# LAMPIRAN

**Lampiran 1: Laporan asuhan keperawatan kritis Ny.YN**

1. **Pengkajian**

|  |  |
| --- | --- |
| Pengkajian Keperawatan Pasien di ICU | Nama : Ny.YN  No. RM : 14.XX.XX  Jenis Kelamin : ( ) Laki-Laki  (√) Perempuan |
| Tanggal : 8 juli 2024 Jam : 08.00 WIB | |
| Sumber Data :  (√ ) Pasien (√) Keluarga () Lainnya  Rujukan :  () Ya (√ ) Tidak ( ) RS puruk cahu ( ) Puskesmas.......................  ( ) Dokter.......................  Diagnosis : CKD stage 5, HT emergency, early lung oedem  Pendidikan Pasien :  ( ) SD ( ) SMP () SMA ( ) D3( ) S1(√ ) Lainnya  Pekerjaan Pasien : Pegawai Honorer  Usia : 44 Tahun | |

1. **Keluhan Utama**

Pasien mengatakan sesak sekali, tidak sanggup berbaring terlentang, batuk kering, pasien juga mengatakan ada bengkak pada kelopak mata dan kedua kaki, badan terasa lemah, tidak kuat berpindah posisi sendiri dan bertambah sesak saat beraktivitas.

1. **Riwayat kesehatan**
2. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien mengatakan pertama kali didiagnosa CKD stage 5 pada tahun 2020, saat itu pasien datang ke RS dengan keluhan sesak nafas, pucat, bengkak-bengkak pada kedua kaki, badan terasa lemah dan frekuensi BAK yang semakin jarang dengan air kencing yang sedikit, setelah dilakukan pemeiksaan darah lengkap didapatkan bahwa fungsi ginjal pasien meningkat yang kemudian dianjurkan dokter untuk melakukan HD rutin 2x seminggu.

1. Riwayat kesehatan sekarang

jumat, 5 juli 2024 jam 01.20 WIB pasien datang ke IGD pada klien mengeluh sesak, tidak sanggup bila berbaring terlentang, batuk kering, pasien juga mengatakan ada bengkak pada kelopak mata dan kedua kaki. Keluarga mengatakan klien merasa sesak sejak kurang lebih 2 hari yang lalu dan memberat pada hari ini, pasien merupakan pasien HD rutin dengan jadwal cuci darah setiap hari senin dan kamis. Hasil pemeriksaan fisik di IGD TD: 190/131 mmHg, N: 121 x/menit, S: 36,7 C, RR: 39 x/menit, SpO2: 87% tanpa O2.

Pengkajian pada hari senin 8 Juli 2024 di Ruang ICU RSUD Muara Teweh pasien dipindahkan dari ruang penyakit dalam wanita, pasien mengatakan sesak sekali, badan terasa lemas dan bengkak pada kedua kaki dan kelopak mata, Klien mengatakan badan terasa lemah, tidak kuat berpindah posisi sendiri dan bertambah sesak saat beraktivitas. pasien sempat dirawat diruang penyakit dalam wanita selama 3 hari karena sesak berkurang setelah ditangani di IGD, namun pasien merasakan sesak kembali memberat sejak tengah malam. Pasien mempunyai riwayat Hipertensi dan DM. Pemeriksaan Fisik di dapatkan TD: 195/130 mmHg, N: 113 x/menit, R: 34 x/menit, S: 36.5 C, SpO2 93% simple mask 6 lpm, kesadaran composmentis.

1. Riwayat kesehatan keluarga

Keluarga mempunyai riwayat menderita penyakit hipertensi (ibu pasien), Keluarga pasien juga mengatakan bahwa di dalam keluarganya tidak ada yang mempunyai alergi baik obat-obatan maupun makanan

Genogram:

Keterangan :

: Laki-laki : Garis perkawinan

: Perempuan : Tinggal serumah

/ : Sudah meninggal : Garis keturunan

: Pasien

1. **Pemeriksaan fisik**
2. **Sistem pernafasan**

**Jalan nafas:**

( √) Bersih ( ) Sumbatan

Keterangan : terpasang O2 simple mask 6 lpm

**Pernafasan:**

RR : 34 x/menit

SPO2 : 93%

Irama Napas : ( √ ) reguler ( ) ireguler

Suara napas : ( ) snoring

( ) gurgling

( ) stridor

Pola Napas : ( ) bradipnea ( √) takipnea

( ) kusmaul ( ) biot

( ) cynes stoke ( ) dispnea

Penggunaan otot bantu nafas : ( ) tidak

( √ ) ya,sebutkan : otot diafragma dan interkostalis internus

Cupping hidung : ( ) tidak ( √) ya

Terpasang ETT : ( √ ) tidak

( ) ya, nomor : 7,5

Terpasang ventilator : ( √ ) tidak ( ) ya

Mode :

TV :

RR :

PEEP :

I:E :-

FiO2 :

∆Psupp:

Flow:

Irama : ( ) tidak teratur ( √ ) teratur

Kedalaman : ( ) tidak teratur ( √ ) teratur

Perkusi : ( √ ) sonor ( ) hipersonor

Suara paru : ( √ ) ronchi ( √) wheezing

( ) vesikuler

Sputum : ( ) putih ( ) kuning

( ) hijau

Konsistensi : ( ) tidak kental ( ) kental

Masalah Keperawatan: **Gangguan pertukaran gas**

1. **Sistem Kardiovaskuler**

**Sirkulasi Perifer**

Nadi : 113 x/menit

Tekanan darah : 195/130 mmHg

MAP : 151 mmHg

Pulsasi : ( √ ) kuat ( ) lemah

(√ ) teratur ( ) tidak teratur

( √ ) cepat ( ) lambat

CRT : ( √ ) > 2 detik ( ) < 2 detik

Akral : ( ) hangat ( √ ) dingin

Suhu :36,50C

Warna kulit : ( ) kemerahan ( √ ) pucat ( ) cyanosis

**Sirkulasi Jantung**

Irama : ( ) tidak teratur ( √) teratur

Ictus cordis : ( ) terlihat ( √ ) tidak terlihat

PMI : ( ) tidak teraba ( ) teraba

Lokasi :...........................

Perkusi : ( √ ) pekak ( ) redup

Suara Jantung : ( √ ) S1 S2 tunggal ( ) gallop

( ) murmur

Kardiomegali : ( √ ) ya ( ) tidak

Gambaran EKG : ( ) Sinus Rythm ( ) Sinus Takikardi

( ) Sinus Bradikardi ( ) Supra Ventrikular Takikardi

( ) AV Blok derajat 1 ( ) Supra Ventrikular Ekstra Sistol

( ) Atrial Fluter ( ) Atrial Fibrilasi

( ) Pacing Non Capture ( ) AV blok derajat 2

( ) AV blok derajat 3

Nyeri dada : ( √) tidak ( ) ya, Lama: ..............................

JVP : ( ) meningkat (> 4cm) ( √) normal (< 4cm)

Perdarahan : ( √ ) tidak ( ) ya, Area perdarahan:.......................

Jumlah : .............................cc/ jam

Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Sistem saraf pusat**

Kesadaran : ( √ ) Composmentis ( ) Apatis

( ) Somnolent ( ) Soporocoma ( ) Koma

GCS :Eye:4 Verbal:5 Motorik: 6

Skala Sedasi

Ramsay scale : ( √ ) R1 : cemas, gelisah

( ) R2 : kooperatif, tenang

( ) R3 : hanya berespon terhadap perintah

( ) R4 : respon cepat terhadap ketukan di dahi

atau suara keras

( ) R5 : respon lambat terhadap ketukan di dahi

atau suara keras

( ) R6 : tidak ada respon

Kekuatan otot : 5 5

5 5

Masalah Keperawatan: **tidak ada**

1. **Sistem Gastrointestinal**

Distensi : ( √ ) tidak ( ) ya, lingkar perut : .....................cm

Asites : ( √ ) tidak ( ) ya

Lesi : (√ ) tidak ( ) ya

Bising Usus :10 x/menit

Peristaltik : ( ) tidak ( √) ya, lama: ...................x/menit

Defekasi : ( ) tidak normal ( √) normal

Perkusi : ( √ ) tympani ( ) hipertympani

Hepar : ( ) membesar ( √) tidak

Limpa : ( ) membesar ( √ ) tidak

Kandung kemih : ( ) distensi ( √ ) tidak

Nyeri tekan : ( ) ya (√ ) tidak

Regio

Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Sistem Perkemihan**

Warna : ( ) bening ( √ ) kuning ( ) merah ( ) kecokelatan

Distensi : ( √ ) tidak ( ) ya

Penggunaan catheter urin : ( √ ) tidak ( ) ya

No. Catheter urin : -

Jumlah urin : 27 cc/ jam

Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Obstetri & Ginekologi**

Hamil : ( √ ) tidak ( ) ya, HPHT :......................................

Keluhan : tidak ada

Keterangan: tidak ada

MasalahKeperawatan: tidak ada

1. **Sistem Hematologi**

Perdarahan : ( ) gusi ( ) nasal ( ) pethecia ( ) ekimosis

Lainnya : tidak ada

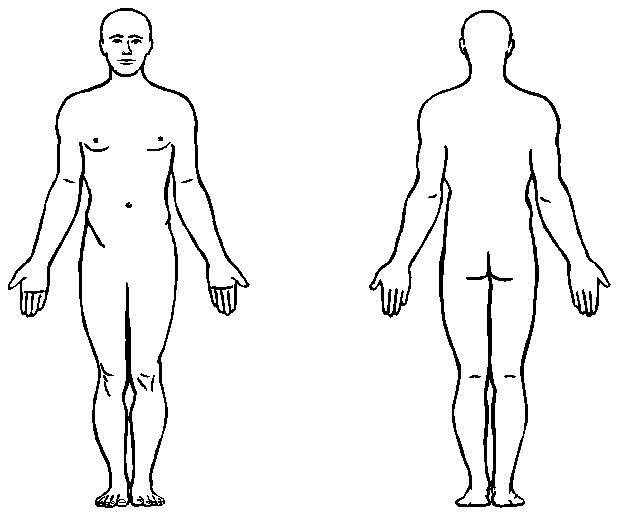
Masalah Keperawatan: tidak ada

1. **Sistem Muskuloskeletal & Integument**

Turgor kulit : ( ) tidak elastis ( √) elastis

Terdapat luka : (√ ) tidak ( ) ya,

Lokasi luka:..........................



Fraktur : ( √ ) tidak ( ) ya,

Lokasi fraktur :..........................................................................

Kesulitan bergerak : ( ) tidak ( √ ) ya

Penggunaan alat bantu : ( √) tidak ( ) ya, Nama alat: .....................

Edema : - -

+ +

Derajat pitting edema : +2

Lainnya :

Masalah Keperawatan: **hipervolemia**

1. **Alat invasif yang digunakan**

Drain/ WSD : ( √) tidak ( ) ya, Warna:...................... Jumlah:..................cc/jam

IV Line : ( ) tidak ( √ ) ya Lokasi: vena metacarpal sinistra

NGT : ( √ ) tidak ( ) ya, Warna: -

Jumlah:..................cc/jam

Lainnya :

Masalah Keperawatan : **tidak ada**

1. **Riwayat psikososial & spiritual**

**Psikososial**

( √) Tidak ada gangguan psikologi ( ) Ada gangguan psikologi

Koping : ( √) menerima( ) menolak ( ) kehilangan ( ) mandiri

Afek : ( √ ) gelisah ( ) insomnia ( ) tegang ( ) depresi

HDR : ( ) emosional ( ) tidak berdaya ( ) rasa bersalah

Persepsi penyakit : ( √ ) menerima ( ) menolak

Hubungan keluarga harmonis : ( ) tidak ( √) ya

**Spritual**

Kebiasaan keluarga/ pasien untuk mengatasi stres dari sisi spiritual:

Apabila ada stress pasien dan keluarga biasanya berdoa bersama

1. **Resiko cedera/ jatuh**

( √ ) tidak ( ) ya

**Morse Fall Scale :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriteria** | **Skor** |  |
| Riwayat jatuh kurang dari 3 bulan terakhir | Ya : 25  Tidak : 0 | 0 |
| Diagnosis lainnya | Ya : 15  Tidak : 0 | 0 |
| Bantuan berjalan | Furnitur : 30  Crutch, walker : 15  Tidak tirah baring, dapat berjalan, bantuan minimal : 0 | 0 |
| IV line | Ya : 20  Tidak : 0 | 20 |
| Cara Berjalan | Terganggu : 20  Lemah : 10  Normal : 0 | 10 |
| Status Mental | Lupa keterbatasan : 15  Mengetahui kemampuan diri : 0 | 0 |
| **TOTAL** | | 30 |

Catatan :

0 – 24: resiko jauh ringan

25-50 : resiko jatuh sedang

>51: resiko jatuh tinggi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kriteria** | **Skor** |  |
| Usia | Lebih dari 80 tahun : 0  Lebih dari 60 tahun : 1  Kurang dari 60 tahun : 2 | **2** |
| Riwayat jatuh | Tidak pernah : 0  <1 bulan : 1  >1 bulan : 2  Pirawat sekarang : 3 | 0 |
| Aktivitas | Mandiri : 0  Dibantu sebagian : 1  Dibantu penuh : 2 | 1 |
| Mobilitas | Mandiri : 0  Dengan alat bantu berpindah : 1  Koordinasi/keseimbangan buruk : 2  Dibantu sebagian : 3  Dibantu penuh : 4 | 3 |
| Defisit Sensori | Kacamata bukan bifokal : 0  Kacamata bifokal : 1  Kacamata multifokal : 2  Gangguan pendengaran : 3  Katarak/Glukoma : 4  Tidak dapat melihat : 5 | 0 |
| Kognisi | Orientasi baik : 0  Kesulitan untuk mengerti perintah : 1  Gangguan memori : 2  Kebingungan : 3  Disorientasi : 4 | 0 |
| Pola BAB/BAK | Teratur : 0  Inkontinensia urin/feces : 1  Nokturia : 2  Urgensi frekuensi : 3 | 0 |
| Pengobatan | >4 jenis : 0  Anti hipertensi/ hipoglikemia/ antidepresan : 1  Sedasi/ psikotropika/narkotika : 2  Infus epidural/spinal : 3 | 1 |
| Komorbiditas | DM/Jantung/Stroke/ISK : 0  Gangguan saraf pusat/parkinson : 1  Paska bedah 0-24 jam : 2 | 0 |
| **TOTAL** | | 7 |

1. **Status fungsional**

Aktivitas dan Mobilisasi : ( ) mandiri ( √ ) perlu bantuan

Alat bantu : tidak ada

Skala Ketergantungan : ( ) mandiri ( ) total care ( √ ) patial care

Skala Aktivitas : 2

Keterangan:

|  |  |
| --- | --- |
| **SkalaAktivitas** | **Keterangan** |
| Tingkat 0 | Mampu merawat diri sendiri secara penuh |
| Tingkat 1 | Memerlukan penggunaan alat |
| Tingkat 2 | Memerlukan bantuan atau pengawasan orang lain |
| Tingkat 3 | Memerlukan bantuan, pengawasan orang lain dan peralatan |
| Tingkat 4 | Sangat tergantung dan tidak dapat melakukan atau berpartisipasi dalam perawatan |

**Resiko Dekubitus ( Skala Norton)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Item | Deskription | Score |  |
| Keadaan Fisik | Baik | 4 |  |
| Cukup | 3 | 3 |
| Buruk | 2 |  |
| Sangat Buruk | 1 |  |
| Kesadaran | Compos Mentis | 4 | 4 |
| Apatis | 3 |  |
| Sopor | 2 |  |
| Stupor/ Koma | 1 |  |
| Aktivitas | Mandiri | 4 |  |
| Dengan bantuan | 3 | 3 |
| Hanya bisa duduk | 2 |  |
| Berbaring | 1 |  |
| Mobilitas | Bergerak bebas | 4 |  |
| Sedikit terbatas | 3 |  |
| Sangat terbatas | 2 | 2 |
| Tidak bisa bergerak | 1 |  |
| Inkoninensia | Tidak ada | 4 | 4 |
| Kadang-kadang | 3 |  |
| Sering | 2 |  |
| Inkontinensia urin dan alvi | 1 |  |
| **TOTAL** | | | 15 |

Catatan :

< 14 : Resiko tinggi

**<** 12 : Resiko sedang

**>14 : Resiko rendah**

1. **Skala Nyeri**

Nyeri :

( ) Ya ( √ ) Tidak

( ) Nyeri akut Lokasi : ………. Durasi : ……….

( ) Nyeri kronis Lokasi : ………. Durasi : ……….

Score nyeri (0-10) : ……….

Nyeri hilang :

( ) Minum obat ( ) Istirahat ( ) Mendengar musik ( ) UbahPosisi

( ) Lain-lain : ……….

Nyeri mempengaruhi :

( ) Tidur ( ) Aktivitas fisik ( ) Emosi ( ) Konsentrasi

( ) Nafsu makan ( ) Lainnya : ……….

**Nyeri dengan pemasangan intubasi (*Behaviour Pain Scale*)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Item*** | ***Deskription*** | ***Score*** |  |
| ***Facial Expression*** | *Relax* | 1 |  |
| *Partially tightened* | 2 |  |
| *Fully tightened* | 3 |  |
| *Grimacing* | 4 |  |
| ***Upper limb*** | *No movement* | 1 |  |
| *Partially bent* | 2 |  |
| *Fully bent wit finger flexion* | 3 |  |
| *Permanently retraction* | 4 |  |
| ***Compliance with ventilator*** | *Toleranting movement* | 1 |  |
| *Coughing but toleranting vetilation for must of the time* | 2 |  |
| *Fighting ventilator* | 3 |  |
| *Unable to control ventilation* | 4 |  |
| **TOTAL** | | |  |

Catatan :

Tidak nyeri : 0

Nyeri ringan : 1-3

Nyeri sedang : 4-6

Nyeri berat : ≥ 7

1. Hasil pemeriksaan penunjang

Hasil laboratorium terbaru, meliputi:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| no | Hari/ tanggal | Jenis pemeriksaan | hasil | Nilai normal | analisa |
|  | Tanggal 5/72024 | Elektrolit | Reagen kosong |  |  |
| Analisa gas | Reagen kosong |  |  |
| HB | 8,3 gr/dl, | ≥13,5-17,5 gr/dl | Anemia ringan, anemia menandakan beberapa kondisi atau penyakit, seperti malnutrisi, kehamilan, kehilangan darah/ perdarahan, kelainan darah, penyakit kronis |
| Leukosit | 7.730 /mm3, | 4.500-11.500 /mm3 | Hasil dalam batas normal |
| Eritrosit | 2,97 juta, | 4,0-5,4 juta | Hasil dibawah normal, Disebabkan oleh kondisi anemia dan penyakit ginjal (sesuai diagnosa CKD stage 5) |
| Trombosit | 223.000/mm3, | 150.000-450.000/mm3 | Hasil dalam batas normal |
| Hematocrit | 25,5 %, | 40-48 % | hematokrit rendah, biasanya menandakan anemia (sesuai hasil HB 8,3 gr/dl) |
| MCV | 85,9 fL | 80-94 | Hasil dalam batas normal |
| MCH | 27,9 | 26-32 | Hasil dalam batas normal |
| MCHC | 35,5 | 32-36 | Hasil dalam batas normal |
| Segmen | 79,2%, | 50-70 | Terjadi sedikit peningkatan, biasanya terjadi seiring dengan keadaan anemia |
| Limfosit | 12,2%, | 20-40 | limfosit rendah yang sering terjadi ketika tubuh kekurangan asupan nutrisi |
| Monosit | 4,1% | 1-6 | Hasil dalam batas normal |
| GDA | 89 mg/dl, | 80-110 | Hasil dalam batas normal |
| SGOT | 9 u/L, | ≤ 40 mg/dl | Hasil dalam batas normal |
| SGPT | 10 u/L, | ≤ 40 mg/dl | Hasil dalam batas normal |
| Ureum | 40 mg/dl, | 15-39 mg/dl | Terjadi peningkatan, menandakan ada masalah pada ginjal |
| Kreatinin | 5,2 mg/dl, | 0,6-1,1 mg/dl | Terjadi peningkatan, pada pasien CKD stage 5, karena gangguan terdapat pada ginjal, maka kreatinin yang seharusnya disaring dan dikeluarkan lewat urine tidak bisa disaring dengan baik dan kadarnya meningkat. |
| Hasil rontgen Thorax | cardiomegaly dengan early lung oedem |  |  |

2) Terapi dan Drug studi

| Tanggal | Jenis Terapi | Rute Terapi | Dosis | Indikasi Terapi | *Consideration nurses* |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5 juli 2024 | Furosemide | intravena | 40 mg/iv ekstra  Selanjutnya 5 mg/jam via syringe pump | untuk tata laksana overload cairan dan edema yang disebabkan karena gagal jantung, sirosis hati, dan penyakit ginjal, termasuk sindrom nefrotik. Furosemide juga diindikasikan untuk pengobatan hipertensi, baik digunakan sendiri maupun bersama obat antihipertensi lainnya | Pre :   * Melakukan pemeriksaan tekanan darah, bila TD ≤ 100 mmHg tunda pemberian   Post :   * Mengobservasi tekanan darah secara periodik selama obat terpasang * Menyarankan pemeriksaan SE setiap 3 hari untuk mencegah ketidakseimbangan SE akibat diuretik |
|  | Nicardipine | Intravena | dosis titrasi mulai dari 5 mg-25 mg/jam dengan target tekanan darah ≤ 140 mmHG | untuk terapi krisis hipertensi. Obat ini juga kadang digunakan untuk terapi stroke iskemik akut, hipertensi perioperatif, dan preeklampsia berat bila antihipertensi intravena lain seperti labetalol tidak tersedia. | Pre:   * Melakukan pemeriksaan tekanan darah, bila TDS ≤ 140 mmHg tunda pemberian   Post:  - Melakukan pemeriksaan tekanan darah, bila TDS ≤ 140 mmHg STOP pemberian untuk mencegah hipotensi |
|  | CaCO3 | peroral | 3x1 tablet | digunakan sebagai obat antasida pada kondisi peningkatan asam lambung seperti gastroesophageal reflux disease (GERD) serta suplementasi kalsium | Pre :  -Menggunakan prinsip 12 benar dalam pemberian obat.  - Menjelaskan efek samping obat.  Post :   * Observasi efek samping obat.seperti Perut kembung, Sembelit, Sendawa, Mulut kering, Sakit kepala, Mual atau muntah |
|  | Clopidogrel | Peroral | 1x75 mg | untuk mencegah kejadian aterotrombosis pada penyakit jantung koroner terutama pada sindrom koroner akut, pada stroke, dan pada penyakit arteri perifer | Pre:  Memastikan tidak ada perdarahan pada pasien, memastikan trombosit dalam batas normal  Post:  Pantau tanda-tanda perdarahan selama konsumsi obat dilakukan |
|  | Cavicur | Peroral | 3x1 tablet | Suplemen penambah nafsu makan | Pre:  Menggunakan prinsip 12 benar dalam pemberian obat.  Post:  Memantau adakah reaksi hipersensitifitas setelah konsumsi |
|  | asam folat | Peroral | 3x1 tablet | untuk mengobati defisiensi asam folat seperti anemia megaloblastik, keracunan methanol (off-label), dan sebagai suplemen selama kehamilan | Pre:  Menggunakan prinsip 12 benar dalam pemberian obat.  Post:  Memantau adakah reaksi hipersensitifitas setelah konsumsi seperti gatal-gatal, timbul ruam pada kulit, sesak, serta pembengkakan pada wajah, bibir, lidah, atau tenggorokan |
|  | Combivent nebule | inhalasi | 3x1 respul | Sebagai bronkodilator untuk melebarkan bronkus dan melemaskan otot-otot saluran pernapasan, sehingga aliran udara ke paru-paru akan meningkat. | Pre:  Pastikan obat sudah dimasukan ke dalam chamber dengan dosis sesuai  Pastikan menggunakan mouthpiece untuk menghindari paparan uap Combivent pada mata.  Jika hanya ada masker, pastikan memakai masker dengan ukuran yang tepat dan dapat terpasang dengan baik. Kontak uap Combivent dengan mata dapat menyebabkan gangguan penglihatan, nyeri, atau iritasi pada mata.  Post:  Pastikan membersihkan uap obat dari wajah pasien sehingga sisanya tidakmasuk ke mata |
|  | Pulmicort nebule | Inhalasi | 3x1 respul | sebagai terapi rumatan asthma bronkial dan mencegah eksaserbasi penyakit paru obstruktif kronik (PPOK) | Pre:  Pastikan obat sudah dimasukan ke dalam chamber dengan dosis sesuai  Post:  Setelah nebulezier selesai, jika menggunakan mouth piece sarankan pasien untuk berkumur untuk mengurangi resiko Infeksi kandidiasis pada rongga mulut |

3) Analisa Data

| Data | Etiologi | Masalah Keperawatan |
| --- | --- | --- |
| Data Subjektif  Pasien mengatakan sesak sekali, tidak sanggup bila berbaring terlentang dan batuk kering  Data Objektif   * TTV: * TD: 195/130 mmHg * N: 113 x/menit (takikardi) * R: 34 x/menit * S: 36.5 C, * SpO2 93% dengan simple mask 6 lpm * Pola nafas takipneu, irama reguler * Auskultasi ditemukan ronchi * Pasien tampak sangat gelisah * Napas cuping hidung * tampak penggunaan otot bantu pernapasan * Hasil ro thorax: cardiomegaly dengan early lung oedem | ekspansi volume atau kelebihan cairan  ↓  Beban jantung naik  ↓  Hypertrofi ventrikel kiri  ↓  Tekanan vena pulmonalis  ↓  Edema paru (perubahan membran alveolus kapiler)  ↓  Gangguan pertukaran gas  (Nuari & Widayati. 2017) | Gangguan pertukaran gas (D.0003) |
| DS :  pasien mengatakan sesak sekali dan tidak sanggup bila berbaring terlentang, pasien juga mengatakan ada bengkak pada kelopak mata dan kedua kaki  DO :   * Pitting edema derajad 2 pada kedua ekstremitas * Tampak edema pada palpebra * Auskultasi ditemukan ronchi * HB: 8,7 gr% * Hematocrit menurun 25,5 %, * Oliguria (urine 24 jam hanya ±650 ) * Balance cairan positif (+) * GFR: 10,9 ml/mnt/1,73 m2 * Hasil ro thorax: cardiomegaly dengan early lung oedem | GFR menurun  ↓  CKD  ↓  Gangguan mekanisme regulasi  ↓  retensi Na  ↓  ekspansi volume atau kelebihan cairan  ↓  hipervolemia  (Nuari & Widayati. 2017) | Hipervolemia (D.0022) |
| **DS :**  Klien mengatakan badan terasa lemah, tidak kuat berpindah posisi sendiri dan bertambah sesak saat beraktivitas  **DO :**   * TTV (sesaat setelah berpindah tempat tidur) * TD: 195/130 mmHg * N: 113 x/menit (takikardi) * R: 34 x/menit (takipneu) * S: 36.5 C, * SpO2 93% * skala ketergantungan partial care. | GGK/CKD  ↓  Sekresi eritropoitin  ↓  Produksi HB turun  ↓  Oksihemoglobin turun  ↓  Suplai oksigen turun  ↓  ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen  ↓  Intoleransi aktivitas  (Nuari & Widayati. 2017) | Intoleransi aktivitas  (D0056) |

1. Diagnosa Keperawatan
2. gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler
3. hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen
5. Perencanaan

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnosa keperawatan: I. Gangguan pertukaran gas b/d perubahan membran alveolus kapiler | | | |
| **No** | **Tujuan & Kriteria masalah** | **Intervensi** | **Rasional** |
| 1. | Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pertukaran gas meningkat, dengan  Kriteria Hasil:   1. dispnea menurun (5) 2. bunyi napas tambahan menurun (5) 3. takikardia menurun (5) 4. gelisah menurun (5) 5. napas cuping hidung menurun (5) 6. SPO2 membaik (5) | Dukungan Ventilasi (I.01002)  Observasi   1. Identifikasi adanya kelelahan otot bantu napas 2. Identifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan 3. Monitor status respirasi dan oksigenasi (mis. frekuensi dan kedalaman napas, penggunaan otot bantu napas, bunyi napas tambahan, saturasi oksigen)   Terapeutik   1. Pertahankan kepatenan jalan napas 2. Berikan posisi semi fowler atau fowler 3. Fasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin 4. Berikan oksigen sesuai kebutuhan (mis. nasal kanul, masker wajah, masker rebreathing atau non rebreathing)   Edukasi   1. Ajarkan melakukan teknik relaksasi napas dalam 2. Ajarkan mengubah posisi secara mandiri 3. Ajarkan teknik batuk efektif   Kolaborasi   1. Kolaborasi pemberian bronkodilator, jika perlu | Observasi   1. Kelelahan otot bantu napas Dapat menurunkan kemampuan batuk efektif dan proteksi jalan napas 2. Perubahan posisi yang tepat mengurangi sesak 3. Untuk mengetahui perubahan status secara periodik 4. Jalan napas yang paten mengurangi kesulitan bernapas 5. Posisi semifowler meningkatkan ekspansi paru secara maksimal dan gravitasi menarik diafragma kebawah yang meningkatkan ekspansi paru 6. Posisi yang nyaman mengurangi kegelisahan 7. Penggunaan oksigen yang tepat mengurangi sesak lebih efektif 8. teknik relaksasi nafas dalam dapat meningkatkan suplai oksigen dalam darah 9. mempercepat proses penyembuhan dan segera memandirikan pasien 10. peningkatan gerakan sekret agar mudah dikeluarkan 11. Meningkatkan ukuran lumen percabangan trakeobronkhial |
| Diagnosa keperawatan: II. hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi | | | |
| 2. | Tujuan : setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, keseimbangan cairan membaik,  Dengan Kriteria hasil:   1. Edema menurun (5) 2. Output urine membaik (5) 3. Tekanan darah membaik (5) 4. Berat badan membaik (5) | Manajemen hipervolemia  Observasi   * 1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara napas tambahan)   2. Identifikasi penyebab hipervolemia   3. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah, MAP, CVP, PAP, PCWP, CO,CI), Jika tersedia   4. Monitor intake dan output cairan   5. Monitor kecepatan infus secara ketat   6. Monitor efek samping diuretik (mis. hipotensi ortostatik, hipovolemia, hipokalemia, hiponatremia)   Terapeutik   * 1. Timbang berat badan setiap hari pada waktu yang bersamaan   2. Batasi asupan cairan dan garam   3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat   Edukasi   * 1. Anjurkan melapor jika haluaran urine < 0,5 mL/kg/jam dalam 6 jam   2. Anjurkan melapor jika BB bertambah > 1 kg dalam sehari   3. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan   4. Ajarkan cara membatasi cairan   Kolaborasi   * 1. Kolaborasi pemberian diuretik   2. Kolaborasi pemberian continuous renal replacement therapy | Observasi   1. Agar segera mendapatkan penatalaksanaan secepatnya 2. Agar dapat mengidentifikasi penyebab spesifik 3. Mengidentifikasi perubahan yang berarti 4. Untuk mengetahui balance cairan perhari 5. Mencegah overload cairan 6. Mencegah efek samping merugikan dari diuretik seperti ketidakseimbangan elektrolit 7. Peningkatan BB salah 1 indikator overload cairan 8. Mengurangi restriksi cairan 9. Memaksimalkan ekspansi paru 10. Mengatasi kemungkinan overload cairan 11. Menandaka terdapat overload cairan 12. Untuk pengawasan terjadinya kemungkinan overload cairan 13. mengatasi overload cairan 14. Mencegah terjadinya hipokalemia 15. Membantu menggantikan fungsi ginjal yang bermasalah |
| **Diagnosa keperawatan: III. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen** | | | |
|  | Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam toleransi aktivitas meningkat  Dengan kriteria hasil:   1. Keluhan lelah menurun (5) 2. dispnea setelah aktivitas menurun (50 3. Perasaan lemah menurun (5) 4. Frekuensi nadi membaik (5) 5. Tekanan darah membaik (5) 6. Frekuensi napas membaik (5) 7. Saturasi oksigen membaik (5) | Manajemen Energi (I.05178)  Observasi   1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor kelelahan fisik dan emosional 3. Monitor pola dan jam tidur 4. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas   Terapeutik   1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus (mis. cahaya, suara, kunjungan) 2. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan atau aktif 3. Berikan aktivitas distraksi yang menenangkan 4. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan   Edukasi   1. Anjurkan tirah baring 2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 3. Anjurkan menghubungi perawat jika tanda dan gejala kelelahan tidak berkurang 4. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan   Kolaborasi   1. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan | **Observasi**   * 1. mengidentifikasi pencetus terjadinya kelelahandan rencana tindakan berikutnya   2. untuk mengetahui status kelelahan Klien dan tingkat emosi   3. untuk mengetahui pola tidur pasien apakah teratur atau tidak   4. mengetahui kemampuan dan batasan pasien terkait aktivitas yang akan dilakukan   5. memberikan rasa aman dan nyaman kepada klien.   6. meminimalkan atrofi otot, meningkatkan sirkulasi   7. untuk mengalihkan rasa ketidaknyamanan yang dialami pasien   8. mobilitas sederhana dilakukan untuk mengurangi kekakuan otot   9. Istirahat yang lebih dan mengurangi aktivitas dapat memulihkan   10. aktivitas bertahap membantu pasien beradaptasi dengan kemampuan diri   11. untuk mengidentifikasi rencana tindakan selanjutnya   12. memiliki kemampuan mengatasi masalah (coping skill) bermanfaat untuk mencegah komplikasi   13. asupan makanan yang tepat meningkatan asupan kalori yang dibutuhkan |

1. Implementasi

| **No.** | **Diagnosa keperawatan** | **Jam** | **Implementasi** | **Paraf** | **Evaluasi** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Diagnosa I:  gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler | 08.30 WIB  08.30 WIB  08.35 WIB  08.40 WIB  08.40 WIB  08.40 WIB  10.00 WIB | 1. Mengidentifikasi efek perubahan posisi terhadap status pernapasan pada pukul 08.30 WIB 2. Memonitor status respirasi dan oksigenasi pukul 08.30 WIB 3. Mengganti oksigen simple mask dengan sungkup NRM 10-12 lpm pukul 4. Memberikan posisi semi fowler atau fowler pukul 5. Memfasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin pukul 6. Mengajarkan mengubah posisi secara mandiri 08.40 WIB 7. Kolaborasi pemberian nebulezier combivent+pulmicort pada jam |  | S: Pasien mengatakan sesak mulai berkurang dan sudah mulai mampu berbaring setengah duduk  O:  - TTV:  - TD: 174/98 mmHg  - N: 98 x/menit (takikardi)  - R: 28 x/menit (takipneu)  - S: 36.2 C,  - SpO2 98% dengan NRM 12 lpm  - Auskultasi masih ditemukan ronchi minimal  - gelisah berkurang  - Napas cuping hidung berkurang   * penggunaan otot bantu pernapasan berkurang   A: Gangguan pertukaran gas  P: lanjutkan intervensi 3, 5, 6, 7, 11   * Memonitor status respirasi dan oksigenasi * Memberikan oksigen NRM 10-12 lpm * Memberikan posisi semi fowler atau fowler * Memfasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin pukul * Kolaborasi pemberian bronkodilator (nebulezier combivent+pulmicort ) |
|  | Diagnosa II: Hipervolemia b/d gangguan mekanisme regulasi | 08.30 WIB  08.30 WIB  14.00 WIB  08.35 WIB  08.40 WIB  08.35 WIB  12.00 WIB | * 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia   2. Memonitor status hemodinamik dengan bedside monitor   3. Mencatat dan memonitor intake dan output balance cairan shift pagi   4. Memasang infus baru dengan IV plug (venflon) tanpa cairan   5. meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat (semifowler)   6. kolaborasi memberikan diuretik inj.furosemide 40 mg/iv ekstra dilanjutkan dengan pemberian sp.furosemide 5 mg/jam   7. Mengantar pasien ke unit Hemodialisa cito |  | S: Pasien mengatakan sesak mulai berkurang dan sudah mulai mampu berbaring setengah duduk, pasien juga mengatakan kedua kaki dan kelopak mata masih bengkak  O :  - Pitting edema derajad 2 pada kedua ekstremitas  - Tampak edema pada palpebra  - Auskultasi ditemukan ronchi  - HB: 8,7 gr%  - Hematocrit menurun 25,5 %,  - urine shift pagi: ±250 ml  A: hipervolemia  P: lanjutkan intevensi: 1, 3, 4, 9, 14, 15   * Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia * Memonitor status hemodinamik dengan bedside monitor * Mencatat dan memonitor intake dan output balance cairan shift * meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat (semifowler) * kolaborasi memberikan diuretik sp.furosemide 5 mg/jam * Mengantar pasien ke unit Hemodialisa sesuai jadwal |
|  | Diagnosa III.  Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | 08.30 WIB  08.30 WIB  08.30 WIB  08.35 WIB  08.35 WIB | 1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional 2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 3. Membatasi kunjungan sesuai jam besuk pada jam 11.00-12.00 WIB dan pukul 17.00-18.00 WIB 4. Menganjurkan tirah baring selama periode sesak pukul 08.35 WIB 5. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap pukul 08.35 WIB |  | S : Klien mengatakan badan masih terasa lemah, masih tidak kuat berpindah posisi sendiri dan masih sesak saat beraktivitas  DO :  - TTV  - TD: 174/98 mmHg  - N: 98 x/menit (takikardi)  - R: 28 x/menit (takipneu)  - S: 36.2 C,  - SpO2 98% dengan NRM 12  A: Intoleransi aktivitas  P: lanjutkan intervensi: 2, 5, 9, 10   * + Monitor kelelahan fisik dan emosional   + Membatasi kunjungan sesuai jam besuk pada jam 11.00-12.00 WIB dan pukul 17.00-18.00 WIB   + Menganjurkan tirah baring selama periode sesak   + Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap |

1. Catatan Perkembangan

| **Hari/ Tanggal** | **Masalah /Dx Kep** | **Jam** | **Perkembangan** | **Paraf** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Selasa, 9 juli 2024 | Diagnosa I:  gangguan pertukaran gas berhubungan dengan perubahan membran alveolus kapiler | 08.00  09.00  14.00 | S: Pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah mampu berbaring setengah duduk  O:  - TTV:  - TD: 161/103 mmHg  - N: 93 x/menit (takikardi)  - R: 26 x/menit (takipneu)  - S: 36.5 C,  - SpO2 99% dengan NRM 12 lpm  - Auskultasi masih ditemukan ronchi minimal  - pasien tidak tampak gelisah  - Napas cuping hidung berkurang   * Tidak ada penggunaan otot bantu penapasan   A: Gangguan pertukaran gas  P: lanjutkan intervensi 3, 5, 6, 7, 11  I:   * Memonitor status respirasi dan oksigenasi * Memberikan oksigen NRM 10-12 lpm * Memberikan posisi semi fowler atau fowler * Memfasilitasi mengubah posisi senyaman mungkin pukul * Kolaborasi pemberian bronkodilator (nebulezier combivent+pulmicort )   E :  S : Pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah mampu berbaring setengah duduk  O :  - TTV:  - TD: 147/80 mmHg  - N: 77 x/menit  - R: 24 x/menit  - S: 36.6 C,  - SpO2 99% dengan NRM 12 lpm  - pada auskultasi ronchi hampir tidak terdengar walau masih ada  - pasien tampak tenang   * Tidak ditemukan dispnea   - tidak ditemukan napas cuping hidung  - Tidak ada penggunaan otot bantu penapasan  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| Selasa, 9/7/2024 | Diagnosa II: hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi | 08.00  09.00  14.00 | S: Pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah mampu berbaring setengah duduk, pasien juga mengatakan kedua kaki masih agak bengkak dan tapi bengkak pada kelopak mata mulai berkurang  O :  - Pitting edema derajad 2 pada kedua ekstremitas  - Tampak edema pada palpebra berkurang  - pada auskultasi ronchi hampir tidak terdengar walau masih ada  - urine 24 jam: ±700 ml   * Balance cairan 24 jam: ± -529 ml   A: hipervolemia  P: lanjutkan intevensi: 1, 3, 4, 9, 14, 15  I:   * Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia * Memonitor status hemodinamik dengan bedside monitor * Mencatat dan memonitor intake dan output balance cairan shift * meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat (semifowler) * kolaborasi memberikan diuretik sp.furosemide 5 mg/jam   Mengantar pasien ke unit Hemodialisa sesuai jadwal  E:  S: Pasien mengatakan sesak sudah sangat berkurang dan sudah mampu berbaring rendah, pasien juga mengatakan kedua kaki masih agak bengkak dan tapi bengkak pada kelopak mata mulai berkurang  O :  - Pitting edema derajad 2 pada kedua ekstremitas  - Tampak edema pada palpebra berkurang  - pada auskultasi ronchi minimal hampir tidak terdengar  - urine shift pagi: ± 300 ml  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |
| Selasa, 6/2/2024 | Diagnosa III.  Intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen | 08.00  09.00  14.00 | S : Klien mengatakan kelemahan agak berkurang, sudah bisa duduk dan berganti posisi sendiri  DO :  - TTV:   * TD: 161/103 mmHg   - N: 93 x/menit  - R: 26 x/menit  - S: 36.5 C,  - SpO2 99% dengan NRM 12 lpm TTV  A: Intoleransi aktivitas  P: lanjutkan intervensi: 2, 5, 9, 10  I:   * + Monitor kelelahan fisik dan emosional   + Membatasi kunjungan sesuai jam besuk pada jam 11.00-12.00 WIB dan pukul 17.00-18.00 WIB   + Menganjurkan tirah baring selama periode sesak   + Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap   E:  S: Klien mengatakan kelemahan berkurang, sudah bisa duduk dan berganti posisi sendiri  O: TTV:  - TD: 147/80 mmHg  - N: 77 x/menit  - R: 24 x/menit  - S: 36.6 C,  - SpO2 99% dengan NRM 12 lpm  A: masalah teratasi sebagian  P: lanjutkan intervensi |  |

Lampiran 2: lembar konsultasi pembimbing akademik

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS LEMBAR KONSULTASI**

**STIKES SUAKA INSAN BANJARMASIN**

**LEMBAR KONSULTASI TAHAP II STASE KEPERAWATAN KOMPREHENSIF**

**PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS ANGKATAN XI T.A 2022/2023**

**Nama : ISAHAWITI, S.Kep**

**NIM : 113063J123046**

**Judul Laporan : ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN, CKD STAGE 5 DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN PERTUKARAN GAS PADA NY.YN DI RUANG ICU RSUD MUARA TEWEH**

| **NO** | **Tanggal/Waktu** | **Materi Konsultasi** | **Saran** | **Paraf Preseptor Akademik** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | SENIN, 15 JULI 2024 | Bab I-III | 1. Buat Bab III jangan dibuat dalam bentuk narasi, tapi dalam bentuk format pengkajian sesuai lahan praktek (misalnya format perawatan kritis untuk ICU) 2. Dalam drug study masukan nursing consideration sesuai rasional setiap obat-obatan 3. Untuk evaluasi buat 2 hari 4. Habpus data yang tidak sesuai di analisa data 5. Table Etiologi harus dalam bentuk diagram panah 6. Hapus diagnosa gangguan perfusi perifer, cukup intoleransi aktivitas saja 7. Masukan analisa hasil laboratorium | Warjiman,S.Kep.,Ners,MSN |
| **2** | **Selasa, 15 juli 2024** | **Format judul Karya tulis** | 1. Ikuti tata panduan terbaru dari pendidikan 2. Untuk BAB III tetap seperti kesepakatan, tidak dalam bentuk narasi | Warjiman,S.Kep.,Ners,MSN |
| **3** | **Sabtu, 20 juli 2024** | **BAB I-V** | 1. secara keseluruhan sudah OK. 2. pastikan data ronchi apakah ronchi halus atau kasar. 3. Untuk penulisan BAB III bila dalam ujian diminta lebih singkat dng narasi silahkan saja sesuai panduan penulisan..untuk saat ini data yang ibu tampilkan menjadi data lengkap. 4. EBP apa? | Warjiman,S.Kep.,Ners,MSN |
| **4** | **Selasa 23 juli 2024**  **Jam 07.00 WIB** | **BAB I-V** | 1. Sudah bagus, hanya pemahaman tentang apa yang ditulis saja. 2. EBP nya apa? 3. apakah dapat obat diuresis? alasan EKG dilakukan seharusnya karena pemberian obat diuresis yang berkaitan elektrolit. kalau ini tidak dilakukan masukan dalam analisa**.** | Warjiman,S.Kep.,Ners,MSN |
| 5 | Selasa 23 juli 2024  Jam 10.35 WIB | BAB I-V | 1. ACC, silahkan maju sidang | Warjiman,S.Kep.,Ners,MSN |

Lampiran 3: lembar konsultasi pembimbing akademik:

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SUAKA INSAN PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS LEMBAR KONSULTASI**

**STIKES SUAKA INSAN BANJARMASIN**

**LEMBAR KONSULTASI TAHAP II STASE KEPERAWATAN KOMPREHENSIF**

**PRODI ILMU KEPERAWATAN DAN PROFESI NERS ANGKATAN XI T.A 2022/2023**

**Nama : ISAHAWITI, S.Kep**

**NIM : 113063J123046**

**Judul Laporan : ASUHAN KEPERAWATAN KRITIS GANGGUAN SISTEM PERKEMIHAN, CKD STAGE 5 DENGAN MASALAH KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN PERTUKARAN GAS PADA NY.YN DI RUANG ICU RSUD MUARA TEWEH**

| **NO** | **Tanggal/Waktu** | **Materi Konsultasi** | **Saran** | **Paraf Preseptor Lahan** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Senin, 8 Juli 2024 | Pengkajian keperawatan kritis | 1. ACC pemilihan pasien sebagai pasien kelolaan karya tulis akhir ners 2. Gunakan format sesuai peminatan (keperawatan kritis) 3. ACC untuk pemilihan diagnosa prioritas “gangguan pertukaran gas” | Norhadijah, S.Kep.Ners |
| 2 | Selasa, 15 juli 2024 | BAB I-III | 1. ACC BAB I-III 2. Lanjutkan ke pembimbing akademik | Norhadijah, S.Kep.Ners |

Lampiran 4: lembar jurnal kesehatan (evidence based practic)



