnolen). Penurunan kemampuan untuk bergerak., Keterbatasan rentang gerak. Aktivitas dibantu oleh perawat dan keluarga., GCS 2-2-3, Tensi : 190/130 mmhg, Nadi : 94x/mnt, Spo2 : 95%

7) Pengkajian Dekubitus

Sebelum dilakukan intervensi dan implementasi pada kulit pasien tidak di temukan tanda-tanda adanya dekubitus, ada eritema pada kulit (punggung), tidak ada lesi atau luka pada kulit.



Gambar 4.2 : Kondisi kulit Pasien sebelum dilakukan Intervensi

8) Pemeriksaan Penunjang

Tabel 4.1 : Hasil Pemeriksaan Laboratorium

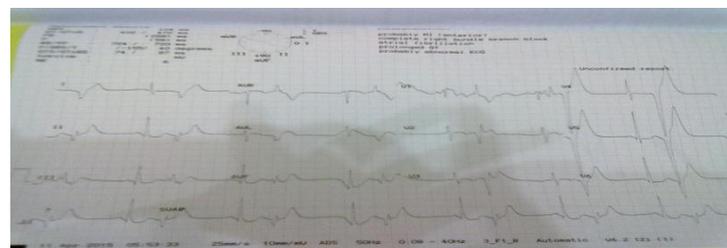
| Tgl | Jenis Pemeriksaan | Hasil | Harga normal | | Satuan |
|---------|-------------------|-----------|--------------|-----------|---------------|
| | | | Laki-laki | Perempuan | |
| 12/4/15 | Hb | 9,3 | 13.5-18 | 11.5-16 | G/dl |
| | Pcv | 30,3 | 40-54 | 35-47 | % |
| | Eritrosit | 3.490.000 | 4.5-6 | 3-6 | Juta/ μ l |
| | Lekosit | 134700 | 4.000-11.000 | | / μ l |

| | | | | | |
|---------|--------------|---------------------------|---------------------|-----------|-----------|
| | Hitung jenis | 2,3/0,4/62,4/29,5/ 5,3 | 1-2/0-1/3- 5/54- | | |
| | Trombosit | 329.000 | 150.000- 450.000 | | / μ l |
| 12/4/15 | Kimia darah | | | | |
| | Albumin | 4,1 | | 3,4 - 4,8 | g/dl |
| | SGOT | 33 | | 15 - 37 | |
| | SGPT | 24 | | 12 - 78 | |
| | GDA | 166 | | < 200 | |
| | Bun | 12 | | | |
| | Creatinin | 0,9 | | 7 - 22 | |
| | Na | 145 | | 136 - 146 | |
| | K | 3,3 | | 3,5 - 5 | |

12/4/2015 Hasil MSCT Scan Kepala tanpa kontras ditemukan ICH di lobus frontalis kanan volum 1,96 ml.

12/4/2015 Hasil Thorak Foto AP terdapat cardiomegali

12/4/2015 Hasil ECG Atrial Fibrilasi dan RBBB



Gambar 4.3 : Hasil *ElektroCardio Grafi*

9) Terapi

1. O₂ masker 8 lpm
2. Head up 30°
3. Infus Asering 1000ml /24 jam
4. Injeksi
 - a. Citicolin 3 x 500 mg

- b. Antrain 3 x 1 amp
- c. Neurosanbe 1 x 1 amp
- d. Ondancetron 3 x 4 mg
- e. Gastrofer 2 x 1
- f. Perdipine 0,5 cc/kg/BB/mnt/syring pump

5. Obat Oral : Episan Syrup 4 x 1 C, Nimotop 6 x 2 tab

4.2. Analisa data

Analisa data dilakukan pada hari senin tanggal 13 April 2015, dengan analisa sebagai berikut :

Tabel 4.2 : Analisa Data

| No | Data | Masalah | Kemungkinan penyebab |
|----|--|--|--|
| 1 | Data Subyektif : - Data Obyektif : - RR : 28 x/mnt - Pola nafas dyspneu - SPO2 : 95% dengan oksigen masker 8 lpm - GCS 2-2-3 - Rh/Wh -/- - Tidak ada pernafasan cuping hidung dan tidak ada retraksi dinding dada - Tensi : 190/130 mmhg - Nadi : 94x/mnt | Perdarahan serebral ↓ penekanan hipotalamus ↓ mempengaruhi kinerja pusat pernafasan ↓ perubahan pola nafas ↓ ketidakefektifan pola nafas | Ketidakefektifan Pola nafas |
| 2 | Data Subyektif : - Data Obyektif : - GCS 2-2-3 - CRT > 2 dtk - Akral dingin, warna pucat - Hasil MSCT Scan Kepala | Perdarahan intraserebral ↓ suplay oksigen terhambat ↓ ischemia serebal ↓ Ketidakefektifan perfusi jaringan serebral | Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | <p>tanpa kontras ditemukan ICH di lobus frontalis kanan volum 1,96 ml.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tensi : 190/130 mmhg - Nadi : 94x/mnt | | |
| 3 | <p>Data Subyektif : -</p> <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfusi perifer dingin, kering, pucat - CRT >2 dtk - TD 190/130 mm - HR 94x/mnt , - Pulsasi kuat dan reguler, - ECG : AF dan RBBB - SPO2 95% | <p>Vasokonstriksi pembuluh darah</p> <p>↓</p> <p>penurunan tekanan arteri perifer</p> <p>↓</p> <p>ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p> | <p>Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer</p> |
| 4 | <p>Data Subyektif : -</p> <p>Data Obyektif :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penurunan kemampuan untuk bergerak - Keterbatasan rentan gerak - Kekuatan otot kanan atas bawah 3/3 dan kekuatan otot sebelah kiri atas bawah 3/3 - Kesadaran Somnolen - GCS, 2-2-3 - Semua aktifitas di bantu oleh perawat dan keluarga - Tanda – tanda vital TD 190/130 , N 94x/mnt , suhu 37,6°C , RR 28 x/mnt - Tidak ada eritema, tidak ada lesi atau luka pada kulit, petekia (-), pucat tidak cyanosis, CRT >2 dtk | <p>Perdarahan Cerebral menyebabkan volume otak meningkat</p> <p>↓</p> <p>terganggunya drainase otak sehingga suplay oksigen terhambat</p> <p>↓</p> <p>iskemia cerebral semakin meluas</p> <p>↓</p> <p>penurunan kesadaran, kelemahan otot</p> <p>↓</p> <p>terjadinya gangguan kemampuan gerak</p> <p>↓</p> <p>Resiko kerusakan integritas kulit</p> | <p>Resiko kerusakan integritas kulit</p> |

4.3 Diagnosa Keperawatan

Setelah dilakukan analisa data diagnosa keperawatan yang muncul ada 4 yaitu :

1. Ketidakefektifan Pola nafas berhubungan dengan penekanan hipotalamus sehingga terjadi perubahan pola nafas
2. Ketidakefektifan perfusi jaringan cerebral berhubungan dengan adanya perdarahan intraserebral sehingga suplay oksigen terhambat
3. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berhubungan dengan vasokonstriksi pembuluh darah
4. Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan kemampuan gerak, kelemahan atau kelumpuhan

Adapun diagnosa menjadi prioritas adalah resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan kemampuan gerak, kelemahan atau kelumpuhan tubuh yang di tandai dengan kesadaran Somnolen, terjadi penurunan kemampuan untuk bergerak, keterbatasan rentan gerak, Kekuatan otot kanan atas bawah 3/3 dan kekuatan otot sebelah kiri atas bawah 3/3, semua aktifitas di bantu oleh keluarga dan perawat, GCS : 2-2-3, Tanda – tanda vital TD 190/130, N 94 x/mnt, suhu 37,6°C, RR 28 x/mnt, Tidak ada eritema, tidak ada lesi atau luka pada kulit, petekia (-), pucat tidak cyanosis, CRT >2 dtk

4.4 Intervensi Keperawatan

Diagnosa : Resiko kerusakan integritas kulit berhubungan dengan gangguan kemampuan gerak, kelemahan atau kelumpuhan tubuh

Tujuan

Integritas jaringan kulit tetap terjaga dalam waktu 6 x 24 jam dengan pemberian minyak kelapa murni (VCO) dan alih baring.

Kriteria hasil

1. Integritas kulit yang baik bisa dipertahankan (sensasi, elastisitas, temperatur, hidrasi, pigmentasi)
2. Tidak ada luka/lesi pada kulit
3. Perfusi jaringan baik
4. Mampu melindungi kulit dan mempertahankan kelembaban kulit dan perawatan alami

Intevensi

- a. Jelaskan tentang manfaat alih baring dua jam kepada keluarga pasien.
Rasional : Informasi yang adekuat dapat meningkatkan pemahaman sehingga pasien dan keluarga kooperatif terhadap intervensi keperawatan yang akan di lakukan.
- b. Pertahankan kulit, pakaian dan linen tetap bersih dan kering.
Rasional : Mencegah terjadinya dekubitus
- c. Berikan krim pelembab (minyak kelapa murni = VCO) pada bagian punggung dan pada bagian tulang – tulang yang menonjol dan pada bagian lipatan
Rasional : Mencegah terjadinya dekubitus
- d. Lakukan alih baring tiap dua jam pada pasien.

Rasional : Menghindari terjadinya gangguan integritas kulit dengan menurunkan resiko terjadinya trauma melalui penekanan yang terlalu lama yang mengakibatkan iskemia jaringan

- e. Berikan asupan nutrisi yang adekuat

Rasional : Menurunkan resiko terjadinya dekubitus nutrisi yang adekuat dapat meningkatkan kesehatan kulit.

- f. Berikan tempat tidur dengan matras anti decubitus.

Rasional : Meningkatkan sirkulasi udara sehingga mampu menurunkan resiko terjadinya dekubitus

- g. Berikan masage pada area yang tertekan, kemerahan pada setiap perubahan posisi.

Rasional : Meminimalkan atropi otot, meningkatkan sirkulasi dan membantu mencegah terjadinya kontraktur

- h. Lindungi kulit dari kontaminasi urine, feces, plester yang berlebih.

Rasional : Mencegah terjadinya luka lecet akibat kondisi yang terlalu lembab

- i. Memantau adanya iritasi pada kulit atau pada daerah yang tertekan.

Rasional : Menegah terjadinya dekubitus

- j. Tinggikan tangan dan kepala.

Rasional : Meningkatkan aliran darah vena dan membantu mencegah terjadinya edema sehingga kulit tidak rentan terjadi dekubitus

4.5 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Pelaksanaan keperawatan di lakukan selama 6 hari mulai tanggal

13 April 2015 sampai tanggal 18 April 2015 dengan rincian kegiatan sebagai berikut :

Tabel 4.3 : Implementasi dan Evaluasi

| Diagnosa | Tgl & Jam | Implementasi | Tgl & Jam | Evaluasi |
|---|----------------------|--|----------------------|---|
| 13 April 2015 Resiko Kerusakan Integritas Kulit b.d gangguan kemampuan gerak, Kelemahan atau kelumpuhan tubuh | 13 April 2015 | | 13 April 2015 | S : - |
| | 15.00 WIB | Menjelaskan tentang manfaat Pemberian minyak kelapa murni (VCO) dan alih baring kepada keluarga pasien. | Jam 22.00 WIB | O : |
| | 15.10 WIB | Mengidentifikasi integritas kulit atas dan kulit bawah sebelum di lakukan Pemberian minyak kelapa murni dan alih baring. | | - K/U lemah |
| | 15.15 WIB | Memandikan pasien dan mengganti alat tenun yang kotor. | | - GCS : 2-2-3 |
| | 15.30 WIB | Memberikan minyak kelapa murni (VCO) pada bagian punggung dan pada bagian tulang – tulang yang menonjol dan pada bagian lipatan. | | - Pasien kooperatif |
| | 15.33 WIB | Memberikan massage pada daerah punggung dan pantat yang kemerahan. | | - Terdapat eritema pada region punggung |
| | 15.35 WIB | Memberikan posisi head up 30° | | - Tidak ada tanda dekubitus |
| | 15.57 WIB | Memberikan diet cair peronde 100cc . | | - Kulit bersih, tidak ada lesi atau luka |
| | 16.00 WIB | Melakukan Alih baring dengan memberikan posisi tidur miring ke kanan | | - Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 3/3 |
| | 17.50 WIB | Mengobservasi tanda – tanda vital dengan hasil : TD 160/100 mmHg, N 101 x/mnt, S 36,7°C, RR 24 x/mnt, GCS 2-2-3 | | - TD : 160/100 mmhg, nadi : 101 x/mnt, RR : 24 x/mnt |
| | | | | - Perfusi dingin, pucat dan kering |
| | | | | A : Masalah tidak terjadi |
| | | | | P : Rencana tindakan di lanjutkan a, b, c, d, e, h, I, j |

| | | | | |
|---|---|---|--|--|
| | 18.00 WIB | Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi tidur terlentang. | | |
| | 19.55 WIB | Memberikan diet susu cair persone 100 ml | | |
| | 20.00 WIB | Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi miring ke kiri, tidak di temukan tanda – tanda dekubitus, kulit normal. | | |
| | 22.00 WIB | Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi terlentang. Melakukan evaluasi | | |
| 14 April 2015 Resiko Kerusakan Integritas Kulit b.d gangguan kemampuan gerak, Kelemahan atau kelumpuhan tubuh | 14 April 2015 jam 15.00 WIB 15.10 WIB 15.30 WIB 15.32 WIB 15.57 WIB 16.00 WIB 17.50 WIB 18.00 WIB | Mengidentifikasi integritas kulit sebelum dilakukan Pemberian minyak kelapa murni (VCO) dan alih baring, tidak ada tanda-tanda dekubitus, kulit normal. Memandikan pasien dan mengganti alat tenun yang kotor. Memberikan minyak kelapa murni (VCO) pada bagian punggung dan pada bagian tulang – tulang yang menonjol dan pada bagian lipatan Memberikan posisi head up 30° Memberikan diet cair persone 100cc . Melakukan Alih baring dengan memberikan posisi tidur miring ke kanan Mengobservasi tanda – tanda vital dengan hasil : TD 170/100 mmHg, N 96 x/mnt, S 37,4°C, RR 24 x/mnt, GCS 2-3-3 Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi tidur terlentang. | 14 April 2015 Jam 22.00 WIB | S : - O : - K/U lemah - GCS : 2-3-3 - Pasien kooperatif - Tidak ada tanda dekubitus - Kulit bersih, tidak ada lesi atau luka - Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 3/3 - TD : 170/100 mmhg, nadi : 96 x/mnt, RR : 24 x/mnt - Perfusi dingin, pucat dan kering A : Masalah tidak terjadi P : Rencana tindakan di lanjutkan a, b, c, d, e, h, i, j |

| | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|---|
| | 19.55 WIB | Memberikan diet susu cair peronde 100 ml | | |
| | 20.00 WIB | Memberikan posisi miring ke kiri, tidak di temukan tanda – tanda dekubitus, kulit normal. | | |
| | 22.00 WIB | Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi terlentang. Melakukan evaluasi | | |
| 15 April 2015 Resiko Kerusakan Integritas Kulit b.d gangguan kemampua n gerak, Kelemaha n atau kelumpuh an tubuh | 15 April 2015 jam 15.00 WIB 15.05 WIB 15.25 WIB 15.27 WIB 15.57 WIB 16.00 WIB 17.55 WIB 18.00 WIB 19.57 WIB 20.00 WIB | Mengidentifikasi integritas kulit sebelum dilakukan Pemberian minyak kelapa murni (VCO) dan alih baring, tidak ada tanda- tanda dekubitus, kulit normal. Memandikan pasien dan mengganti alat tenun yang kotor. Memberikan minyak kelapa murni (VCO) pada bagian punggung dan pada bagian tulang – tulang yang menonjol dan pada bagian lipatan Memberikan posisi head up 30° Memberikan diet cair peronde 100cc . Melakukan Alih baring dengan memberikan posisi tidur miring ke kanan Mengobservasi tanda – tanda vital dengan hasil : TD 170/90 mmHg, N 96 x/mnt, S 37°C, RR : 22 x/mnt, GCS 3-3-3 Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi tidur terlentang. Memberikan diet susu cair peronde 100 ml Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi | 15 April 2015 jam 22.00 | S : - O : - K/U lemah - GCS : 3-3-3 - Pasien kooperatif - Tidak ada tanda dekubitus - Kulit bersih, tidak ada lesi atau luka - Kekuatan otot ekstrimitas atas da bawah 3/3 - TD : 170/90 mmhg, nadi : 96 x/mnt, Suhu : 37°C, RR : 22 x/mnt - Perfusi dingin, pucat dan kering A : Masalah tidak terjadi P : Rencana tindakan di lanjutkan a, b, c, d, e, h, i, j |

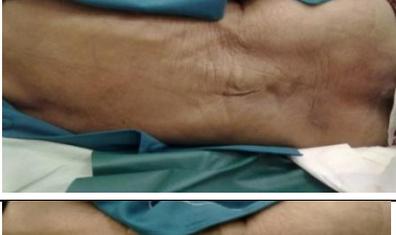
| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | | <p>miring ke kiri, tidak di temukan tanda – tanda dekubitus, kulit normal.</p> <p>Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi terlentang.</p> <p>Melakukan evaluasi</p> | | |
| <p>16 April 2015</p> <p>Resiko Kerusakan Integritas Kulit b.d gangguan kemampuan gerak, Kelemahan atau kelumpuhan tubuh</p> | <p>16 April 2015</p> <p>jam 15.00 WIB</p> <p>15.10 WIB</p> <p>15.30 WIB</p> <p>15.33 WIB</p> <p>15.57 WIB</p> <p>16.00 WIB</p> <p>17.50 WIB</p> <p>18.00 WIB</p> <p>19.57 WIB</p> <p>20.00 WIB</p> | <p>Mengidentifikasi integritas kulit sebelum dilakukan Pemberian minyak kelapa murni (VCO) dan alih baring, tidak ada tanda-tanda dekubitus, kulit normal.</p> <p>Memandikan pasien dan mengganti alat tenun yang kotor.</p> <p>Memberikan minyak kelapa murni (VCO) pada bagian punggung dan pada bagian tulang – tulang yang menonjol dan pada bagian lipatan</p> <p>Memberikan posisi head up 30°</p> <p>Memberikan diet cair persone 100cc .</p> <p>Melakukan Alih baring dengan memberikan posisi tidur miring ke kanan</p> <p>Mengobservasi tanda – tanda vital dengan hasil : TD 150/80 mmHg, N 96 x/mnt, S 36,5°C, RR : 22 x/mnt, GCS 3-4-3</p> <p>Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi tidur terlentang.</p> <p>Memberikan diet susu cair persone 100 ml</p> <p>Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi</p> | <p>16 April 2015</p> <p>Jam 22.00 WIB</p> | <p>S : -</p> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> - K/U lemah - GCS : 3-4-3 - Pasien kooperatif - Tidak ada tanda dekubitus - Kulit bersih, tidak ada lesi atau luka - Kekuatan otot ekstrimitas atas dan bawah 3/3 - TD : 150/80 mmhg, nadi : 96 x/mnt, suhu : 36,5°C, RR : 22 x/mnt - Perfusi dingin, pucat dan kering <p>A : Masalah tidak terjadi</p> <p>P : Rencana tindakan di lanjutkan a, b, c, d, e, h, i, j</p> |

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| | | miring ke kiri, tidak di temukan tanda – tanda dekubitus, kulit normal. Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi terlentang. Melakukan evaluasi | | |
| 17 April 2015 Resiko Kerusakan Integritas Kulit b.d gangguan kemampuan gerak, Kelemahan atau kelumpuhan tubuh | 17 April 2015 jam 15.00 WIB 15.15 WIB 15.30 WIB 15.33 WIB 15.57 WIB 16.00 WIB 17.50 WIB 18.00 WIB 19.57 WIB 20.00 WIB | Mengidentifikasi integritas kulit sebelum dilakukan Pemberian minyak kelapa murni (VCO) dan alih baring, tidak ada tanda-tanda dekubitus, kulit normal. Memandikan pasien dan mengganti alat tenun yang kotor. Memberikan minyak kelapa murni (VCO) pada bagian punggung dan pada bagian tulang – tulang yang menonjol dan pada bagian lipatan Memberikan posisi head up 30° Memberikan diet cair persone 100cc . Melakukan Alih baring dengan memberikan posisi tidur miring ke kanan Mengobservasi tanda – tanda vital dengan hasil : TD 165/80 mmHg, N : 90 x/mnt, S 36,4°C, RR : 22 x/mnt, GCS 3-4-4 Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi tidur terlentang. Memberikan diet susu cair persone 100 ml Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi miring ke kiri, tidak di temukan tanda – tanda dekubitus, kulit normal. | 17 April 2015 Jam 22.00 WIB | S : - O : - K/U lemah - GCS : 3-4-4 - Pasien kooperatif - Tidak ada tanda dekubitus - Kulit bersih, tidak ada lesi atau luka - Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 3/3 - TD : 165/80 mmhg, nadi : 90 x/mnt, suhu : 36,4°C, RR : 22 x/mnt - Perfusi dingin, pucat dan kering A : Masalah tidak terjadi P : Rencana tindakan di lanjutkan a, b, c, d, e, h, i, j |

| | | | | |
|---|---|--|--|---|
| | 22.00 WIB | Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi terlentang. Melakukan evaluasi | | |
| 18 April 2015 Resiko Kerusakan Integritas Kulit b.d gangguan kemampuan gerak, Kelemahan atau kelumpuhan tubuh | 18 April 2015 jam 15.00 WIB 15.15 WIB 15.30 WIB 15.33 WIB 15.57 WIB 16.00 WIB 17.50 WIB 18.00 WIB 19.57 WIB 20.00 WIB 22.00 WIB | Mengidentifikasi integritas kulit sebelum dilakukan Pemberian minyak kelapa murni (VCO) dan alih baring, tidak ada tanda-tanda dekubitus, kulit normal. Memandikan pasien dan mengganti alat tenun yang kotor. Memberikan minyak kelapa murni (VCO) pada bagian punggung dan pada bagian tulang – tulang yang menonjol dan pada bagian lipatan Memberikan posisi head up 30° Memberikan diet cair persone 100cc . Melakukan Alih baring dengan memberikan posisi tidur miring ke kanan Mengobservasi tanda – tanda vital dengan hasil : TD 140/80 mmHg, N : 90 x/mnt, S 36,8°C, RR : 22 x/mnt, GCS 3-4-5 Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi tidur terlentang. Memberikan diet susu cair persone 100 ml Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi miring ke kiri, tidak di temukan tanda – tanda dekubitus, kulit normal. Melakukan alih baring dengan Memberikan posisi terlentang. Melakukan evaluasi | 18 April 2015 Jam 22.00 WIB | S : - O : - K/U lemah - GCS : 3-4-5 - Pasien kooperatif - Tidak ada tanda dekubitus - Kulit bersih, tidak ada lesi atau luka - Kekuatan otot ekstremitas atas dan bawah 3/3 - TD : 140/80 mmhg, nadi : 90 x/mnt, suhu : 36,8°C, RR : 22 x/mnt - Perfusi dingin, pucat dan kering A : Masalah tidak terjadi P : Rencana tindakan diserahkan pad perawat ruangan |

Evaluasi Derajat Dekubitus Menurut NPUAP (2009) tanggal 13 April 2015 sampai dengan tanggal 18 April 2015

Tabel 4.4 : Evaluasi Derajat Dekubitus

| Hari | Kondisi Kulit | Keterangan |
|-----------------------------|---|--|
| Ke 1 13 April 2015 |  | Terdapat eritema pada punggung, tidak ada lesi kulit utuh, hangat dan tidak pucat. |
| Ke 2 14 April 2015 |  | Tidak terdapat eritema, tidak ada lesi, dan kulit utuh, hangat dan tidak pucat |
| Ke 3 15 April 2015 |  | Tidak terdapat eritema, tidak ada lesi, dan kulit utuh, hangat dan tidak pucat. |
| Ke 4 16 April 2015 |  | Tidak terdapat eritema, tidak ada lesi, dan kulit utuh, hangat dan tidak pucat |
| Ke 5 17 April 2015 |  | Tidak terdapat eritema, tidak ada lesi, dan kulit utuh, hangat dan tidak pucat. |
| Ke 6 18 April 2015 |  | Tidak terdapat eritema, tidak ada lesi, dan kulit utuh, hangat dan tidak pucat. |