

## **BAB III**

### **LAPORAN STUDI KASUS**

#### **A. Pengkajian**

##### **1. Data Demografi**

Klien berinisial Ny.D, usia 53 tahun, status perkawinan klien sudah menikah, klien bekerja sebagai petani, agama klien islam, pendidikan terakhir klien SLTA, suku Lampung, dalam berkomunikasi klien menggunakan bahasa Indonesia, alamat rumah klien di Ketapang, klien masuk RS tanggal 06 Maret 2021 dengan sumber biaya melalui BPJS dan klien dirawat di ruang penyakit dalam dengan No.RM/CM : 25.85.44 dan dengan diagnosa medis GGK Stadium IV.

Penanggung jawab sebagai sumber informasi klien adalah Ny.S berusia 51 tahun, yang merupakan adik kandung klien, bekerja sebagai petani, alamat di Negeri Ratu dan pendidikan terakhir SD.

##### **2. Riwayat kesehatan**

###### **a. Riwayat kesehatan masuk RS**

Klien datang diantar oleh keluarga ke IGD RSUD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada tanggal 06 Maret 2021, dengan keluhan sesak nafas, mual, muntah sudah dua hari, nyeri dada, nyeri ulu hati, dan kaki kanan bengkak. Hasil pemeriksaan TTV yang didapat yaitu tekanan darah :

157/100 mmHg, nadi 85 x/menit, pernafasan : 26 x/menit, suhu: 36,2°C.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan utama

Klien mengeluh buang air kecil tidak lancar dan urine yang keluar sedikit.

2) Keluhan penyerta

Kaki kanan klien tampak bengkak. Klien juga mengatakan mual, merasa ingin muntah, nyeri ulu hati, tidak nafsu makan dan merasa lemah. Klien mengeluh kadang-kadang nyeri kepala seperti tertusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dari (0-10). Dan klien mengatakan nyeri pada kaki kanan nya mulai dari lutut hingga pergelangan kaki dengan skala nyeri 3 (0-10).

c. Riwayat Kesehatan Lalu

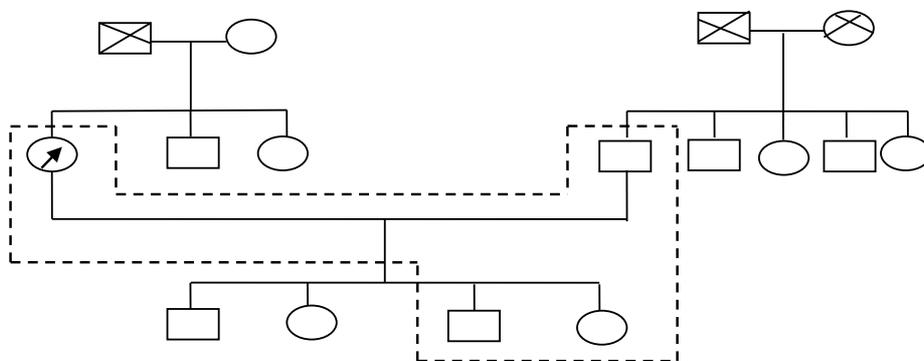
Klien mengatakan tidak memiliki atau tidak ada riwayat alergi obat, klien mengatakan tidak ada riwayat kecelakaan dalam hidupnya, klien mengatakan pernah dirawat di rumah sakit Provinsi Jawa Barat pada bulan Januari tahun 2020, dengan riwayat penyakit berat/kronis sebelumnya adalah hipertensi dan gagal ginjal. Klien mengatakan memiliki riwayat pengobatan penyakit hipertensi, dan klien mengatakan tidak ada riwayat operasi.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Klien mengatakan keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat penyakit gagal ginjal, namun ada yang memiliki riwayat penyakit hipertensi.

Gambar 3.3

Genogram Ny.D



Keterangan :

↗: Klien      ----- : Tinggal satu rumah

X : Meninggal      ○ : Perempuan Laki-laki : □

Klien merupakan anak pertama dari tiga bersaudara, bapak dari orang tua klien sudah meninggal, sedangkan ibu dari orang tua klien masih hidup. Ibu klien memiliki riwayat penyakit yang sama dengan klien yaitu hipertensi. Sedangkan suami dan keempat anaknya tidak ada yang memiliki penyakit yang sama dengan klien.

### 3. Riwayat Psikososial spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan tidak mengalami stress mengenai keluarga, keuangan, pekerjaan dan rumah. Keluarga klien selalu mendukung kesembuhan klien. Sistem nilai kepercayaan klien tidak bertentangan dengan pengobatan yang ada di rumah sakit dan klien mengatakan saat sakit klien melakukan ibadah di tempat tidur.

### 4. Lingkungan

#### a. Rumah

Klien mengatakan kebersihan rumahnya cukup bersih, namun ventilasi jendela kurang masuk cahaya dan sedikit lembab.

#### b. Pekerjaan

Klien mengatakan polusi udara tempat ia bekerja sebagai petani, sering membuatnya menjadi batuk namun klien mengatakan tidak ada bahaya yang serius dalam pekerjaan yang ia jalani.

### 5. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit :

#### a. Pola Nutrisi

Klien mengatakan waktu sebelum sakit asupan makan klien melalui oral, frekuensi 3x/hari, nafsu makan klien baik atau tidak ada masalah, klien mengatakan selalu menghabiskan setiap makanannya, tidak ada diet yang dianjurkan untuk klien, klien

mengatakan tidak ada pantangan dan alergi makanan. Berat badan klien 48 Kg.

Saat pengkajian klien mengatakan mual, merasa ingin muntah dan tidak nafsu makan. Klien hanya menghabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi makan dari makanan yang diberikan rumah sakit, diit yang diberikan klien adalah diit rendah protein dan rendah garam. Serta ada perubahan berat badan klien 3 bulan terakhir yaitu bertambah 2 Kg, dari berat badan klien sebelumnya 48 Kg menjadi 50 Kg. Indeks masa tubuh (IMT) klien adalah 20,81.

b. Pola cairan

Sebelum sakit klien mengatakan asupan cairan klien oral, klien minum air putih 7 gelas/hari dengan volume total 1500-2000 ml/hari.

Saat sakit klien mengatakan asupan cairan klien oral, klien minum air putih, namun air minum dibatasi oleh dokter dengan minum 2 gelas/hari dengan volume total 500 ml.

c. Pola Eliminasi

Klien mengatakan buang air kecil sehari 4-5 kali, dengan volume urine 1600 cc/hari, klien mengatakan warna urine kuning jernih dan bau khas urine. Untuk buang air besar, klien mengatakan sehari sekali, feses berwarna kuning dan bau khas feses. Klien tidak menggunakan laxative/pencahar BAB.

Klien mengatakan buang air kecilnya sedikit, dengan volume urine  $\pm$  350 ml/24 jam dan warna *urine* klien kuning

pekat. Untuk buang air besar, klien mengatakan hanya sekali selama dirawat di rumah sakit. IWL : 750 cc/24 jam.

d. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit klien mengatakan mandi 2x/hari, oral hygiene 2x/hari di waktu pagi dan sore, serta cuci rambut 2x/minggu. Selama dirawat di rumah sakit klien membersihkan badannya dengan cara dilap menggunakan handuk basah oleh keluarganya, klien mengatakan untuk membersihkan mulut juga dibantu oleh keluarga dengan frekuensi sehari dua kali dan klien tidak melakukan cuci rambut selama dirawat di rumah sakit, klien mengatakan semua aktivitas kebersihan diri dibantu oleh keluarga.

e. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit waktu tidur klien adalah 7-8 jam/hari, yaitu siang dan malam hari. Klien mengatakan tidak menggunakan obat tidur karena tidak ada gangguan untuk menjelang tidur.

Saat pengkajian, klien mengatakan waktu tidur berkurang menjadi 5 jam/hari. Tepat nya di waktu malam hari saja, saat siang hari klien mengatakan tidak bisa tidur karena merasa mual terus menerus.

f. Pola aktivitas dan latihan

Kegiatan dalam pekerjaan klien yaitu sebagai petani dan bekerja di waktu pagi-siang hari, klien mengatakan jika ada

kegiatan waktu luang dalam bekerja, klien menggunakan untuk beristirahat dan berbincang-bincang dengan teman nya. Untuk kegiatan berolahraga, klien mengatakan tidak ada olahraga khusus yang dilakukan, tetapi klien sering berjalan kaki di pagi hari menuju ke tempat klien bekerja. Tidak ada keluhan fisik yang dialami oleh klien dalam beraktivitas, dan tidak ada keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian, berhias, BAB, BAK, makan, minum dan mobilisasi.

Pada saat dilakukan pengkajian klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik, klien mengatakan merasa lemah dan semua aktivitas klien dibantu oleh keluarga.

#### 6. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien tidak begitu paham tentang penyakitnya, jika klien merasakan keluhan, klien pergi ke fasilitas kesehatan dengan diantar keluarga untuk berobat. Klien mengatakan tidak merokok, dan tidak juga minum-minuman keras. Namun klien memiliki ketergantungan obat untuk penyakit hipertensi, yakni klien mengatakan selalu meminum obat tersebut setiap hari untuk menurunkan tekanan darah tinggi klien.

#### 7. Pola seksual reproduksi

Klien mengatakan tidak ada pola perubahan seksual dan klien mengatakan tidak memiliki masalah pada sistem reproduksi.

## 8. Pemeriksaan fisik

### a. Pemeriksaan Umum

Saat dilakukan pengkajian, kesadaran klien *composmentis* dengan GCS : E4M6V5. Tanda tanda vital (TTV) klien menunjukkan, tekanan darah : 157/110 mmHg, N: 89x/menit, RR : 20x/menit, T : 36,7°C, SpO2 : 98% dan TB/BB : 155 cm / 50 kg.

### b. Pemeriksaan fisik per sistem

#### 1) Sistem penglihatan

Pada saat dilakukan pengkajian, posisi mata klien simetris, kelopak mata klien tampak bengkak sedikit kiri dan kanan, pergerakan bola mata klien normal, konjungtiva anemis, sklera tidak ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, ketajaman penglihatan klien baik, tidak ada keluhan dan tanda-tanda radang, serta klien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

#### 2) Sistem pendengaran

Saat dilakukan pengkajian, pendengaran klien baik, tidak ada keluhan yang dirasakan pada bagian pendengaran dan tidak ada tanda-tanda radang, klien juga tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

#### 3) Sistem wicara

Saat dilakukan pengkajian, klien tidak ada kesulitan dalam berbicara.

## 4) Sistem pernafasan

Saat dilakukan pengkajian, jalan napas klien baik, serta tidak ada obstruksi pada jalan napas. Klien mengatakan tidak sesak nafas, tetapi sedikit merasakan sesak setelah melakukan aktivitas. Tidak ada keluhan nyeri saat bernafas yang dialami oleh klien, frekuensi nafas 20 x/menit dengan irama teratur, dan klien tidak terpasang WSD.

## 5) Sistem kardiovaskuler

Saat dilakukan pengkajian, denyut nadi klien 89x/menit, kulit teraba hangat dan warna kulit klien pucat dengan CRT < 2 detik. Terdapat edema di kaki kanan klien dengan *pitting edema* derajat II.

## 6) Sistem neurologi

Saat pengkajian, kesadaran klien *composmentis* dengan GCS : E4M6V5. Penilaian kekuatan otot untuk ekstremitas atas sebelah kanan dan kiri, dengan lengan atas, lengan bawah, tangan dan jari-jari masing-masing secara berurutan yaitu 5,5,5,5 (kekuatan otot normal). Lalu, untuk ekstremitas bawah sebelah kiri dengan tungkai atas, lutut, betis, tungkai bawah, pergelangan kaki, dan tumit masing-masing secara berurutan yaitu 5,5,5,5 (kekuatan otot normal). Namun untuk ekstremitas bawah sebelah kanan, mengalami gangguan kekuatan otot karena

edema sehingga klien sulit bergerak, dengan nilai kekuatan otot, yaitu lutut, betis, pergelangan kaki dan tumit secara berurutan 3,3,3,3.

7) Sistem pencernaan

Saat dilakukan pengkajian, lidah klien tampak sedikit kotor, dan bibir sedikit kering. Klien mengatakan tidak ada kesulitan menelan makanan maupun minuman, klien mengatakan merasa nyeri di daerah perut khususnya di ulu hati karena klien memiliki penyakit gastritis dan klien mengatakan merasa mual serta muntah 1x di pagi hari.

8) Sistem imunologi

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

9) Sistem endokrin

Saat dilakukan pengkajian tidak ada luka yang terdapat di tubuh klien dan tidak ada tanda-tanda peningkatan kadar gula darah. GDS : 110 mg/dL.

10) Sistem urogenital

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan volume urine klien  $\pm$  350 ml/24 jam dan klien tidak menggunakan kateter.

11) Sistem integumen

Saat dilakukan pengkajian, warna rambut klien hitam keputihan, dan tampak bersih kuku klien tampak bersih

dan tidak kotor, keadaan kulit klien bersih, tidak ada luka dan radang pada kulit.

## 12) Sistem muskuloskeletal

Saat pengkajian klien mengalami keterbatasan dalam pergerakan berpindah karena terdapat edema di kaki kanannya. Tidak ada fraktur serta penggunaan alat bantu.

## 9. Pemeriksaan Penunjang

Tabel 2.2

Hasil Laboratorium Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM  
Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 06 Maret 2021

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	<i>Ureum</i>	378	15-39 mg/dl
2	<i>Kreatinin</i>	19,8	P : 0,6-1,1
3	Glukosa sewaktu	110	100-200 mg/dl
4	WBC	$11.68 \times 10^3/uL$	4.00 – 10.00
5	RBC	$3.98 \times 10^6/uL$	3.50 – 5.50
6	HGB	10.0 g/Dl	11.0 – 15.0
7	PLT	$305 \times 10^3/uL$	150 – 450

Tabel 2.3

Hasil Laboratorium Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM.  
Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 08 Maret 2021

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	WBC	$10.68 \times 10^3/uL$	4.00 – 10.00
2	RBC	$3.94 \times 10^6/uL$	3.50 – 5.50
3	HGB	9.9 g/dL	11.0 – 15.0
4	PLT	$298 \times 10^3/UL$	150 – 450

## 10. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis terapi obat yang diberikan kepada Ny.D

Tabel 2.4

Pengobatan Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM.

Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Tanggal	Terapi	Dosis
08 Maret 2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infus NaCl 0,9%</li> <li>2. Injeksi : Ranitidine</li> <li>3. Injeksi : Ondansetron</li> <li>4. Injeksi : Furosemide</li> <li>5. Oral : Bicnat</li> <li>6. Oral : Asam folat</li> <li>7. Oral : Amlodipin</li> <li>8. Oral : Sucralfat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1000 ml (24 jam) 14 tpm</li> <li>2. 2 x 1 ampul</li> <li>3. 3 x 1 ampul</li> <li>4. 1 x 40 mg</li> <li>5. 3 x 1 mg</li> <li>6. 3 x 1 mg</li> <li>7. 1 x 5 mg</li> <li>8. 3 x 10 cc ( Sirup )</li> </ol>
09 Maret 2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infus NaCl 0,9%</li> <li>2. Injeksi : Ranitidine</li> <li>3. Injeksi : Ondansetron</li> <li>4. Injeksi : Furosemide</li> <li>5. Oral : Bicnat</li> <li>6. Oral : Asam folat</li> <li>7. Oral : Amlodipin</li> <li>8. Oral : Sucralfat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1000 ml (24 jam) 14 tpm</li> <li>2. 2 x 1 ampul</li> <li>3. 3 x 1 ampul</li> <li>4. 1 x 40 mg</li> <li>5. 3 x 1 mg</li> <li>6. 3 x 1 mg</li> <li>7. 1 x 5 mg</li> <li>8. 3 x 10 cc ( Sirup )</li> </ol>
10 Maret 2021	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infus NaCl 0,9%</li> <li>2. Injeksi : Ranitidine</li> <li>3. Injeksi : Ondansetron</li> <li>4. Injeksi : Furosemide</li> <li>5. Oral : Bicnat</li> <li>6. Oral : Asam folat</li> <li>7. Oral : Amlodipin</li> <li>8. Oral : Sucralfat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1000 ml (24 jam) 14 tpm</li> <li>2. 2 x 1 ampul</li> <li>3. 3 x 1 ampul</li> <li>4. 1 x 40 mg</li> <li>5. 3 x 1 mg</li> <li>6. 3 x 1 mg</li> <li>7. 1 x 5 mg</li> <li>8. 3 x 10 cc ( Sirup )</li> </ol>

Penatalaksanaan keperawatan yang diberikan kepada Ny.D

Saat perawatan klien telah dilakukan monitoring intake dan output cairan setiap harinya, monitoring ttv, monitoring mual, memberikan posisi nyaman, melakukan latihan rentang gerak aktif/pasif (ROM) dan memberikan terapi obat sesuai dengan advis dokter.

#### 11. Data Fokus

Tabel 2.5

Data fokus Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM. Ryacudu  
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08-10 Maret 2021

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klien mengeluh buang air kecil tidak lancar dan urine sedikit</li> <li>- Klien mengeluh mual, dan nyeri ulu hati</li> <li>- Klien mengatakan merasa ingin muntah</li> <li>- Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>- Klien mengatakan merasa lemah</li> <li>- Klien mengatakan waktu tidur berkurang menjadi 5 jam/hari</li> <li>- Klien mengeluh kadang-kadang nyeri kepala</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Warna <i>urine</i> klien kuning pekat</li> <li>- Volume <i>urine</i> : ± 350 ml/24 jam</li> <li>- IWL : 750 cc/24 jam</li> <li>- <i>Ureum</i> : 378 mg/dl</li> <li>- <i>Kreatinin</i> : 19,8</li> <li>- WBC : <math>10.68 \times 10^3/uL</math></li> <li>- HGB : 9.9 g/dL</li> <li>- CRT : &lt; 2 detik</li> <li>- Mendapat terapi obat : Furosemide 1 x 40 mg/IV</li> <li>- Asupan minum klien 2 gelas perhari yaitu 500 ml</li> <li>- Klien hanya menghabiskan <math>\frac{1}{4}</math> porsi makan dari makanan yang diberikan rumah sakit</li> </ul>

1	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dari (0-10)</li> <li>- Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan nya mulai dari lutut hingga pergelangan kaki dengan skala nyeri 3 dari (0-10)</li> <li>- Klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik</li> <li>- Klien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga</li> <li>- Klien mengatakan sedikit merasakan sesak setelah melakukan aktivitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mendapat terapi obat : Ondansetron 3 x 1 ampul/IV</li> <li>- Mendapat terapi obat : Ranitidine 2 x 1 ampul/IV</li> <li>- Mendapat terapi obat : Bicnat 3 x 1 mg/oral</li> <li>- Mendapat terapi obat : Asam folat 3 x 1 mg/oral</li> <li>- Mendapat terapi obat : Sucralfat 3 x 10 cc/sirup</li> <li>- Mendapat terapi obat : Amlodipin 1 x 5 mg/oral</li> <li>- Mendapat terapi infus : Nacl 0,9% 1000 ml(24 jam) 14 tpm</li> <li>- Klien tampak lemah</li> <li>- Tanda-tanda vital klien :  TD : 157/110 mmHg  N : 89 x/menit  T : 36, 7°C  RR : 20 x/menit  SpO2 : 98%</li> <li>- Terdapat edema pada kaki kanan klien</li> <li>- <i>Pitting edema</i> derajat II</li> <li>- Klien tampak bedrest  Semua aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga</li> </ul>

## 12. Analisa Data

Tabel 2.6

Analisa data Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM. Ryacudu  
Kotabumi Lampung Utara Tanggal 08-10 Maret 2021

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
1	<p><b>Ds :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengeluh buang air kecil tidak lancar dan urine sedikit</li> <li>b. Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan nya mulai dari lutut hingga pergelangan kaki dengan skala nyeri 3 dari (0-10)</li> <li>c. Klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik</li> </ul> <p><b>Do :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Terdapat edema pada kaki kanan klien</li> <li>b. <i>Pitting edema</i> derajat II</li> <li>c. Volume <i>urine</i> : ± 350 ml/24 jam</li> <li>d. Warna <i>urine</i> klien kuning pekat</li> <li>e. IWL : 750 cc/24 jam</li> <li>f. CRT : &lt; 2 detik</li> <li>g. Asupan minum klien 2 gelas/hari : 500 ml</li> <li>h. Mendapat terapi obat :</li> </ul>	<p>Gangguan mekanisme regulasi</p>	<p>Hipervolemia</p>

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
	<p>Furosemide 1 x 40 mg/IV</p> <p>i. Mendapat terapi infus : Nacl 0,9% 1000 ml(24 jam) 14 tpm</p>		
2.	<p><b>Ds:</b></p> <p>a. Klien mengeluh mual dan nyeri ulu hati</p> <p>b. Klien mengatakan merasa ingin muntah</p> <p>c. Klien mengatakan tidak nafsu makan</p> <p><b>Do :</b></p> <p>a. Klien hanya menghabiskan ¼ porsi makan dari makanan yang diberikan rumah sakit</p> <p>b. Klien tampak lemah</p> <p>c. <i>Ureum</i> : 378 mg/dl</p> <p>d. <i>Kreatinin</i> : 19,8</p> <p>e. Mendapat terapi obat : Ondansetron 3 x 1 ampul/IV</p> <p>f. Mendapat terapi obat : Ranitidine 2 x 1 ampul/IV</p> <p>g. Mendapat terapi obat : Bicnat 3 x 1 mg/oral</p> <p>h. Mendapat terapi obat : Asam folat 3 x 1 mg/oral</p> <p>i. Mendapat terapi obat : Sucralfat 3 x 10 cc/sirup</p>	<p>Gangguan biokimiawi : uremia</p>	<p>Nausea</p>

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
3.	<p><b>Ds :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga</li> <li>b. Klien mengatakan sedikit merasakan sesak setelah melakukan aktivitas</li> <li>c. Klien mengeluh kadang-kadang nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dari (0-10)</li> <li>d. Klien mengatakan merasa lemah</li> </ul> <p><b>Do :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak bedrest</li> <li>b. Semua aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga</li> <li>c. Tanda-tanda vital klien : <ul style="list-style-type: none"> <li>- TD : 157/110 mmHg</li> <li>- N : 89 x/menit</li> <li>- T : 36,7°C</li> <li>- RR : 20 x/menit</li> <li>- SpO2 : 98%</li> </ul> </li> <li>d. Mendapat terapi obat : Amlodipin 1 x 5 mg/oral</li> </ul>	Kelemahan	Intoleransi aktivitas
4	<p><b>Ds :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien mengatakan waktu tidur berkurang menjadi 5 jam/hari</li> </ul> <p><b>Do :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Klien tampak lemah</li> </ul>	Kurangnya kontrol tidur	Gangguan pola tidur

NO	DATA	ETIOLOGI	MASALAH
1	2	3	4
5	<p><b>Ds : -</b></p> <p><b>Do :</b></p> <p>a. Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : Penurunan hemoglobin : 9.9 g/dL</p>	Penyakit kronis	Risiko infeksi

### 13. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan dari hasil analisa berdasarkan prioritas masalah adalah sebagai berikut :

- a. Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi dibuktikan dengan klien mengeluh buang air kecil tidak lancar dan urine sedikit, terdapat edema pada kaki kanan klien dengan *pitting edema* derajat II, volume *urine* ± 350 ml/24 jam, warna *urine* klien kuning pekat, klien mengatakan nyeri pada kaki kanan nya mulai dari lutut hingga pergelangan kaki dengan skala nyeri 3 dari (0-10), klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik, IWL : 750 cc/24 jam, CRT : < 2 detik, asupan minum

- klien 2 gelas/hari : 500 ml, klien mendapat terapi obat Furosemide 1 x 40 mg/IV, mendapat terapi infus NaCl 0,9% 1000 ml (24 jam) 14 tpm.
- b. Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi : uremia dibuktikan dengan klien mengeluh mual dan nyeri ulu hati, klien mengatakan merasa ingin muntah, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien hanya mengabiskan  $\frac{1}{4}$  porsi makan yang diberikan dirumah sakit, klien tampak lemah, *Ureum* : 378 mg/dl dan *kreatinin* : 19,8 klien mendapat terapi obat Ondansetron 3 x 1 ampul/IV, Ranitidine 2 x 1 ampul/IV, Bicnat 3 x 1 mg/oral, Asam folat 3 x 1 mg/oral, Sucralfat 3 x 10 cc/sirup.
- c. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan dibuktikan dengan klien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga, klien mengatakan sedikit merasakan sesak setelah melakukan aktivitas, klien mengeluh kadang-kadang nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dari (0-10), klien tampak *bedrest*, semua aktivitas klien tampak dibantu keluarga, klien mendapat terapi obat Amlodipine 1 x 5 mg/oral, tanda-tanda vital klien TD : 157/110 mmHg, N : 89 x/menit, T : 36,7°C, RR : 20 x/menit, SpO<sub>2</sub> : 98%.
- d. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan klien mengatakan waktu tidur berkurang menjadi 5 jam/hari dan klien tampak lemah.

- e. Risiko infeksi berhubungan dengan penyakit kronis dibuktikan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder : penurunan hemoglobin : 9,9 g/dL

#### 14. Rencana Keperawatan

Dalam rencana keperawatan terkait dengan prioritas diagnosa keperawatan diatas maka penulis hanya membuat 3 intervensi diagnosa keperawatan prioritas utama yaitu sebagai berikut :

Tabel 2.7  
Rencana Keperawatan Terhadap Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara  
Tanggal 08-10 Maret 2021

No.	Diagnosa Keperawatan	Rencana Tujuan (SLKI)	Rencana Tindakan (SIKI)
1	2	3	4
1.	Hipervolemia berhubungan dengan gangguan mekanisme regulasi ditandai dengan klien mengeluh buang air kecil tidak lancar dan urine sedikit, klien mengatakan nyeri pada kaki kanan nya mulai dari lutut hingga pergelangan kaki dengan	<p><b>Keseimbangan Cairan (L. 03020)</b></p> <p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan keseimbangan cairan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Output urine meningkat</li> <li>b. Edema menurun</li> <li>c. Frekuensi nadi membaik</li> <li>d. Tekanan darah membaik</li> </ul> <p>Normal :</p>	<p><b>Manajemen Hipervolemia (I. 03114)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Periksa tanda dan gejala hipervolemia (mis. edema)</li> <li>b. Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>c. Monitor intake dan output cairan</li> </ul> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Batasi asupan cairan dan garam</li> <li>b. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40°</li> </ul> <p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran urine</li> <li>b. Ajarkan cara membatasi cairan</li> </ul> <p><i>Kolaborasi :</i></p>

1	2	3	4
	<p>skala nyeri 3 dari (0-10), terdapat edema pada kaki kanan klien, <i>pitting edema</i> 2 derajat, volume <i>urine</i> : ± 350 ml/24 jam, warna <i>urine</i> klien kuning pekat, IWL : 750 cc/24 jam, CRT : &lt; 2 detik, asupan minum klien 2 gelas perhari : 500 ml</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Sistolik</i> 120-139 mmHg</li> <li>• <i>Diastolik</i> 80-89 mmHg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi pemberian diuretik</li> <li>b. Kolaborasi penggantian kehilangan kalium akibat diuretik</li> </ul> <p><b>Pemantauan Cairan (L03121)</b>  <i>Observasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>b. Monitor tekanan darah</li> <li>c. Monitor elastisitas atau turgor kulit</li> <li>d. Monitor jumlah, warna urine</li> <li>e. Monitor intake dan output cairan</li> <li>f. Identifikasi tanda-tanda hipervolemia (mis.edema perifer)</li> </ul> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ul> <p><i>Edukasi :</i></p>

1	2	3	4
2.	<p>Nausea berhubungan dengan gangguan biokimiawi : uremia ditandai dengan klien mengeluh mual dan nyeri ulu hati, klien mengatakan merasa ingin muntah, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien hanya makan ¼ porsi makan dari makanan yang diberikan rumah sakit, klien tampak lemah, <i>Ureum</i> : 378 mg/dl dan <i>Kreatinin</i> 19,8</p>	<p><b>Tingkat Nausea (L. 08065)</b>  Setelah dilakukan asuhan keperawatan 3x24 jam diharapkan tingkat nausea menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Perasaan ingin muntah menurun</li> <li>Pucat membaik</li> <li>Nafsu makan membaik</li> <li>Jumlah saliva membaik</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Jelaskan tujuan dan prosedur pemantauan</li> <li>Dokumentasikan hasil pemantauan, <i>jika perlu</i></li> </ol> <p><b>Manajemen Mual (L.03117)</b>  <i>Observasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Identifikasi pengalaman mual</li> <li>Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup (mis. nafsu makan, dan tidur)</li> <li>Monitor mual (mis. frekuensi, durasi , dan tingkat keparahan)</li> </ol> <p><i>Terapeutik :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Kendalikan faktor penyebab mual (mis. bau tak sedap, suara, dan rangsangan visual yang tidak menyenangkan)</li> <li>Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual (mis. kecemasan, kelelahan)</li> </ol> <p><i>Edukasi :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> </ol>

1	2	3	4
			<p>b. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>a. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p> <p><b>Manajemen Muntah (I.03118)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>a. Identifikasi karakteristik muntah (mis. waktu, frekuensi, durasi)</p> <p>b. Periksa volume muntah</p> <p>c. Monitor keseimbangan cairan dan elektrolit</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>a. Kontrol faktor lingkungan penyebab muntah (mis. bau tak sedap, suara, dan stimulasi visual yang tidak menyenangkan)</p> <p>b. Atur posisi untuk mencegah aspirasi</p> <p>c. Bersihkan mulut dan hidung</p> <p>d. Berikan dukungan fisik saat muntah (mis. membantu membungkuk atau menundukkan kepala)</p> <p>e. Berikan kenyamanan selama muntah (mis. sediakan pakaian kering dan</p>

1	2	3	4
3.	<p>Intoleransi aktivitas berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik, klien mengatakan semua aktivitas dibantu oleh keluarga, klien mengatakan sedikit merasakan sesak setelah melakukan aktivitas, klien mengeluh kadang-kadang nyeri kepala seperti ditusuk-tusuk</p>	<p><b>Toleransi Aktivitas (L. 05047)</b>  Setelah dilakukan asuhan kepeawatan 3x24 jam diharapkan toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Keluhan lelah menurun</li> <li>b. Dispnea setelah aktivitas</li> <li>c. Perasaan lemah menurun</li> <li>d. Frekuensi nadi membaik</li> <li>e. Tekanan darah membaik</li> <li>f. Frekuensi napas membaik</li> </ol>	<p>bersih)  <i>Edukasi :</i>  a. Anjurkan memperbanyak istirahat  <i>Kolaborasi :</i>  a. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu</p> <p><b>Manajemen Energi (I.05178)</b>  <i>Observasi :</i>  a. Monitor kelelahan fisik dan emosional  b. Monitor pola dan jam tidur  c. Monitor lokasi dan ketidaknyamanan selama melakukan aktivitas</p> <p><i>Terapeutik :</i>  a. Lakukan latihan rentang gerak pasif dan/ atau aktif  b. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p><i>Edukasi :</i>  a. Anjurkan melakukan aktivitas secara</p>

1	2	3	4
	<p>dengan skala nyeri 4 dari (0-10), klien mengatakan merasa lemah, klien tampak bedrest, semua aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga, hasil tanda-tanda vital klien :</p> <p>tekanan darah : 157/110 mmHg, nadi : 89 x/menit, suhu : 36,7°C, pernafasan : 20 x/menit, SpO2 : 98%</p>		<p>Bertahap</p> <p>b. Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan</p> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <p>a. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p><b>Terapi Aktivitas (I.05186)</b></p> <p><i>Observasi :</i></p> <p>a. Monitor respons emosional, fisik, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</p> <p><i>Terapeutik :</i></p> <p>a. Fasilitasi aktivitas fisik rutin (mis. ambulasi, mobilisasi, dan perawatan diri), <i>sesuai kebutuhan</i></p> <p>Fasilitasi aktivitas motorik untuk merelaksasi otot</p> <p>b. Libatkan keluarga dalam aktivitas, <i>jika perlu</i></p> <p>c. Fasilitasi pasien dan keluarga memantau kemajuannya sendiri untuk mencapai tujuan</p>

1	2	3	4
			<p><i>Edukasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Anjurkan keluarga untuk memberi penguatan positif atas partisipasi dalam aktivitas</li> </ul> <p><i>Kolaborasi :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Kolaborasi dengan terapis okupasi dalam merencanakan dan memonitor program aktivitas, <i>jika sesuai</i>.</li> </ul>

15. Catatan Perkembangan

Tabel 2.8  
 Catatan Perkembangan Hari ke-1 Terhadap Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM. Ryaudu Kotabumi  
 Lampung Utara Tanggal 08 Maret 2021

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1.	<p>Tanggal/Jam :                      08 Maret 2021 / 14. 15 WIB                      Pukul 14.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia :                          Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia yaitu edema dengan cara melihat bagian tubuh klien yang mengalami edem dan juga menilai <i>pitting edema</i> dengan cara menekan bagian tubuh tersebut yang akan menimbulkan cekungan dan akan kembali seperti sebelum ditekan</li> <li>2. Memonitor intake dan output cairan :                          Menghitung intake pada klien dimana terdapat intake makan,minum,obat,infus dan air metabolisme dan output cairan yang terdapat pada klien yaitu urine, BAB, muntah dan IWL. Dan menghitung balance cairan dengan rumus intake-output</li> </ol>	<p>Tanggal/Jam :                      08 Maret 2021</p> <p>S:</p> <p>Pukul 14.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengeluh buang air kecil tidak lancar dan urine sedikit</li> <li>2. Klien mengatakan nyeri pada kaki kanan nya mulai dari lutut hingga pergelangan kaki dengan skala nyeri 3 dari (0-10)</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 14.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaki kanan klien tampak bengkak</li> <li>2. <i>Pitting edema</i> derajat II</li> </ol> <p>Pukul 21.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Warna <i>urine</i> klien kuning pekat</li> <li>4. Volume <i>urine</i> klien 350 ml</li> <li>5. Balance cairan yaitu : <math>2.025 - 1.250 = +775</math> cc</li> </ol> <p>Di dapatkan dari :</p>

1	2	3
	<p>Pukul 14.45 WIB</p> <p>3. Memonitor jumlah dan warna urine : Mengukur jumlah urine dengan cara memasukan urine klien dari pispot ke gelas ukur untuk mengukur dan melihat warna urine pada klien</p> <p>4. Memonitor tanda-tanda vital Mengukur tekanan darah dan denyut nadi menggunakan tensi digital dengan posisi klien terlentang, bersamaan dengan mengukur suhu tubuh klien yang menggunakan alat thermogun, dan menghitung frekuensi napas Ny.D selama satu menit serta mengukur kadar saturasi oksigen menggunakan alat pulse oximeter</p> <p>Pukul 14.55 WIB</p> <p>5. Mendokumentasikan hasil pemantauan : Mencatat hasil pemantauan baik tanda-tanda vital, intake dan output termasuk jumlah urine klien</p>	<p>b. <i>Input</i> = makan : 50 ml, minum : 625 ml, infus : 1000 ml, obat : 100 ml, AM : 250 ml. Jumlah total : 2.025</p> <p>c. <i>Output</i> = urine : 350 ml, BAB : 100 ml, muntah 50 ml, IWL : 750 ml Jumlah total : 1.250</p> <p>Pukul 14.50 WIB</p> <p>6. Tanda-tanda vital klien, tekanan darah : 157/110 mmHg, nadi : 89x/ menit, pernafasan : 20 x/menit, suhu : 36, 7°C, dan SpO2 : 98%.</p> <p>A : Masalah belum teratasi P :</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>2. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>3. Monitor jumlah, warna urine</li> <li>4. Monitor intake dan output cairan</li> <li>5. Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>6. Berikan terapi obat sesuai advis dokter : - <i>Furosemide 40 mg/IV</i> (pukul 08.15)</li> <li>7. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> <p style="text-align: center;"> (Laura Fitriya C)</p>

1	2	3
2	<p>Pukul 16.55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup : Mengidentifikasi dengan cara pengkajian melalui wawancara terhadap klien tentang dampak mual terhadap kualitas hidup seperti nafsu makan dan tidur</li> <li>Memonitor mual : Memonitor mual dengan cara menanyakan kepada klien tingkat keparahan mual</li> </ol> <p>Pukul 17.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memberikan terapi obat sesuai advis dokter : Memberikan klien terapi obat melalui injeksi intravena dan oral</li> </ol> <p>Pukul 17.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup : Menganjurkan klien untuk istirahat di siang hari dan tidur yang cukup di malam hari</li> </ol>	<p>Tanggal 08 Maret 2021</p> <p>S:</p> <p>Pukul 17.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien mengatakan merasa mual dan nyeri ulu hati</li> <li>Klien mengatakan mual yang dirasakan membuatnya susah tidur dengan waktu tidur <math>\pm 5</math> jam/hari</li> <li>Klien mengatakan tidak nafsu makan</li> <li>Klien mengatakan sudah muntah 1x di pagi hari</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 21.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien hanya menghabiskan <math>\frac{1}{4}</math> porsi makanannya yang diberikan dirumah sakit</li> </ol> <p>Pukul 17.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Klien tampak lemah</li> <li>Klien tampak pucat</li> </ol> <p>A : Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor mual</li> <li>Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>Kendalikan faktor penyebab mual</li> <li>Berikan terapi obat sesuai advis dokter : (pukul 09.00) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ranitidine 50 mg/IV, ondansetron 8 mg/IV</i></li> <li>- <i>Bicnat 1 tab/oral, Asam folat 1 tab/oral, Sucralfat 2 cth/oral</i></li> </ul> </li> </ol> <p style="text-align: center;"> (Laura Fitrya C)</p>

1	2	3
3.	<p>Pukul 19.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional : Memantau kondisi klien secara umum</li> <li>2. Memonitor pola dan jam tidur : Menanyakan kepada klien apakah pola tidur klien berubah selama dirawat atau tidak</li> </ol> <p>Pukul 19.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menganjurkan keluarga terlibat dalam aktivitas Meminta keluarga membantu aktivitas klien sehari-hari karena klien mengalami kelemahan yang membuatnya <i>bedrest</i> sehingga bantuan keluarga diperlukan</li> </ol> <p>Pukul 19.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap : Aktivitas seperti duduk-duduk di tepi tempat tidur dan membersihkan mulut secara mandiri</li> </ol>	<p>Tanggal 08 Maret 2021</p> <p>S:</p> <p>Pukul 19.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mengalami keterbatasan dalam pergerakan fisik</li> <li>2. Klien mengatakan merasa sedikit sesak setelah melakukan aktivitas</li> <li>3. Klien mengeluh sakit kepala seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 4 dari (0-10)</li> <li>4. Klien mengatakan merasa lemah</li> <li>5. Klien mengatakan waktu tidur menjadi ± 5jam/hari, pada malam hari klien mulai tidur pukul 22.00 WIB</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 21.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak <i>bedrest</i></li> <li>2. Klien tampak lemah</li> </ol> <p>Pukul 19.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Semua aktivitas klien tampak dibantu oleh keluarga</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> </ol>

1	2	3
		<p>2. Lakukan latihan rentang gerak ROM</p> <p>3. Libatkan keluarga dalam melakukan aktivitas</p> <p>4. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</p> <p>5. Berikan terapi obat sesuai advis dokter :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>Amlodipine 5 mg/oral</i> (pukul 10.10)</li></ul> <p style="text-align: center;"> (<i>Laura Fitrya C</i>)</p>

Tabel 2.9  
Catatan Perkembangan Hari ke-2 Terhadap Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi  
Lampung Utara Tanggal 09 Maret 2021

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1.	<p>Tanggal/Jam : 09 Maret 2021 / 08.10 WIB</p> <p>Pukul 08.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor tanda-tanda vital : Mengukur tekanan darah dan denyut nadi menggunakan tensi digital dengan posisi klien terlentang, bersamaan dengan mengukur suhu tubuh klien yang menggunakan alat thermogun, dan menghitung frekuensi napas Ny.D selama satu menit serta mengukur kadar saturasi oksigen menggunakan alat pulse oximeter</li> </ol> <p>Pukul 08.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter : Memberikan terapi obat melalui injeksi intravena</li> </ol> <p>Pukul 08.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Mengajarkan cara membatasi cairan : Mengajarkan klien cara membatasi cairan dengan cara meminta klien mengikuti arahan</li> </ol>	<p>Tanggal/Jam : 09 Maret 2021</p> <p>S:</p> <p>Pukul 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sering buang air kecil</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membatasi asupan cairan dari hari sebelumnya, yaitu klien minum 2 ½ gelas/24 jam, menjadi 2 gelas/24jam</li> </ol> <p>Pukul 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Warna <i>urine</i> klien kuning pekat</li> <li>3. Volume <i>urine</i> klien 450 ml</li> <li>4. Balance cairan yaitu : <math>1.890 - 1.200 = +690</math> cc</li> </ol> <p>Di dapatkan dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Input</i> = makan : 40 ml, minum : 500 ml, infus : 1000 ml, obat : 100 ml, AM : 250 ml. Jumlah total : 1.890</li> <li>b. <i>Output</i> = urine : 450 ml, BAB :0 , muntah : 0 , IWL : 750 ml</li> </ol>

1	2	3
	<p>dokter untuk minum yang dianjurkan, dan tidak melebihi asupan minum yang sudah ditetapkan oleh dokter, karena klien telah melebihi batas aturan minum yang seharusnya</p> <p>Pukul 08.40 WIB</p> <p>4. Memonitor jumlah, warna urine : Mengukur jumlah urine dengan cara memasukan urine klien dari pispot ke gelas ukur untuk mengukur dan melihat warna urine pada klien</p> <p>5. Memonitor intake dan output cairan : Menghitung intake pada klien dimana terdapat intake makan,minum,obat,infus dan air metabolisme dan output cairan yang terdapat pada klien yaitu urine, BAB, muntah dan IWL. Menghitung balance cairan dengan rumus intake-output</p> <p>Pukul 08.50 WIB</p> <p>6. Mendokumentasikan hasil pemantauan : Mencatat hasil pemantauan baik tanda-tanda vital, intake dan output termasuk jumlah urine klien</p>	<p>Jumlah total : 1.200</p> <p>Pukul 08.15 WIB</p> <p>5. Tanda-tanda vital klien, tekanan darah : 132/87 mmHg, nadi : 89x/ menit, pernafasan : 20 x/menit, suhu : 36, 6°C, dan SpO2 : 98%.</p> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor <i>edema perifer</i></li> <li>2. Monitor tanda- tanda vital</li> <li>3. Monitor frekuensi dan kekuatan nadi</li> <li>4. Monitor jumlah, warna urine</li> <li>5. Monitor intake dan output cairan</li> <li>6. Berikan terapi obat sesuai advis dokter : - <i>Furosemide 40 mg/IV</i> (pukul 08.15)</li> <li>7. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> </ol> </p> <p style="text-align: center;">   (Laura Fitrya C) </p>

1	2	3
2.	<p>Pukul 08.55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor mual : Memonitor mual dengan cara menanyakan kepada klien tingkat keparahan mual</li> <li>2. Menganjurkan membersihkan mulut : Meminta klien untuk membersihkan mulut kecuali jika merangsang mual</li> </ol> <p>Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter : Memberikan klien terapi obat melalui injeksi intravena dan oral</li> </ol> <p>Pukul 09.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mengendalikan faktor penyebab mual : Mengendalikan penyebab mual pada klien seperti menganjurkan membersihkan mulut klien</li> </ol>	<p>Tanggal 09 Maret 2021</p> <p>S:</p> <p>Pukul 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual sudah berkurang</li> <li>2. Klien mengatakan tidak muntah lagi seperti kemarin</li> <li>3. Klien mengatakan nafsu makan sedikit membaik</li> </ol> <p>Pukul 09.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Klien mengatakan akan membersihkan mulut sebelum makan</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membersihkan mulut sebelum makan</li> </ol> <p>Pukul 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien tampak menghabiskan ½ porsi makanannya</li> <li>3. Klien sudah tidak pucat</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor mual</li> <li>2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual</li> <li>3. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup</li> <li>4. Berikan terapi obat sesuai advis dokter : (pukul 09.15)</li> </ol>

1	2	3
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ranitidine 50 mg/IV</i></li> <li>- <i>Ondansetron 8 mg/IV</i></li> <li>- <i>Bicnat 1 tab/oral</i></li> <li>- <i>Asam folat 1 tab/oral</i></li> <li>- <i>Sucralfat 2 cth/oral</i></li> </ul>  <p style="text-align: center;">(Laura Fitrya C)</p>
3.	<p>Pukul 10.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional : Memantau kondisi klien secara umum</li> <li>2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap : seperti duduk-duduk di tepi tempat tidur dan membersihkan mulut secara mandiri</li> </ol> <p>Pukul 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter : Memberikan terapi obat melalui injeksi intravena</li> </ol> <p>Pukul 11.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Melakukan latihan rentang gerak ROM : Latihan ROM dengan cara yang pertama pada bagian tubuh leher yaitu letakkan tangan kiri perawat di bawah kepala klien dengan tangan kanan pada pipi klien lalu lakukan gerakan</li> </ol>	<p>Tanggal 09 Maret 2021</p> <p>S :</p> <p>Pukul 10.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan rasa lemas berkurang</li> </ol> <p>Pukul 10.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan sudah mencoba duduk-duduk di tepi tempat tidur</li> <li>3. Klien mengatakan bisa membersihkan mulut secara mandiri</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 12.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak mengikuti latihan rentang gerak ROM dengan baik</li> </ol> <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Aktivitas klien sebagian masih dibantu oleh keluarga</li> </ol>

1	2	3
	<p>rotasi, fleksi dan ekstensi, dan fleksi lateral lalu observasi perubahan yang terjadi. Kedua bahu, lakukan gerakan fleksi/ekstensi, abduksi dan adduksi, dan rotasi bahu. Ketiga siku, fleksi dan ekstensi. Keempat, lengan bawah lakukan gerakan pronasi dan supinasi. Kelima pergelangan tangan dan jari-jari lakukan gerakan fleksi dan ekstensi. Keenam paha, lakukan gerakan rotasi, abduksi dan adduksi. Ketujuh lutut, lakukan fleksi dan ekstensi. Kedelapan pergelangan kaki, lakukan gerakan fleksi dan ekstensi, invers dan eversi. Kesembilan jari-jari, lakukan gerakan fleksi dan ekstensi jari-jari.</p> <p>Pukul 12.15 WIB</p> <p>5. Melibatkan keluarga dalam melakukan aktivitas : Meminta keluarga membantu aktivitas klien sehari-hari karena klien mengalami kelemahan yang membuatnya <i>bedrest</i> sehingga bantuan keluarga diperlukan</p>	<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi :  <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor kelelahan fisik dan emosional</li> <li>2. Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap</li> <li>3. Lakukan latihan rentang gerak ROM</li> <li>4. Berikan terapi obat sesuai advis dokter : (pukul 10.05) - <i>Amlodipine 5 mg/oral</i></li> </ol> </p> <div style="text-align: center;">  <p>(<i>Laura Fitrya C</i>)</p> </div>

Tabel 2.10  
 Catatan Perkembangan Hari ke-3 Terhadap Ny.D di Ruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi  
 Lampung Utara Tanggal 10 Maret 2021

No Dx	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1.	<p>Tanggal/Jam :                      10 Maret 2021 / 08.05 WIB                      Pukul 08.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor <i>edema perifer</i> :                          Memantau <i>edema perifer</i> pada klien dengan melihat edema pada kaki kanan klien</li> <li>2. Memonitor tanda- tanda vital :                          Mengukur tekanan darah dan denyut nadi menggunakan tensi digital dengan posisi klien terlentang, bersamaan dengan mengukur suhu tubuh klien yang menggunakan alat thermogun, dan menghitung frekuensi napas Ny.D selama satu menit serta mengukur kadar saturasi oksigen menggunakan alat pulse oximeter</li> </ol> <p>Pukul 08.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter :                          Memberikan terapi obat melalui injeksi intravena</li> </ol>	<p>Tanggal/Jam :                      10 Maret 2021</p> <p>S:</p> <p>Pukul 08.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan kaki kanan nya masih bengkak</li> </ol> <p>Pukul 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan sudah sering buang air kecil dan urine yang keluar bertambah banyak dari biasanya</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warna <i>urine</i> klien kuning pekat</li> <li>2. Volume <i>urine</i> klien 500 ml</li> <li>3. Balance cairan yaitu : <math>1.890 - 1.250 = +640</math> cc</li> </ol> <p>Di dapatkan dari :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. <i>Input</i> = makan : 40 ml, minum : 500 ml, infus : 1000 ml, obat : 100 ml, AM : 250 ml.                          Jumlah total : 1.890</li> <li>b. <i>Output</i> = urine : 500 ml, BAB :0 , muntah : 0 , IWL : 750 ml                          Jumlah total : 1.250</li> </ol>

1	2	3
	<p>Pukul 08.50 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Memonitor jumlah, warna urine : Mengukur jumlah urine dengan cara memasukan urine klien dari pispot ke gelas ukur untuk mengukur dan melihat warna urine pada klien</li> <li>5. Memonitor intake dan output cairan : Menghitung intake pada klien dimana terdapat intake makan,minum,obat,infus dan air metabolisme dan output cairan yang terdapat pada klien yaitu urine, BAB, muntah dan IWL. Dan menghitung balance cairan dengan rumus intake-output</li> </ol> <p>Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Mendokumentasikan hasil pemantauan : Mencatat hasil pemantauan baik tanda-tanda vital, intake dan output termasuk jumlah urine klien</li> </ol>	<p>Pukul 08.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Tanda-tanda vital klien, tekanan darah : 132/84 mmHg, nadi : 90x/ menit, pernafasan : 20 x/menit, suhu : 36, 6°C, dan SpO2 : 98%.</li> </ol> <p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor intake dan output cairan</li> <li>2. Monitor tanda-tanda vital</li> <li>3. Dokumentasikan hasil pemantauan</li> <li>4. Berikan terapi obat sesuai advis dokter : (pukul 08.15) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Furosemide 40 mg/IV</i></li> </ul> </li> </ol> <div style="text-align: center;">  <p>(<i>Laura Fitrya C</i>)</p> </div>

1	2	3
2.	<p>Pukul 09.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor mual : Memonitor mual dengan cara menanyakan kepada klien tingkat keparahan mual</li> </ol> <p>Pukul 09.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter : Memberikan klien terapi obat melalui injeksi intravena dan oral</li> </ol> <p>Pukul 09.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Menganjurkan membersihkan mulut : Meminta klien untuk membersihkan mulut kecuali jika merangsang mual</li> </ol> <p>Pukul 09.45 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menganjurkan istirahat dan tidur yang cukup : Menganjurkan klien untuk istirahat di siang hari dan tidur yang cukup di malam hari</li> </ol>	<p>Tanggal 10 Maret 2021</p> <p>S:</p> <p>Pukul 10.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan mual berkurang</li> <li>2. Klien mengatakan sudah mulai nafsu makan</li> <li>3. Klien mengatakan sudah membersihkan mulut secara mandiri sebelum dan sesudah makan</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 10.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien tampak membersihkan mulut secara mandiri</li> </ol> <p>Pukul 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien menghabiskan ½ porsi makanannya</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi sebagian</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan Intervensi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor mual</li> <li>2. Berikan terapi obat sesuai advis dokter : (pukul 09.15) <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Ranitidine 50 mg/IV, ondansetron 8 mg/IV</i></li> <li>- <i>Bicnat 1 tab/oral, asam folat 1 tab/oral</i></li> <li>- <i>Sucralfat 2 cth/oral</i></li> </ul> </li> </ol> <div style="text-align: center;">   (Laura Fitrya C) </div>

1	2	3
3.	<p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memonitor kelelahan fisik dan emosional : Memantau kondisi klien secara umum</li> </ol> <p>Pukul 10.05 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Memberikan terapi obat sesuai advis dokter : Memberikan terapi obat melalui injeksi intravena</li> </ol> <p>Pukul 11.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Membimbing klien melakukan latihan rentang gerak ROM : Membimbing dan mengarahkan klien melakukan latihan rentang gerak ROM seperti hari sebelumnya</li> </ol> <p>Pukul 12.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap : Seperti membersihkan badan, makan dan minum secara mandiri</li> </ol>	<p>Tanggal 10 Maret 2021</p> <p>S :</p> <p>Pukul 10.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien mengatakan sudah melakukan aktivitas membersihkan mulut, makan minum, dan membersihkan badan sendiri, keluarga hanya menyiapkan barang-barang yang dibutuhkan saja</li> </ol> <p>Pukul 11.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien mengatakan sudah tidak sakit kepala</li> </ol> <p>O :</p> <p>Pukul 11.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien dapat melakukan latihan gerak ROM dengan baik</li> </ol> <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Klien tampak bersemangat</li> <li>3. Klien tampak duduk-duduk di tepi tempat tidur</li> </ol> <p>A :</p> <p>Masalah teratasi</p> <p>P :</p> <p>Hentikan intervensi</p>  <p>(Laura Fitrya C)</p>