

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian Keperawatan

1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan tanggal 13 Mei 2019 pukul 08.00 WIB sampai dengan selesai. Klien masuk rumah sakit tanggal 12 Mei 2019 pukul 21.00 WIB. Nama klien Ny. K umur 61 tahun dengan nomor rekam medis 23.62.74. Diagnosa dispepsia. Alamat Sawo Jajar, jenis kelamin perempuan, status perkawinan menikah, beragama Islam, suku Jawa, pendidikan terakhir SMP, dan pekerjaan sebagai ibu rumah tangga. Sumber biaya BPJS

2. Penanggung jawab

Penanggung jawab klien bernama Ny. E umur 35 tahun hubungan dengan klien adalah anak, pendidikan D3 dan pekerjaannya adalah sebagai analis yang beralamat di Sawo Jajar

3. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang ke IGD RSU Handayani pada tanggal 12 Mei 2019 pukul 21:00 WIB dengan keluhan nyeri pada ulu hati sejak 3 hari yang lalu. Klien mengatakan mual, muntah, dan nafsu makan klien menurun, klien tampak gelisah. Berdasarkan pemeriksaan tanda-tanda vital: tekanan darah 120/90 mmHg, nadi:84 x/menit, pernafasan: 24 x/menit, suhu: 36,7°C

Klien dapat penanganan dan pemberian terapi infus RL 500 cc/20 tpm, ranitidine 2x1 amp, ondansentron 3x1 amp, paracetamol 500 mg, sucralfat 3x10 cc, curcuma 3x1 kemudian klien dipindahkan ke Ruang Fressia Lantai 4 untuk dilakukan perawatan

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

Nyeri di bagian perut dan ulu hati

1) Keluhan utama

Saat pengkajian klien mengeluh nyeri pada bagian perut dan ulu hati, nyeri seperti ditusuk-tusuk dengan skala nyeri 7 (1-10) nyeri berat, nyeri dirasakan sejak tiga hari yang lalu. Klien meringis menahan nyeri, klien mengatakan nyeri hilang timbul. Klien mengatakan yang memperberat nyeri saat terlalu banyak makan-makanan yang asam dan pedas. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dan istirahat.

2) Keluhan penyerta

Selain keluhan di atas klien juga mengatakan muntah, mual, lidah terasa pahit

c. Riwayat kesehatan lalu

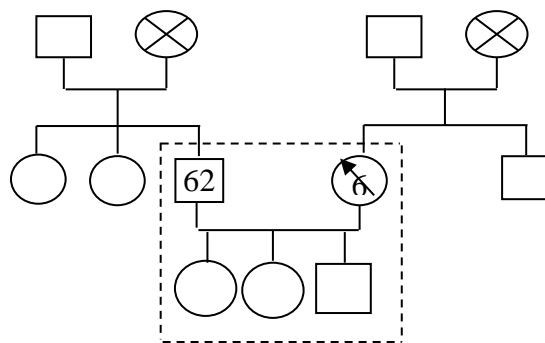
Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit dispepsia lebih dari 3 tahun yang lalu. Untuk mengatasinya klien hanya menjaga pola makanan yang terlalu pedas, klien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan, klien tidak pernah kecelakaan dan tidak pernah jatuh, klien mengatakan pernah dirawat di RSD Mayjend HM Ryacudu dengan keluhan yang sama yaitu penyakit dispepsia.

d. Riwayat kesehatan keluarga

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak mengetahui apakah keluarganya ada yang terkena penyakit dispepsia atau tidak. Klien merupakan anak pertama dari 2 bersaudara. Klien memiliki 3 orang anak.

Gambar 3.1

Genogram



Keterangan

□ = Laki-laki	┌──┐ = Garis Pernikahan	← = Klien
○ = Perempuan	└──┘ = Garis Perkawinan	
X = Meninggal	----- = Tinggal Serumah	

e. Riwayat psikososial – spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami stres mengenai keuangan, keluarga, dan pekerjaan. Keluarga klien saling mendukung dalam hal apapun. Sistem nilai kepercayaan klien tidak bertentangan, saat sakit klien melakukan ibadah di tempat tidur.

f. Lingkungan

Lingkungan sekitar rumah klien dalam keadaan bersih, bebas dari polusi dan bahaya

4. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola nutrisi

Klien mengatakan sebelum sakit asupan makan melalui oral, frekuensi 3x/hari, dengan menghabiskan 1 porsi makanan. Klien membatasi makanan yang terlalu pedas, tidak ada alergi makanan. Berat badan klien 51 kg. Saat sakit asupan makan klien oral, klien tidak nafsu makan, klien mengatakan hanya menghabiskan 4 sendok makan dari 1 porsi makanan yang diberikan, berat badan klien 47 kg, klien mengatakan mual ketika makan

b. Pola cairan

Klien mengatakan sebelum asupan cairan klien oral, klien minum air putih, minum 8-9 gelas/hari dengan volume total 1500 cc/hari. Saat sakit asupan cairan klien oral, klien minum air putih, minum 5-6 gelas/hari dengan volume total 1000-1200, terpasang infus RL 500 cc 20 tpm, dalam 24 jam volume total cairan infus = 500 cc/20tpm.

c. Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit BAK sehari 5-6 kali, dengan jumlah 1500 cc/hari, klien mengatakan warna urine kuning jernih dan bau khas urine, klien mengatakan BAB 1x sehari, feses berwarna kuning dengan tekstur lembek dan bau khas feses. BAK/BAB. Saat sakit BAK sehari 4-5 kali, dengan jumlah 1200 cc/hari, warna urine kuning jernih dan bau khas urine, klien tidak terpasang kateter urine, klien mengatakan BAB 1x sehari, feses berwarna kuning dengan tekstur lembek dan bau khas feses.

d. Pola *personal hygiene*

Sebelum sakit klien mandi 2x/hari, *oral hygiene* 3x/hari, cuci rambut 2x/hari. Saat sakit klien mandi hanya diusap dengan kain basah, klien mengatakan *oral hygienenya* dibantu oleh keluarga sehari sekali dan cuci rambut sekali dalam sehari.

e. Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit lama tidur 6-8 jam/hari, waktunya siang dan malam. Klien mengatakan tidak menggunakan obat tidur. Saat sakit lama tidur saat sakit 4-5 jam/hari, selain itu klien mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang timbul.

f. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit pasien tidak bekerja karena hanya bekerja sebagai ibu rumah tangga. Saat sakit, kegiatan dalam pekerjaan tidak ada, waktu bekerja tidak ada, mengeluh nyeri ulu hati sehingga mengganggu dalam beraktifitas, ada keterbatasan gerak karena nyeri.

g. Pola persepsi dan manajemen kesehatan

Klien mengetahui tentang penyakitnya sejak tiga tahun yang lalu, tindakan keluarga adalah membawa ke RS, tidak ada kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan seperti merokok dan minuman keras, klien tidak ketergantungan obat.

5. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Kesadaran klien composmentis E4 V5 M6, tekanan darah 120/90 mmHg, nadi: 84 x/menit, pernafasan: 24 x/menit, suhu: 36,7°C, TB/BB: 165/47 cm/kg

$$\begin{aligned}\text{Indeks Massa Tubuh (IMT)} &= \text{BB (kg)} / \text{TB (m)}^2 \\ &= 47 \text{ kg} / (1,65 \times 1,65) \\ &= 47 \text{ kg} / 2,56 \\ &= 17,26\end{aligned}$$

Dengan kategori berat badan kurang

b. Sistem penglihatan

Pada saat pengkajian klien mengatakan penglihatan agak kabur, posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna merah muda, sklera tidak ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, tidak ada tanda-tanda radang, dan klien tidak menggunakan alat bantu.

c. Sistem pendengaran

Pada saat dilakukan pengkajian kepada klien fungsi pendengaran baik, tidak ada tanda-tanda radang dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

d. Sistem wicara

Pada saat dilakukan pengkajian klien tidak ada kesulitan atau gangguan dalam berbicara

e. Sistem pernafasan

Pada saat pengkajian pernafasan klien 24x/menit, tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sputum, tidak mengalami takikardi, irama pernafasan teratur, suara nafas vesikuler dan tidak menggunakan alat bantu nafas.

f. Sistem kardiovaskuler

Pada saat dilakukan pengkajian denyut nadi klien 84x/menit, irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit 36,7°C dengan keadaan hangat, pengisian kapiler < 3 detik, tidak ada edema.

g. Sistem neurologi

Pada saat pengkajian keadaan kliencomposmentis E4 V5 M6

h. Sistem imunologi

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

i. Sistem endokrin

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid.

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 rambut klien bersih, kekuatan rambut normal dan berwarna hitam dan sudah beruban, keadaan kuku klien bersih, keadaan kulit klien bersih.

1. Sistem muskuloskeletal

Klien mengalami keterbatasan gerak karena nyeri yang dirasakannya sehingga aktivitas klien dibantu oleh keluarganya

6. Pengobatan

Daftar pengobatan yang diberikan kepada Ny. K tanggal 13-15 Mei 2019 pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.1

Pengobatan Ny. K tanggal 13-15 Mei 2019

No	Senin, 13 Mei 2019	Selasa, 14 Mei 2019	Rabu, 15 Mei 2019
1.	Cairan infus RL 500 cc/8 jam 20 tpm	Cairan infus RL 500 cc/8 jam 20 tpm	Cairan infus RL 500 cc/8 jam 20 tpm
2.	Injeksi: 1. <i>Ondansentron</i> 3x1 am/8 jam 2. Ranitidine 2x1 amp	Injeksi: 1. <i>Ondansentron</i> 3x1 am/8 jam 2. Ranitidine 2x1 amp	Injeksi: 1. <i>Ondansentron</i> 3x1 am/8 jam 2. Ranitidine 2x1 amp
3.	Oral: 1. Paracetamol 500 mg 2. Sucralfat 3x10 cc /8jam 3. Curcuma 200 mg 3x1 /8 jam.	Oral: 1. Paracetamol 500 mg 2. Sucralfat 3x10 cc /8jam 3. Curcuma 200 mg 3x1 /8 jam.	Oral: 1. Paracetamol 500 mg 2. Sucralfat 3x10 cc /8jam 3. Curcuma 200 mg 3x1 /8 jam.

7. Pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium pada Ny. K yang dilakukan pada tanggal 13 Mei 2019 pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.2

**Hasil Pemeriksaan Lab. Ny.K
13 Mei 2019**

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1	2	3	4
1	HGB	14.3 g/dL	11.0-15.0
2	Glukosa Sewaktu	234	100-200
3	WBC	7.44 x 10 ³ /uL	4.00-10.00
4	RBC	4.83 x 10 ⁶ /uL	3.50-5.00
5	PLT	189 x 10 ³ /uL	150-450

8. Data fokus

Data fokus Ny. K disajikan pada tabel di bawah ini:

Tabel 3.3

Data Fokus Ny. K

Hasil pengkajian telah didapat beberapa data senjang sebagai berikut:

Data Subjektif	Data Objektif
1	2
1. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit dispepsia lebih dari 3 tahun yang lalu 2. Klien mengatakan bagian perut dan ulu hati 3. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 4. Klien mengatakan nyeri hilang timbul	1. Klien meringis menahan nyeri 2. Klien gelisah 3. Skala nyeri 7 (1-10) 4. Kesadaran klien composmentis 5. Berat badan menurun dari 51 kg ke 47 kg 6. Klien dibantu saat beraktivitas 7. TTV TD: 120/90 mmHg,

1	2
5. Klien mengatakan yang memperberat nyeri saat terlalu banyak makan-makanan yang asam dan pedas 6. Klien mengatakan nyeri berkurang setelah minum obat dan istirahat 7. Klien mengatakan mual 8. Klien mengatakan muntah 9. Klien menghabiskan 4 sendok makan dari 1 porsi makanan yang diberikan 10. Klien mengatakan tidak nafsu makan 11. Klien mengatakan lidah terasa pahit 12. Klien mengatakan sulit tidur 13. Klien gelisah 14. Aktivitas klien dibantu keluarga	Nadi: 84 x/menit, Pernafasan: 24 x/menit, Suhu: 36,7 °C IMT : 17,26 8. GDS : 234 9. Klien diberi terapi <ol style="list-style-type: none"> Injeksi Ondansentron 3x1 amp/8 jam, Ranitidin 2x1 amp Oral paracetamol 500 mg, Sucralfat 3x10 cc /8jam, Curcuma 200 mg 3x1 /8 jam. Terpasang infus <i>Ringer</i> Laktat (500 cc) 20 tetes permenit (tpm)

B. Analisa Data

Analisa data keperawatan yang bermasalah pada pengkajian Ny. K adalah sebagai berikut:

Tabel 3.4

**Analisa Data Ny. K di Ruang Fressia Lantai 4
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara**

No	Data	Etiologi	Masalah
1	2	3	4
1	DS : a. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit dispepsia lebih dari 3 tahun yang lalu b. Klien mengatakan nyeri dibagian perut dan ulu hati c. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk	Ketunadayaan fisik dan psikologik kronis	Nyeri kronis

1	2	3	4
	<p>d. Klien mengatakan nyeri dirasakan sejak tiga hari yang lalu</p> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien meringis menahan nyeri b. Klien gelisah c. Skala nyeri 7 (1-10) d. Klien diberi terapi obat Oral paracetamol 500 mg, Sucralfat 3x10cc /8jam dan terpasang infuse RL 		
2	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan tidak nafsu makan b. Klien mengatakan mual c. Klien merasa ingin muntah <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien pucat b. Klien gelisah c. Klien diberi terapi obat Injeksi ondansentron 3x1 am/8 jam, Ranitidin 2 amp 	Distensi Lambung	Nausea
3	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mengatakan tidak nafsu makan b. Klien menghabiskan makan 4 sendok/porsi c. Klien mengatakan mual jika makan <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien mual b. BB sebelum sakit 51 kg, saat sakit 47 kg c. Klien diberi terapi obat oral Curcuma 200 mg 3x1 /8 jam. 	Keengganan Untuk Makan	Defisit nutrisi
4	<p>DS: -</p> <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Klien gelisah a. Klien sulit tidur 	Ansietas	Kurang terpapar informasi

1	2	3	4
5	DS: a. Klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga DO: a. Aktivitas <i>personal hygiene</i> klien dibantu keluarga	Defisit Perawatan Diri	Kelemahan
6	DS: a. Klien mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang timbul DO:-	Gangguan Pola Tidur	Hambatan Lingkungan

C. Diagnosa Keperawatan

Dari analisa data Ny.K di atas sesuai prioritas masalah diagnosa keperawatan, yaitu :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan Ketunadayaan fisik dan psikologik kronis

Data Subjektif: Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit dispepsia lebih dari 3 tahun yang lalu, Klien mengatakan nyeri dibagian perut dan ulu hati, Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk, Klien mengatakan nyeri dirasakan sejak tiga hari yang lalu. Data Objektif: Klien meringis menahan nyeri, Klien gelisah, Skala nyeri 7 (1-10)

2. Nausea berhubungan dengan distensi lambung

Data Subjektif: Klien mengatakan tidak nafsu makan, Klien mengatakan mual, Klien merasa ingin muntah. Data Objektif: Klien pucat, Klien gelisah

3. Defisit Nutrisi berhubungan dengan keengganan untuk makan
Data Subjektif: Klien mengatakan tidak nafsu makan, Klien menghabiskan makan 4 sendok/porsi, Klien mengatakan mual jika makan. Data Objektif: Klien mual, BB sebelum sakit 51 kg, saat sakit 47 kg
4. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi
DS: tidak ada. Data Objektif: Klien gelisah, Klien sulit tidur
5. Defisit Perawatan Diri, berhubungan dengan kelemahan
Data Subjektif: Klien mengatakan aktivitas klien dibantu keluarga. Data Objektif: Aktivitas *personal hygiene* klien dibantu keluarga
6. Gangguan Pola Tidur berhubungan dengan hambatan lingkungan
Data Subjektif: Klien mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang timbul.
Data Objektif: tidak ada

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

1. Nyeri kronis berhubungan dengan Ketunadayaan fisik dan psikologik kronis
2. Nausea berhubungan dengan iritasi lambung
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan

D. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Hasil Pengkajian Rencana Keperawatan Kasus Dispepsia Pada Ny. K Di Ruang Fressia Lantai 4
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	<p>Nyeri kronis b.d Ketunadayaan fisik dan psikologik kronis</p> <p>Data subjektif (DS):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan memiliki riwayat penyakit dispepsia lebih dari 3 tahun yang lalu 2. Klien mengatakan nyeri dibagian perut dan ulu hati 3. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 4. Klien mengatakan nyeri dirasakan sejak tiga hari yang lalu <p>Data Objektif (DO):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien meringis menahan nyeri 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri menghilang dengan kriteria hasil:</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Keluhan nyeri (4) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Mual (4) 5. Nafsu makan (5) 	<p>Manajemen Nyeri (I.08238)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karekteristik, frekuensi. 2. Identifikasi skala nyeri. 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. 4. Identifikasi respon nyeri non verbal. 5. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 6. Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri. 7. Fasilitasi istirahat dan tidur 8. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri. 9. Jelaskan strategi meredakan nyeri 10. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri


1	2	3	4
	2. Klien gelisah 3. Skala nyeri 7 (1-10) 4. Klien diberi terapi obat Oral paracetamol 500 mg, Sukralfat 3x10 cc /8jam dan terpasang infuse RL		11. Ajarkan teknik non farmakologis (tarik nafas dalam) 12. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu Pemberian Analgesik (I.08243) Tindakan 1. Identifikasi riwayat alergi obat. 2. Identifikasi kesesuaian analgesik 3. Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesic 4. Jelaskan efek terapi dan efek samping obat. 5. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
2	Nausea b.d Distensi lambung Data Subjektif (DS) 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan 2. Klien mengatakan mual 3. Klien merasa ingin muntah	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x 24 jam diharapkan nausea teratasi dengankriteria hasil : Tingkat nausea (L.08065) 1. Nafsu makan (5) 2. Keluhan mual (5) 3. Perasaan ingin muntah (5) 4. Pucat (5)	Manajemen mual (I.03117) 1. Identifikasi pengalaman mual. 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup. 3. Identifikasi faktor penyebab mual 4. Monitor mual. 5. Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik.

1	2	3	4
	<p>Data Objektif (DO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien pucat 2. Klien gelisah 3. Klien diberi terapi obat Injeksi ondansentron 3x1 amp/8 jam, Ranitidin 2x1 amp 	<p>5. Asam di mulut (5)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup. 7. Anjurkan membersihkan mulut. 8. Ajarkan penggunaan teknik non farmakologis untuk mengatasi mual. 9. Kolaborasi pemberian antiemetik, jika perlu
<p>3</p>	<p>Defisit nutrisib.d Keengganan untuk makan</p> <p>Data Subjektif (DS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan 2. Klien menghabiskan makan 4 sendok/porsi 3. Klien mengatakan mual jika makan <p>Data objektif (DO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mual 2. BB sebelum sakit 51 kg, saat sakit 47 kg 3. Klien diberi terapi obat oral Curcuma 200 mg 3x1 /8 jam. 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan toleransi aktifitas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Status Nutrisi (L.03030)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porsi makan(5) 2. Nafsu makan (5) 3. Berat badan klien (5) 4. Mukosa (5) 	<p>Manajemen Nutrisi (I.03119)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi alergi makanan 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan 4. Identifikasi makanan yang disukai 5. Lakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan. 6. Anjurkan duduk saat makan 7. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu


E. Implementasi dan Evaluasi


Tabel 3.6
Implementasi dan Evaluasi Kasus Pada DispepsiaNy. K

No.DX	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	13 Mei 2019	<p>Pukul 09.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, frekuensi. - Mengidentifikasi skala nyeri <p>Pukul 09.40 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri. <p>Pukul 10.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengajarkan klien teknik non farmakologi untuk penanganan nyeri seperti teknik nafas dalam <p>Pukul 10.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengukur tanda-tanda vital 	<p>S :</p> <p>Pukul 09.35 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bagian perut dan ulu hati - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk - Klien mengatakan nyeri hilang timbul <p>Pukul 09.45</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan yang memperberat nyeri saat terlalu banyak makan-makanan yang asam dan pedas - Klien mengatakan rasa nyeri ringan saat minum obat dan istirahat <p>O :</p> <p>Pukul 09.35 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien meringis menahan nyeri - Klien gelisah - Skala nyeri 7 (1-10)


1	2	3	4
		<p>Pukul 10.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi oral analgetik untuk mengurangi nyeri (paracetamol 500 mg ekstra), Sukralfat 3x10 cc 	<p>Pukul 10.15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien melakukan teknik tindakan non farmakologi nafas dalam <p>Pukul 10.45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 120/90 mmHg N : 84 x/menit RR : 24 x/menit S : 36,7 °C <p>Pukul 11.00</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi oral analgesik paracetamol 500 mg, dan terapi oral sukralfat 3x10 cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nyeri - Pemberian analgesik <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Puput Novita Sari</p>

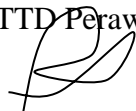
1	2	3	4
2	13 Mei 2019	<p>Pukul 09.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pengalaman mual. <p>Pukul 10.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat menyebabkan atau berkontribusi terhadap mual (mis, bau tidak sedap, obat-obatan) <p>Pukul 12.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat histamin H2 (Ranitidine), antiemetik (ondansentron) - Mengidentifikasi riwayat alergi obat. - Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat. Efek samping: dapat menyebabkan kantuk Efek terapi: mengurangi nyeri - Mengidentifikasi kesesuaian analgesik mengecek perintah pengobatan (dengan prinsip 6 benar cek perintah pengobatan meliputi obat dosis, dan frekuensi obat analgesik dan yang diresepkan, mengecek adanya riwayat alergi obat) <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan istirahat dan tidur yang cukup untuk memfasilitasi pengurangan mual 	<p>S :</p> <p>Pukul 09.55 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan mual - Klien mengatakan mulut terasa pahit - Klien mengatakan tidak nafsu makan <p>Pukul 10.25 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan bau tidak sedap menyebabkan mual <p>Pukul 12.15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak memiliki alergi obat dan telah melakukan tes alergi terhadap obat sebelumnya <p>O :</p> <p>Pukul 09.55 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien pucat - Klien gelisah <p>Pukul 12.45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tampak meringis menahan nyeri saat diberikan terapi obat histamin H2 Ranitidine 2x1 amp (iv) dan antiemetik Ondansentron 3x1 amp (iv) <p>Pukul 13.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tengah beristirahat


1	2	3	4
			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah belum teratasi <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan makanan dalam jumlah kecil dan menarik. - Anjurkan istirahat yang cukup. - Beri obat histamin H2 dan obat antiemetik sesuai resep (dengan prinsip 6 benar) <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Puput Novita Sari</p>
3	13 Mei 2019	<p>Pukul 11.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi alergi terhadap makanan <p>Pukul 11.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit klien penderita dm <p>Pukul 11.35</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi oral Curcuma 3x1 amp 	<p>S :</p> <p>Pukul 11.15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan tidak ada alergi terhadap makanan <p>Pukul 11.35</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan makan 3-4 sendok/porsi - Klien mengatakan nafsu makan berkurang <p>O :</p> <p>Pukul 11.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan asupan makanan diit penderita dm


1	2	3	4
		<p>Pukul 12.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor berat badan 	<p>Pukul 11.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi oral Curcuma 3x1 amp <p>Pukul 12.05 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berat badan klien 47 kg <p>A :</p> <p>Masalah belum teratasi</p> <p>P:</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Monitor berat badan - Identifikasi makanan yang disukai. <p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Puput Novita Sari</p>
1	14 Mei 2019	<p>Pukul 10.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri <p>Pukul 10.10</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memilih dan melakukan tindakan non farmakologi untuk penanganan nyeri (teknik nafas dalam) <p>Pukul 10.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengukur tanda-tanda vital 	<p>S :</p> <p>Pukul 10.05 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyerinya berkurang <p>O :</p> <p>Pukul 10.05 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 5 (0-10) <p>Pukul 10.15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien melakukan teknik tindakan non farmakologi


1	2	3	4
		<p>Pukul 10.40 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam memberikan terapi obat analgetik oral untuk mengurangi nyeri (Paracetamol 500 mg ekstra) dan terapi obat oral sukralfat 3x10 cc 	<p>nafas dalam</p> <p>Pukul 10.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 120/90 mmHg N: 82 x/menit RR : 23 x/menit S : 36,6 °C <p>Pukul 10.55 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi oral analgesik paracetamol 500 mg, dan terapi oral sukralfat 3x10 cc <p>Pukul 11.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang setelah diberikan terapi obat analgesik oral untuk mengurangi nyeri (Paracetamol 500 mg ekstra) dan terapi obat oral sukralfat 3x10 cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanjutkan intervensi - Manajemen nyeri - Pemberian analgesik

1	2	3	4
			<p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Puput Novita Sari</p>
2	14 Mei 2019	<p>Pukul 09.00 WIB Mengidentifikasi pengalaman mual</p> <p>Pukul 09.15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat histamin H2 (Ranitidine), antiemetik (ondansentron) <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Meningkatkan istirahat dan tidur yang cukup untuk memfasilitasi pengurangan mual 	<p>Pukul 09.05 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan masih mual - Klien mengatakan keinginan untuk muntah berkurang - Klien mengatakan nafsu makan meningkat <p>O :</p> <p>Pukul 09.45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi obat histamin H2 Ranitidine 2x1 amp (iv) dan antiemetik Ondansentron 3x1 amp (iv) <p>Pukul 13.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien tengah beristirahat <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan klien membersihkan mulut sebelum makan - Monitor mual

1	2	3	4
			<p style="text-align: right;">TTD Perawat  Puput Novita Sari</p>
3	14 Mei 2019	<p>Pukul 09.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor berat badan klien <p>Pukul 11.15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit klien penderita dm <p>Pukul 11.30</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi oral Curcuma 3x1 amp 	<p>S :</p> <p>Pukul 11.25 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan makan setengah porsi - Klien mengatakan nafsu makan meningkat <p>O :</p> <p>Pukul 09.15 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB Klien 47 kg <p>Pukul 11.25 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan asupan makanan diit penderita dm <p>Pukul 11.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi oral Curcuma 3x1 amp <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi sebagian <p>P :</p> <p>Lanjutkan intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manajemen nutrisi

1	2	3	4
			<p style="text-align: right;">TTD Perawat</p>  <p style="text-align: right;">Puput Novita Sari</p>
1	15 Mei 2019	<p>Pukul 11.50 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi skala nyeri <p>Pukul 12.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengukur tanda-tanda vital <p>Pukul 13.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bekerjasama dengan dokter dalam memberikan terapi obat analgetik oral untuk mengurangi nyeri (Paracetamol 500 mg ekstra) dan terapi obat oral sukralfat 3x10 cc 	<p>S :</p> <p>Pukul 11.55 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyerinya semakin berkurang <p>O :</p> <p>Pukul 11.55 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Skala nyeri 2 (0-10) <p>Pukul 12.10 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital: TD: 120/80 mmHg N : 82 x/menit RR : 22 x/menit S : 36,5 °C <p>Pukul 13.15</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi oral analgesik paracetamol 500 mg, dan terapi oral sukralfat 3x10 cc <p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi

1	2	3	4
			<p>P :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hentikan intervensi <p style="text-align: right;">TTD Perawat  Puput Novita Sari</p>
2	15 Mei 2019	<p>Pukul 11.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mengidentifikasi pengalaman mual <p>Pukul 12.35 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit klien penderita dm <p>Pukul 14.00 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat histamin H2 (Ranitidine), antiemetik (ondansentron) 	<p>S :</p> <p>Pukul 11.40 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah tidak mual - Klien mengatakan sudah tidak muntah <p>Pukul 12.45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan sudah nafsu makan <p>O :</p> <p>Pukul 12.45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah nafsu makan (1 /2 porsi piring) <p>Pukul 14.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi obat histamin H2 Ranitinde 2x1 amp (iv) dan antiemetik Ondansentron 3x1 amp (iv)

1	2	3	4
			<p>A :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Masalah teratasi <p>P:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hentikan intervensi <p style="text-align: right;">TTD Perawat  Puput Novita Sari</p>
3	15 Mei 2019	<p>Pukul 12.25 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menganjurkan klien <i>oral hygiene</i> sebelum makan <p>Pukul 12.35 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan ahli gizi dalam pemberian diit klien penderita dm <p>Pukul 13.20 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Memonitor berat badan klien <p>Pukul 13.40</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berkolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi oral Curcuma 3x1 amp 	<p>S :</p> <p>Pukul 12.30 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan telah melakukan <i>oral hygiene</i> sebelum makan <p>O :</p> <p>Pukul 12.45 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien sudah nafsu makan (1 /2 porsi piring) <p>Pukul 13.25 WIB</p> <ul style="list-style-type: none"> - BB 47 kg <p>Pukul 13.50</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mendapatkan terapi oral Curcuma 3x1 amp

1	2	3	4
			<p>A : Masalah teratasi sebagian</p> <p>P :</p> <ul style="list-style-type: none">- Lanjutkan intervensi- Manajemen gangguan makan <p style="text-align: right;">TTD Perawat Puput Novita Sari</p>