

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Bab ini disajikan untuk mendapatkan gambaran tentang Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan dengan diagnosa medis Pancreatitis+Syok Sepsis, maka penulis memaparkan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 17&19 Mei 2021 dengan data pengkajian pada tanggal 17 Mei 2021 pukul 15.10 WIB di ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya. Anamnesa diperoleh dari pasien dan file register sebagai berikut.

### **3.1 Pengkajian**

#### **3.1.1 Identitas**

Ny. E perempuan usia 38 tahun 8 bulan 23 hari dengan diagnosa medis Pancreatitis+Syok sepsis. Tanggal pengkajian 17 Mei 2021 pukul 15.10 WIB dan tanggal MRS 15 Mei 2021 di ruang ICU Central.

#### **3.1.2 Riwayat Keperawatan**

1. Keluhan Utama

K/U pasien lemah

2. Riwayat Kejadian/Penyakit Sekarang

Pada tanggal 15 Mei 2021 pasien datang ke IGD RKZ pukul 06.52 dengan keluhan nyeri ulu hati sejak 3 hari yang lalu disertai mual dan muntah.

Demam 3 hari, diare sejak semalam 2x masih ada ampas, tidak ada lendir dan darah, nafsu makan dan minum menurun. Tidak batuk dan pilek, BAK terakhir sebelum ke IGD RKZ jam 19.00 kemarin malam. Observasi di RS RKZ didapatkan KU lemah, GCS 456, BB: 70 kg, TD: 132/81 mmHg, N:

140x/mnt, S: 39,4<sup>0</sup>C, RR: 40x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 95-96 dengan Nasal canul 4 lpm, WBC: 28190, HB: 12.9, HCT: 38.7, PLT: 85000 NLR (Neutrophil Lymphocyte Ratio): 25.97, SGOT: 65.1, dan SGPT: 123.4. Dan mendapatkan terapi inf. PZ jalan kolf ke 4, inj. Pantoprazole 40 mg (07.00), SP vascon 50 nano (14.30), dan GCS menurun 111.

Setelah itu pasien di rujuk ke RSPAL Dr. Ramelan Surabaya tanggal 15 Mei 2021 pukul 20.00 dikarenakan pasien dalam keadaan kritis dengan GCS 1X1 pasien terpasang ETT sambung ventilator mode duopap. Pasien dibawa ke ICU Central dan dilakukan observasi TTV didapatkan hasil TD: 78/40 mmHg, N: 131x/mnt, S: 36,2<sup>0</sup>C, SpO<sub>2</sub>: 99, RR: 40x/mnt, Dan mendapat terapi inf. Ns 3% 500 cc/24 jam cabang futrolit 1000 cc, D10 500 cc/24 jam, inj. cefobactam 2x2 gr, metronidasol 3x500, vascon (meningkatkan tekanan darah) 100 nano, setelah itu tensi pasien naik menjadi TD: 127/47 mmHg, N: 133x/mnt, RR: 45x/mnt, SpO<sub>2</sub>: 99%.

Saat pengkajian pada tanggal 17 Mei 2021 melakukan observasi TTV didapatkan hasil TD: 111/61 mmHg, S: 38,5<sup>0</sup>C, N: 135x/mnt, RR: 90x/mnt, dan GCS: 1X1 pasien terpasang ETT sambung ventilator mode duopap. Dan mendapatkan terapi nebulizer, inj. Meropenem (untuk obat infeksi dan bakteri) 3x2 gr (iv), metronidazole 3x500 mg (iv), dan inj. Ondancetron 2x8 mg (iv).

### 3. Riwayat Penyakit Dahulu

Keluarga pasien mengatakan pasien mempunyai preeklamsia dan maag

4. Riwayat Penyakit Alergi

Keluarga pasien mengatakan pasien tidak mempunyai alergi makanan maupun obat-obatan.

5. Keadaan Umum

Lemah, BB 70 kg, dan TB 157 cm

6. Status Kesadaran

Kesadaran pasien koma, GCS (E : 1, V : X, M : 1) Total : 2X, Nadi 135 x/mnt, RR 90 x/mnt, Tensi 111/61 mmHg, Suhu 38,5<sup>0</sup>C, pasien tidak mempunyai nyeri.

### 3.1.3 Pemeriksaan Fisik

1. Airway & Breathing (B1)

Didapatkan hasil bentuk dada normochest, pasien bernapas menggunakan ventilator dengan mode DUOPAP PC: 20, PS: 14, PEEP: 6, fiO<sub>2</sub>: 100%, frekuensi: 26, SPO<sub>2</sub>: 100%, RR actual: 46x/ menit, pasien terpasang ETT hari ke 3 (no: 7,5) pada saat dilakukan suction terdapat secret berwarna putih kental produksi sedikit, pergerakan dinding dada simetris. Saat pemeriksaan auskultasi tidak ditemukan suara nafas gurgling, **Masalah Keperawatan: Bersihan jalan napas tidak efektif.**

2. Sirkulasi (B2)

Didapatkan hasil tekanan darah pasien 111/61 mmHg, nadi :135x/menit, regular, suhu 38,5<sup>0</sup> C. Saat pemeriksaan di dapati Konjungtiva anemis , CRT < 2 detik akral teraba dingin, terpasang CVC hari ke 2, hasil CVP: 9, **Masalah Keperawatan : Perfusi perifer tidak efektif.**

3. Neurologi (B3)

Didapatkan hasil tidak terdapat kejang, pasien mengalami penurunan kesadaran dengan GCS 1X1, pupil isokor, **Masalah Keperawatan : Risiko jatuh.**

4. Urinary (B4)

Didapatkan hasil klien terpasang urine catheter hari ke-3 uk 16 dan urine diukur setiap 3 jam sekali didapati urine klien dalam 3 jam 500cc kemudian selama 24 jam urine pasien 2300 cc, warna urine kuning jernih, dan tidak terdapat distensi vesika urnaria, kebersihan genitalia bersih karena dibersihkan 2x/hari, **Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan.**

5. Gastrointestinal (B5)

Didapatkan hasil mulut pasien tampak kering, mulut pasien kotor, pasien mendapatkan makanan/diet peronde D5% 6x50 cc melalui NGT (Naso Gatric Tube), tidak terdapat hemoroid, pada saat di auskultasi bising usus normal (16 x/mnt), saat inspeksi bentuk abdomen rounded/menonjol, saat perkusi suara abdomen pekak, asites, saat palpasi terdapat nyeri hepar dan lien teraba, **Masalah Keperawatan : Defisit perawatan diri.**

6. Bone & Integumen (B6)

Didapatkan hasil warna kulit sawo matang, turgor kulit elastis, tidak terdapat oedem, dan tidak terdapat krepitasi, gerakan terbatas, rentang gerak (ROM) menurun, tidak terdapat luka dekubitus untuk memenuhi kebutuhan pasien dibantu oleh perawat dengan kekuatan otot (ex. Atas dextra 1111, ex. Atas

sinistra 1111, ex. Bawah dextra 1111, dan ex. Bawah sinistra 1111), **Masalah**

**Keperawatan : Gangguan mobilitas fisik.**

### 3.1.4 Pemeriksaan Penunjang

Pada pemeriksaan penunjang tanggal 17-05-21 didapatkan hasil pH 7.154 LL (7.350-7.450), PCO<sub>2</sub> 46.7 mEq/L (35-45), PO<sub>2</sub> 94.3 mmHg (80.0-100.0), HCO<sub>3</sub> Art 15.7 mmol/L, HCO<sub>3</sub> Sdt 14.9 mmol/L (22-26 mmol/L), BE (ecf) -12.7 mmol/L (-2s/d+2 mmol/L), BE (B) -12.3 mmol/L, etCO<sub>2</sub> 17.0 mmol/L, O<sub>2</sub> SAT 93.7% (> 95%), O<sub>2</sub>CT 17.1 mL/dL, pO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> 0.84, pO<sub>2</sub>(A-aXT) 562.1 mmHg, pO<sub>2</sub>(a-AXT) 0.14 mmHg, Temp 38.7<sup>0</sup>C, ctHb 12.9 g/dL, FIO<sub>2</sub> 100.0%, Kultur darah tidak ada pertumbuhan kuman, kultur sputum tidak ada pertumbuhan kuman, dan kultur urine tidak ada pertumbuhan kuman.

### 3.1.5 Lembar Pemberian Terapi

Tabel 3. 1 Lembar Pemberian Terapi

Hari/Tanggal	Medikasi	Dosis	Indikasi
17-05-2021	Meropenem	3 x 2 gr (drip dengan Ns)	Mengatasi infeksi bakteri
	Metronidazole	3 x 500 mg (iv)	Mengobati infeksi dan bakteri
	Omz	2 x 40 mg (iv)	Mengurangi kadar asam lambung
	Fartison	3 x 100 mg (iv)	Membantu mengatasi masalah pencernaan
	Ondacentron	2 x 8 mg (iv)	Mencegah dan mengobati mual dan muntah
	Inpepsa	3 x 20 cc (oral)	Mengobati maag, peradangan pada lambung yang terjadi dalam waktu lama, dan luka pada usus

			12 jari dan dinding lambung dalam penggunaan jangka pendek maksimal selama 8 minggu
Heparin	1000 ui/jam (syring pump)		Mencegah dan mengobati penggumapalan darah
Dobutamin	5 alpha (syring pump)		Untuk obat syok kardiogenik dan sepsis
Vascon	300 nano (syring pump)		Menaikkan tekanan darah
Adrenalin	100 (iv)		Untuk henti jantung (resusitasi jantung paru)
Vasopressin	0,04 (iv)		Mengobati perdarahan akibat varises esofagus
Modor	1,2 mg (syring pump)		Untuk obat penenang
Amiodaron	300/24 jam (iv)		Mengatasi gangguan irama jantung
NS	500 ml (iv)		Untuk pengobatan dehidrasi isotonik ekstraseluler, depleksi natrium, dan sebagai pelarut sediaan injeksi
Futrolit	1000 cc (iv)		Memenuhi kebutuhan cairan dalam tubuh dan elektrolit
D10	500 cc/24 jam (iv)		Menangani hipoglikemia
Cefobactam	2x2 (di oplos dengan Ns diberikan iv)		Mengobati infeksi saluran napas atas dan bawah, infeksi intra abdominal

### 3.2 Analisa Data

Tabel 3. 2 Analisa Data Pada Ny. E dengan Diagnosa Medis Pancreatitis+Syok Sepsis di Ruang ICU Central RSPAL Dr.Ramelan Surabaya pada Tanggal 17 Mei 2021

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<b>DS :-</b> <b>DO :</b> 1. Saat dilakukan suction terdapat sputum berwarna putih kental produksi sedikit 2. Suara napas gurgling 3. Terpasang ETT sambung ventilator mode duopap 4. Dispnea (90 x/mnt)	Adanya jalan napas buatan	<b>Bersihkan jalan napas tidak efektif</b>  SDKI Hal 18 Domain : D.0001 Kategori: Fisiologis Subkategori: Respirasi
2.	<b>DS :-</b> <b>DO :</b> 1. Pasien terlihat dispnea 2. PCO <sub>2</sub> 46.7 mEq/L (35-45) 3. pH 7.154 (7.350-7.450) 4. Bunyi napas gurgling 5. Warna kulit abnormal (pucat) 6. Kesadaran menurun	Ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	<b>Gangguan Pertukaran Gas</b>  SDKI Hal 22 Domain: D.0003 Kategori: Fisiologis Subkategori: Respirasi
3.	<b>DS :-</b> <b>DO :</b> 1. Akral teraba dingin 2. Warna kulit pucat 3. Turgor kulit menurun 4. Nadi : 135 x/mnt	Penurunan aliran arteri dan/atau vena	<b>Perfusi Perifer Tidak Efektif</b>  SDKI Hal 37 Domain : D.0009 Kategori : Fisiologis Subkategori : Sirkulasi
4.	<b>DS :-</b> <b>DO :</b> 1. Kekuatan otot menurun ex. Atas dextra 1111, ex. Atas sinistra 1111, ex. Bawah dextra 1111, dan ex. Bawah sinistra 1111 2. Rentang gerak (ROM) menurun 3. Gerakan terbatas 4. Fisik lemah	Penurunan kekuatan otot	<b>Gangguan Mobilitas Fisik</b>  SDKI Hal 124 Domain : D.0054 Kategori : Fisiologis Subkategori : Aktivitas/Istirahat
5.	<b>DS :-</b> <b>DO :</b> 1. Pasien terlihat menggigil	Proses penyakit (infeksi)	<b>Hipertermi</b>  SDKI Hal 284

	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Suhu pasien diatas normal (38,5<sup>0</sup>C)</li> <li>3. Takikardi</li> <li>4. Sianosis</li> <li>5. Kulit pasien teraba hangat</li> </ul>		Domain : D.0130 Kategori : Lingkungan Subkategori : Keamanan dan Proteksi
6.	<b>Faktor Risiko :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Peningkatan paparan organisme patogen lingkungan</li> <li>2. Ketidakadekutan pertahanan tubuh primer (perubahan sekresi pH) didapatkan hasil 7.154 LL (7.350-7.450)</li> <li>3. Supresi respon inflamasi</li> </ul>	-	<b>Risiko Jatuh</b>  SDKI Hal 304 Domain : D.0143 Kategori : Lingkungan Subkategori : Keamanan dan Proteksi
7.	<b>DS : -</b> <b>DO :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak mampu mandi/mengenakan pakaian/makan/ke toilet/berhias secara mandiri</li> <li>2. Minar melakukan perawatan diri kurang</li> <li>3. GCS : 1X1</li> <li>4. Kesadaran : Coma</li> </ul>	Kelemahan	<b>Defisit Perawatan Diri</b>  SDKI Hal 240 Domain : D.0109 Kategori : Perilaku Subkategori : Kebersihan diri











### 3.4 Rencana Asuhan Keperawatan

Tabel 3. 5 Rencana Asuhan Keperawatan pada Ny. E dengan Diagnosa Medis Pancreatitis+Syok Sepsis di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi (Observasi , Mandiri, Edukasi, Kolaborasi)
1.	Bersihan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan	Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x4,5 jam diharapkan bersihan halan napas meningkat dengan kriteria hasil SLKI Hal 18 (L.01001) KH : 1. Dispnea menurun 2. Frekuensi napas membaik (Normal: 12-20x/mnt) 3. Pola napas membaik (seperti bradypnea, takipnea, hiperventilasi, kussmaul, Cheyne-stokes)	<b>Luaran Utama : Manajemen Jalan Napas</b> SIKI Hal 186 (I.01011) 1. Monitor pola napas (frekuensi, kedalaman, usaha napas) 2. Monitor sputum (jumlah, warna, aroma) 3. Pertahankan kepatenan jalan napas dengan head-tilt dan chin-lift 4. Posisikan semi-fowler atau fowler 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik 6. Berikan oksigen 7. Anjurkan asupan cairan 2000 ml/hari 8. Kolaborasi pemberian bronkodilator <b>Luaran Pendukung : Manajemen Napas Buatan</b> SIKI Hal 187 (I.01012) 1. Monitor selang Endotrakeal (ETT), terutama setelah mengubah posisi 2. Monitor tekanan balon ETT setiap 4-8 jam 3. Kurangi tekanan balon secara periodik tiap shift 4. Pasang oropharengal airway (OPA) untuk mencegah ETT tergigit 5. Lakukan penghisapan lendir kurang dari 15 detik jika diperlukan (bukan secara berkala/rutin) 6. Ganti fiksasi tiap 24 jam 7. Ubah posisi ETT secara bergantian (kiri dan kanan) setiap 24 jam

			8. Lakukan perawatan mulut 9. Jelaskan pasien dan/atau keluarga tujuan dan prosedur pemasangan jalan napas buatan 10. Kolaborasi intubasi ulang jika terbentuk <i>mucous plug</i> yang tidak dapat dilakukan penghisapan
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	Tujuan: Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x4,5 jam diharapkan pertukaran gas meningkat dengan kriteria hasil SLKI Hal 94 (L.01003) KH : 1. Tingkat kesadaran meningkat 2. Dispnea menurun 3. Bunyi napas tambahan (gurgling) menurun 4. PCO <sub>2</sub> membaik (35-45) 5. pH arteri membaik (7.350-7.450) 6. Pola napas membaik (reguler) 7. Warna kulit membaik (tidak pucat)	<b>Luaran Utama : Pemantauan Respirasi</b> SIKI Hal 247 (I.01014) 1. Monitor frekuensi, irama, kedalaman, dan upaya napas 2. Monitor pola napas (takipnea) 3. Monitor adanya produksi sputum 4. Monitor adanya sumbatan jalan napas 5. Monitor saturasi oksigen 6. Atur interval pemantauan respirasi sesuai kondisi pasien 7. Informasikan hasil pemantauan <b>Luaran Pendukung : Pencegahan Aspirasi</b> SIKI Hal 273 (I.01018) 1. Monitor tingkat kesadaran, muntah, dan kemampuan menelan 2. Monitor status pernapasan 3. Monitor bunyi napas, terutama setelah makan/minum 4. Periksa kepatenan selang nasogastrik sebelum memberi asupan oral 5. Pertahankan posisi semi fowler (30-45 derajat) pada pasien tidak sadar 6. Pertahankan kepatenan jalan napas (mis. Teknik head-tilt. Chin-lift, jaw thrust, in line) 7. Pertahankan pengembangan balon endotrakeal tube (ETT) 8. Lakukan penghisapan jalan napas, jika produksi meningkat 9. Berikan makanan dengan ukuran kecil/lunak 10. Berikan obat oral dalam bentuk cair

3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan penurunan aliran arteri dan/atau vena	Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 2x4,5 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil SLKI Hal 41 (L.02011) KH : 1. Denyut nadi perifer meningkat 2. Warna kulit pucat 3. Kelemahan otot menurun 4. Akral mebaik 5. Turgor kulit membaik	<p><b>Luaran Utama : Perawatan Sirkulasi</b> SIKI Hal 345 (I.02079)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa sirkulasi perifer (nadi perifer, warna, suhu, Ankle brachial index)</li> <li>2. Monitor panas, kemerahan, nyeri atau bengkak pada ekstremitas</li> <li>3. Lakukan pencegahan infeksi</li> <li>4. Anjurkan minum obat pengontrol tekanan darah secara rutin</li> <li>5. Anjurkan melakukan perawatan kulit yang tepat (melembabkan kulit kering pada kaki)</li> <li>6. Informasikan tanda dan gejala darurat yang harus dilaporkan (luka tidak sembuh, penurunan kesadaran, hilangnya rasa)</li> </ol> <p><b>Luaran Pendukung : Manajemen syok septik</b> SIKI Hal 225 (I.02054)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor status kardiopulmonal (frekuensi dan kekuatan nadi, frekuensi napas, TD, MAP,CVP)</li> <li>2. Monitor status oksigenasi (oksimetri nadi, SGD)</li> <li>3. Monitor status cairan (masukan dan haluaran, turgor kulit, CRT)</li> <li>4. Monitor tingkat kesadaran dan respon pupil</li> <li>5. Monitor kultur (darah, eksudat, urine, sputum)</li> <li>6. Pertahankan jalan napas paten</li> <li>7. Kolaborasi pemberian resusitasi cairan untuk mencapai CVP 8-12 mmHg dalam 6 jam pertama</li> </ol>
----	---	--	--

### 3.5 Implementasi & Evaluasi

Tabel 3. 6 Implementasi & Evaluasi pada Ny. E dengan Diagnosa Medis Pancreatitis+Syok Sepsis di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

Hari/Tgl	No. Diagnosa Keperawatan	Waktu	Implementasi	Paraf	Evaluasi formatif SOAPIE / Catatan perkembangan
17-05-2021	1,2,3	15.30	Memandikan pasien melakukan oral dan vulva hygiene	UZ	<p><b>Diagnosis Keperawatan 1</b></p> <p>S : -</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Saat dilakukan suction terdapat sputum berwarna putih kental produksi sedikit</li> <li>Suara napas gurgling</li> <li>Terpasang ETT sambung ventilator mode duopap</li> <li>Dispnea</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,7</p> <p><b>Diagnosis Keperawatan 2</b></p> <p>S : -</p>
	1,2,3	16.00	Mengukur CVP dengan cara menentukan zero point di spatium inter costa ke 4 pada mid aksila sejajar dengan strium kanan, kemudian dari mid aksila ditarik ke lateral dan diberi tanda. Kemudian disejajarkan dengan manometer yang ditempelkan di tiang infus. Alat ukurnya waterpass mengukur ke manometer di tiang infus, kemudian cairan infus pasien dibuka dan jalur cairan manometer ditutup. Setelah cairan dari pasien lancar buka aliran yang dari manometer pastikan cairannya terisi sampai melewati angka maksimal. Kemudian aliran dari manometer dibuka dialirkan ke pasien dan	UZ	



			lihat terjadi undulasi di angka berapa, maka itu adalah angka CVP pasien sehingga didapatkan hasil 9 (5-12 cmH <sub>2</sub> O)		O :
	1,2,3	16.10	– Memberikan sonde mlp 100 retensi – (sebelum diberikan susu, maka mengeluarkan cairan terlebih dahulu yang berada di dalam )	UZ	1. Pasien terlihat dispnea 2. PCO <sub>2</sub> 46.7 mEq/L (35-45) 3. pH 7.154 (7.350-7.450) 4. Bunyi napas gurgling 5. Warna kulit abnormal (pucat)
	1,2	16.20	– Melakukan fisioterapi dada (clapping)	UZ	6. Kesadaran menurun
	1,2	16.35	– Melakukan suction didapatkan hasil sedikit dengan warna putih kental	UZ	A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan
	1,2,3	16.50	– Melakukan observasi TTV: TD : 116/62, N : 133, RR : 24, S : 38.5, MAP : 80.00, SpO <sub>2</sub> : 98, FiO <sub>2</sub> : 90, input : 60	UZ	1,2,3,4,5,6,7
	1,2,3	17.10	– Memberikan terapi obat : Meropenem 2 gram drip NS 100cc habis dalam 30 menit Metronidazole 3x500mg (iv) Ondancentron 2x8 mg (iv) Fartison 3x100 mg (iv) Ondancentron 2x8 mg (iv)	UZ	<b>Diagnosis Keperawatan 3</b> S :- O :
	3	17.15	– Melakukan kompres dingin	UZ	1. Akral teraba dingin 2. Warna kulit pucat 3. Turgor kulit menurun 4. Nadi : 135 x/mnt A : Masalah belum teratasi
	1,2,3	17.20	– Melakukan observasi TTV :	UZ	P : Intervensi dilanjutkan 1,2,3,4,5,6

			TD : 121/63 mmHg, RR : 48, N : 127, S : 38,5°C, MAP : 69.33, SpO <sub>0</sub> : 100, FiO <sub>2</sub> : 100, input : 250		
	1,2	17.35	— Melakukan fisioterapi napas (clapping)	UZ	
	1,2	17.55	— Melakukan suction didapatkan hasil sedikit dengan warna putih kental	UZ	
	3	18.05	— Memberikan terapi inj. Paracetamol 1 g/4-6 jam	UZ	
	1,2,3	18.25	— Melakukan observasi TTV : TD : 138/52 mmHg, RR : 32, N : 140, S : 38.7°C, MAP : 82.33, SpO <sub>2</sub> : 99, FiO <sub>2</sub> : 90, input : 162	UZ	
	1,2,3	18.40	— Memberikan sonde mlp 100 cc	UZ	
	1,2,3	19.10	— Melakukan observasi TTV : TD : 15,8/93 mmHg, RR : 40, N : 135, S : 37, 5°C, MAP : 80.67, SpO <sub>2</sub> : 100, FiO <sub>2</sub> : 90	UZ	
	1,2,3	21.00	— Melakukan timbang terima dengan jaga malam	UZ	
	1,2,3	21.05	— Melakukan observasi TTV : TD : 116/62 mmHg, RR : 24, N : 133, S : 38,5°C, MAP : 80.00, SpO <sub>2</sub> : 98, FiO <sub>2</sub> : 90, input : 162, output : 50	UZ	

19-05-2021	1,2,3	11.35	— Mengobservasi nadi 44x/mnt, SpO <sub>2</sub> 53, GSC 1X1, akral dingin pupil medriasis	UZ	<p><b>Diagnosa Keperawatan 1</b></p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Saat dilakukan suction terdapat sputum berwarna putih kental produksi sedikit</li> <li>2. Suara napas gurgling</li> <li>3. Terpasang ETT sambung ventilator mode duopap</li> <li>4. Dispnea</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien meninggal</p> <p><b>Diagnosis Keperawatan 2</b></p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien terlihat dispnea</li> <li>2. PCO<sub>2</sub> 46.7 mEq/L (35-45)</li> <li>3. pH 7.154 (7.350-7.450)</li> </ol>
	1,2,3	11.40	— Memberikan inj. SA 2 amp, adrenalin 2 amp, Baging+RJP	UZ	
	1,2,3	11.45	— Mengobservasi tensi 131/24, suhu 37,9, nadi 64, rr 26 x/mnt, spo2 66	UZ	
	1,2,3	11.50	— Mengobservasi tensi 72/57, nadi 40 sp vascon 300 nano, inj. SA 2 amp, adrenalin 2 amp, bagging+RJP	UZ	
	1,2,3	12.10	— Mengobservasi nadi tidak teraba, akral dingin, pupil medriasis, dan pasien dinyatakan meninggal oleh dr. wayan serta dr. yudadi	UZ	
	1,2,3	12.15	— Melepas alat dan merawat jenazah	UZ	

				<p>4. Bunyi napas gurgling</p> <p>5. Warna kulit abnormal (pucat)</p> <p>6. Kesadaran menurun</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien meninggal</p> <p><b>Diagnosis Keperawatan 3</b></p> <p>S :-</p> <p>O :</p> <p>1. Akral teraba dingin</p> <p>2. Warna kulit pucat</p> <p>3. Turgor kulit menurun</p> <p>4. Nadi : 135 x/mnt</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Intervensi dihentikan pasien meninggal</p>
--	--	--	--	--

### 3.6 Daftar Masalah Keperawatan

Tabel 3. 7 Daftar Masalah Keperawatan pada Ny. E dengan Diagnosa Medis Pancreatitis+Syok Sepsis di Ruang ICU Central RSPAL Dr. Ramelan Surabaya

NO	MASALAH KEPERAWATAN	TANGGAL		PARAF (nama)
		ditemukan	teratasi	
1.	Bersihkan jalan napas tidak efektif berhubungan dengan adanya jalan napas buatan	19-05-2021	Belum teratasi	UZ
2.	Gangguan pertukaran gas berhubungan dengan ketidakseimbangan ventilasi-perfusi	17-05-2021	Belum teratasi	UZ
3.	Perfusi perifer tidak efektif berhubungan penurunan aliran arteri dan/atau vena	17-05-2021	Belum teratasi	UZ

### **3.7 Daftar Masalah Keperawatan**

- a. Bersihan jalan napas tidak efektif
- b. Gangguan pertukaran gas
- c. Perfusi perifer tidak efektif
- d. Risiko jatuh
- e. Hipertermia
- f. Defisit perawatan diri
- g. Gangguan mobilitas fisik

### 3.8 Skala Pengukuran Resiko Dekubitus (Modified Norton)

Tabel 3. 8 Skala Pengukuran Resiko Dekubitus (Modified Norton)

<b>KOMPONEN</b>	<b>INDIKATOR</b>	<b>SKOR POIN</b>	<b>POIN PASIEN</b>
<b>Umur</b>	Lebih dari 60 tahun	1	<b>2</b>
	Kurang dari 60 tahun	2	
	Kurang dari 30 tahun	3	
	Kurang dari 10 tahun	4	
<b>Motivasi</b>	Kooperatif	1	<b>2</b>
	Kurang kooperatif	2	
	Cukup kooperatif	3	
	Sangat kooperatif	4	
<b>Kondisi kulit</b>	Terdapat luka, alergi, laserasi	1	<b>4</b>
	Basah	2	
	Kering bersisik	3	
	Normal	4	
<b>Penyakit menyertai</b>	Arteri oklusi	1	<b>3</b>
	Multiple sklerosis, adiposis	2	
	Penyakit kronik/ demam/ DM	3	
	Tidak ada	4	
<b>Keadaan umum</b>	Buruk	1	<b>1</b>
	Kurang	2	
	Cukup	3	
	Baik	4	
<b>Kondisi mental</b>	Stupor	1	<b>1</b>
	Bingung	2	
	Apatis	3	
	Sadar penuh	4	
<b>Aktivitas</b>	Stupor	1	<b>1</b>
	Berpindah di kursi roda	2	
	Berjalan dengan bantuan	3	
	Ambulasi bebas	4	
<b>Mobilitas</b>	Imobilitas	1	<b>1</b>
	Sangat terbatas	2	
	Sedikit terbatas	3	
	Bebas	4	
<b>Inkontinensia</b>	Alvi dan urin	1	<b>4</b>
	Terkadang urin	2	
	Jarang	3	
	Tidak ada inkontinensia	4	

#### **PENILAIAN**

Resiko rendah : 24 - 25

Resiko sedang : 19 - 23

**Resiko tinggi : 14 – 18 (Skor : 17)**

Resiko sangat tinggi : 9 -13

### 3.9 Pengukuran Skala Pasien Jatuh (Adaptasi , Morse Fall Scale)

**Tabel 3. 9 Pengukuran Skala Pasien Jatuh (Adaptasi, Morse Fall Scale)**

No	INDIKATOR	POIN		POIN PASIEN
		Iya	Tidak	
1	Ada riwayat jatuh dalam waktu 3 bulan terakhir	25	0	<b>0</b>
2	Memiliki lebih dari 1 diagnosa medis	15	0	<b>15</b>
3	Pergerakan a. Bed rest total / bantuan perawat b. Tongkat / kursi roda/ kruk c. Berpegangan benda sekitar	0 15 30	-	<b>0</b>
4	Dipasang IV line/ heparin lock	20	0	<b>20</b>
5	a. Postur tubuh dapat berdiri tegak b. Lemah / berdiri agak membungkuk/ menyeret c. Sempoyongan/ selalu menunduk	0 10 20	-	<b>20</b>
6	a. Sadar akan keterbatasannya b. Tidak sadar akan keterbatasannya	0 15	-	<b>0</b>

#### Penilaian

Skor	Interpretasi	Saran
0-24	Tidak beresiko	Perawatan kebutuhan dasar manusia baik
25 – 50	Resiko rendah	Implementasi standar pencegahan jatuh
>51	<b>Resiko tinggi (Skor : 55)</b>	<b>Implemtenasi tindakan pencegahan resiko tinggi jatuh</b>