

BAB III

LAPORAN KASUS KELOLAAN UTAMA

A. Pengkajian Keperawatan

Praktik Keperawatan Mata Kuliah Peminatan dimulai pada tanggal 12-30 April 2021 di Instalasi Gawat Darurat RSUP Sanglah. Pengkajian keperawatan pada pasien Ny. S dilaksanakan pada tanggal 12 April 2021 pukul 08.00 WITA dan pada kasus kedua pengkajian keperawatan pada pasien Tn. NJ dilaksanakan pada tanggal 15 April 2021 pukul 09.00 WITA. Pengkajian keperawatan pada kedua pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 4 sebagai berikut :

Tabel 4
Pengkajian Kasus Kelolaan Utama

Kasus I	Kasus II
1. Identitas Pasien	1. Identitas Pasien
a. Nama : Ny. S	a. Nama : Tn. NJ
b. Umur : 65 tahun	b. Umur : 50 tahun
c. Jenis Kelamin : Perempuan	c. Jenis Kelamin : Laki-laki
d. Pekerjaan : Tidak bekerja	d. Pekerjaan : Petani
e. Agama : Hindu	e. Agama : Hindu
f. Tanggal Masuk RS: 12 April 2021	f. Tanggal Masuk RS: 15 April 2021
g. Alasan Masuk : Sesak	g. Alasan Masuk : Sesak, Mual, Batuk dengan bercak darah
h. Diagnosa Medis : CKD Stage V	h. Diagnosa Medis : CKD Stage V
2. <i>Initial survey</i> : <i>alertness</i>	2. <i>Initial survey</i> : <i>alertness</i>
3. Warna triage : P3	3. Warna triage : P3
4. Survei Primer dan Resusitasi	4. Survei Primer dan Resusitasi
a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal	a. <i>Airway</i> dan kontrol servikal
Tingkat kesadaran : Compos Mentis	Tingkat kesadaran : Compos Mentis
Pernafasan : dyspnea	Pernafasan : dyspnea
Upaya bernafas : Kuat	Upaya bernafas : Kuat
Benda asing di jalan nafas: secret (-)	Benda asing di jalan nafas: Tidak ada
Bunyi nafas : wheezing	

Hembusan nafas : Ada	Bunyi nafas : ronchi
b. <i>Breathing</i> Fungsi pernafasan	b. <i>Breathing</i> Fungsi pernafasan
Jenis Pernafasan : dyspnea	Jenis Pernafasan : dyspnea
Frekuensi Pernafasan : 24x/menit.	Frekuensi Pernafasan : 26x/menit.
Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada	Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada
Kelainan dinding thoraks : Tidak ada	Kelainan dinding thoraks : Tidak ada
Bunyi nafas : wheezing	Bunyi nafas : ronchi
Hembusan nafas : Ada	Hembusan nafas: Ada
c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi	c. <i>Circulation</i> Keadaan sirkulasi
Tingkat kesadaran : Compos Mentis	Tingkat kesadaran : Composmentis
Perdarahan (internal/eksternal): Tidak ada perdarahan	Perdarahan : Tidak ada perdarahan
Kapilari Refill : < 2 detik	Kapilari Refill : < 2 detik
Oedem : pitting oedem 2+	Oedem : pitting 2+
Tekanan darah : 150/90 mmHg.	Tekanan darah : 160/90 mmHg.
Nadi radial/carotis : 97x/menit.	Nadi radial/carotis : 78x/menit.
Akral perifer : Hangat	Akral perifer : Hangat
d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis:	d. <i>Disability</i> Pemeriksaan Neurologis:
GCS : E4V5M6 : 15	GCS : E4V5M6 : 15
Reflex fisiologis : Normal	Reflex fisiologis : Normal
Reflex patologis : Tidak ada	Reflex patologis : Tidak ada
Kekuatan otot : <u>5555 5555</u> 5555 5555	Kekuatan otot : <u>5555 5555</u> 5555 5555
5. Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder	1) Pengkajian Sekunder / Survei Sekunder
a. Riwayat Kesehatan	a. Riwayat Kesehatan
1) Riwayat Kesehatan Dahulu	1) Riwayat Kesehatan Dahulu
Riwayat penyakit terdahulu batuk lama, riwayat gula darah tinggi tidak minum obat hanya pengaturan pola makan, pasien juga memiliki riwayat hipertensi 1 tahun lalu tidak rutin minum obat.	Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit apapun
2) Riwayat Kesehatan Sekarang	2) Riwayat Kesehatan Sekarang
	Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah pada tanggal 15 april 2021. Keluarga

Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah. Keluhan awal klien masuk rumah sakit adalah pasien merasa sesak napas, pasien mengeluh sesak napas sejak 5 hari yang lalu, sesak dirasakan terus menerus dan tidak membaik dengan perubahan posisi, batuk (+), dahak berisi bercak darah sejak ±3hari. oedem(+), mual (+), muntah terutama dirasakan setiap makan. Terdapat penambahan berat badan selama sakit BB sebelum 55kg, BB sesudah 58 kg. BAK 3-4kali/hari namun sedikit sedikit. HD cito dan transfusi 3 kolf on HD dengan akses femoral.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dideritanya saat ini.

b. Riwayat dan Mekanisme Trauma

Pasien tidak mengalami trauma

c. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1) Kepala

Kepala : Normocephal

Kulit kepala : Bersih, tidak ada luka

Mata : Pupil isokor, sklera tidak ikterik, anemis (+)

Telinga : Simetris dan pendengaran normal

Hidung : secret (-)

Mulut dan gigi: Mukosa bibir kering dan mulut bersih

Wajah : Simetris, bersih

2) Leher : Tidak terdapat pembesaran tiroid dan nadi karotis teraba

3) Dada/Thorax

Paru-paru

Inspeksi : Simetris, pergerakan dada simetris dan tidak terdapat jejas

Palpasi : Simetris, tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Sonor

pasien mengatakan pasien tidak mau makan karena mual dan pasien merasa sesak. Pasien datang diantar oleh keluarganya serta pasien datang dengan keadaan lemas dan kesadaran pasien composmentis dengan GCS :15 (E4V5M6). TD :160/90 mmHg, RR :26 x/menit, Nadi :78 x/menit, suhu :36,7° C. BAK 2kali/hari sangat sedikit (oliguri) Terdapat penambahan berat badan selama sakit BB sebelum 58kg, BB sesudah 62kg.

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dideritanya saat ini.

4) Riwayat dan Mekanisme Trauma

Pasien tidak mengalami trauma

c. Pemeriksaan Fisik (Head To Toe)

1) Kepala

Kepala : Normocephal

Kulit kepala : Bersih, tidak ada luka

Mata : Pupil isokor, sklera tidak ikterik, anemis (-)

Telinga : Simetris dan pendengaran normal

Hidung : secret (-)

Mulut dan gigi: Mukosa bibir kering dan mulut bersih

Wajah : Simetris, bersih

2) Leher : Tidak terdapat pembesaran tiroid dan nadi karotis teraba

3) Dada/Thorax

Paru-paru

Inspeksi : Simetris, pergerakan dada simetris dan tidak terdapat jejas

Palpasi : Simetris, tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : bunyi ronchi

Auskultasi : bunyi wheezing	Jantung	Jantung	
Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka	Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka	Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka	
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	
Perkusi : S1 dan S2 pekak	Perkusi : S1 dan S2 pekak	Perkusi : S1 dan S2 pekak	
Auskultasi : Suara murmur tidak ada, bunyi jantung regular	Auskultasi : Suara murmur tidak ada, bunyi jantung regular	Auskultasi : Suara murmur tidak ada, bunyi jantung regular	
4) Abdomen	4) Abdomen	4) Abdomen	
Inspeksi : Tidak terdapat distensi abdomen	Inspeksi : Tidak terdapat distensi abdomen	Inspeksi : Tidak terdapat distensi abdomen	
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	
Perkusi : Timpani	Perkusi : Timpani	Perkusi : Timpani	
Auskultasi : Bising usus 8x/menit	Auskultasi : Bising usus 8x/menit	Auskultasi : Bising usus 10x/menit	
5) Pelvis	5) Pelvis	5) Pelvis	
Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka	Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka	Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka	
Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan	
6) Perineum dan rektum : Tidak terkaji	6) Perineum dan rektum : Tidak terkaji	6) Perineum dan rektum : Tidak terkaji	
7) Genitalia : Tidak terkaji	7) Genitalia : Tidak terkaji	7) Genitalia : Tidak terkaji	
8) Ekstremitas :	8) Ekstremitas :	8) Ekstremitas :	
Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 94x/menit, CRT < 2 detik, terdapat pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+), kulit tampak kering mengelupas	Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 78x/menit, CRT < 2 detik, terdapat pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+), kulit tampak kering mengelupas	Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 78x/menit, CRT < 2 detik, terdapat pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+), kulit tampak kering mengelupas	
Keadaan injury : -	Keadaan injury : -	Keadaan injury : -	
9) Neurologis :	9) Neurologis :	9) Neurologis :	
Fungsi sensorik : baik	Fungsi sensorik : baik	Fungsi sensorik : baik	
Fungsi motorik : baik	Fungsi motorik : baik	Fungsi motorik : baik	
6. Pemeriksaan Laboratorium	6. Pemeriksaan Laboratorium	6. Pemeriksaan Laboratorium	
Tanggal Pemeriksaan : 12 April 2021	Tanggal Pemeriksaan : 12 April 2021	Tanggal Pemeriksaan : 15 April 2021	
Hematologi	Hematologi	Hematologi	
Darah Lengkap	Darah Lengkap	Darah Lengkap	
Trombosit (PLT) : 175,00 10 ³ /uL	Trombosit (PLT) : 175,00 10 ³ /uL	Trombosit (PLT) : 191,00 10 ³ /uL	
MCV : 93,50 fL	MCV : 93,50 fL	MCV : 96,60 fL	
MCHC : 31,90 g/dL	MCHC : 31,90 g/dL	MCHC : 32,50 g/dL	
MCH : 29,80 Pg	MCH : 29,80 Pg	MCH : 31,40 Pg	
Leukosit (WBC) : 8,6 10 ³ /uL	Leukosit (WBC) : 8,6 10 ³ /uL	Leukosit (WBC) : 10,20 10 ³ /uL	
Hemoglobin (HGB) : 7,90 g/dL	Hemoglobin (HGB) : 7,90 g/dL	Hemoglobin (HGB) : 5,20 g/dL	
Hematocrit (HCT) : 24,1 %	Hematocrit (HCT) : 24,1 %	Hematocrit (HCT) : 11,40 %	
Eritrosit (RBC) : 2,75 10 ⁶ /uL	Eritrosit (RBC) : 2,75 10 ⁶ /uL	Eritrosit (RBC) : 1,95 10 ⁶ /uL	
Kimia Klinik	Kimia Klinik	Kimia Klinik	
Ureum/BUN : 76,70 mg/dL	Ureum/BUN : 76,70 mg/dL	Ureum/BUN : 180,60 mg/dL	

SGPT	: 37,50 U/L	SGPT	: 24,10 U/L
SGOT	: 27,7 U/L	SGOT	: 21,7 U/L
Pemeriksaan Elektrolit		Pemeriksaan Elektrolit	
Natrium	: 133 mmol/l	Natrium	: 138 mmol/l
Kalium	: 3,90 mmol/l	Kalium	: 5,90 mmol/l
Glukosa sewaktu	: 99 mg/dL	Glukosa sewaktu	: 104 mg/dL
Creatinine	: 9,90 mg/dL	Creatinine	: 2,30 mg/dL
e-LFG	: 3,70 %	e-LFG	: 36,99 %
AGD		AGD	
pH	: 7,33	pH	: 7,38
pCO ₂	: 28,0 mmHg	pCO ₂	: 29,0 mmHg
BEecf	: -11,1 mmol/L	BEecf	: -7,9 mmol/L
HCO ₃	: 14,80 mmol/L	HCO ₃	: 17,20 mmol/L
Hasil Pemeriksaan Diagnostik		Hasil Pemeriksaan Diagnostik	
Tanggal Pemeriksaan : 12 April 2021		Tanggal Pemeriksaan : 12 April 2021	
Jenis Pemeriksaan : Thorax AP		Jenis Pemeriksaan : Thorax AP	
Kesan :		Kesan :	
Cardiomegaly dengan elangatio aorta (hypertensive heart disease)		Cardiomegaly. Cor : besar dan bentuk kesan membesar, CTR 69%	
Pulmo tak tampak kelainan, coracan bronchovaskuler normal		Edema Pulmonum	
Cor : bentuk kesan membesar CTR 66%		Paru : tampak parahillar haziness pada hilus kanan kiri, tampak konsolidasi pada zona tengah – bawah paru kanan.	
7. Terapi Dokter		7. Terapi Dokter	
IVFD NaCL 0.9% 8 tpm (Intra Vena)		IVFD NaCL 0.9% 8 tpm (Intra Vena)	
Levofloxacin 750 mg tiap 48 jam (Intra Vena)		Aspilet 160mg (per Oral)	
Ceftriaxone 2 gr (Intra Vena)		Clopidogrel 300mg (per Oral)	
Condesartan 16mg tab (Per Oral)		Sucralfate 3x2 sendok makan (per Oral)	
N-acethylcystein 200mg/8jam (Per Oral)		Antasida 3x2 sendok makan (per Oral)	
Amlodipine 10mg/24 jam (per Oral)		Omeprazole 1x40 mg (Intra Vena)	
		Ambroxol 3x1 sendok makan (per Oral)	
		Amlodipine 5mg tiap 24 jam (per Oral)	
		Kandesartan 8mg tiap 24 jam (per Oral)	
		N-acethylcystein 3x200mg (Per Oral)	

B. Masalah Keperawatan

Berdasarkan hasil pengkajian pada pasien Kasus I dan Kasus II didapatkan data fokus pengkajian berupa data subjektif dan objektif dan perumusan analisis masalah. Masalah keperawatan pada kasus I pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 5 sebagai berikut:

Tabel 5
Analisis Masalah Keperawatan Kasus I

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS:	Vaskuler	Hipervolemia
<ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan merasa sesak (dyspnea) Pasien mengatakan kencing 3-4kali dengan konsistensi pekat dan jumlah yang sedikit (oliguri) 	↓ Aterioklerosis ↓ Suplai darah ginjal turun ↓ GFR menurun ↓ Gagal Ginjal Kronis	
DO:	Retensi Na	
<ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemah Wheezing (+) Tampak pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+), turgor kulit kering BB meingkat 3 kg, BB sebelum : 55kg, BB sesudah 58kg Pemeriksaan DL: HB : 7,90 g/dL HCT : 24,1 % BUN : 76.70 mg/dL SC : 9.90 mg/dL e-LFG 3.70 % SO2 : 90% TTV : TD : 150/90 mmHg S : 36.3°C N : 97 x/menit P : 24 x/menit 	↓ Total CES naik ↓ Tekanan kapiler naiik ↓ Vol. Interstitial naik ↓ Edema ↓ Hipervolemia	

Masalah keperawatan pada kasus II pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 6 sebagai berikut:

Tabel 6
Analisis Masalah Keperawatan Kasus II

DATA FOKUS	ANALISIS MASALAH	MASALAH
DS:	Vaskuler	Hipervolemia
<ul style="list-style-type: none"> Pasien mengatakan merasa sesak (dyspnea) Pasien mengatakan kencing 2kali dengan konsistensi pekat dan jumlah yang sedikit (oliguri) 	Asterioklerosis ↓ Suplai darah ginjal turun ↓ GFR menurun ↓ Gagal Ginjal Kronis	
DO:		
<ul style="list-style-type: none"> Pasien tampak lemah Ronchi (+) BB meingkat 6 kg, BB sebelum : 59kg, BB sesudah 65kg Tampak pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+), turgor kulit tampak kering mengelupas. Pemeriksaan DL: HB : 5.20 g/dL HCT : 11.40 % BUN : 180.60 mg/dL SC : 2,30 mg/dL e-LFG 36.99% SO2: 93% TTV : TD : 160/90 mmHg S : 36.7°C N : 78 x/menit P : 26 x/menit 	Retensi Na ↓ Total CES naik ↓ Tekanan kapiler naiik ↓ Vol. Interstitial naik ↓ Edema ↓ Hipervolemia	

Berdasarkan analisis masalah keperawatan di atas disimpulkan bahwa masalah keperawatan yang terjadi pada pasien kasus I dan kasus II yaitu hipervolemia.

C. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan berdasarkan analisis masalah pada kasus I dan kasus II dapat dirumuskan sebagai berikut:

1. Kasus I : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan sesak, oliguri, Pasien tampak lemah, Wheezing (+), Tampak pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+), turgor kulit kering. Pemeriksaan DL: HB : 7,90 g/dL, HCT : 24,1 % , BUN : 76.70 mg/dL, SC : 9.90 mg/dL, e-LFG 3.70%, TTV : TD : 150/90 mmHg, S: 36.3°C, N: 97 kali/menit P : 24kali/menit.
2. Kasus II : Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan sesak, oliguri, Pasien tampak lemah, Wheezing (+), Tampak pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+), turgor kulit kering. Pemeriksaan DL: HB : 5.20 g/dL, HCT : 11.40 % , BUN : 180.60 mg/dL, SC : 2,30 mg/dL, e-LFG 36.99%. TTV : TD : 160/90 mmHg, S: 36.7°C, N: 78 x/menit, P : 26 x/menit

D. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan dilakukan pada pasien kasus I dan kasus II sesuai dengan masalah keperawatan yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan disusun sesuai dengan pedoman SIKI dengan label manajemen Hipovolemia. Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan status cairan membaik sesuai dengan kriteria hasil pedoman SLKI.

Rencana keperawatan pada kasus I pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 7 sebagai berikut:

Tabel 7
Rencana Keperawatan Kasus I

NO.	MASALAH KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Hipervolemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2jam diharapkan dapat mengatasi masalah Hipervolemia dengan kriteria hasil: Label: Keseimbangan Cairan : a. Asupan cairan menurun (1) b. Haluaran urin meningkat (5) c. Kelembapan membran mukosa meningkat (5) d. Asupan makanan meningkat (5) e. Edema menurun (5) f. Tekanan darah membaik (5) g. Denyut nadi radial membaik (5) h. Turgor kulit membaik (5)	Label: Manajemen Hipervolemia Observasi a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan) b. Monitor intake dan output cairan c. Monitor tanda hemokonsetrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) d. Monitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik a. Batasi asupan cairan dan garam b. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40° Edukasi a. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan b. Ajarkan cara membatasi cairan

Label: Pemantauan Cairan

Observasi

- a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
 - b. Monitor frekuensi napas
 - c. Monitor tekanan darah
 - d. Monitor berat badan
 - e. Monitor elastisitas atau turgor kulit
 - f. Monitor intake dan output cairan
-

Rencana keperawatan pada kasus II pasien kelolaan dijelaskan seperti tabel 8 sebagai berikut:

Tabel 8
Rencana Keperawatan Kasus II

NO.	MASALAH KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	Hipervolemia	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2x24jam diharapkan dapat mengatasi masalah Hipervolemia dengan kriteria hasil: Label: Keseimbangan Cairan : a. Asupan cairan menurun (1) b. Haluaran urin meningkat (5) c. Kelembapan	Label: Manajemen Hipervolemia Observasi a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan) b. Monitor intake dan output cairan c. Monitor tanda hemokonsetrasi (mis. kadar

	membran mukosa meningkat (5)	natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)
d.	Asupan makanan meningkat (5)	d. Monitor kecepatan infus secara ketat
e.	Edema menurun (5)	e. Terapeutik
f.	Tekanan darah membaik (5)	f. Batasi asupan cairan dan garam
g.	Denyut nadi radial membaik (5)	g. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40 ⁰
h.	Turgor kulit membaik (5)	Edukasi
		a. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
		b. Ajarkan cara membatasi cairan

Label: Pemantauan Cairan

Observasi

- a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi
 - b. Monitor frekuensi napas
 - c. Monitor tekanan darah
 - d. Monitor berat badan
 - e. Monitor elastisitas atau turgor kulit
 - f. Monitor intake dan output cairan
-

E. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan dilakukan pada pasien kasus I dan kasus II sesuai dengan rencana keperawatan yang telah ditetapkan sesuai dengan pedoman SIKI dengan label Manajemen Hipovolemia. Setelah dilakukan intervensi

keperawatan selama 2 x 24 jam diharapkan status cairan membaik sesuai dengan kriteria hasil pedoman SLKI. Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus kelolaan I dijelaskan pada tabel 9 sebagai berikut :

Tabel 9
Implementasi Keperawatan Kasus I

NO.	TANGGAL & JAM	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
1.	Senin, 12 April 2021 Pukul 08.00 Wita	- Mengkaji keluhan pasien - Melakukan pemeriksaan tanda - tanda vital	DS : Pasien mengatakan sesak DO : - Pasien tampak lemah - TTV : TD : 150/90 mmHg S : 36.3 ⁰ C N : 97 x/menit P : 24 x/menit	Julianita
2.	Senin, 12 April 2021 Pukul 08.15 Wita	- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas	DS : Pasien mengatakan sesak DO : - Dyspnea (+) - Wheezing (+) - Pemeriksaan AGD: pH :7.33 pCO2 :55 mmHg BEecf :-11.1 mmol/L HCO3- :14.8 mmol/L SO2 :90%	Julianita
3.	Senin, 12 April 2021 Pukul 07,90 wita	- Memberikan posisi head up 30 ⁰ C - Memberikan terapi oksigen	DS: - Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi yang diberikan - Pasien mengatakan setuju pemberian tindakan terapi oksigen	Julianita

			DO :	
			- Pasien nampak nyaman dengan posisi yang diberikan	
			- Pasien mendapatkan terapi oksigen NRM: 10 lpm	
4.	Senin, 12 April 2021 Pukul 08.30 wita	- Identifikasi tanda-tanda hipervolemia dan monitor tekanan darah, frekuensi nadi pasien	DS : Pasien mengatakan sesak napas, bengkak pada ekstremitas bawah, dan kencing 3-4kali/hari warna kuning pekat dan pengeluaran kencing sangat sedikit sedikit (oliguri)	Julianita
			DO :	
			- Pasien tampak sesak	
			- tampak terdengar suara napas tambahan seperti wheezing,	
			- pasien tampak odema pada ekstremitas bagian bawah	
			TD : 150/90 mmHg	
			S : 36.3 ⁰ C	
			N : 97 x/menit	
			P : 24 x/menit	
			HB : 7.90 g/dL (↓)	
			HCT : 24,1 % (↓)	
5.	Senin, 12 April 2021 Pukul 09.00 wita	- Melakukan pemantauan cairan: monitor intake dan output cairan pasien	DS : Pasien mengatakan masih dapat kencing dengan frekuensi 2-4kali/hari sebanyak 200-400cc/hari, minum 2-3 gelas (400-600cc/hari), muntah (-), BAB 50cc/hari,	
			DO :	
			- Pasien tampak lemah,	
			- IVFD NaCL terpasang 8 tpm/24jam (576cc/24jam)	
			- IWL: 36,25	
			- Balance cairan : Intake-Output = 589,7	

6.	Senin, 12 April 2021 Pukul 09.30 wita	- Delegatif pemberian terapi : • Ceftriaxone (IV) • Levofloxacin 750gr loading (IV)	DS : Pasien mengatakan lemas DO : - Pasien tampak lemah - obat masuk, alergi (-)	Julianita
7.	Senin, 12 April 2021 Pukul 09.30 wita	- Memberikan edukasi terkait pemberian <i>ankle pumping exercise</i> - Memberikan therapy inovasi <i>ankle pumping exercise</i>	DS : - Pasien mengatakan ingin mengetahui cara melakukan teknik ankle pumping exercise - Pasien mengatakan akan menerapkan teknik ini untuk seterusnya agar edema pada kakinya bisa perlahan berkurang DO : - Pasien tampak kooperatif dan mengerti terkait penjelasan mengenai teknik ankle pumping exercise - Tampak posisi pasien sudah dalam posisi yang nyaman dengan posisi kaki elevasi 15°	
8.	Senin, 12 April 2021 Pukul 09.50 wita	- Mengkaji keadaan umum pasien dan mempersiapkan berangkat untuk Hemodialiasa (HD)	Ds : Keluarga pasien mengatakan masih merasa lemas , sesak berkurang Do : Pasien tampak berbaring lemah, pitting oedem 1+ TD : 140/90 mmHg S : 36.3 ⁰ C N : 97 x/menit P : 20 x/menit Pasien HD on femoral dan trf 3 kolf HB post HD : 8,20 mg/dL HT: 25.7 mg/Dl	

Implementasi keperawatan yang dilakukan pada kasus kelolaan II dijelaskan pada tabel 10 sebagai berikut

Tabel 10
Implementasi Keperawatan Kasus II

NO.	TANGGAL & JAM	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
1.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.00 Wita	- Mengkaji keluhan pasien - Melakukan pemeriksaan tanda - tanda vital	DS : Pasien mengatakan sesak DO : - Pasien tampak lemah - TTV : TD : 160/90 mmHg S : 36.7°C N : 78 x/menit P : 26 x/menit	Julianita
2.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.15 Wita	- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas - Monitor pola nafas	DS : Pasien mengatakan sesak DO : - yspnea (+) - onchi (+) - pemeriksaan AGD: pH: 7,38. SO2: 89% pCO2: 29,0 mmHg HCO3: 17,20 mmol/L	Julianita
3.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.30 wita	- Memberikan terapi oksigen	DS: - Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi yang diberikan - Pasien mengatakan setuju pemberian tindakan terapi oksigen DO : - Pasien nampak nyaman dengan posisi yang	Julianita

			diberikan	
			- Pasien mendapatkan terapi oksigen NRM: 10 lpm	
4.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.45 wita	- Identifikasi tanda-tanda hipervolemia dan monitor tekanan darah, frekuensi nadi pasien	DS : Pasien mengatakan sesak napas, bengkak pada ekstremitas bawah, dan kencing 2-3kali/hari warna kuning pekat dan pengeluaran kencing sangat sedikit sedikit (oliguri) DO : - Pasien tampak sesak - tampak terdengar suara napas tambahan seperti ronchi, - pasien tampak odema pada ekstremitas bagian bawah pitting oedem 2+ TD : 160/90 mmHg S : 36.7°C N : 78 x/menit P : 26 x/menit HB : 5.20 g/dL (↓) HCT : 11.40 % (↓)	Julianita
5.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 10.00 wita	- Melakukan pemantauan cairan: monitor intake dan output cairan pasien	DS : Pasien mengatakan masih dapat kencing dengan frekuensi 2-4kali/hari sebanyak 300 cc/hari, minum 2-3 gelas (600cc/hari), muntah 100 cc, BAB 50cc/hari, DO : - Pasien tampak lemah, - IVFD NaCL 0.9% terpasang 8 tpm/24jam (576cc/24jam) - IWL: 40,62 - Balance cairan : Intake-Output = 235,38	Julianita

6.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 10.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> - Memberikan edukasi terkait pemberian <i>ankle pumping exercise</i> - Memberikan therapy inovasi <i>ankle pumping exercise</i> 	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien mengatakan ingin mengetahui cara melakukan tehnik ankle pumping exercise - Pasien mengatakan akan menerapkan teknik ini untuk seterusnya agar edema pada kakinya bisa perlahan berkurang 	Julianita
			<p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pasien tampak kooperatif dan mengerti terkait penjelasan mengenai teknik ankle pumping exercise - Tampak posisi pasien sudah dalam posisi yang nyaman dengan posisi kaki elevasi 15° 	
7.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 10.30 wita	<ul style="list-style-type: none"> - Mengkaji keadaan umum pasien dan melakukan Hemodialiasa (HD cito) 	<p>DS :</p> <p>Keluarga pasien mengatakan masih merasa lemas , sesak berkurang</p> <p>DO :</p> <p>Pasien tampak berbaring lemah, oedem berkurang</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD : 150/80 mmHg - S : 36⁰C - N : 80 x/menit - P : 22 x/menit <p>Pasien HD on femoral dan trf 5 kolf</p> <ul style="list-style-type: none"> - HB post HD : 7,90 mg/dL - HT: 24.7 mg/dL - SO2: 95% 	Julianita

F. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan berdasarkan implementasi yang telah dilakukan selama 2 jam pada pasien kasus I dan kasus II. Hasil evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan I ditampilkan pada tabel 11 sebagai berikut :

Tabel 11
Evaluasi Keperawatan Kasus I

NO	TANGGAL/JAM	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
1	14 April 2021 11.00 WITA	<i>Subjective :</i> a. Pasien mengatakan sesaknya terasa berkurang dan tebal bengkak di kaki berkurang b. Pasien mengatakan asupan cairan pasien menurun dengan minum hanya ± 200 ml/24jam. Pasien mengatakan masih dapat kencing dengan frekuensi 2-4kali/hari c. Pasien dapat makan dengan baik dan mual berkurang <i>Objective :</i> Gelisah pasien nampak berkurang Adanya penurunan edema Tampak Pitting oedem 1+, turgor kulit masih tampak kering. Status cairan : muntah (-), BAB 50cc/hari, BAK 400 cc - IWL: 36,25	Julianita

- Balance cairan :

Intake-Output = 489,7

HB: 8,20 g/dL meningkat, HCT : 25.7 %
meningkat

Hasil pemeriksaan TTV

TD membaik yaitu: 140/90 mmHg

S : 36.30C

N : 97 x/menit

P : 20 x/menit

Assesment :

Status keseimbangan cairan belum membaik

Planning :

Lanjutkan intervensi :

- a. Monitor intake dan output pasien
 - b. Batasi asupan cairan dan garam
 - c. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan
 - d. Ajarkan cara membatasi cairan pada keluarga
 - e. Ajarkan keluarga teknik *ankle pumping exercise*
-

Hasil evaluasi keperawatan pada kasus kelolaan II ditampilkan pada tabel

12 sebagai berikut :

Tabel 12
Evaluasi Keperawatan Kasus II

NO	TANGGAL/JAM	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
1	15 April 2021 12.00 WITA	<p><i>Subjective :</i></p> <p>a. Pasien mengatakan sesaknya terasa berkurang dan tebal bengkak di kaki berkurang</p> <p>b. Pasien mengatakan asupan cairan pasien menurun dengan minum hanya ± 200 ml/24jam. Pasien mengatakan masih dapat kencing dengan frekuensi 2-4kali/hari</p> <p>c. Pasien dapat makan dengan baik dan mual berkurang</p> <p><i>Objective :</i></p> <p>Gelisah pasien nampak berkurang</p> <p>Tampak Pitting oedem 1+, turgor kulit masih tampak kering.</p> <p>Muntah 100 cc, BAB 50cc/hari,</p> <p>IWL: 40,62</p> <p>Balance cairan :</p> <p>Intake-Output = 90,38</p> <p>Tannda – tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> - TD membaik : 150/80 mmHg - S : 36⁰C - N : 80 x/menit - P : 22 x/menit <p>HB post HD : 7,90 mg/dL meningkat</p> <p>HT: 24.7 mg/dL meningkat</p>	Julianita

Assesment :

Status keseimbangan cairan belum
membaik

Planning :

Lanjutkan intervensi :

- a. Monitor intake dan output pasien
 - b. Batasi asupan cairan dan garam
 - c. Ajarkan cara mengukur dan
mencatat asupan dan haluaran cairan
 - f. Ajarkan cara membatasi cairan
 - g. Ajarkan keluarga teknik *ankle
pumping exercise*
-