

SISTEMATIKA PENULISAN ASKEP GADAR

A. PENCATATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Di Ruang IGD)

Nama Klien : NY. H No Register : (

Usia : 56 tahun Tanggal Masuk : Jumat, 28 Juni 2019

Jenis Kelamin : Perempuan Diagnosa Medik :

Riwayat Kesehatan: klien mengeluh mual dan muntah sejak 3 hari sebelum masuk rumah sakit
muntah sesaat setelah makan. klien mengatakan tidak nafsu makan dan bb turun 5 kg
dalam sebulan. bb awal 46 sekarang 41kg. klien riwayat gagal ginjal kronik stadium HD 2x
seminggu. klien memiliki riwayat hipertensi. Diet cairan 250cc/hari edema derajat 2
di ekstremitas bawah

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
AIRWAYS (jalan nafas) Sumbatan : <input type="checkbox"/> benda asing <input type="checkbox"/> darah <input type="checkbox"/> bronkospasme <input type="checkbox"/> sputum <input type="checkbox"/> lender	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Bersihan jalan nafas tidak efektif b/d.....			
BREATHING (pernafasan) Sesak, dengan : <u>R.R: 22x/menit</u> <u>Saturasi : 99%</u> <input type="checkbox"/> aktivitas <input type="checkbox"/> tanpa aktivitas <input type="checkbox"/> menggunakan	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Pola nafas tidak efektif b/d.....			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
otot tambahan frekuensi:..... Irama: <input checked="" type="checkbox"/> teratur <input type="checkbox"/> tidak teratur Kedalaman: <i>Normal</i> <input type="checkbox"/> dalam <input type="checkbox"/> dangkal Batuk: <input type="checkbox"/> produktif <input checked="" type="checkbox"/> non produktif Sputum: - Warna: - Konsistensi: Bunyi nafas: <i>vesikuler</i> <input type="checkbox"/> ronchi <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> creakles <input type="checkbox"/> snoring Gangguan pertukaran gas b/d.....			
CIRCULATION (sirkulasi) <i>Nadi 2x/menit</i> sirkulasi perifer:	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Penurunan curah jantung			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<p>Nadi:</p> <p>Irama:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> teratur</p> <p><input type="checkbox"/> tidak teratur</p> <p>Denyut:</p> <p><input type="checkbox"/> lemah</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> kuat</p> <p><input type="checkbox"/> tak kuat</p> <p>TD: 130/90 mmHg</p> <p>ekstremitas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> hangat</p> <p><input type="checkbox"/> dingin</p> <p>Warna kulit:</p> <p><input type="checkbox"/> cyanosis</p> <p><input type="checkbox"/> pucat</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> kemerahan</p> <p>Pengisian kapiler: 7³ detik</p> <p>Edema:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ya</p> <p><input type="checkbox"/> tidak</p> <p>Jika ya:</p>	<p>b/d.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> actual</p> <p><input type="checkbox"/> resiko</p> <p>Gg keseimbangan cairan dan elektrolit</p> <p><input type="checkbox"/> kurang</p> <p><input type="checkbox"/> lebih</p> <p>b/d.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<p>() muka</p> <p>() tangan atas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> tungkai</p> <p>() anasarka</p> <p>Eliminasi dan cairan</p> <p>BAK:.....x/hari</p> <p>Jumlah: <i>Klien anuria</i></p> <p>() sedikit</p> <p>() banyak</p> <p>() sedang</p> <p>Warna:</p> <p>() kuning jernih</p> <p>() kuning kental</p> <p>() putih</p> <p>Rasa sakit:</p> <p>() ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak</p> <p>Keluhan sakit pinggang:</p> <p>() ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak</p> <p>BAB:.....x/hari <i>Normal</i></p> <p>Diare</p> <p>() ya () tidak</p>	<p>() actual</p>			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<p>Pencernaan:</p> <p>Kidah kotor: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak</p> <p>Nyeri: <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> ulu hati <input type="checkbox"/> kuadran kanan <input type="checkbox"/> menyebar <input checked="" type="checkbox"/> tidak</p> <p>Integumen (kulit) terdapat luka <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak</p> <p>Dalam: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak</p> <p>Pendarahan: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak</p>				
<p>DISSABILITY</p> <p>Tingkat kesadaran <input checked="" type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> apatis</p>	<input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Gg perfusi jaringan			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<input type="checkbox"/> somnolen <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> soporocoma <input type="checkbox"/> koma Pupil <input checked="" type="checkbox"/> isokor <input type="checkbox"/> unisokor <input type="checkbox"/> moosis <input type="checkbox"/> midriasis Reaksi terhadap cahaya Ka: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif Ki: <input checked="" type="checkbox"/> positif <input type="checkbox"/> negatif GCS: E M V = 15 Terjadi <input type="checkbox"/> kejang <input type="checkbox"/> pelo <input type="checkbox"/> kelumpuhan/ kelemahan	cerebral b/d.....			

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
() mulut mencong () afasia () disfagia Nilai kekuatan otot: $\begin{array}{r} 5 \quad 5 \\ \hline 4 \quad 4 \end{array}$ Reflex Babinsky: Patella: Bicip/trisep: Brudynsky:				

B. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikososial

- Komunitas yang diikuti : Tidak ada

- Koping : Menerima Menolak Kehilangan Mandiri
- Afek : Gelisah Insomnia Tegang Depresi
- Apatis
- HDR : Emosional Tidak berdaya Rasa bersalah
- Persepsi penyakit : Menerima Menolak
- Hubungan keluarga harmonis : Tidak Ya, orang terdekat :

a. Spiritual

- Kebiasaan keluarga / pasien untuk mengatasi stress dari sisi spiritual :

2. KEBUTUHAN EDUKASI

a. Terdapat hambatan dalam pembelajaran :

- Tidak Ya, Jika Ya : Pendengaran Penglihatan Kognitif Fisik
- Budaya Emosi Bahasa Lainnya

Dibutuhkan penerjemah : Tidak Ya,
 Sebutkan.....

Kebutuhan edukasi (pilih topik edukasi pada kotak yang tersedia) : Diagnosa dan manajemen penyakit Obat – obatan / Terapi Diet dan nutrisi Tindakan keperawatan..... Rehabilitasi Manajemen nyeri
 Lain-lain, sebutkan

b. Bersedia untuk dikunjungi : Tidak Ya, :
 Keluarga Kerabat Rohaniawan

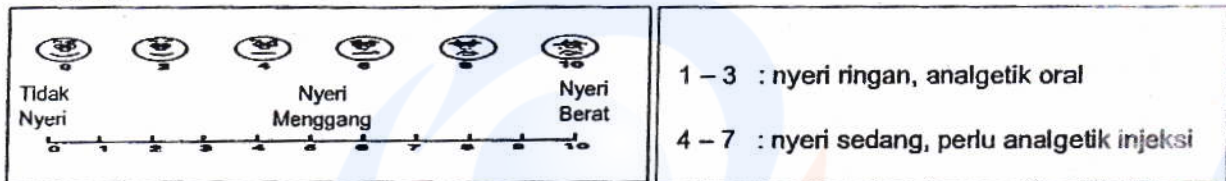
3. RISIKO CEDERA / JATUH (Isi formulir monitoring pencegahan jatuh)
 Tidak Ya, Jika Ya, gelang risiko jatuh warna kuning harus dipasang

4. STATUS FUNGSIONAL (Isi formulir *Barthel Index*)
 Aktivitas dan Mobilisasi : Mandiri Perlu bantuan, sebutkan

Alat Bantu jalan, sebutkan

Bila terdapat gangguan fungsional, pasien dikonsultasikan ke Rehabilitasi Medis melalui DPJP

5. SKALA NYERI
 Nyeri : Tidak Ya



Nyeri Kronis, Lokasi : Frekuensi : Durasi

Nyeri Akut Lokasi : Frekuensi : Durasi

Score Nyeri (0-10) :

Nyeri Hilang

Minum Obat Istirahat Mendengar Musik Berubah Posisi Tidur

Lain-Lain sebutkan.....

<input type="checkbox"/> Numeric Usia >7 th	<input type="checkbox"/> Wong Baker Face Usia >3 th	<input type="checkbox"/> CRIES Usia 0-6 bln	<input type="checkbox"/> FLACC Usia 2 bln – 7 th	<input type="checkbox"/> COMFORT Pasien tidak sadar	Keterangan
A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	A/I: _____	0 : Tidak Nyeri 1-3 : Nyeri Ringan 4-7 : Nyeri Sedang 8-10 : Nyeri Berat <i>Comfort Pain Scale:</i> 9-18 : Nyeri Terkontrol 19-26 : Nyeri Ringan 27-35 : Nyeri Sedang >35 : Nyeri Berat

Nyeri mempengaruhi:

Tidur Aktivitas Fisik Emosi Nafsu Makan Konsentrasi

Lainnya.....

Analisa Data

No.	Data Fokus	Masalah Keperawatan
1.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan selalu memikirkan Penyakitnya - Klien mengatakan takut Penyakitnya semakin parah - klien mengatakan gelisah saat menjalani hemodialisa <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat murung - Klien selalu bertanya tentang Penyakitnya - Nilai ansietas 26 	Ansietas
2.	<p>KI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien datang ke IGD RSPAD dengan keluhan mual dan muntah sesak 3 hari sebelum masuk rumah sakit. - Klien mengatakan muntah sesak setelah makan - Klien mengatakan tidak nafsu makan dan berat badannya turun 5kg dalam 1 bulan <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien terlihat lemas - Klien terlihat muntah - Turgor kulit buruk - Mukosa bibir kering - BB awal 46 kg, BB sekarang 41 kg - Hb 8.5 g/dL - Hematokrit 27% 	Ketidakstabilan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3.	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bengkak di kaki - Klien mengatakan sudah 6 bulan tidak kencing - Klien mengatakan diet cairan 250cc/ hari. 	

Data Objektif	Kelebihan Volume Cairan
- Irama nadi teratur	
- Denyut nadi kuat	
- Pitting edema derajat 2.	
- Mukosa bibir kering	
- TD : 130 / 90 mmHg	
Nadi : 70x / menit	
- Ureum 155 mg / dL	
- Kreatinin 14.16 mg / dL.	
- Kalium 6.2 mmol / L	

Diagnosa Keperawatan

1. Kelebihan volume cairan
2. Ansietas
3. ketidakstabilan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Rencana Keperawatan

No.	Dx Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	Intervensi Keperawatan
1.	Kelebihan Volume Cairan	Kelebihan volume cairan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor status hidrasi • catat intake - output dan hitung balance cairan • Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan • Monitor tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan • Pantau keadaan umum klien • Kaji adanya edema • Kaji tanda-tanda vital • Monitor hasil laboratorium • Kolaborasi • Kolaborasi pemberian diuretik • Berikan cairan intravena
2.	Ansietas	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 1 x 24 jam diharapkan	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas (Verbal dan non verbal) • Gunakan pendekatan yang tenang dan menyenangkan • Anjurkan keluarga untuk mendampingi

			<ul style="list-style-type: none"> • Dengarkan klien, Identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan • Kaji untuk tanda verbal dan non verbal kecemasan • Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Latih Terapi SEFT
3.	<p>Ketidakseimbangan Nutrisi kurang dari kebutuhan Tubuh</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 x 24 jam diharapkan mual dan muntah berkurang dengan kriteria hasil:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya alergi makanan • Anjurkan untuk meningkatkan intake • Monitor adanya penurunan berat badan • Monitor turgor kulit • Monitor mual dan muntah • Monitor hasil laboratorium • Identifikasi status nutrisi • Anjurkan untuk makan dengan suhu yang sesuai • Anjurkan posisi duduk jika mampu

Implementasi			
NO	Waktu	Implementasi	Evaluasi
1.	Dx 1 Jumat, 28/06/19	a. Memantau keadaan umum klien	S :- O = kompos mentis
		b. Memantau turgor kulit	S = O Turgor kulit buruk
		c. Mengkaji adanya edema	S = -klien mengatakan bengkak dibagian kakinya -klien mengatakan bengkak dikakinya sudah lama dan tidak sembuh-sembuh
			O = Pitting edema derajat 2
		d. Mengkaji tanda-tanda vital	S = -klien mengatakan tidak sesak -klien mengatakan tidak demam O = To : 130/80 mmHg N : 79 x/menit RR : 19 x/menit S : 36,4°C saturasi : 99%
e. Membatasi asupan cairan sesuai diet cairan	S = -klien mengatakan diet cairan 250 cc/hari dan tidak pernah minum lebih dari 250 cc/hari -klien menyatakan senang karena keluarga dan suster selalu mengingatkan diet minumannya O = -klien hanya minum sedikit - Terdapat air dengan takaran 250 cc.		
2.	Dx 2, Jumat, 28/06/19	a. Mengpurakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan	S = O = -klien kooperatif dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan
		b. Mengansurkan keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat	S = -Suami klien mengatakan selalu mendampingi klien - Suami klien mengatakan terka-

			<p>dang klien menangis karena takut penyakitnya semakin parah</p>
		C. Melakukan terapi SEFT	<p>S = klien mengatakan akan melakukan terapi SEFT sendiri dirumah</p> <p>- klien mengatakan lebih tenang ketika mencoba terapi SEFT</p> <p>O = - klien terlihat antusias</p> <p>- klien lebih tenang</p> <p>- Nilai ansietas 22</p>
3.	Dx 3. Somat 28/ae/19	a. Mengkaji adanya alergi makanan	<p>S = - klien mengatakan tidak ada alergi makanan kecuali seafood</p> <p>O = -</p>
		b. Mengamurkan pasien untuk meningkatkan intake	<p>S = - klien mengatakan akan mencoba anjuran untuk makan selagi hangat</p> <p>- klien mengatakan akan mencoba anjuran untuk makan sedikit tapi sering</p> <p>O = - klien kooperatif saat diberikan anjuran untuk makan sedikit tapi sering dan selagi hangat</p> <p>- klien terlihat makan namun masih terlihat mual</p>
		c. Memonitor adanya penurunan berat badan	<p>S = - klien mengatakan berat badannya berukuran 5kg dalam sebulan</p> <p>- klien mengatakan bb sebelumnya 46 kg dan bb sekarang 41 kg</p>
		d. Memonitor turgor kulit	<p>S = -</p> <p>O = Turgor kulit > 3 detik</p>
		e. Memonitor mual dan muntah	<p>S = - klien mengatakan mual dan muntah berkurang tidak seperti saat dirumah.</p> <p>O = Klien masih terlihat mual</p>

	f. Kolaborasi pemberian farmakologi	S = - O = - IV Omeprazol 1x20 mg - Ondansetron 1x40 mg.
--	-------------------------------------	---

Evaluasi

No.	Diagnosa keperawatan	Evaluasi (S,D,A,P)
1.	kelebihan volume cairan	<p>S = - klien mengatakan bengkak dibagian kakinya - klien mengatakan tidak sesak - klien mengatakan tidak demam - klien menyatakan diet cairan 250cc/hari dan tidak pernah minum lebih dari 250cc/hari - klien mengatakan senang karena keluarga dan suster selalu mengingatkan diet minumannya</p> <p>O = - kesadaran umum komposmentis - Edema diekstremitas bawah dengan pitting edema derajat 2 - TD 130/80 mmHg Nadi 79x/menit RR 19x/menit suhu 36.4°C Saturasi oksigen 99% - klien hanya minum sedikit dan terdapat air dengan takaran 250 cc.</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor status hidrasi • catat intake-output dan hitung balance cairan • Berikan asupan cairan sesuai kebutuhan • Berikan cairan intravena • Kolaborasi pemberian diuretik • Monitor tanda dan gejala ketidakseimbangan cairan • Pantau keadaan umum klien • Kaji adanya edema • Kaji tanda-tanda vital • Monitor hasil laboratorium

2.	Anxietas	<p>S = - klien mengatakan akan melakukan terapi SEFT sendiri dirumah</p> <p>- klien mengatakan lebih tenang setelah mencoba terapi SEFT</p> <p>- klien mengatakan lebih ikhlius mengenai penyakitnya</p> <p>- suami klien mengatakan selalu mendampingi klien</p> <p>- suami klien mengatakan terkadang klien menangis karena takut penyakitnya semakin parah</p> <p>O = - klien kooperatif dan menjawab setiap pertanyaan yang diajukan</p> <p>- klien terlihat lebih tenang</p> <p>- Miar ansietas 22.</p> <p>A = Masalah belum teratasi</p> <p>P = Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas • berikan pendekatan yang tenang dan menyenangkan • Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat • Dengarkan klien, identifikasi pada saat terjadi perubahan tingkat kecemasan • Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Latih terapi SEFT
3.	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<p>S = - klien mengatakan ada alergi pada seafood</p> <p>- klien mengatakan akan mencoba anjuran untuk makan selagi hangat</p> <p>- klien mengatakan akan mencoba anjuran untuk makan sedikit tapi sering</p> <p>- klien mengatakan berat badan berukuran 5 kg dalam sebulan</p> <p>- klien mengatakan bb sebelumnya 46 kg dan bb sekarang 41 kg</p> <p>- klien mengatakan mual dan muntah berkering tidak seperti saat dirumah</p>

O

- Klien terlihat kooperatif saat diberikan amuran untuk makan
- = sedikit tapi sering dan sebagi hangat
- Klien terlihat makan
- Turgor kulit > 3 detik

A

- = - Masalah belum teratasi

P

Pertahankan intervensi

- = • Kaji adanya alergi makanan
- Anjurkan untuk meningkatkan intake
- Monitor adanya penurunan berat badan
- Monitor turgor kulit
- Monitor mual dan muntah
- Monitor hasil laboratorium
- Identifikasi status nutrisi
- Anjurkan untuk makan dengan suhu yang sesuai
- Anjurkan posisi duduk jika mampu