

BAB 3

TINJAUN KASUS

3.1 Pengkajian tanggal 08 April 2013 jam 10.00 WIB

3.1.1 Pengumpulan data

1. Identitas klien

Nama : Tn. D, umur 52 tahun, jenis kelamin laki-laki, pendidikan SMA, agama islam, status perkawinan sudah menikah, suku bangsa Jawa/Indonesia, alamat rumah Jalan Ploso 5, 19A Surabaya, pekerjaan wiraswasta, tanggal/jam masuk rumah sakit (MRS) 29 maret 2013 jam 02.30 WIB, ruangan pandan 1(interne 1 laki-laki dewasa), diagnosa medis Gagal Ginjal Kronik dan Efusi Pleura, no. Register 12100365.

2. Keluhan Utama

Klien mengatakan sesak nafas semakin bertambah, nyeri pada dada, tidak bisa kencing (kencing sedikit) dan BAB, jika kencing terasa nyeri, nyeri pada perut.

3. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan sekarang

Klien mengatakan sesak dirasakan semakin berat sejak 1 hari setelah hemodialisa (28 Maret 2013), pasien hemodialisa (27 Maret 2013) 2 hari sebelum masuk rumah sakit, sebelumnya 4 hari sebelum

masuk rumah sakit (25 Maret 2013) pasien KRS dari RSUD Dr. Soetomo, pasien telah di rawat selama 2 minggu. Pasien di rawat karena sesak, nyeri perut, decompensasi cordis, batu ginjal, sesak tidak berkurang dengan istirahat, batuk kurang lebih 6 bulan yang lalu, dahak sulit di keluarkan, dahak berwarna kuning kadang-kadang kecoklatan, nyeri perut mulai 1 minggu di bagian abdomen kiri atas (kuadran II) yang lalu sebelum masuk rumah sakit perut terasa tegang dan membuncit, pasien tidak bisa BAK dan BAB, jika BAB kadang-kadang di sertai dengan darah, minum paling banyak dalam sehari hanya 2 gelas.

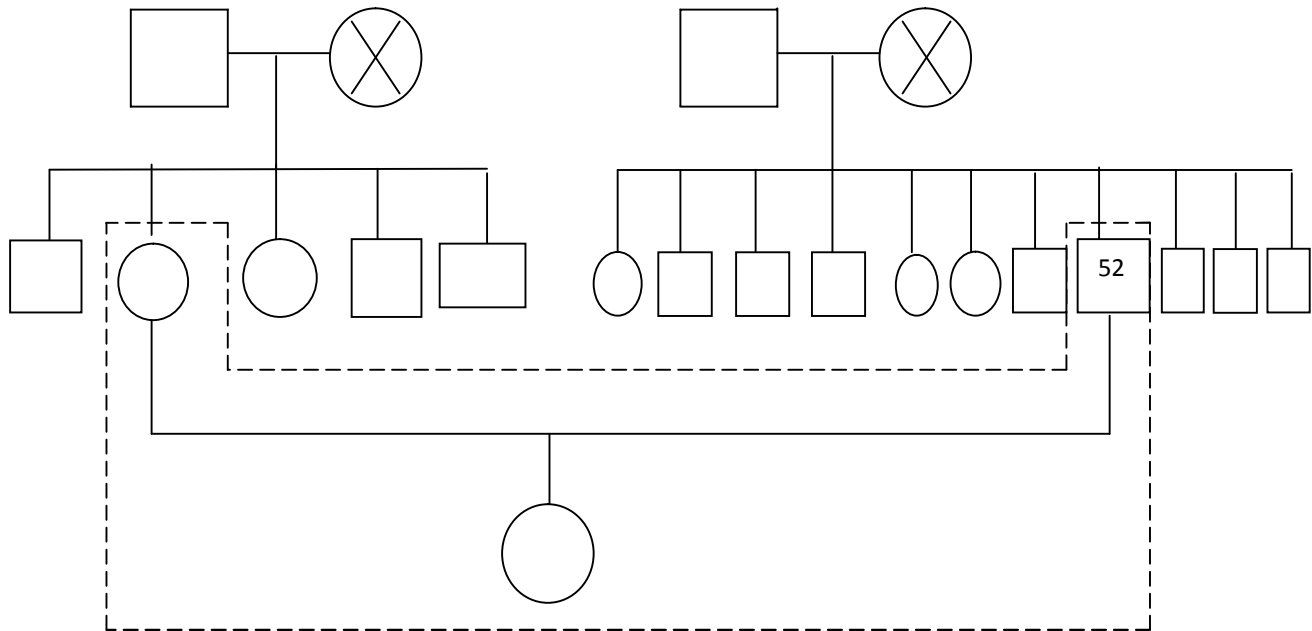
2. Riwayat kesehatan lalu/penyakit dahulu

Klien punya riwayat penyakit hipertensi dan Diabetes Mellitus pada tahun 2008 (jarang kontrol), klien perokok berat, pernah menderita batu ginjal, pernah operasi batu ginjal pada tahun 2011, operasi pelepasan Dialisis Peritoneal 2011, dan pernah coma 1 kali (3 hari). Klien juga punya riwayat minum jamu-jamuan kurang lebih 5 tahun yang lalu.





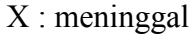
3. Riwayat kesehatan keluarga

Ayah dari Tn. D ada mempunyai penyakit Diabetes Mellitus dan dari ibunya mempunyai penyakit hipertensi, tetapi keluarga tidak mempunyai keturunan penyakit menular.

Genogram :



Keterangan :

-  Laki-laki
-  Perempuan
-  Pasien
-  ----- Tinggal satu rumah
-  X : meninggal



4. Pola Fungsi Kesehatan

1. Pola Persepsi dan Tata Laksana Hidup Sehat

Pola Persepsi : klien mengatakan mempunyai sakit hipertensi dan diabetes mellitus, tidak pernah kontrol tapi minum obat hipertensi teratur (amlodipin)

1x sehari dan tidak minum obat DM tetapi menjaga pola asupan makanannya ketika di rumah dan jika sakit langsung berobat ke RSUD Soetomo surabaya.

Pola tata laksana hidup sehat : klien mengatakan SMRS mandi 2x dalam sehari, menggosok giginya 2x sehari, mengganti pakaiannya 2x sehari dan keramas seminggu 3x, pasien termasuk perokok berat tetapi setelah pasien MRS klien tidak pernah mandi hanya di seka dan tidak menggosok giginya, dan sudah tidak merokok lagi

2. Pola Nutrisi dan Metabolisme

SMRS = Klien mengatakan selama di rumah, makan 2 kali sehari secara teratur dengan diet HT rendah garam dan diet DM. porsi sedang dengan nasi, sayur, lauk pauk dan minum air putih kurang lebih 2 gelas kecil, minum jamu-jamuan.

MRS = klien mengatakan selama di rumah sakit makan hanya setengah porsi yang di habiskan, selera makan menurun, minum air putih hanya 2 gelas dalam sehari, mendapat diet TKRPRG.

3. Pola Aktivitas

SMRS = klien mengatakan selama di rumah hanya melaksanakan aktivitas yang ringan-ringan saja, sudah tidak bekerja karena sakit yang di alaminya, aktivitas sehari-harinya membutuhkan bantuan minimal , dan tidak pernah berolahraga.

MRS = klien hanya bedrest di tempat tidur, ambulasi di tempat tidur karena keadaanya yang lemah di sebakn penyakitnya, seluruh aktivitasnya di bantu (total care).

4. Pola Eliminasi

SMRS = klien mengatakan selama di rumah tidak bisa BAB (terkadang bisa BAB dengan warna hitam disertai dengan darah), tidak bisa BAK

MRS = klien mengatakan selama 10 hari di rawat di rumah sakit hanya bisa BAB 3 kali dengan warna kehitaman disertai lendir dan darah. Dan BAK kurang lebih hanya 40 ml / 24 jam, warna keruh dan saat BAK terasa sakit dan nyeri.

5. Pola Tidur dan Istirahat

SMRS = klien mengatakan selama di rumah tidak pernah bisa tidur siang dan tidur malam, tidur malam kurang lebih hanya 5 jam (sering terbangun karena sesak)

MRS = klien mengatakan tidak pernah bisa tidur siang, dan kalau malam hari tidak pernah bisa tidur, tidur hanya kurang lebih 2 jam dalam sehari (sesak dirasakan semakin berat)

6. Pola Sensori dan Kognitif

Sensori = klien mengatakan tidak mengalami gangguan penglihatan, pendengaran, penciuman dan perabaan.

Kognitif = klien mengatakan mengerti penyakitnya dengan jelas terbukti dengan makanan yang di konsumsinya yaitu diet rendah garam dan diet DM serta minum obat HT secara teratur dan apabila tidak mengerti sering bertanya kepada dokter dan pearawat yang merawatnya.

7. Pola Persepsi dan Konsep Diri

Gambaran diri = klien mengatakan merasa cemas dan khawatir dengan keadaannya saat ini.

1. Harga diri = klien mengatakan tidak malu dengan perubahan yang di alami karena sakitnya.
2. Ideal diri = klien berharap ingin sembuh dari sakitnya dan ingin cepat pulang ke rumah.
3. Peran = klien mengatakan perannya sebagai suami tidak maksimal karena sudah tidak bisa bekerja karena sakit yang di alaminya.
4. Identitas diri = klien berjenis kelamin laki-laki yang berumur 52 tahun dan sudah menikah yang mempunyai 1 anak perempuan dan sudah tidak bekerja

8. Pola hubungan peran

Klien mengatakan hubungan dengan istri dan keluarganya berjalan dengan harmonis (terbukti bahwa klien selalu didampingi istri dan keluarga). Klien dan keluarga kooperatif dengan semua tindakan keperawatan. Hubungan klien dengan pasien yang lain juga terlihat baik dan akrab.

9. Pola Reproduksi dan Seksual

Klien berjenis kelamin laki-laki dan sudah menikah serta sudah tidak berhubungan suami istri lagi.

10. Pola Penanggulangan stress

Klien mengatakan apabila ada masalah selalu membicarakan dengan orang terdekatnya yaitu istri dan anaknya

11. Pola Tata nilai dan Kepercayaan

Klien mengatakan beragama islam dan saat di rumah klien mengatakan jarang melakukan ibadah, setelah MRS klien tidak pernah melakukan ibadah sholat, klien hanya berdo'a kepada allah agar cepat sembuh.

5. Pemeriksaan fisik

1. Status kesehatan umum

Pada saat pengkajian di temukan pasien dengan kesadaran compos menthis, sura bicaranya serak, pernafasannya 28x/menit, suhu 37 c, nadi 84x/menit, tekanan darah 130/80 mmHg, GCS 4-5-6, berat badan 49 kg dan tinggi badannya 163 cm.

2. Kepala

Bentuk kepala simetris, tidak terdapat benjolan, rambut berwarna hitam.

Rambut kotor, tidak ada nyeri tekan pada kepala.

3. Muka

Bentuk simetris, wajah tampak gelisah dan tidak terdapat oedema pada wajah

4. Mata

Bentuk mata simetris, konjungtiva anemis, sklera icterus, mata tidak cowong, tidak terdapat benjolan palpebra.

5. Telinga

Bentuk telinga simetris, telinga terlihat kotor, tidak terdapat serumen

6. Hidung

Bentuk simetris, terdapat sekret, lubang hidung kotor, terdapat pernafasan cuping hidung, tidak terdapat polip, tidak terdapat epistaksis, terpasang 02 masker 8 lpm.

7. Mulut dan Faring

Bentuk bibir simetris, mukosa bibir kering, tidak terdapat gigi berlubang, dan tidak terdapat stomatitis.

8. Leher

Tidak terdapat pembesaran kelenjar tyroid, tidak terdapat nyeri telan dan nadi carotis teraba.

9. Thorax

Bentuk dada simetris, pergerakan nafas tidak sama, terasa nyeri pada dada. Pada pemeriksaan paru terdapat efusi pleura dan pada jantung terdapat cardiomegali.

10. Abdomen

Inspeksi : Bentuk abdomen distended atau membuncit, acites, tidak didapatkan benjolan

Palpasi : Perut teraba keras, terdapat nyeri tekan pada perut di bagian abdomen kiri atas (kuadran II)

Perkusi : Membuncit

Auskultasi : Terdapat suara bising usus 25x/menit

11. Genetalia

Tidak terdapat masalah dengan genitalnya

12. Integumen

Kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), turgor kulit menurun, akral dingin, kulit kadang-kadang terasa gatal

13. Ekstremitas

Terdapat odem pada kaki, pasien tidak di beri cairan infus, tidak terdapat kelumpuhan, klien tidak mengalami kontraktur atau atrofi.

14. Neurologis

Reflek patela normal, GCS 456

1. Pemeriksaan Penunjang

1. Analisa Gas Darah (05 April 2013)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
1. PH	7,47	-	7,35-7,45
2. pCO ₂	24	mmHg	35-45
3. pO ₂	134	mmHg	80-107
4. HCO ₃	17,5	mmol/l	21-25

5. TCO2	18,2	mmol/l	-
6. BEecf (BES)	-6,2	mmol/l	-3,5-2,0
7. SaO2	99	%	%
8. AaDo2	-15	mmHg	-

2. Kimia Klinik (02 April 2013)

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
1. GDA	277	Mg/dl	Normal : <100, DM : >126
2. SGOT	46	u/l	15-37
3. SGPT	54	u/l	12-78
4. Albumin	2,5	g/dl	3,4-5,0
5. BUN	48	mg/dl	7-18
6. Kreatinin	8,9	mg/dl	0,6-1,3
7. Kalium	3,4	mmol/dl	3,5-51
8. Natrium	131	mmol/dl	136-145
9. Klorida	93	mmol/dl	98-107
10. Kalsium	7,5	mg/dl	8,5-10,1
11. Fosfat	3,3	mg/dl	2,5-49

3. Darah lengkap (02 April 2013)

1. WBC	3,72	10e3/ul
2. Neu	2,96	79,7 %
3. Lym	.312	8,39 %
4. Mono	.376	10,1 %
5. Eos	.044	1,17 %
6. Baso	.024	.633
7. RBC	2,83	10e6/ul
8. HGB	6,8	g/dl
9. HCT	22,9	%
10. MCV	81,1	Fl
11. MCHC	29,7	Pg
12. RDW	18,2	g/dl
13. PLT	81,1	%
14. MPV	8,06	Fl

4. Mikrobiologi (30 Maret 2013)

Analisa cairan pleura

Pemeriksaan	Hasil	Satuan
1. Jumlah sel pleura	124	Sel/ul
2. Jumlah sel	28	%
3. Mononuclear	72	%
4. Polinuclear	16,3	Mg/dl
5. Glukosa cairan pleura	4,1	g/dl

6. LDH cairan pleura	542	u/l
7. Ph	8,0	

5. Foto thorax (30 Maret 2013)

Hasil :

COR tampak membesar

Pulmo tidak tampak infiltrasi, chephalisasi, sinus phrenicocostalis kanan teetutup perselubungan, kiri tumpul, tampak perselubungan di hemithorax kanan bawah sampai tengah

Kesan :

Cardiomegali dengan congestine pulmonum, effusi pleura bilateral, kanan lebih besar.

2. Terapi

1. Diet TKRPRG 2100 kkal/hari
2. O2 masker 8 lpm
3. CaCO₃ tab 3x1 po
4. As.folat tab 3x1 po
5. Amilodipin 5 mg 0-0 po
6. Tramadol tab 3x1
7. Raber test paru

3.1.2 Analisa Data

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

1. Kelompok data pertama (tanggal 08 April 2013)

1) Data subyektif

Klien mengatakan sesak nafas, nyeri pada dada, sesak tidak berkurang dengan istirahat

2) Data obyektif

Klien sesak nafas, tampak terengah-engah, terlihat gelisah, akral dingin, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat suara wheezing, O₂ masker 8 lpm, keadaan umum lemah, rr : 28x/menit, nadi : 84x/menit, TD : 130/80 mmHg, S: 37 c, COR tampak membesar, Pulmo tidak tampak infiltrasi, chephalisasi, sinus phrenicocostalis kanan tertutup perselubungan, kiri tumpul, tampak perselubungan di hemithorax kanan bawah sampai tengah

Kesan :

Cardiomegali dengan congestine pulmonum, effusi pleura bilateral, kanan lebih besar.

3) Kemungkinan penyebab

Penurunan kualitas ekspansi paru

4) Masalah

Pola nafas tidak efektif

2. Kelompok data kedua (tanggal 08 april 2013)

1) Data subyektif

Klien mengatakan nyeri dan sakit pada saat kencing, klien mengatakan urine keluar dengan menetes, pancaran urine lemah, minum kurang lebih 2 gelas perhari (350 ml), kencing sedikit.

2) Data obyektif

Edema pada kaki, perut membuncit, acites, hasil foto thorax (30 maret 2013) terdapat cardiomegali dengan congestine pulmonum, penurunan kadar Hb (6,8 g/dl), turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin, kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), oliguria, urine volume kurang dari 40 ml / 24 jam dengan intake 350 ml, rr: 28x/menit. N: 84x/menit, TD:130/80, S: 37 c, keadaan umum lemah.

3) Kemungkinan penyebab

Penurunan haluaran urine

4) Masalah

Kelebihan volume cairan

3.2 Diagnosa Keperawatan

Dari analisa data yang di peroleh maka dapat di rumuskan diagnosa keperawatan sesuai prioritas sebagai berikut :

1. Gangguan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kualitas ekspansi paru di tandai dengan klien mengatakan sesak nafas, nyeri pada dada, sesak tidak berkurang dengan istirahat, tampak terengah-engah, terlihat gelisah, akral dingin, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat

suara wheezing, O₂ masker 8 lpm, keadaan umum lemah, rr : 28x/menit, nadi : 84x/menit, TD : 130/80 mmHg, S: 37 c,

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine di tandai dengan edema pada kaki, perut membuncit, acites, hasil foto thorax (30 maret 2013) terdapat cardiomegali dengan congestine pulmonum, penurunan kadar Hb (6,8 g/dl), turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin, kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), oliguria disertai klien mengeluh nyeri dan sakit pada saat kencing, klien mengatakan urine keluar dengan menetes, pancaran urine lemah, berwarna keruh, urine volume kurang dari 40 ml / 24 jam dengan intake 350 ml, rr: 28x/menit. N: 84x/menit, TD:130/80, S: 37 c, keadaan umum lemah.

3.3 Perencanaan

Setelah diagnosa keperawatan di susun sesuai prioritas masalah maka penulis menyusun perencanaan yang dilaksanakan tanggal 08 April 2013.

1. Gangguan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kualitas ekspansi paru di tandai dengan Klien mengatakan sesak nafas, nyeri pada dada, sesak tidak berkurang dengan istirahat, tampak terengah-engah, terlihat gelisah, akral dingin, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat suara wheezing, O₂ masker 8 lpm, keadaan umum lemah, rr : 28x/menit, nadi : 84x/menit, TD : 130/80 mmHg, S: 37 c

1. Tujuan

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3 x 24 jam ketidakefektifan pola nafas dapat berkurang

2. Kriteria hasil

Pernafasan dalam batas normal (18-20x/menit), klien tenang, pernafasan menggunakan cuping hidung tidak ada, nafas lega dan tidak terlihat terengah-engah

3. Rencana tindakan

1. Kaji pola nafas pasien (frekuensi, irama, suara nafas tambahan)

Rasional : membantu menegakkan diagnosa dan mengetahui pola napas klien

2. Berikan klien posisi semi fowler

Rasional : dengan posisi semi fowler diharapkan ekspansi paru tetap bertahan

3. Berikan pasien O2 masker 8 lpm

Rasional : dengan pemberian O2 diharapkan sesak nafas berkurang

4. Anjurkan klien untuk tarik nafas abdomen/bibir

Rasional : memberikan pasien beberapa cara untuk mengatasi dan mengontrol dispnea

5. Observasi tanda-tanda vital setiap 4 jam sekali

Rasional : dengan observasi tanda-tanda vital akan di ketahui perkembangan kesehatan klien

6. Kolaborasi dengan dokter dan ahli medis lain dalam pemberian terapi

Rasional : terapi yang tepat dapat mempercepat kesembuhan klien

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine di tandai dengan edema pada kaki, perut membuncit, acites, hasil foto thorax (30 maret 2013) terdapat cardiomegali dengan congestine pulmonum, penurunan kadar Hb (6,8 g/dl), turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin, kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), oliguria disertai klien mengeluh nyeri dan sakit pada saat kencing, klien mengatakan urine keluar dengan menetes, pancaran urine lemah, berwarna keruh, urine volume kurang dari 40 ml / 24 jam dengan intake 350 ml, rr: 28x/menit. N: 84x/menit, TD:130/80, S: 37 c, keadaan umum lemah.

Tujuan : setelah di lakukan tindakan asuhan keperawatan selama 3x24 jam di harapkan pasien mampu mempertahankan dan membatasi asupan cairan.

Kriteria : mampu membatasi asupan cairan yang masuk kedalam tubuh serta tidak terjadi peningkatan edema/ edema bertambah.

Intervensi :

1. Kaji status cairan dengan :

1. Menimbang berat badan pasien setiap hari

Rasional : perubahan tiba-tiba dari berat badan menunjukkan gangguan keseimbangan cairan

2. Mengukur masukan (intake) dan haluaran (output)

Rasional : penurunan curah jantung, mengakibatkan gangguan perfusi ginjal, retensi natrium/air, dan penurunan urine output

3. Mengkaji turgor kulit dan adanya edema

Rasional : curiga adanya gagal kongestif/kelebihan volume cairan

4. Serta tanda-tanda vital tiap 4 jam

Rasional : memantau keadaan pasien

2. Menganjurkan pasien untuk beristirahat/tirah baring pada saat edema masih terjadi

Rasional :

Menjaga pasien dalam keadaan tirah baring selama beberapa saat mungkin diperlukan untuk meningkatkan diuresis yang bertujuan mengurangi edema

3. Kolaborasi :

1. Dengan ahli gizi dalam pemberian diet

1. Memberikan diet tanpa garam

Rasional : natrium meningkatkan retensi cairan dan meningkatkan volume plasma

2. Memberikan diet tinggi kalori rendah protein

Rasional : diet rendah protein untuk menurunkan insufisiensi renal dan retensi nitrogen yang akan mkeningkatkan BUN. Diet tinggi kalori untuk cadangan energi dan mengurangi katabolisme protein.

3. Dengan ahli medis dalam pemberian obat-obatan :

1. CaCO₃ tab 3x1 po
2. As.folat tab 3x1 po
3. Amilodipin 5 mg 0-0 po
4. Tramadol tab 3x1
5. Diet TKRPRG 2100 kkal/hari

3. Mempersiapkan pasien untuk hemodialisa

Rasional : dengan dialisis akan membuang sisa metabolisme yang tidak bisa di keluarkan oleh tubuh

3.4 Pelaksanaan

Setelah rencana keperawatan disusun, selanjutnya penulis melaksanakan tindakan yang telah dituliskan pada perencanaan. Pelaksanaan dimulai tanggal 08 April 2013

1. Gangguan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kualitas ekspansi paru di tandai dengan klien mengatakan sesak nafas, nyeri pada dada, sesak tidak berkurang dengan istirahat, tampak terengah-engah, terlihat gelisah, akral dingin, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat

suara whezing, keadaan umum lemah, rr : 28x/menit, nadi : 84x/menit, TD :
130/80 mmHg, S: 37 c

Tanggal 08 April 2013

1) Pukul 07.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 84x/menit, suhu 37°C, RR
28x/menit

2) Pukul 07.15 WIB

Melakukan observasi bunyi nafas pasien

Respon : Klien mengatakan sesak terasa semakin bertambah, rr :28 x/menit,
terdapat suara whezing

3) Pukul 07.45 WIB

Menganjurkan pasien tidur dengan posisi semi fowler

Respon : sesak tidak berkurang dengan posisi semi fowler

4) Pukul 08.00 WIB

Memberikan klien obat oral CaCO₃ tab 3x1 po, As.folat tab 3x1 po,
Amilodipin 5 mg 0-0 po, Tramadol tab 3x1 serta memberikan terapi O₂
masker (8-10 lpm)

Respon : klien mau minum obat dan merasa nyaman

5) Pukul 10.10 WIB

Menganjurkan klien untuk tarik nafas abdomen/bibir

Respon : Klien mau mengikuti anjuran dan mempraktekkannya

6) Pukul 12.00 WIB

Memberikan diet TKRPRG 2100 kkal/hari

Respon : Klien mau makan tapi hanya setengah porsi yang di habiskan

7) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 140/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 30x/menit

Tanggal 09 april 2013

1) Pukul 07.30 WIB

Melakukan observasi TTV dan bunyi nafas pasien

Respon : TD : 130/90 mmHg, N : 80x/menit, suhu : 37 c, rr : 30x/menit, nafas terengah-engah, terdapat suara wheezing

2) Pukul 08.00 WIB

Memberikan klien obat oral CaCO₃ tab 3x1 po, As.folat tab 3x1 po, Amlodipil 5 mg 0-0 po, Tramadol tab 3x1 serta memberikan terapi 02 masker (8-10 lpm)

Respon : klien mau minum obat

3) Pukul 10.00 WIB

Menganjurkan pasien untuk tarik nafas dalam, tidak gelisah dan melonggarkan pakaiannya

Respon : pasien mau mengikuti dan sesak sedikit berkurang apabila tenang

4) Pukul 11.00

Mengajarkan cara batuk efektif

Respon : klien mengikuti dan mampu mengeluarkan dahaknya

5) Pukul 11.15

Menganjurkan klien minum air hangat

Respon : klien tidak mau minum air hangat, karena menurutnya semakin sesak

6) Pukul 11.30 WIB

Memberikan diit TKRPRG 2100 kkal/hari

Respon : Klien menghabiskan 1 porsi makanannya

7) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : TD : 130/70 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,3c, rr: 28x/menit

Tanggal 10 april 2013

1) Pukul 07.30 WIB

Melakukan observasi TTV dan bunyi nafas pasien

Respon : TD : 130/90 mmHg, N : 88x/meit, suhu : 36 c, rr : 30x/menit, nafas terengah-engah,

2) Pukul 08.00 WIB

Memberikan kalien obat oral CaCO₃ tab 3x1 po, As.folat tab 3x1 po, Amilodipin 5 mg 0-0 po, Tramadol tab 3x1 serta terapi 02 masker (8-10 lpm)

Respon : klien mau minum obat dan merasa nyaman

3) Pukul 10.00 WIB

Menganjurkan pasien untuk tarik nafas abdomen/bibir

Respon : pasien mau mengikuti dan sesak sedikit berkurang apabila tenang

4) Pukul 11.00 WIB

Mengajarkan klien agar tenang dan tidak gelisah dan banyak istirahat

Respon : klien mengikuti dan mengatakan ya

5) Pukul 11.30 WIB

Memberikan diit TKRPRG 2100 kkal/hari

Respon : Klien menghabiskan setengah porsi makanannya

6) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : TD : 130/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36c, rr: 30x/menit

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan di tandai dengan edema pada kaki, perut membuncit, acites, hasil foto thorax (30 maret 2013) terdapat cardiomegali dengan congestine pulmonum, penurunan kadar Hb (6,8 g/dl), turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin, kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), oliguria disertai klien mengeluh nyeri dan sakit pada saat kencing, klien mengatakan urine keluar dengan menetes, pancaran urine lemah, berwarna keruh, urine volume kurang dari 40 ml / 24 jam dengan intake 350 ml, rr: 28x/menit. N: 84x/menit, TD:130/80, S: 37 c, keadaan umum lemah.

Tanggal 08 April 2013

1) Pukul 07.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 130/90 mmHg, Nadi 84x/menit, suhu 37°C, RR

28x/menit

2) Pukul 07.15 WIB

Mengkaji status cairan klien :

a. Menimbang berat badan pasien

Respon : Klien mau menimbang berat badan dan hasil penimbangan 49 kg

b. Mengukur masukan (intake) dan haluaran (output)

Respon : intake 350 ml/hari dengan output 40 ml/24 jam

c. Mengkaji turgor kulit pasien dan adanya edema

Respon : turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin, kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), pada daerah abdomen distended/buncit, acites dan pada daerah kaki terdapat edema.

3) Pukul 08.00 WIB

Memberikan klien obat oral CaCO₃ tab 3x1 po, As.folat tab 3x1 po, Amilodipin 5 mg 0-0 po, Tramadol tab 3x1

Respon : klien mau minum obat

4) Pukul 09.00 WIB

Menganjurkan pasien untuk beristirahat/ tirah baring

Respon : Klien mengatakan apabila beristirahat dengan tirah baring nafasnya dirasakan semakin sesak

5) Pukul 10.30 WIB

Membantu klien mendapatkan posisi tidur yang nyaman dan aman

Respon : Klien tidak bisa tidur dengan nyaman

6) Pukul 12.00 WIB

Memberikan diet TKRPRG 2100 kkal/hari

Respon : Klien mau makan tapi hanya setengah porsi yang di habiskan

7) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 140/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR
30x/menit

8) Pukul 13.00

Mengantar pasien untuk melakukan hemodialisa

Respon : pasien siap untuk di lakukan tindakan hemodialisa

Tanggal 09 april 2013

1) Pukul 07.30 WIB

Observasi TTV dan skala nyeri serta menimbang BB klien

Respon : TD : 130/90 mmHg, N : 80x/meit, suhu : 37 c, rr : 30x/menit,
sklala nyeri 5, BB : 49 kg

2) Pukul 07.15 WIB

Menganjurkan klien untuk membatasi cairan yang masuk

Respon : klien mengatakan hanya minum sedikit (2 gelas kecil perhari)

3) Pukul 08.45 WIB

Menganjurkan klien untuk melakukan teknik manajemen nyeri

Respon : Klien hanya melakukan teknik relaksasi saat terjadi nyeri dengan
cara tarik nafas panjang selama 5 detik kemudian dihembuskan perlahan-
lahan melalui mulut

4) Pukul 10.00 WIB

Mengkaji status cairan klien

Respon : output 30 ml/24 jam dengan intake 350 ml

5) Pukul 10.15

Mengkaji turgor kulit dan edema

Respon : turgor kulit tetap kering dan edema pada kaki tetap tidak bertambah, crt >2 detik

6) Pukul 12.00 WIB

Memberikan diet TKRPRG 2100 kkal/hari

Respon : Klien mau makan tapi hanya setengah porsi yang di habiskan

7) Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : Tekanan darah 140/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 30x/menit

Tanggal 10 april 2013

1. Pukul 07.30 WIB

Melakukan observasi TTV dan menanyakan keluhan pasien serta menimbang BB pasien

Respon : TD : 130/90 mmHg, N : 88x/menit, suhu : 36 c, rr : 30x/menit, pasien mengatakan tetap nyeri saat kencing, BB : 49 kg

Pukul 08.00 WIB

2. Pukul 08.00

Memberikan pasien posisi yang nyaman

Respon : klien mengatakan posisi yang nyaman yaitu dengan duduk

3. Pukul 10.00 WIB

Mengkaji status cairan pasien

Respon : output 45 ml/24 jam dengan intake 400 m

Mengkaji tingkat edema

Respon : edema pada kaki tetap tidak ada peningkatan, crt >2 detik

4. Pukul 11.00

Mengajarkan klien agar tenang dan tidak gelisah dan banyak istirahat

Respon : klien mengikuti dan mengatakan ya

5. Pukul 11.30 WIB

Memberikan diit TKRPRG 2100 kkal/hari

Respon : Klien menghabiskan setengah porsi makanannya

6. Pukul 12.00 WIB

Melakukan observasi TTV

Respon : TD : 130/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36c, rr: 30x/menit

3.5 Evaluasi

Catatan Perkembangan

Penulis menguraikan evaluasi dalam bentuk catatan perkembangan yang dimulai tanggal 08 April 2013.

1. Gangguan pola nafas tidak efektif berhubungan dengan penurunan kualitas ekspansi paru di tandai dengan Klien mengatakan sesak nafas, nyeri pada dada, sesak tidak berkurang dengan istirahat, tampak

terengah-engah, terlihat gelisah, akral dingin, terdapat pernafasan cuping hidung, terdapat suara whezing, keadaan umum lemah, rr : 28x/menit, nadi : 84x/menit, TD : 130/80 mmHg, S: 37 c

Tanggal 08 April 2013 pukul 12.00 WIB

Subyektif : klien mengatakan masih tetap sesak, tidak bisa istirahat karena sesaknya di rasa semakin bertambah.

Obyektif : keadaan umum lemah, Tekanan darah 140/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 30x/menit, sesak tidak berkurang dengan istirahat, terengah-engah saat bernafas, tehidung, terdapat pernafasan cuping, suara nafas whezing, terpasang 02 masker (8 lpm)

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6, dilanjutkan

Tanggal 09 April 2013 pukul 13.00 WIB

Subyektif : klien mengatak masih sesak pernafasannya,

Obyektif : TD : 130/70 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,3c, rr: 28x/menit, keadan umum lemah, terengah-engah saat bernafas, terdapat pernafasan cuping hidung, terpasang 02 msker (8 lpm)

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan

Tanggal 10 April 2013 pukul 10.00 WIB

Subyektif : klien mengatak masih sesak, dan sesaknya semakin bertambah

Obyektif : nafas semakin terengah-engah, keadaan umum lemah,
TD : 130/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36c, rr: 30x/menit, gelisah,
terpasang 02 masker (8 lpm)

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : evakuasi cairan paru jika sesak semakin bertambah

Intervensi 1,2,3,4,5,6 di lanjutkan

2. Kelebihan volume cairan berhubungan dengan penurunan haluaran urine di tandai dengan edema pada kaki, perut membuncit, acites, hasil foto thorax (30 maret 2013) terdapat cardiomegali dengan congestine pulmonum, penurunan kadar Hb (6,8 g/dl), turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin, kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), oliguria disertai klien mengeluh nyeri dan sakit pada saat kencing, klien mengatakan urine keluar dengan menetes, pancaran urine lemah, berwarna keruh, urine volume kurang dari 40 ml / 24 jam dengan intake 350 ml, rr: 28x/menit. N: 84x/menit, TD:130/80, S: 37 c, keadaan umum lemah.

Tanggal 08 April 2013 pukul 12.00 WIB

Subyektif : klien mengatakan masih tetap nyeri saat kencing dan hanya sedikit jika kencing, minum hanya 2 gelas kecil perhari, perut terasa kembung

Obyektif : keadaan umum lemah, Tekanan darah 140/70 mmHg, Nadi 80x/menit, Suhu 36°C, RR 30x/menit, terdapat edema pada kaki,

turgor kulit menurun >2 detik, akral dingin, kulit kering, hiperpigmentasi (kulit mengkilat dan berwarna hitam), perut membuncit, acites, intake 350ml dengan output 40ml/24 jam

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Hemodialisa 2x dalam seminggu

Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6,7 dilanjutkan

Tanggal 09 April 2013 pukul 13.00 WIB

Subyektif : klien mengatakan nyeri saat kencing berkurang hanya saat melakukan tehnik relaksasi, kencing hanya sedikit, perut masih kembung, nyeri tekan pada perut, tidak bisa BAB, tidak bisa beristirahat dengan nyaman, kulit terasa gatal

Obyektif : TD : 130/70 mmHg, N: 88x/menit, S: 36,3c, rr: 28x/menit, keadaan umum lemah , terlihat gelisah, edema tetap tidak bertambah, crt >2 detik, perut masih membuncit, intake 350 ml dengan output 30 ml/24 jam

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : Rencana tindakan 1,2,3,4,5,6 dilanjutkan

Tanggal 10 April 2013 pukul 10.00 WIB

Subyektif : klien mengatakan nyeri dirasakan semakin bertambah saat berkemih dan urine yang keluar tetap sedikit, mengatakan nyeri pada ulu hati, dan badan terasa gatal-gatal

Obyektif : keadaan umum lemah, TD : 130/90 mmHg, N: 80x/menit, S: 36c, rr: 30x/menit, edema tidak bertambah, crt >2 detik,

terlihat semakin gelisah, intake 400ml dengan output hanya 40cc/24 jam, tidak terjadi peningkatan berat badan.

Assesment : Masalah belum teratasi

Planning : intervensi 1,2,3,4,5,6 di lanjutkan