

Lampiran 1. Laporan Asuhan Keperawatan Kasus Kelolaan Utama

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURAT PADA Ny. S  
DENGAN CKD STAGE V DI IGD RSUP SANGLAH  
PADA TANGGAL 12 APRIL 2021**



**OLEH :**

**NI MADE ARI JULIANITA DEWI**

**NIM: P07120320066**

**SEMESTER II/KELAS B**

**PROFESI NERS**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**

**PRODI NERS KEPERAWATAN**

**TAHUN AJARAN**

**2021**



## **SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL**

Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran : Compos Mentis

Pernafasan : 24x/menit

Upaya bernafas : Kuat

Benda asing di jalan nafas: secret (-)

Bunyi nafas : wheezing

Hembusan nafas : Ada

### **BREATHING**

Fungsi pernafasan

Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan : dyspnea

Frekwensi Pernafasan : 24x/menit.

Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada

Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (simetris)

Bunyi nafas : wheezing

Hembusan nafas : Ada

### **CIRCULATION**

Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran : Compos Mentis

Perdarahan (internal/eksternal): Tidak ada perdarahan

Kapilari Refill : < 2 detik

Oedem : pitting oedem 2+

Tekanan darah : 150/90 mmHg.

Nadi radial/carotis : 97x/menit.

Akral perifer : Hangat

### **DISABILITY**

Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E4 V5 M6 : 15

Reflex fisiologis : +

Reflex patologis : +

Kekuatan otot	:	$\frac{55555}{55555}$		$\frac{55555}{55555}$
---------------	---	-----------------------	--	-----------------------

Skala Nyeri : -

Lokasi Nyeri : -

## **PENGKAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER**

**(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)**

### **1. RIWAYAT KESEHATAN**

#### **a. RKD**

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.

#### **b. RKS**

Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah rujukan dari RS Bali Med. 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  $\pm 3$  hari. oedem(+), mual (+), muntah terutama dirasakan setiap makan, nyeri ulu hati (+). BAB, BAK dikatakan normal seperti biasa, frekuensi kencing 3-4 kali/hari. Riwayat dirawat di Balimed dengan CKD stage V sudah mengalami HD cito 1x (tanggal 9/4/2021) dan transfusi 3 kolf on HD dengan akses femoral.

#### **c. RKK**

Pasien mengatakan di dalam keluarganya tidak ada yang mengalami penyakit seperti yang dideritanya saat ini. Keluarga pasien juga mengatakan tidak ada riwayat penyakit keluarga baik penyakit keturunan maupun menular seperti TBC, asma, diabetes ataupun hipertensi.

### **2. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA**

Pasien tidak mengalami trauma.

### **3. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)**

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

b. Leher : Tidak terdapat pembesaran tiroid dan nadi karotis teraba

Dada/ thoraks Paru-paru

Inspeksi : Simetris, pergerakan dada simetris dan tidak terdapat jejas

Palpasi: Simetris, tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : bunyi wheezing

Jantung

Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka

Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : S1 dan S2 pekak

Auskultasi : Suara murmur tidak ada, regular (+)

Abdomen

Inspeksi : Terdapat distensi abdomen

Palpasi: Terdapat nyeri tekan pada seluruh kuadran

Perkusi : Hipertimpani

Auskultasi : Bising usus 15x/menit

Pelvis

Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

f. Perineum dan rektum : Tidak terkaji

g. Genitalia : Tidak terkaji

h. Ekstremitas

Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 94x/menit, CRT < 2 detik, terdapat

pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+)

Keadaan injury : -

i. Neurologis

Fungsi sensorik : Pasien masih mampu menerima rangsanga nyeri dengan baik (+/+)

Fungsi motorik : Kekuatan otot baik

#### 4. HASIL LABORATORIUM

Nama : Ny. S

Umur : 65 tahun

Tgl Lahir : 31-12-1955

Tgl Pemeriksaan : 12-04-2021

<b>Nama Pemeriksaan</b>	<b>Parameter</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
Darah Lengkap	WBC	8.6	10 <sup>3</sup> /uL	4.1-11.0
	NE%	68.60	%	47-80
	LY%	0.17	%	13-40
	MO%	0.27	%	2.0-11.0
	EO%	0.20	%	0.0-5.0
	BA%	0.01	%	0.0-2.0
	NE#	5.52	10 <sup>3</sup> /uL	2.50-7.50
	LY#	1.30	10 <sup>3</sup> /uL	1.00-4.00
	MO#	0.99	10 <sup>3</sup> /uL	0.10-1.20
	EO#	0.19	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.50
	BA#	0.04	10 <sup>3</sup> /uL	0.0-0.1
	RBC	2.75	10 <sup>3</sup> /uL	4.5-5.9
	HGB	8.20	g/dL	13.5-17.5
	HCT	25.7	%	41.0-53.0
	MCV	93.50	fL	80.0-100.0
	MCH	29.80	pg	26.0-34.0
	MCHC	31.90	g/dL	31-36
	RDW	16.20	%	11.6-14.8
	PLT	175.00	10 <sup>3</sup> /uL	150-440
NLR	36.20		<= 3.13	
MPV	11.40	fL	6.80-10.0	
PPT/INR	PPT	14.0	detik	10.8-14.4
	INR	0.98		0.9-1.1
APTT	APTT	31.2	detik	24-36
SGOT	AST/SGOT	27.7	U/L	5-34
SGPT	ALT/SGPT	37.50	U/L	11.00-50.00
Albumin	Albumin	3.31	g/dL	3.40-4.80
BS Acak/Glukosa	Glukosa Darah	99	mg/dL	70-140

Acak/Glukosa Sewaktu	(sewaktu)			
BUN / Ureum	BUN	76.70	mg/dL	8.00-23.00
Creatinine	Kreatinin	9.90	mg/dL	0.72-1.25
	e-LFG	3.70		>=90
Kalium (K)	Kalium (K) - Serum	3.90	mmol/L	3.50-5.10
Natrium (Na)	Natrium (Na) - Serum	133	mmol/L	136-145
Chlorida (Cl)	Klorida (Cl) - Serum	97.2	mmol/L	94-110
AGD	pH	7.33		7.35-7.45
	pCO2	28.0	mmHg	35.00-45.00
	pO2	87.00	mmHg	80.00-100.00
	BEecf	-11.1	mmol/L	-2 - 2
	HCO3-	14.80	mmol/L	22.00-26.00
	SO2	90	%	95-100

## 5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Nama : Ny. S

Umur : 65 Tahun

Tanggal Pemeriksaan : 12-04-2021

Jenis Pemeriksaan : Thorax AP

Kesan :

Cardiomegaly dengan elangatio aorta (hypertensive heart disease)

Pulmo tak tampak kelainan, coracan bronchovaskuler normal

Cor : bentuk kesan membesar CTR 66%

## 6. TERAPI DOKTER

No.	Nama Obat	Keterangan
1.	IVFD NaCL 0.9% 8 tpm (IV)	Menjaga cairan dan elektrolit pasien
2.	Levofloxacin 750 mg tiap 48 jam (IV)	Mengatasi gangguan pada lambung, mengurangi produksi asam di dalam lambung
3.	Ceftriaxone 2 gr (IV)	Digunakan untuk mengatasi infeksi

		bakteri yang terjadi pada tubuh.
4.	Condesartan 16mg tab	Digunakan untuk menurunkan tekanan darah pada pasien hipertensi
5.	N-acethylcystein 200mg/8jam (Per Oral)	Mengatasi lendir kental pada masalah paru obstruktif
6.	Amlodipine 10mg/24 jam (per Oral)	Antihipertensi

## B. ANALISIS DATA

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



### C. DIAGNOSIS KEPERAWATAN

1. 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.

### D. RENCANA KEPERAWATAN

NO.	MASALAH KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	<b>Hipervolemia</b>	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2jam diharapkan dapat mengatasi masalah Hipervolemia dengan kriteria hasil: <b>Label: Keseimbangan Cairan :</b> 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	<b>Label: Manajemen Hipervolemia</b> 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 hemokonstrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine) d. Monitor kecepatan infus secara ketat Terapeutik a. Batasi asupan cairan dan garam b. Tinggikan kepala

		<p>radial membaik (5)</p> <p>h. Turgor kulit membaik (5)</p>	<p>tempat tidur 30-40<sup>0</sup></p> <p>Edukasi</p> <p>a. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>b. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p><b>Label: Pemantauan Cairan</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>b. Monitor frekuensi napas</p> <p>c. Monitor tekanan darah</p> <p>d. Monitor berat badan</p> <p>e. Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>f. Monitor intake dan output cairan</p>
--	--	--	---

#### E. EVALUASI KEPERAWATAN

NO	TANGGAL/JAM	EVALUASI KEPERAWATAN	PARAF
1	12 April 2021 11.00 WITA	<p><i>Subjective :</i></p> <p>Pasien mengatakan sesaknya terasa berkurang dan tebal bengkak di kaki berkurang</p> <p><i>Objective :</i></p> <p>Gelisah pasien nampak berkurang</p> <p>Tampak Pitting oedem 1+, turgor kulit masih tampak kering.</p>	Julianita

		<p>HB: 8,20 g/dL meningkat, HCT : 25.7 % meningkat</p> <p>Hasil pemeriksaan TTV</p> <p>TD : 140/90 mmHg</p> <p>S : 36.30C</p> <p>N : 97 x/menit</p> <p>P : 20 x/menit</p> <p><i>Assesment :</i></p> <p>Status keseimbangan cairan belum membaik</p> <p><i>Planning :</i></p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor intake dan output pasien</li> <li>- Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>- Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°</li> <li>- Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>- Ajarkan cara membatasi cairan pada keluarga</li> <li>- Ajarkan keluarga tehnik <i>ankle pumping exercise</i></li> </ul>	
--	--	--	--

Lampiran 2. Asuhan Keperawatan Kelolaan Kedua

**ASUHAN KEPERAWATAN KEGAWATDARURAT PADA Tn. NJ  
DENGAN CKD STAGE V DI IGD RSUP SANGLAH  
PADA TANGGAL 15 APRIL 2021**



**OLEH :**

**NI MADE ARI JULIANITA DEWI**

**NIM: P07120320066**

**SEMESTER II/KELAS B**

**PROFESI NERS**

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**

**PRODI NERS KEPERAWATAN**

**TAHUN AJARAN**

**2021**



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI**  
**BADAN PENGEMBANGAN DAN**  
**PEMBERDAYAAN**  
**SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR**  
**JURUSAN KEPERAWATAN**



Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar

Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563

Laman (website) : [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)

---

**FORMAT PENGKAJIAN**  
**KEPERAWATAN GAWAT DARURAT**

Nama Mahasiswa : Ni Made Ari Julianita Dewi

NIM : P07120320066

**F. PENGKAJIAN**

Identitas Pasien

Nama : Tn. NJ

Umur : 50 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Petani

Agama : Hindu

Tanggal Masuk RS: 15 April 2021

Alasan Masuk : Sesak, Mual, Batuk dengan bercak darah

Diagnosa Medis : CKD Stage V

**Initial survey:**

A (alertness) : ✓

V (verbal) :

P (pain) :

U (unrespons) :

**Warna triase**

: P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

**SURVEY PRIMER DAN RESUSITASI  
AIRWAY DAN KONTROL SERVIKAL**

Keadaan jalan nafas

Tingkat kesadaran : Compos Mentis

Pernafasan : 26x/menit

Upaya bernafas : Kuat

Benda asing di jalan nafas: secret (-)

Bunyi nafas : ronchi

Hembusan nafas : Ada

**BREATHING**

Fungsi pernafasan

Fungsi pernafasan

Jenis Pernafasan : dyspnea

Frekwensi Pernafasan : 26x/menit.

Retraksi Otot bantu nafas : Tidak ada

Kelainan dinding thoraks : Tidak ada (simetris)

Bunyi nafas : ronchi

Hembusan nafas : Ada

**CIRCULATION**

Keadaan sirkulasi

Tingkat kesadaran : Compos Mentis

Perdarahan (internal/eksternal): Tidak ada perdarahan

Kapilari Refill : < 2 detik

Oedem : pitting oedem 2+

Tekanan darah : 160/90 mmHg.

Nadi radial/carotis : 78x/menit.

Akral perifer : Hangat

**DISABILITY**

Pemeriksaan Neurologis:

GCS : E4 V5 M6 : 15

Reflex fisiologis : +

Reflex patologis : +  
 Kekuatan otot : 

55555	55555
55555	55555

  
 Skala Nyeri : -  
 Lokasi Nyeri : -

**PENGAJIAN SEKUNDER / SURVEY SEKUNDER**

**(Dibuat bila pasien lebih dari 2 jam diobservasi di IGD)**

**4. RIWAYAT KESEHATAN**

a. RKD

Pasien mengatakan tidak mempunyai riwayat penyakit apapun

b. RKS

Pasien datang ke IGD RSUP Sanglah pada tanggal 15 april 2021. Keluarga 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.

c. RKK

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

**5. RIWAYAT DAN MEKANISME TRAUMA**

Pasien tidak mengalami trauma.

**6. PEMERIKSAAN FISIK (HEAD TO TOE)**

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

b. Leher : Tidak terdapat pembesaran tiroid dan nadi karotis teraba

Dada/ thoraks Paru-paru

Inspeksi : Simetris, pergerakan dada simetris dan tidak terdapat jejas

Palpasi: Simetris, tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : Sonor

Auskultasi : bunyi wheezing

Jantung

Inspeksi : Tidak terdapat jejas atau luka

Palpasi: Tidak terdapat nyeri tekan

Perkusi : S1 dan S2 pekak

Auskultasi : Suara murmur tidak ada, regular (+)

Abdomen

Inspeksi : Terdapat distensi abdomen

Palpasi: Terdapat nyeri tekan pada seluruh kuadran

Perkusi : Hipertimpani

Auskultasi : Bising usus 8x/menit

Pelvis

Inspeksi : Simetris tidak terdapat benjolan/luka

Palpasi : Tidak terdapat nyeri tekan

f. Perineum dan rektum : Tidak terkaji

g. Genitalia : Tidak terkaji

h. Ekstremitas

Status sirkulasi : Nadi radialis teraba 78x/menit, CRT < 2 detik, terdapat pitting oedem 2+ pada ekstremitas bawah ka/ki (+)

Keadaan injury : -

i. Neurologis

Fungsi sensorik : Pasien masih mampu menerima rangsangan nyeri dengan baik (+/+)

Fungsi motorik : Kekuatan otot baik



#### 4. HASIL LABORATORIUM

Nama : Tn. NJ

Umur : 50 tahun

Tgl Pemeriksaan : 15-04-2021

<b>Nama Pemeriksaan</b>	<b>Parameter</b>	<b>Hasil</b>	<b>Satuan</b>	<b>Nilai Rujukan</b>
Darah Lengkap	WBC	8.6	10 <sup>3</sup> /uL	4.1-11.0
	NE%	68.60	%	47-80
	LY%	0.17	%	13-40
	MO%	0.27	%	2.0-11.0
	EO%	0.20	%	0.0-5.0
	BA%	0.01	%	0.0-2.0
	NE#	5.52	10 <sup>3</sup> /uL	2.50-7.50
	LY#	1.30	10 <sup>3</sup> /uL	1.00-4.00
	MO#	0.99	10 <sup>3</sup> /uL	0.10-1.20
	EO#	0.19	10 <sup>3</sup> /uL	0.00-0.50
	BA#	0.04	10 <sup>3</sup> /uL	0.0-0.1
	RBC	2.75	10 <sup>3</sup> /uL	4.5-5.9
	HGB	8.20	g/dL	13.5-17.5
	HCT	25.7	%	41.0-53.0
	MCV	93.50	fL	80.0-100.0
	MCH	29.80	pg	26.0-34.0
	MCHC	31.90	g/dL	31-36
	RDW	16.20	%	11.6-14.8
	PLT	175.00	10 <sup>3</sup> /uL	150-440
NLR	36.20		<= 3.13	
MPV	11.40	fL	6.80-10.0	
PPT/INR	PPT	14.0	detik	10.8-14.4
	INR	0.98		0.9-1.1
APTT	APTT	31.2	detik	24-36
SGOT	AST/SGOT	27.7	U/L	5-34
SGPT	ALT/SGPT	37.50	U/L	11.00-50.00
Albumin	Albumin	3.31	g/dL	3.40-4.80
BS Acak/Glukosa Acak/Glukosa Sewaktu	Glukosa Darah (sewaktu)	99	mg/dL	70-140
BUN / Ureum	BUN	76.70	mg/dL	8.00-23.00
Creatinine	Kreatinin	9.90	mg/dL	0.72-1.25
	e-LFG	3.70		>=90
Kalium (K)	Kalium (K) – Serum	3.90	mmol/L	3.50-5.10

Natrium (Na)	Natrium (Na) – Serum	133	mmol/L	136-145
Chlorida (Cl)	Klorida (Cl) – Serum	97.2	mmol/L	94-110
AGD	pH	7.33		7.35-7.45
	pCO <sub>2</sub>	28.0	mmHg	35.00-45.00
	pO <sub>2</sub>	87.00	mmHg	80.00- 100.00
	Beecf	-11.1	mmol/L	-2 - 2
	HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>	14.80	mmol/L	22.00-26.00
	SO <sub>2</sub>	90	%	95-100

## 5. HASIL PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Nama : Tn. NJ

Umur : 50Tahun

Tanggal Pemeriksaan : 15-04-2021

Jenis Pemeriksaan : Thorax AP

Kesan :

Cardiomegaly. Cor : besar dan bentuk kesan membesar, CTR 69%

Edema Pulmonum

Paru : tampak parahillar haziness pada hilus kanan kiri, tampak konsolidasi pada zona tengah – bawah paru kanan.

## 6. TERAPI DOKTER

IVFD NaCL 0.9% 8 tpm (Intra Vena)

Aspilet 160mg (per Oral)

Clopidogrel 300mg (per Oral)

Sucralfate 3x2 sendok makan (per Oral)

Antasida 3x2 sendok makan (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. Analisis Data

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

### Diagnosis Keperawatan :

- Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai 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

### C. Intervensi Keperawatan

NO.	MASALAH KEPERAWATAN	TUJUAN DAN KRITERIA HASIL	INTERVENSI
1.	<b>Hipervolemia</b>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x2jam diharapkan dapat mengatasi masalah Hipervolemia dengan kriteria hasil:</p> <p><b>Label: Keseimbangan Cairan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Asupan cairan menurun (5)</li> <li>b. Haluaran urin meningkat (5)</li> <li>c. Kelembapan membran mukosa meningkat (5)</li> <li>d. Asupan makanan meningkat (5)</li> <li>e. Edema menurun (5)</li> <li>f. Tekanan darah membaik (5)</li> <li>g. Denyut nadi radial membaik (5)</li> <li>h. Turgor kulit membaik (5)</li> </ul>	<p><b>Label: Manajemen Hipervolemia</b></p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. ortopnea, dispnea, edema, JVP/CVP meningkat, refleks hepatojugular positif, suara nafas tambahan)</li> <li>b. Monitor intake dan output cairan</li> <li>c. Monitor tanda hemokonsetrasi (mis. kadar natrium, BUN, hematokrit, berat jenis urine)</li> <li>d. Monitor kecepatan infus secara ketat</li> <li>e. Terapeutik</li> <li>f. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>g. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40<sup>0</sup></li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan</li> </ul>

			<p>dan haluaran cairan</p> <p>b. Ajarkan cara membatasi cairan</p> <p><b>Label: Pemantauan Cairan</b></p> <p>Observasi</p> <p>a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</p> <p>b. Monitor frekuensi napas</p> <p>c. Monitor tekanan darah</p> <p>d. Monitor berat badan</p> <p>e. Monitor elastisitas atau turgor kulit</p> <p>f. Monitor intake dan output cairan</p>
--	--	--	---

#### D. Implementasi Keperawatan

NO.	TANGGAL & JAM	IMPLEMENTASI	RESPON	PARAF
1.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.00 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji keluhan pasien</li> <li>- Melakukan pemeriksaan tanda - tanda vital</li> </ul>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sesak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak lemah</li> <li>- TTV :</li> <li>TD : 160/90 mmHg</li> <li>S : 36.7°C</li> <li>N : 78 x/menit</li> <li>P : 26 x/menit</li> </ul>	Julianita
2.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.15 Wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya nafas</li> <li>- Monitor pola nafas</li> </ul>	<p>DS :</p> <p>Pasien mengatakan sesak</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- dyspnea (+)</li> <li>- ronchi (+)</li> <li>- Pemeriksaan AGD:</li> <li>pH: 7,38. SO2: 89%</li> </ul>	Julianita

			pCO <sub>2</sub> : 29,0 mmHg HCO <sub>3</sub> : 17,20 mmol/L	
3.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.30 wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan posisi head up 30°C</li> <li>- Memberikan terapi oksigen</li> </ul>	DS: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan lebih nyaman dengan posisi yang diberikan</li> <li>- Pasien mengatakan setuju pemberian tindakan terapi oksigen</li> </ul> DO : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien nampak nyaman dengan posisi yang diberikan</li> <li>- Pasien mendapatkan terapi oksigen NRM: 10 lpm</li> </ul>	Julianita
4.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 09.45 wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi tanda-tanda hipervolemia dan monitor tekanan darah, frekuensi nadi pasien</li> </ul>	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 : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak sesak</li> <li>- tampak terdengar suara napas tambahan seperti ronchi,</li> <li>- pasien tampak odema pada ekstremitas bagian bawah pitting oedem 2+</li> </ul> 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melakukan pemantauan cairan: monitor intake dan output cairan pasien</li> </ul>	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	
6.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 10.00 wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Memberikan edukasi terkait pemberian <i>ankle pumping exercise</i></li> <li>- Memberikan therapy inovasi <i>ankle pumping exercise</i></li> </ul>	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan ingin mengetahui cara melakukan teknik ankle pumping exercise</li> <li>- Pasien mengatakan akan menerapkan teknik ini untuk seterusnya agar edema pada kakinya bisa perlahan berkurang</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien tampak kooperatif dan mengerti terkait penjelasan mengenai teknik ankle pumping exercise</li> <li>- Tampak posisi pasien sudah dalam posisi yang nyaman dengan posisi kaki elevasi 15°</li> </ul>	
7.	Kamis, 15 April 2021 Pukul 10.30 wita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mengkaji keadaan umum pasien dan melakukan Hemodialiasa (HD cito)</li> </ul>	<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"> <li>- TD : 150/80 mmHg</li> <li>- S : 36<sup>0</sup>C</li> <li>- N : 80 x/menit</li> <li>- P : 22 x/menit</li> </ul> <p>Pasien HD on femoral dan trf 5 kolf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HB post HD : 7,90 mg/dL</li> </ul>	

			- HT: 24.7 mg/dL - SO2: 95%	
--	--	--	--------------------------------	--

### E. Evaluasi Keperawatan

NO	TANGGAL/JAM	EVALUASI KEPERAWATAN	Paraf
1	15 April 2021 12.00 WITA	<p><i>Subjective :</i> Pasien mengatakan sesaknya terasa berkurang dan tebal bengkak di kaki berkurang</p> <p><i>Objective :</i> Gelisah pasien nampak berkurang Tampak Pitting oedem 1+, turgor kulit masih tampak kering. Tanda – tanda vital :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 150/80 mmHg</li> <li>- S : 36<sup>0</sup>C</li> <li>- N : 80 x/menit</li> <li>- P : 22 x/menit</li> </ul> <p>HB post HD : 7,90 mg/dL meningkat HT: 24.7 mg/dL meningkat SO2: 95%</p> <p><i>Assesment :</i> Status keseimbangan cairan belum membaik</p> <p><i>Planning :</i> Lanjutkan intervensi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>-Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°</li> <li>-Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</li> <li>-Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>-Ajarkan keluarga tehnik <i>ankle pumping exercise</i></li> </ul>	Julianita




**Data Skripsi Mahasiswa**

**N I M** P07120320066  
**Nama Mahasiswa** Ni Made Ari Julianita Dewi  
**Info Akademik** Fakultas : Jurusan Keperawatan - Jurusan Program Studi Profesi Ners  
 Semester : 2

[Skripsi](#) [Bimbingan](#) [Jurnal Ilmiah](#) [Seminar Proposal](#) [Syarat Sidang](#)

## Bimbingan

No	Dosen	Topik	Tanggal Bimbingan	Validasi Dosen
1	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan Judul Karya Ilmiah Akhir Ners	3 Mei 2021	✓
2	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Bimbingan penyusunan KIA-N dan konsul intervensi inovasi	7 Mei 2021	✓
3	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Konsul BAB I dan BAB II	13 Mei 2021	✓
4	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi BAB I dan BAB II Konsul BAB III sampai BAB V	18 Mei 2021	✓
5	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	Revisi BAB III dan BAB V konsul KIA-N Lengkap	3 Jun 2021	✓
6	197108141994021001 - I DEWA PUTU GEDE PUTRA YASA, S.Kp., M.Kep., Sp.MB.	KIAN BAB I sampai V acc, lanjut ujian	7 Jun 2021	✓
7	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep., SP.KOM	Bimbingan Judul Karya Ilmiah Akhir Ners	4 Mei 2021	✓
8	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep., SP.KOM	Bimbingan penyusunan KIA-N dan konsul intervensi inovasi	7 Mei 2021	✓
9	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep., SP.KOM	Konsul BAB I dan BAB II	26 Mei 2021	✓
10	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep., SP.KOM	Revisi BAB III dan BAB V konsul KIA-N Lengkap	31 Mei 2021	✓
11	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep., SP.KOM	Revisi BAB III dan BAB V konsul KIA-N Lengkap	10 Jun 2021	✓
12	196603211988032001 - Dr. KOMANG AYU HENNY ACHJAR, SKM., M.Kep., SP.KOM	KIAN BAB I sampai V acc, lanjut ujian	12 Jun 2021	✓



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN  
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN DENPASAR  
JURUSAN KEPERAWATAN



Alamat : Jalan Pulau Moyo No. 33, Pedungan Denpasar  
Telp/Faksimile : (0361) 725273/724563  
Laman (website) : [www.poltekkes-denpasar.ac.id](http://www.poltekkes-denpasar.ac.id)

BUKTI PENYELESAIAN ADMINISTRASI  
SEBAGAI PERSYARATAN MENGIKUTI UJIAN KIA-N  
PRODI PROFESI NERS POLTEKKES DENPASAR

Nama Mahasiswa : Ni Made Ari Julianita Dewi  
NIM : P07120320066

NO	JENIS	TGL	PENANGGUNG JAWAB	
			TANDA TANGAN	NAMA TERANG
1	Akademik	10/6/2021		Ns. Ida Erni Spahuntur S.Kep.,M.Kep
2	Perpustakaan	9/6/2021		Abduh Kallawa
3	Laboratorium	9/6/2021		Ni Made Julianita, S.Kep. Ners
4	HMJ	9/6/2021		Dawa Mado Ardi Krishna Mukti
5	Keuangan	9/6/2021		Ni Made Arstuh
6	Administrasi umum/perlengkapan	9/6/2021		Ida Ayu Ketut Alit

**Keterangan:**

Mahasiswa dapat mengikuti ujian KIA-N jika seluruh persyaratan diatas terpenuhi.

Ketua Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Denpasar

Ners. I Made Sukarja, S.Kp.M.Kep  
NIP. 196812311992031020

## SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI REPOSITORY

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Made Ari Julianita Dewi  
NIM : P07120320066  
Program Studi : Profesi Ners  
Jurusan : Keperawatan  
Tahun Akademik : 2020/2021  
Alamat : Jl Nagasari III Perumahan Nuansa Penatih A1  
Nomor HP/Email : 083114201146/stitchw3@gmail.com

Dengan ini menyerahkan skripsi berupa Tugas Akhir dengan Judul:

Asuhan Keperawatan Hipervolimia Pada Pasien Dengan CKD Stage V di IGD RSUP Sanglah Tahun 2021

1. Dan Menyetujuinya menjadi hak milik Poltekkes Kemenkes Denpasar serta memberikan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif untuk disimpan, dialihkan mediakan, dikelola dalam pangkalan data dan dipublikasikannya di internet atau media lain untuk kepentingan akademis selama tetap mencantumkan nama penulis sebagai pemilik Hak Cipta.
2. Pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh. Apabila dikemudian hari terbukti ada pelanggaran Hak Cipta/Plagiarisme dalam karya ilmiah ini, maka segala tuntutan hukum yang timbul akan saya tanggung pribadi tanpa melibatkan pihak Poltekkes Kemenkes Denpasar.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Denpasar, 13 Agustus 2021

Yang menyatakan,



Ni Made Ari Julianita Dewi  
NIM.P07120320066