

SISTEMATIKA PENULISAN ASKEP GADAR

A. PENCATATAN KEPERAWATAN GAWAT DARURAT (Di Ruang IGD)

Nama Klien : Tn. A No Register :
 Usia : 45 tahun Tanggal Masuk : Senin, 01 Juli 2019
 Jenis Kelamin : Laki-laki Diagnosa Medik : Gagal ginjal kronis (CKD on HD).

Riwayat Kesehatan: Klien datang ke IGD PSPAD dengan keluhan mual dan muntah. Klien Mengetatkan 10x muntah sejak 2 hari yang lalu dan mual sejak 5 hari lalu, Klien mengalami penurunan BB 4 kg dalam 1 bulan. BB awal 59 kg sekarang 55 kg. Klien gejal ginjal kronis 4 tahun lalu HD 2x dalam seminggu. Diet cairan 300cc/hari edema derajat 1 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>20 x/menit</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
<p>otot tambahan frekuensi:.....</p> <p>Irama:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> teratur</p> <p><input type="checkbox"/> tidak teratur</p> <p>Kedalaman: normal</p> <p><input type="checkbox"/> dalam</p> <p><input type="checkbox"/> dangkal</p> <p>Batuk: Mengatakan tidak batuk</p> <p><input type="checkbox"/> produktif</p> <p><input type="checkbox"/> non produktif</p> <p>Sputum:</p> <p>- Warna:</p> <p>- Konsistensi:</p> <p>Bunyi nafas: Vesikuler</p> <p><input type="checkbox"/> ronchi</p> <p><input type="checkbox"/> wheezing</p> <p><input type="checkbox"/> crackles</p> <p><input type="checkbox"/> snoring</p>	<p>.....</p> <p>Gangguan pertukaran gas b/d.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
<p>CIRCULATION (sirkulasi)</p> <p>sirkulasi perifer:</p>	<p><input type="checkbox"/> actual</p> <p><input type="checkbox"/> resiko</p> <p>Penurunan curah jantung</p>			

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:</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 type="checkbox"/> kemerahan</p> <p>Pengisian kapiler: >.....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
<input type="checkbox"/> muka <input type="checkbox"/> tangan atas <input checked="" type="checkbox"/> tungkai <input type="checkbox"/> anasarka Eliminasi dan cairan BAK:.....x/hari Jumlah: <input checked="" type="checkbox"/> sedikit <input type="checkbox"/> banyak <input type="checkbox"/> sedang Warna: <input type="checkbox"/> kuning jernih <input type="checkbox"/> kuning kental <input type="checkbox"/> putih Rasa sakit: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak Keluhan sakit pinggang: <input type="checkbox"/> ya <input checked="" type="checkbox"/> tidak BAB:.....x/hari normal Diare <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak <input type="checkbox"/> actual				

PENGKAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
<p> <input type="checkbox"/> berdarah <input type="checkbox"/> cair <input type="checkbox"/> berlendir Abdomen <input type="checkbox"/> datar <input checked="" type="checkbox"/> cembung <input type="checkbox"/> cekung <input type="checkbox"/> lembek <input type="checkbox"/> elastic <input type="checkbox"/> asites <input type="checkbox"/> kembung Turgor: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> sedang <input checked="" type="checkbox"/> buruk Mukosa: <input type="checkbox"/> lembab <input checked="" type="checkbox"/> kering Kulit: <input type="checkbox"/> bintik merah <input type="checkbox"/> jejas <input type="checkbox"/> lecet-lecet <input type="checkbox"/> luka Suhu: 36°C Celcius </p>	<p> <input type="checkbox"/> resiko Perforasi usus/apendik <input type="checkbox"/> actual <input type="checkbox"/> resiko Gg integritas jaringan b/d..... </p>			

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

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.....			

PENGAJIAN	Dx KEPERAWATAN	JAM	INTERVENSI DAN TINDAKAN KEP.	PARAF
() mulut mencong () afasia () disathria Nilai kekuatan otot: $\begin{array}{c c} 5 & 5 \\ \hline 4 & 4 \end{array}$ Reflex Babinsky: Patella: Bisep/trisep: Brudynsky:				

B. RIWAYAT PSIKOSOSIAL DAN SPIRITUAL

1. Psikososial

- Komunitas yang diikuti : *semaksimal sakit, klien menyatakan tidak mengikuti*

aktivitas komunitas

- 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 : *istri*

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

<p>Tidak Nyeri (0) Nyeri Mengganggu (5) Nyeri Berat (10)</p>	<p>1 – 3 : nyeri ringan, analgetik oral</p> <p>4 – 7 : nyeri sedang, perlu analgetik injeksi</p>
--	--

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 Konsetrasi

Lainnya.....

Analisa Data

No.	Data fokus	Masalah keperawatan
1.	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien mengatakan khawatir penyakitnya semakin parah karena terus menerus mual dan muntah -klien mengatakan sedih karena penyakitnya tidak sembuh meskipun sudah menjalani hemodialisa <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nilai ansietas 24 -klien terlihat gelisah dan sering kaku terdiam saat diajak bicara 	Ansietas
2.	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien datang ke IGD RSPAD dengan keluhan mual dan muntah -klien mengatakan sudah 10 kali muntah sejak dua hari yang lalu -Mual sejak 5 hari lalu -klien mengatakan berat badanya turun 4kg dalam 1 bulan <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien terlihat lemas -Mukosa bibir kering -Turgor kulit buruk -Hb 8,0 g/dl -Hematokrit 28% 	ketidakstabilan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
3.	<p>Data subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -klien mengatakan bengkak dikakinya -klien mengatakan diet cairan 300cc/hari dan tidak pernah minum lebih dari 300cc/hari <p>Data objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nadi teratur -Denyut nadi kuat -Mukosa bibir kering -Edema ekstremitas bawah pitting edema 	kelebihan volume cairan

- TD 115/80 mmHg
- Nadi 19 x/menit
- RR 20 x/menit Suhu 36°C
- ureum 170 mg/dL
- kalium 6,5 mmol/L

Diagnosa keperawatan

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

rencana keperawatan

No.	Diagnosa keperawatan	Tujuan dan kriteria Hasil (NOC)	Intervensi Keperawatan (NIC)
1.	Kelebihan volume cairan	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 7 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 1 x 24 jam, diharapkan cemas teratasi dengan kriteria hasil:	<ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas (Verbal dan non Verbal) • Bunakan pendekatan yang tenang dan menyenangkan • Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat • Dengarkan klien, identifikasi pdd

			<p>saat terjadi perubahan tingkat Kecemasan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kaji adanya 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 1x24 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

1.	Dx 1. Senin, 01/07/19	a. Memantau keadaan umum klien	S = - O = komposmentis
		b. Memonitor turgor kulit	S = klien mengatakan kulitnya memang sudah seperti ini sejak lama O = Turgor kulit buruk
		c. Mengkaji adanya edema	S = - klien mengatakan bengkak dikakinya sudah lama dan belum sembuh - Klien mengatakan memang jika Penyakit ginjal Kakinya akan bengkak O = Edema ekstremitas bawah dengan pitting edema derajat I
		d. Mengkaji tanda-tanda vital	S = - klien mengatakan tidak merasa sesak atau batuk - klien mengatakan tidak demam O = TD : 110/90 mmHg Nadi : 80x/menit RR : 18x/menit suhu : 36,4°C Saturasi 99%
		e. Membatasi asupan cairan sesuai diet cairan	S = - klien mengatakan diet cairan 300cc/hari - klien mengatakan keluarga selalu mengingatkan untuk tidak minum banyak - klien mengatakan akan lebih patuh lagi pada diet cairan yang harus disiplin O = klien minum sesuai anjuran
2.	Dx 2. Senin 01/07/19	d. Menggunakan Pendekatan yang tenang dan meyakinkan	S = O = klien mampu menjawab setiap pertanyaan namun sesekali terdiam
		b. Mengansurkan keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat	S = keluarga mengatakan selalu mendampingi klien O = -
		c. Melakukan terapi SEFT	S = - klien mengatakan lebih tenang dan pasrah dengan ketentuan Tuhan

			<ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan akan mencoba kembali terapi SEFT sendiri dirumah
			<ul style="list-style-type: none"> O: - klien kooperatif saat dilakukan terapi SEFT - klien terlihat lebih tenang - Nilai ansietas 21
3.	Dx 3.01/01/19 Senin	Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh	<ul style="list-style-type: none"> S: klien mengatakan tidak ada alergi pada makanan O: -
		b. Mengansurkan pasien untuk meningkatkan intake	<ul style="list-style-type: none"> S: - klien mengatakan akan berusaha untuk tetap makan - klien mengatakan akan mencoba anjuran untuk makan sedikit tapi sering O: - klien kooperatif saat diberikan anjuran untuk makan sedikit tapi sering - Terlihat klien makan - Mual berkurang dan muntah sedikit
		c. Memonitor adanya penurunan berat badan	<ul style="list-style-type: none"> S: - klien mengatakan berat badannya berkurang 4kg dalam sebulan - klien mengatakan BB sebelumnya 59kg dan BB sekarang 55kg O: -
		d. Memonitor turgor kulit	<ul style="list-style-type: none"> S: klien mengatakan kulitnya memang kering O: >3 detik
		e. Memonitor mual dan muntah	<ul style="list-style-type: none"> S: klien mengatakan mual dan muntah berkurang setelah diberikan obat O: klien mas terlihat mual dan muntah berkurang
		f. Kolaborasi pemberian farmakologi	<ul style="list-style-type: none"> S: - O: IV Omeprazole 1x20 mg dan Bndansentron 1x40 mg

Evaluasi

NO	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi (S.O.A.P)
1.	Kelebihan Volume Cairan	<p>S =</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan kulitnya memang sudah seperti ini - sesak lama - klien mengatakan bengkak dikakinya sudah lama - klien mengatakan memang jika penyakit ginjal kakinya akan bengkak - klien mengatakan tidak merasa sesak atau batuk - klien mengatakan tidak demam - klien mengatakan diet cairan 300cc/hari - klien mengatakan keluarga selalu mengingatkan untuk tidak minum banyak - klien mengatakan akan lebih patuh lagi pada diet cairan yang harus disiplin <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - kesadaran umum klien kompos mentis - Edema diekstremitas bawah dengan pitting edema derajat 1 - TD : 110/90 mmHg Nadi 80x/menit - RR : 18x/menit Suhu 36.4°C - Saturasi Oksigen 99% - klien hanya minum sedikit <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 pasien • Kaji adanya edema • Kaji tanda-tanda vital • Monitor hasil laboratorium.

<p>2. Ansietus</p>	<p>S = klien mengatakan lebih tenang dan pasrah dengan ketentuan Tuhan</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan akan mencoba kembali terapi SEFT sendiri dirumah - keluarga klien mengatakan selalu mendampingi <p>O = klien mampu menjawab setiap pertanyaan yang diajukan namun sesekali terdiam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nilai ansietas 21 - klien kooperatif saat dilakukan terapi SEFT <p>Masalah belum teratasi</p> <p>A =</p> <p>P = Pertahankan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal) • Gunakan pendekatan yang tenang dan menyenangkan • Anjurkan keluarga untuk mendampingi klien dengan cara yang tepat • Dengarkan klien, Identifikasi pada saat terjadinya perubahan tingkat kecemasan • Bantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan • Latih terapi SEFT
<p>3. Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh</p>	<p>S = klien mengatakan tidak ada alergi pada makanan</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien mengatakan akan berusaha untuk tetap makan - klien mengatakan akan mencoba anjuran untuk makan sedikit tapi sering - klien mengatakan berat badannya berkurang 4 kg dalam 1 bulan - klien mengatakan BB sebelumnya 59 kg dan sekarang 55 kg - klien mengatakan mual dan muntah berkurang setelah diberikan obat <p>O =</p> <ul style="list-style-type: none"> - klien masih terlihat mual dan muntah namun berkurang - klien terlihat kooperatif saat diberikan anjuran untuk makan sedikit tapi sering - 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.