

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Ruang : Ruang Fresia Lantai 3 RSUD Handayani
No. MR/CM : 18.61.90
Tanggal pengkajian : 11 Maret 2021, Pukul 09:00 WIB

A. PENGKAJIAN

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Nama (inisial pasien) : Ny.R
Usia : 60 Tahun
Status perkawinan : Cerai Mati
Pekerjaan : Petani
Agama : Islam
Pendidikan : SD
Suku : Jawa
Bahasa yang digunakan : Jawa-Indonesia
Alamat Rumah : Taman Jaya, Lampung Utara
Sumber Biaya : BPJS
Tanggal Masuk RS : 11 Maret 2021 pukul 03.30 WIB
Diagnosa Medis : Anemia

b. Sumber Informasi (Penanggung Jawab)

Nama : Tn.S
Umur : 30 Tahun
Hubungan dengan klien : Anak kandung
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Petani
Alamat : Taman Jaya, Lampung Utara

2. Data Medik

Diagnosa Medis : Anemia

3. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang ke RSUD Handayani pada tanggal 11 Maret 2021 pukul 03.30 WIB melalui IGD. Klien datang diantar oleh keluarganya dengan keluhan gelisah dan sesak. Tekanan darah : 85/51mmHg, nadi :129x/menit, pernafasan :28x/menit, suhu:37,0°C.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 11 maret 2021 pukul 09.00 WIB klien dengan keadaan gelisah, sesak, dan sulit untuk merespon. Keadaan sopor, dengan glasgow coma scale 5, E2, V2, M1, Tekanan darah : 85/51mmHg, frekuensi nadi : 129x/menit lokasi pemeriksaan di nadi radialis kualitas kuat dan cepat, kulit teraba panas, akral teraba dingin, warna kulit pucat, pernafasan: 28x/menit, irama tidak teratur, suhu : 38,5°C,

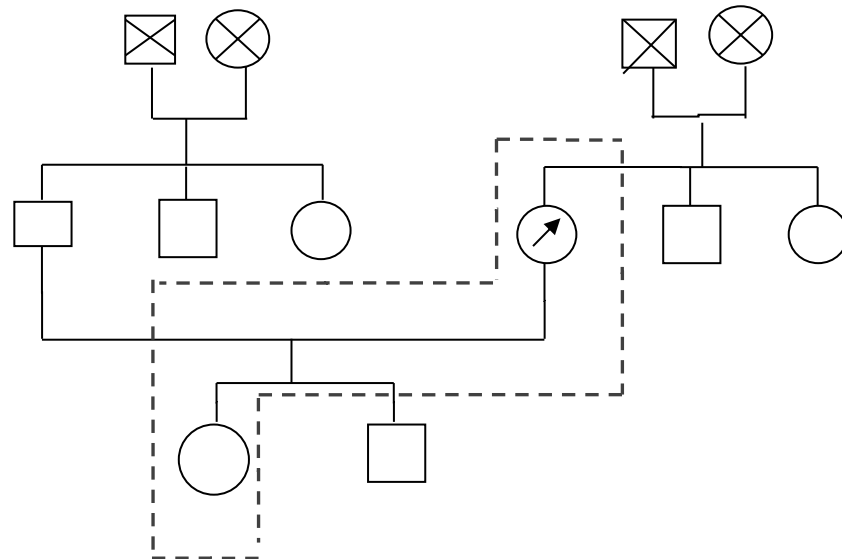
c. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Keluarga klien mengatakan sebelumnya pasien pernah terjatuh dikamar mandi dan mengalami stroke di bagian sebelah kanan sekitar 3 bulan yang lalu dan pernah di rawat di RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara selama 5 hari sebelum di rawat di RSUD Handayani klien sempat dirawat di puskesmas terdekat selama 2 hari karena kondisi klien yang tak kunjung membaik klien di rujuk ke RSUD Handayani

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga klien mengatakan sebelumnya tidak ada yang menderita penyakit seperti ini dan baru pasien ini lah yang menderita penyakit anemia ini.

Gambar 3.1
Garis Keturunan



Keterangan:

□ = Laki-laki

↗ = Pasien

○ = Perempuan

--- = Tinggal Serumah

└─┘ = Garis Pernikahan

✕ = Meninggal

└─┘ = Garis Keturunan

4. Lingkungan

a. Rumah

Keluarga klien mengatakan rumahnya bersih, bebas dari polusi dan jauh dari pabrik, rumah pasien berada pada lingkungan yang aman dan tidak berbahaya.

b. Pekerjaan

Keluarga klien mengatakan lingkungan tempat bekerja tidak ada sesuatu keadaan yang membahayakan terkait penyakit klien, dan sudah 2 tahun belakangan klien tidak pernah berkerja lagi.

5. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola Nutrisi

1) Pola Nutrisi sebelum sakit

Sebelum sakit asupan makan klien melalui oral, frekuensi 3x/hari dengan menghabiskan $\frac{1}{2}$ porsi makanan, klien tidak terlalu suka makan pedas, tidak suka mengonsumsi sayuran hijau, dan buah-buahan

2) Pola Nutrisi Saat Sakit

Saat sakit nafsu makan klien menurun tidak seperti biasanya frekuensi makan 1x/hari dengan menghabiskan bubur sebanyak 1-2 sendok makan saja, setelah dirawat klien tidak bisa makan sesuai dengan yang sudah disediakan, klien mendapatkan diit dari rumah sakit berupa susu

b. Pola Cairan

1) Sebelum sakit

Sebelum sakit keluarga klien mengatakan asupan cairan melalui oral dalam sehari sekitar 4-5 gelas saja

2) Saat sakit

Setelah sakit klien mendapatkan terapi cairan infus RL melalui IV 20 tetes per menit, keluarga klien mengatakan asupan cairan klien malah makin berkurang dari biasanya yaitu menjadi <2 gelas/hari

c. Pola Eliminasi

1) BAB/BAK sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan dalam sehari BAK sebanyak 5x, dan BAB sebanyak 1-2x/hari secara rutin

2) BAB/BAK Setelah sakit

Keluarga klien mengatakan dalam sehari BAK sebanyak 3x/hari urine berwarna kuning pekat, dan BAB sebanyak 1x semenjak 3 di rawat diris feses berwarna kecoklatan bertekstur padat

d. Pola personal Hygiene

1) Sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit klien biasa melakukan perawatan diri secara mandiri seperti mandi dan menggosok gigi

2) Setelah Sakit

Keluarga klien mengatakan perawatan diri klien di bantu oleh keluarga mulai dari mandi, menggosok gigi, hingga memakaikan baju.

e. Pola istirahat dan tidur

1) Sebelum sakit

Keluarga klien mengatakan klien dalam sehari tidur 7-8 jam/hari dan tidak ada keluhan.

2) Saat sakit

Keluarga klien mengatakan lama tidur saat sakit tidak menentu karena klien sering terjaga saat malam hari dan gelisah saat tidur.

f. Pola aktivitas dan latihan

1) Sebelum Sakit

Keluarga klien mengatakan sebelum sakit tidak ada keterbatasan aktivitas semua dikerjakan dengan mandiri dalam melakukan aktivitas sehari-hari.

2) Saat sakit

Keluarga klien mengatakan saat sakit semua kegiatan selalu dibantu oleh keluarga, mulai dari perawatan diri maupun aktivitas-aktivitas lainnya

6. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran klien yaitu sopor (dapat dibangunkan dengan cara memberi rangsangan yang kuat misalnya rangsangan nyeri), darah : 85/51mmHg, frekuensi nadi : 129x/menit lokasi pemeriksaan di nadi radialis kualitas kuat dan cepat, kulit teraba panas, akral teraba dingin, warna kulit pucat, pernafasan : 28x/menit, irama tidak teratur, suhu : 38,5°C, Berat badan : 45kg, Tinggi badan:150cm, CRT>3 detik

b. Pemeriksaan fisik persistem

1) Sistem Penglihatan Saat dilakukan pengkajian mata pasien simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva anemis

2) Sistem pendengaran

Saat dilakukan pengkajian pendengaran, pendengaran klien terganggu dan tidak klien dapat merespon dengan baik

3) Sistem Wicara

Saat dilakukan pengkajian ketika klien diajak bicara kurang jelas dan apa yang dikatakan tidak bisa diartikan

4) Sistem Pernafasan

Saat klien dilakukan pengkajian pernafasan klien cepat tidak teratur, mengalami sesak semenjak pertama masuk IGD sudah terpasang oksigen pernafasan : 28x/menit, suara pernafasan Ronkhi, terpasang oksigen sebanyak 3-4 liter di berikan sejak pertama masuk rs di IGD

5) Sistem Kardiovaskuler

Kesadaran sopor, dengan glasscow coma scale 5, E2,V2,M1. Tekanan darah: 85/51mmHg, frekuensi nadi: 129x/menit lokasi pemeriksaan di nadi radialis kualitas kuat dan cepat, kulit terasa panas, warna kulit pucat, Frekuensi napas:28x/menit, irama tidak teratur, suhu:38,5°C, Berat badan:45kg, Tinggi badan:150cm, CRT>3 detik

6) Sistem pencernaan

Saat dilakukan pengkajian klien tidak dapat mengunyah makanan dan mengalami kesulitan untuk menelan

7) Sistem imunologi

Saat dilakukan pengkajian tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening

8) Sistem endokrin

Saat dilakukan pengkajian tidak ada keluhan pada sistem endokrin

9) Sistem Urogenital

Saat dilakukan pengkajian klien tidak di dapati distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, dan klien memakai pampers ada rencana pemasangan kateter, keadaan genetalia bersih

10) Sistem musculoskeletal

Saat melakukan pengkajian klien mengalami keterbatasan dalam bergerak karena pasien mengalami kelemahan, klien tidak mengalami

fraktur, tetapi klien mengalami kelemahan pada otot. Hasil pemeriksaan kekuatan otot sebagai berikut:

111	111
111	111

11) Sistem Integumen

Saat dilakukan pengkajian keadaan rambut klien tampak bersih, keadaan kuku bersih, keadaan kulit bersih, klien mengalami dekubitus pada area bokong klien, dengan karakteristik luka pada tingkat 2: luka lecet atau luka terbuka di area yang terdampak

12) Pemeriksaan penunjang

Hasil Laboratorium

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Laboratorium Ny.R di Ruang Fresia Lantai 3 RSU
Handayani Kotabumi Lampung Utara
Tanggal 11 Maret 2021

No	Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1	<i>Hematology</i> <i>Golongan Darah A+</i> <i>Leukosit</i> <i>Eritrosit</i> <i>Hemoglobin</i> <i>Trombosit</i>	20,900 / μ l 2.45 / μ l 7.000 gr/dl 171,000 sel/ μ l	4,000-10,000 / μ l 4.50-5.50 / μ l 12.00-16.00 gr/dl 150,000-400,000 sel/ μ l
2	Kimia Darah Ureum Kreatinin Gula Darah Sewaktu	65 mg/dl 1.70 mg/dl 332 mg/dl	17-43 mg/dl 0.60-0.90 mg/dl 70-80 mg/dl

Tabel 3.2

Pengobatan Pada Ny.R di Ruang Fresia Lantai 3 RSUD Handayani Kota
bumi Lampung Utara

No	Nama Obat	Pemberian	Jenis Obat
1	<i>Ringer Laktat</i>	Terapi Intravena 20 tpm	Cairan infuse
2	<i>Cefotaxime</i>	Terapi Intravena 1g/ 8jam	Cefotaxime merupakan antibiotic untuk menangani atau mencegah infeksi
3	<i>Ondansetron</i>	Terapi Intravena 3x 500mg/hari	Untuk mencegah rasa mual
4	<i>Ranitidin</i>	Terapi Intravena 2x 150mg/hari	Untuk menurunkan produksi asam lambung
5	<i>Insulin</i>	Terapi Intramuskuler 12 iu /6 jam	Untuk mengatur kandungan karbohidrat dalam tubuh

B. Data Fokus

1. Data subjektif

-

2. Data Objektif

- a. Tekanan darah : 81/51mmHg
- b. Nadi : 129x/menit
- a. RR : 28x/menit
- b. T : 38,5°C
- c. Kesadaran sopor
- d. Glasgow coma scale (GCS) 5, E 2, V2, M1
- e. Temperatur kulit teraba demam
- f. Warna kulit pucat
- g. CRT >3 detik
- h. Akral dingin
- i. Berat badan : 45kg

- j. Tinggi badan : 150cm
- k. Klien mengalami penurunan berat badan sebanyak 10% semenjak sakit
- l. Hb : 7.00gr/dl (12-16gr/dl)
- m. Golongan darah klien A+
- n. *Leukosit* : 20,900 μ L (4.00-10.00 μ L)
- o. *Eritrosit* : 2,45 μ L (4.50-5,50 μ L)
- p. Terdapat dekubitus pada area bokong
- q. Klien tampak gelisah
- r. Pemeriksaan darah lengkap pada tanggal 11 Maret 2021 Hb klien mengalami penurunan sebanyak 7.00 gr/dl sehingga dokter menyarankan untuk transfusi darah pada sore harinya

C. Analisa Data

Tabel 3.3
Analisa Data Hasil Pengkajian Pada Ny.R Di Ruang Freesia Lantai
III RSUD.Handayani Kotabumi Lampung Utara
11-13 Maret 2021

Tanggal	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1	2	3	4
11 Maret 2021	DS: - DO: 1. CRT >3 detik 2. Kulit tampak pucat pada bagian ujung jari 3. N : 129x/menit 4. Hb : 7,0 gr/dl 5. Konjungtiva tampak pucat	Perfusi perifer tidak efektif	Penurunan Konsentrasi Hemoglobin

1	2	3	4
11 Maret 2021	DS: - DO: 1. Berat badan klien turun 10% di bawah rentang ideal, berat badan awal 55, berat badan sakit 45 2. Tepasang infuse (RL 500ml 20tpm)	Defisit Nutrisi	Kurangnya Asupan Makanan
11 Maret 2021	DS:- DO: 1. Klien hanya terbaring di tempat tidur 2. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga 3. RR : 28x/menit 4. N : 129x/menit	Intoleransi Aktivitas	Kelemahan
11 Maret 2021	DS: - DO: 1. Klien tidak mampu mandi, mengenakan pakaian, makan, ke toilet, berhias secara mandiri 2. GCS 5, E2, V2, M1 dengan keadaan spoor	Defisit perawatan diri	Kelemahan

1	2	3	4
11 Maret 2021	DS:- DO: 1. Tidak mampu berbicara atau mendengar 2. Sulit memahami komunikasi 3. Verbalisasi tidak tepat 4. Sulit mengungkapkan kata-kata	Gangguan komunikasi verbal	Penurunan sirkulasi serebral
11 Maret 2021	DS:- DO: 1. klien mengalami dekubitus pada area bokong 2. Perdarahan 3. Kemerahan nyeri	Gangguan Integritas kulit	Kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/ melindungi integritas jaringan

D. DIAGNOSA KEPERAWATAN

1. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan
3. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan /melindungi integritas jaringan

E. RENCANA KEPERAWATAN

Tabel 3.4
Rencana Keperawatan Pada Ny.R Dengan Anemia 11-13 Maret 2021

No	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Perfusi Perifer Tidak Efektif berhubungan dengan Penurunan Konsentrasi Hemoglobin Tanda dan gejala mayor: 1. Pengisian kapiler >3 detik 2. Nadi perifer menurun atau tidak teraba 3. Warna kulit pucat 4. Turgor kulit menurun Tanda dan gejala minor: 1. Nyeri ekstremitas (klaudikasi intermiten) 2. Penyembuhan luka lambat	Perfusi perifer (L.02011) 1. Kekuatan nadi meningkat 2. Warna kulit meningkat 3. Pengisian kapiler membaik 4. Turgor kulit membaik Status Sirkulasi 1. Kekuatan nadi membaik 2. Tekanan darah sistolik membaik 3. Tekanan darah diastolic membaik 4. Pengisian kapiler membaik	Perawatan Sirkulasi (I.14569) 1. Periksa sirkulasi perifer (misalnya, nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, ankle-brachial index) 2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (misalnya, diabetes, perokok, orang tua, hipertensi dan kadar kolesterol tinggi) 3. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (misalnya, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh)

1	2	3	4
2	Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan Tanda dan gejala mayor: 1. Penurunan berat badan minimal 10% dibawah rentang ideal 2. Berat badan menurun ketika sakit Tanda dan gejala minor: 1. Nafsu makan menurun 2. Membran mukosa pucat 3. Otot menelan lemah 4. Otot pengunyah lemah	Status meningkat Nutrisi (L.03030) 1. Porsi makan yang dihabiskan 2. Pengetahuan tentang pilihan makan yang sehat meningkat 3. Pengetahuan tentang pilihan minuman yang sehat meningkat 4. Perasaan cepat kenyang menurun 5. Frekuensi makan membaik	Manajemen nutrisi (I.03119) 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Monitor asupan makanan 4. Berikan makanan tinggi kalori dan protein 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan jika perlu

1	2	3	4
3	Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan kurang terpapar informasi tentang upaya mempertahankan/melindungi integritas jaringan Tanda dan gejala mayor: 1. Kerusakan jaringan dan/atau lapisan kulit Tanda dan gejala minor: 1. Perdarahan 2. Nyeri 3. Kemerahan	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) 1. Kerusakan jaringan menurun 2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Perdarahan menurun 5. Kemerahan menurun	Perawatan Luka (I. 14564) 1. Monitor karakteristik luka (misalnya, drainase, warna, ukuran, bau) 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 5. Pasang balutan sesuai luka 6. jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 7. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 8. Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein

F. CATATAN PERKEMBANGAN

Tabel 3.5

Catatan Perkembangan Pada Ny.R Dengan Anemia Pada Tanggal 11-13 Maret 2021

No.Dx	Tanggal dan pukul	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	11 Maret 2021	Pukul 14.00WIB Perawatan Sirkulasi 1. Memeriksa sirkulasi perifer, Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu 2. Melakukan pencegahan infeksi dengan cara pemberian obat antibiotic berupa cefotaxime dengan terapi Intravena 1g/ 8jam 3. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh	Pukul 15.00 WIB S: - O: 1. CRT >3 detik 2. Kulit tampak pucat pada bagian ujung jari 3. N : 129X/Menit 4. Hb : 7.0gr/dl 5. TD : 81/51 mmHg 6. S : 38,5°C 7. Konjungtiva tampak pucat 8. Menganjurkan keluarga klien untuk melakukan mika miki pada klien setiap 2 jam sekali 9. Pemberian obat antibiotic Cefotaxime dengan terapi Intravena 1g/ 8jam A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan Sirkulasi 2. Manajemen Sensasi Perifer

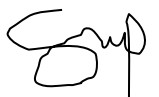
1	2	3	4
			 Assifa Azilia I.J
2	11 Maret 2021	Pukul 14.00 WIB Manajemen Nutrisi 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Memonitor asupan makanan 4. Memberikan makanan tinggi kalori dan protein 5. Memberikan cairan RI 20 tpm intravena	Pukul 15.00 WIB S:- O: 1. Berat badan klien turun 10% di bawah rentang ideal 2. Menganjurkan keluarga memberikan makanan tambahan berupa roti yang mudah lunak 3. TD : 81/51mmHg 4. S : 38,5° 5. Menganjurkan pemberian makanan atau minuman bergizi seperti susu 6. Pemberian cairan RI melalui intravena A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen energi

1	2	3	4
			 Assifa Azilia I.J
3	11 Maret 2021	Pukul 14.00 WIB Perawatan Luka 1. Memonitor karakteristik luka, warna, ukuran, bau 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Pukul 15.00 WIB S: - O: 1. Luka di area bokong 2. Klien tampak meringis 3. Area luka tampak kemerahan 4. RR : 28x/menit 5. N : 129x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan luka

1	2	3	4
			 Assifa Azilia I.J
1	12 Maret 2021	Pukul 09.00 WIB Perawatan Sirkulasi 1. Memeriksa sirkulasi perifer, Nadi perifer, pengisian kapiler, warna, suhu 2. Melakukan pencegahan infeksi dengan cara pemberian antibiotik berupa cefotaxime dengan terapi Intravena 1g/ 8jam 3. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa Manajemen Sensasi Perifer 1. Memonitor perubahan kulit 2. Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya terlalu panas atau terlalu dingin	Pukul 10.00 WIB S: - O: 1. CRT >3 detik 2. Kulit tampak pucat pada bagian ujung jari 3. N : 129X/Menit 4. Hb : 7.0gr/dl 5. TD : 100 /70 mmHg 6. S : 38,5°C 7. Konjungtiva tampak pucat 8. Anjuran untuk melakukan mika miki pada klien setiap 2 jam skala mulai diterapkan keluarga klien 9. Pemberian antibiotik berupa cefotaxime berupa terapi Intravena 1g/ 8jam A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan Sirkulasi

1	2	3	2. Manajemen Sensasi Perifer 4
			 Assifa Azilia I.J
2	12 Maret 2021	Pukul 09.00 WIB Manajemen Nutrisi 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Memonitor asupan makanan 4. Memberikan makanan tinggi kalori dan protein	Pukul 10.00 WIB S:- O: 1. Berat badan klien turun 10% di bawah rentang ideal 2. TD : 100/70mmHg 3. S : 38,5°C 4. Anjuran pemberian makanan tambahan berupa roti mulai di berikan kepada klien secara sedikit-sedikit 5. Keluarga klien memberikan makanan atau minuman yang bergizi seperti susu A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen Nutrisi

1	2	3	4
			 Assifa Azilia I.J
3	12 Maret 2021	Pukul 09.00 WIB Perawatan Luka 1. Memonitor karakteristik luka, warna, ukuran, bau 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Pukul 10.00 WIB S: - O: 1. Luka di area bokong 2. Klien tampak meringis 3. Area luka tampak kemerahan 4. RR : 28x/menit 5. N : 129x/menit A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Perawatan luka

1	2	3	4
			 Assifa azilia
1	12 Maret 2021	Pukul 14.00 WIB Perawatan Sirkulasi 1. Memeriksa sirkulasi perifer, Nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu 2. Melakukan pencegahan infeksi pemberian analgetik berupa cefotaxime dengan terapi Intravena 1g/ 8jam 3. Menginformasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan misalnya, rasa sakit yang tidak hilang saat istirahat, luka tidak sembuh, hilangnya rasa Manajemen Sensasi Perifer 1. Memonitor perubahan kulit 2. Menghindari pemakaian benda-benda yang berlebihan suhunya tidak terlalu panas atau terlalu dingin	Pukul 15.00 WIB S: - O: 1. CRT >3 detik 2. Kulit tampak pucat pada bagian ujung jari 3. N : 129X/Menit 4. Hb : 7.0gr/dl 5. TD : 85/60mmHg 6. S : 38,5°C 7. GCS 5, E2, V2, M1 8. Konjungtiva tampak pucat 9. Anjuran untuk melakukan mika miki pada klien setiap 2 jam sekali mulai diterapkan keluarga klien A : Masalah belum teratasi P : Hentikan intrvensi, klien di pindahkan ke ruang ICU

1	2	3	4
			 Assifa Azilia I.J
2	12 Maret 2021	Pukul 14.00 WIB Manajemen Nutrisi 1. Mengidentifikasi status nutrisi 2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrisi 3. Memonitor asupan makanan Memberikan makanan tinggi kalori dan protein	Pukul 15.00 WIB S: - O: 1. Berat badan klien turun 10% di bawah rentang ideal 2. Anjuran pemberian makanan tambahan berupa roti mulai diberikan oleh keluarga klien 3. TD : 85/60mmHg 4. S : 38,5°C A : Masalah belum teratasi P : Hentikan intervensi, klien di pindahkan ke ruang ICU  Assifa azilia

1	2	3	4
3	12 Maret 2021	Pukul 14.00 WIB Perawatan Luka 1. Memonitor karakteristik luka, warna, ukuran, bau 2. Memonitor tanda-tanda infeksi 3. Membersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik 4. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi 5. Menjadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien 6. Menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein	Pukul 15.00 WIB S: - O: 1. Luka di area bokong 2. Klien tampak meringis 3. Area luka tampak kemerahan 4. RR : 28x/menit 5. N : 129x/menit A : Masalah belum teratasi P : Hentikan intrvensi, klien di pindahkan ke ruang ICU  Assifa azilia