BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Pengkajian

1. Idenitas Klien

   Pasien dirawat di Ruang Penyakit Dalam di RS Mayjend HM Ryacudu, dengan nama Tn. S Usia 78 Tahun No.MR 25.99.22, agama Islam, sudah menikah, bekerja sebagai buruh tani, pendidikan terakhir Sekolah Dasar,eralamat Taman Jaya, Lampung Utara sumber biaya BPJS, Tanggal masuk RS 11 Maret 2021, diagnosa medis dyspepsia.

2. Sumber Informasi

   Keluarga pasien dengan nama Tn. A, umur 45 tahun, hubungan dengan klien adaa anak, pendidikan terakhir SD, pekerjaan buruh tani, beralamat Taman Jaya.

3. Riwayat Kesehatan

   a. Riwayat masuk RS

      Klien masuk rumah sakit pada tanggal 11 Maret 2021 pukul 04.00 WIB diantar keluarga melalui Unit Gawat Darurat (UGD) RSD Mayjen HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dengan keluhan nyeri perut pada bagian ulu hati merasa mual dan ingin muntah tetapi tidak muntah sejak 6 hari lalu sebelum masuk Rumah sakit. Dari hasil pemeriksaan fisik di dapatkan tekanan darah 189/90 mmHg, nadi 88x/menit, pernafasan 20xmnit, SPO2

89% dan suhu 36,5°C, telat diberikan infuse RL 20 tpm, Rantidine 2ml,Ondancentrome 1mg melalui injeksi intravena, Sucralfat 3x1mg,amlodipin 1x5mg melalui oral. Setelah diberikan tindakan pasien dipindahkan ke ruang perawatan.

b. Riwayat kesehatan saaat pengkajian

Keluhan utama pada saat pengkajianklien mengatakan nyeri pada bagian abdomen dan ulu hati pada 3 hari yang lalu, nyeri seperti ditusuk, dengan skala nyeri 8, tidak dapat melakukan aktifitas seperti biasanya, klien tidak nafsu makan, lihat terasa pahit,turgor kulit tidak elastis, mukosa kulit kering, kulit teraba hangat, CRT <3 detik.

Keluhan penyerta yang dirasakan klien lemas dan mual tapi tidak bisa muntah, terlihat gelisah,klien tampak pucat dan meringis.

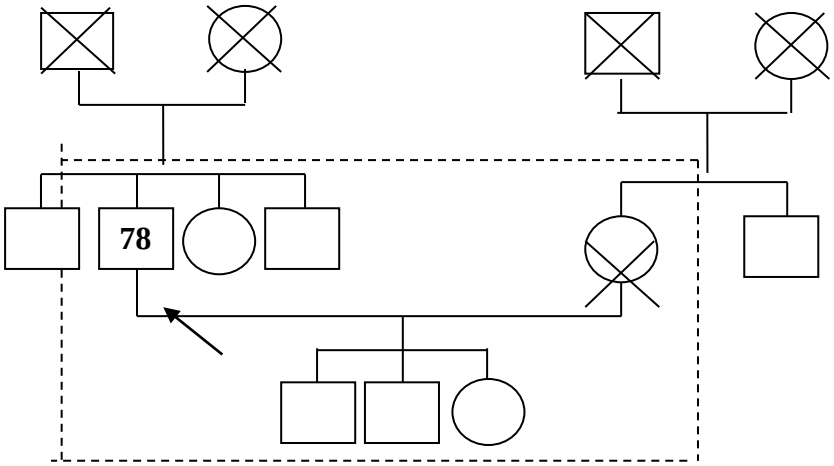
c. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan pernah dirawat di RS mayjend HM. Ryacudu memiliki riwayat jatuh 3 tahun lalu, memiliki riwayat Hipertensi, pada saat pengkajian tidak ada riwayat alergi, tidak ada riwayat penyakit berat dan tidak ada riwayat operasi.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Gambar 3.2

Genogram Kelurga Tn.S



Ket :

= Laki- Laki

= Pasien

= Perempuan

= Tinggal Serumah

= Garis Pernikahan

= Meninggal

= Garis Keturunan

4. Riwayat Psikososial – spiritual

Pada saat pengkajian pasien mengatakan stres dengan penyakitnya yang tak kunjung sembuh, kebiasaan pasien untuk menghadapi stress dengan berdiam diri, pasien mendapatkan dukungan dari keluarga, pasien dapat berkomunikasi dengan baik

sebelum sakit dan setelah sakit pasien lebih sedikit berbicara, dan pasien mempercayakan pengobatan kepada dokter dan perawat.

a. Lingkungan

Pada lingkungan rumah pasien mengatakan bahwa rumah bersih jauh dari pabrik dan jauh dari tempat yang tercemar.Pasien mengatakan pada lingkungan pekerjaan pasien kotor karna bekerja sebagai buruh tani.

b. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

1) Pola nutrisi dan cairan

Pola nutrisi dan cairan sebelum sakit : asupan makanan pasien melalui oral dengan frekuensi makan 3 kali sehari, nafsu makan baik, tidak ada melakukan diit, tidak memiliki alergi makanan, saat pengkajian klien memberitahukan berat badan klien sebelum sakit, klien memiliki berat badan 55 kg. Asupan cairan melalui oral, jenis air putih dengan frekuensi 8 kali sehari sejumlah 2000cc/hari.

Pola Nutrisi dan cairan saat sakit : asupan makanan melaluiu oral dengan frekuensi makan 3 kali sehari, nafsu makan berkurang,klien tampak pucat, pasien hanya memakan makanannya kurang lebih 3-4 sedok setiap makan dan tidak pernah dihabiskan. Saat pegkajian klien ditimbang mengalami penurunan sebanyak 5kg berat

badan klien menjadi memilki berat badan 50kg klien mengalami penurunan hingga 10% dari berat badan sebelumnya,dengan indeks masa tubuh (IMT) 18,3. Asupan cairan melalui oral dan parenteral jenis air putih dan cairan RL 20 tpm, dengan jumlah air putih sebanyak 1000cc/hari.

2) Pola Eliminasi

Pola Eliminasi BAK &BAB sebelum sakit :frekuensi BAK 5-6 kali/hari, waktu pagi,siang,sore dan malam. Jumlah BAK kurang lebih 1700cc/hari warna urine putih jernih, bau khas urine.tidak ada keluhan pada pencernaaan.BAB 1-2 kali/hari, waktu pagi dan sore.Warna kuning kecoklatan dengan bau khas feses, konsistensi padat lunak, tidak menggunakan obat pencahar.

Pola Eliminasi BAK &BAB saat sakit : frekuensi BAK 1-3 kali/ hari, waktu pagi siang dan malam. Jumlah BAK 1500cc/hari dengan warna urine kuning teh,bau khas urine,tidak ada keluhan. BAB 1 kali/hari pagi/sore. Warna coklat,dengan bau yang khas feses, konsistensi padat keras,tidak menggnaikan obat pencahar, tidak ada keluhan.

3) Pola personal Hygiene

Pola Personal Hygiene sebelum sakit : pasein mengatakan mandi 2 kali/hari,membersihkan gigi 2 kali sehari pagi dan sebelum tidur, mengcuci rambut 1 hari/hari.

Pola Personal saat sakit :pasien mengatakan mandi 2 kali/hari, membersihkan gigi sebnyak 2 kali/hari, mencuci rambut 1 kali/hari.

4) Pola tidur dan Istirahat

Pola Tidur dan istirahat sebelum sakit: pasien mengatakan lamanya waktu tidur 7 jam per/hari dari pukul 22.00 wib sd 05.00 wib, tidak tidur siang, kebiasaan pasien ketika sebelum tidur membaca doa cuci tangan dan kaki tidak mengalami kesulitan ketika ingin tidur.

Pola Tidur dan Istirahat saat sakit: pasien mengatakan lamanya

waktu tidur hanya 4-5 jam/hari dari waktu 2.00 wib sampai 06.00 wib sering berjaga ketika malam, terkadang tidur siang pukul 01.00 wib hanya berdurasi 15-20 menit, mengeluh tidak bisa tidur pada malam hari dan tidak puas dalam tidur,klien sering terbangun tengah malam. Kebiasaan pasien ketika sebelum tidur berdoa dan tidak meminum obat tidur.

5) Pola aktivitas dan latihan

Pola Aktivitas dan latihan sebelum sakit : pasien memiliki pekerjaan buruh tani dengan waktu bekerja pagi-siang hari , tidak ada keluhan ketika bekerja, dapat melakukan kegiatan secara mandiri tanpa bantuan dari orang lain.

Pola Aktivitas dan latihan Saat sakit :pasien tidak bekerja, dan menghabiskan waktu untuk istirahat, klien mengeluh nyeri pada ulu hati sehingga mengganggu kegiatannya dalam melakukan kebutuhan unuk pribadi dan tidak dapat bekerja dikarnakan nyeri pada abdomen.

6) Pola persepsi dan manajemen kesehatan.

Klien tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita, dan keluaraga juga tidak mengetahui tentang penyakit yang diderita pasien, pasien tidak merokok,tidak minuman keras, dan tidak menggunakan obat apapun.

5. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Umum

Kesadaran klien comppos metis, tekanan darah 189/90 mmHg, nadi 88x/menit pernafasan 20x/menit, suhu 36,7°C, tinggi badan 165cm, berat badan 50 kg, SPO2 89%.

6. Pemeriksaa fisik persistem.

   a. Sistem Penglihatan

      Pada saat pengkajian posisi mata simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtifa anemis, sclera tidak ikterik, pupil isokor, tidak ada radang, tidak memakai alat bantu, dan tidak ada keluhan lain.

   b. Sistem pendengaran

      Pada saat pengkajian posisi telinga simetris, telinga bersih dari serumen, tidak ada tanda-tanda radang, tidak ada cairan, fungsi pendengaran baik,tidak memakai alat bantu dan tidak ada keluhan lain.

   c. Sistem Wicara

      Pada saat pengkajian tidak ada gangguan pada system bicara dan terlihat tidak ada kesulitan dalam berbicara.

   d. Sistem pernafasan

      Jalan nafas pada pasien bersih, tidak ada keluhan sesak,nyeri pada bagian dada, freekuensi nafas 20x/menit, pasien batuk tidak ada sputum, tidak menggunakan alat bantu nafas.

e. Sistem Kardiovaskuler

Sirkulasi perifer: Nadi 88x/menit, irama teratur,denyut kuat, warna kulit pucat, bunyi jantung normal, tidak ada kelainan bunyi jantung,CRT <3 detik, suhu kulit hangat, tidak ada edema dan tidak ada gangguan atau keluhan jantung.

f. Sistem neurologi

Pada saat pengkajian tingkat kesaradan GCS : (E4 V5 M5), kesadaran composmetis, pasien lemah, pasien setelah dilihat dalam pengkajian ektremitas bawah klien kekuatana otot klien menurun.

5555	5555
5555	5555

g. Sistem pencernaan

Pada saat pengkajian setelah dilihat keadaan mulut bersih, klien mengatakan tidak mengalami kesulitan menelan, klien mengatakan mual tetapi tidak ingin muntah, saat abdomen klien ditekan klien mengatakan nyeri pada abdomen bagian ulu hati mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk penyebaran sampai perut bagian bawah dengan skala nyeri 8 dari 10 .

h. Sistem immunologi

Tidak ada pembesaran pada kelenjar getah bening.

i. Sistem Endokrin

Pada saat pengkajian nafas tidak berbau keton, tidak ada luka pada bagian tubuh, tidak ada tremor,dan tidak ada pelebaran kelenjar getah bening, dan tidak ada keluhan lain.

j. Sistem Urogeniatal

Pada saat pengkajian pasien tidak mengalam distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan,tidak menggunakan kateter urine, pasien mengatakan buang air kecil.

k. Sistem integument

Keadaan rambut bersih,sebagian rambut berwarna putih perak, keadaan kuku bersih, keadaaan kulit bersih warna kulit sawo matang,mukosa kulit kering, tidak ada tanda-tanda radang pada kulit.

i. Sistem musculoskeletal

Saat pengkajian setelah di inspeksi klien tampak lemah, tidak dapat berjalan, ketika di palpasi tidak ada edma pada tubu klien.

7. Hasil Laboratorium

Tabel 3.1

Hasil Pemeriksaan Hematologi Ny. S Di Ruang Penyakit Dalam RSD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Tanggal 11 Maret 2021

No	Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1	2	3	4
1.	Hematology 1. Leokosit 2. Eritsrosit 3. Hemoglobin 4. Trombosit	 9,27x10^3/µL 3.72x10x^6/µL 11.4 g/dL 251x10^3/µL	 4.00-10.00 3.50-5.50 12.0-15.0 150-450
2.	Kimia darah 1. Gula Darah sewaktu	 160 mg/dl	 70-180mg/dl

8. Penatalaksanaan

Tabel 3.2

Jadwal pemberian obat Tn. S Di Ruang Penyakit Dalam

RSD. Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Tanggal 11 Maret 2021

No	Nama Obat	Dosis
1	2	3
1.	Terapi cairan parenteral Ringer Laktat (RL)	20 tpm
2.	Terapi Injeksi melalui intravena : 1. *Ranitidine* 2. *Ondansentron* 3. *Ketorolac*	 2x1 ampul /12 jam 3x1 ml/8jam 3x1 ml/ 8jam

9. Data Fokus

Tabel 3.2

Data Fokus Tn. S Di Ruang Penyakit Dalam

RSD. Mayjend HM. Ryacudu Kotabumi Lampung Utara.

Tanggal 11 Maret 2021

Data Subjektif	**Data Objektif**
1	2
1. Klien mengatakan nyeri pada bagian ulu hati dan abdomen, klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk. 2. Klien mengatakan mual dan ingin muntah 3. Klien mengatakan tidak nafsu makan, klien hanya makan 3-4 sendok makan porsi makan tidak dihabiskan. 4. Klien mengatakan sulit dalam tidur dan istirahat, klien mengatakan tidak puas untuk tidur dan istirahat. 5. klien mengatakan kurang tau tentang penyakit yang diderita klien.	1. TTV Kesadaraan compossmetis Tekanan darah :189/90 mmHg Nadi : 88x/menit Pernafasan : 20x/menit Suhu : 36,5°C. 2. klien tampak meringis 3. klien sulit tidur 4. tekanan darah klien meningkat 5. skala nyeri 8 dari 10 6. klien tampak gelisah 7. Nafsu makan klien berubah 8. klien tampak pucat 9. berat badan menurun dari 55kg ke 50kg 10. IMT 18,3 11. Berat badan menurun tiba-tiba. 12. Klien terpasang infuse RL 20 tpm 13. Obat-obatan yang diberikan melalu injeksi intravena • *Ranitidine* 2x1 ml / 12jam

	• *Ondancentrom 3x1ml / 8jam* • *Ketorolac 3x1 ml/ 8jam*

Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa Data pada Tn.S di ruang Penyakit Dalam RSD.Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Penyebab	Masalah
1	2	3	4
1.	Data Subjektif: 1. Klien mengeluh nyeri pada bagian abdomen dan ulu ati 2. Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk 3. Klien mengatakan skala nyeri 8 dari 10 Data Objektif: 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak gelisah 3. Tekanan darah klien meningkat 4. Klien sulit tidur 5. TTV : TD : 189/90 mmHg N : 88x/menit RR : 20x/menit U : 36,5 °C	Agen pencederaan fisiologis (inflamasi)	Nyeri Akut

	6. Pemberian analgesic melalui intra vena - Ketorolac 3x1 ml/8jam - Ranitidine 2x1 ml/ 12 jam		
1	2	3	4
2.	1. Data Subjektif 1. Klien mengatakn mual 2. Klien mengatakan kurang nafsu makan 3. Klien menghabiskan makan 3-4 sedok makan. Data Objektif 1. Klien sudah terpasang infuse RL 20 tpm 2. Klien Tampak pucat 3. Klien tampak gelisah 4. Kolaborasi dengan pemberian obat *Ondancentron* 3x1 ml/ 8jam	Iritasi lambung	Nausea

3.	Data Subjektif 1. Klien mengatakan nyeri abdomen. 2. Klien mengatakan nafsu makan menurun s Data Objektif 1. Terpasang infuse RL 20 tpm 2. Berat badan menurun dari 55kg ke 50kg 3. Tinggi Badan KLien 160 cm	Kurang asupan nutrisi	Defisit Nutrisi
1	2	3	4
4.	Data Subjektif 1. Menanyatakan apa yang dirasakan klien dan apa yang membuatnya tidak nyaman. Data objektif 1. Keluaraga klien tidak memantau makanan yang klien makan, dan klien tidak ada	Kurang terpapar informasi	Defisit pengetahuan tentang dyspepsia

	keinginan makan atau memenuhi kebutuan makan dan cairan klien		

B**. Diagnosa keperawatan**

Masalah keperawatan dari hasl analisa berdasarkan prioritas masalah adalah sebagai berikut :

1. Nyeri akut berhbungan dengan agen pencederaan fisiologis didasari dengan klien mengatakan mengeluh nyeri pada bagian abdomen dan ulu hati, klien mengatakan seperti ditusuk-tusuk,klien mengatakan skala nyeri 8 dari 10
2. Nausea berhbungan dengan iritsi lambung didasari dengan klien mengatakan mual, klien mengatakan ingin muntah, klien tampak gelisah, klien tampak pucat.
3. Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan nutrisi didasari dengan klien mengtakan nyeri pada abdomen,klien mengatakan nafsu makan menurun dan berat badan menurun.
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi didasari dengan menanyakan masalah yang dihadapi,menunjukan persepsi yang keliru terhadap masalah.

C. **Rencana Keperawatan**

Tabel 3.5

Rencana Keperawata Terhadap Tn.S dengan Diagnosa Medis *Dispepsia* Di ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal (11-13 maret 2021)

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi
1	2	3	4
1.	Nyeri akut b.d Agen Pencedera fisiologi. DS : - klien megatakan mengeluh nyeri pada bagian abdomen dan ulu hati. - Klien mengatakan nyeri abdomen seperti ditusuk-	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien diharapkan membaik Tingkat Nyeri dengan kriteria 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Sikap Protektif (5) 4. Gelisah (5) 5. Kesulitan tidur (5)	Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi : 1. Identifikasilokasi, karakteristik,durasi, frekuaensi,kulitas, intesitas nyeri 2. Indetifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri Teraupetik : 1. Berikan telknik non farmakologis untuk .

1	2	3	4
	2. tusuk. 3. Klien mengatakan skala nyeri 8 dari 10 DO : 4. Klien tampak meringis 5. Klien tampak gelisah 6. Tekanan darah klien meningkat 189/90 mmHg 7. Kolaborasi memberikan obat *Ketorolac* 3x1 ml/IV *Ranitidine* 2x1 ml/IV		2. mengurangi rasa nyeri 3. Fasilitasi istirahat dan tidur 4. Control lingkungan yang nmemperberat rasa nyeri Edukasi : 1. Jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri 2. Jelaskan teknik meredakan nyeri 3. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Kolaborasi 1. Kolaborasi pemberian analgetik

41

1	2	3	4
2.	Nause b.d iritasi lambung DS : - Klien mengatakan mual tetapi tidak bisa untuk mutah. - Klien mengatakan kurang nafsu makan - Klien menghabiskan makan 3-4 sendok makan. DO : - Klien tampak pucat	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien diharapkan Tingkatan Mual membaik dengan kriteria 1. Nafsu makan (5) 2. Keluhan mual (5) 3. Perasaan ingin muntah (5) 4. Pucat (5)	Manajemen Mual Observasi 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi isyarat nonverbal ketidaknyamanan 3. Monitor mual 4. Monitor asupan nutrisi Teraupetik 1. Kurangi atau hilangkan keadaan penyebab mual. 2. Berikan jumlah makanan dalam, jumlah kecil

42

	- Klien tampak gelisah - Memberikan kolaborasi obat - *Ondancentrone*		Edukasi 1. Anjurkan Istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan sering membersihkan mulut, kecuali jika merangsang mual.
1	2	3	4
3.	Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan mencrena makanan dan mengabsobsi nutrisi. DS : - Klien mengatakan nyeri abdomen pada bagian ulu hati. - Klien mengatakan nafsu	Setelah dilakukan perawatan selama 3x24 jam pasien diharapkan membaik Status Nutrisidengan kriteria 1. Porsi makan yang dimakan (5) 2. Berat badan (5) 3. Indeks massa tubuh (5)	Manajemen Nutrisi (L.03119) Observasi 1. Identifikasi alergi makanan 2. Monitor asupan makanan 3. Monitor berat badan Teraupetik 1. Lakukan oral hygiene sebelum makan 2. Berikan makanan tinggi serat untuk

43

	makan menurun / tidak berselera makan. DO : - Berat badan menurun dari 55 kg menjadi 50kg		mencegah konstipasi 3. Berikan suplemen makan, jika perlu Edukasi 1. Anjurkan duduk saat makan
1	2	3	4
	- Dengan penuruan 10% dar berat badan sebelumnya		Kolaborasi 1. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

44

D. I**mplementasi Dan evaluasi**

Tabel 3.6

Implementasi dan evaluasi pada hari-1 Terhadap Tn.S dengan kasus *dispepsia*

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1	Tanggal 11 Maret 2021 Pada pukul 07.00 WIB 1. Mengindentifikasi lokasi, frekuensi, kualitas nyeri. 2. Mengindentifikasi skala nyeri pada klien menggunakan skala numerik dengan menjelaskan 3. Menganjurkan istirahat tidur yang adekuat untuk membantu penurunan nyeri.	Tanggal 11 Maret 2021 S : Pada pukul 07.15 WIB 1. Klien mengatakan masih terasa sakit Mengeluh nyeri dibagian perut dan ulu hati Lokasi : Perut Frekuensi : Hilang Timbul Kualitas : Seperti ditusuk-tusuk Skala nyeri 8 dari 10

1	2	3
	4. Mengidentifikasi faktor yang memperingan dan memperberat nyeri. Pada Pukul 09.00 1. Memonitor TTV 2. Mengindentifikasi skala nyeri pada klien Pada pukul .12.00 WIB 3. Kolaborasi pemberian obat melalui intra vena : *Ketorolac* melalui intravena sebanyak 1 ampul *Ranitidine* 1 ampul melalui Intravena Mengindentifikasi riwayat alergi obat.	memperberat : pada saat melakukan kegiatn atau banyak bergerak - memperingan : saat klien beristirahat O : Pada pukul 09.30 WIB 1. TD : 189/90 mmHg N : 88 x/menit U : 36,5°C RR : 24x/menit Pada pukul 09.40 WIB 1. Klien tampak meringis 2. Klien terlihat gelisah 3. Skala nyeri 8 dari 10 Nyeri hilang saat sudah diberikan obat Efek samping : dapat menyebabkan kantuk

46

		Efek terapi : mengurangi nyeri
1	2	3
.	1. Mendokumentasikan respon terhadap alagesik 2. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat	A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan intervensi - Mengukur TTV - Anjurkan untuk istirahat dan tidur - Ajarkan teknik non farmakologis (terapi nafas dalam) - Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian obat. - Memberikan terapi analgetik melalui intravena *Ketorolac* 3x1 ml/IV *Ranitidine* 2x1 ml/IV - Monitor skala nyeri klien

47

		 SALSABILA NINDI NS
1	2	3
2.	Tanggal/Jam 11 Maret 2021 Pada pukul 07.50 WIB 1. Mengindentifikasi penyebab mual 2. Mengidentifikasi pengalaman mual Pada pukul 08.20 WIB 1. Monitor skala mual 2. Memonitor asupan nutrisi Pada pukul 12.00 WIB 3. Memberikan terapi .Terapi *Ondansentron* 1 ampul melalui Intravena	Tanggal/Jam 11 Maret 2021 S : Pada pukul 08.10 WIB 1. Klien mengatakan penyebab mual adalah penyakit yang sedang dideritanya 2. Klien mengalami mual sudah 6 hari sebelum dirawat pada pukul 08.50 WIB 1. Klien juga mengatakan mualnya sering hilang timbul 2. Klien mengatakan tidak nafsu makan pasien makan 3-4 sendok. O :

48

		Pada pukul 11.00 WIB 1. Klien tampak pucat 2. Klien tampak gelisah 3. Klien mual
1	2	3
		A : Masalah belum teratasi P : Intervensi dilanjutkan. - Monitor mual - Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup . - Monitor asupan nutrisi klien - Memberikan terapi analgetik - Terapi *Ondancentron* 1 ampul melalui intravena

49

		- Anjurkan menjaga kebersihan mulut dengan oral hyigene - Ajurkan istirahat yang cukup - SALSABILA NINDI NS
1	2	3
3.	Tanggal/Jam 11 Maret 2021 Pukul 09.15 WIB 1. Mengidentifikasi alergi makanan -pasien mengatakan tidak ada alergi makanan Pada pukul 11.50 wib 2. Memonitor asupan makanan Pada pukul 10.00WIB 3. Infus Ringer Laktat Sudah terpasang sejak di	Tanggal/Jam 11 Maret 2021 S : Pukul 09.25 WIB 1. pasien mengatakan tidak ada alergi makanan. 2. Klien mengtakan tidak memiliki alergi makanan ataupun obat. Pada pukul 12.00 WIB 1. Klien mengatakan porsi makan berkurang

50

	IGD 4. Memonitor berat badan	2. Klien mengatakan nafsu makan berkurang Pasien makan 3-4 sendok SALSABILA NINDI NS
1	2	3
		O : 1. Pada pukul 10.20 WIB Berat badan menurun menjadi 50kg. 2. IMT 18,3 A : Masalah belum teratasi P : Intervesi dilanjutkan - Monitor Asupan Makanan klien

51

		- Anjurkan posisi duduk ketika makan - Indentifikasi makanan yang disukai - Monitor berat badan klien - Lakukan oral hygiene sebleum makan SALSABILA NINDI NS

Tabel 3.6

Implementasi dan evaluasi pada hari-2 Terhadap Tn.S dengan Diagnosa Medis *Dispepsia* Di ruang Penyakit Dalam RSD. Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara Tanggal (11-13 maret 2021).

No	**Implementasi**	**Evaluasi**
1	2	3
1.	Tanggal/Jam 12 Maret 2021 Pada Pukul 06.00 WIB	Tanggal/Jam 12 Maret 2021 S :

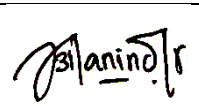
52

	1. Mangindentifikasi lokasi,frekuensi,kualitas nyeri Pada pukul 07.10 WIB 1. Memonitor TTV 2. Mengajarkan Teknin Non farmakologis (Latihan Nafas dalam) Pada pukul 08.00 WIB 1. Memonitor skala nyeri	Pada Pukul 07.00 WIB 1. Klien mengatakan masih terasa sakit Lokasi : Perut Frekuensi : Hilang timbul Kualitas : Seperti ditusuk-tusuk O : Pada pukul 07.20 WIB 1. TTV TD : 140/90 mmHg
1	2	3
	Pada Pukul 12.00 WIB 1. Kolaborasi pemberian obat melalui intra vena : *Ketorolac* melalui intravena sebanyak 1 ampul *Ranitidine* 1 ampul melalui Intravena Pada pukul 11.30 WIB 2. Mendokumentasikan respon terhadap alagesik Respon : Nyeri hilang saat sudah diberikan obat	N : 84 x/menit U : 36,5°C RR : 20x/menit Pada pukul 08.10 WIB 1. Skala nyeri 6 dari 10 2. Klien sedikit tenang 3. Klien terlihat gelisah

53

	3. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat Efek samping : dapat menyebabkan kantuk Efek terapi : mengurangi nyeri	A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi Manajemen Nyeri - Monitor skla nyeri - Monitor tanda-tanda vital - Anjurkan istirahat tidur untuk mengurangi nyeri.
1	2	3
		- Kolanborasi dengan dokter tentang pemberian obat *Ketorolac* 3x1 ml/IV *Ranitidine* 2x1 ml/IV - Anjurkan kompres hangat pada bagian abdomen.

54

		 SALSABILA NINDI NS
2.	Tanggal/Jam 12 Maret 2021 Pukul 08.10 WIB 1. Memonitor mual Pada pukul 08.20 WIB 1. Memonitor asupan nutrisi 2. Mengidentifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup	Tanggal/Jam 12 Maret 2021 S : Pukul 09.00 WIB 1. Klien mengatakan mual tetap tidak dapat muntah, frekuensi mual hilang timbul. Pada pukul 08. 30 1. Klien mengatakan waktu istirahat sedikit terganggu
1	2	3
	Pada puku 12.00 WIB 3. Memberikan terapi melalui inra vena Terapi *Ondansentron* 1 ampul melalui Intravena	2. dikarnakan mual. Pada pukul 11.30 WIB 1. Klien mengatakan menyisakan makanan yang telah disediakan Rumah Sakit

		2. Klien mengatakan nafsu makan bertambah O : Pada pukul 11.50 WIB 1. Klien tampak lebih segar 2. Klien tampak sedikit gelisah A : Masalah teratasi sebagian P : Intervensi dilanjutkan.
1	2	3
		Manajemen Mual - Monitor mual - Dorong pasien untuk belajar strategi

		mengatasi mual sendiri - Lakukan kebersihan mulut sesering mungkin untuk meningktkan kenyamanan klien. - Kolaborasi dengan memberikan obat-obatan - Terapi *Ondancentron* 3x2ml / IV SALSABILA NINDI NS
1	2	3
3	Tanggal/Jam 12 Maret 2021	Tanggal/Jam 12 Maret 2021

57

	Pukul 09.00 WIB 1. Memonitor asupan makanan Pada pukul 12.10 WIB . 2. Memonitor berat badan	S : Pada pukul 09.30 WIB 1. Klien mengatkan menyukai makanan yang berwarna hijau,seperti kangkung bayam dan sebagainya Pukul 11.40 WIB 1. Klien mengatakan porsi makan bertambah menjadi lebih banyak dari hari sebleumnya 2. Klien mengatakan nafsu makan bertambah O : Pada pukul 12.20 WIB 1. Berat badan menjadi 50 kg. 2. IMT 18,3 3. Pasien memakan habis makanan yang disediakan 4. Identifikasi makanan yang disukai
1	2	3

58

		A : Masalah belum teratasi P : Intervesi dilanjutkan Manajemen Nutrisi - Anjurkan posisi duduk saat makan - Ajarkan diet garam - Anjurkan melakukan oral hygiene sebelum makan - Monitor asupan makan klien SALSABILA NINDI NS

.

59

Tabel 3.6

Implementasi dan evaluasi pada hari-3 Terhadap Tn.S dengan Diagnosa Medis *Dispepsia* Di ruang Penyakit Dalam

No	Implementasi	Evaluasi
1	2	3
1.	Pukul/Jam 13 Maret 2021 Pada pukul 14.00 WIB 1. Mangindentifikasi lokasi,frekuensi,kualitas nyeri Pada pukul 15.00 WIB 2. Memonitor TTV 3. Mengidentifikasi skala nyeri Pada Pukul 17.00 WIb 4. Kolaborasi pemberian analgesik melalui intravena	Tanggal/Jam 13 Maret 2021 S : Pada pukul 14.10 WIB 1. Klien mengatakan sudah tidak merasakan nyeri lagi pada bagian perut klien Lokasi : pada bagian perut Frekuensi : tidak mual Kualitas : tidak timbul mual Pada pukul 17.20 WIb 1. KLien mengatakan teknik yang diajarkan perawat dapat

1	2	3
	Ketorolac melalui intravena sebanyak 1 ampul *Ranitidine* 1 ampul melalui Intravena Mengindentifikasi riwayat alergi obat.Mengevaluasi teknik non farmakologis (latihan nafas dalam) Pada pukul 11.30 WIB 1. Mendokumentasikan respon terhadap alagesik 2. Menjelaskan efek terapi dan efek samping obat	mengatasi rasa nyeri yang diderita klien O : PAda pukul 15.15 WIB 1. TTV TD : 130/80 mmHg N : 80 x/menit U : 36,5°C RR : 20x/menit Respon : Nyeri hilang saat sudah diberikan obat Pada pukul 16.00 WIB 1. Klien tampak lebih tenang 2. Mengindentifikasi skala nyeri klien a. Skala nyeri 0 2. Klien tidak lagi terlihat gelisah 3. Frekuensi nadi 80 x/menit

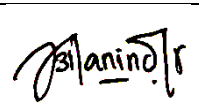
61

		4. Efek samping : dapat menyebabkan kantuk
1	2	3
		Efek terapi : mengurangi nyeri A : Masalah teratasi P : Hentikan intervensi klien bisa pulang SALSABILA NINDI NS
2.	Tanggal/Jam 13 Maret 2021 Pad a pukul 16.20 WIB 1. Memonitor mual Pada pukul 17.30 WIB 1. Memonitor asupan nutrisi	Tanggal/Jam 12 Maret 2021 S : Pada pukul 16.30 WIB 1. KLien tidak merasa mual lagi . PAda pukul 17.20 WIB

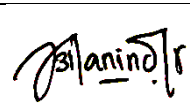
62

	Pada pukul 18.00 WIB 2. Memberikan terapi intravena	1. Klien mengatakan nafsu makan bertambah 2. Pasien mengatakan memakan habis makanan yang
1	2	3
	- Terapi *Ondansentron* 1 ampul melalui Intravena	disediakan O : Pada pukul 18.10 WIB 1. Klien tampak lebih segar 2. Klien tampak lebih tenang A : Masalah teratasi P : Intervensi dihentikan klien bisa pulang

63

		 SALSABILA NINDI NS
1	2	3
	Tanggal/Jam 13 Maret 2021Pada Pukul 16.50 WIB 1. Memoonitor asupan makanan 2. Memonitor berat badan -	Tanggal/Jam 13 Maret 2021 Pada Pukul 17.20 WIB S : 1. Klien mengatakan porsi makan bertambah 2. Klien mengatakan nafsu makan membaik O : 1. Berat badan menurun menjadi 52kg. 2. IMT 19,1 A : Masalah teratasi P : Intervesi dihentikan klien bisa pulang.

64

		 SALSABILA NINDI NS

65