

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Kasus

Dari hasil pengkajian pada tanggal 16 November 2021 jam 08.15 WITA perawat mengadakan wawancara, pengamatan atau observasi langsung, pemeriksaan fisik, menelaah catatan medis dan catatan perawat. Dari data pengkajian yang di dapatkan bahwa hasil identitas klien bernama Tn.S usia 56 tahun, alamat Jalan Pangeran Antasari RT 20 NO 25, klien beragama islam, Pendidikan terakhir SMA, Pekerjaan sekarang pegawai Negeri Sipil, No. rekam medik 93.97.xx, klien dirawat di ruang Instalasi Gawat Darurat RSUD. Abdul Wahab Sjahranie Samarinda. Dari hasil pemeriksaan Tn.S di diagnosis oleh dokter yaitu CKD on HD + Hipertensi.

Keluhan utama yang dirasakan oleh Tn. Adalah klien mengatakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu. Klien tidak memiliki riwayat alergi terhadap obat maupun makanan, klien mengatakan mempunyai riwayat hipertensi, klien mengatakan setiap hari rutin mengkonsumsi obat antihipertensi amlodipine 10 mg/hari pada malam hari, klien mengatakan telah menjalani hemodialisis selama 1 tahun lamanya, klien mengatakan makan terakhir pukul 12.00 siang kemarin.

Pada pengkajian primary survey pada ABCDEFG, Airway : bebas, tidak ada sumbatan jalan napas, suara napas vesikuler; breathing : frekuensi napas 26x/menit, klien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, terdapat pernapasan cuping hidung, kenaikan paru-paru kanan

kiri simetris, tidak terdapat suara napas tambahan; Circulation : tekanan darah klien 160/90 mmHg, nadi 71x/menit, temperature 36,5 C, CRT <2 detik, Spo2 saat diterima di IGD 89% tanpa bantuan oksigen; Disability : GCS 15 composmentis, pupil isokor dan bereaksi terhadap cahaya, klien dapat berorientasi terhadap waktu saat ditanya tanggal hari ini klien dapat menyebutkan dengan benar dan klien dapat menyebutkan dimana dia berada dan sadar dia di IGD pada waktu pengkajian, yang membawa klien pada saat ke IGD ialah istri klien., Exposure : tidak terdapat jejas pada tubuh klien, akral hangat; Folley cateter: klien tidak terpasang urin kateter, Gastric tube: klien tidak menggunakan naso gastric tube (NGT). Klien mengatakan sering menjalani hemodialisa rutin 2 kali dalam seminggu di rumah sakit AWS.

Saat dilakukan pemeriksaan fisik didapatkan klien tampak lemas. GCS 15 (E4 V5 M6), kesadaran klien composmentis, pada pemeriksaan kepala: klien simetris, bersih, warna rambut hitam sedikit beruban, pada pemeriksaan mata: konjungtiva anemis, sklera ikterik, pupil isokor, reflek cahaya ada+/, pernapasan cuping hidung, lubang hidung terlihat bersih, tidak ada gangguan indra penciuman, pada pemeriksaan telinga: tidak terdapat serumen berlebihan, tampak bersih, klien tidak ada gangguan indra pendengaran, pada pemeriksaan mulut: mukosa bibir klien tampak lembab, tidak ada sariawan, gigi tampak bersih. Pada pemeriksaan leher: area leher tidak terdapat pembesaran kelenjar tiroid dan tidak ada pembesaran pada vena jugularis, pada pemeriksaan dada: bentuk simetris, respiration rate 26x/menit, tidak terdapat massa, pengembangan paru sama kanan dan kiri, pada perkusi didapatkan sonor, batas paru hepar ics 5 dextra, pada auskultasi suara napas vesikuler, tidak ada

sura napas tambahan. Pada pemeriksaan abdomen: tidak terdapat asites, peristaltic usus 8x/menit, tympani, tidak ada massa teraba di abdomen, pada pemeriksaan ekstremitas: terdapat edema pada ekstremitas bawah dengan grade 3, kekuatan otot ekstremitas bawah klien lemah yaitu skala 3 baik kanan dan kiri. Hasil pemeriksaan genitalia: tampak bersih, tidak terpasang folley cateter.

Hasil pemeriksaan laboratorium yang dilakukan pada tanggal 16 november 2021 jam 10.15, didapatkan hasil yaitu hemoglobin 8,8 g/dl (L), Gula Darah Sewaktu 85 mg/dl, Ureum 180 mg/dl (H), Creatinin 18,8 (H). Hasil rapid antigen negatif.

Klien mendapatkan terapi IVFD Ringer Lactat 7 tpm , furosemide intravena 20 mg/jam melalaui infus pump. Klien mendapatkan pembatasan konsumsi cairan per hari, kebutuhan cairan per hari klien adalah 500 cc/24 jam. Klien dipindahkan keruangan setelah di observasi selama 8 jam.

B. Analisa Data

Tabel 3.1 Analisa Data

NO	DATA	ETIOLOGI	PROBLEM
1.	<p>Data Subyektif :</p> <p>Pasien mengatakan kakinya bengkak 7 bulan yang lalu</p> <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none">• Extremitas bawah terdapat pitting edema derajat 3	<p>Kelebihan volume cairan</p>	<p>Hypervolemia</p>
2.	<p>Data Subyektif:</p> <p>Klien mengatakan aktivitas agak susah karena merasa langsung lemas</p> <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none">• terdapat pitting edema pada kaki kanan dan kiri derajat 3• terdapat kelemahan otot pada ekstremitas bawah skala 3	<p>Kelemahan</p>	<p>Intoleransi Aktivitas</p>

2.	<p>Data Subyektif:</p> <p>Pasien mengatakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu</p> <p>Data Obyektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RR: 26x/menit • Spo2 86% tanpa terpasang oksigen • klien memakai pernapasan cuping hidung 	Hambatan Upaya Napas	Pola Napas Tidak Efektif
----	--	----------------------	--------------------------

C. Masalah Keperawatan Sesuai Prioritas

Table 3.2 Diagnosa

NO	MASALAH PRIORITAS
1	Pola Nafas Tidak Efektif b/d Hambatan Upaya Napas
2	Hipervolemia b/d kelebihan asupan cairan
3	Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan

D. Intervensi Keperawatan

Tabel 3.3 Intervensi

NO	DIAGNOSA	SLKI	SIKI
1.	Pola Nafas Tidak Efektif b/d	Setelah dilakukan tindakan keperawatan	Manajemen Jalan Napas

	<p>Hambatan Upaya Napas</p>	<p>selama 1x1 jam diharapkan pola napas tidak efektif membaik, dengan kriteria hasil:</p> <p>Pola Napas</p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi napas Dari 3 ke 4 2. Kedalaman Napas Dari 4 ke 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Memburuk 2: Cukup Memburuk 3: Sedang 4: Cukup membaik 5: Membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1.1 Monitor pola napas 1.2 Posisikan semi fowler 1.3 Berikan oksigen 1.4 Ajarkan teknik batuk efektif
2.	<p>hipervolemia b/d kelebihan asupan cairan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan keseimbangan cairan</p>	<p>Manajemen Hipervolemia</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.1 Periksa tanda dan gejala hipervolemia

		<p>menurun dengan kriteria hasil :</p> <p>Keseimbangan Cairan</p> <p>Indikator :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Berat badan Dari 3 ke 5 2. Edema Dari 3 ke 5 <p>Keterangan :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: meningkat 2: cukup meningkat 3: sedang 4: cukup menurun 5: menurun 	<p>(edema, dispnea, suara napas tambahan)</p> <p>2.2 Batasi asupan cairan dan garam</p> <p>2.3 Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan</p> <p>2.4 Kolaborasi pemberian diuretik</p>
3.	<p>Intoleransi Aktivitas b/d Kelemahan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x8 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat, ditandai dengan :</p>	<p>Manajemen Energi</p> <p>3.1 identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>

		Toleransi Aktivitas Indikator : 1. Kekuatan tubuh bagian bawah Dari 3 ke 4 2. Kekuatan tubuh bagian atas Dari 4 ke 5 Keterangan : 1: menurun 2: cukup menurun 3: sedang 4: cukup meningkat 5: meningkat	3.2 monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 3.3 lakukan latihan rentang gerak pasif dan/atau aktif 3.4 Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap
--	--	--	---

E. Intervensi inovasi

Intervensi inovasi yang dilakukan adalah latihan fisik *Range Of Motion* (ROM) Pasif. Klien diberikan tindakan ROM Pasif oleh perawat dan sekaligus mengajarkan ke keluarga klien untuk dipraktikkan. Teknik latihan *Range Of Motion* Pasif ini dilakukan selama 10-15 menit secara perlahan-lahan agar klien tidak kelelahan.

F. Implementasi Keperawatan

Tabel 3.5 Implementasi

NO DX	TANGGAL	IMPLEMENTASI	RESPON KLIEN
1	16/11/2021 08.15	1.1 Mengkaji pola nafas dan ABCDE klien	DS: Klien mengatakan sesak nafas sejak 2 hari yang lalu DO: <ul style="list-style-type: none">- Airway : Bebas, tidak ada sumbatan jalan napas, suara napas vesikuler;- Breathing : frekuensi napas 26x/menit, klien tidak menggunakan otot bantu pernapasan, terdapat pernapasan cuping hidung, kenaikan paru-paru kanan kiri simetris, tidak terdapat suara napas tambahan;- Circulation : tekanan darah klien 160/90 mmHg, nadi 71x/menit, temperature 36,5 C, CRT <2 detik, Spo2 saat diterima di IGD 89% tanpa bantuan oksigen;- Disability : pupil isokor dan bereaksi terhadap cahaya, klien dapat berorientasi terhadap waktu saat ditanya tanggal hari ini klien dapat menyebutkan dengan

			<p>benar dan klien dapat menyebutkan dimana dia berada dan sadar dia di IGD pada waktu pengkajian, yang membawa klien pada saat ke IGD ialah istri klien.</p> <p>- Exposure : tidak terdapat jejas pada tubuh klien,</p>
	08.15	1.2 Memposisikan klien semi fowler	<p>DS: Klien mengatakan bersedia di posisikan setengah duduk</p> <p>DO: RR: 20x/Menit</p>
	08.20	1.3 Memberikan oksigen nasal kanul 4 Lpm	<p>DS: Klien mengatakan lebih enak setelah diberikan oksigen</p> <p>DO: Klien tampak lebih tenang</p> <p>Spo2 : 99% dengan terpasang oksigen nasal kanul 4 Lpm</p>
	08.30	2.1 Pemeriksaan tanda dan	<p>DS:</p> <p>Klien mengatakan kakinya bengkak udah</p>

		<p>gejala hipervolemia (edema, dispnea, suara napas tambahan)</p>	<p>dari 2 bulan yang lalu, awal kaki kanan saja sekarang udah ke kaki kiri juga</p> <p>DO: Terdapat pitting edema di ekstremitas bawah klien, pitting edema 3 derajat 3</p>
08.35	2.2 Membatasi asupan cairan klien menjadi 500 ml/hari dan batasi garam	<p>2.2 Membatasi asupan cairan klien menjadi 500 ml/hari dan batasi garam</p>	<p>DS: Klien mengatakan suka tidak patuh dengan pembatasan minum, kalau garam klien sudah mengurangi, klien mengatakan ingin patuh lagi dengan diet nya</p> <p>DO: Klien terlihat ingin memperbaiki dan belajar untuk kepatuhan diet nya. Klien kooperatif</p>
09.35	2.3 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan	<p>2.3 Menjelaskan tujuan dan prosedur pemantauan cairan</p>	<p>DS: Klien mengatakan skala nyeri berkurang setelah di berikan obat, skala nyeri di angka 3 (nyeri ringan)</p> <p>DO: Wajah klien tampak tidak meringis lagi dan lebih tenang</p>
09.40	2.4 Berkolaborasi	<p>2.4 Berkolaborasi</p>	<p>DS: Klien mengatakan bersedia diberikan</p>

		<p>pemberian diuretic furosemide 25mg/jam</p>	<p>obat diuretik</p> <p>DO: furosemide 25mg/jam tersang di tangan kanan melalui intra vena infus pump</p>				
3	10.15	<p>3.1 Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>	<p>DS: Klien mengatakan kakinya bengkak jadi sulit untuk berjalan diarekan berat dank lien jarang bergerak di rumah</p> <p>DO: Terdapat pitting dema grade +3 (ekstremitas bawah kanan)</p> <p>Kekuatan otot</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">5</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">3</td> </tr> </table>	5	5	3	3
	5	5					
	3	3					
10.25	<p>3.2 Memberikan latihan rentang gerak pasif pada klien (ROM) pasif</p>	<p>DS: Klien mengatakan setelah diberikan merasa lebih enak</p> <p>DO: Klien tampak nyaman diberikan latihan ROM pasif</p>					
10.35	<p>3.3 Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan</p>	<p>DS: Klien mengatakan kurang nyaman di area kaki karena masih kaku</p> <p>DO: Kaki kanan klien sedikit kaku saat digerakkan pada saat ROM</p>					

	10.45	<p>aktivitas</p> <p>3.4 Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>DS: Klien mengatakan akan melakukan dirumah lebih sering</p> <p>DO: Klien tampak kooperatif</p>
--	-------	--	--

G. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah penilaian terakhir keperawatan yang didasarkan pada tujuan keperawatan yang ditetapkan. Penetapan keberhasilan suatu asuhan keperawatan didasarkan pada perubahan perilaku dari kriteria hasil yang telah ditetapkan, yaitu terjadinya adaptasi pada individu (Nursalam, 2008). Evaluasi keperawatan dilakukan dalam bentuk pendekatan SOAP.

Evaluasi keperawatan terdiri dari beberapa komponen yaitu :

- a. Tanggal dan waktu dilakukan evaluasi keperawatan.
- b. Diagnosa keperawatan.
- c. Evaluasi keperawatan.

Tabel 3.6 Evaluasi

NO DX	TANGGAL	EVALUASI												
1	16/11/2021	<p>S: Klien mengatakan sesak telah berkurang</p> <p>O: Klien terpasang O2 nasal kanul 4 Lpm</p> <p>Spo2 99% RR: 19x/menit, tidak ada napas cuping Hidung. Klien tampak tidak terengah-engah</p> <p>A: Masalah pola napas tidak efektif teratasi</p> <table border="1" data-bbox="608 801 1374 1025"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>SEB</th> <th>SES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Frekuensi napas</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Kedalaman napas</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 1.1, 1.2, 1.3, 1.4</p>	NO	INDIKATOR	SEB	SES	1	Frekuensi napas	3	4	2	Kedalaman napas	4	5
NO	INDIKATOR	SEB	SES											
1	Frekuensi napas	3	4											
2	Kedalaman napas	4	5											
2		<p>S: Klien mengatakan merasa enakan setelah diberikan obat dan mengerti akan kepatuhan pembatasan cairan dan natrium</p> <p>O: Klien terlihat lebih tenang dan kooperatif</p> <p>A: Masalah nyeri akut teratasi</p> <table border="1" data-bbox="608 1462 1374 1686"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>INDIKATOR</th> <th>SEB</th> <th>SES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>Berat Badan</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Edema</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>P: Lanjutkan intervensi 2.1, 2.2, 2.3, 2.4</p>	NO	INDIKATOR	SEB	SES	1	Berat Badan	3	3	2	Edema	3	3
NO	INDIKATOR	SEB	SES											
1	Berat Badan	3	3											
2	Edema	3	3											
3		<p>S: Klien mengatakan setelah dilakukan latihan ROM merasa</p>												

nyaman

O: Klien tampak tenang dan nyaman setelah diberikan latihan ROM pasif,

A: Masalah intoleransi aktivitas belum teratasi

NO	INDIKATOR	SEB	SES
1	Kekuatan tubuh bagian bawah	3	4
2	Kekuatan tubuh bagian atas	4	4

P: Lanjutkan intervensi 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5