

BAB III
LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Penyakit Dalam
No. MR/CM : 23.62.74
Pukul : 09:30 WIB
Tgl Pengkajian : 01 April 2019

1. Data Dasar

a. Identitas Pasien

Nama (Inisial Klien) : Ny. R
Usia : 50 Tahun
Status Perkawinan : Menikah
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Agama : Islam
Pendidikan : SMP
Suku : Lampung
Bahasa Yang Digunakan : Bahasa Indonesia
Alamat Rumah : Negara Tulang Bawang
Biaya : BPJS
Tanggal Masuk RS : 31 Mei 2019
Diagnosa Medis : Dispepsia

b. Sumber informasi (penanggung jawab)

Nama : Tn. R
Umur : 62 Tahun
Hubungan dengan klien : Suami
Pendidikan : SMP
Pekerjaan : Petani
Alamat : Negara Tulang Bawang

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS

Klien datang ke IGD RSD Mayjend HM Ryacudu pada tanggal 31 Mei 2019 pukul 21:00 WIB dengan keluhan nyeri perut bagian atas (Epigastrium) sejak 3 hari yang lalu.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian klien mengeluh nyeri ulu hati (Epigastrium) derajat 7 (1-10) nyeri berat, nyeri di rasakan sejak empat hari yang lalu, nyeri berkurang setelah minum obat dan istirahat, klien mengatakan mual dan muntah, klien mengatakan pusing, klien mengatakan tidak nafsu makan, klien mengatakan sulit tidur karena nyeri (Epigastrium). Hasil pemeriksaan Tanda-Tanda Vital: Tekanan Darah (TD) :120/90 mmHg, Nadi (N): 84 x/menit, Respiration Rate (RR) :24x/menit, Suhu (T) :36,7 Celsius.

2) Keluhan Penyerta

Pasien mengatakan lemas, tidak dapat beraktivitas seperti biasa dan pasien mengatakan sulit tidur.

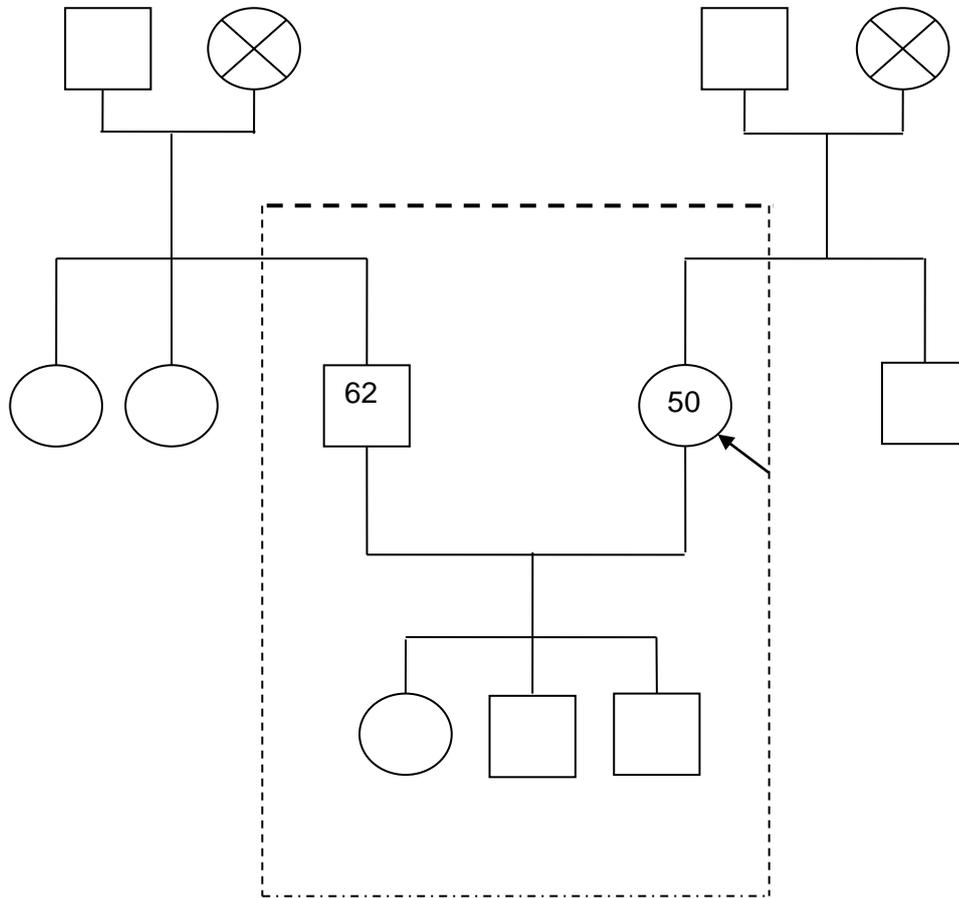
c. Riwayat Kesehatan Lalu

Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Dispepsia > 3 tahun yang lalu. Untuk mengatasinya pasien hanya menjaga pola makanan yang terlalu pedas, pasien mengatakan tidak memiliki riwayat alergi obat dan makanan, pasien mengatakan pernah dirawat di RSD Mayjend HM Ryacudu dengan keluhan yang sama yaitu penyakit dispepsianya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat pengkajian pasien mengatakan tidak mengetahui apakah keluarga nya ada yang terkena penyakit Dispepsia atau tidak.

Gambar 3.1
Genogram



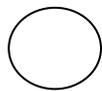
Ket.



= Laki-Laki



= Pasien



= Perempuan



= Tinggal Serumah



= Garis Pernikahan



= Meninggal



= Garis Perkawinan

- e. Riwayat Psikososial – spiritual Saat dilakukan pengkajian pasien tidak mengalami stress mengenai keuangan, keluarga, dan pekerjaan. keluarga pasien saling mendukung dalam hal apapun. Sistem nilai kepercayaan pasien tidak bertentangan, saat sakit pasien melakukan ibadah di tempat tidur.

1. Lingkungan

- a) Rumah Pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah dalam keadaan bersih, bebas dari polusi dan bahaya
- b) Pekerjaan Pasien mengatakan lingkungan sekitar rumah dalam keadaan bersih, bebas dari polusi dan bahaya.

2. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a) Pola Nutrisi

Pola nutrisi sebelum sakit: Sebelum sakit pasien mengatakan asupan makan pasien oral, frekwensi 3x/hari, dengan menghabiskan 1 porsi makanan. Pasien membatasi makanan yang terlalu pedas. Tidak terjadi perubahan berat badan selama 3 bulan terakhir.

Pola nutrisi saat sakit: Saat sakit pasien mengatakan asupan makan pasien oral, klien mengatakan hanya menghabiskan 4 sendok makan dari 1 porsi makanan yang diberikan. Pasien membatasi makanan yang terlalu pedas. Terjadi penurunan berat badan selama sakit dari 51 kg menjadi 47 kg (- 4 kg).

b) Pola cairan

Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien mengatakan asupan cairan pasien oral, pasien minum air putih, minum 8-9 gelas/hari dengan volume total 1500 cc/hari.

Saat sakit: Saat sakit pasien mengatakan asupan cairan pasien oral, pasien minum air putih, minum 5-6 gelas/hari dengan volume total 1000-1200, terpasang infus RL 20 Tpm.

c) Pola Eliminasi

BAK/BAB sebelum sakit: pasien mengatakan BAK sehari 5-6 kali, dengan jumlah 1500 cc/hari, pasien mengatakan warna urine kuning jernih dan bau khas urine, pasien mengatakan BAB 1 sehari, feses berwarna kuning dengan tekstur lembek dan bau khas feses

.

BAK/BAB saat sakit: pasien mengatakan BAK sehari 4-5 kali, dengan jumlah 1200 cc/hari, pasien mengatakan warna urine kuning jernih dan bau khas urine, pasien tidak terpasang kateter urine, pasien mengatakan BAB 1 sehari, feses berwarna kuning dengan tekstur lembek dan bau khas feses.

d) Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien mandi 2x/hari, oral hygiene 3x/hari, cuci rambut 2x/hari.

Saat sakit: Saat pengkajian pasien mengatakan mandi hanya diusap dengan kain basah, pasien mengatakan oral hygiene nya di bantu oleh keluarga sehari sekali dan cuci rambut sekali dalam sehari.

e) Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit: Lama tidur 6-8 jam/hari, waktunya siang dan malam. Pasien mengatakan tidak menggunakan obat tidur.

Saat sakit: Lama tidur saat sakit 4-5 jam/hari, waktunya siang dan malam, Selain itu klien mengatakan sulit tidur akibat nyeri yang timbul, klien mengatakan sering terbangun di malam hari, mengeluh tidak puas tidur, gelisah karena nyeri ulu hati seperti di tusuk-tusuk.

f) Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit: Sebelum sakit pasien tidak mengalami keterbatasan dalam hal mandi, menggunakan pakaian dan beraktivitas.

Saat sakit: Saat sakit pasien mengatakan mengalami keterbatasan dalam hal mandi dan berpakaian, aktivitas pasien dibantu oleh keluarga dan perawat.

3. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

- Kesadaran : Compos Mentis 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

b. Pemeriksaan fisik per system

- 1) Sistem Penglihatan Pada saat pengkajian pasien 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 pasien tidak menggunakan alat bantu penglihatan.
- 2) Sistem Pendengaran Pada saat dilakukan pengkajian kepada pasien fungsi pendengaran baik, tidak ada tanda-tanda radang dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.
- 3) Sistem Wicara Pada saat dilakukan pengkajian pasien tidak ada kesulitan/gangguan dalam berbicara, pasien tampak meringis menahan rasa nyeri.
- 4) Sistem Pernafasan Pada saat pengkajian pernafasan pasien 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.

- 5) Sistem Kardiovaskuler Pada saat dilakukan pengkajian denyut nadi pasien 84x/menit, irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit 36,670C dengan keadaan hangat, pengisian kapiler < 3 detik, tidak ada edema.
- 6) Sistem Neurologi Pada saat pengkajian keadaan pasien Compos Mentis E4 V5 M6
- 7) Sistem Pencernaan Pada saat pengkajian keadaan mulut pasien tampak bersih, pasien mengalami gangguan kesulitan menelan karena pasien mual dan muntah.
- 8) Sistem Immunology Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.
- 9) Sistem Endokrin Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid.
- 10) Sistem Urogenital Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak mengalami nyeri tekan, pasien tidak menggunakan kateter urine.
- 11) Sistem Integumen Pada saat pengkajian keadaan rambut pasien tampak bersih, kekuatan rambut normal dan berwarna hitam dan sudah ber uban, keadaan kuku pasien tampak bersih, keadaan kulit pasien bersih.
- 12) Sistem Muskuloskeletal Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan lemas, pasien tampak lemah, pasien tampak di bantu dalam beraktivitas, pasien tirah baring. Kekuatan otot:

4444	4444
4444	4444

4. Pengobatan

Tabel 3.1

Jadwal Pemberian Obat Ny.R di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend
HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

01 april 2019	02 april 2019	03 april 2019
1	2	3
1. Therapy IUFD Ringer laktat 20 tpm makro	1. Therapy IUFD Ringer laktat 20 tpm makro	1. Therapy IUFD Ringer laktat 20 tpm makro
2. Therapy injeksi Ondacentron 3x1 Gr Cefotaxime 2x1 gr Omeprazole 2x1 gr Ketorolac 3x1 gr	2. Therapy injeksi Ondacentron 3x1 gr Cefotaxime 2x1 gr Omeprazole 2x1 gr	2. Therapy injeksi Ondacentron 3x1 gr Cefotaxime 2x1 gr Omeprazole 2x1 gr
3. Oral Curcuma 3x1 tab Sucralfat syr 3x10 cc	3. Oral Curcuma 3x1 tab Sucralfat syr 3x10 cc	3. Oral Curcuma 3x1 tab Sucralfat syr 3x10 cc

Sumber :Buku pemberian obat di ruang penyakit dalam RSD Mayjend
HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

5. Pemeriksaan laboratorium

Tabel 3.2

Hasil Pemeriksaan Lab Ny.R di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend
HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

01 April 2019

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1	WBC	$7.44 \times 10^3/uL$	4.00-10.00
2	RBC	$4.83 \times 10^6/uL$	3.50-5.00
3	HGB	14.3 g/Dl	11.0-15.0
4	PLT	$189 \times 10^3 /uL$	150-450
5	GLUKOSA SEWAKTU	234	100-200

6. Data Fokus

Tabel 3.3

Pengelompokkan Data pada Ny. R dengan kasus Dispepsia Hasil pengkajian telah di dapat beberapa data senjang sebagai berikut :

Data Subjektif	Data Objektif
<ol style="list-style-type: none"> 1. klien mengatakan nyeri perut bagian atas 2. klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 3. klien mengatakan nyeri timbul saat klien beraktifitas 4. klien mengatakan tidak nafsu makan 5. klien mengatakan mual dan ingin muntah saat makan 6. klien mengatakan hanya menghabiskan 4 sendok makan dari porsi yang di berikan 7. klien mengatakan lemas klien mengatakan aktivitasnya di bantu keluarga 	<ol style="list-style-type: none"> 1. klien tampak meringis 2. klien tampak memegang perutnya 3. skala nyeri 7 (0-10) 4. klien tampak lemas 5. klien tampak pucat 6. terjadi penurunan berat badan sebanyak 4 kg. 7. Berat badan: 47 kg 8. aktivitas klien dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi,makan. 9. klien tampak lemah 10. klien tirah baring 11. skala aktivitas 4

7. Analisa Data

Analisa data keperawatan yang bermasalah pada pengkajian Ny. R adalah ditabel berikut :

Tabel 3.4

Analisa Data Ny.R di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend HM
Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Etiologi	Masalah
1	Data Subjektif (DS) <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan nyeri perut bagian atas 2. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk 3. Klien mengatakan nyeri timbul saat klien beraktifitas 	Iritasi pada mukosa lambung	Nyeri akut

No	Data	Etiologi	Masalah
	Data Objektif (DO) 1. Klien tampak meringi 2. Klien tampak memegang perutnya 3. Skala nyeri 7 (0-10)		
2	Data Subjektif (DS) 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan 2. Klien mengatakan mual dan ingin muntah saat makan 3. Klien mengatakan hanya menghabiskan 4. sendok makan dari porsi yang di berikan Data Objektif (DO) 1. terjadi penurunan berat badan sebanyak 4 kg 2. berat badan: 47 kg	Keengganan untuk makan	Risiko deficit nutrisi
3	Data Subjektif (DS) 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan aktivitasnya di bantu keluarga Data Objektif (DO) 1. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan. 2. Klien tampak lemah 3. Klien tirah baring 4. Skala aktivitas 4	Kelemahan Fisik	Intoleransi aktivitas

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut b.d Iritasi pada mukosa lambung d.d

Data Subjektif (DS)

- a. Klien mengatakan nyeri perut bagian atas
- b. Klien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk
- c. Klien mengatakan nyeri timbul saat klien beraktifitas

Data Objektif (DO)

- a. Klien tampak meringis
 - b. Klien tampak memegang perutnya
 - c. Skala nyeri 7 (0-10)
2. Risiko deficit nutrisi b.d keengganan untuk makan d.d
Data Subjektif (DS)
- a. Klien mengatakan tidak nafsu makan
 - b. Klien mengatakan mual dan ingin muntah saat makan
 - c. Klien mengatakan hanya menghabiskan 4 sendok makan dari porsi yang di berikan
- Data Objektif (DO)
- a. Terjadi penurunan berat badan sebanyak 4 kg
 - b. Berat badan: 47 kg
3. Intoleransi aktivitas b.d Kelemahan Fisik d.d
Data Subjektif (DS)
- a. Klien mengatakan lemas
 - b. Klien mengatakan aktivitasnya di bantu keluarga
- Data Objektif (DO)
- a. Aktivitas klien dibantu oleh keluarga seperti ke kamar mandi, makan.
 - b. Klien tampak lemah
 - c. Klien tirah baring
 - d. Skala aktivitas 4

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan hasil pengkajian terhadap Ny. R Dengan kasus Dispepsia di Ruang penyakit dalam RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No.	Diagnosa Keperawatan	Perencanaan	
		SLKI	SIKI
1	2	3	4
1.	Nyeri akut b.d iritasi mukosa lambung Data subjektif (DS)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di	Manajemen nyeri(L.08238) 1. identifikasi lokasi,

	<p>1. klien mengatakan nyeri perut dibagian atas</p> <p>2. klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk</p> <p>3. klien mengatakan nyeri timbul saat klien beraktifitas</p> <p>Data Objektif (DO)</p> <p>1. Klien tampak meringis</p> <p>2. Klien tampak memegang perutnya</p> <p>3. Skala nyeri 7(0-10)</p> <p>4. Klien tampak lemas</p> <p>5. Klien tampak pucat</p>	<p>harapkan tingkat nyeri teratasi dengan kriteria hasil</p> <p>Tingkat nyeri (L.08066)</p> <p>1. Keluhan nyeri menurun</p> <p>2. Tidak meringis</p> <p>3. Tidak bersikap protektif</p> <p>4. Tidak gelisah</p> <p>5. Muntah menurun</p> <p>6. Mual menurun</p>	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. identifikasi skala nyeri</p> <p>3. identifikasi nyeri non verbal</p> <p>4. fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>5. ajarkan teknis nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (missal teknik nafas dalam)</p> <p>6. control lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)</p> <p>7. kolaborasi pemberian analgetik</p>
2.	<p>Resiko deficit nutrisi b.d keengganan untuk makanan</p> <p>Data Subjektif (DS)</p> <p>1. Klien megatakan tidak nafsu makan</p> <p>2. Klien mengatakan mual dan ingin muntah saat makan</p> <p>3. Klien mengatakan hanya menghabiskan 4 sendok makan dari porsi yang diberikan</p> <p>Data objektifn(DO)</p> <p>1. Terjadi penurunan berat badan sebanyak 4 kg</p> <p>2. Berat badan: 47 kg</p>	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan status nutrisi teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Status nutrisi (L.03030)</p> <p>1. Verbalisasi keinginan untuk meningkatkan nutrisi meningkat</p> <p>2. Pengetahuan tentang pilihan makanan yang sehat meningkat</p> <p>3. Pengetahuan tentang standar asupan nutrisi yang tepat meningkat</p> <p>4. Nafsu makan</p>	<p>Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>1. Identifikasi status nutrisi</p> <p>2. Identifikasi alergi dan intoleransi makanan</p> <p>3. Identifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>4. Monitor asupan makanan</p> <p>5. Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>6. Ajarkan diet yang diprogramkan</p>

		membaik	
3.	<p>Intoleransi aktifitas b.d kelemahan fisik</p> <p>Data subjektif (DS)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan aktifitasnya dibantu keluarga <p>Data objektif (DO)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aktifitas klien dibantu oleh keluarga seerti kekamar mandi, makan. 2. Klien tampak lemah 3. Klien tampak baring 4. Skala aktifitas 4 	<p>Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3 x 24 jam di harapkan toleransi aktifitas teratasi dengan kriteria hasil :</p> <p>Toleransi aktifitas (L.05047)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frekuensi nadi meningkat 2. Kemudahan dalam melakukan aktifitas sehari-hari meningkat 3. Kekuatan tubuh bagian atas meningkat 4. Kekuatan tubuh bagian bawah meningkat 5. Perasaan lemah menurun 6. Keluhan lelah menurun 	<p>a. Manajemen energy (L.05178)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. Monitor pola dan jam tidur 3. Lakukan latihan rentan gerak pasif/aktif 4. Anjurkan tirah baring 5. Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan <p>b. Terapi aktifitas (L.05186)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi defisit tingkat aktifitas 2. Libatkan keluarga dalam aktifitas 3. Kolaborasi dengan terapis okupasi, dalam merencanakan dan memonitor program aktifitas

D. Implementasi dan Evaluasi

Tabel 3.6

Impementasi dan evaluasi kasus dyspepsia Ny. R diruang penyakit dalam RSD Mayjend HM Ryacudu Kota Bumi Lampung Utara
(01 April 2019)

No	Tanggal dan pukul	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	5
1	01 April 2019 08:30 wib 09:00 wib 09:30 wib 09:45wib 10:30 wib 11:00 wib	Manajemen nyeri 1. mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. mengidentifikasi skala nyeri mengidentifikasi nyeri non verbal 3. memfasilitasi istirahat dan tidur 4. mengajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya teknik nafas dalam) 5. mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Melakukan Kolaborasi pemberian analgetik a. injeksi kitorolac 3x1 gr dan cefotaxime 3x25 mg b. Obat oral sucralfac 3x10 cc	01 April 2019 11.30 WIB S 1. Klien mengatakan nyeri pada ulu hati 2. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 3. Klien mengatakan nyeri timbul saat klien beraktifitas O 1. Klien tampak meringis 2. Klien memegang lokasi nyeri 3. Skala nyeri 7 (0-10) 4. TTV : TD 120/90 mmHg, N= 84x/menit, RR = 24X/menit, T = 36,7°C A Nyeri akut (masalah belum teratasi) P Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri(I.08238) (Santika widia wati)
2	01 April 2019 08:35 wib 08:45 wib 08:00 wib 09:15 wib 09:40 wib	Manajemen nutrisi 1. mengidentifikasi status nutrisi 2. mengidentifikasi alergi dan intoleransi makanan 3. mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient 4. memonitor asupan makanan 5. memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi	01 April 2019 11.50 wib S 1. Klien mengatakan tidak nafsu makan 2. Klien mengatakan mual dan ingin muntah saat makan 3. Klien mengatakan hanya menghabiskan 4 sendok makan dari porsi yang diberikan O

	10:35 wib	protein 6. mengajarkan diet yang diprogramkan	1. Terjadi penurunan berat badan sebanyak 4 kg 2. Berat badan : 47 kg A Resiko defisit nutrisi (masalah belum teratasi) P Lanjutkan intervensi Manajemen nutrisi (I.03119) (Santika widia wati)
3	01 April 2019 09:05 wib 09:35 wib 10:10 wib 10:15 wib 10:35 wib 11:15 wib 11:40 wib 12:00 wib	Manajemen energy 1. mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan 2. memonitor pola dan jam tidur 3. melakukan latihan rentan gerak pasif/aktif 4. menganjurkan tirah baring 5. mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan a. Terapi aktifitas 1. mengidentifikasi defisit tingkat aktifitas 2. melibatkan keluarga dalam aktifitas 3. mengkolaborasi dengan terapis okupasi, dalam merencanakan dan memonitor program aktifitas	01 April 2019 12.30 wib S 1. Klien mengatakan lemas 2. Klien mengatakan aktifitasnya dibantu keluarga O 1. Aktifitas klien dibantu oleh keluarga seperti kamar mandi, makan, 2. Klien tampak lemah 3. Klien tampak tirah baring A Intoleransi aktifitas (masalah belum teratasi) P Lanjutkan intervensi Manajemen energy (I.05178) Terapi aktifitas (I.05186) (Santika Widia Wati)

Tabel 3.7

Implementasi dan evaluasi kasus dyspepsia Ny. R diruang penyakit dalam
RSD Mayjend HM Ryacudu Kota Bumi Lampung Utara
(02 April 2019)

No	Tanggal dan pukul	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	5
1	02 April 2019 11:00 wib 11:10 wib 11:30 wib 12:00 wib 12:15 wib 12:30 wib	Manajemen nyeri 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengidentifikasi nyeri non verbal 4. Memfasilitasi istirahat dan tidur 5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan) 6. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik a. injeksi kitorolac 3x1 gr dan cefotaxime 3x25 mg b. Obat oral sucralfac 3x10 cc	02 April 2019 13:00 wib S 1. Klien mengatakan nyeri masih hilang timbul 2. Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang 3. Klien mulai mengerti penyebab nyeri O 1. Klien tampak meringis 2. Skala nyeri 4 3. Klien tampak sudah dapat melakukan teknik relaksasi nafas dalam 4. TTV: TD = 120/90 mmHg, N = 82x/menit, RR = 22x/menit, T = 36,5°C A Nyeri akut (masalah teratasi sebagian) P Lanjutkan intervensi Manajemen nyeri(I.08238) (Santika Widia Wati)
2	02 April 2019 11.00 wib	Manajemen nutrisi 1. Mengidentifikasi	02 April 2019 12:30 wib

	<p>11:05 wib</p> <p>11:30 wib</p> <p>12:00 wib</p> <p>12:15 wib</p>	<p>status nutrisi</p> <p>2. Mengidentifikasi kebutuhan kalori dan jenis nutrient</p> <p>3. Memonitor asupan makanan</p> <p>4. Memberikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein</p> <p>5. Mengajarkan diet yang diprogramkan</p>	<p>S</p> <p>1. Klien mengatakan sudah menghabiskan setengah porsi makanan yang disediakan</p> <p>2. Klien mengatakan masih sedikit mual</p> <p>O</p> <p>1. Tidak terjadi penurunan berat badan</p> <p>2. BB klien = 47 kg</p> <p>3. TTV:TD = 120/90 mmHg, N = 82X?menit, RR = 22X/menit, T = 36,5°C</p> <p>A</p> <p>Resiko defisit nutrisi (masalah teratasi sebagian)</p> <p>P</p> <p>Lanjutkan intervensi Manajemen nutrisi (I.03119)</p> <p>(Santika widia wati)</p>
3	<p>02 April 2019</p> <p>09:00 wib</p> <p>09:30 wib</p> <p>10:00 wib</p> <p>10:25 wib</p> <p>10:30 wib</p>	<p>a. Manajemen energy</p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3. mengkolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan</p> <p>b. Terapi aktifitas</p> <p>1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktifitas</p> <p>2. Melibatkan keluarga dalam aktifitas</p>	<p>02 April 2019</p> <p>12.00 wib</p> <p>S</p> <p>1. Klien mengatakan lemas berkurang</p> <p>2. Klien mengatakan aktifitasnya dibantu keluarga</p> <p>3. Keluarga mengatakan klien sudah dapat berjalan ke kamar mandi</p> <p>O</p> <p>1. klien tampak lemas</p> <p>2. aktifitas klien dibantu oleh keluarga seperti makan</p> <p>3. TTV:TD = 120/90 mmHg, N =</p>

			82X/menit, RR = 22X/Menit, T = 36,5°C A Intoleransi aktifitas(masalah teratasi sebagian) P Lanjutkan intervensi Manajemen energy (I.05178) Terapi aktifitas (I.05186) (Santika widia wati)
--	--	--	---

Tabel 3.8

Implementasi dan evaluasi kasus dyspepsia Ny. R diruang penyakit dalam
 RSD Mayjend HM Ryacudu Kota Bumi Lampung Utara
 (03 April 2019)

No	Tanggal dan pukul	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	5
1	03 April 2019 08.00 wib 08:15 wib 09:00 wib	Manajemen nyeri 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Melakukan kolaborasi pemberian analgetik a. injeksi kitorolac 3x1 gr dan cefotaxime 3x25 mg b. obat oral sucralfac 3x10 cc	03 April 2019 10.00 wib S 1. klien mengatakan nyeri sudah hilang O 1. Klien tidak tampak meringis lagi 2. Skala nyeri 1 A Nyeri akut (masalah teratasi) P Hentikan intervensi (Santika Widia Wati)
2	03 April 2019 10:00 wib	Manajemen nutrisi 1. Mengidentifikasi status nutrisi	03 April 2019 11.45 wib S

	10:30 wib 11:00 wib	<ol style="list-style-type: none"> 2. Mengidentifikasi ketuhan kalori dan jenis nutrient 3. Memonitor asupan makanan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidak mual lagi 2. Klien mengatakan sudah mulai nafsu untuk makan <p>O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak terjadi penurunan berat badan 2. Berat badan: 47 kg <p>A Resiko deficit nutrisi (masalah teratasi)</p> <p>P Hentikan intervensi</p> <p>(Santika Widia Wati)</p>
3	03 April 2019 12:30 wib 13:00 wib 13:15	<p>Manajemen energy</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memonitor pola dan jam tidur 2. Melakukan latihan rentan gerak <p>Terapi aktifitas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi defisit tingkat aktifitas 	<p>03 April 2019 13:30 wib</p> <p>S</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien mengatakan tidk lemas lagi 2. Keluarga mengatakan klien sudah mulai beraktifitas mandiri seperti kekamar mandi tetapi terkadang masih dibantu keluarga <p>O</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klien tampak sehat 2. Klien Nampak beraktifitas sendiri <p>A Intoleransi aktifitas (masalah teratasi)</p> <p>P Hentikan intervensi</p> <p>(Santika Widia Wati)</p>