

BAB 3

TINJAUAN KASUS

Asuhan keperawatan pada Sdr.M Dengan Gagal Ginjal Kronik yang dilaksanakan pada tanggal 16- 18 Juli 2013 di ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit Al-Irsyad Surabaya

3.1 Pengakajian Keperawatan (Tanggal 16 Juli 2013)

3.1.1 Pengumpulan Data

1. Identitas Klien

Sdr.M. ,umur 24 tahun, suku Jawa ,bangsa Indonesia status belum menikah,agama Islam,Pendidikan terakhir SMA,Pekerjaan koki ,alamat Jl.Sidotopo Wetan Baru V/23 Surabaya .

2.Keluhan Utama :

Klien mengatakan Mual

3.Riwayat kesehatan / Penyakit Sekarang :

Klien mengatakan 3 Hari yang lalu sebelum Masuk Rumah Sakit tidak enak badan , mual , badan nyeri semua , nyeri kepala ,nyeri pada perut sebelah kiri , terasa menusuk-nusuk pada tulang , nyeri hilang timbul, dan nafsu makan menurun sebelumnya berobat ke dokter , dokter mengatakan klien terkena gejala tipus . pada tanggal 14 Juli 2013 pukul 02.00 WIB klien datang di UGD dengan keluhan sesak nafas , Klien nampak gelisah , Tekanan darah 190/110 mmHg ,

Gula darah acak 403 mg ,dokter mengatakan klien masuk rumah sakit tanggal 15 Juli 2013 di ruang ICU RS Al-Irsyad Surabaya pukul 03.30 WIB

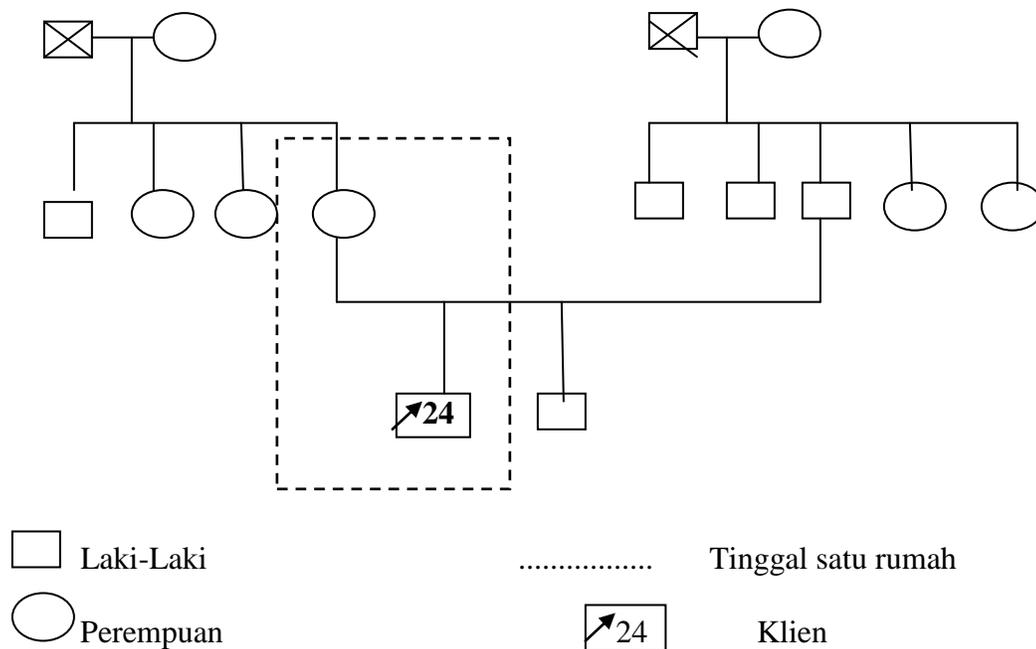
4.Riwayat Penyakit dahulu :

Klien mengatakan tidak pernah mempunyai riwayat kencing manis , klien mengatakan 4 bulan yang lalu merasakan kencingnya agak sakit , dan nyeri pinggang tetapi tidak pernah berobat ke dokter hanya diberikan obat-obat yang dijual di toko , Klien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan tertentu seperti suplemen atau antibiotik . Klien mengatakan hanya kurang minum ketika sedang bekerja .

5.Riwayat Penyakit Keluarga :

Keluarga klien megatakan bahwa keluarga tidak pernah menderita penyakit kencing manis dan darah tinggi .

6.Genogram



7. Review of system (Tanggal 16 Juli 2013)

B1: Breathing

Subyektif : Klien tidak mengeluh sesak

Obyektif : Jalan nafas bebas , RR 14x/menit , Klien terpasang O2 Nasal 3 lpm , SPO2 99-100 % , Posisi semi flower , Tidak ada pernafasan tambahan , tidak ada pernafasan cuping hidung .

B2 :Blood

Subyektif : Klien mengatakan mengalami keletihan

Obyektif : Keadaan Umum Lemah , Klien sering terlihat mengantuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT > 3 detik , Hemoglobin 8,1 mg% , ada subkonjungtiva bleeding dekstra/sinistra , akral dingin , ada edema pada ekstremitas bawah dekstra/sinistra .

B3 : Brain

Subyektif : Klien mengatakan tidak ada keluhan

Obyektif : GCS 456 , Keadaan compos mentis , Suhu 36 C , tidak ada kejang , tidak ada kaku kuduk

B4: Blader

Subyektif :Klien mengatakan buang air kecil klien sedikit

Obyektif :Klien buang air kecil dengan menggunakan kateter ,tidak ada nyeri ketika BAK , Warna urine jernih sekali , endapan tidak ada , produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282 cc (Oliguria).

B5 : Bowel

Subyektif :Klien mengatakan mual , dan mulut terasa pahit

Obyektif :Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari, 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik usus 12x/menit , bau mulut amonia , tidak ada peradangan mukosa mulut , BB sebelum sakit 54kg , saat Masuk Rumah Sakit 48 kg , BAB sejak masuk RS belum .

B6 : Bone

Subyektif : Klien mengatakan nyeri pada seluruh badannya

Obyektif :Kelemahan fisik , wajah klien menyeringai , terasa linu diseluruh badan , skala nyeri 4 ,nyeri hilang timbul , Tidak ada kram otot , Tidak ada gatal pada kulit , Tidak ada keterbatasan gerak sendi .

Penunjang Medik

Tanggal 15 Juli 2013

1. Laboratorium
Pemeriksaan Darah Lengkap

Hemoglobin	:	8,1	(normal 13,5 – 18,0 gr%)
Leukosit	:	14.000	(normal 4.000-9.000/mm ³)
Trombosit	:	267.000	(normal 120.000-380.000mm ³)
Hematokrit	:	2,40	(normal 36,0-56,0 %)
Eritrosit	:	3.100.000	(normal3.800.000-5.300.000)
LED	:	28	(normal 0-15/jam)
SGOT	:	32,0	(normal <40 U/L)

SGPT	:	22,0	(normal <40 U/L)
Ureum	:	229,0	(normal 15-45 mg%)
Kreatinin	:	18,2	(normal 0,6-1,1 mg/dl)

Pemeriksaan Elektrolit

Natrium	:	144,2	(normal 135-148 mmol/L)
Kalium	:	6,21	(normal 3,5-5,3)
Klorida	:	110,8	(normal 98-107)

Tanggal 16 Juli 2013

1. Laboratorium

Pemeriksaan Lemak

Colestrol	:	140	(normal <200mg%)
Trigliserida	:	206	(normal <150 mg%)
HDL	:	23	(normal >35 mg/dl)
LDL	:	76	(normal <150 mg/dl)

Pemeriksaan Kimia darah

Uric acid	:	19,60	(normal 3,4-7,0 mg/dl)
Glukosa puasa	:	87	(normal 70-115 mg%)
Glukosa 2 jam PP	:	112	(normal <125 mg%)

2. Pemeriksaan Radiologi

USG Abdomen Uper + Lower

Kesimpulan :

Hepar besar normal ,permukaan rata ,blader tidak tampak batu/mass , renal dextra normal tak tampak batu/mass ,renal sinistra tampak mengecil , tak tampak batu/mass, kesimpulan chronic kidney disease bilateral.

Tanggal 17 Juli 2013

1. Laboratorium

Pemeriksaan Darah Lengkap

Hemoglobin	:	6,1	(normal 13,5 – 18,0 gr%)
Leukosit	:	8800	(normal 4.000-9.000/mm ³)
Trombosit	:	185.000	(normal 120.000-380.000/mm ³)
Hematokrit	:	17,4	(normal 36,0-56,0 %)
Eritrosit	:	2.280.000	(normal 3.800.000-5.300.000)
LED	:	30	(normal 0-15/jam)
Ureum	:	194	(normal 15-45 mg%)
Kreatinin	:	16,1	(normal 0,6-1,1 mg/dl)

Pemeriksaan Elektrolit

Natrium	:	148,7	(normal 135-148 mmol/L)
Kalium	:	3,41	(normal 3,5-5,3)
Klorida	:	112,1	(normal 98-107)

Penatalaksanaan/Terapi

Terapi Injeksi :Otozol 40mg 2x 1/iv

Ondancetron 8mg 2x1/iv

Ca Glukonas 1amp 3x1/iv

Lasix 1amp 2x1 /iv

Ceftriaxone 1 vial 3x1 /iv

Vasacon 4 tetes/24 jam

Terapi Oral : Alupurineol 1tab 1x 1

Irvel 150mg 1-0-0

Diet :Diet B2 2100 kkal

Cairan minum 500/ 24jam

3.1.2 Analisa Data

Dari data yang telah dikumpulkan dapat dilakukan penegelompokan data sebagai berikut :

1. Kelompok data pertama (tanggal 16 Juli 2013)

1.) Data Subyektif

Klien mengatakan BAK klien sedikit

2.) Data Obyektif

Klien BAK menggunakan kateter ,Tidak ada nyeri ketika BAK , Warna urine jernih sekali , endapan tidak ada , produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282cc (Oliguria) .

3.) Masalah

Kelebihan Volume cairan

4.) Kemungkinan penyebab

Penurunan Haluaran urine

2. Kelompok data kedua (tanggal 16 juli 2013)

1.) Data Subyektif

Klien mengatakan mual ,dan mulut terasa pahit

2.) Data Obyektif

Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari , 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik usus 22x/menit , bau mulut amonia , tidak ada peradangan mukosa mulut , BB sebelum sakit 54kg , saat Masuk Rumah Sakit 48 kg , BAB sejak masuk RS belum .

3.) Masalah

Ketidakseimbangan Nutrisi

4.) Kemungkinan penyebab

Intake Nutrisi yang tidak adekuat

3 . Kelompok data ketiga (tanggal 16 Juli 2013)

1.) Data Subyektif

Klien mengatakan mengalami keletihan

2.) Data Obyektif

Keadaan Umum Lemah ,Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik ,Hemoglobin 8,1 gr % ,

3.) Masalah

Intoleransi aktifitas

4.) Kemungkinan penyebab

Anemia

3. Kelompok data keempat (tanggal 16 Juli 2013)

1.)Data Subyektif

Klien mengatakan bengkak pada kaki kanan dan kirinya

2.)Data Obyektif

Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% .

3.) Masalah

Resiko tinggi terjadinya kerusakan integritas kulit

4.) Kemungkinan penyebab

Akumulasi ureum dalam kulit

3.2 Diagnosa Keperawatan

Untuk menentukan diagnosa keperawatan maka penulis mengacu pada urutan sebagai berikut yaitu mengancam jiwa ,menggangu fungsi organ ,menggangu kesehatan , dengan tetap mendahulukan kejadian yang lebih awal terjadi sehingga urutan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine ditandai dengan Klien BAK menggunakan kateter ,Warna urine jernih sekali , endapan tidak ada ,Produksi urine oliuria < 300 cc/hari , produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282cc .
2. Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat ditandai dengan Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari, 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik usus 12x/menit , bau mulut amonia , tidak ada

peradangan mukosa mulut , BB sebelum sakit 54kg , saat Masuk Rumah Sakit 48 kg, BAB sejak masuk RS belum .

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan anemia ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik , Hemoglobin 8,1 gr % .
4. Resiko terjadinya kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan akumulasi ureum dalam darah ditandai dengan Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% ,

3.3 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan disusun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 16 Juli 2013.

- 1.) Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine ditandai dengan Klien BAK menggunakan kateter , Warna urine jernih sekali , endapan tidak ada , produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282cc (oliguria) .

(1). Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam tidak terjadi kelebihan volume cairan sistemik

(2). Kriteria Hasil

a. klien tidak sesak nafas

b. Tidak ada edema

c. Produksi urine >600 cc/hr

(3). Rencana Tindakan

a. Ukur intake dan output

Rasional: Penurunan urine output mengakibatkan gangguan perfusi jaringan mengakibatkan penurunan curah jantung .

b. Istirahatkan klien untuk tirah baring

Rasional: Menjaga klien dalam keadaan tirah baring selama beberapa hari mungkin diperlukan untuk meningkatkan diuresis yang bertujuan mengurangi edema .

c. Berikan oksigen sesuai dengan indikasi

Rasional : Meningkatkan sediaan oksigen

d. Pertahankan cairan/pembatasan natrium sesuai indikasi

Rasional : menurunkan air total tubuh/mencegah reakupulasi cairan

e. Kolaborasi dalam pemberian obat sesuai indikasi : lasix 2 x 1amp / iv

Rasional : meningkatkan laju aliran urine dan dapat menghambat reabsorpsi natrium/klorida pada tubulus ginjal

f. Kolaborasi dalam konsul dengan ahli gizi

Rasional : perlu memberikan diet yang dapat diterima klien yang memenuhi kebutuhan kalori dalam pembatasan natrium

2) Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat ditandai dengan Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari, 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik

usus 12x/menit , bau mulut amonia , tidak ada peradangan mukosa mulut BB sebelum sakit 54kg , saat Masuk Rumah Sakit 48 kg, BAB sejak masuk RS belum .

(1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 5 x 24 jam dapat mempertahankan masukan nutrisi yang adekuat .

(2) Kriteria Hasil

- a. Mual tidak ada
- b. Porsi diet habis
- c. Mempertahankan berat badan

(3) Rencana Tindakan

- a. Catat pemasukan dan pengeluaran status Nutrisi

Rasional: mengidentifikasi kebutuhan dan mengevaluasi intervensi

- b. Anjurkan makan sedikit dan sering

Rasional: Meminimalkan anoreksia dan mual

- c. Lakukan oral hygiene

Rasional: dapat meningkatkan nafsu makan klien .

- d. Kolaborasi dengan tim gizi dalam pemberian diet sesuai indikasi

Rasional: Membantu pemenuhan kebutuhan nutrisi klien.

3) Intoleransi aktifitas berhubungan dengan anemia ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik , Hemoglobin 8,1 gr % .

(1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam 3 x 24 jam klien dapat Berpartisipasi dalam aktivitas yang dapat ditoleransi

(2) Kriteria Hasil

- a. Berpartisipasi dalam aktivitas perawatan mandiri
- b. Melakukan istirahat dan aktivitas secara bergantian

(3) Rencan Tindakan

- a. Kaji faktor yang menimbulkan keletihan : anemia , ketidak seimbangan cairan dan elektrolit

Rasional : Indikasi tingkat keletihan

- b. Tingkatkan kemandirian dalam aktifitas perawatan mandiri

Rasional : Meningkatkan aktivitas ringan / sedang

- c. Anjurkan aktifitas alternatif sambil istirahat

Rasional : Mendorong latihan dan aktivitas

- d. Anjurkan untuk beristirahat setelah dialisis

Rasional : Istirahat yang adekuat dianjurkan setelah dialisis.

- 4) Resiko terjadinya kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan akumulasi ureum dalam darah ditandai dengan Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% ,

(1) Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan dalam 3x 24 jam tidak terjadi integritas kulit

(2) Kriteria Hasil

Kulit tidak kering, Edema pada kulit berkurang

(3) Rencana Tindakan

a. Kaji terhadap kekeringan kulit

Rasional : Perubahan mungkin disebabkan oleh penurunan aktifitas.

b. Kaji terhadap adanya perdarahan

Rasional : Perdarahan yang abnormal sering dihubungkan dengan peningkatan uremia

c. Gunting kuku dan pertahankan kuku terpotong pendek dan bersih

Rasional : Menghindari penggarukan ke kulit .

d. Kolaborasi dalam pemberian obat perdarahan : Vasacon 4 tetes / 24 jam

Rasional : Memberikan pengobatan

3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan.

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine ditandai dengan klien BAK menggunakan kateter, Warna urine jernih sekali, endapan tidak ada, Produksi urine oliguria < 300 cc/hari, produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282cc .

Tanggal 16 Juli 2013

1. Mengukur volume urine

Respon: Volume urine 15 cc , Pada jam 10.30 WIB

Memberikan istirahat dengan posisi semi flower

Respon :Klien kooperatif dan merasa lebih nyaman.

2. Memberikan Injeksi Lasix 1amp , Ca Gluconas 1 amp

Respon:Klien kooperatif , Pada pukul 12.15 WIB

3.Memberikan minum pada klien dan menganjurkan klien untuk membatasi minum Pada pukul 13.00 WIB

Respon : klien kooperatif

4.Mengukur volume

Respon: Volume urine 25 cc , Pada pukul 13.30 WIB

5. Mengantar Klien keruang hemodialisa

Respon : Klien kooperatif namun sedikit cemas , Pukul 14.30 WIB

Tanggal 17 Juli 2013

1. Mengukur volume Pukul 13.30 WIB

Respon: Volume urine 30 cc

2. Memberikan minum pada klien dan menganjurkan klien untuk membatasi minum , Pukul 12.25 WIB

3. Mengukur volume urine , Pukul 14.30 WIB

Respon: Volume urine 25 cc

4. Mengukur volume , Pukul 16.30 WIB

Respon: Volume urine 25 cc

5. Memberikan Injeksi lasix 1amp

Respon : Klien kooperatif

2. Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat ditandai dengan Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari, 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik usus 12x/menit , bau mulut amonia , tidak ada peradangan mukosa mulut , BB sebelum sakit 54kg , saat Masuk Rumah Sakit 48 kg, BAB sejak masuk RS belum .

Tanggal 16 Juli 2013

1. Menyuyapi klien dengan makanan dari rumah sakit

Respon : klien hanya menghabiskan 3 sendok makan saja , Pada pukul 12.00 WIB

2. Melakukan Oral Hygiene dan menyeka klien

Respon : klien kooperatif , Pada pukul 15.30 WIB

3. Memberikan snack rumah sakit

Respon : klien mau menghabiskan snack karena tidak mual , Pada pukul 16.00 WIB

Tanggal 17 Juli 2013

1. Menyuyapi klien dengan makanan dari rumah sakit

Respon : klien hanya menghabiskan setengah porsi dietnya ,Pukul 12.00 WIB

2. Memberikan minum pada klien dan menganjurkan klien untuk membatasi minum , Pukul 12.25 WIB

Respon : klien kooperatif

3. Melakukan Oral hygiene

Respon : Klien bisa melakukan oral hygiene sendiri sedikit dibantu oleh perawat , Pukul 15.00 WIB

4.Memberikan snack rumah sakit

Respon : klien mau menghabiskan snack karena tidak mual , Pada pukul 16.00 WIB

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan anemia ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik , Hemoglobin 8,1 gr % .

Tanggal 16 Juli 2013

1. Memantau hasil laboratorium tanggal 15 Juli 2013Hemoglobin 81 gr% , Pada jam 09.30 WIB

2. Melakukan Observasi TTV

Respon : tekanan darah 162/107 mmHg, nadi 77 x/menit, RR 16 x/menit, suhu 36⁰ C , Pada pukul 11.30 WIB

3.Memberikan posisi yang nyaman pada klien . posisi semi flower.

Respon : Klien kooperatif dan merasa nyaman atas posisi yang diberikan ,

Pada pukul 13.00 WIB

4. Menyeka klien dan meningkatkan aktifitas mandiri klien

Respon : Klien merasa senang atas antuan perawatan terhadapnya , Pada

pukul 15.00 WIB

Tanggal 17 Juli 2013

1. Melakukan Oral hygiene

Respon : Klien bisa melakukan oral hygiene sendiri sedikit dibantu oleh

perawat , Pukul 15.00 WIB

2. Menyeka Klien

Respon : Klien kooperatif

4. Resiko terjadinya kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan akumulasi ureum dalam darah ditandai dengan Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% ,

Tanggal 16 Juli 2013

1. Observasi terhadap perdarahan yang dialami klien

Respon : klien mengatakan mata kanan-kiri tidak bisa dibuka , Pada pukul

09.00 WIB

2. Memberikan obat perdarahan pada klien , vasacon 4 tetes dekstra/sinistra

Respon : Klien kooperatif, Pada pukul 12.00 WIB

3. Menyeka klien

Respon : Klien merasa segar setelah diseka , Pukul 15.30 WIB

Tanggal 17 Juli 2013

1. Memeberikan injeksi vitamin K 1amp

Respon ; Klien koperatif , Pada pukul 12.30 WIB

2. Menyeka klien

Respon : Klien merasa segar setelah diseka , Pukul 15.30 WIB

3. Memberikan lotion

Respon : Klien sangat senang karena merasa segar

3.5 Evaluasi

3.5.1 Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 16 Juli 2013

1. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine ditandai dengan Klien BAK menggunakan kateter ,Warna urine jernih sekali , endapan tidak ada ,Produksi urine oliuria < 300 cc/hari , produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282cc.

Tanggal 16 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan BAK klien sedikit

Objektif : Poduksi volume urine 282 cc , dengan total cairan masuk 690cc ,warna kuning jernih ,tidak ada endapan .

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : intervensi dilanjutkan 1-5

Tanggal 17 Juli 2013

- Subjektif : Klien mengatakn BAKnya masih sedikit
- Objektif : Produksi volume urine 215 cc , dengan total cairan masuk 350 cc , warna kuning jernih , tidak ada endapan .
- Assessment : Masalah belum teratasi
- Planning : intervensi dilanjutkan 1-5

Tanggal 18 Juli 201

- Subjektif : Klien mengatkan BAK klien sedikit
- Objektif : Produksi volume urine 245 cc, dengan total cairan masuk 350cc, warna kuning jernih , tidak ada endapan .
- Assessment :Maslah belum teratasi
- Planning : Intervensi dilanjutkan 1-5

2. Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat ditandai dengan Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari , 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik usus 12x/menit , bau mulut amonia , tidak ada peradangan mukosa mulut BB sebelum sakit 54kg , saat Masuk Rumah Sakit 48 kg, BAB sejak masuk RS belum .

Tanggal 16 Juli 2013

- Subjektif : Klien mengatakan mual
- Objektif : Mual + , makan 3x/hari hanya habis ½ porsi ,BB 48 kg , peristaltik usus 12x/menit .

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

Tanggal 17 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan masih mual

Objektif : Mual + , Makan 3x/hari, hanya habis ¼ porsi setiap kali makannya ,peristaltik usus 13x/menit.

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

Tanggal 18 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan mual mulai berkurang

Objektif : Mual - , Makan 3x/hari , habis ¾ porsi

Assessment :Masalah teratasi sebagian

Planning :Intervensi dilanjutkan 1-4

3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan anemia ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik , Hemoglobin 8,1 gr %

Tanggal 16 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan mengalami keletihan

Objektif : Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik , Hemoglobin 8,1 gr %

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

Tanggal 17 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan masih terasa letih di seluruh badan

Objektif : Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 147/110 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik , Hemoglobin 6,1 gr %

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

Tanggal 18 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan letih berkurang

Objektif :Keadaan umum lemah , Tekanan darah , Nadi 82x/Menit , CRT < 3 detik , Klien mampu beraktifitas dengan perawatan mandiri yang dibeikan .

Assessment :Masalah teratasi sebagian

Planning :Intervensi dilanjutkan 1-4

4. Resiko terjadinya kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan akumulasi ureum dalam darah ditandai dengan Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% .

Tanggal 16 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan bengkak pada kaki kanan dan kirinya

Objektif : Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% .

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

Tanggal 17 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan kakinya masih bengkak

Objektif : Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% .

Assessment : Masalah belum teratasi

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

Tanggal 18 Juli 2013

Subjektif : Klien mengatakan bengkaknya mulai berkurang

Objektif : Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% .

Assessment : Masalah teratasi sebagian

Planning : Intervensi dilanjutkan 1-4

4.5.2 Evaluasi

Evaluasi ini merupakan hasil akhir pada Sdr. M dengan Gagal Ginjal Kronik yang didapatkan sebagai berikut :

1. Diagnosa keperawatan Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine ditandai dengan Klien BAK menggunakan kateter ,Warna urine jernih sekali , endapan tidak ada ,Produksi urine oliuria < 300 cc/hari , produksi urine 282 cc dengan total cairan masuk 690 cc cairan keluar 282cc. Tujuan belum tercapai tanggal 18 Juli 2013 . Produksi volume urine 245 cc, dengan total cairan masuk 350cc, warna kuning jernih , tidak ada endapan .
2. Diagnosa Keperawatan Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake nutrisi yang tidak adekuat ditandai dengan Nafsu makan menurun , Mual , makan 3x/hari, 1 porsi diet hanya habis ½ porsi , diet B2 2100 kal , peristaltik usus 12x/menit , bau mulut amonia , tidak ada peradangan mukosa mulut BB sebelum sakit 54kg , saat Masuk Rumah Sakit 48 kg , BAB sejak masuk RS belum . Tujuan tercapai sebagian tanggal 18 Juli 2013 . Mual - , Makan 3x/hari , habis ¾ porsi.
3. Intoleransi aktifitas berhubungan dengan anemia ditandai dengan Keadaan Umum Lemah , Klien selalu terlihat mengatuk , Tekanan darah 157/111 mmHg , Nadi 83x/menit , CRT < 3 detik , Hemoglobin 8,1 gr % . Tujuan tercapai sebagian

4. Resiko terjadinya kerusakan Integritas kulit berhubungan dengan akumulasi ureum dalam darah ditandai dengan Ada edema pada ekstermitas bawah dekstra/sinistra , adanya subkonjungtiva bleeding pada dekstra/sinistra , ureum 229,0 mg% , Tujuan tercapai sebagian .