

BAB III

ASUHAN KEPERAWATAN

Di ruang IGD RSUD Handayani datang seorang pasien pada tanggal 25 November 2021 pukul 23.03 WIB bernama Ny. L berusia 53 tahun dengan diagnosa medis gagal ginjal kronik.

A. Pengkajian Keperawatan

1. Pengkajian Primer

a. Air Way

Jalan nafas pasien sesak dan terdapat adanya sumbatan saat bernapas.

b. Breathing

Pasien mengalami sesak napas sudah dari semalam, pergerakan dada asimetris, adanya otot bantu pernapasan cuping hidung, pola napas abnormal (kussmaul), adanya suara napas tambahan ronkhi, fase ekspirasi memanjang, pernapasan 30 x/menit.

c. Circulation

Saat dilakukan pengkajian nadi takikardia 115 x/menit, kadar *Oxygen Saturation* (SPO₂) 88%, Tekanan Darah (TD) 86/58 MmHg, suhu 36,1°C, kulit pasien tampak pucat, akral teraba dingin, *capillary refill time* (CRT) > 3 detik.

d. Disability

Kesadaran Pasien Composmentis dengan *Glasgow Coma Skale* (GCS) E₄M₆V₅, konjungtiva anemis, respon pupil isokor ekstremitas atas tidak ada kelainan dengan kekuatan otot 5, ekstremitas bawah dengan kekuatan otot 4.

5555	5555
4444	4444

2. Pengkajian sekunder

a. Riwayat penyakit

Sebelumnya klien pernah dirawat di RSUD Menggala dan RSUD Handayani dengan keluhan yang sama. Pada tanggal 25 November 2021 pukul 23.03 WIB datang ke IGD RSUD Handayani diantar keluarganya dengan keluhan bengkak seluruh tubuh disertai nyeri bagian kaki skala 3 (0-10) dengan frekuensi hilang timbul, klien tampak sesak, serta Buang Air Besar (BAB) hitam 2 kali klien mengatakan tidak nafsu makan dan minum, mengeluh mual, klien tampak pucat dan lemas.

b. Pemeriksaan umum

Keadaan umum: saat dilakukan pemeriksaan Ny. L tampak pucat dan lemas, kongtiva anemis, mengalami bengkak seluruh tubuh dengan pitting edema derajat II serta nyeri bagian kaki skala 3 (0-10) dengan frekuensi hilang timbul, klien mengatakan Berat badan 50 kg, sesak napas, terdapat adanya ronkhi, dengan pola napas abnormal (kussmaul) dengan otot bantu pernapasan cuping hidung, BAB hitam 2 kali disertai turgor kulit menurun dan akral teraba dingin serta buang air kecil sedikit \pm 300 ml/24 jam.

c. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Pada saat dilakukakan pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan hasil TD 86/58 mmHg, pernapasan 30 x/menit, nadi 115 x/menit, suhu $36,1^{\circ}\text{C}$, CRT $>$ 3 detik, dan SPO₂ 88%.

d. Pemeriksaan head to toe

Keadaan kepala pasien bersih, rambut berwarna hitam, ada edema atau benjolan dan tidak ada perdarahan dan tidak ada laserasi. Warna bibir tampak pucat dan mukosa bibir kering. Mata pasien tampak simetris kanan dan kiri, kornea mata jernih, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, tidak ada pembengkakan pada kelopak mata, adanya reflek cahaya pada pupil dan bentuk isokor, iris berwarna hitam dan pasien juga tidak mengenakan alat bantu penglihatan. Bentuk leher pasien simetris, tidak ada peradangan,

tidak ada pembesaran kelenjar limfe, tidak ada pembesaran kelenjar tiroid, tidak ada pembesaran vena jugularis hanya ada edema.

Dada tampak asimetris tidak ada perdarahan, fraktur, dan laserasi, adanya otot bantu pernapasan cuping hidung dan sesak. Pada saat dilakukan auskultasi paru terdengar suara nafas tambahan ronkhi. Pada saat dilakukan auskultasi bunyi jantung aorta: dup, reguler, dan intensitas kuat, bunyi jantung pulmonal: dup, reguler, dan intensitas kuat, bunyi jantung trikuspid: lup, reguler, dan intensitas kuat, bunyi jantung mitral: lup, reguler, dan intensitas kuat dan tidak ada bunyi jantung tambahan. turgor kulit pada abdomen menurun > 3 detik.

Ekstremitas atas tampak simetris, lengkap, ada edema, tidak ada laserasi, tidak ada perdarahan, warna kulit kecoklatan, dan akral teraba dingin. Pada ektremitas bawah terdapat edema, tidak ada fraktur dan laserasi, tidak ada perdarahan serta akral teraba dingin.

3. Pemeriksaan penunjang

Tabel 3. 1 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Nilai rujukan
Golongan Darah + resus	B+		
Ureum	130	mg/dl	20-40
Kreatinin	3,7	mg/dl	0,6-0,9
Gula darah sewaktu	67	mg/dl	70-144
Hemoglobin	3,8	gr/dl	12,0-16,0
Leukosit	7.000	ul	3.600-11.000
Eritrosit	1,29	jt	4,0-5,0
Hematokrit	12	%	37-45
Trombosit	512.000	ul	150.000-400.000

4. Program terapi medik

Tabel 3. 2 Program terapi medik tanggal 25 November 2021

No	Terapi	Dosis
1	Infus Nacl 0,9%	1000 ml (24 jam) 14 Tpm
2	Diuretik furosemid	1x40 mg
3	Injeksi astranexamat	3x500 mg
4	Injeksi raniditine	2x1 ampul
5	Injeksi omeprazole	2x40 mg
6	Oral sucralfat	3x10 cc (sirup)

B. Analisa Data

Tabel 3. 3 Analisa Data

NO	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>Data Subjektif (DS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bengkak seluruh tubuh (edema anasarka). 2. Klien mengatakan sesak napas (dispnea). 3. Klien mengatakan tidak nafsu makan dan minum. 4. Klien mengatakan mengatakan berat badan 50 kg. <p>Data Objektif (DO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka. 2. Pitting edema derajat II. 3. Oliguria. 4. IWL: 15x50 kg: 750/24 jam. 5. Intake: 500 ml (air minum)+1.000 ml (infus Nacl 0,9%)+250 (air metabolisme) = 1.750 ml. 6. Output : 15x50: 750 (IWL)+300 ml (urine)+400 ml (Feses) =1.450 ml. 7. Balance cairan : intake–output: 1.750 ml-1.450 ml= 300 ml. 8. CRT >3detik. 9. Warna urine klien kuning pekat. 10. Ureum 130 mg/dl 11. Kreatinin 3,7 mg/dl. 12. Hemoglobin 3,8 gr/dl. 13. Hematokrit 12%. 14. TD 86/58 mmHg. 15. Suhu 36,1°C. 16. SPO₂ 88%. 17. Nadi 115x/menit. 18. Pernapasan 30x/menit. 	Hipervolemia.	Gangguan mekanisme regulasi.

1	2	3	4
2	<p>Data Subjektif (DS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sesak napas (dispnea). <p>Data Objektif (DO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernapasan cuping hidung. 2. Fase ekspirasi memanjang. 3. Ekskursi dada berubah. 4. Suara napas tambahan ronkhi. 5. Penggunaan otot bantu pernapasan. 6. Pola napas abnormal (kussmaul). 7. pernapasan 30 x/menit. 8. SPO₂ 88%. 	Pola napas tidak efektif.	Hambatan upaya napas.
3	<p>Data Subjektif (DS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan BAB hitam 2 kali. 2. Klien mengeluh mual. 3. Klien mengatakan nyeri bagian kaki skala 3 (0-10) dengan frekuensi hilang timbul. <p>Data Objektif (DO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema. 2. Konjungtiva anemis. 3. Warna kulit pucat. 4. Turgor kulit menurun. 5. CRT > 3 detik. 6. Akral teraba dingin. 7. Kadar Hb/Ht Turun (3,8gr/dl)/(12%) 8. TD 86/58 mmHg. 9. Nadi 115x/menit. 10. Suhu 36,1 °C 	Perfusi Perifer tidak efektif.	Penurunan konsentrasi hemoglobin.

C. Diagnosa Keperawatan

1. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan klien bengkak di seluruh tubuh, klien mengatakan sesak napas (dispnea), klien mengatakan berat badan 50 kg, klien mengatakan tidak nafsu makan dan minum, edema anasarka, pitting edema derajat II, oliguria, IWL: 15x50 kg: 750/24 jam, Intake: 500 ml (air minum)+1.000 ml (infus Nacl 0,9%)+250 (air metabolisme)= 1.750 ml, outpute: 15x50 kg: 750 (IWL)+300 ml (urine)+400 ml (Feses)= 1.450 ml, balance cairan: intake-output: 1750 ml-1450 ml= 300 ml, CRT > 3 detik, warna urine klien kuning pekat, ureum 130 mg/dl, kreatinin 3,7 mg/dl, hemoglobin 3,8 gr/dl, hematokrit 12%, TD 86/58 mmHg, suhu 36,1°C, SPO₂ 88%, nadi 115 x/menit, pernapasan 30 x/menit.
2. Pola napas tidak efektif berhubungan dengan hambatan upaya jalan napas ditandai dengan klien mengatakan sesak napas dispnea, fase ekspirasi memanjang, pernapasan cuping hidung, suara napas tambahan ronkhi, penggunaan otot bantu pernapasan, ekskursi dada berubah, pola napas abnormal (kussmaul), pernapasan 30 x/menit, SPO₂ 88%.
3. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan klien mengatakan BAB hitam 2 kali, klien mengatakan nyeri bagian kaki skala 3 (0-10) dengan frekuensi hilang timbul, mual, edema, konjungtiva anemis, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, CRT > 3 detik, akral teraba dingin, TD 86/58 mmHg, hemoglobin/hematokrit turun (3,8 gr/dl)/(12%), nadi 115 x/menit, suhu 31,1°C.

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 4 Rencana Keperawatan

NO	Diagnosa Tanggal	Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)	Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)
1	2	3	4
1	Hipervolemia(D.0022) 25 November 2021	Keseimbangan Cairan (L.03020) Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Asupan cairan meningkat. 2. Output urine meningkat. 3. Asupan makanan meningkat. 4. Edema menurun. 5. Dehidrasi menurun. 6. Tekanan darah membaik. 7. Frekuensi nadi membaik. 8. Turgor kulit membaik.	1. Manajemen Hipervolemia (I.03114) <i>Observasi:</i> a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. edema). b. Identifikasi penyebab hipervolemia. c. Monitor status hemodinamik (mis. frekuensi jantung, tekanan darah). d. Monitor tanda hemokonsentrasi(mis. kadar natrium, BUN). e. Monitor intake dan output cairan. <i>Terauperik:</i> a. Batasi asupan cairan dan garam. b. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°. <i>Kolaborasi:</i> a. Kolaborasi pemberian diuretik. 2. Pemantauan Cairan (I.03121) <i>Observasi:</i> a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi. b. Monitor tekanan darah. c. Monitor elastisitas atau turgor kulit. d. Monitor jumlah, warna urine. e. Monitor intake dan output cairan. <i>Teraupetik:</i> a. Dokumentasi hasil pemantauan.


1	2	3	4
			<p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. b. Informasikan hasil pemantauan.
2	<p>Pola Napas Tidak Efektif (D.0005) 25 November 2021</p>	<p>Pola Napas (L.01004) Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam diharapkan pola napas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dispnea menurun. 2. Penggunaan otot bantu napas menurun. 3. Ortopnea menurun. 4. Pemanjangan fase ekspirasi menurun. 5. Pernapasan cuping hidung menurun. 6. Frekuensi napas membaik. 7. Ekskorsi dada membaik. 8. Ventilasi semenit membaik. 9. Tekanan ekspirasi membaik. 10. Tekanan inspirasi membaik. 	<p>1. Manajemen Jalan Napas (I.01011) <i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor pola napas. b. Monitor bunyi napas tambahan. <p><i>Teraupetik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Posisikan semi-fowler atau fowler. b. Berikan oksigen. <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Ajarkan teknik batuk efektif. <p>2. Pemantauan Respirasi (I.01014) <i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Monitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. b. Auskultasi bunyi napas. c. Monitor adanya sputum. d. Monitor adanya sumbatan jalan napas. e. Monitor saturasi oksigen. <p><i>Teraupetik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Dokumentasikan hasil pemantauan. <p><i>Edukasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan. b. Informasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i>.

1	2	3	4
3	<p>Perfusi Perifer Tidak Efektif (D.0009) 25 November 2021</p>	<p>Perfusi Perifer (L.02011) Setelah dilakukan intervensi 1x24 jam diharapkan perfusi perifer meningkat dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kekuatan nadi perifer meningkat. 2. Warna kulit pucat menurun. 3. Edema perifer menurun. 4. Nyeri ekstremitas menurun. 5. Akral membaik 6. Turgor kulit membaik. 7. Tekanan darah sistolik membaik. 8. Tekanan darah diastolik membaik. 	<p>1. Perawatan Sirkulasi(I.02079) <i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Periksa sirkulasi perifer (mis.nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu, <i>ankle brachial index</i>). b. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi (mis. Diabetes, perokok, orang tua, hipertensi, dan kadar kolestrol tinggi). c. Monitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. <p><i>Teraupetik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. b. Hindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi c. Hindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera. <p>2. Pemberian Obat (I. 02062) <i>Observasi:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi kemungkinan alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat. b. Periksa tanda kadaluarsa obat. c. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat, <i>jika perlu</i>. <p><i>Teraupetik:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a. Perhatikan prosedur pemberian obat yang aman dan akurat. b. Lakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi). c. Hindari pemberian obat yang tidak diberi label dengan benar. d. Dokumentasi pemberian obat dan respons terhadap obat.


E. Implementasi dan Evaluasi


Tabel 3. 5 Implementasi dan Evaluasi

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	<p>Tanggal 25 November 2021 Pukul 23.03 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. edema). 2. Mengidentifikasi penyebab hipervolemia. <p>Pukul 23.06 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemasangan infus Nacl 0,9% (14 tpm/24 jam) 2. Monitor tanda hemokonsentrasi (mis. kadar natrium, BUN). <p>Pukul 23.13 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor intake dan output cairan. 2. Memonitor jumlah dan warna urine. 3. Memonitor tanda-tanda vital 4. Mengukur tekanan darah, denyut nadi, suhu, frekuensi napas, dan saturasi oksigen). 5. Memonitor elastisitas atau turgor kulit. 6. Mendokumentasikan hasil pemantauan : mencatat hasil pemantauan tanda-tanda vital serta intake dan output termasuk jumlah urine klien. <p>Pukul 23.20 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Membatasi asupan cairan dan garam. 2. Meninggikan kepala tempat tidur 30-40°. 3. Memberikan kolaborasi obat diuretik furosemid 1x40 mg. 	<p>Tanggal 25 November 2021 Pukul 23.04</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien bengkak seluruh tubuh. 2. klien mengatakan sesak napas (dispnea). 3. Klien mengatakan tidak nafsu makan dan minum. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka. 2. Pitting edema derajat II. 3. Oliguria membaik. 4. IWL: 15x50: 750/24 jam. 5. Intake: 500 ml (air minum)+1.000 ml (infus Nacl 0,9%)+250 (Air metabolisme)= 1.750 ml. 6. Outpute: 15x50: 750 (IWL)+300 ml (urine)+400 ml (Feses) = 1.450 ml. 7. Balance cairan: intake–output: 1.750 ml–1.450 ml= 300 ml. 8. CRT >3detik. 9. Warna urine klien kuning pekat. 10. Ureum 130 mg/dl 11. Kreatinin 3,7 mg/dl. 12. Hemoglobin 3,8 gr/dl. 13. Hematokrit 12%. 14. TD 86/58 mmHg. 15. Suhu 36,1°C. 16. SPO₂ 88%. 17. Nadi 115x/menit. 18. Pernapasan 30 x/menit.

1	2	3
		<p>Pukul 23.22 wib.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih bengkak <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema anasarka menurun. 2. Pitting edema derajat I. 3. Oliguria. 4. Hemoglobin 3,8 gr/dl. 5. Hematokrit 12%. 6. ureum 130 mg/dl. 7. kreatinin 3,7 mg/dl. 8. CRT > 2 detik. 9. Warna urine klien kuning pekat. 10. IWL: 15x50: 750/24 jam. 11. Intake : 500 ml (air minum)+1.000 ml infus Nacl 0,9%)+250 (Air metabolisme)= 1750 ml. 12. Outpute : 15x50: 750 (IWL)+400 ml (urine)+400 ml (Feses) = 1.550 ml. 13. Balance cairan: intake–output: 1.750 ml–1.550 ml= 200 ml. 14. TD: 110/75, Nadi 93 x/menit, Suhu 36,2°C, pernapasan 26x/menit, SPO₂ 92%. <p>A: Masalah Teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor intake dan output cairan. 2. Memonitor tanda-tanda vital. 3. Monitor jumlah, warna urine. 4. Dokumentasikan hasil pemantauan. <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Haikal </div>

1	2	3
2	<p>Tanggal 25 November 2021 Pukul 23.23 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola napas. 2. Memonitor bunyi napas tambahan 3. Memonitor frekuensi, irama, kedalaman dan upaya napas. 4. Mengauskultasi bunyi napas. <p>Pukul 23.26 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor adanya sputum. 2. Memonitor adanya sumbatan jalan napas. 3. Memonitor saturasi oksigen. 4. Dokumentasikan hasil pemantauan. <p>Pukul 23.30 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memposisikan semi fowler 30-40°. 2. Memberikan O₂ nasal kanul 4 L. 3. mengajarkan teknik batuk efektif. 	<p>Tanggal 25 November 2021 Pukul 23.24 wib.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan sesak napas (dispnea). <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernapasan cuping hidung. 2. Fase ekspirasi memanjang. 3. Ekskursi dada berubah. 4. Suara napas tambahan ronkhi. 5. Penggunaan otot bantu pernapasan. 6. Pola napas abnormal (kussmaul). 7. Pernapasan 30 x/menit. 8. SPO₂ 88%. <p>Pukul 23.32 wib.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan masih merasa sesak napas, tetapi setelah dipasang oksigen nasal kanul napasnya terbantu. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pernapasan cuping hidung menurun. 2. Penggunaan otot bantu pernapasan menurun. 3. Fase ekspirasi memanjang menurun. 4. Pernapasan 26 x/menit. 5. SPO₂ 92%. 6. Diberikan O₂ nasal kanul 4L 7. Pola napas abnormal (kussmaul) menurun. 8. Suara napas tambahan ronkhi menurun. 9. Ekskursi dada berubah menurun. <p>A: Masalah teratasi sebagian P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan O₂ nasal kanul 4L. 2. Pertahankan posisi semi fowler 30-40°

1	2	3
		 Haikal
3	<p>Tanggal 25 November 2021 Pukul 23.33 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memeriksa sirkulasi perifer (nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, suhu). 2. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. <p>Pukul 23.36 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghindari pemasangan infus atau pengambilan darah di area keterbatasan perfusi. 2. Menghindari pengukuran tekanan darah pada ekstremitas dengan keterbatasan perfusi. 3. Menghindari penekanan dan pemasangan tourniquet pada area yang cedera. <p>Pukul 23.40 wib.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi alergi, interaksi, dan kontraindikasi obat. 2. Memeriksa tanda kadaluarsa obat. 3. Monitor tanda vital dan nilai laboratorium sebelum pemberian obat. 4. Melakukan prinsip enam benar (pasien, obat, dosis, rute, waktu, dokumentasi). 5. Menghindari pemberian obat yang tidak diberi label dengan benar. 6. Memfasilitasi minum obat. 7. Mendokumentasi pemberian obat dan respons terhadap obat. <p>Pukul 23.47 wib</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memberikan injeksi: omeprazole 2x40 mg. 2. Memberikan injeksi: raniditine 2x1 ampul. 	<p>Tanggal 25 November 2021 Pukul 23.34 wib.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan BAB Hitam 2 kali. 2. Klien mengatakan nyeri bagian kaki skala 3 (0-10) dengan frekuensi hilang timbul. <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema. 2. Konjungtiva anemis. 3. Warna kulit pucat. 4. Turgor kulit menurun. 5. CRT > 3 detik. 6. Akral teraba dingin. 7. Kadar Hb/Ht Turun (3,8gr/dl)/(12%) 8. TD 86/58 mmHg. 9. Nadi 115 x/menit. 10. Suhu 36,1 °C <p>Pukul 23.50 wib.</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan belum BAB. 2. Klien mengatakan nyeri berkurang menjadi skala 1 (0-10). <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Edema menurun. 2. Kulit pucat membaik. 3. Akral membaik. 4. Turgor kulit membaik. 5. Hb/Ht turun(3,8gr/dl)/(12%)

1	2	3
	<p>3. Memberikan oral: sucralfat 3x10 cc (sirup).</p> <p>4. Memberikan injeksi: astranexamat 3x500 mg.</p>	<p>6. CRT > 2 detik</p> <p>7. TD 110/75 mmHg</p> <p>8. Nadi 93 x/menit</p> <p>9. Suhu 36,2°C</p> <p>10. Mendapat terapi obat: omeprazole 2x40 mg, raniditine 2x1 ampul, Memberikan oral: sucralfat 3x10 cc (sirup).</p> <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P: Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor panas, kemerahan, nyeri, atau bengkak pada ekstremitas. 2. Memberikan injeksi: omeprazole 2x40 mg. 3. Memberikan injeksi: raniditine 2x1 ampul. 4. Memberikan oral: sucralfat 3x10 cc (sirup). 5. Memberikan injeksi: astranexamat 3x500 mg. <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Haikal </div>