

BAB 3

PENERAPAN PENGKAJIAN KEPERAWATAN DALAM FORMAT DATA DASAR DENGAN PENDEKATAN KASUS

Capaian Pembelajaran:

Mahasiswa mampu mengumpulkan data, menganalisa dan merumuskan masalah, merencanakan, mengimplementasikan, mengevaluasi dan mendokumentasi serta menyajikan informasi asuhan keperawatan

Kemampuan Akhir Yang Diharapkan:

Mahasiswa mampu melakukan pengkajian melalui pengumpulan data primer dan sekunder pada asuhan keperawatan mandiri ataupun kelompok.

Pokok Bahasan:

- 4.1 Penerapan Format Data Dasar keperawatan Anak
- 4.2 Penerapan Format Data Dasar keperawatan Ibu
- 4.3 Penerapan Format Data Dasar Keperawatan kritis

3.1 Penerapan Format Data Dasar Keperawatan Anak

5.2.1 Kasus

An. P usia 5 tahun dibawa ke UGD KIA Mugi Waras dengan keluhan panas sudah 5 hari, mual(+) muntah (+) 5x/hari, tidak ada nafsu makan sama sekali, kondisi saat ini KU lemah badan panas(+) bibir tampak kering, hasil rumple leed (+), acral dingin. Menurut orang tua tadi sempat mimisan 1x sedikit. Kesadaran anak baik, TTV saat pengkajian, T 90/60 N 100x/mnt suhu 38,2C, RR 22x/mnt BB 25 Kg cm hasil pemeriksaan darah HB 11, Leu 11 eri 6,7 PCV 40 trombosit 90 diberikan terapi paracetamol 1 tab, infuse Asering 30 tetes/menit.

(Pengkajian lain-lain dianggap hasil normal)

Dx medis : suspect Dengue fever pasien dianjurkan untuk MRS

**FORMAT PENGKAJIAN
RUANG PERAWATAN ANAK**

I. Biodata

A. Identitas Klien

1. Nama/Nama panggilan : An P
2. Tempat tgl lahir/usia : kota X, 15 April 2015
3. Jenis kelamin : Perempuan
4. A g a m a : Islam
5. Pendidikan : -
6. Alamat : Kota X
7. Tgl masuk : 18 Mei 2019 (jam 23.40)
8. Tgl pengkajian : 19 Mei 2019 (08.00)
9. Diagnosa medik : Suspect Dengue Fever
: MRS (RL inf 30 tts/mnt, paracet, dexta inj 2x 0,5 cc iv)
10. Rencana terapi

B. Identitas Orang tua

1. Ayah

- a. N a m a : Tn. P
- b. U s i a : 35 Tahun
- c. Pendidikan : sarjana
- d. Pekerjaan/sumber Penghasilan : Guru
- e. A g a m a : Islam
- f. Alamat : kota X

2. Ibu

- a. N a m a : Ny. L
- b. U s i a : 30 tahun
- c. Pendidikan : sarjana
- d. Pekerjaan/Sumber penghasilan: Guru
- e. Agama : Islam
- f. Alamat : Kota X

C. Identitas Saudara Kandung

| No | N A M A | U S I A | HUBUNGAN | STATUS KESEHATAN |
|----|---------|---------|----------|------------------|
| | | | | |

II. Riwayat Kesehatan

A. Riwayat Kesehatan Sekarang :

Keluhan Utama : panas turun naik sudah 5 hari, muntah 3 kali

Riwayat Keluhan Utama :

Ibu pasien mengatakan anaknya panas sudah 5 hari turun naik, muntah 3 kali

Keluhan Pada Saat Pengkajian :

Anak masih lemas, badannya masih sumer, tidak mau makan karena mual.

B. Riwayat Kesehatan Lalu (khusus untuk anak usia 0 –5 tahun)

1. Prenatal care

a. Ibu memeriksakan kehamilannya setiap min

Keluhan selama hamil yang dirasakan oleh ibu, tapi oleh dokter dianjurkan untuk -

b. Riwayat terkena radiasi : -

c. Riwayat berat badan selama hamil : 68 kg

e. Riwayat Imunisasi TT : 2x

f. Golongan darah ibu B, Golongan darah ayah O

2. Natal

a, Tempat melahirkan : Rumah sakit

b. Jenis persalinan : Normal

c. Penolong persalinan : Bidan

e. Komplikasi yang dialami oleh ibu pada saat melahirkan dan setelah melahirkan : tidak ada

3. Post natal

a. Kondisi bayi : APGAR

b. Anak pada saat lahir tidak

mengalami

:

(Untuk semua Usia)

▣ Klien pernah mengalami penyakit :pada umur : d
obat oleh :

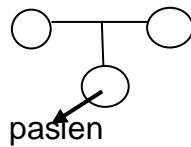
▣ Riwayat kecelakaan :

▣ Riwayat mengkonsumsi obat-obatan berbahaya tanpa
anjuan dokter dan menggunakan zat/subtansi kimia
yang berbahaya :

▣ Perkembangan anak dibanding saudara-saudaranya :

C. Riwayat Kesehatan Keluarga

▣ Genogram



Ket :

IV. Riwayat Immunisasi (imunisasi lengkap)

| NO | Jenis immunisasi | Waktu pemberian | Frekuensi | Reaksi setelah Pemberian | Frekuensi |
|----|---------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-----------|
| 1. | BCG | Baru lahir | 1 x | Tidak ada | |
| 2. | DPT (I,II,III) | Usia 1 bln, 3 bln, 5 bln | 3 x | Demam | |
| 3. | Polio (I,II,III,IV) | Baru lahir 1, 3, 5 bulan | 4 x | Tidak ada | |
| 4. | Campak | Usia 9 bulan | 1 x | Tidak ada | |

| | | | | | |
|----|-----------|-----------------------------------|-----|-----------|--|
| | | | | | |
| 5. | Hepatitis | Baru lahir 3 bulan, 7 bulan | 3 x | Tidak ada | |

V. Riwayat Tumbuh Kembang

A. Pertumbuhan Fisik

1. Berat badan : 25 kg
2. Tinggi badan : cm.(tidak terkaji)
3. Waktu tumbuh gigi 10 bulan gigi Tanggal - Jumlah
gigi 10 buah.

|||

B. Perkembangan Tiap tahap Usia anak saat

1. Berguling : 3 bulan
2. Duduk: 8 bulan
3. Merangkak : 8 bulan
4. Berdiri : 1,3 tahun
5. Berjalan : 1,4 tahun
6. Senyum kepada orang lain pertama tahun kali : 3 bulan
7. Bicara pertama kali : 1,1 tahun dengan menyebutkan : mama, papa, aem...aem, mimik
8. Berpakaian tanpa bantuan : 3,8 tahun
9. DDST : normal

VI. Riwayat Nutrisi

A. Pemberian ASI

Ibu memberikan ASI sampe bayi usia 6 bulan, kemudian dicampur sufor mulai usia 7 bulan sampai sekarang

B. Pemberian susu formula

1. Alasan pemberian : sudah waktunya anak makan
2. Jumlah pemberian : sehari 4-5 kali
3. Cara pemberian : memakai dot atau gelas

Pola perubahan nutrisi tiap tahap usia sampai nutrisi saat ini

| Usia | Jenis Nutrisi | Lama Pemberian |
|------------|-----------------------------------|----------------|
| 7-12 bulan | Nasi tim + sayur dan lauk cincang | 6 bulan |
| 1-5 tahun | Nasi biasa+ lauk+ sayur+buah | 5 tahun |

VII. Riwayat Psikososial

Anak tinggal bersama

☐ : _____

Anak tinggal bersama orang tua dan pengasuh

☐ Lingkungan berada di : perumahan

.....

Tempat bermain
ada

☐ Rumah dekat dengan :

kamar klien :

☐ Rumah ada tangga : ada

III

- Hubungan antar anggota keluarga : sangat baik, keluarga menjadwalkan berkunjung ke rumah nenek seminggu sekali
- Pengasuh anak : pembantu

VIII. Riwayat Spiritual

- Support sistem dalam keluarga : sangat baik, anggota keluarga saling mendukung
- Kegiatan keagamaan : kegiatan yang dilakukan oleh keluarga secara bersama-sama adalah mengaji, sholat. Sedangkan kegiatan diluar rumah biasanya anak diajak pada saat sholat jumat

IX. Reaksi Hospitalisasi

A. Pengalaman keluarga tentang sakit dan rawat inap

- Ibu membawa anaknya ke RS karena : panas tubuh tidak sembuh-sembuh, malah anak tambah lemes.
- Apakah dokter menceritakan tentang kondisi anak : ya
- Perasaan orang tua saat ini : ibu mengatakan khawatir karena anaknya masih berusia 5 tahun sudah kena demam berdarah
- Orang tua selalu berkunjung ke RS : iya , pasien di tunggu oleh orang tuanya bergantian
- Yang akan tinggal dengan anak : orang tua

B. Pemahaman anak tentang sakit dan rawat inap : (tidak terkaji)

X. Aktivitas

sehari-hari

A. Nutrisi

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|-----------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Selera makan | Baik sehari makan 3 x | Kurang baik, karena mual, muntah |

B. Cairan

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|---------------------|--------------------|-------------------------|
| 1. Jenis minuman | Air putih dan susu | Teh hangat, susu |
| 2. Frekuensi minum | 6-8 gelas | Jarang mau |
| 3. Kebutuhan cairan | 1000cc | 2000 cc |
| 4. Cara pemenuhan | Peroral | Parenteral (infus) oral |

C. Eliminasi (BAB&BAK)

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|----------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Tempat | | |
| 1. pembuangan | Toilet | Toilet dibantu |
| 2. Frekuensi (waktu) | BAB 1x/hari BAK 3-5 x/hari | Belum BAB BAK 3 x/hari |
| 3. Konsistensi | BAB padat BAK cair jernih | BAB – BAK cair, kuning |
| 4. Kesulitan | Tidak ada | Tidak ada |
| 5. Obat pencahar | ---- | ---- |

III

D. Istirahat tidur

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|----------------------------|----------------|----------------------------------|
| 1. Jam tidur | | |
| - Siang | 11.00-13.00 | 11.00-12.00 |
| - Mala | | |
| - m | 20.00- 06.00 | 22.00- 04.00 |
| 2. Pola tidur | Teratur, cukup | Sering terbangun dan menangis |
| 3. Kebiasaan sebelum tidur | | ---- |
| 4. Kesulitan tidur | --- | Ada, karena anak rewel |

E. Olah Raga

Tidak terkaji

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|------------------------------|---------------|------------|
| 1. Program olah raga | | |
| 2. Jenis dan frekuensi | | |
| 3. Kondisi setelah olah raga | | |

| | |
|---------------------|--|
| F. Personal Hygiene | |
|---------------------|--|

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|--------------------|------------------|-------------|
| 1. Mandi | | |
| - Cara | di kamar mandi | di seka di |
| Frekuensi sore | 2 kali pagi sore | 2 kali pagi |
| - Alat mandi sabun | sabun | |
| 2. Cuci rambut | | |
| - Frekuensi | 2 kali seminggu | belum |
| - Cara | | |
| 3. Gunting kuku | | |
| - Frekuensi | seminggu sekali | |
| - Cara | | |
| 4. Gosok gigi | | |
| - Frekuensi mau | 2 kali sehari | anak tidak |
| - Cara | | |

G. Aktifitas/Mobilitas Fisik

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|----------------------------------|---------------|------------|
| 1. Kegiatan sehari-hari jadwa | Sekolah. main | tiduran |
| 2. Pengaturan | Tidak ada | Tidak ada |

| | | | |
|-------------------------------|-----------|--|-----------|
| harian | | | |
| 3. Pengguna alat Bantu | Tidak ada | | Tidak ada |
| 4. Kesulitan pergerakan tubuh | Tidak ada | | Tidak ada |

H. Rekreasi

| Kondisi | Sebelum Sakit | Saat Sakit |
|--------------------------------|-------------------|------------|
| 1. Perasaan saat sekolah Waktu | Senang | ---- |
| 2. luang | mainan | ---- |
| 3. Perasaan setelah rekreasi | Senang | ---- |
| 4. Waktu senggang klg | Nonton, jalan | - |
| 5. Kegiatan hari libur | Mengunjungi nenek | -- |

- XI. Pemeriksaan Fisik.
1. Keadaan umum : baik
 2. Kesadaran : baik
 3. tanda vital :

| | | |
|-----------------------|---------|-----------|
| Tanda – Tekanan darah | : 90/60 | mmHg |
| Denyut nadi | : 100 | x / menit |
| Suhu | : 38,2 | ° C |
| Pernapasan | : 22 | x/ menit |
 4. Berat Badan 25 kg
 5. Kepala Inspeksi

|||

Keadaan rambut & Hygiene kepala

Warna rambut: hitam

- a. Penyebaran: merata
- b.
- c. Mudah rontok: tidak
- d. Kebersihan rambut

Palpasi

Benjolan : tidak ada

Nyeri tekan : tidak ada

Tekstur rambut : halus

6. Muka

Inspeksi

i

- a. Simetris / tidak : simetris
- b. Bentuk wajah : oval
- c. Gerakan abnormal : tidak ada
- d. Ekspresi wajah : rewel

Palpasi

Nyeri tekan / tidak : tidak ada

Data lain : --

7. Mata

Inspeksi

- a. Pelpebra : tidak ada tanda radang
Tidak ada edema
- b. Sclera : warna putih
- c. Conjunctiva : tidak peradangan
Warna merah muda, tidak anemis
- d. Pupil : - Isokor

- Refleks pupil terhadap cahaya : +/+

e. Posisi mata :

- Simetris / tidak : simetris
- f. Gerakan bola mata : sesuai perintah
- g. Penutupan kelopak mata : simetris
- h. Keadaan bulu mata : merata
- i. Keadaan visus : tidak terkaji
- j. Penglihatan : - tidak ada gangguan penglihatan

Palpasi

- Tekanan bola mata :
 Data lain :
8. Hidung & Sinus
 Inspeksi
 Posisi hidung
 a. :
 b. Bentuk hidung :
 c. Keadaan septum:
 d. Secret / cairan :
 Data lain :
9. Telinga Inspeksi
 a. Posisi telinga: simetris kanan/kiri
 b. Ukuran / bentuk telinga: normal
 c. Aurikel: ada simetris
 d. Lubang telinga : Bersih
 e. Pemakaian alat bantu: tidak ada
 Palpasi
 Nyeri tekan / tidak Tidak ada
 Pemeriksaan uji
 pendengaran
 a. Rinne : +/+
 b. Weber : +/+
 c. Swabach : +/+
 Pemeriksaan vestibuler : tidak erkaji
 Data lain :
10. Mulut Inspeksi a. Gigi : bersih ada
 - Keadaan gigi caries
 - Karang gigi / karies : ada
 - Pemakaian gigi palsu : tidak ada
 b. Gusi
 Merah / radang / tidak : tidak
 Kotor / tidak : bersih
 c. Bibir
 - Cianosis / pucat / tidak : tidak
 - Basah / kering / pecah : kering
 - Mulut berbau / tidak : tidak bau
 - Kemampuan bicara : normal
 - Data lain:
- 11
 . Tenggorokan
 Warna mukosa: merah muda
 a. Nyeri tekan: tidak

- b. Nyeri menelan : ada
- 12
- . Leher
- Inspeksi
- Kelenjar thyroid : tidak membesar
- Palpasi
- a. Kelenjar thyroid : tidak
- b. Kaku kuduk / tidak : tidak
- c. Kelenjar limfe : tidak membesar
- Data lain :

|||

13. Thorax dan pernapasan

Bentuk dada: simetris

- a. Irama pernafasan: reguler
- b. Pengembangan di waktu bernapas: simetris kanan/kiri
- c. Tipe pernapasan: pernafasan dada

Data lain :

Palpasi

- a. Vokal fremitus: simetris kanan kiri +/-
- b. Massa / nyeri: tidak ada

Auskultasi

- a. Suara nafas: Vesikuler

- b. Suara tambahan: tidak ada

Perkusi : sonor

Data lain :

14. Jantung

Palpasi

Ictus cordis: teraba di MCV sinistra ke 5

Perkusi

Pembesaran jantung: tidak ada pembesaran jantung

Auskultasi

- a. Bunyi Jantung: BJ I/II tunggal reguler
- b. Bunyi jantung tambahan: tidak ada

Data lain :

15. Abdomen

n

Inspeksi

- a. Membuncit:
Ada luka / tidak

b. :

Palpasi

- a. Hepar: tidak teraba
- b. Lien: tidak teraba
- c. Nyeri tekan: tidak ada

Auskultasi

Peristaltik: 6 x /menit

Perkusi: tympani

|||

16. Genitalia dan Anus : tak terkaji

17. Ekstremitas

Ekstremitas atas

a. Motorik

- Pergerakan kanan / kiri: normal, simetris
- Pergerakan abnormal:
- Kekuatan otot kanan / kiri: 6/6
- Tonus otot kanan / kiri: normal
- Koordinasi gerak: simetris

b. Refleks

- Biceps kanan / kiri: +/+
- Triceps kanan / kiri: +/+

c. Sensori

- Nyeri: +?+
- Rangsang suhu: +/+
- Rasa raba: +/+

Ekstremitas bawah

a. Motorik

- Gaya berjalan : simetris
- Kekuatan kanan / kiri: 6/6
- Tonus otot kanan / kiri: +/+

b. Refleks

- KPR kanan / kiri : +/+
- APR kanan / kiri: +/+
- Babinsky kanan / kiri: -/-
- Nyeri: +/+
- Rangsang suhu: =+/+
- Rasa raba: +/+

Data lain :

Status Neurologi.

**Saraf –saraf
cranial (tidak
terkaji)**

- a. Nervus I (Olfactorius) : penghidu :
- b. Nervus II (Opticus) : Penglihatan :
- c. Nervus III, IV, VI (Oculomotorius, Trochlearis, Abducens)
 - Konstriksi pupil :
 - Gerakan kelopak mata :
 - Pergerakan bola mata :
 - Pergerakan mata ke bawah & dalam:
- d. Nervus V (Trigeminus)
 - Sensibilitas / sensori :

- Refleks dagu :
- Refleks cornea :
- e. Nervus VII (Facialis)
 - Gerakan mimik :
 - Pengecapan 2 / 3 lidah bagian depan:
- f. Nervus VIII (Acusticus)
 - Fungsi pendengaran :
- g. Nervus IX dan X (Glosopharingeus dan Vagus)
 - Refleks menelan :
 - Refleks muntah :
 - Pengecapan 1/3 lidah bagian belakang :
 - Suara :
- h. Nervus XI (Assesorius)
 - Memalingkan kepala ke kiri dan ke kanan :
 - Mengangkat bahu :
- i. Nervus XII (Hypoglossus)
 - Deviasi lidah :
 - tanda perangsangan selaput otak
- Tanda –
- a. Kaku kuduk :
- b. Kernig Sign :
- c. Refleks Brudzinski :
- d. Refleks Lasegu :
- Data lain :

XI. Pemeriksaan Tingkat Perkembangan (0 –6 Tahun)

Dengan menggunakan DDST

1. Motorik kasar
2. Motorik halus
3. Bahasa
4. Personal social

XII. Test Diagnostik

=Laboratorium Hb

HB 11, Leu 11 eri 6,7 PCV 40 trombosit 90

XIII. Terapi saat ini (ditulis dengan rinci)

- infur Asering 30 tts.mnt
- Paracet 3 x 250 mg peroral
- Dexamethason injeksi 2 x 0,5 cc

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : an. P

UMUR : 5 th

NO. REGISTER : xxxx

DIAGNOSIS:

| No | Tanggal | Data | Kemungkinan penyebab | masalah |
|----|-----------------------------|---|----------------------|-------------------------------|
| 1 | 19 Mei 2019 Pk. 08.00 | <p>Subyektif: Ibu pasien mengatakan badan anak panas sudah 5 hari naik turun Ibu mengatakan bahwa badan anak lemes</p> <p>Objektif: Ku lemah Suhu 38,2 C Tensi 90/60 Nadi: 100x /mnt RR : 22x/mnt Acral anak teraba hangat Bibir anak kering Trombosit 90</p> | Proses viremia | Perubahan termoregulasi tubuh |
| | | | | |

3.2 Kasus Ibu Inpartu (Askep keperawatan maternitas)

Seorang ibu hamil datang ke ruang bersalin Klinik Ibu dan Anak "SEHAT" diantar oleh suaminya, pada tanggal 5 Sept 2016 pk. 19.00, setelah dilakukan anamnese didapatkan data identitas ibu sbb Ny. Lili usia 30 tahun, hamil ke 3 usia 37 minggu , anak ke-1 jenis kelamin perempuan usia 3 tahun lahir secara section caesaria karena pre eklampsi dan anak ke 2 lahir prematur dan akhirnya meninggal. Saat ini mengeluh perut mules dan nyeri sekali dengan skala 8, sejak sore sudah mengeluarkan flek-flek darah , nyeri hilang timbul setiap 7 menit sekali, Ny.L tampak memegangi perutnya dengan wajah kesakitan dan tidak kuat untuk berjalan. Disamping itu Ny. L juga sudah mengeluarkan flek-flek darah dari genetalia sejak pk. 17.00, karena ny L merasa mules dan merasa mau melahirkan, maka ny. L pergi ke klinik. TTV tensi 120/80 mmHg, Nadi 96 x/mnt, RR 18x/mnt, suhu 36,8 C . Riwayat pemeriksaan kehamilan biasanya Ny. L periksa ke bidan BPM setiap 1 bulan sekali. Hasil pemeriksaan saat ini oleh bidan kamar bersalin pembukaan 6 cm, ketuban (+), teraba kepala bayi, hasil pemeriksanaan leopold menunjukkan kepala janin sudah masuk PAP (pintu atas panggul), letak kepala punggung kiri, TFU (tinggi fundus uteri) 1/2 Px dan pusat/umbilikalis, hasil auskultasi Denyut jantung janin 15-15-15, berdasarkan hasil pemeriksaan diatas ny.Lili dianjurkan untuk MRS.

3.2.1 Penerapan format pengkajian

FORMAT ASKEP MATERNITAS ASUHAN KEPERAWATAN
Pada Ny. L Dengan Inpartu G3 P01011 Kala I
Di Ruang Mawar RSIA SEHAT

PENGKAJIAN

I. ANAMNESA

1. BIODATA

Nama : Ny.L.
Umur : 30 tahun
Pekerjaan : Swasta
Status : menikah
Agama : Hindu
Alamat : Kota B
Nama suami : Tn. I W
Pekerjaan : Kontraktor PT Maju Terus
Alamat : Kota B
Diahnosa medis : Inpartu G3 P01011 UK 37 minggu

2. KELUHAN UTAMA

Pasien mengeluh perut mules dan nyeri sekali dengan skala 8, sejak sore sudah mengeluarkan flek-flek darah , nyeri hilang timbul setiap 7 menit sekali

3. RIWAYAT KESEHATAN

a. Riwayat Penyakit Saat Ini

Ny. L juga sudah mengeluarkan flek-flek darah dari genetalia sejak pk. Pasien mengeluh perut mules dan nyeri sekali dengan skala 8, sejak sore sudah mengeluarkan flek-flek darah , nyeri hilang timbul setiap 7 menit sekali

karena ny L merasa mules dan merasa mau melahirkan, maka ny. L pergi ke klinik. Ny.L tampak memegang perutnya dengan wajah kesakitan dan tidak kuat untuk berjalan.

b. Riwayat Kesehatan Masa Lalu

Ny L tidak pernah memiliki penyakit menular maupun penyakit menurun. Selama ini menginap di RS karena melahirkan. Anak 1 ny L menderita pre eklampsia sehingga saat melahirkan harus dengan sectio caesaria, sedangkan anak ke 2 lahr premature dan akhirnya meninggal dunia.

- c. Riwayat Kesehatan Keluarga
 Dalam keluarga NY L ada yang menderita hioertensi yaitu bapak Ny. L.
 Sedangkan dari garis ketuurunan suami ibu mertua menderita DM

4. RIWAYAT PERKAWINAN

- a. Status perkawinan: menikah.
- b. Umur pertama kali kawin : 25 tahun
- c. Berapa kali kawin : 1 kali
- d. Berapa tahun perkawinan yang sekarang : 5 tahun

5. RIWAYAT OBSTETRI

- a. Menarche : 12 tahun
- b. Haid teratur / tidak ; siklus : teratur, 28 hari
- c. Lama haid : 4-5 hari
- d. Keluhan : tidak ada
 : warna merah, hari 1-2 jumlah lebih banyak
- e. Sifat dan banyaknya darah
- f. Amenorea : -
- g. HPHT : 28-11-2015
- h. Taksiran persalinan : 5-9-2016

6. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN, NIFAS YANG LALU

a. Riwayat kehamilan yang lalu

| NO | ANAK KE- | JENIS KELUHAN TM I, II, III | A, I, P, A, S, H/M |
|----|----------|--|----------------------|
| 1. | 1 | TM I: mual, muntah TM II : pusing, hipertensi TM III: pusing | Aterm- Hidup |
| 2. | 2 | TM I : mual muntah TM II: perdarahan | Premature- meninggal |
| 3. | 3 | TM I: Mual Muntah TM II: tidak ada TM III: tidak ada | Kehamilan ini |

b. Riwayat Persalinan yang Baru (diisi pada kasus askep masa nifas)

| No | Persalinan ke- | BB L | Cara Lahir | Hidup/mati | Penolong | Umur sekarang | kelainan |
|----|----------------|------|------------|------------|----------|---------------|----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

c. Riwayat Nifas Yang Lalu

| No. | Anak ke | Keluhan saat nifas | Pemberian ASI |
|-----|---------|---|---------------|
| 1. | 1 | Kesulitan menyusui, lain-lain tidak ada | - |
| 2. | 2 | Tidak ada | - |
| | | | |

7. RIWAYAT KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS SAAT INI

a. Riwayat kehamilan sekarang

| Tgl | UK | Leopold | BJA | Tensi/BB | Albumin | Oedem/Reflex | TBJ | Lain2 | terapi |
|----------|-----------|--|----------|-----------------------------|---------|----------------------------------|----------|-------|--------|
| 5/9/2016 | 40 minggu | L I TFU setengah px-pusat (28 cm) L II Punggung kanan L III letak kepala L IV <u>U</u> | 15-15-15 | 120/80 mmHg BB 60 kg | (-) | oedema -/- Reflex patella +/+ | 3000gram | TT 1x | - |

STATUS PRAESENS

Keadaan umum : keadaan umum ibu kesakitan, ibu tampak memegang perut

TB / BB : 160 cm/60kg

Status gizi : baik

Kelainan bentuk : tidak ada

: TD 120/70

Nadi 96x/mnt

TTV

Suhu .37 C....

RR 22 x mnt..

Kepala: bulat simetris, tidak nyeri tekan, tidak ada benjolan

.....

Leher: tidak ada benjolan

.....

Thoraks

.....

Pulmo: pergerakan dada simetris, vremitus focal +/-, tidak ada nyeri tekan, suara nafas vesicular, perkusi sonor

.....

Cor: ictus cordis tak nampak, teraba di ICS MCS 5-6, BJ I II
tunggal reguler

.....

Mammae: membesar simetris, puting agak masuk (+), ASI(+),
tidak ada nyeri tekan

.....

:

.....

.....

.....

Abdomen

Hepar: tidak teraba

.....

Lien: tidak teraba


.....

Lain- lain: membesar sesuai usia kehamilan, UK 40 mg, peristaltik
(+)

Pemeriksaan leopold I : TFU $\frac{1}{2}$ px dan pusat

Pemeriksaan leopold II: punggung janin teraba di sebelah kanan
dan bagian terkecil janin teraba di sebelah kiri

Pemeriksaan leopold III: bagian terendah janin adalah kepala,
sudah masuk PAP

Pemeriksaan leopold IV: 

.....

Genitourinary :

Ekstremitas :

Lengan :

Kaki : Oedem +/-..... Refleks +/-

: Jam: 19.30

Toucher Oleh: sr. P

Indikasi :inpartu kala 1.

Vulva/ vagina :

.....

Pembukaan : .6 cm.

Efficement :75%.....

:

.....(

Ketuban +).....

:

.....

Hodgell.....

.....
Lain- lain/ keadaan luar biasa :

.....
:
.....
.....
.....
.....

Faktor resiko

Kesimpulan : G III 1 A 1 dengan UK 40 mg
P01001

b. Riwayat persalinan sekarang (diisi jika ibu partus atau nifas)

.....
.....
MRS tanggal

|||

.....
.....

|||

Dikirim oleh

Pemeriksaan pertama oleh ::

.....
: Hari/ tanggal :

Jam.....

Permulaan his

Ketuban pecah :

.....
.....

Warna :

Lain- lain

STATUS PRAESENS

.....
.....

Keadaan umum

TB / BB

Status gizi

.....

:

.....

.....

Kelainan bentuk : TD

TTV : Nadi

Suhu

RR

:

.....

.....

Kepala

.....

:

.....

Leher

.....

:

.....

Thoraks

.....

:

.....

Pulmo

.....

:

.....

Cor

.....

:

.....

Mammae

.....

:

.....

Abdomen

.....

:

.....

Hepar

.....

:

.....

Lien

.....

:

 Lain- lain
 :

 Genitourinary
 :

 Ekstremitas
 :

 Lengan
 : Oedem
 Kaki

Refleks

STATUS OBSTETRI

Palpasi :

TFU :

DJJ :

Letak anak :

Lain- lain

Toucher : Jam..... Oleh.....
 :

Indikasi
 :

Vulva/ vagina
 :

Pembukaan
 :

Efficement

Ketuban :

Hodge :

Lain- lain/ keadaan luar biasa :

Partus dipimpin oleh : Dengan pengawasan.....

Dibantu :

KALA I (DIKAJI KHUSUS UNTUK IBU INPARTU)

| tgl/ | Pembukaan | Frekuensi/his | Lama his | Kuat/tidak | DJJ | keterangan |
|------|-----------|---------------|----------|------------|----------|------------|
| 5/9 | 6 cm | 1x/jam | 5 menit | kuat | 15-15-15 | |

KALA II (DIKAJI KHUSUS UNTUK IBU INPARTU YANG SUDAH PARTUS)

| Tanggal | Lama His | DJJ | Keterangan |
|---------|----------|-----|--|
| | | | KU ibu: Σ perdarahan: Episiotomi ada/tidak: Tindakan yang lain: |

KALA III (DIISI SETELAH PLACENTA LAHIR)

| Tanggal | Lama His | Keterangan |
|---------|----------|--|
| | | Placenta: lengkap/tidak Insertie: Ukuran placenta: Membran: lengkap/tidak |

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

c. Riwayat Nifas Sekarang

KALA IV (DIISI SETELAH 2 JAM POT PARTUM)

| TGL | TFU | Kontraksi | Lochea | Keterangan | Terapi |
|------------|------------|------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| | | | | TTV: Kondisi perineum: | |

7. Kondisi Bayi

BBL: PB : cm Lahir Pk:

APGAR SCORE 1 menit:

APGAR SCORE 5 menit:

Caput Sucaedaneum:

Cephal hematome:

Anus: ada/ tidak

Kelainan lain:

8. RIWAYAT KB

KB yang sebelumnya :
.....

Keluhan :
.....

Rencana KB yang akan datang :
.....

9. RIWAYAT PSIKOSOSIAL SPIRITUAL

a. Konsep diri

- Gambaran diri: klien mengatakan bangga pada dirinya karena bisa hamil
- Ideal diri: klien berharap dapat menjadi seorang ibu dan melahirkan normal dengan lancar
- Harga diri: klien mengatakan merasa sangat berharga sebagai perempuan bisa melahirkan anak dan menjadi ibu yang baik untuk anak-anak
- Peran: ibu mengatakan bisa menikmati peran sebagai istri dan ibu
- Identitas diri: klien mengatakan bahwa dirinya adalah seorang wanita, ibu, dan seorang istri

b. Sosial

klien tampak kooperatif, interaksi dengan keluarga baik tampak klien ditunggu oleh suami dan keluarganya. Interaksi klien dengan perawat dan pasien lain baik.

c. Spiritual

- Klien memiliki keyakinan hindu, klien selalu berdoa pada shang Hyang Widi Wase untuk meminta kelancaran persalinan, dan bisa selamat baik ibu dan bayinya.
- Klien tampak sering memanjatkan doa di saat sela-sela kesakitannya

10. POLA AKTIVITAS SEHARI- HARI

Makan :

.....
 Di rumah : makan 3 x/hari, klien memiliki pantangan daging, biasanya makan dengan ditambah sayur, lauk dan buah.

Di RS : Klien belum makan selama di RS karena malas dan mules di perut

Minum :

.....
 Di rumah : minum biasanya air putih sekitar 8-10 gelas perhari

Di RS : selama di RS pasien minum 2 kotak susu dan 1 gelas teh hangat

Eliminasi :

.....
 Di rumah : BAK dirumah sering BAK dan BAB 1x/hari

Di RS : selama di RS klien BAK 1 x di kamar mandi, BAB sudah dilakukan pemberian pencahar 1 tab supp

Istirahat / tidur :

Di rumah : klien mengatakan selalu tidur siang sekitar 1 jam

Di RS : klien tampak sedang rebahan di tempat tidur

Aktivitas :

.....

Di rumah : selama cuti hamil pasien aktivitas di rumah seperti biasa (bersih rumah, masak)

Di RS : klien hanya tiduran di tempat tidur, kadang -kadang juga jalan di sekitar ruangan

II. PEMERIKSAAN PENUNJANG

.....

.....

III. OBSERVASI BAYI

| Tgl/jam | Keadaan umum (TTV, reflex primitif) | Berat badan | BAK/BAB | Minum | Lain-lain |
|---------|--------------------------------------|-------------|---------|-------|-----------|
| | | | | | |

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : an. P
 UMUR : 5 th
 NO. REGISTER : xxxx
 DIAGNOSIS: Inpartu Kala I

| No | Tanggal | Data | Kemungkinan penyebab | masalah |
|----|-------------------------------------|--|----------------------|------------|
| 1 | 5 September 2016 Pk. 08.00 | Subyektif: Pasien mengeluh perut mules dan nyeri sekali dengan skala 8, sejak sore sudah mengeluarkan flek-flek darah, nyeri hilang timbul setiap 7 menit sekali Objektif: Pasien tampak kesakita hilang timbul Pasien tampak memegangi perut T 120/80mmHg nadi 96x/mnt Suhu 37 C RR 22 x/mnt Pembukaan servix 6 cm Effacement 25 % Hodge II Hasil pemeriksaan Leopold IV : U | Pembukaan servix | Nyeri akut |

3.3 Kasus Keperawatan Kritis

Tn. O datang ke UGD dengan kondisi sesak berat (+) cyanosis (+) dahak tampak berbuih (+) T 180/100mmHg N 124x/mnt irreguler, RR 40 x/mnt KU lemah, menurut keluarga pasien sudah merasa sesak sejak 2 hari yang lalu tapi tidak mau diajak ke UGD dan klien mempunyai riwayat jantung lemah.. hasil pemeriksaan rhonci +/+ , ECG irama sinus aritmia PVC Bigemini kuplet. Jari –jari tangan tampak jari tabuh (+) cyanosis (+) acral dingin (+) . hasil pemeriksaan analisis gas darah Pa O2 75, P CO2 80 Ph 6,5 HCO3 40. instruksi dokter pasang O2 Masker 8lt/mnt, infus NS lifeline, Nabic 5 mgiv, furosemide 3x50mg iv. Pasang kateter produksi urine 200 cc MRS dx medis Acute long Odeme dan aritmia

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN KRITIS RUANG UGD

1. Biodata

A. Identitas Klien

1. Nama/Nama panggilan : Tn. O
2. Tempat tgl lahir/usia : kota X, 29 Agustus 1966
3. Jenis kelamin : laki-laki
4. Agama : Islam
5. Pendidikan : -
6. Alamat : Kota J
7. Tgl masuk : 18 Desember 2019 (jam 18.40)
8. Tgl pengkajian : 18 Desember 2019 (19.00)
9. Diagnosa medik : acute lung oedema
: MRS (RL lifeline), Nabic 50 mg iv, furosemid 2x 50 mgiv, Nabiclv, digoxin 2x 2 mg p.o, valsatran
10. Rencana terapi 3x 500mg, oksigen 3 lt/mnt)

Alasan Dirawat

Pasien sesak berat dan ada cyanosis

Keluhan utama:

kondisi sesak berat (+) cyanosis (+) dahak tampak berbuih (+)

Upaya yang Sudah Dilakukan

Pasien sudah minum obat dari dokter yang biasanya, namun sesak tidak berkurang

II. Riwayat penyakit Sekarang

Pasien sudah 2 hari yang lalu sesak di rumah , oleh keluarga diantar ke rumah sakit pasien menolak dengan alasan sudah minum obat dari dokter, malam ini pasien sesak berat sehingga oleh keluarga diantar ke UGD karena pasien sesak berat, cyanosis dan dahak berbuih maka dokter menganjurkan untuk dilakukan rawat inap.

III. Riwayat Penyakit Masa Lalu

Pasien sudah 5 tahun memiliki riwayat jantung lemah, namun pasien jarang kontrol ke dokter jika tidak ada keluhan

IV. Riwayat penyakit keluarga

Dalam keluarga pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi , sedangkan riwayat penyakit menular tidak ada

V. Observasi dan Pemeriksaan Fisik

- 1) kondisi umum: KU lemah dan sesak berat
- 2) Vital Sign
T 180/100mmHg N 124x/mnt irreguler, RR 40 x/mnt

ROS (Review of System)

1. B1 (Breathing)

sesak berat (+) cyanosis (+) dahak tampak berbuih (+) suara nafas ronchi+/-

2. B2 (Blood)

ECG irama sinus aritmia PVC Bigemini kuplet. Jari –jari tangan tampak jari tabuh (+) cyanosis (+) acral dingin (+)

3. B3 (Brain)

Kesadaran somnolensia, GCS 3-5-6

4. B4 (Bladder)

Pasien mendapat terapi furosemid, dan terpasang kateter urine, produksi urine 200 cc

5. B5 (Bowel)

Pasien belum BAB

6. B6 (Bone)

Kondisi pasien lemah , kekuatan otot pada ekstremitas atas 5/5 dan ekstremitas bawah 5/5

Data lain-lain (belum terkaji)

Data penunjang :

hasil pemeriksaan blood gas Pa O₂ 75, P CO₂ 80 Ph 6,5 HCO₃ 40

ANALISA DATA

NAMA PASIEN : tn 0

UMUR : th

NO. REGISTER : xxxx

DIAGNOSIS: Acut Lung Oedema

| No | Tanggal | Data | Kemungkinan penyebab | masalah |
|----|-------------------------------|--|--|-------------------------|
| 1 | 18 Desember 2019 Pk. 19.00 | Subyektif: Pasien mengatakan sesak berat (+) Sesak sudah mulai 2 hari yang lalu Objektif: Pasien tampak lemah, kesadaran somnolensia, sesak (+), cyanosis (+) Dahak berbuih, acral dingin blood gas Pa O ₂ 75, P CO ₂ 80 Ph 6,5 HCO ₃ 40 | Hambatan transport oksigen alveolar paru | Gangguan pertukaran gas |

DAFTAR PUSTAKA

- Judith M, W., & Nancy R, A. (2011). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan* (9 ed.). (D. Widiarti, Penyunt.) Jakarta: EGC MEDICAL .
- Judith M,W. (2014). *Diagnosis Keperawatan, Diagnosis NANDA I, Intervensi NIC, Hasil NOC serta dilengkapi Daftara Tilik Rencana Asuhan Keperawatan*, (10 ed). Jakarta: EGC
- Rohmah, N., & Walid, S. (2008). *proses keperawatan teori dan aplikasi dilengkapi dengan NOC-NIC dan aplikasi berbagai kasus*. jogyakarta: Ar-Ruzz Media.
- Setiadi. (2011). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan keperawatan*. Graha Ilmu.
- Induniasih, hendarsih (2015) *Metodologi Keperawatan*, pustaka Baru press, Yogyakarta
- Prabowo Tri, *Dokumentasi Keperawatan*, Pustaka Baru press, Yogyakarta
- PPNI, 2015 *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*,
- PPNI, 2018 *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*
- PPNI, 2018, *Standar luaran Keperawatan Indonesia*