

## **BAB III**

### **TINJAUAN KASUS**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Identitas Pasien**

Tabel 3. 1 Identitas Pasien

Identitas Pasien	
Nama	Tn.A
Tanggal Lahir	02/07/1973
Jenis Kelamin	Laki-Laki
Umur	51 Tahun
Status Perkawinan	Menikah
Pekerjaan	Guru
Agama	Islam
Pendidikan Terakhir	D3
Alamat	Cimahi Tengah
Diagnosa Medis	ESRD on CKD + DM tipe 2
Nomor Registrasi	00457152
Tanggal Masuk IGD	25 Februari 2025
Tanggal Masuk ICU	27 Februari 2025
Tanggal Pengkajian	28 Februari 2025
Sumber Data	Pasien, keluarga dan rekam medik
Rujukan	-
Penanggung Jawab	Ny.A
Alamat	Cimahi
Hubungan Dengan Pasien	Istri klien

## 2. Anamnesa

Tabel 3. 2 Anamnesa

Anamnesis	Pasien 1
Keluhan Utama	Lemas
Riwayat Penyakit Sekarang	Pasien mengatakan datang ke IGD Rumah Sakit Cibabat pada hari selasa tanggal 25 Februari 2025 sekitar pukul 20.00, klien mengatakan datang ke IGD karena kondisi tubuhnya drop, klien merasa sangat lemas dan tubuh nya terasa berat.
Kronologiis Penanganan Saat di IGD	<p>Saat di IGD didapatkan hasil Pemeriksaan GCS klien 15 E4M6V5 (Compos Mentis) hasil tanda-tanda vital TD 100/66 mmHg Spo2: 95%, S, 37.0 RR: 22 x/mnt akral hangat, nadi kuat, CRT &lt;2 detik, mual (+), muntah (-), demam (-) nyeri kepala (-),lemas (+), nyeri ulu hati (+), dan perut kembung. Dilakukan pemeriksaan lab darah, dan perekaman EKG. Hasil pemeriksaan penunjang didapatkan Pemeriksaan GDS dengan hasil 690 mg/dl</p> <p>Pukul 20.05 dilakukan pemasangan infus 1 line NaCl 0.9% 500cc/24 jam, kemudian dipasang insulin drip 5 unit/jam, Kemudian dipasang O2 Nasal Kanul 5 lpm, Selanjutnya pukul 20.10 diberikan terapi Omeprazole 1 x 40 mg, diberikan ondansentron 1 x 4 mg. sekitar pukul 20.15 dilakukan pemasangan kateter. Dilakukan pemantauan GDS tiap jam. GDS pukul 23.18 didapatkan hasil 604 mg/dl, GDS pada pukul 00.27 didapatkan hasil GDS 459 mg/dl pada pukul 00.50 didapkatka hasil GDS 365 mg/dl kemudian klien dipindahkan ke ruang rawat inap dewasa pada pukul 02.10. Pada saat di Ruang Rawat Inap klien dilakukan Hemodialisa pada tanggal 26 Februari 2025 (Rabu) yang merupakan jadwal rutin cuci darah klien</p> <p>Pada saat di Ruang Rawat Inap Dewasa klien diberikan Drip Insulin Diturunkan menjadi 3cc/jam terapi Furosemide 1 x 60mg Omeprazole 2 x 1, Asalm Folat 1 x 1, Kalk 3 x 1, Bicnat 3 x 1, Aminefron 3 x 1, Aspilet 1 x 1, Odr 3 x 4,</p>

	Novorapid 4 unit, Lantus 8 unit, Ceftriaxone 2 x 1, Paracetamol 3 x 1 gr
Ketika Pindah ke ICU	Pasien dipindahkan ke ICU pada tanggal 27 Februari 2025 pukul 20.00 WIB dengan kesadaran Compos Mentis GCS 15 E4M6V5, tanda-tanda vital terakhir pukul 18.00 TD 90/50. Sudah terpasang kateter urin, NGT, dan Oksigen nasal kanul 5 lpm.
Ketika Pengkajian	Saat dikaji pada tanggal 28 Februari 2025 pukul 09.00 klien mengeluh lemas dan merasa lelah, pusing seperti memutar, mual, nyeri ulu hati, dan kesemutan di jari-jari kaki nya. Akral hangat, nadi teraba kuat, CRT < 2 detik, konjungtiva ananemis, pupil isokor, mukosa bibir kering, edema ekstremitas atas (++) dan edema ekstremitas bawah (+++/+++),BAB (-), BAK(+) via kateter urin.
Riwayat Pembedahan dan Anastesi (OK)	Klien akan dilakukan pembedahan pada tanggal 28 february pukul 14.00, akan dilakukan prosedur pemasangan CDL. Saat dikaji klien tidak dalam konsisi pasca bedah
Riwayat Penyakit Sebelumnya	Klien mempunyai riwayat Diabetes melitus sejak 20 tahun yang lalu, klien mengatakan rutin cuci darah sejak 10 tahun yang lalu, jadwal cuci darah klien 2 kali seminggu (Rabu dan Sabtu), namun klien mengatakan av shunt nya tidak berfungsi sejak tanggal 20 february di hari kamis.
Riwayat Penyakit Keluarga	Klien mengatakan ibu nya memiliki riwayat penyakit Hipertensi dan Diabetes Melitus.

### 3. Pemeriksaan Fisik

Tabel 3. 3 Pemeriksaan Fisik

Anamnesis	Pasien 1
Keadaan Umum	Kesadaran: Compos Mentis GCS: 15 (E4 V5 M6) TD: 108/70 R: 25 N: 78 Suhu: 37.7 MAP: 76

	<p>BB: 50  TB:160  BMI: 19,53  Risiko Jatuh</p>
Sistem Pernapasan	<p>RR: 25 x/mnt, Saturasi 100 dengan nasal kanul 3,5 lpm, pasien tidak terpasang ETT, terdapat ronchi di kedua lobus, pasien bernafas teratur, pasien tampak sesak, retraksi dada simetris, tidak ada penggunaan otot bantu pernafasan, posisi trakea lurus, tidak ada jejas/lebam dada atau luka terbuka pada area dada, hasil perkusi dullness.</p>
Sistem Persyarafan	<p>Kesadaran pasien compos mentis, pupil simetris 3/3mm, reflek cahaya +/+, reflek mengedip ada</p>
Sistem Kardiovaskuler	<p>Gambaran jantung siuns rithm, rentang tekanan darah 90/60-115/70, rentang MAP 75-89, rentang frekuensi nadi: 56-70 x/menit, nadi teraba kuat, irama nadi teratur, akral hangat, warna kulit kemerahan, konjungtiva kemerahan, CRT &lt;2 detik, tidak ada peningkatan JVP, bunyi jantung S1=S2, tidak ada perdarahan.</p>
Sistem Pencernaan	<p>Mukosa bibir kering, mulut klien tampak kotor, tidak ada acites, tidak terdapat distensi abdomen, bentuk abdomen simetris, tidak teraba hepatomegaly, tidak teraba masa pada abdomen, bising usus 8 x/menit, BAB (-), tidak ada tonjolan hernia.</p>
Sistem Perkemihan	<p>Pasien terpasang kateter urin, mendapat terapi furosemide 1x40 mg, jumlah urin 20-40 cc/jam, warna urin kuning, bau khas, intake cairan 24 jam terakhir 1136cc dari cairan infus 500 cc/24 jam, dan obat 20cc, dengan balancing 24 jam terakhir +352 cc, penggunaan kateter hari ke-4, terdapat edema di kedua ekstremitas, turgor kulit baik. Nilai GFR= 7,4 artinya CKD yang dialami pasien ada pada stadium 5 (ESRD).</p> <p>HD terakhir klien dilakukan pada tanggal 26/02/2025</p>

Sistem Muskuloskeletal	Ekstremitas atas dan bawah, kanan dan kiri utuh/lengkap, terdapat edema dengan pitting edema +2 di kedua ekstremitas atas dan bawah, tidak ada luka terbuka, terdapat kontraksi otot dan ada pergerakan, ekstremitas kanan atas terpasang infus, ekstremitas kiri atas terpasang manset tensi, ekstremitas bawah kanan dan kiri terdapat oedema. Klien mengatakan sulit menggerakkan semua ekstremitas nya, Kekuatan otot  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">3</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">3</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black;">3</td> <td>3</td> </tr> </table>	3	3	3	3
3	3				
3	3				
Sistem Integumen	Tidak terdapat lesi atau jejas, tidak ada luka, kulit tampak regang, turgor kulit elastis, kulit tampak kering.				
Kebutuhan Edukasi	Kebutuhan edukasi terkait pembatasan asupan cairan.				
Kondisi Psikis dan Spiritual	Pasien mengatakan merasa sedih karena tidak bisa ikut berpuasa pada tahun ini. Pasien bersyukur masih bisa shalat walaupun dalam keadaan berbaring, pasien menerima keadaannya dan selalu berserah diri pada Allah SWT.				

## 4. Hasil Pemeriksaan Penunjang

## a. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3. 4 Pemeriksaan Laboratorium

Pasien 1							
Jenis Pemeriksaan	Hasil					Nilai Rujukan	Satuan
	25/2	26/2	27/2	1/3	3/3		
Hemoglobin	10.5		9.6			13.0-16.0	g/dL
Leukosit	6,400		3.500			4,000-10,000	/mm <sup>3</sup>
Eritrosit	4.17		3.89			4-6	Juta/uL


Hemtokrit	33		31			40-50	%
Trombosit	254,000		118.000			150.000-440.000	/mm3
Gula Darah Sementara	690	103	108			<140	Mg %
Gula Darah Puasa			245	120		<100	Mg %
Ureum	173	50		63		20-40	Mg %
kreatinin	8.3	3.3		3,3		0.8-1.3	Mg %
Natrium (Na)	125					135-155	Mmol/L
Kalium (K)	4.90					3.5-5.5	Mmol/L
Segmen			95			50-70	%
Lymfosit			3			20-40	%
Monosit			2			2-8	%
pH					7.18	7.35-7.45	
PCO2					38,8	32-42	mmHg
PO2					38.0	80-108	mmHg
HCO3					14.5	24-28	Mmol/L

Tabel 3. 5 Pemeriksaan Gula Darah

Tanggal	25/02	26/02	27/02	28/02	01/03	02/03	03/03	04/03
GDP		145 (05.48)	145 (05.59)	116 (06.16)	120 (06.00)			176 (06.01)
GDS	690 (21.17) 604 (23.18) 459 (00.27) 365 (00.50)	302 (06.14) 263 (07.55) 145 (09.56) 103 (11.59)	108 (14.28) 84 (18.03)			114 (05.51)	29 (05.15) 132 (06.22) 176 (18.07) 187 (22.10)	
2 Jam PP		170 (15.31)	108 (13.16)	179 (10.19)	153 (09.49)	132 (10.00)		

Ket:

 : Hasil pemeriksaan gula darah di IGD

 : Hasil Pemeriksaan gula darah di Ranap

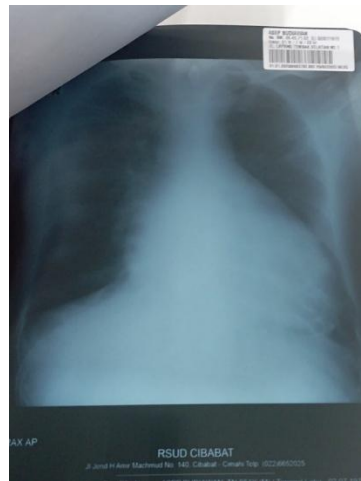
 : Hasil pemeriksaan gula darah di ICU

b. Pemeriksaan Diagnostik

Tabel 3. 6 Pemeriksaan Diagnostik

Hari/ Tanggal	Jenis Pemeriksaan	Kesan
25/02/2025	Foto Thorax	<p>Cor tampak membesar ke lateral kiri dengan apex tertanam pada diafragma, pinggang jantung normal, klasifikasi aorta (-) sinuses dan diafragma dalam batas normal.</p> <p>Pulmo hilus kanan normal, hilus kiri superposisi jantung. corakan bronkovaskuler bertambah, tampak infiltrat di perihiler bilateral berkurang, terpasang CDL dengan ujumh distal setinggi ICS 5-6 aspek posterior kanan (malposisi?) kranialisasi (+)</p> <p>Kesan: Kardiomegali dengan edema paru DD/ bronkopneumoni bilateral belum perbaikan</p>
28/02/2025	Doppler Ekstremitas 1 sisi post op pemasangan CDL	<p>Scan Spectral dan color doppler ekstremitas superior kiri: Pada pemeriksaan color cdoppler, masih tampak flow pada arteri axillaris, brachialis, arteri radialis dan ulnalis</p> <p>Pada pemeriksaan spectral wave color doppler, tampak gambaran trifasik pada arteri axillaris, brachilais, arteri radialis, dan ulnalis. Tampak thrombus pada anastomosis daerah V. Brachialis</p> <p>Kesan saat ini:</p>

		<p>Thrombus pada anastomosis daerah V. Brachialis</p> <p>tidak tampak stenosis pada arteri axillaris brachialis, arteri radialis dan ulnaris</p>
28/02/2025	Foto Thorak	<p>Foto dibandingkan dengan foto tanggal 25-02-2025</p> <p>Cor membesar ke lateral kiri dengan apeks tertanam pada diafragma pinggang jantung normal kalsifikasi aorta (-), sinuse dan diafragma dalam batas normal, pulom hilus kanan normal hilus kiri superposisi jantung, Corakan bronkovaskuler bertambah, Tampak infiltrat di perihiler bilateral, bila dibandingkan dengan foto sebelumnya belum berkurang terpasang CDL dengan ujung distal setinggi ICS 5-6 aspek posterior kanan (malposisi)</p> <p>Kesan</p> <p>Kardiomegali dengan edema paru dd/ Bronkopneumonia bilateral, belum perbaikan</p>



## 5. Terapi Pengobatan

Tabel 3.6 Tabel 3. 7 Terapi Pengobatan

Nama Obat (IGD)	Rute Pemberian	Dosis Obat	Waktu pemberian	Indikasi
Insulin Drip	IV	5 u	20.05	menurunkan kadar glukosa darah secara cepat dan stabil, terutama pada kondisi gawat darurat metabolik seperti hiperglikemia berat, diabetic ketoacidosis (DKA), atau hyperosmolar hyperglycemic state (HHS), yang berisiko menyebabkan gangguan kesadaran, ketidakseimbangan elektrolit, hingga kegagalan multi organ.
Omeprazole	IV	40 mg	20.10	ebagai terapi profilaksis untuk mencegah

				terjadinya tukak lambung akibat stres (stress ulcer) yang umum terjadi pada pasien kritis di ICU, serta melindungi mukosa lambung dari risiko perdarahan saluran cerna atas yang diperparah oleh uremia
Ondansentron	IV	4 mg	20.10	untuk mengatasi mual dan muntah yang dapat disebabkan oleh hiperglikemia berat, uremia, atau efek samping terapi seperti insulin, serta berfungsi mencegah aspirasi pada pasien dengan kesadaran menurun, sehingga mendukung stabilitas kondisi umum pasien selama perawatan intensif.

Nama Obat (Ranap)	Rute Pemberian	Dosis Obat	Waktu pemberian	Indikasi
Insulin	IV	3 cc	Per jam	untuk mengontrol kadar glukosa darah, terutama pada kondisi hiperglikemia berat yang umum terjadi akibat gangguan metabolik

Furosemide 1 x 60mg	IV	1 x 60 mg	12.00	diberikan untuk menangani kondisi hipervolemia atau edema paru akibat retensi cairan pada gagal ginjal, dengan cara meningkatkan ekskresi cairan melalui diuresis, meskipun perlu pemantauan ketat karena risiko hipotensi dan gangguan elektrolit.
Omeprazole 2 x 1,	IV	2 x 1	16.00 20.00	sebagai terapi profilaksis untuk mencegah tukak lambung akibat stres pada pasien ICU serta melindungi mukosa lambung dari iritasi akibat uremia
Asalm Folat	IV	1 x 1	07.00	diberikan untuk mengatasi atau mencegah anemia megaloblastik, yang umum pada pasien ESRD akibat gangguan metabolisme folat dan kehilangan melalui dialisis.
Kalk 3 x 1,	Oral	3 x 1	07, 12, 19	diberikan sebagai suplemen untuk mengoreksi hipokalsemia yang sering terjadi pada pasien gagal ginjal kronis akibat disregulasi kalsium-fosfat dan sekresi PTH.
Bicnat 3 x 1,	Oral	3 x 1	07, 12, 19	untuk mengatasi asidosis metabolik yang umum terjadi

				akibat akumulasi asam di tubuh pasien dengan fungsi ginjal yang menurun
Aminefron 3 x 1,	Oral	3 x 1	07, 12, 19	suplemen yang mengandung asam amino esensial, diberikan untuk memenuhi kebutuhan nutrisi, memperbaiki status gizi, dan mendukung metabolisme protein pada pasien dengan intake makanan yang buruk
Aspilet 1 x 1,	IV	1 x 1	12.00	diberikan dalam dosis rendah untuk mencegah trombosis dan komplikasi kardiovaskular, karena pasien ESRD memiliki risiko tinggi terhadap penyakit jantung.
Odr 3 x 4,	Oral	3 x 4	04, 12, 20	kemungkinan mengandung zat besi atau eritropoietin diberikan untuk mengatasi anemia akibat defisiensi eritropoiesis, yang sering terjadi pada pasien dengan gangguan ginjal kronik.
Novorapid 4 unit,	IM	4 u	17.00 (ditunda hari kedua)	sebagai insulin kerja cepat untuk mengontrol

				lonjakan gula darah postprandial,
Lantus 8 unit,	IM	8 u	15.40	sebagai insulin kerja panjang untuk menjaga kestabilan kadar glukosa basal.
Ceftriaxone 1 x 1,	IV	1 x 1gr	16.00	antibiotik spektrum luas yang diberikan jika terdapat infeksi atau sebagai profilaksis pada pasien ICU yang imunitasnya menurun
Paracetamol 1 x 1 gr	IV	1 x 1	17.00	Digunakan sebagai antipiretik dan analgesik untuk mengatasi demam atau nyeri ringan hingga sedang, yang dapat berasal dari infeksi, inflamasi, atau prosedur medis.

Nama Obat (ICU)	Rute Pemberian	Dosis Obat	Waktu pemberian	Indikasi
NaCl 0,9 %	IV	500 cc/24 jam	24 jam	Untuk menjaga keseimbangan cairan dan elektrolit, serta sebagai media pemberian obat intravena atau untuk rehidrasi pada kondisi dehidrasi ringan yang masih memungkinkan.

Raivask	IV	0,7 mcg/ Kg BB	24 jam	Untuk membantu menurunkan tekanan darah dan mengurangi beban kerja jantung, meskipun penggunaan harus disesuaikan dan diawasi karena fungsi ginjal yang menurun.
Dex 10 %	IV	10 %	24 jam	Untuk memenuhi kebutuhan energi terutama pada pasien yang tidak bisa makan atau mengalami hipoglikemia, dengan pengawasan ketat terhadap volume cairan dan kadar gula darah
Martos 10 %	IV	500 cc/ 24 jam	24 jam	Sebagai sumber karbohidrat parenteral pada pasien ESRD yang memerlukan nutrisi tambahan karena gangguan makan atau malnutrisi.
Furosemid 40 mg dlm NaCl 0,9 %,	IV	5 mg/jam	24 jam	Untuk mengatasi retensi cairan dan edema
Dobutamin	IV	8 mcg/KgB B	24 jam	Untuk pasien ESRD yang mengalami gagal jantung akut atau syok kardiogenik, dengan tujuan meningkatkan

				kontraktilitas jantung dan output kardiak secara sementara.
Lantus	SC	4 unit	17.00	Untuk pengendalian glukosa darah basal pada pasien ESRD yang menderita diabetes mellitus, dengan penyesuaian dosis karena fungsi ginjal yang menurun mempengaruhi metabolisme insulin.
Omeprazole	IV	2 x 1	12, 16	Untuk mengatasi atau mencegah tukak lambung, gastritis, dan refluks asam yang dapat diperparah oleh kondisi uremia dan penggunaan obat-obatan lain.
Paracetamol	Oral	3 x 1	24.00	Sebagai analgesik dan antipiretik pilihan pada pasien ESRD untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang dan demam
Bicnat	IV	3 x 1	08, 12, 17	Untuk mengoreksi asidosis metabolik kronis yang disebabkan oleh penurunan kemampuan

				ginjal dalam mengeluarkan asam.
Kalk	IV	2 x 1	08, 17	Untuk mencegah dan mengatasi hipokalsemia serta untuk menurunkan risiko hiperparatiroidisme sekunder pada pasien ESRD.
As. Folat	IV	1 x 1	08.00	Untuk mencegah dan mengobati anemia megaloblastik pada pasien ESRD akibat defisiensi folat dan peningkatan kebutuhan metabolik.
Ceftriaxone	IV	1 x 1	12.00	Untuk mengobati infeksi bakteri berat, dengan penyesuaian dosis karena eliminasi obat terganggu akibat gangguan fungsi ginjal.
Kalnex	IV	1 x 1	08.00, 20.00	menghambat proses fibrinolisis, yaitu proses penghancuran bekuan darah. Obat ini bekerja dengan cara menghambat aktivasi plasminogen menjadi plasmin, sehingga mencegah lisis

				(penghancuran) fibrin, dan dengan begitu membantu menghentikan atau mencegah perdarahan.
Digoxyn	IV	1 x 0,5 mg	12,16	Meningkatkan kontraktilitas miokardium (positif inotropik), memperlambat konduksi AV node.
Citicolin	IV	1 x 1	16.00	Meningkatkan sintesis asetilkolin, memperbaiki metabolisme sel saraf dan fungsi membran neuron.

## B. Diagnosa Keperawatan

Tabel 3. 8 Diagnosa Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Etiologi
1	<p>Gangguan Pertukaran Gas bd Oedema Pulmonal</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat Sesak</li> <li>- klien mengatakan merasa pusing</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PH Menurun (7,18)</li> <li>- PO<sub>2</sub> Menurun (38,8)</li> <li>- HCO<sub>3</sub> menurun (14,5)</li> <li>- Terdapat bunyi napas tambahan Ronchi di kedua lobus paru kanan saat di auskultasi</li> <li>- Hasil Foto Thoraks kardiomegali dengan edema paru dd/ Bronkopenumonia bilateral</li> <li>- RR 25 x/menit</li> <li>- Spo<sub>2</sub> 100% dengan Nasal Kanul 3,5 lpm</li> </ul>	<p>DM Tipe 2 + Hiperglikemi kronik</p> <p>↓</p> <p>Mikrovaskulopati pulmonal</p> <p>↓</p> <p>Kerusakan kapiler alveolus</p> <p>↓</p> <p>Perubahan permeabilitas membran alveolo-kapiler</p> <p>↓</p> <p>Retensi cairan</p> <p>↓</p> <p>edema paru</p> <p>↓</p> <p>Gangguan ventilasi-perfusi</p> <p>↓</p> <p>Penurunan PO<sub>2</sub></p> <p>↓</p> <p>Hipoksemia</p> <p>↓</p> <p><b>Gangguan pertukaran gas</b></p>
2	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah bd hiperglikemi dd GDP 116</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pusing</li> <li>- Klien mengatakan lemas dan merasa lelah</li> </ul>	<p>DM Tipe 2</p> <p>↓</p> <p>Gangguan kerja insulin (resistensi insulin)</p> <p>↓</p> <p>Glukosa tidak masuk ke dalam sel</p>

	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kadar Glukosa Darah Tinggi (Gula Darah Puasa 116)</li> </ul>	<p>↓</p> <p>Glukosa tetap tinggi dalam darah</p> <p>↓</p> <p>Hiperglikemia</p> <p>↓</p> <p>Ketidakstabilan kadar glukosa darah</p>
3	<p>Penurunan Curah Jantung bd perubahan kontraktilitas dd tekanan darah menurun 108/70</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh lemas dan lelah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah menurun (108/70)</li> <li>- Terdapat edema di kedua ekstremitas dengan pitting edema +++</li> <li>- hasil foto thoraks menunjukkan adanya kardiomegali dan bronchopneumonia</li> <li>- TD: 108/70, R: 25, N: 78, Suhu: 37, Nadi teraba kuat, CRT &lt;2 detik, hb 9.6 g/dl</li> </ul>	<p>Riwayat DM tipe 2</p> <p>↓</p> <p>Hyperlipidemia</p> <p>↓</p> <p>Aterosklerosis</p> <p>↓</p> <p>Disfungsi miokardium karena aliran darah O<sub>2</sub> dan nutrisi ke otot jantung menurun</p> <p>↓</p> <p>Kontraktilitas otot jantung menurun</p> <p>↓</p> <p>Suplai darah ke jantung dan otak tidak adekuat</p> <p>↓</p> <p>Kerja jantung berlebih</p> <p>↓</p> <p>Otot jantung membesar</p> <p>↓</p> <p>Kardiomegali</p> <p>↓</p> <p>Penurunan curah jantung menurun</p>

4	<p>Hipervolemia bd gangguan mekanisme regulasi dd balance cairan positif</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sesak</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat edema di kedua ekstremitas dengan pitting edema +++</li> <li>- Haluaran urin sedikit (oliguria) hanya 4 -16 cc/jam, balance cairan +352 cc,</li> <li>- kadar Hb 9,6 g/dL dan kadar Ht 33%, Na 125</li> </ul>	<p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gagal ekskresi cairan dan natrium</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Retensi cairan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Balance cairan positif</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Edema perifer dan paru</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Hipervolemia</b></p>
5	<p>Hipertermi bd proses penyakit dd suhu tubuh tinggi</p> <p>DS: -</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu tubuh diatas nilai normal (37,0)</li> <li>- TD: 108/70, R: 25, N: 78, Suhu: 37,7</li> </ul>	<p style="text-align: center;">DM Tipe 2</p> <p style="text-align: center;">ESRD</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Sistem imun melemah</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Infeksi sekunder (misal: bronchopneumonia)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Proses inflamasi</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Pirogen endogen</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Aktivasi hipotalamus</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Peningkatan suhu tubuh</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;"><b>Hipertermi</b></p>
6	<p>Risiko Defisit Nutrisi dd klien tidak nafsu makan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Hiperglikemia + ESRD</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Gangguan metabolisme dan mual</p> <p style="text-align: center;">↓</p>

	<p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- Porsi makan hanya dimakan sekitar 1/2 sendok</li> <li>- Mulut tampak kotor</li> </ul>	<p>Penurunan nafsu makan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Asupan makanan tidak adekuat</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Risiko defisit nutrisi</b></p>
7	<p>Intoleransi Aktivitas bd kelemahan dd klien mengeluh lemas</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas</li> <li>- Klien terlihat lemah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien harus dibantu oleh keluarga atau perawat untuk memenuhi ADL nya</li> <li>- TD: 108/70, R: 25, N: 78, Suhu: 37</li> </ul>	<p>Anemia (↓EPO dari ginjal)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan oksigenasi jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kelemahan otot</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Intoleransi terhadap aktivitas ringan</b></p>
8	<p>Defisit Perawatan Diri bd kelemahan dd mulut klien tampak kotor</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat tidak dapat memenuhi perawatan diri secara mandiri</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mulut klien terlihat kotor</li> </ul>	<p>DM Tipe 2 + ESRD</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan energi, kelelahan kronis</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Ketidakmampuan melakukan ADL</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p><b>Defisit perawatan diri</b></p>
9	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit bd edema dan penurunan perfusi jaringan dd kulit meregang</p> <p>DS:-</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat oedema pada ekstremitas bawah klien dengan derajat +++/+++ dan ekstremitas atas klien dengan derajat ++/++</li> </ul>	<p>ESRD</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Retensi cairan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Edema ekstremitas</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Penurunan perfusi jaringan</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Kulit meregang</p> <p style="text-align: center;">↓</p>

	- Kulit klien terlihat meregang pada bagian yang oedema	Risiko gangguan integritas kulit
--	---	----------------------------------

### Intervensi Keperawatan

Tabel 3. 9 Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Rencana Keperawatan	Rasional
1	<p>Gangguan Pertukaran Gas bd ketidakseimbangan ventilasi-perfusi dd peningkatan frekuensi nafas</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat Sesak</li> <li>- lien mengatakan merasa pusing</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PH Menurun (7,18)</li> <li>- PO2 Menurun (38,8)</li> <li>- HCO<sub>3</sub> menurun (14,5)</li> <li>- Terdapat bunyi napas tambahan Ronchi dikedua lobus saat di auskultasi</li> <li>- RR 25 x/menit</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan pertukaran gas membaik dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RR dalam batas normal</li> <li>• Tidak ada penggunaan otot bantu napas</li> <li>• SpO<sub>2</sub> ≥ 95% tanpa bantuan oksigen</li> <li>• Tidak ada bunyi napas tambahan</li> </ul>	<p>Pemantauan Respirasi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas</li> <li>2. Monitor pola napas (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes, biot, ataksik)</li> <li>3. Monitor adanya sumbatan jalan napas</li> <li>4. Palpasi kesimetrisan ekspansi paru</li> <li>5. Auskultasi bunyi napas</li> <li>6. Monitor saturasi oksigen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respirasi sering menjadi indikator awal perubahan status pasien. Penelitian menunjukkan bahwa variasi frekuensi napas bisa mendeteksi gagal napas atau akidosis sebelum tanda vital lain berubah.</li> <li>2. Pola napas abnormal (misalnya Kussmaul atau Cheyne-Stokes) bisa menunjukkan kondisi seperti gagal jantung, ketoasidosis, atau cedera neurologis. Mengidentifikasi pola ini</li> </ol>

	Spo2 100% dengan Nasal Kanul 3,5 lpm		<p>7. Monitor nilai analisa gas darah</p> <p>Terapeutik</p> <p>8. Posisikan Semifowler</p> <p>9. Dokumentasikan hasil pemantauan</p> <p>Terapi Oksigen</p> <p>Observasi</p> <p>1. Monitor kecepatan aliran oksigen</p> <p>2. Monitor posisi alat terapi oksigen</p> <p>3. Monitor efektifitas terapi oksigen (mis. Oksimetri, Analisa gas darah), jika perlu</p> <p>4. Monitor kemampuan melepaskan oksigen saat makan</p> <p>5. Monitor integritas mukosa hidung akibat pemasangan oksigen</p>	<p>memungkinkan intervensi dini .</p> <p>3. Obstruksi jalan napas dapat secara cepat mengancam nyawa. Pengawasan ketat memungkinkan tindakan cepat, seperti repositioning, suction, atau pemberian oksigen tambahan .</p> <p>4. Asimetri bisa menandakan kondisi seperti pneumotoraks atau efusi pleura. Palpasi membantu deteksi dini masalah struktural atau ventilasi yang tidak merata.</p> <p>5. Bunyi tambahan seperti ronchi atau wheezing menunjukkan kondisi seperti edema paru atau bronkospasme, yang</p>
--	--------------------------------------	--	---	--

			<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Pertahankan kepatenan jalan napas</li> <li>7. Siapkan dan atur peralatan pemberian oksigen</li> <li>8. Berikan oksigen tambahan, jika perlu</li> <li>9. Tetap berikan oksigen saat pasien di transportasi</li> </ol>	<p>segera membutuhkan tindakan .</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. SpO<sub>2</sub> sering digunakan bersamaan dengan frekuensi napas untuk menilai oksigenasi. Namun, saturasi alone tidak cukup; perlu juga memantau RR untuk menangkap perubahan dini</li> <li>7. Ideal untuk menilai status asam-basa, hipoksia, atau hiperkapnia. ABG membantu menyesuaikan terapi dan mengevaluasi efektivitas intervensi.</li> <li>8. Meningkatkan ekspansi paru-paru Posisi ini membantu memperbesar volume paru sehingga mempermudah proses ventilasi dan memperbaiki pertukaran</li> </ol>
--	--	--	--	---

				<p>gas. Posisi ini membantu menurunkan venous return ke paru, meningkatkan ekspansi paru, serta mengurangi kerja napas. Studi mendukung kombinasi high-flow nasal cannula dengan semi-Fowler untuk memperbaiki saturasi dan ventilasi pada edema kardigenik(Purnamasari et al., 2024).</p> <p>9. Pencatatan berkelanjutan dan akurat meningkatkan komunikasi tim, memudahkan track-and-trigger sistem, dan mencegah insiden</p> <p>1. Flow memengaruhi FiO<sub>2</sub>. Flow berlebihan bisa menyebabkan hiperoksia,</p>
--	--	--	--	--

				<p>kekeringan mukosa, dan meningkatkan risiko fire hazard</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Posisi penting agar tidak lepas, bocor, atau menyebabkan iritasi kulit—menghindari hypoxia dan trauma jaringan.</li><li>3. Evaluasi harus melalui saturasi dan ABG untuk menilai respon dan menyesuaikan terapi .</li><li>4. Terapi harus diberi ruang agar pasien tetap makan dan minum—mengurangi risiko aspirasi dan kekurangan nutrisi.</li><li>5. Low-flow bisa menyebabkan iritasi; humidifikasi dan pelembap berbasis air sangat dianjurkan.</li></ol>
--	--	--	--	--

				<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kepatenan menjamin efektivitas oksigenasi—posisi, suction, atau airway adjuncts bisa membantu.</li> <li>7. Kesiapan alat (nasal cannula, humidifier) mengurangi delay dalam pemberian oksigen.</li> <li>8. Pada hipoksi, oksigen tambahan menurunkan risiko kerusakan organ.</li> <li>9. Transport meningkatkan stress respirasi; kontinuitas menjaga stabilitas oksigenasi</li> </ol>
2	<p>Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah bd hiperglikemi dd GDP 116</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan pusing</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam kadar glukosa darah dalam batas normal dengn kriteria hasil:</p>	<p>Manajemen Hiperglikemi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemungkinan penyebab hiperglikemia</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ESRD dapat memperparah hiperglikemia akibat peningkatan glukoneogenesis dan</li> </ol>

	<p>- Klien mengatakan lemas dan merasa lelah</p> <p>DO:</p> <p>Kadar Glukosa Darah Tinggi (Gula Darah Puasa 116)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GDP (70-100 mg/dl)</li> <li>• GDS &lt;140</li> <li>• Keluhan lelah menurun</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi situasi yang menyebabkan kebutuhan insulin meningkat (mis: penyakit kambuhan)</li> <li>3. Monitor kadar glukosa darah, jika perlu</li> <li>4. Monitor tanda dan gejala hiperglikemia (mis: polyuria, polydipsia, polifagia, kelemahan, malaise, pandangan kabur, sakit kepala)</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Konsultasi dengan medis jika tanda dan gejala hiperglikemia tetap ada atau memburuk</li> </ol>	<p>resistensi insulin dari akumulasi toksin uremik, serta perubahan metabolisme insulin ginjal (El-Remessy, 2022).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sakit atau trauma meningkatkan glukoneogenesis =&gt; dosis insulin mungkin perlu disesuaikan. Kontrol glukosa pada pasien dialisis dapat berubah-ubah; dosis insulin perlu disesuaikan pasca-hemodialisis karena ginjal tidak lagi mengclear insulin dengan efektif (Endocrine &amp; Society, 2006).</li> <li>3. Monitoring mencegah komplikasi akut, seperti DKA atau hiperosmolar. Kemudian CMS</li> </ol>
--	--	--	--	---

			<p>7. Fasilitasi ambulasi jika ada hipotensi ortostatik</p>	<p>guidelines menyarankan monitoring BG secara rutin (SMBG atau CGM) untuk mengenali fluktuasi hiperglikemia dan risiko hipoglikemia pada pasien di dialisis (JBDS -IP, 2023)</p> <p>4. Gejala klinis ini sering muncul pada hiperglikemia berat dan dapat memicu DKA atau HHS, terutama pada DM dengan ESRD</p> <p>5. Hiperglikemia menyebabkan diuresis osmotik — pantau untuk cegah dehidrasi.</p> <p>6. Gula darah tinggi persisten harus ditangani endokrin atau dokter untuk intervensi lanjutan.</p> <p>7. Harus dicurigai pada pasien hiperglikemia dan</p>
--	--	--	---	---

				dehidrasi; mobilisasi ringan membantu stabilisasi.
3	<p>Penurunan Curah Jantung bd perubahan kontraktilitas dd tekanan darah menurun 108/70</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh lemas dan lelah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tekanan darah menurun (108/70)</li> <li>- Terdapat edema di kedua ekstremitas dengan pitting edema +++</li> <li>- hasil foto thoraks menunjukkan adanya kardiomegali dan bronchopneumonia</li> <li>- TD: 108/70, R: 25, N: 78, Suhu: 37, Nadi teraba kuat,</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan curah jantung meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema berkurang</li> <li>• Haluaran urin normal, tidak oliguria</li> <li>• Warna kulit tidak pucat / sianosis</li> <li>• Tekanan darah normal</li> <li>• CRT</li> </ul>	<p>Perawatan Jantung Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi tanda/gejala penurunan curah jantung (dyspnea, edema, ronchi, oliguria, kulit pucat)</li> <li>2. Monitor tekanan darah</li> <li>3. Monitor intake dan output cairan Terapeutik</li> <li>4. Posisikan pasien semifowler Kolaborasi</li> <li>5. Kolaborasi pemberian obat furosemide</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dyspnea yang muncul akibat penurunan curah jantung disebabkan oleh peningkatan volume darah dan aliran balik vena, sehingga jantung harus bekerja lebih keras dan kebutuhan oksigen miokard meningkat. Pada pasien gagal jantung, kondisi ini dapat menurunkan saturasi oksigen dan berisiko menyebabkan hipoksia (Averina &amp; Widagda, 2021)</li> <li>2. Pemantauan tekanan darah secara teratur merupakan intervensi krusial pada pasien dengan kelebihan cairan, karena tekanan darah menjadi indikator adanya peningkatan volume</li> </ol>

	CRT <2 detik, hb 9.6 g/dl			<p>cairan dalam pembuluh darah (Astuti et al., 2018).</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Penurunan curah jantung berdampak pada menurunnya perfusi ginjal, yang kemudian menyebabkan retensi cairan dan natrium, serta penurunan produksi urin (Khairul Ummam et al., 2022)</li><li>4. Tujuan dari pengaturan posisi tidur adalah untuk mengurangi konsumsi oksigen serta memaksimalkan ekspansi paru. Posisi semi-Fowler (sekitar 45°) juga bermanfaat dalam memperbaiki pertukaran gas dan mempermudah pernapasan serta relaksasi sistem kardiovaskular (Averina &amp; Widagda, 2021)</li></ol>
--	------------------------------	--	--	---

				<p>5. Furosemide adalah obat diuretik golongan loop diuretic yang bekerja di segmen loop Henle ginjal untuk menghambat reabsorpsi natrium dan klorida, sehingga meningkatkan ekskresi natrium, air, kalium, dan kalsium. Obat ini sering digunakan pada pasien dengan retensi cairan akibat gagal jantung, penyakit ginjal kronis (CKD), atau sirosis hati.</p>
4	<p>Hipervolemia bd gangguan mekanisme regulasi dd balance cairan positif</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien tampak sesak</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat edema di kedua ekstremitas</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan status cairan pasien membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema di kedua</li> </ul>	<p>Manajemen Hipervolemia Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (dispnea, edema, suara napas tambahan)</li> <li>2. Monitor tanda hemokonsentrasi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Akumulasi darah pada vena hepatika dapat menyebabkan pembesaran hati (hepatomegali), yang kemudian berlanjut menjadi asites. Di tingkat ginjal, hal ini memicu</li> </ol>

	<p>dengan pitting edema +++</p> <p>- Haluaran urin sedikit (oliguria) hanya 4 -16 cc/jam, balance cairan +352 cc, kadar Hb 9,6 g/dL dan kadar Ht 33%, Na 125</p>	<p>ekstremitas berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kadar hemoglobin dan hematocrit dalam batas normal</li> <li>• Tekanan darah membaik</li> </ul>	<p>(kadar natrium, hematokrit)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Monitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik</li> <li>4. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>5. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Kolaborasi pemberian diuretic : furosemide 1x40 mg IV</li> </ol>	<p>retensi natrium dan cairan, sehingga menimbulkan edema (Astuti et al., 2018)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Kadar natrium yang tinggi dapat meningkatkan beban kerja jantung, yang pada akhirnya memicu terjadinya edema.</li> <li>3. Pemberian cairan infus secara berlebihan juga berkontribusi terhadap peningkatan volume cairan di dalam dan luar sel.</li> <li>4. Kelebihan cairan dan garam yang masuk ke dalam sel menyebabkan penyempitan diameter pembuluh darah dan arteri, sehingga jantung harus memompa lebih kuat, yang berakibat pada meningkatnya tekanan darah.</li> </ol>
--	--	--	---	--

				<p>5. Pengaturan posisi tubuh dengan semifowler bertujuan untuk mengurangi sesak napas serta meningkatkan kualitas tidur pasien. Posisi ini membantu memaksimalkan pengembangan paru-paru dan mempengaruhi distribusi cairan di sekitar jantung, sehingga pernapasan menjadi lebih lega dan pasien dapat tidur lebih nyaman.</p> <p>6. Diuretik merupakan terapi lini pertama dalam mengatasi kelebihan cairan (hipervolemia), dengan mekanisme kerja menghambat reabsorpsi natrium dan air di ginjal, sehingga meningkatkan</p>
--	--	--	--	--

				pengeluaran cairan melalui urin.
5	<p>Hipertermi bd proses penyakit dd suhu tubuh tinggi</p> <p>DS: -</p> <p>DO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Suhu tubuh diatas nilai normal (37,0)</li> <li>- TD: 108/70, R: 25, N: 78, Suhu: 37,7</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan suhu tubuh klien kembali normal dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suhu tubuh klien dalam rentang normal</li> </ul>	<p>Manajemen Hipertermia</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor suhu tubuh</li> <li>2. Monitor haluaran urin</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Longgarkan atau lepaskan pakaian</li> <li>4. Ganti linen setiap hari atau lebih sering jika mengalami hyperhidrosis (keringat berlebih)</li> <li>5. Berikan oksigen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Suhu tinggi menandakan infeksi atau inflamasi sistemik.</li> <li>2. Demam bisa menurunkan perfusi ginjal dan menyebabkan oliguria.</li> <li>3. Meningkatkan evaporasi dan membantu penurunan suhu tubuh.</li> <li>4. Mencegah iritasi kulit dan infeksi akibat kelembapan.</li> <li>5. Hipertermia meningkatkan kebutuhan oksigen metabolik. Suplementasi mendukung</li> </ol>

				perfusi jaringan.
6	<p>Risiko Defisit Nutrisi dd klien tidak nafsu makan</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mukosa bibir kering</li> <li>- Porsi makan hanya dimakan sekitar 1/2 sendok</li> <li>- Mulut tampak kotor</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan asupan nutrisi klien meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nafsu makan klien meningkat</li> <li>• Asupan makan klien bertambah</li> </ul>	<p>Manajemen nutrisi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi status nutrisi</li> <li>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</li> <li>3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrien</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Lakukan oral hygiene sebelum makan, jika perlu</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi status gizi membantu mencegah malnutrisi yang memperburuk prognosis pasien kritis.</li> <li>2. Penting untuk mencegah reaksi alergi atau gastrointestinal.</li> <li>3. Penyesuaian kebutuhan metabolik mempercepat penyembuhan.</li> <li>4. Meningkatkan kenyamanan dan mencegah infeksi oral.</li> <li>5. Penyesuaian diet penting untuk pasien dengan</li> </ol>

			nutrien yang dibutuhkan, jika perlu	gangguan metabolik seperti gagal ginjal.
7	<p>Intoleransi Aktivitas bd kelemahan dd klien mengeluh lemas</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengatakan lemas</li> <li>- Klien terlihat lemah</li> </ul> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien harus dibantu oleh keluarga atau perawat untuk memenuhi ADL nya</li> <li>- TD: 108/70, R: 25, N: 78, Suhu: 37</li> </ul>	<p>Setelah dilakuka tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan pasien mampu melakukan aktivitas minimal dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu memenuhi kebutuhan adl</li> <li>• Lemas berkurang</li> </ul>	<p>Manajemen Energi</p> <p>Observasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Anjurkan tirah baring</li> <li>3. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>4. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang</li> <li>5. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelelahan memengaruhi partisipasi pasien dalam perawatan.</li> <li>2. Mengurangi konsumsi energi dan membantu pemulihan.</li> <li>3. Mencegah kelelahan berlebih dan meningkatkan toleransi.</li> <li>4. Membantu pasien mengelola stres dan meningkatkan kualitas hidup.</li> </ol>

				5. Tanda kelelahan berlebihan bisa menjadi indikator kondisi yang memburuk.
8	<p>Defisit Perawatan Diri bd kelemahan dd mulut klien tampak kotor</p> <p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien terlihat tidak dapat memenuhi perawatan diri secara mandiri</li> </ul> <p>DO:</p> <p>Mulut klien terlihat kotor</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan klien mampu melakukan perawatan diri dengan kriteria hasil</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mampu melakukan oral hygiene secara mandiri</li> </ul>	<p>Perawatan Mulut</p> <p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi kondisi mulut dan mukosa</li> </ol> <p>Terapeutik :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Lakukan oral hygiene menggunakan kassa basah</li> <li>3. Berikan air minum bila diperbolehkan</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Libatkan keluarga</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deteksi dini infeksi dan ulserasi.</li> <li>2. Mencegah mukositis dan infeksi, terutama jika pasien tidak bisa sikat gigi.</li> <li>3. Mencegah dehidrasi mukosa mulut.</li> <li>4. Memberdayakan keluarga membantu kontinuitas perawatan.</li> </ol>

			dalam kegiatan harian kebersihan klien	
9	<p>Risiko Gangguan Integritas Kulit bd edema dan penurunan perfisi jaringan dd kulit meregang</p> <p>DS:-</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Terdapat oedema pada ekstremitas bawah klien dengan derajat +++/+++ dan ekstremitas atas klien dengan derajat ++/++</li> </ul>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, diharapkan tidak terjadi luka tekan dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oedema berkurang</li> <li>• Kulit elastis dan tidak tampak meregang</li> </ul>	<p>Edukasi Edema</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifikasi kemampuan pasien dan keluarga menerima informasi terkait edema.</li> <li>2. Monitor kemampuan dan pemahaman pasien dan keluarga setelah diberikan edukasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Waktu dan kesiapan menentukan efektivitas edukasi.</li> <li>2. Edukasi harus dipahami agar diterapkan.</li> <li>3. Visualisasi membantu meningkatkan pemahaman.</li> <li>4. Edukasi terjadwal meningkatkan penerimaan.</li> </ol>

	<p>- Kulit klien terlihat meregang pada bagian yang oedema</p>	<p>(SLKI, 2019)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Persiapkan materi dan media edukasi (mis. formulir balans cairan).</li> <li>4. Jadwalkan waktu yang tepat untuk memberikan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan dengan pasien dan keluarga.</li> <li>5. Berikan kesempatan pasien dan keluarga untuk bertanya dan memahami penanganan edema.</li> </ol> <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jelaskan tentang definisi, penyebab (penurunan fungsi ginjal) gejala dan tanda edema (pitting edema).</li> <li>7. Jelaskan cara penanganan dan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Komunikasi dua arah meningkatkan kepercayaan.</li> <li>6. Memberi pemahaman dasar tentang kondisi pasien.</li> <li>7. Pencegahan mempercepat perbaikan dan mencegah kekambuhan.</li> </ol>
--	--	---------------------	--	--

			<p>pengecahan edema (mis. obat diuretik, diet tinggi protein, diet rendah garam, antihipertensi).</p>	
--	--	--	---	--

### C. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3. 10 Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Hari/ Tanggal	NO DX	Implementasi	Evaluasi
Jumat, 28/02/2025 07.30-14.00	1-9	Melakukan operan shift  R: melakukan dan mengikuti operan pasien	DX 1  S: Klien mengeluh sesak dan merasa pusing. O: RR 25x/menit, PH 7,18, PO2 38,8 mmHg, HCO3 14,5, ronchi kedua lapang paru, SpO2 100% dengan nasal kanul 3,5 Lpm. A: Gangguan pertukaran gas belum teratasi, pasien masih mengalami hipoksemia meskipun sudah mendapat oksigen. P: Lanjutkan pemberian O2 nasal kanul, monitor AGD, auskultasi paru, posisikan semifowler.
11.00	1-9	Memonitor keadaan umum klien  R/ GCS 15 (E4 V5 M6) klien mengeluh lemas, dan tampak lemas, mukosa kering dan mulut tampak kotor, terlihat oedema pada kedua ekstremitas atas dan bawah	
11.00	7	Memonitor kelelahan fisik dan emosional  R/ klien mengatakan fisiknya lemah dan lelah namun klien mengatakan harus tetap semangat agar sembuh dan cepat pulang	

11.00	1	Memonitor oksigenasi, dan aliran ksigen R/ klien mengeluh sedikit sesak, terdengar suara ronchi saat di auskultasi terpasang O2 Nasal Kanul 3,5 lpm SPO2 100%	A: Hiperglikemi ringan, memerlukan monitoring ketat. P: Cek gula darah rutin, edukasi diet, kolaborasi dokter untuk terapi insulin.
	1	Memonitor kepatenan jalan napas R/ jalan napas paten tidak ada hambatan	DX 3 S: -
11.10	4	Memonitor tanda gejala hipervolemia R/ terdapat edema pada kedua tungkai ekstremitas bawah dan atas, haluaran urine sedikit sekitar 10 cc	O: TD 118/65 mmHg, HR 87 kali/menit, RR 22 kali/menit, S 31,8 OC, SpO2 100 %. Dengan nasal kanul 3,5 lpm I : 354 cc O : 234cc Balance : +120, A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
11.20	4	Memonitor Edema klien R/ terdapat edema dengan deraja +3 pada tungkai klien, klien diberikan diuretik berupa furosemide	DX 4 S:
12.10	2	Memonitor Gula Darah terakhir klien R/ GDP dilakukan pada pukul 06.18 dengan hasil 116	O: TD 118/65 mmHg, HR 67 kali/menit, RR 22 kali/menit, S 31,8 OC, SpO2 99 %. I : 354 cc O : 234cc Balance : +120, Setelah dilakukan terapi terdapat perubahan dari pitting edema +3 hilang dalam 1 menit menjadi pitting edema +3 hilang dalam 35 detik
12.15	1-9	Monitor TTV R/ TD 115/65 mmhg N 80 x/mnt R 22 S 37.0	A: Masalah Hipervolemia belum teratasi
12.20	1-9	Memberikan terapi omz, bicnat, ceftriaxone	

		R/ obat diberikan	P: Intervensi dilanjutkan
13.30	1-9	Monitor TTV dan menghitung balance cairan TD 115/65 mmhg N 80 x/mnt R 22 S 36,7	DX 5
14.00	4	Mengantar klien masuk ke kamar operasi untuk tindakan pemasangan CDL R: klien masuk kamar operasi	S: Tidak ada keluhan spesifik. O: Suhu tubuh 37,7°C. pada pukul 09.00 A: Hipertermi ringan. P: Kompres hangat, monitor suhu tubuh, evaluasi infeksi, lanjutkan intervensi  DX 7 S: Klien mengeluh lemas. O: Klien dibantu untuk ADL, TTV dalam batas normal. A: Toleransi aktivitas menurun. P: Bantu ADL, edukasi hemat energi, evaluasi kemampuan fungsional.  DX 8 S: Klien terlihat tidak mampu melakukan perawatan diri. O: Mulut kotor.

			<p>A: Defisit perawatan diri ringan. P: Bantu perawatan mulut, ajarkan cara menyikat gigi.</p> <p>DX 9</p> <p>S: - O: Edema ekstremitas +++, kulit meregang. A: Risiko tinggi integritas kulit terganggu. P: Monitor integritas kulit, jaga posisi</p>
Sabtu 01/03/2025 14.00-21.00	1-9	<p>Melakukan operan shift</p> <p>R: melakukan dan mengikuti operan pasien</p>	<p>DX 1</p> <p>S: Klien masih mengeluh pusing, sesak ringan berkurang. O: RR 22x/menit, SpO2 100%, auskultasi ronchi masih ada namun berkurang. A: Gangguan pertukaran gas mulai membaik. P: Teruskan intervensi, monitor respirasi dan SpO2, evaluasi respon terapi.</p>
15.00	1-9	<p>Memonitor TTV pasien</p> <p>TD: 112/67</p> <p>N: 76</p> <p>R: 20</p> <p>S: 37.0</p> <p>Spo2: 99%</p>	<p>DX 2:</p> <p>S: Klien masih lemas. O: GDP 120 mg/dL.</p>

15.00	1-9	Mengkaji keadaan umum pasien  R: pasien mengatakan kondisinya semakin keadaannya baik, pasien terlihat lemas, mukosa bibir kering, mulut masih tampak kotor, klien mengatakan sudah tidak sakit post OP	A: Glukosa darah masih fluktuatif. P: Lanjutkan pemantauan gula darah,  DX 3  S: Klien mengeluh lemas dan lelah. O: TD 120/66, edema +++, foto thoraks menunjukkan kardiomegali dan bronkopneumonia.
15.05	1,8	Memposisikan Semifowler dan kontrak waktu untuk melakukan oral hygiene  R: bed diposisikan semifowler, pasien bersedia	A: Curah jantung menurun, status jantung terganggu. P: Monitor TTV, posisi semifowler, kolaborasi terapi diuretik.  DX 4
15.10	7	Menganjurkan klien untuk tirah baring  R/ klien dalam kondisi tirah baring	S:
15.10	5	Melakukan kompres hangat pada klien  R/ dilakukan kompres hangat	O: TD 120/66 mmHg, HR 70 kali/menit, RR 22 kali/menit, S 36,3 OC, SpO2 98 %. I : 200cc O : 301 cc Balance : +79. Setelah dilakukan terapi pada sesi pertama terdapat perubahan menjadi pitting edema +3 hilang dalam 5 detik, pada sesi 2 menjadi +2 hilang dalam 35 detik
15.30	8	Melakukan oral hygiene dengan kassa lembab  R: pasien mau	A: Masalah Hipervolemia belum teratasi
16.00	1-9	Memberikan terapi citicoline, ketorolac  R/ klien meminum obat	P: Intervensi dilanjutkan  DX 5
17.00	2	Memonitor gula darah klien  Hasil: 120 (06.00)	S: - O: Suhu 36,3°C. A: Hipertermi teratasi

18.00	1-9	Mengkaji kebutuhan spiritual klien R/ klien mengatakan akan shalat sambil berbaring dan sudah mengambil wudhu dengan tayamum.	P: Lanjutkan tindakan fisik penurunan suhu, pantau TTV. Intervensi dihentikan DX 6 S: Nafsu makan masih kurang. O: Asupan makanan tetap rendah. A: Risiko masih tinggi. P: Evaluasi program nutrisi, ajarkan perawatan mulut.
18.30	6	Memonitor porsi makan klien R/ klien hanya makan 1-2 sendok dan mengatakan tidak nafsu makan	DX 7 S: Klien masih tampak lemah. O: Aktivitas terbatas di tempat tidur. A: Intoleransi aktivitas masih ada. P: Lanjutkan pemantauan respon terhadap aktivitas ringan.
18.30	4	Memonitor Edema klien R/ terdapat edema dengan derajat +3 pada tungkai klien, klien diberikan diuretik berupa furosemide	DX 8 S: Klien masih belum melakukan perawatan diri. O: Mulut tetap kotor. A: Defisit masih ada. P: Lanjutkan edukasi dan bantuan harian.
19.00	9	Mengkaji integritas kulit R/ kulit masih tampak renggang pada bagian oedema	DX 9 S: - O: Edema menjadi ++, kulit kemerahan mulai terlihat. A: Risiko meningkat.
20.00	4	Memonitor Edema klien R/ terdapat edema dengan derajat +3 pada tungkai klien, klien diberikan diuretik berupa furosemide	
20.30	1-9	Memonitor tanda-tanda Vital dan menghitung I/O R: TD 120/66 mmHg, HR 70 kali/menit, RR 22 kali/menit, S 36,3 OC, SpO2 98 %. I : 200cc O : 301 cc Balance : +79	

			P: Periksa area tekan, gunakan bantalan, edukasi perawatan kulit.
Senin 03/03/2025 21.00-07.30	1-9	Melakukan operan shift  R: melakukan dan mengikuti operan pasien	DX 1  S: Klien tidak dapat diajak komunikasi, kesadaran menurun menjadi sopor sejak pukul 04.30. O: RR 22x/menit, SpO2 99%, ronchi masih terdengar, pasien mendapat terapi dobutamin dan raivask. A: Gangguan pertukaran gas masih memerlukan pemantauan ketat, didukung dengan kondisi kesadaran menurun. P: Lanjutkan terapi oksigen, monitor AGD dan TTV, evaluasi kebutuhan ventilasi lanjutan
21.30	1-9	Mengkaji keadaan umum pasien dan memonitor TTV  R: GCS 8 (E2 V2 M4) Respon verbal maracau, klien membuka mata dengan dengan rangsang nyeri, motorik menarik dari sumber nyeri, pasien terpasang NGT, terpasang terapi dobutamin 5 mcg/kgbb  TD: 101/63  N: 66  R:20  S: 36.0  MAP: 72	DX 2  S: Klien dalam kondisi sopor, tidak ada komunikasi verbal. O: GDS 187 A: Ketidakstabilan glukosa darah kemungkinan berperan pada perubahan kesadaran. P: Monitor GDS ketat, kolaborasi dengan dokter terkait penanganan hiperglikemia berat.
21.30	1	Memposisikan Semifowler  R: bed diposisikan semifowler	DX 3  S:

21.30	4	<p>Memonitor Edema klien</p> <p>R/ terdapat edema dengan deraja +3 pada tungkai klien, klien diberikan diuretik berupa furosemide</p>	<p>O: TD 108/65 mmHg, HR 65 kali/menit, RR 20 kali/menit, S 36,8 OC, SpO2 99 %. I 1404 O 1160 Balance +444, pasien terlihat tidak menggubakan otot bantu nafas, terdapat edema pada kedua ekstremitas pitting edema +2 hilang dalam 35 detik</p>
22.10	2	<p>Memeriksa GDS</p> <p>Hasil: 187</p>	<p>A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p>
22.30	1-9	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>TD:117/78</p> <p>N: 76</p> <p>R: 20</p> <p>S: 36.7</p> <p>MAP: 78</p>	<p>DX 4:</p> <p>S:</p> <p>O: TD 108/65 mmHg, HR 65 kali/menit, RR 20 kali/menit, S 36,8 OC, SpO2 99 %. I 1404 O 1160 Balance +444, terdapat edema pada kedua ekstremitas dnegan pitting edema +2, hasil pemeriksaan lab tanggal 27 february 2025 ureum 50, kreatinin 3,3, natrium 125, paasien dalam posisi semofwoler dan kaki di elevasikan</p>
23.30	1-9	<p>Mengobservasi TTV</p> <p>TD: 118/86</p> <p>N: 78</p> <p>R: 20</p> <p>S: 36.7</p> <p>MAP: 86</p>	<p>A: Masalah Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>DX 6</p> <p>S: Tidak dapat dievaluasi karena klien dalam kondisi sopor.</p> <p>O: Tidak ada asupan oral, nutrisi diberikan secara</p>

00.30	1-9	Mengobservasi TTV TD: 107/67 N: 66 R: 20 S: 36.6 MAP: 77	suportif. A: Risiko defisit nutrisi meningkat karena penurunan kesadaran. P: Kolaborasi pemberian nutrisi enteral/parenteral, pantau status gizi, evaluasi kebutuhan kalori harian.  DX 7  S: Klien tidak dapat beraktivitas karena dalam kondisi sopor.
01.30	1-9	Mengobservasi TTV TD: 105/69 N: 70 R: 20 S: 36,7 MAP: 77	O: Tidak mampu melakukan aktivitas, imobilisasi total. A: Intoleransi aktivitas berat karena penurunan kesadaran. P: Lakukan reposisi 2 jam, pasang pengaman tempat tidur, pantau risiko dekubitus, kolaborasi fisioterapi pasif.  DX 8
02.30	1-9	Mengobservasi TTV TD: 107/67 N: 76 R: 20 S: 36.7 MAP: 76	S: Klien tidak mampu melakukan perawatan diri karena kesadaran menurun. O: Kondisi sopor, seluruh kebutuhan dibantu perawat. A: Defisit perawatan diri total. P: Rawat diri total oleh perawat, kebersihan mulut, kulit, dan eliminasi, observasi status fungsional harian.

05.30	4	Membuang urin klien R/ urin 210 BAB 200	DX 9  S: Tidak dapat dikaji, pasien dalam kondisi sopor. O: Edema ekstremitas +++ bawah dan ++ atas, kulit tampak meregang. A: Risiko tinggi terhadap gangguan integritas kulit. P: Observasi kondisi kulit, lakukan reposisi, gunakan kasur antidekubitus, jaga kebersihan kulit.
05.30	4	Monitor I O klien 24 jam R/ I 1404 O 1160 Balance +444	
06.01	2	Memeriksa GDP Hasil: 176	
06.05	8	Melakukan Seka R/ Klien di seka	
07.00	1-9	Monitor TTV TD 108/65 mmHg, HR 65 kali/menit, RR 20 kali/menit, S 36,8 OC, SpO2 99 %. I 1404 O 1160 Balance +444	
Rabu 05/03/2025 07.30-14.00	1-9	Melakukan operan shift R: melakukan dan mengikuti operan pasien	DX 1  S: Klien dalam kondisi sopor, tidak responsif terhadap stimulus verbal. O: RR 20x/menit, SpO2 99%, terapi dobutamin dan raivask masih dilanjutkan. A: Gangguan pertukaran gas dalam pemantauan ketat. P: Pertahankan terapi suportif, evaluasi perfusi dan oksigenasi, pantau kesadaran secara berkala.
08.00	1-9	Mengakaji keadaan umum pasien R: GCS 8 (E2 V2 M4) Respon verbal maracau, kllien membuka mata dengan dengan rangsang nyeri, motorik menarik dari	

		sumber nyeri, pasien terpasang NGT, terpasang terapi dobutamin 5 mcg/kgbb	DX 2 S: Tidak ada respons verbal.
08.00	4	Memonitor Edema klien R/ terdapat edema dengan deraja +3 pada tungkai klien, klien diberikan diuretik berupa furosemide	O: Glukosa darah dalam pemantauan, pasien dalam kondisi sopor. A: Ketidakstabilan kadar gula darah dalam evaluasi. P: Pantau glukosa darah berkala, evaluasi fungsi neurologis dan metabolik.
08.03	1-9	Memonitor TTV pasien TD: 112/67 N: 76 R: 20 S: 36.5 Spo2: 99% MAP: 82	DX 3 S: O: TD 115/65 mmHg, HR 70 kali/menit, RR 22 kali/menit, S 31,8 OC, SpO2 99 %. I : 398 cc O : 201 cc Balance : +197, pasien terlihat tidak menggunakan otot bantu nafas, terdapat edema pada kedua ekstremitas pitting edema +2 hilang dalam 35 detik A: Masalah penurunan curah jantung belum teratasi P: Intervensi dilanjutkan
08.05	1	Memposisikan Semifowler R: bed diposisikan semifowler	DX 4 S:
08.05	1-9	Memberikan terapi bicnat, kalk, asam folat, kalnex R/ obat diberikan	O: TD 115/65 mmHg, HR 70 kali/menit, RR 22 kali/menit, S 31,8 OC, SpO2 99 %. I : 398 cc O : 201 cc Balance : +197 edema pada kedua ekstremitas dnegan pitting edema +2, hasil pemeriksaan lab
09.00		Memonitor TTV pasien	

		<p>TD: 102/70</p> <p>N: 70</p> <p>R: 20</p> <p>S: 36.3</p> <p>Spo2: 99%</p> <p>MAP: 79</p>	<p>tanggal 27 februari 2025 ureum 50, kreatinin 3,3, natrium 125, paasien dalam posisi semofwoler dan kaki di elevasikan</p> <p>A: Masalah Hipervolemia belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>DX 6</p> <p>S: Tidak ada keluhan, klien dalam kondisi sopor.</p>
09.00	4	<p>Mengkaji pitting edema klien</p> <p>R/ ekstremitas bawah ++, ekstremitas atas ++</p>	<p>O: Asupan masih diberikan secara enteral, pemantauan status gizi dilanjutkan.</p> <p>A: Risiko defisit nutrisi masih tinggi.</p>
10.00	1-9	<p>Memonitor TTV pasien</p> <p>TD: 105/69</p> <p>N: 67</p> <p>R: 20</p> <p>S: 36.2</p> <p>Spo2: 99%</p> <p>MAP: 79</p>	<p>P: Evaluasi kebutuhan nutrisi harian, kolaborasi dengan tim gizi dan dokter, lanjutkan nutrisi enteral/parenteral.</p> <p>DX 7</p> <p>S: Klien tidak responsif terhadap rangsang verbal.</p>
10.00	2	<p>Memeriksa GDS</p> <p>Hasil: 132</p>	<p>O: Imobilisasi total, aktivitas masih dibantu sepenuhnya.</p> <p>A: Intoleransi aktivitas total.</p> <p>P: Lanjutkan mobilisasi pasif, lakukan reposisi, kolaborasi fisioterapis, cegah komplikasi akibat imobilisasi.</p>
11.00	1-9	<p>Memonitor TTV pasien</p>	<p>DX 8</p>

		<p>TD: 110/70</p> <p>N: 69</p> <p>R: 20</p> <p>S: 36.0</p> <p>Spo2: 99%</p> <p>MAP: 82</p>	<p>S: Tidak ada komunikasi verbal.</p> <p>O: Perawatan diri tetap dibantu sepenuhnya, pasien sopor.</p> <p>A: Defisit perawatan diri masih berlanjut.</p> <p>P: Lanjutkan perawatan total, pantau integritas kulit dan kebersihan tubuh, evaluasi harian fungsional.</p> <p>DX 9</p>
12.00	1-9	<p>Memonitor TTV pasien</p> <p>TD: 109/67</p> <p>N: 68</p> <p>R: 20</p> <p>S: 36.5</p> <p>Spo2: 99%</p> <p>MAP: 80</p>	<p>S: Tidak dapat dikaji</p> <p>O: Edema tetap, kulit masih tampak meregang pada area yang sama.</p> <p>A: Risiko gangguan integritas kulit masih tinggi.</p> <p>P: Lanjutkan intervensi preventif, monitor tanda-tanda luka tekan, edukasi keluarga tentang perawatan kulit.</p>
12.10	1-9	<p>Memberikan terapi omz, bicnat, asam folat, digoxyn via NGT</p> <p>R/ obat dimasukkan</p>	
12.30	1-9	<p>Mengkaji status psikologis keluarga</p> <p>R/ keluarga mengatakan sudah ikhlas dan pasrah apabila Tn. A akan di ambil oleh Allah</p>	

		SWT, Keluarga telah menandatangani surat pernyataan DNR dengan pihak Ruangan	
13.00	1-9	Memonitor TTV pasien TD: 117/67 N: 76 R: 20 S: 36.5 Spo2: 99% MAP: 83	
14.00	1-9	Memonitor tanda-tanda Vital dan menghitung TD 115/65 mmHg, HR 70 kali/menit, RR 22 kali/menit, S 31,8 OC, SpO2 99 %. I : 398 cc O : 201 cc Balance : +197.	



