

## **BAB III**

### **LAPORAN TUGAS AKHIR**

#### **A. Pengkajian**

Ruang : Penyakit Dalam  
No. MR/CM : 26.34.71  
Pukul : 21.00 WIB  
Tgl Pengkajian : 21 Februari 2022

##### 1. Identitas Klien

Nama Ny. I, nomor rekam medik 263471, umur 42 tahun, sudah menikah, pekerjaan Ibu Rumah Tangga (IRT), agama Islam, pendidikan terakhir SLTA, suku Lampung, bahasa yang digunakan Bahasa Lampung, alamat rumah Tanjung Ratu, sumber biaya BPJS, tanggal masuk rumah sakit 19 Februari 2022, dengan diagnosa medis Dispepsia.

##### 2. Sumber Informasi (Penanggung Jawab)

Nama Tn. I, umur 52 tahun, hubungan dengan klien adalah sebagai suami, pendidikan terakhir SMP, pekerjaan petani, alamat Tanjung Ratu.

##### 3. Riwayat Kesehatan

###### a. Riwayat Kesehatan Masuk RS

Klien datang ke instalasi gawat darurat (IGD) pada tanggal 19 Februari 2022 pada pukul 21.00 WIB dengan keluhan nyeri pada ulu hati, mual, muntah dan tidak nafsu makan sejak 3 hari yang lalu. Tekanan darah 147/82 mmHg, nadi 103 x/menit, pernapasan 22 x/menit, suhu 36,8°C, klien terpasang infuse RL 20 tpm, klien mendapatkan terapi injeksi *ondansetron* dan *ranitidine*, kemudian klien dipindahkan ke ruang penyakit dalam untuk melakukan perawatan.

b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

1) Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian klien mengeluh nyeri pada bagian perut dan ulu hati, nyeri seperti terbakar dengan skala nyeri 6, nyeri dirasakan sejak 3 hari yang lalu, klien sulit untuk beraktivitas ke kamar mandi butuh bantuan orang lain. Klien mengatakan yang memperberat nyeri saat menggerakkan tubuhnya dan banyak makan-makanan yang terlalu pedas. Klien mengatakan nyeri berklurang setelah meminum obat.

2) Keluhan Penyerta

Klien mengatakan mual, muntah dan tidak nafsu makan, klien merasa lemah, klien tampak meringis.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

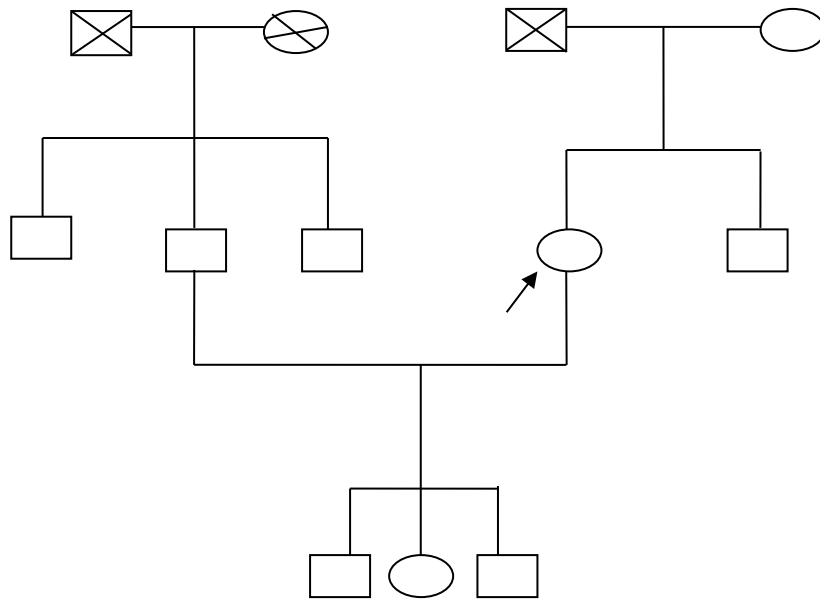
Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit maag, klien tidak ada alergi obat dan makanan, klien tidak pernah mengalami kecelakaan, dan tidak pernah jatuh, klien juga mengatakan sebelumnya tidak pernah dirawat di RS ini adalah kali pertama klien dirawat di RS.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak ada keluarga yang mengalami penyakit dispepsia.

Gambar 3. 1

## Genogram



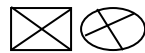
## Keterangan :



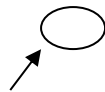
: Laki-Laki



: Perempuan



: Meninggal



: Pasien

e. Riwayat Psikososial – Spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami stress mengenai keuangan, keluarga, dan pekerjaan. Keluarga klien mendukung kesembuhan klien terhadap pengobatannya dan pengobatan klien tidak bertentangan dengan nilai – nilai kepercayaan klien.

f. Lingkungan

Klien mengatakan lingkungan sekitar rumah dalam keadaan bersih dan terbebas dari polusi udara, tidak ada pekerjaan yang mengancam jiwa.

g. Pola Kebiasaan Sehari – Hari Sebelum dan Saat Sakit

1. Pola Nutrisi

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan sebelum sakit asupan makan melalui oral, frekuensi makan 3x/hari dengan menghabiskan 1 porsi makanan, nafsu makan klien baik, klien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan dan tidak ada pantangan.

b) Saat sakit

Pada saat sakit klien mengatakan tidak nafsu makan, frekuensi makan klien 3x/hari dengan ½ porsi makanan dengan menu yang disediakan oleh rumah sakit.

2. Pola Cairan

a) Sebelum Sakit

Klien mengatakan sebelum sakit asupan cairan oral, klien mengatakan minum air putih 7 – 8 gelas/hari.

b) Saat Sakit

Saat sakit klien mengatakan asupan cairan oral, klien minum air putih 7 – 8 gelas/hari, terpasang infus RL 500 cc 20 tpm.

### 3. Pola Eliminasi

#### a) BAK/BAB sebelum sakit

Klien mengatakan BAK 5 – 6 kali/hari, dengan jumlah 1500 cc/hari, klien mengatakan warna urine kuning jernih, bau khas urine tidak ada kesulitan dalam BAK.

Klien mengatakan BAB sehari 1 kali, feses berwarna kuning dengan bentuk yang lunak dan berbau khas feses, klien tidak mengalami keluhan dalam masalah BAB.

#### b) BAK/BAB saat sakit

Klien mengatakan BAK 4 – 5 kali/hari, dengan jumlah 1200 cc/hari, warna urine kuning jernih, bau khas urine, klien tidak terpasang kateter urine, saat BAK klien dibantu oleh keluarga.

Klien mengatakan BAB sehari 1 kali, feses berwarna kuning dengan bentuk lunak dan berbau khas feses, saat BAB klien dibantu oleh keluarga.

### 4. Pola Personal Hygiene

#### a) Sebelum sakit

Klien mengatakan mandi 2x dalam sehari, menggosok gigi 2x sehari, mencuci rambut 2 hari sekali.

#### b) Saat sakit

Klien mengatakan tubuhnya hanya di usap menggunakan kain basah, klien menggosok gigi di tempat tidur 1 kali sehari, mencuci rambut 2 kali dalam seminggu, dan semua kegiatan tersebut dibantu oleh keluarganya.

### 5. Pola Istirahat dan Tidur

#### a) Sebelum sakit

Klien mengatakan tidur 8 jam/hari, waktu tidur malam hari, klien mengatakan tidak menggunakan obat tidur sebelum tidur.

b) Saat sakit

Klien mengatakan tidur lumayan nyenyak jika sudah minum obat karena nyari diperut tidak terasa sangat sakit setelah minum obat, klien tidur pukul 9 malam.

6. Pola Aktivitas dan Latihan

a) Sebelum sakit

Klien mengatakan kegiatan dalam kesehariannya adalah membereskan rumah, menyiapkan makanan, dan mengurus anaknya, dan pergi ke ladang bersama suami. Klien tidak memiliki keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian, dll.

b) Saat sakit

Klien mengatakan tidak mampu melakukan kegiatan dalam kesehariannya, klien hanya berbaring di tempat tidur, klien ke kamar mandi, menggunakan pakaian dibantu oleh suaminya, skala aktivitas klien 2.

h. Pengkajian Fisik

Kesadaran klien composmentis (E4V5M6), tekanan darah 120/70 mmHg, nadi 120 x/menit, pernafasan 22 x/menit, suhu 36,3°C, TB/BB 152/45 cm/kg.

i. Pemeriksaan Fisik Per Sistem

a) Sistem Penglihatan

Pada saat pengkajian posisi mata klien tampak simetris, konjungtiva berwarna merah muda, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik dan klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

b) Sistem Pendengaran

Pada saat pengkajian kepada klien, klien mampu mendengar dengan baik, telinga tampak simetris, tidak tampak serumen,

tidak ada peradangan pada telinga, tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

c) Sistem Wicara

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami kesulitan dalam berbicara.

d) Sistem Pernafasan

Pada saat pengkajian pernafasan klien 22 x/menit, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sputum, irama pernafasan teratur, dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

e) Sistem Kardiovaskuler

Pada saat pengkajian denyut nadi sebelum beraktivitas 80 x/menit, setelah beraktivitas denyut nadi meningkat 120x/menit tidak ada distensi vena jugularis, suhu 36,3°C dengan keadaan hangat, pengisian kapiler <3 detik, tidak ada edema.

f) Sistem Neurologi

Pada saat pengkajian keadaan klien composmentis E4V5M6.

g) Sistem Pencernaan

Pada saat pengkajian keadaan mulut klien tampak bersih, klien tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan, klien mengeluh mual, klien mengatakan nyeri bagian ulu hati, nyeri terasa terbakar, bising usus hiperaktif, nyeri tekan (+).

h) Sistem Immunologi

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami masalah pembesaran kelenjar getah bening.

i) Sistem Endokrin

Pada saat pengkajian nafas klien tidak berbau keton, tidak terdapat luka, tidak ada tremor, tidak mengalami pembesaran tyroid.

## j) Sistem Urogenital

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak mengalami nyeri tekan, klien tidak menggunakan kateter urine.

## k) Sistem Integumen

Pada saat pengkajian keadaan kulit kepala klien tampak bersih, rambut tidak mudah rontok, dan berwarna hitam, keadaan kuku klien tampak bersih, keadaan kulit klien bersih.

## l) Sistem Muskuloskeletal

Pada saat pengkajian klien tampak lemah, klien sulit bergerak karena nyeri pada ulu hatinya, klien tampak dibantu dengan keluarga saat beraktivitas

## j. Pemeriksaan Penunjang

Hasil pemeriksaan laboratorium pada Ny. I pada tanggal 19 Februari 2022 terdapat pada tabel berikut :

Tabel 3. 1

Hasil Pemeriksaan Laboratorium Pada Ny. I di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara 19 Februari 2022

NO	Nama Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1	Leukosit	7,13 x 10 <sup>3</sup> /uL	4.00-10.00/uL
2	Eritrosit	4.00 x 10 <sup>6</sup> /uL	4.00-5.50/uL
3	Hemoglobin	12,5 g/dL	11,0-15,0 g/dL
4	Hematokrit	277 x 10 <sup>3</sup> /uL	100-300 g/dL
5	Gula darah sewaktu	77 mg/dL	80-100 mg/dL



## k. Penatalaksanaan

Pengobatan yang diberikan pada klien adalah :

- 1) Klien mendapatkan therapy cairan parenteral *Ringer Laktat (RL)* 500 cc/8 jam 20 tpm
- 2) *Ranitidine* 1 amp/12 jam/ iv
- 3) *Ondansetron* 1 amp/8 jam/ iv
- 4) *Sukralfat* 3 x 10 ml/8 jam/ oral

## l. Data Fokus

Tabel 3. 2

Data Fokus Terhadap Ny. I dengan Gangguan Rasa Nyaman Nyeri Akut Pada Kasus Dispepsia RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri terasa seperti terbakar</li> <li>3. Klien mengatakan yang memperberat nyeri saat menggerakkan tubuhnya dan makan makanan yang terlalu pedas</li> <li>4. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat</li> <li>5. Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Skla nyeri 6 (0 – 10)</li> <li>3. Kesadaran klien composmentis</li> <li>4. Klien tampak pucat</li> <li>5. Denyut nadi sebelum aktivitas 80x/menit, setelah aktivitas 120x/menit</li> <li>6. Klien hanya berbaring ditempat tidur</li> <li>7. TTV TD 120/70 mmHg Pernafasan 22 x/menit Suhu 36,3°C</li> <li>8. Klien diberi terapi</li> </ol>

6. Klien mengatakan mual	a. Injeksi <i>Ondansetron</i> 1 amp/8 jam, <i>Ranitidine</i> 1 amp/12 jam
7. Klien mengatakan muntah	
8. Klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga	b. Oral <i>sucralfat</i> 3 x 10 ml/8 jam, terpasang infus <i>Ringer Laktat</i> (500 cc) 20 tpm.
9. Klien merasa lemah	

## m. Analisa Data

Tabel 3. 3

Analisis Data Ny. I di Ruang Penyakit Dalam  
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

NO	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri seperti terbakar</li> <li>3. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat</li> <li>4. Klien mengatakan yang memperberat nyeri saat menggerakkan tubuhnya dan makan makanan yang terlalu pedas</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> <li>2. Skala nyeri 6 (0-10)</li> </ol>	<p>Agen pencedera fisiologis (inflamasi)</p>	Nyeri Akut

	3. Klien diberi terapi injeksi <i>ondansetron</i> 1 amp/8 jam, dan <i>ranitidine</i> 1 amp/12 jam		
2.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual</li> <li>2. Klien mengatakan muntah</li> <li>3. Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak pucat</li> <li>2. Klien diberi sukralfat 3 x 10 ml/8 jam secara oral</li> </ol>	Iritasi Lambung	Nausea
3.	<p>DS :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan aktivitas klien dibantu dengan keluarganya</li> <li>2. Klien merasa lemah</li> </ol> <p>DO :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frekuensi jantung meningkat &gt;20% dari kondisi istirahat</li> <li>2. Klien hanya berbaring di tempat tidur</li> </ol>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

## B. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data maka diagnosa keperawatan berdasarkan skala prioritas sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti terbakar, nyeri berkurang setelah minum obat, nyeri saat menggerakkan tubuhnya dan makan makanan yang terlalu pedas, tampak meringis, skala nyeri 6 (0-10).
2. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung ditandai dengan mual, muntah, tidak nafsu makan, tampak pucat.
3. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan frekuensi jantung meningkat  $>20\%$  dari kondisi sehat, aktivitas dibantu keluarga, merasa lemah, dan klien hanya berbaring ditempat tidur

## C. Rencana Keperawatan

Tabel 3. 4

Rencana Keperawatan Pada Ny. I di Ruang Penyakit Dalam  
RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

NO	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisiologis ditandai dengan nyeri pada bagian ulu hati, nyeri seperti	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Tidak ada	Manajemen Nyeri 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan

	<p>terbakar, nyeri berkurang setelah minum obat, nyeri saat menggerakkan tubuhnya dan makan makanan yang terlalu pedas, tampak meringis, skala nyeri 6 (0-10).</p>	<p>keluhan nyeri</p> <p>2. Tidak ada respon meringis</p>	<p>nyeri</p> <p>4. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup</p> <p>5. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri</p> <p>6. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>7. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri</p> <p>8. Jelaskan strategi meredakan nyeri</p> <p>9. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>10. Ajarkan teknik non farmakologis</p> <p>11. Kolaborasi pemberian analgetik. Jika perlu</p>
2.	<p>Nausea berhubungan dengan iritasi</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24</p>	<p>Manajemen Mual</p> <p>1. Identifikasi pengalaman mual</p>

	<p>lambung ditandai dengan mual, muntah, tidak nafsu makan, tampak pucat</p>	<p>jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada perasaan ingin muntah</li> <li>2. Nafsu makan membaik</li> <li>3. Tidak pucat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</li> <li>3. Identifikasi faktor penyebab mual</li> <li>4. Monitor mual</li> <li>5. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik</li> <li>6. Berikan makanan dingin, cairan bening, tidak berbau dan tidak berwarna</li> <li>7. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>8. Anjurkan membersihkan mulut</li> <li>9. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual</li> <li>10. Kolaborasi pemberian antiemetik</li> </ol>
--	--	---	--

3.	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi sehat, aktivitas dibantu keluarga, merasa lemah	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil : 1. Kemudahan melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan keluarga 2. Tidak merasa lemah	Manajemen Energi 1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas 3. Fasilitasi duduk disisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan 4. Anjurkan tirah baring 5. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap 6. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan
----	--	---	---

**D. Implementasi dan Evaluasi**


Tabel 3. 5


Implementasi dan Evaluasi Kasus Dispepsia pada Ny. I di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 21 – 23 Februari 2022


Catatan Perkembangan Hari Pertama

NO	Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	21 Februari 2021 / 08.00 WIB	<p>Pukul : 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengukur tanda-tanda vital (tekanan darah, pernafasan, suhu, dan nadi)</li> <li>2. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi nyeri</li> </ol> <p>Pukul : 08.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol>	<p>Pukul : 09.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati</li> <li>2. Klien mengatakan yang memperberat nyeri saat menggerakkan tubuhnya dan makan makanan yang pedas</li> <li>3. Klien mengatakan rasa nyeri berkurang setelah minum obat</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak meringis</li> </ol>




			<ol style="list-style-type: none"><li>2. Skala nyeri 6 (0-10)</li><li>3. Tekanan darah : 120/70 mmHg</li><li>4. Nadi : 120 x/menit</li><li>5. Pernapasan : 20 x/menit</li><li>6. Suhu : 36,3°C</li></ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Identifikasi skala nyeri</li><li>2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li><li>3. Jelaskan strategi meredakan nyeri</li><li>4. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat kering 10 menit diperut menggunakan botol diisi air hangat)</li><li>5. Kolaborasi pemberian terapi :<i>Ranitidine</i> 1 amp/12 jam/ iv</li></ol> <p style="text-align: right;"> Mardiana Setiawati</p>
--	--	--	--



2.	21 Februari 2022 / 09.00 WIB	<p>Pukul : 10.00 WIB</p> <p>Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup</p> <p>Pukul : 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi faktor penyebab mual</li> <li>2. Memonitor mual</li> </ol> <p>Pukul : 10.45 WIB</p> <p>Mengajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (relaksasi nafas dalam)</p>	<p>Pukul : 11.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual</li> <li>2. Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak pucat</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor mual</li> <li>2. Identifikasi faktor penyebab mual</li> <li>3. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (relaksasi nafas dalam)</li> </ol> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Mardiana Setiawati</p>
3.	21 Februari 2022 / 11.20 WIB	<p>Pukul : 11.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</li> <li>2. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama</li> </ol>	<p>Pukul : 11.35 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan aktivitas dibantu keluarganya</li> </ol>

		<p>melakukan aktivitas</p> <p>3. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p>	<p>2. Klien merasa lemah</p> <p>O : Denyut nadi setelah beraktivitas 120x/menit</p> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>1. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p style="text-align: center;">   Mardiana Setiawati </p>
--	--	---	---

Catatan Perkembangan Hari Kedua



NO	Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	22 Februari 2022 / 08.00 WIB	<p>Pukul : 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri</li> </ol> <p>Pukul 08.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjelaskan strategi meredakan nyeri</li> <li>2. Mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri (kompres hangat kering 10 menit diperut menggunakan botol diisi air hangat)</li> </ol> <p>Pukul 08.30 WIB</p> <p>Memberikan terapi injeksi <i>Ranitidine</i> 1 amp/12 jam/ iv</p>	<p>Pukul : 09.00 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati berkurang</li> <li>2. Klien mengatakan sudah menggunakan kompres hangat kering untuk mengurangi nyeri</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala nyeri 4</li> <li>2. Klien tampak meringis</li> <li>3. Tekanan darah : 120/75 mmHg</li> <li>4. Nadi : 100 x/menit</li> <li>5. Pernafasan : 22 x/menit</li> <li>6. Suhu : 36,5°C</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi skala nyeri</li> <li>2. Mengajarkan klien teknik nonfarmakologis untuk penanganan nyeri seperti kompres hangat kering selama 10-15 menit</li> <li>3. Berikan terapi IV <i>Ranitidine</i> 1 amp/12 jam</li> </ol> <p style="text-align: center;">   Mardiana Setiawati </p>
2.	22 Februari 2022 / 10.00 WIB	Pukul 10.00 WIB <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor mual</li> <li>2. Mengidentifikasi faktor penyebab mual</li> </ol> Pukul 10.150 WIB <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ajarkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual (relaksasi nafas dalam)</li> <li>2. Memberikan injeksi <i>Ondansentron</i> 1 amp/8 jam/ iv dan <i>Sukralfat</i> 3 x10 ml/8 jam/ oral</li> </ol>	Pukul 10.30 WIB <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual berkurang</li> <li>2. Klien mengatakan mulai nafsu makan</li> <li>3. Klien mengatakan sudah menggunakan teknik relaksasi untuk mengurangi mual</li> </ol> <p>O :</p> <p>Klien tidak tampak pucat</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi mual</li> </ol>


			<p>seperti relaksasi nafas dalam</p> <p>2. Berikan terapi <i>Ondansetron</i> 1 amp/8 jam/ iv dan <i>Sukralfat</i> 3 x 10 ml/8 jam/ oral</p> <p></p> <p>Mardiana Setiawati</p>
3.	22 Februari 2022 / 11.00 WIB	<p>Pukul 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol>	<p>Pukul 11.20 WIB</p> <p>S :</p> <p>Klien mengatakan terkadang aktivitas masih dibantu keluarganya</p> <p>O :</p> <p>Klien terlihat sudah tidak lemah</p> <p>Denyut nadi setelah beraktivitas 100x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> </ol> <p></p> <p>Mardiana Setiawati</p>

Catatan Perkembangan Hari Ketiga

NO	Tanggal / Jam	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	23 Februari 2022 / 08.00 WIB	<p>Pukul 08.00 WIB</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>Pukul 08.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengajarkan klien teknik nonfarmakologis untuk penanganan nyeri seperti kompres hangat kering selama 10-15 menit</li> <li>2. Memberikan terapi injeksi <i>Ranitidine</i> 1 amp/12 jam/ iv</li> </ol>	<p>Pukul 08.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan nyeri masih terasa seperti hari kemarin</li> <li>2. Klien mengatakan sudah melakukan kompres hangat di daerah yang terasa nyeri</li> </ol> <p>O :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Skala nyeri 4</li> <li>2. Tekanan darah : 120/80 mmHg</li> <li>3. Nadi : 80 x/menit</li> <li>4. Pernafasan : 22 x/menit</li> <li>5. Suhu : 36°C</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi</p> <p>Anjurkan penggunaan teknik nonfarmakologis untuk mengatasi nyeri</p>

			<p>seperti kompres hangat kering sekitar 10-15 menit di perut menggunakan botol diisi air hangat</p> <p style="text-align: center;"> Mardiana Setiawati</p>
2.	23 Februari 2022 / 09.00 WIB	<p>Pukul 09.00 WIB</p> <p>Menganjurkan teknik nafas dalam yang telah diajarkan</p> <p>Pukul 09.05 WIB</p> <p>Memberikan injeksi <i>Ondansetron</i> 1 ampul intravena dan <i>Sukralfat</i> 3 x 1 per oral</p>	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah tidak mual</li> <li>2. Klien mengatakan sudah nafsu makan</li> </ol> <p>O :</p> <p>Klien tampak tidak pucat</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p style="text-align: center;"> Mardiana Setiawati</p>
3.	23 Februari 2022 / 10.00 WIB	<p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</li> <li>2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara</li> </ol>	<p>Pukul 10.20 WIB</p> <p>S :</p> <p>klien mengatakan sudah bisa melakukan aktivitas tanpa bantuan keluarga</p>



		bertahap	<p>O :</p> <p>klien tampak rileks</p> <p>Denyut nadi setelah beraktivitas 80x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p> <p></p> <p>Mardiana Setiawati</p>
--	--	----------	---