

## BAB II

### GAMBARAN KASUS KELOLAAN UTAMA

Pada bab ini dijelaskan tentang hasil asuhan keperawatan mulai dari pengkajian, analisa data, diagnose keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi, dan evaluasi.

#### 2.1 Pengkajian

##### 2.1.1 Identitas Klien

**Tabel 2. 1 Identitas Pasien**

Identitas Pasien	Pasien
Nama Pasien	Tn. N
Umur	62 tahun
Jenis Kelamin	Laki-Laki
Agama	Islam
Pendidikan	SLTA
Pekerjaan	Pensiunan TNI
No. RM	004xxxxx
Tanggal MRS	6 Januari 2024 12.20 WIB
Tanggal pengkajian	6 Januari 2024
Jam	14.30 WIB
Diagnosa Medis	<i>Stroke Infark</i>

##### 2.1.2 Riwayat Penyakit

**Tabel 2. 2 Riwayat Penyakit**

Riwayat Penyakit	Pasien
Keluhan Utama	Keluarga mengatakan badan kanan pasien lemas dan bicara pelo
Riwayat Penyakit Sekarang	Keluarga mengatakan mengatakan badan kanan pasien lemas, kaku dan bicara pelo sejak tanggal 5 Januari 2024 pukul 15.00 WIB saat bersepeda. Pasien mengeluh nyeri kepala, mual, tidak muntah, tidak kejang. <b>Saat pemeriksaan di IGD ditemukan data pasien tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanannya, sendi pasien kaku wajah tidak simetris miring ke kiri, pasien bicara pelo TD : 202/108 mmHg, N= 87x/menit, Suhu: 37<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit</b> Pasien ditransfer ke ruang 7 pada tanggal 6 Januari 2024 pukul 13.15 WIB. Pasien mendapat terapi infus Asering 20 tpm, Injeksi

Riwayat Penyakit	Pasien
	Citicolin 3x500mg IV, Injeksi Mecobalamin 1x500mg IV, Injeksi Ondancentron 3x1 amp IV, Injeksi Antrain 3x1 amp IV, PO CPG 1x1 tab, PO Aspilet 1x1 tab, dan Atorvastatin 1x20mg. Observasi <b>TD : 196/100 mmHg, N= 88x/menit, Suhu: 37,1<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit</b>
Riwayat Penyakit Dahulu	Keluarga pasien mengatakan bahwa pasien tidak mengalami gejala seperti saat ini, tapi memiliki riwayat penyakit hipertensi, kolesterol tinggi, dan diabetes mellitus
Riwayat Keluarga	Pasien mengatakan dalam keluarganya ada yang mempunyai riwayat penyakit menurun (Hipertensi dan DM)
Riwayat Psikososial	Pasien mengatakan cemas saat mengetahui mengalami stroke, pasien cemas pasien tidak dapat bicara lancar dan beraktivitas seperti sedia kala serta pasien cemas akan mengalami kecacatan permanen

### 2.1.3 Review of System

**Tabel 2. 3 Review of System**

<i>Review of System</i>	Hasil
Keadaan Umum	Lemah
B <sub>1</sub> ( <i>Breathing</i> )	
1) Inspeksi	RR: 20 x/ menit, ekspansi dada kanan kiri sama, bentuk dada simetris
2) Palpasi	Vokal fremitus kanan kiri sama.
3) Perkusi	Paru sonor
4) Auskultasi	Tidak ada suara nafas tambahan
B <sub>2</sub> ( <i>Blood</i> )	
1) Inspeksi	TD: 196/100 mmHg, tidak terdapat sianosis, tidak terdapat pembesaran vena jugularis Neutrofil%: 86,6 (H) Limfosit%: 9,3 (L) Limfosit: 0,71 (H)
2) Palpasi	N: 87 x/menit CRT < 2 detik Akral hangat
3) Perkusi	Jantung redup
4) Auskultasi	Suara jantung regular S1S2 tunggal
B <sub>3</sub> ( <i>Brain</i> )	
1) Inspeksi	Kesadaran : compos mentis GCS: 456 Pupil isokor
2) Palpasi	Tidak ada nyeri tekan
3) Perkusi	Reflek menurun

<i>Review of System</i>	<b>Hasil</b>				
B <sub>4</sub> ( <i>Bladder</i> ) 1) Inspeksi	Pasien belum BAK, tidak tampak menggunakan kateter urine BUN: 13 mg/dl Kreatinin: 0,906 mg/dl Trigliserida: 140 mg/dl Kolesterol Total: 199 mg/dl Kolesterol HDL: 48,58 mg/dl Kolesterol LDL: 119,67 (H) mg/dl Glukosa : 365 (H) mg/dl				
2) Palpasi	Tidak ada distensi vesika urina				
B <sub>5</sub> ( <i>Bowel</i> ) 1) Inspeksi	Belum BAB				
2) Auskultasi	Bising usus 8 kali/menit				
3) Perkusi	Suara timpani				
4) Palpasi	Tidak ada distensi abdomen				
B <sub>6</sub> ( <i>Bone</i> ) 1) Inspeksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Simetris antara kanan dan kiri.</li> <li>- Tidak ada oedema.</li> <li>- Ekstremitas atas dan bawah kanan tidak dapat digerakkan, sendi kaku</li> <li>- Tidak dapat menahan lawan atau menurun.</li> <li>- Kekuatan otot : <table style="margin-left: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">1</td> <td style="padding: 0 5px;">5</td> </tr> </table> </li> <li>- Indeks Barthel: 60 ADL ketergantungan berat/sangat tergantung</li> <li>- Imobilisasi fisik</li> <li>- Kulit kemerahan di bagian tonjolan tulang pada area siku kanan dan tumit kanan</li> <li>- Suhu kulit area yang tertekan 37,1<sup>0</sup>C</li> <li>- Elastisitas kulit kaku</li> <li>- Skor skala braden 13 (resiko sedang)</li> </ul>	1	5	1	5
1	5				
1	5				
2) Palpasi	Tidak ada luka tekan, kulit di bagian yang menonjol terasa hangat				

## 2.2 Analisa Data

**Tabel 4 Analisa Data**

<b>Analisa Data</b>	<b>Etiologi</b>	<b>Masalah</b>
DS : Pasien mengatakan kaki dan tangan pasien lemas, sulit digerakkan pada bagian kanan, Pasien mengatakan bisa bergerak miring kanan tapi sangat kaku sehingga	Stroke ↓ Nekrosis serebral ↓ Sel glial disintegrasi ↓	Risiko luka tekan (D. 0144)

Analisa Data	Etiologi	Masalah
<p>perlu bantuan maksimal. Keluarga mengatakan mengatakan badan kanan pasien lemas, kaku dan bicara pelo sejak tanggal 5 Januari 2024 pukul 15.00 WIB saat bersepeda. Pasien mengeluh nyeri kepala, mual, tidak muntah, tidak kejang. Saat pemeriksaan di IGD ditemukan data pasien tidak bisa menggerakkan ekstremitas kanannya, sendi pasien kaku wajah tidak simetris miring ke kiri, pasien bicara pelo TD : 202/108 mmHg, N= 87x/menit, Suhu: 37<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit</p> <p>Pasien ditransfer ke ruang 7 pada tanggal 6 Januari 2024 pukul 13.15 WIB, sudah diberikan infus Asering 20 tpm dan obat-obatan, TD : 196/100 mmHg, N= 88x/menit, Suhu: 37,1<sup>0</sup>C, RR: 20x/menit</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) TD : 196/100 mmHg</li> <li>b) N : 87 x/menit</li> <li>a) Imobilisasi pergerakan sangat terbatas</li> <li>c) Kulit kemerahan di bagian tonjolan tulang tulang pada area siku kanan dan tumit kanan</li> <li>d) Suhu kulit area yang tertekan 37,1<sup>0</sup>C</li> <li>e) Elastisitas kulit kaku</li> <li>f) Skor skala braden 13</li> <li>g) Kulit di bagian yang menonjol teraba hangat</li> <li>h) Indeks Barthel: 60</li> </ul> <p>ADL ketergantungan berat/sangat tergantung</p>	<p>Metabolism anaerob meningkat</p> <p>↓</p> <p>Penumpukan asam laktat</p> <p>↓</p> <p>Gangguan poma Na, Ka</p> <p>↓</p> <p>Defisit neurologis</p> <p>↓</p> <p>Tirah baring lama</p> <p>↓</p> <p>Mobilisasi kurang</p> <p>↓</p> <p>Risiko luka tekan</p>	

Analisa Data	Etiologi	Masalah				
i) CT scan : Infark cerebri lobus parietalis kiri dan basal ganglia kiri j) Pengkajian B <sub>6</sub> ( <i>Bone</i> ) inspeksi: Simetris antara kanan dan kiri, tidak ada oedema, ekstremitas atas dan bawah kanan tidak dapat digerakkan, sendi kaku, tidak dapat menahan lawan atau menurun. k) Kekuatan otot : <table style="margin-left: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">1</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 0 10px;">1</td> <td style="padding: 0 10px;">5</td> </tr> </table>	1	5	1	5		
1	5					
1	5					

### 2.3 Intervensi Keperawatan

**Tabel 2. 5 Rencana Keperawatan**

Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan meningkat Kriteria Hasil: a. Elastisitas kulit dan jaringan meningkat b. Hidrasi meningkat c. Kerusakan lapisan kulit menurun d. Perdarahan menurun e. Risiko luka tekan menurun f. Hematoma menurun	<b>Observasi:</b> 1) Periksa luka tekan dengan menggunakan skala skala braden 2) Periksa adanya luka tekan sebelumnya 3) Monitor suhu kulit yang tertekan 4) Monitor BB dan perubahannya 5) Monitor status kulit harian 6) Monitor ketat area yang memerah 7) Monitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat melakukan repositioning 8) Monitor sumber tekanan dan gesekan 9) Monitor mobilitas dan aktivitas individu <b>Teraupetik</b> 10) Keringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine 11) Gunakan barrier seperti lotion atau bantalan penyerap air 12) Lakukan repositioning dengan hati-hati setiap 1-2 jam 13) Buat jadwal <i>repositioning</i> 14) Berikan bantalan pada titik tekan atau tonjolan tulang 15) Jaga spreng tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan

Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
	<p>16) Gunakan kasur khusus, jika perlu</p> <p>17) Hindari pemijatan diatas tonjolan tulang</p> <p>18) Hindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan</p> <p>19) Hindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi</p> <p>20) Pastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>21) Jelaskan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>22) Anjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>23) Ajarkan cara merawat kulit</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>24) Kolaborasi pemberian terapi infus Asering 20 tpm, Injeksi Citicolin 3x500mg IV, Injeksi Mecobalamin 1x500mg IV, Injeksi Ondancetron 3x1 amp IV, Injeksi Antrain 3x1 amp IV, PO CPG 1x1 tab, PO Aspilet 1x1 tab, dan Atorvastatin 1x20mg.</p>

## 2.4 Implementasi Keperawatan

**Tabel 2. 6 Implementasi Keperawatan**

Tanggal	Waktu (WIB)	Implementasi	Hasil	TTD
Hari ke-1 6-1-2024	14.38	1) Mengobservasi luka tekan dengan menggunakan skala braden	1) Skor <i>braden scale</i> 13	
	14.40	2) Memeriksa adanya luka tekan sebelumnya	2) Tidak ada luka tekan pada pasien	
	14.45	3) Mengobservasi suhu kulit yang tertekan dan status kulit harian	3) Suhu kulit 37,1 <sup>0</sup> C dan tidak tampak adanya kerusakan integritas jaringan	
	14.50	4) Memonitor ketat area yang memerah	4) Tampak ada area yang memerah karena pasien bed rest	
	14.55	5) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat melakukan repositioning	5) Kulit di atas tonjolan tulang tampak kemerahan pada area siku kanan dan tumit kanan	
	15.00	6) Memonitor sumber tekanan dan gesekan	6) Sumber tekanan dan gesekan adalah dari berat badan pasien, pakaian dan spre	
	15.15	7) Memonitor mobilitas dan aktivitas individu	7) Ekstremitas atas bawah sebelah kiri pasien masih dapat digerakkan,	
	15.30	8) Mengeringkan daerah kulit yang lembab		

Tanggal	Waktu (WIB)	Implementasi	Hasil	TTD
		akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine	sedangkan ekstremitas kanan tidak bisa, pergerakan terbatas, sangat kaku, tidak bisa miring kiri sendiri, miring kanan bisa dengan bantuan, sedangkan miring kiri tidak bisa bergerak tanpa bantuan maksimal	
	16.00	9) Melakukan repositioning miring ke kanan dengan hati-hati	8) Pasien sering berkeringat dan dikeringkan dengan tissue, pasien tidak ada luka, BAK menggunakan pispot	
	16.30	10) Membuat jadwal <i>repositioning</i>	9) Pasien dirlakukan repositioning setiap 2 jam dengan posisi 2 jam miring kanan, 2 jam miring kiri, dan 2 jam terlentang. Pasien bersedia	
	16.45	11) Menjaga spreng tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan	10) Jadwal <i>repositioning</i> dilakukan setiap 2 jam sekali kecuali pada saat pasien tidur malam (pukul 23.00-05.00 WIB) saat diluar jam shift peneliti, <i>repositioning</i> dilakukan oleh keluarga pasien yang sudah di edukasi atau perawat jaga	
	16.50	12) Menghindari pemijatan diatas tonjolan tulang	11) Spreng dijaga agar tetap kering jika basah oleh keringat diganti spreng baru, spreng tampak bersih, dan tidak ada kerutan	
	16.55	13) Menghindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan	12) Tidak memijat di atas tonjolan tulang	
	17.00	14) Menghindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi	13) Tidak memberikan lotion pada bagian atas tonjolan tulang	
	17.05	15) Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori	14) Pasien tidak dilakukan pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan	
	17.20	16) Menjelaskan tanda-tanda kerusakan kulit	15) Pasien mendapatkan makanan dari ahli gizi rumah sakit yaitu diet rendah garam rendah lemak, porsi makan tidak habis hanya setengah porsi	
	17.30	17) Menganjurkan melapor jika menemukan tanda-tanda kerusakan kulit		
	17.35	18) Mengajarkan cara merawat kulit		
	17.35	19) Melakukan repositioning terlentang		
	18.00	20) Melakukan kolaborasi pemberian analgesic		
	18.15	Injeksi Antrain Intravena		
	20.00	21) Melakukan repositioning miring ke kiri		

Tanggal	Waktu (WIB)	Implementasi	Hasil	TTD
			<p>16) Keluarga memahami tanda-tanda kerusakan kulit yaitu kemerahan, teraba panas, kulit pecah atau luka</p> <p>17) Keluarga memahami dan bersedia melaporkan apabila menemukan tanda-tanda kerusakan kulit</p> <p>18) Keluarga memahami cara merawat kulit pasien dengan melakukan repositioning pasien tiap 2 jam sekali saat peneliti tidak dalam shift, menjaga kulit tetap kering dengan mengelap keringat menggunakan kain kering atau <i>tissue</i></p> <p>19) Injeksi Antrain sudah diberikan pada pagi jam 08.00 dan akan diberikan lagi nanti malam jam 00.00 secara IV</p>	
Hari ke-2 7-1-2024	<p>14.50</p> <p>14.55</p> <p>15.00</p> <p>15.05</p> <p>15.10</p> <p>15.30</p> <p>16.00</p> <p>16.10</p> <p>16.15</p>	<p>1) Mengobservasi luka tekan dengan menggunakan skala skala braden</p> <p>2) Mengobservasi suhu kulit yang tertekan dan status kulit harian</p> <p>3) Memonitor ketat area yang memerah</p> <p>4) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat melakukan repositioning</p> <p>5) Memonitor mobilitas dan aktivitas individu</p> <p>6) Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine</p> <p>7) Melakukan repositioning terlentang</p> <p>8) Membuat jadwal <i>repositioning</i></p> <p>9) Menjaga spreng tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan</p>	<p>1) Skor <i>braden scale</i> 13</p> <p>2) Suhu kulit 36,8°C, tidak terdapat kerusakan integritas jaringan dan tidak ada luka tekan</p> <p>3) Tampak adanya area yang memerah karena pasien bed rest</p> <p>4) Kulit di atas tonjolan tulang tampak kemerahan pada area siku kanan dan tumit kanan</p> <p>5) Ekstremitas atas bawah sebelah kiri pasien masih dapat digerakkan, sedangkan ekstremitas kanan masih sedikit kaku, tidak bisa miring kiri sendiri, miring kanan dan miring kiri perlu bantuan, pergerakan masih terbatas</p> <p>6) Pasien berkeringat dan dikeringkan dengan tisu, pasien tidak luka</p> <p>7) Pasien dirlakukan repositioning setiap 2 jam dengan posisi 2 jam</p>	



Tanggal	Waktu (WIB)	Implementasi	Hasil	TTD
	16.20 16.25 16.30 17.30 18.00 18.15 20.00	10) Menghindari pemijatan diatas tonjolan tulang 11) Menghindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan 12) Menghindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi 13) Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori 14) Melakukan repositioning miring ke kiri 15) Melakukan kolaborasi pemberian analgesic Injeksi Antrain 1 amp 16) Melakukan repositioning terlentang	miring kanan, 2 jam miring kiri, dan 2 jam terlentang 8) Jadwal <i>repositioning</i> dilakukan setiap 2 jam sekali kecuali pada saat pasien tidur malam (pukul 23.00-05.00 WIB) 9) Sprei yang basah diganti sprei baru agar tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan 10) Tidak melakukan pemijatan di atas tonjolan tulang 11) Tidak memberikan lotion pada bagian atas tonjolan tulang 12) Pasien diseka dengan air dingin 13) Pasien mendapatkan makanan dari ahli gizi rumah sakit yaitu diet rendah garam, porsi makan tidak habis hanya setengah porsi 14) Injeksi Antrain sudah diberikan pada pagi jam 08.00 dan akan diberikan lagi nanti malam jam 00.00 secara IV	
Hari ke-3 8-1-2024	21.30 21.35 21.40 21.45 21.50 21.55 22.00	1) Mengobservasi luka tekan dengan menggunakan skala braden 2) Mengobservasi suhu kulit yang tertekan dan status kulit harian 3) Memonitor ketat area yang memerah 4) Memonitor kulit diatas tonjolan tulang atau titik tekan saat melakukan repositioning 5) Memonitor sumber tekanan dan gesekan 6) Memonitor mobilitas dan aktivitas individu	1) Skor <i>braden scale</i> 15 2) Suhu kulit 36,5°C, tidak tampak adanya kerusakan integritas jaringan dan tidak terjadi luka tekan pada pasien 3) Tampak area yang memerah karena bed rest berkurang 4) Kulit kemerahan di atas tonjolan tulang pada area siku kanan dan tumit kanan tampak berkurang 5) Sumber tekanan dan gesekan adalah dari berat badan pasien dan pakaian serta sprei 6) Ekstremitas kiri pasien masih dapat digerakkan,	

Tanggal	Waktu (WIB)	Implementasi	Hasil	TTD
	22.05	7) Mengeringkan daerah kulit yang lembab akibat keringat, cairan luka, dan inkontenensia fekal atau urine	sedangkan ekstremitas kanan masih sedikit kaku, tidak bisa miring kiri sendiri, miring kanan bisa dengan mandiri, sedangkan miring kiri perlu bantuan, pergerakan masih terbatas	
	22.20	8) Melakukan repositioning terlentang		
	22.25	9) Membuat jadwal <i>repositioning</i>	7) Pasien berkeringat dan dikeringkan dengan tisu, pasien tidak luka	
	22.30	10) Menjaga sprei tetap kering, bersih dan tidak ada kerutan/lipatan	8) Pasien dirlakukan repositioning setiap 2 jam dengan posisi 2 jam miring kanan, 2 jam miring kiri, dan 2 jam terlentang	
	05.00	11) Menghindari pemijatan diatas tonjolan tulang		
	05.05	12) Menghindari pemberian lotion pada daerah yang luka atau kemerahan	9) Jadwal <i>repositioning</i> dilakukan setiap 2 jam sekali kecuali pada saat pasien tidur malam (pukul 23.00-05.00 WIB)	
	06.00	13) Menghindari menggunakan air hangat dan sabun keras saat mandi	10) Sprei tetap kering, bersih, dan tidak ada kerutan	
	06.10	14) Memastikan asupan makanan yang cukup terutama protein, vitamin B dan C, zat besi, dan kalori	11) Tidak memijat di atas tonjolan tulang	
		15) Melakukan repositioning miring ke kiri	12) Tidak memberikan lotion pada bagian atas tonjolan tulang	
			13) Pasien diseka dengan air dingin	
			14) Pasien mendapatkan makanan dari ahli gizi rumah sakit yaitu diet rendah garam. porsi makan tidak habis hanya setengah porsi	
			15) Injeksi Antrain telah diberikan secara IV dan dicatat dalam buku	

## 2.5 Evaluasi Keperawatan

**Tabel 2. 7 Evaluasi Keperawatan**

Diagnosa	Hari 1	Hari 2	Hari 3	TTD
Risiko luka tekan dibuktikan dengan riwayat stroke 1. Elastisitas kulit dan jaringan meningkat 2. Hidrasi meningkat 3. Kerusakan lapisan kulit menurun 4. Perdarahan menurun 5. Risiko luka tekan menurun 6. Hematoma menurun	S : Pasien mengatakan bisa bergerak miring kanan tapi sangat kaku, bagian yang bergesekan dengan kasur terasa panas  O : 1. Skor skala braden 13 (risiko moderate mengalami luka tekan) 2. Pergerakan sangat terbatas hanya bisa ekstremitas kiri dan perlu bantuan maksimal 3. Elastisitas kaku 4. Hidrasi kulit cukup menurun 5. Kulit lembab berkeringat 6. Kulit di atas tonjolan tulang tampak kemerahan pada area siku kanan dan tumit kanan 7. Tidak tampak adanya kerusakan jaringan 8. Tidak terdapat perdarahan pada jaringan yang menonjol 9. Tidak ada hemotoma A : Masalah risiko luka tekan belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan	S : Pasien mengatakan bisa bergerak miring kanan dan kiri tapi sangat kaku sehingga perlu bantuan keluarga dalam melakukan pergerakan, pasien mengatakan bagian yang bergesekan dengan kasur terasa hangat  O : 1. Skor skala braden 13 (risiko moderate mengalami luka tekan) 2. Tampak ada pergerakan pada ekstremitas kiri, ekstremitas kanan masih belum bisa, pasien belum bisa bergerak bebas perlu adanya bantuan 3. Elastisitas cukup meningkat 4. Hidrasi kulit cukup meningkat 5. Kulit lembab dan berkeringat berkurang karena sering dikeringkan 6. Kulit di atas tonjolan tulang tampak kemerahan pada area siku kanan dan tumit kanan	S : Pasien mengatakan bisa bergerak miring kanan dan kiri tapi sedikit kaku dan masih harus dibantu saat melakukan pergerakan  O : 1. Skor skala braden 15 (berisiko mengalami luka tekan) 2. Ada pergerakan pada ekstremitas kiri dan sedikit pergerakan pada ekstremitas kanan namun masih belum bisa bergerak bebas, pasien bisa miring dengan bantuan minimal, ada perkembangan dalam bermobilitas 3. Elastisitas kulit dan jaringan meningkat 4. Hidrasi kulit meningkat 5. Kulit lembab berkurang karena sering dikeringkan 6. Kulit kemerahan di atas tonjolan tulang pada area siku kanan dan tumit kanan tampak berkurang 7. Tidak terdapat kerusakan jaringan dan tidak terjadi luka tekan pada pasien 8. Tidak ada perdarahan pada jaringan yang menonjol 9. Risiko luka tekan menurun 10. Tidak ada hemotoma	

Diagnosa	Hari 1	Hari 2	Hari 3	TTD
		7. Tidak terdapat kerusakan jaringan 8. Tidak ada perdarahan pada jaringan yang menonjol 9. Tidak ada hemotoma A : Masalah risiko luka tekan belum teratasi. P : Intervensi dilanjutkan	A : Masalah risiko luka tekan teratasi P : Intervensi dilanjutkan keluarga atau perawat jaga hingga pasien KRS	

