

## **BAB 3**

### **TINJAUAN KASUS**

Untuk mendapatkan gambaran nyata tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien dengan CKD maka penulis menyajikan satu kasus yang penulis amati mulai tanggal 27 Januari 2020 sampai dengan 30 Januari 2020 dengan data pengkajian pada tanggal 27 Januari 2020 jam 13.30 WIB. Anamnesis diperoleh dari pasien, keluarga, dan file No. Register 5063XX sebagai berikut:

#### **3.1 Pengkajian**

##### **3.1.1 Identitas**

Pasien adalah seorang laki-laki bernama Tn. S berusia 48 tahun beragama Islam dan status pasien menikah beralamat di Bangah Sidoarjo, dari suku Jawa Indonesia pendidikan terakhir SMA dan bekerja sebagai Tentara Indonesia. Pasien masuk rumah sakit pada tanggal 27 Januari 2020 jam 08.30 WIB

##### **3.1.2 Keluahn Utama**

Pasien mengeluh sesak napas jika melakukan aktivitas berat dan ketika dibuat tidur dan duduk.

##### **3.1.3 Riwayat Penyakit Sekarang**

Pasien mengatakan sejak berusia 28 tahun yang lalu pasien memiliki riwayat penyakit diabetes melitus yang diturunkan oleh keluarganya, setelah itu pasien rutin control secara berkelanjutan hingga sekarang. Px juga mengatakan pernah dirawat sejak 4 bulan yang lalu pasien di diagnosa gagal ginjal kronis dan pasien melakukan Hemodialisa setiap 1 minggu 2 kali dan pasien telah melakukan

hemodialisa 9x terapi. Setelah itu pada tanggal 27 Januari 2020 pada jam 06.30 setelah keluar kamar mandi pasien mengeluh sesak nafas dan menggigil hingga keluar keringat dingin setelah itu pasien di bawa ke IGD RSAL pada jam 08.30 dengan hasil Observasi TTV TD : 150/83 mmHg N: 126x/menit S: 37°C RR: 30 x/menit GCS:456 Spo2:71%. Setelah itu pasien mendapat terapi di IGD O2 nasal rebreting 10 Lpm, pemeriksaan lab GDA 106 mg/dl, pemberian injeksi lasix 40 mg dan pump lasix 10 mg/jam, injeksi ondansentron 8 mg, antrain 1 gr, pemasangan kateter. Setelah kondisi pasien stabil pada jam 13.00 pasien dipindahkan di ruang B2 setelah itu pasien di Observasi TTV dengan hasil TD: 140/90 mmHg N: 104x/menit S: 36,5°C RR:28 x/menit GCS:456 Spo2: 98% dan terpasang O2 nasal rebreting 10 Lpm. Setelah itu pada jam 13.30 dilakukan pengkajian dan didapatkan pasien mengeluh sesak nafas dan terdapat otot bant napas cuping hidung, pasien mengeluh kedua telapak kaki dan tangan mengalami pembengkakan, pasien juga mengatakan jika malam pasien kesulitan tidur dikarenakan sesak napas, px juga mengatakan jika sebelum masuk rumah sakit pasien tidak napsu makan.

#### **3.1.4 Riwayat Penyakit Dahulu**

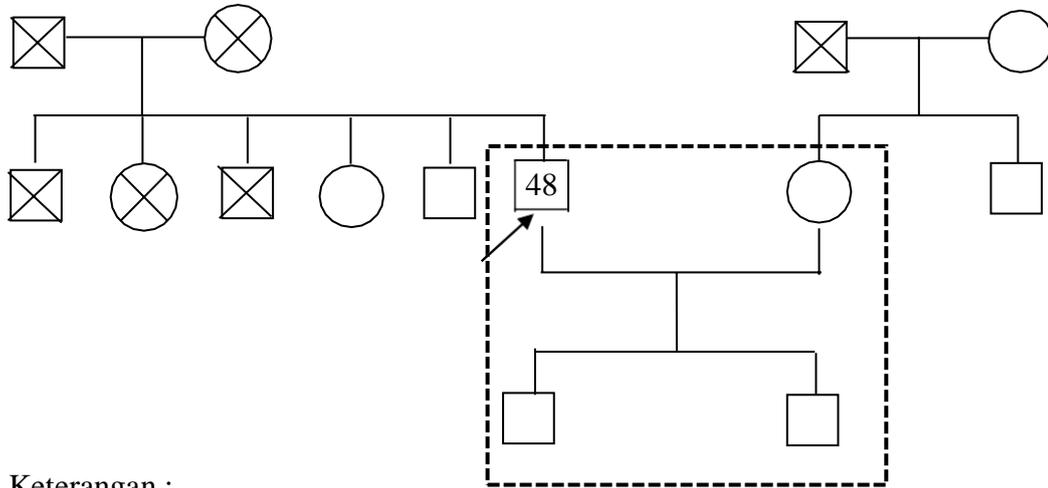
Pasien mengatakan menderita hipertensi dan rutin mengkonsumsi obat-obatan hipertensi seperti Amlodipine dan Bisoprolol, menderita diabetes mellitus sejak berusia 28 tahun yang lalu pasien selalu mengkonsumsi rebusan daun binahong dan mengkonsumsi obat farmakologi yaitu Metformine.

#### **3.1.5 Riwayat Penyakit Keluarga**

Pasien mengatakan ibunya menderita diabetes mellitus dan ayahnya menderita hipertensi sejak ber usia  $\pm$ 40 tahun.

### 3.1.6 Pengkajian Keluarga

#### Genogram



Keterangan :

- : Laki-laki
- : Perempuan
- ↗ : Pasien
- : Ada hubungan darah
- : Tinggal satu rumah
- ✕ : Meninggal

### 3.1.7 Riwayat Alergi

Dari hasil pengkajian pasien tidak ada alergi obat-obatan maupun makanan.

### 3.1.8 Pemeriksaan Fisik

Pada pengkajian ROS (Review Of System) didapatkan keadaan umum pasien lemah, kesadaran composmentis, TTV TD: 140/90 mmHg, Nadi: 114x/menit, Suhu: 36,5°C, RR: 30x/menit, TB: 165cm, BB sebelum masuk rumah sakit 60 kg, BB setelah masuk rumah sakit 60kg.

1. Pernafasan B1 (Breath)

Pada saat di kaji pada pernapasan pasien didapatkan bentuk dada normochest pergerakan simetris, pasien tampak menggunakan otot bantu pernapasan, irama napas ireguler, pola napas takipnea, suara napas eupnea, tidak ada suara napas tambahan, pernapasan cuping hidung, pasien mengalami sesak napas dengan frekuensi napas 30x/menit dibantu dengan O<sub>2</sub> nasal rebreting 10 Lpm, pasien tidak mengalami batuk, Spo<sub>2</sub> : 98%.

**Masalah Keperawatan : Pola Napas Tidak Efektif**

2. Kardiovaskuler B2 (Blood)

Pada saat pengkajian kardiovaskuler didapatkan hasil TTV TD: 140/90 mmHg N: 104 x/menit S: 36,5°C RR: 28 x/menit GCS: 456 Spo<sub>2</sub> 98% di bantu dengan O<sub>2</sub> Nasal rebreting 10 Lpm, ictus cordis teraba pada ICS 5 saat diauskultasi irama jantung regular dan bunyi jantung S1 S2 tunggal, tidak ada bunyi jantung tambahan, pasien tidak mengalami nyeri pada dada, pada saat di palpasi akral hangat dan CRT <2 detik Pasien tidak mengalami pembesaran getah bening, pasien juga tidak mengalami pendarahan, EKG: sinus takikardi tanggal 27 Januari 2020

**Masalah Keperawatan : Tidak Ada masalah keperawatan**

3. Persarafan B3 (Brain)

Pada saat dilakukan pengkajian pasien sadar secara penuh dengan GCS 456, reflex fisiologis patella (+), bisep/trisep +/+, refle patologis babinski -/-

- a. Nervus Olfaktorius (N.I) : pasien dapat membedakan bau wangi dan bau tidak sedap

Dengan percobaan kedua mata pasien tertutup, satu hidung tertutup, bahan aromatic atau wewangian diletakkan pada lubang hidung pasien dan pasien diminta untuk menghirup. Pasien dapat menyebutkan aroma yang telah dihirup dengan benar

b. Nervus Opticus (N.II) : Pasien dapat menggerakkan bola mata ke arah kanan dan kiri

1) Ketajaman penglihatan (visual acuity)

Membaca papan snellen pada jarak 6 meter. Pencahayaan diruang yang cukup, dengan menutup salah satu mata dengan telapak tangan, mata kanan pasien dapat membaca dengan jelas dan benar, sedangkan mata kiri pasien dapat membaca dengan jelas dan benar

2) Luas lapang pandang (visual field)

pada pemeriksaan luas lapang pandang, mata pasien normal. Mata pasien ditutup dengan telapak tangan secara bergantian dan mata yang diperiksa pandangan harus menatap lurus kedepan (ke mata pemeriksa) tidak boleh melirik ke arah objek.

3) Pemeriksaan buta warna

Test buta warna dengan menggunakan kartu isihara, pasien dapat menyebutkan angka-angka yang benar.

4) Pemeriksaan funduskopi

Pada saat inspeksi kedua mata pasien tidak terdapat sembab.

c. Nervus Okulomotorius (N.III) : Bola mata pasien dapat mengarahkan ke atas, kebawah.

- d. Nervus Troclearis (N.IV) : Tidak terdapat dilatasi pada kedua pupil mata pasien dan dapat menggerakkan kearah rotasi
- e. Nervus Trigeminus (N.V) : Pasien dapat menggigit dengan kuat. Pasien dapat membuka dan menutup mulut, dapat menggerakkan rahang
- f. Nervus Abducens (N.VI) : Pasien dapat menggerakkan bola mata ke arah lateral
- g. Nervus Fasialis (N.VII) : pasien dapat tersenyum, pasien dapat mengerutkan kulit dahi dan mengangkat alis. Pasien dapat menutup mata, menangis, menggembungkan kedua pipinya dan memperlihatkan barisan gigi atasnya.
- h. Nervus Akustikus (N.VIII) : pasien dapat mendengarkan dengan baik dan dapat mendengarkan dengan jarak jauh 5 meter
- i. Nervus Glosfringeus (N.IX) : pasien dapat menjulurkan lidah pasien dapat menelan air liur dengan baik. Tidak ada gangguan pada proses menelan
- j. Nervus Vagus (N.X) : reflek menelan pasien baik tidak ada gangguan menelan, ketika menelan ludah pasien tidak ada reflek tersedak
- k. Nervus Aksesoris (N.XI) : pasien dapat menggerakkan dagu dengan tekanan
- l. Nervus Hipoglosis (N.XII) : pasien dapat menggerakkan lidah kesegala arah

Pada saat dilakukan inspeksi mata pasien simetris tidak ada kelainan, pupil anisokor, reflek cahaya baik, konjungtiva didapatkan anemis, pada lapang pandang pasien tidak mengalami gangguan penglihatan, pada saat dilakukan

inspeksi pada telinga didapatkan telinga simetris tidak ada kelainan, telinga bersih tidak ada serumen, pasien tidak mengalami gangguan pendengaran. Pada inspeksi lidah dalam keadaan bersih, uvula simetris tidak ada kesulitan menelan atau nyeri

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

4. Perkemihan B4 (Bladder)

Pada saat dilakukan pengkajian pada system perkemihan didapatkan, kebersihan baik, ekresi kurang pada saat dilakukan palpasi didapatkan distensi kandung kemih. Eliminasi pasien SMRS dengan frekuensi 3-4x/hari warna urin kuning jernih jumlah  $\pm 500$ cc/hari, eliminasi MRS terpasang kateter dengan karakteristik urin berwarna kuning jernih jumlah  $\pm 400$  cc/hari.

Perhitungan IWL :  $15 \times \text{BB} : 24 \text{ jam}$

$$15 \times 60\text{kg} : 24 \text{ jam} = 37,5 \text{ cc/jam}$$

$$\text{Jika per } 24 \text{ jam} = 37,5 \text{ cc} \times 24 \text{ jam} = 900\text{cc}$$

Balance cairan :

Input : minum/hari  $\pm 500$ cc, terapi cairan  $900$ cc/24 jam, injeksi  $\pm 80$ cc jumlah

Input pasien  $1480$ cc/24 jam

Output : jumlah urin yang keluar /24 jam  $\pm 400$  cc, IWL  $900$ cc =  $1300$  cc

Input-Output =  $1480$  cc/24 jam –  $1300$ cc/24 jam =  $180$  cc, jadi kelebihan cairan dalam tubuh yaitu  $180$  cc, hasil lab : BUN:  $45$  mg/dl, kreatinin  $6,7$  mg/dl, Hb:  $9,1$  g/dl, pasien menderita diabetes mellitus dan hipertensi. Pada tanggal 28 Januari 2020 dilakukan HD yang ke-9 dan setelah pasien melakukan HD kondisi pasien stabil namun pasien tetap mengatur jumlah cairan yang masuk dalam tubuhnya.

**Masalah keperawatan : kelebihan volume cairan (Hipervolemia)**

5. Perencanaan B5 (Bowel)

Pada saat dilakukan pengkajian pada system pencernaan inspeksi mulut simetris kanan dan kiri, membrane mukosa bibir kering, pasien tidak menggunakan gigi palsu, faring simetris, pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien mengatakan napsu makan normal 3x/hari jenis makanan padat (nasi, lauk, sayur dan buah-buahan). Frekuensi minum ditakar sehari 500 cc/hari. Pasien memiliki pantangan makanan buah pisang, jeruk.

Pada saat MRS pasien diet NDM 1500 kkal dengan menu nasi putih, tempe bacem, sayur laksa, buah papaya, air mineral, filet ikan pasien selalu menghabiskan dalam 1 porsi makan.

Pasien inspeksi bentuk perut normal tidak terdapat pembesaran hepar, tidak ada pembesaran lien. Rectum pasien tidak ada hemoroid. Frekuensi BAB SMRS 1x/2hari dengan konsentrasi lembek berwarna kuning kecoklatan, tidak terdapat kolostomi pada perut pasien.

#### **Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

##### **6. Musculoskeletal & Integumen B6 (Bone)**

Pada pengkajian musculoskeletal inspeksi rambut berwarna hitam, kulit kepala bersih tidak ada ketombe, kulit berwarna sawo matang, keadaan kuku bersih, terdapat oedem pada telapak kaki dan tangan. Saat dilakukan palpasi turgor kulit kering, pasien dapat bergerak dengan bebas tidak ada hambatan atau fraktur pada tubuh dan tidak ada krepitasi.

##### **7. Endokrin**

Pada saat dilakukan inspeksi dan palpasi tidak ada pembearan kelenjar thyroid, pasien tidak mengalami hipoglikemi atau hiperglikemia dengan hasil gula darah acak 106 mg/dl

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

8. Seksual – Reproduksi

Pasien adalah seorang laki-laki, pasien tidak pernah melakukan pemeriksaan testis sendiri.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

9. Kemampuan merawat diri

Pada saat sebelum masuk rumah sakit pasien dapat mandi, berpakaian, berdandan, dan toileting secara mandiri, pasien dapat mobilisasi secara mandiri. Pada saat pasien masuk rumah sakit dan mengalami sakit kemampuan merawat diri berkurang, pasien hanya terbaring di bad kamar tidur dan perlu bantuan orang lain jika membutuhkan apapun, tidak dapat melakukan aktifitas secara mandiri.

**Masalah Keperawatan : Intoleransi Aktivitas**

10. Personal Hygiene

SMRS px mengatakan mandi 2x sehari, keramas 3x/seminggu, ganti baju 2x/sehari, menggosok gigi bila mandi. MRS pasien mengatakan jika mandi px diseka oleh istrinya dan ganti baju 1x sehari, sikat gigi hanya 1 kali dalam sehari dan memotong kuku seminggu 1x.

**Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

11. Istirahat Tidur

SMRS Pada saat dikaji pasien mengatakan pola tidur pasien 8jam/hari. Pada saat pasien masuk rumah sakit pasien mengatakan jam tidur malam mulai

jam 22.00-01.00 sering terbangun karna sesak napas dan demam selama 3 malam, pasien mengatakan Tidak dapat tidur siang dengan jumlah tidur 3jam/hari dengan kualitas tidur kurang baik.

### **Masalah Keperawatan : Gangguan Pola Tidur**

#### 12. Kognitif

Pada saat dilakukan pengkajian persepsi pasien terhadap sakit yang dialami pasien, pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya dan ingin segera pulang dari rumah sakit. Agar dapat beraktivitas kembali.

Konsep diri :

- a. Gambaran diri : Pasien mengatakan menyukai semua anggota tubuhnya
- b. Identitas diri : Pasien seorang laki laki dan memiliki 2 orang anak yaitu laki laki
- c. Peran diri : Pasien mengatakan seorang kepala keluarga di keluarganya
- d. Ideal diri : Pasien mengatakan ingin segera sembuh dari penyakitnya
- e. Harga diri : Pasien mengatakan tidak malu dengan kondisi atau keadaan sekarang

Pasien dapat bicara dan berkomunikasi dengan baik, pasien berbicara dengan bahasa jawa dan Indonesia, pasien dapat beradaptasi dengan lingkungan baru dan dapat beradaptasi dengan masalah yang saat ini dihadapi, pasien mengatakan tidak cemas karena pasien telah keluar masuk rumah sakit untuk melakukan

Hemodialisa, pasien dapat menghibur diri dengan bermain handphone. Pasien juga selalu berdoa dan terus berdoa untuk kesembuhan penyakitnya.

### **Masalah Keperawatan : Tidak ada masalah keperawatan**

#### **3.1.9 Pemeriksaan Penunjang**

##### 1. Hasil Laboratorium

Tangga 27 Januari 2020 jam 09.22

Tabel 3. 1Hasil Laboratorium

Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
WBC	13,07	44,0 - 10,0
NEU#	11,16	2,0 – 7,0
NEU%	85,4	50,0 – 70,0
LYM#	1,09	0,8 – 4,0
LYM%	8,3	20,0 – 40,0
MON#	0,63	0,12 – 1,2
MON%	4,9	3,0 – 12,0
EOS#	0,16	0,02 – 0,5
EOS%	1,2	0,5 – 3,0
BAS#	0,03	0,0 – 0,1
BAS%	0,2	0,0 – 1,0
RBL	3,72	3,5 – 5,5
HGB	9,1	13,2 – 17,3
HCT	27,4	37,0 – 54,0
MCV	73,7	80,0 – 100,0
MCH	24,5	27,0 – 34,0
MCHC	33,2	32,0 – 36,0
RDW_CV	15,5	11,0 – 16,0
RDW_SD	42,5	35,0 – 56,0
PLT	363	150,0 – 450,0
MPV	8,3	6,5 – 12,0
PDW	15,3	15,0 – 17,0
PCT	0,3	0,108 – 0,282
GDA	111	< 120
BUN	45	10 – 24
KREATININE	6,7	0,6 – 1,5
NATRIUM	137,5	135,0 – 147,0
KALIUM	3,73	3,00 – 5,00
CLORIDA	102,5	95,0 – 105,0

#### **Indikasi Laboratorium**

Hemoglobin : Mencegah terjadinya anemia, memenuhi cadangan zat besi.

Trombosit : Komponen sel darah yang berfungsi dalam proses menghentikan perdarahan.

Hematokrit : Menunjukkan presentas zat padat (kadar sel darah merah) dengan jumlah cairan darah. Semakin tinggi presentase hematokrit berarti semakin kental konsentrasi darah.

Leukosit :Peningkatan jumlah leukosit menunjukkan adanya pross infeksi atau radang, dan penurunan leukosit dapat terjadi pada infeksi tertentu terutama virus.

BUN : Untuk mengetahui kandungan ureum dalam tubuh.

Kreatinin : Kreatinin meningkat jika fungsi ginjal menurun

Eritrosit : Untuk mengetahui jumlah sel darah yang berfungsi membawa oksigen ke jaringan tubuh.

## 2. Photo Thorax

Tanggal 27 januari 2020



Gambar 3. 1Photo Thorax

Bacaan : Efusi Pleura Bilateral

### 3.1.10 Penatalaksanaan

Terapi :

Tanggal 27 Januari 2020

Tabel 3. 2Terapi Obat

Nama	Dosis	Indikasi
1. ONDANSETRON	8 mg	Obat untuk penanggulangan mual dan muntah akibat kemoterapi dan radioterapi serta operasi
2. OMEPRAZOLE	40 mg	Obat untuk menanggulangi gangguan lambung seperti tukak lambung atau tukak lambung
3. LASIX	40 mg	Digunakan untuk penyakit edema akibat gangguan jantung, hati, ginjal, edema perifer akibat obstruksi mekanik atau insufisiensi vena dan hipertensi
4. LASIX PUMP	10 mg/jam	Digunakan untuk penyakit edema akibat gangguan jantung, hati, ginjal, edema perifer akibat obstruksi mekanik atau insufisiensi vena dan hipertensi
5. NICARDIPIN PUMP	0,5 mg/jam	Obat ini digunakan untuk menurunkan tekanan darah tinggi (hipertensi)
6. ANTRAIN	1 gr	Antrain merupakan obat yang dikonsumsi untuk menangani demam dan merupakan anti nyeri
7. AMLODIPIN	10 mg	Obat ini digunakan untuk mengatasi hipertensi bisa juga digunakan untuk gejala nyeri dada.
8. CANDESARTAM	16 mg	Merupakan obat penghambat reseptor angiotensin II (ARB) yang bermanfaat untuk menurunkan tekanan darah
9. CEFIXIM	200 mg	Merupakan obat yang digunakan untuk mengobati berbagai macam infeksi bakteri
10. DONPERIDON TAB	10 mg (PO)	Merupakan obat untuk meredakan mual dan muntah serta mempercepat makanan sampai ke dalam usus

11.LANSOPRAZOLE TAB	15 mg (PO)	Obat untuk meredakan gejala akibat peningkatan asam lambung
------------------------	------------	---

Nama: Tn. S

Ruang/ Kamar : B2/ 5

Umur: 48 Tahun

RM : 50.65.xx

Tabel 3. 3Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	<p><b>DS</b> : px mengatakan sesak mulai pukul 06.30, sesak timbul ketika saat duduk atau tidur</p> <p><b>DO</b> : pasien terlihat sesak dan terdapat alat bantu napas yaitu cuping hidung, iraman napas ireguler dan keadaan umum pasien lemah dengan hasil observasi TD : 140/90 mmHg N: 104 x/menit S : 36,5°C RR : 28 x/menit Spo2 : 98% Dengan pola napas takipnea dan dibantu O2 Rebreting 10lpm</p>	<p>Odema pulmonal</p> <p>Ekspansi paru menurun</p> <p>Dyspneu</p> <p>Keletihan otot pernafasan</p>	<p><b>Pola Napas Tidak Efeksi (D.000 SDKI Hal 26)</b></p>
2	<p><b>DS</b> : pasien mengatakan di daerah kedua telapak tangan dan kaki mengalami bengkak dan terasa berat bila dilakukan aktivitas dengan berjalan</p> <p><b>DO</b> : pasien terlihat oedem di area ekstremitasnya dan pasien mengalami kendala dalam aktivitas sehari-harinya</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hasil lab terdapat hasil BUN: 60 mg/dl, kreatinin: 5,1 mg/dl, Hb: 10,1 g/dl</li> <li>- Input – Output = 1500 cc/24 jam – 1030 cc/24 jam = kelebihan cairan 180</li> <li>- Hasil foto thorax efusi pleura</li> </ul>	<p>Aliran darah ginjal Menurun</p> <p>↓</p> <p>GFR menurun (90-120 ml/mmol)</p> <p>↓</p> <p>Volume cairan meningkat</p> <p>↓</p> <p>hipernatremi</p> <p>↓</p> <p>hiperkalemi</p>	<p><b>Hipervolemia (D.0022 SDKI Hal 62)</b></p>

No	Data	Penyebab	Masalah
3	<p><b>Ds</b> : Pasien mengatakan cepat lelah saat melakukan aktivitas, misalnya duduk dan bicara terlalu lama</p> <p><b>Do</b> : Pasien tidak bisa terlalu lama beraktivitas, terlihat cepat lelah, Nadi: 104 kali/menit, RR: 24 kali/menit, TD: 140/90 mmHg.</p>	<p>Perfusi menurun ↓ Defisiensi energi Sel ↓ Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O<sub>2</sub>.</p>	<p><b>Intoleransi aktivitas</b> (D.0056 SDKI Hal 128)</p>
4	<p><b>DS</b> : pasien mengatakan sejak mengalami penyakit ini pasien sering tidak bisa tidur pada malam hari dan pasien mengatakan jika pasien selalu tidur sing hanya ±2 jam</p> <p><b>DO</b> : didapatkan pasien terlihat ekspresi wajah keletihan dan mata cowong dan mata yang tidak sehat</p>	<p>Gelisah ↓ Sering terbangun di malam hari ↓ Kurang Kontrol Tidur</p>	<p><b>Gangguan Pola Tidur</b> (D.0055 SDKI Hal 126)</p>
5	<p><b>DS</b> : Suhu badan naik dari 37,1°C menjadi 37,</p> <p><b>DO</b> : Akral teraba panas Suhu pasien tidak normal</p>	<p>Proses Infeksi</p>	<p><b>Hipertermi</b></p>

Nama: Tn. S

Ruang/ Kamar : B2/ 5

Umur: 48 Tahun

RM : 50.65.xx

Tabel 3. 4Prioritas Masalah

NO	Masalah Keperawatan	Tagga		Paraf
		Ditemukan	Teratasi	
1	Pola Napas Tidak Efektif	27/01/2010	29/01/2020	
2	Hipervolemia	27/01/2020	29/01/2020	
3	Intoleransi Aktivitas	27/01/2020	29/01/2020	
4	Gangguan Pola Tidur	28/01/2020	29/01/2020	
5	Hipertermi	28/01/2020	28/01/2020	

Tabel 3. 5Intervensi Keperawatan

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan pola napas tidak efektif teratasi dengan kriteria hasil 1. sesak napas pasien dapat berkurang 2. penapasan cuping hidung pasien dapat teratasi 3. Pola napas pasien dalam batas normal yaitu 12-20 x/menit	1. Kaji dan Catat status pernafasan  2. . Kaji kadar hemoglobin.  3. Bantu pasien untuk berada pada posisi yang nyaman  4. Ubah posisi pasien secara sering.  5. Jelaskan pada pasien jika terjadi sesak nafas, lakukan posisi setengah duduk  6. Kolaborasi Dalam pemberian Oksigen.	1. Untuk mendeteksi tanda-tanda awal adanya kelainan pola nafas  2. Untuk memantau Status oksigenasi  3. Untuk memudahkan bernafas.  4. Untuk memaksimal kan kenyamanan.  5. Meberikan informasi agar pasien Mengerti penanganan sesak.  6. Untuk membantu Penurunan disstres pernafasan.

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
2	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan Hipervolemia teratasi dengan kriteria hasil : 1. Terbebas dari Edema pada ekstremitas pasien 2. Tekanan Darah Dalam batas normal pasien 130/80 mmHg 3. Pegeluaran output cairan seimbang dengan intake cairan 500 cc/hari 4. Px mengetahui factor kelebihan cairan	1 kaji dan catat tekanan darah, nadi, irama jantung, suhu dan Respirasi rate  2 kaji dan catat intake output cairan  3 Kaji turgor kulit  4 Periksa kulit pasien setiap hari untuk mengetahui tanda edema atau perubahan perubahan warna.  5 Beri edukasi agar pasien ingin melakukan mobilisasi  6 Berikan hasil kolaborasi pemberian pemberian cairan 500 ml	1 Untuk memantau keadaan pasien  2 Untuk mengetahui Perubahan status cairan pasien  3 Untuk memantau ada atau tidaknya dehidrasi  4 Edema dapat menyebabkan penurunan jaringan perife dengan perubahan perfusi kulit.  5 untuk pasien dapat mobilisasi cairan dari daerah yang edema.  6 Kelebihan cairan IV dapat memperburuk kondisi pasien

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
3	Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O <sub>2</sub> .	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam diharapkan intoleransi Aktivitas teratasi dengan kriteria hasil 1. mampu melakukan aktivitas sehari-hari (ADLs) secara mandiri 2. keseimbangan aktivitas dan istirahat	1 kaji adanya factor kelelahan bila beraktivitas  2 Monitor pola tidur atau lamanya saat beristirahat  3 Membantu pasien dalam mengidentifikasi aktivitas yang mampu dilakukan  4 memotivasi pasien agar ingin melakukan aktivitas	1 untuk mengetahui factor apa saja yang menjadi kelelahan pasien  2 Untuk mengetahui frekuensi istirahat tidur pasien  3 agar dapat memfasilitasi aktivitas yang mampu dilakukan oleh pasien  4 agar pasien termotivasi dalam melakukan aktivitas sehari-hari

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan Dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang control tidur	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x8 jam gangguan pola tidur teratasi dengan kriteria hasil 1. melaporkan istirahat tidur malam yang optimal 2. mampu mengidentifikasi hal-hal yang meningkatkan tidur	1 kaji factor yang menyebabkan gangguan tidur  2 beri fasilitas untuk mempertahankan aktivitas sebelum tidur  3 menciptakan lingkungan yang aman dan nyaman member jadwal tidur pasien  4 memberikan terapi rileksasi distraksi sebelum tidur	1 untuk mengetahui penyebab gangguan tidur serta dapat mengantisipasi  2 agar kondisi dapat sesuai apa yang diinginkan pasien  3 agar dapat menciptakan lingkungan yang nyaman  4 agar pasien dapat rileks saat ingin beristirahat

Tabel 3. 6Tindakan Keperawatan

No Dx	Waktu (Tgl&Jam)	Tindakan	TT Wat	Waktu (Tgl&Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT Wat
1,2,3,4	27-01-2020 13.00	Membina hubungan saling percaya dengan pasien	Erna	27-01-2020 14.00	Evauasi Formatif : <b>Dx 1</b> <b>S</b> : Pasien mengatakan sesak napas seperti tertimpa benda berat <b>O</b> : pasien tampak terengah-engah ketika inspirasi dan terdapat cuping hidung dengan hasil observasi TTV TD: 140/90 mmHg N: 104 x/menit S: 36°C RR 30x/menit SpO2 98% dibantu dengan O2 nasal Rebreting 10 lpm. <b>A</b> : masalah pola napas tidak efektif belum teratasi <b>P</b> : intervensi dilanjutkan  <b>Dx 2</b> <b>S</b> : pasien mengatakan jika telapak tangan dan kaki bengkak hingga berat jika digerakkan <b>O</b> : terdapat oedem pada telapak tangan dan kaki pasien, mencatat hasil observasi output urin 320 cc/24jam. pasien tampak lemas dengan hasil Lab HB 9,1 g/dl (11-15 g/dl) HCT 27,4 (37,0 – 54,0)	Erna
1,2,3,4		Pada saat pengkajian pasien mengeluh sesak napas dan menggigil disertai keringat dingin	Erna			
	13.10	Observasi TTV TD : 140/90 mmHg N : 104 x/mnt S: 36°C RR : 30 x/mnt SpO2 : 98 % GCS : 456	Erna			
1,2		Memberikan O2 nasal rebriting 10 lpm	Erna			
1,2,3,4		Member posisi nyaman dengan semi fowler	Erna			
2	13.25	Memberi edukasi pasien dalam membatasi cairan yang masuk dalam tubuh 500 cc/hari	Erna			
3		Member edukasi pentingnya mobilisasi ketika sakit secara bertahap	Erna			
2	13.30	Pemberian obat lasix 1 x 40 mg (PO)	Erna			
4		Memberikan edukasi kepada pasien	Erna			

2		tentang bagaimana menciptakan tidur yang sehat dan nyaman		bun 45 mg/dl <b>A</b> : masalah hipervolemia belum teratasi <b>P</b> : intervensi dilanjutkan	
4		Memonitoring dan mencatat cairan output pasien 320 cc/24 jam  Menganjurkan pasien untuk tidur siang		<b>Dx 3</b> <b>S</b> : pasien mengatakan jika tubuhnya tidak bisa melakukan aktivitas secara mandiri dan perlu bantuan orang lain <b>O</b> : pasien tampak di atas tempat tidur dengan posisi semifowler dengan keadaan lemas <b>A</b> : Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi <b>P</b> : intervensi dilanjutkan	Erna
				<b>Dx 4</b> <b>S</b> : pasien juga mengatakan sulit tidur ketika sesak. Pasien sering terbangun bila tidur dan jika terbangun pasien sulit tidur kembali. <b>O</b> : pasien tampak mendengarkan penjelasan dari perawat tentang menciptakan tidur yang sehat dan nyaman <b>A</b> : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian <b>P</b> : Intervensi dilanjutkan	Erna
				Evaluasi Sumatif :	

					<ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien masih sesak napas dan terdapat napas cuping hidung frekuensi napas pasien diatas normal 30x/menit.</li><li>- Telapak tangan dan kaki pasien masih oedem, dengan hasil TD : 140/90 mmHg, pengeluaran output pasien belum ada dalam batas normal, namun pasien mengetahui penyebab oedem</li><li>- Pasien tidak mampu melakukan aktivitas sehari hari tanpa bantuan</li><li>- Pola tidur pasien kurang dari normal</li></ul>	
--	--	--	--	--	---	--



2		Monitor output cairan pasien dengan hasil 450cc/24jam		<p>namun kaki sebelah kanan masih belum reda dan masih berat jika digerakkan</p> <p><b>O</b> : kedua telapak tangan dan kaki sebelah kiri pasien oedem berkurang namun kaki sebelah kanan masih tetap oedem seperti hari pertama, hasil output urin pasien 450 cc/24 jam, hasil GDA Stik 2 jam pp 108 g/dl,</p> <p><b>A</b> : masalah hipervolemia terataasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p> <p><b>Dx 3</b></p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan sudah dapat melakukan pergerakan ketika makan namun masih membutuhkan bantuan keluarga</p> <p><b>O</b> :pasien tampak mempraktikkan penjelasan dari perawat</p> <p><b>A</b> : masalah Intoleransi aktivitas teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p>	<p><i>u</i></p> <p>Erna</p>
---	--	---	--	--	-----------------------------

				<p><b>Dx 4</b></p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan mencoba mengikuti jadwal tidur yang dijelaskan oleh perawat</p> <p><b>O</b> : pasien tampak kesulitan untuk tidur siang, namun pasien memahami dan mencoba mempraktikkan penjelasan perawat</p> <p><b>A</b> : Masalah gangguan pola tidur teratasi sebagian</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan</p> <p>Evaluasi Sumatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mencapai kriteria hasil sesak napas berkurang dari 30-25x/menit, tidak ada cuping hidung, namun frekuensi napas belum dalam batas normal</li> <li>- Oedem pada telapak tangan dan kaki sebelah kiri pasien mengalami penurunan</li> <li>- Pasien dapat mengaplikasikan penjelasan dari perawat</li> <li>- Pasien dapat tidur namun sering terbangun, jika terbangun tidak dapat tidur kembali</li> </ul>	<p></p> <p>Erna</p>
--	--	--	--	--	--

No Dx	Waktu (Tgl&Jam)	Tindakan	TT Wat	Waktu (Tgl&Jam)	Catatan Perkembangan (SOAP)	TT Wat
1,2,3,4	29-01-2020 07.00	Menanyakan keadaan umum pasien dan merapikan tempat tidur	<i>er</i>	29-01-2020 14.00	Evaluasi Formatif : <b>Dx 1</b> <b>S</b> : pasien mengatakan tidak sesak namun jika oksigennya dilepas masih ngos-ngosan  <b>O</b> : keadaan pasien membaik dengan hasil TTV TD: 110/80 mmHg N: 101x/menit S: 37°C RR: 22x/menit SpO2: 97%  <b>A</b> : masalah pola napas tidak efektif  <b>P</b> : intervensi dilanjutkan dengan terapi tetap  <b>Dx 2</b> <b>S</b> : pasien mengatakan telapak tangan dan kaki pasien sudah tidak bengkak lagi  <b>O</b> : pasien dapat menggerakkan kaki dan tangan dengan mudah serta kondisi pasien baik dengan output urin 450 cc/24 jam pasien tampak melakukan BAK di kamar mandi setelah cateter dilepas	<i>er</i>  <b>Erna</b>
	09.00	Mempossikan pasien senyaman mungkin dengan posisi semi fowler	<i>er</i>			
		Monitor TTV TD: 110/80 mmHg N: 101x/menit S: 37°C RR: 22x/menit SpO2: 97%	<b>Erna</b>			
1,2,3,4		Monitoring kepatenan jalan napas dengan memberi nasal kanul O2 4 lpm	<i>er</i>			
2	09.30	Memberikan edukasi tentang training beding	<b>Erna</b>			
		Memberikan obat donperidon 10 mg Tab	<i>er</i>			
2		Melakukan Aff cateter	<b>Erna</b>			
1	13.00	Peberian obat cefixime 200mg Tab	<i>er</i>			
1		Memberi edukasi jika sesak posisikan tubuh semi fowler	<b>Erna</b>			
2	13.45	Monitoring output cairan 450 cc/24 jam	<i>er</i>			
			<b>Erna</b>			

				<p><b>A</b> : masalah hipervolemia teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan dengan mentakar jumlah cairan yang masuk dalam tubuh</p> <p><b>Dx 3</b></p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berjalan tanpa bantuan keluarganya secara mandiri</p> <p><b>O</b> : keadaan pasien membaik dengan pasien melakukan jalan kaki di dalam ruangan dengan perlahan dan ke kamar mandi tanpa bantuan serta melakukan aktivitas yang lain tanpa bantuan</p> <p><b>A</b> : masalah intoleransi aktivitas teratasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan dengan observasi berkala</p> <p><b>Dx 4</b></p> <p><b>S</b> : pasien mengatakan Tidur pasien masih tidak terjadwal, pasien mengatakan sebelum tidur selalu berdoa dan relaksasi otot</p>	<p><b>Erna</b></p> <p><b>Erna</b></p>
--	--	--	--	--	---------------------------------------

					<p><b>O</b> : pasien tampak membuat jadwal tidur harian dan mencoba mentaatinya</p> <p><b>A</b> : masalah gangguan pola tidur tertasi</p> <p><b>P</b> : intervensi dilanjutkan dengan mentaaati jadwal tidur secara konsisten</p> <p>Evaluasi Sumatif :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Pasien mencapai criteria hasil pola napas dengan hasil frekuensi napas 20x/menit tidak sesak dan tidak ada cuping hidung</li><li>- Oedem berkurang pada telapak tangan dan kaki pasien mencapai criteria hasil</li><li>- Pasien dapat bermobilisasi tanpa bantuan orang lain mencapai criteria hasil</li><li>- Pasien dapatg tidur namun bertahap</li></ul>	
--	--	--	--	--	---	--

Tabel 3. 7 Evaluasi

No	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi Sumatif
1	Pola napas tidak efektif berhubungan dengan penurunan ekspansi paru	<p>Tanggal 29 januari 2020</p> <p>Dx 1</p> <p>S : pasien mengatakan tidak sesak namun jika oksigennya dilepas maka pasien merasa ngos-ngosan</p> <p>O : keadaan pasien membaik setelah 3 hari perawatan</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dengan memberi edukasi jika pasien merasa sesak posisikan dengan posisi semi fowler dan memberi tabung O2</p> <p>Pasien mencapai kriteria hasil pola napas tidak efektif dengan hasil frekuensi napas normal 20x/menit tidak sesak dan tidak ada cuping hidung</p>
2	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi	<p>Dx 2</p> <p>S : pasien mengatakan telapak tangan dan kaki pasien sudah tidak bengkak lagi</p> <p>O : pasien dapat menggerakkan kaki dan tangan dengan mudah serta kondisi pasien baik setelah 3 hari perawatan</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dengan mentakar jumlah cairan yang masuk dalam tubuh pasien dengan jumlah 500 cc/24jam</p> <p>Pasien mencapai criteria hasil hipervolemia dengan hasil bengkak pada telapak tangan dan kaki berkurang</p>
3	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan suplai dan kebutuhan O2	<p>Dx 3</p> <p>S : pasien mengatakan dapat melakukan aktivitas ke kamar mandi dan berjalan tanpa bantuan keluarganya secara mandiri</p> <p>O : keadaan pasien membaik dengan pasien melakukan jalan kaki di dalam ruangan dengan perlahan dank e kamar mandi tanpa bantuan serta melakukan aktivitas yang lain tanpa bantuan</p> <p>A : masalah teratasi</p>

4	Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurang kontrol tidur	<p>P : intervensi dilanjutkan dengan observasi berkala Pasien mencapai criteria hasil intoleransi aktivitas dengan hasil pasien dapat bermoilisasi tanpa bantuan orang lain</p> <p>Dx 4</p> <p>S : pasien mengatakan tidur pasien masih tidak terjadwal, pasien mengatakan sebelum tidur selalu berdoa dan relaksasi otot</p> <p>O : pasien tampak membuat jadwal tidur harian dan mencoba mentaatinya</p> <p>A : masalah teratasi</p> <p>P : intervensi dilanjutkan dengan mentaati jadwal tidur secara konsisten Pasien mencapai kriteria hasil gangguan pola tidur dengan hasil pasien dapat tidur namun bertahap</p>
---	---	--

