

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

1. Identitas klien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 14 Oktober 2019 pukul 19.00 WIB.

Nama klien Tn. G dengan nomor rekam medis 20.25.64, dirawat di ruang VIP B Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara, klien berumur 74 tahun, beralamat di Sukadamai, status perkawinan menikah, klien menganut agama kristen, pendidikan terakhir adalah Sekolah Lanjutan Tingkat Pertama (SLTP), dan klien adalah pensiunan TNI AD, di rawat dengan diagnosa medis Gastroenteritis.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS :

Klien datang pada tanggal 14 Oktober 2019 pukul 16.00 WIB diantar oleh keluarga ke UGD Rumah Sakit Umum H.M Ryacudu dengan keluhan buang air besar (bab) 6 x dengan konsistensi cair berlendir dalam sehari sejak 1 minggu yang lalu, turgor kulit menurun, keluarga mengatakan klien suka membeli makanan dari luar, klien muntah sebanyak 3x, skala nyeri klien dibagian perut dengan skala 6 (diukur dengan Skala FLACC). Klien menolak untuk makan, klien memiliki riwayat stroke 3 tahun yang lalu didapatkan

hasil TD: 140/100 mmhg, N: 110 x/menit RR: 24x/menit, klien telah mengkonsumsi obat antasida (Mylanta).

- b. Riwayat kesehatan saat pengkajian/Riwayat Penyakit Sekarang:
Keluhan utama: klien buang air besar 6 kali dalam sehari dengan konsistensi cair dan berlendir dalam sehari (kurang lebih 700cc), perut terasa sakit, klien tampak lemah dan aktivitas menurun, diare dapat terjadi sewaktu-waktu dan diare sejak 1 minggu yang lalu.

Keluhan penyerta: klien tampak lemas, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, keluarga klien mengatakan muntah sebanyak 3x (kurang lebih 550 cc), klien mengeluh nyeri perut bagian bawah skala nyeri 6 (diukur dengan skala FLACC) tampak meringis kesakitan. Klien tampak memegang nyeri bagian perut. Bising usus hiperaktif, keluarga klien mengatakan klien makan hanya 3-5 sendok. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 140/100 mmHg, N: 110 x/menit, RR: 24x/menit, S: 37°C

- c. Riwayat Kesehatan Lalu:

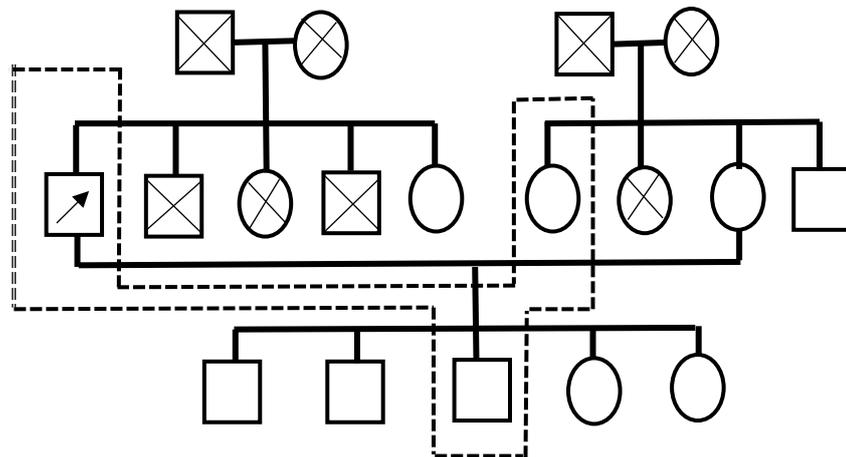
Keluarga klien mengatakan klien tidak ada alergi makanan maupun obat, klien tidak pernah mengalami kecelakaan. Keluarga klien mengatakan klien pernah dirawat di RS dengan penyakit stroke sekitar 3 tahun yang lalu bisa berjalan dan beraktivitas tetapi tidak bisa berbicara, dan klien memiliki riwayat operasi di abdomen bawah karna terkena senjata saat pendidikan TNI.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Keluarga mengatakan tidak ada riwayat penyakit kronik di keluarganya dan anak klien ada yang mengalami diare tetapi tidak sampai di rawat di rumah sakit.

Bagan 3.1

Genogram:

**Keterangan:**

- : Keluarga laki-laki klien yang masih hidup
- : Keluarga perempuan klien yang masih hidup
- ⊠—⊗ : Kedua orang tua klien yang sudah meninggal
- ⊠ : Saudara perempuan klien yang sudah meninggal
- ⊗ : Saudara laki-laki klien yang sudah meninggal
- ⊠↗ : klien 74 thn
- : Hubungan keturunan
- ⊥ : Hubungan menikah
- - - : Tinggal serumah

3. Riwayat Psikososial – spiritual

Klien terlihat mendapatkan dukungan fisik dan psikososial dari anak-anak dan keluarganya terhadap penyakit yang di derita klien.

Keluarga klien mengatakan klien memberitahu jika ada masalah penyakit yang diderita kepada keluarga tentang keluhan-keluhan yang di rasakannya, keluarga membantu aktivitasnya yang tidak dapat dilakukan sendiri.

4. Lingkungan

Keluarga mengatakan keadaan rumah klien terbebas dari polusi udara, setelah klien pensiun dari TNI klien berkebun, tidak ada pekerjaan klien yang mengancam nyawa.

5. Pola Kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit:

a. Pola Nutrisi dan Cairan

Pola nutrisi: sebelum sakit, keluarga klien mengatakan klien makan oral 3x sehari dengan nafsu makan baik, klien suka memakan makanan yang dibeli anaknya dari luar seperti nasi goreng, klien makan tepat waktu. BB klien sebelum sakit 58 kg. Saat sakit, keluarga klien mengatakan klien makan oral 3x sehari, nafsu makan klien menurun sejak 2 hari yang lalu, klien hanya menghabiskan 2-3 sendok makanan, klien batuk saat makan, dan kadang memuntahkannya klien makan sedikit makanan tambahan yang disediakan rumah sakit yaitu bubur kacang hijau. Saat masuk RS BB klien 55 kg terjadi penurunan berat badan 3 kg saat klien sakit.

BB ideal menurut rumus *brosca*: $((168-100) - (168-100) \times 10 \%) = 61$ kg)

Pola cairan: sebelum sakit, keluarga mengatakan klien minum melalui oral klien minum air putih 8 gelas perhari diselingi teh 2 gelas total volume cairan kira-kira 2000 cc/hari. Saat sakit, asupan cairan *oral* dengan jenis air putih dan teh dengan frekuensi 1 gelas sehari (setara 200 cc). Terpasang infus RL 20 tetes/menit, dalam 24 jam total cairan infus = 1500 cc/hari. Air metabolisme = $5\text{cc} \times 55 \text{ kg} = 275 \text{ cc/hari}$. Jumlah *intake* cairan = 1975cc

b. Pola Eliminasi

BAK: sebelum sakit klien tidak ada masalah saat buang air kecil, frekuensi buang air kecil 3-4 kali dalam sehari, jumlah urin yang keluar 1000 ml/hari, warna jernih tidak pekat, bau khas urin, dan tidak ada keluhan. Saat sakit, saat sakit klien terpasang *foley* kateter warna urine kuning pekat bau khas urin *output* 500cc.

BAB: sebelum sakit keluarga klien mengatakan klien BAB 1x/hari klien bab di pagi hari warna kuning kecoklatan bau khas konsistensi padat tidak menggunakan obat pengencer. Saat sakit, klien bab 6x/hari waktu tidak teratur warna kuning kehijauan bau busuk konsistensi cair mengandung lendir kurang lebih 700cc.

Balance cairan, Intake: 200 cc (air minum) + 1500cc(cairan intravena) +275cc (Air metabolisme = $5\text{cc} \times 55\text{ kg} = 275\text{ cc/hari}$) jumlah = 1975cc Output: IWL = $15 \times 55 = 825\text{ cc/24 jam}$ + muntah 550cc + urine 500cc + feses 700cc jumlah 2575cc.

Balance cairan = intake – output = $1975 - 2575 = -600\text{cc}$

6. Pola Personal Hygiene

Sebelum sakit, keluarga mengatakan klien mandi 2x sehari pagi dan sore hari di lakukan mandiri, menggosok gigi dan mencuci rambut secara rutin saat mandi. Saat sakit, klien hanya dibasuh menggunakan kain basah dan dibantu oleh keluarganya, klien tidak gosok gigi hanya di basuh dengan handuk hangat di sekitar rongga mulut, rambut hanya di basuh dengan handuk hangat.

7. Pola istirahat dan tidur

Sebelum sakit, klien tidur setiap hari 6-8 jam/hari siang dan malam, keluarga mengatakan klien tidak mengalami kesulitan tidur. Saat sakit, keluarga klien mengatakan klien sulit tidur karena kondisi penyakitnya klien tidur 4-5 jam/hari pola tidur berubah, klien sering terjaga.

8. Pola aktivitas dan latihan

Sebelum sakit, keluarga klien mengatakan klien bisa melakukan aktivitasnya seperti biasa pergi berkebun. Saat sakit, klien tampak lemah dan lemas segala aktivitasnya dibantu oleh keluarga seperti bab, makan minum mandi, mengganti pakaian, dan membersihkan mulut. Skala aktivitas: 3 (0 – 4).

9. Pola Persepsi dan manajemen kesehatan

Keluarga klien mengatakan klien tidak merokok dan tidak minum-minuman keras, dan tidak ada ketergantungan obat klien mengetahui tentang penyakitnya yang sudah di deritanya lama, tindakan mengatasi masalah kesehatan yaitu dengan berobat ke pelayanan kesehatan.

10. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Dari hasil pemeriksaan klien dalam keadaan komposmentis, TD 140/100 mmHg, N 110x/menit, RR 24x/menit, S aksila 37⁰C, TB 168 cm, dan BB 55 kg.

b. Pemeriksaan fisik per sistem

Pemeriksaan sistem penglihatan menunjukkan mata klien cekung, posisi mata simetris, konjungtiva anemis, pergerakan bola mata normal, sklera merah, pupil merespon terhadap cahaya mengecil saat di dekati cahaya, tidak ada tanda-tanda radang, mata tampak lelah, tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

Pemeriksaan sistem pendengaran menunjukkan posisi telinga simetris tidak ada tanda peradangan fungsi pendengaran berkurang karna faktor usia, klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

Pemeriksaan sistem wicara menunjukkan klien tidak bisa berbicara semenjak stroke yang di deritanya 3 tahun lalu klien berkomunikasi

dengan bahasa isyarat, pelo. CN XII hipoglossus terganggu klien tidak bisa menggunakan lidah dengan maksimal seperti menelan maupun berbicara.

Pemeriksaan sistem pernafasan menunjukkan klien tidak sesak nafas, frekuensi nafas 24x/menit irama teratur. Kedalaman dalam, klien batuk tanpa sputum, tidak menggunakan otot bantu pernafasan.

Pemeriksaan sistem kardiovaskuler menunjukkan denyut nadi 110x/menit lokasi pemeriksaan di nadi *radialis* dengan kualitas nadi lemah dan cepat, tidak ada distensi vena *jugularis*, kulit teraba hangat, warna kulit pucat, turgor kulit menurun, pengisian kapiler 1 detik, tidak ada edema.

Pemeriksaan sistem neurologi menunjukkan hasil pemeriksaan *GCS*: (E₄V_{afasia}M₆). Klien tampak lemah. Tidak ada tanda-tanda peningkatan tekanan intra kranial. Klien ada gangguan di saraf VII fasialis dan XII hipoglossus. Klien memiliki kemampuan motorik, koordinasi otot dengan kekuatan otot 4, menunjukkan kekuatan otot klien dapat menggerakkan sendi, dapat melawan pengaruh gravitasi tetapi tidak kuat terhadap tahanan yang diberikan oleh pemeriksa disertai dengan kemampuan otot terhadap tahanan yang ringan.

Pemeriksaan sistem pencernaan menunjukkan mulut klien tampak kering, dan terdapat jamur di rongga mulut klien. Nyeri daerah ulu hati dan sekitar umbilikus, nyeri tidak menyebar, skala nyeri 6 metode yang digunakan skala FLACC (*Face, Legs, Activity, Crying, Consolability*) dengan hasil wajah menunjukkan mengernyit skor = 1, kaki menunjukkan gelisah, skor = 1, aktivitas menunjukkan menyentak skor = 2, menangis menunjukkan rintihan skor = 1, konsolabilitas menunjukkan mudah teralihkan sesekali skor = 1, nyeri tekan bagian kiri kuadran bawah, klien muntah, bab 6 x dalam sehari dengan konsistensi cair dan berlendir, bising usus hiperaktif 33 kali.

Pemeriksaan sistem imunologi dan endokrin menunjukkan tidak ada pembesaran kelenjar getah bening, tidak terdapat luka bakar, *tremor*, pembesaran kelenjar tiroid maupun tanda-tanda peningkatan kadar gula darah.

Pemeriksaan sistem urogenital menunjukkan tidak ada nyeri tekan, tidak ada nyeri perkusi. Klien terpasang kateter, keadaan genital bersih.

Pemeriksaan sistem integumen menunjukkan warna rambut klien hitam dan putih uban bersih, kulit tampak kering, turgor kulit menurun, kuku bersih dan pendek, tidak ada tanda-tanda radang pada kulit.

Pemeriksaan sistem muskuloskeletal menunjukkan selama sakit klien mengalami kesulitan beraktivitas, keterbatasan dalam pergerakan karena terpasang kateter, tidak ada sakit pada tulang atau sendi dan tidak ada tanda-tanda fraktur tonus otot lemah tidak ada kelainan bentuk tulang dan otot, tidak ada tanda-tanda radang pada sendi, tidak menggunakan alat bantu.

11. Pemeriksaan Penunjang

Klien dilakukan 3 jenis pemeriksaan diagnostik, pemeriksaan laboratorium darah tanggal 14 Oktober 2019 pada tabel 2.1, pemeriksaan

Tabel 3.1

Hasil pemeriksaan laboratorium darah

No	Nama pemeriksaan	Hasil	Nilai normal
1.	SGOT / AST	54 U/L	5 – 40 U/L
2.	SGPT / ALT	31 U/L	5 – 41 U/L
3	<i>Ureum</i>	20 mg/dL	15 – 39 mg/Dl
4	<i>Kreatinin</i>	1.0	L : 0.9 – 1.2 P : 0.6 – 1.1
5.	WBC (<i>leukosit</i>)	13.15 x 10 ³ /uL	4.00 – 10.00
6.	RBC (<i>eritrosit</i>)	4,28 x 10 ⁶ /uL	3.50 – 5.50
7.	HGB (<i>hemoglobin</i>)	13.19 g/Dl	11.0 – 16.0
8.	PLT (<i>Trombosit</i>)	428 x 10 ³ /uL	150 – 450
9.	Gula darah sewaktu	124/dL	100 – 200 mg/dL

Tabel 3.2

Hasil pemeriksaan USG upper dan lower abdomen

Hepar	ukuran dan echostruktur normal, permukaan licin, sistem bilier dan vasculer intrahepatal tak prominem, tak tampak massa.
Vesica felea	ukuran normal, tak tampak menebal, tak tampak massa batu maupun sludge
Lien	ukuran dan echostruktur normal
Pancreas	ukuran normal, echostruktur normal
Ren Dextra	ukuran normal, echostruktur meningkat, batas cortex echostruktur meningkat, batas cortex dan medulla mengabur, spc tak melebar
Vesica urinaria	terisi cairan, dinding tampak reguler tak tebal, tak tampak batu maupun massa
Prostat	ukuran dan echostruktur normal, tak tampak massa

Hasil pemeriksaan Laboratorium feses Tn. G di ruang VIP B RSD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 16 Oktober yaitu warna feses coklat kekuningan, konsistensi cair, tidak ada telur cacing, amoeba, maupun sel epitel.

12. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis yang diberikan pada Tn. G di ruang VIP B RSD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara tanggal 15 s/d 17 Oktober 2019 sebagai berikut:

Tabel 3.3

Penatalaksanaan medis pada Tn. G

15 Oktober 2019	16 Oktober 2019	17 Oktober 2019
1. Infus ringer laktat 20tpm Injeksi intra vena: 1. ceftriaxone 2x1 gr 2. ondansetron 3x25 mg 3. omeprazole 1 x 40 mg	1. Infus ringer laktat 20tpm Injeksi intra vena: 1. ceftriaxone 2x1 gr 2. ondansetron 3x25 mg 3. omeprazole 1 x 40 mg	1. Infus ringer laktat 20tpm Injeksi intra vena: 1. ceftriaxone 2x1 gr 2. ondansetron 3x25 mg 3. omeprazole 1 x 40 mg
Oral: 1. antasida syrup 3x1 sdm . 2. nistatin 4 x 1 cc sulcolon 2 x 1 kaplet	Oral: 1. antasida syrup 3x1 sdm . 2. nistatin 4 x 1 cc sulcolon 2 x 1 kaplet	Oral: 1. antasida syrup 3x1 sdm . 2. nistatin 4 x 1 cc sulcolon 2 x 1 kaplet

13. Data Fokus

Data senjang dari hasil pengkajian yang dilakukan tanggal 14 Oktober 2019 sebagai berikut:

Tabel 3.4

Data fokus

Data subyektif	Data obyektif
<i>1</i>	<i>2</i>
a Keluarga mengatakan klien Bab 6 kali dalam sehari konsistensi cair dan berlendir	a Kulit klien tampak kering
b Keluarga mengatakan nafsu makan klien menurun	b Klien tampak pucat
Keluarga mengatakan klien muntah	c Klien tampak memuntahkan makanan
	d Turgor kulit menurun
	e Mata klien cekung

1	2
<p>3 kali dalam sehari</p> <p>c Keluarga mengatakan klien sulit untuk beristirahat</p> <p>d Keluarga mengatakan klien susah untuk tidur</p> <p>e Keluarga mengatakan pola tidur klien terganggu</p> <p>f Keluarga mengatakan klien sering memegang perutnya dan meringis kesakitan.</p>	<p>f Mukosa tampak kering</p> <p>g Klien tampak lemah</p> <p>h Feses cair dan berlendir</p> <p>i Klien tampak meringis kesakitan</p> <p>j Klien memegang nyeri dibagian perut</p> <p>k Skala nyeri 6 (0-10) diukur dengan skala FLACC</p> <p>l Bising usus hiperaktif 33x</p> <p>m Terjadi penurunan berat badan kurang lebih 3 kg</p> <p>n <i>Intake</i>: 200 cc(air minum) + 1500cc(cairan intravena) +275cc (Air metabolisme = 5cc x 55 kg = 275 cc/hari) jumlah = 1975cc</p> <p>o <i>Output</i>: IWL = 15 X 55 = 825 cc/24 jam + muntah 550cc + urine 500cc + feses 700cc jumlah 2575cc.</p> <p>p Balance cairan = intake – output = 1975- 2575= -600cc</p> <p>q Nadi teraba lemah</p> <p>r Tekanan darah : 140/100 mmhg</p> <p>s Nadi: 110x/menit</p> <p>t Suhu : 37°C,</p> <p>u RR: 24x/m</p> <p>v</p> <p>w Aktifitas makan dan mandi dibantu oleh keluarga (istri)</p> <p>x Mata tampak lelah</p> <p>y Klien mendapatkan therapy infus RL 500cc/ 20tpm , Ceftriaxone 2 x 1 gr, Omeprazole 1 x 40 mg, Antasida 3 x 10 cc, Ondancetrone 3 x 4 mg, Nistatin 4 x 1 cc, Sulcolon 2 x 1 kaplet</p> <p>z Tidak mampu berbicara, Afasia, pelo</p>

14. Analisa Data

Analisa data keperawatan yang bermasalah pada pengkajian Tn. G adalah seperti tabel berikut:

Tabel 3.5
Analisa Data

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Keluarga mengatakan klien Bab 6 kali dalam sehari konsistensi cair dan berlendir b. Keluarga mengatakan klien muntah 3 kali dalam sehari <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Nadi teraba lemah dan cepat 110x/menit b. Turgor kulit menurun c. Membran mukosa kering d. volume urin menurun, 500cc per hari e. mata klien cekung f. <i>Intake</i>: 200 cc(air minum) + 1500cc (cairan intravena) + 275cc (Air metabolisme = 5cc x 55 kg = 275 cc/hari) jumlah = 1975cc g. <i>Output</i>: IWL = 15 X 55 = 825 cc/24 jam + muntah 550cc + urine 500cc + feses 700cc jumlah 2575cc. h. Balance cairan = intake – output = 1975- 2575= - 600cc 	Hipovolemia	Kekurangan <i>intake</i> cairan
2	<p>DS:</p> <ul style="list-style-type: none"> a Nyeri abdomen <p>DO:</p> <ul style="list-style-type: none"> a Suara peristaltik hiperaktif 33x/menit b Muntah c Skala nyeri 6 (0-10) diukur dengan skala flacc d Diare 	Disfungsi motilitas gastrointestinal	Makanan kontaminan

1	2	3	4
3	DS: a. Keluarga mengatakan klien sulit untuk tidur b. Keluarga mengatakan klien sering terjaga c. Keluarga mengatakan pola tidur klien berubah. DO: a. Klien tampak lemah b. Mata tampak lelah c. TD 140/100 mmhg	Gangguan pola tidur	Kurangnya kontrol tidur
4	DS:- DO: a. Tidak mampu berbicara b. Afasia c. Pelo	Gangguan komunikasi verbal	Gangguan neuromuskuler

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat ditegakkan berdasarkan data hasil pengkajian terhadap Tn. G adalah sebagai berikut:

1. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan *intake* cairan dibuktikan dengan mata cekung, nadi teraba lemah dan cepat 110x/menit, turgor kulit menurun, membran mukosa kering.
2. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan makanan kontaminan dibuktikan dengan nyeri abdomen, muntah, diare.
3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan mata tampak lelah, Tekanan darah 140/100 mmHg.
4. Gangguan komunikasi verbal berhubungan dengan gangguan neuromuskuler dibuktikan dengan tidak mampu berbicara, afasia, pelo.

Adapun prioritas diagnosa utama pada diagnosa keperawatan tersebut yaitu:

- a. Hipovolemia berhubungan dengan kekurangan *intake* cairan dibuktikan dengan klien mengeluh bab 6 kali sehari, muntah 3 kali, lemah, nadi teraba lemah, turgor kulit menurun, membran mukosa kering
- b. Disfungsi motilitas gastrointestinal berhubungan dengan makanan kontaminan dibuktikan dengan nyeri abdomen, muntah, diare.
- c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur dibuktikan dengan mata tampak lelah, Tekanan darah 140/100 mmHg.

C. Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan pada Tn.G terhadap tiga diagnosa utama yang penulis tegakkan berdasarkan prioritas pada tabel berikut :

Tabel 3.6
Rencana keperawatan Pada Tn. G

No	Diagnosa Keperawatan	Tujuan (NOC)	Intervensi (NIC)
1	2	3	4
1	Hipovolemia b.d kekurangan <i>intake</i> cairan	Keseimbangan cairan (0601) 1. Tekanan darah normal (5) 2. Denyut nadi radial teratur (5) 3. Keseimbangan intake dan output dalam 24 jam (5) 4. Berat badan stabil (5) 5. Turgor kulit elastis	Manajemen cairan (4120) 1. Jaga intake/ asupan yang akurat dan catat output klien 2. Monitor tanda-tanda vital klien 3. Monitor perubahan berat badan klien sebelum dan sesudah dialiasis 4. Berikan cairan, dengan tepat

1	2	3	4
		<p>(5)</p> <p>6. Kelembaban membran mukosa (5)</p> <p>Hidarasi (0602)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tidak kehausan (5) 2. Warna urine normal (5) 3. Diare teratasi (5) 	<p>Manajemen hipovolemi (4180)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor adanya tanda-tanda dehidrasi (misalnya, turgor kulit buruk, capillary refill 1. terlambat, nadi lemah, sangat haus, membran mukosa kering, dan penurunan urin output). 2. Tawarkan pilihan minum setiap 1 sampai 2 jam saat terjaga, jika tidak ada kontraindikasi 3. Monitor rongga mulut dari kekeringan dan/ atau membran mukosa yang pecah.
2	<p>Disfungsi motilitas gastrointestinal b.d makanan kontaminan</p>	<p>Eliminasi usus (0501)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pola eliminasi (5) 2. Kontrol gerakan usus (5) 3. Warna feses (5) 4. Feses lembut dan berbentuk (5) 5. Suara bising usus (5) <p>Fungsi gastrointestinal (1015)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nafsu makan (5) 2. Frekuensi BAB (5) 3. Nyeri perut (5) 6. Muntah (5) 	<p>Manajemen saluran cerna (0403)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna dengan cara yang tepat 2. Monitor bising usus 3. Anjurkan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja 4. Instruksikan klien mengenai diet makanan tinggi serat dengan cara yang tepat <p>Intubasi gastrointestinal (1080)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilih jenis ukuran selang nasogastrik dengan mempertimbangkan penggunaan dan rasionalisasi dilakukannya penyisipan 2. Jelaskan kepada klien dan keluarga mengenai alasan menggunakan selang gastrointestinal 3. Masukkan selang sesuai dengan protokol institusi 4. Tentukan penempatan selang yang benar dengan

1	2	3	4
			<p>mengamati tanda dan gejala (selang) masuk ke trakea,</p> <p>5. memeriksa warna tingkat pH aspirasi, memeriksa rongga mulut.</p> <p>Manajemen diare (0460)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Instruksikan pasien atau keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja 2. Anjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut 3. Amati turgor kulit secara bertahap 4. Ukur diare / output pencernaan 5. Timbang pasien secara berkala
3	Gangguan pola tidur b.d kurangnya kontrol tidur	<p>Tidur (0004)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jam tidur (5) 2. Kualitas tidur (5) 3. Pola tidur (5) 4. Perasaan (5) segar setelah tidur (5) 5. Tidur dari awal sampai habis di malam hari secara konsisten (5) 	<p>Peningkatan tidur (1850)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor/catat pola tidur klien dan jumlah jam tidur 2. Sesuaikan lingkungan (misalnya, kebisingan, cahaya, suhu, kasur, dan tempat tidur) untuk meningkatkan tidur 3. Dorong klien untuk menetapkan rutinitas tidur untuk memfasilitasi perpindahan dari terjaga menuju tidur 4. Anjurkan klien untuk menghindari makanan sebelum tidur dan minuman yang mengganggu tidur Anjurkan untuk tidur siang di siang hari, jika di indikasikan untuk memenuhi kebutuhan tidur 5. Ajarkan klien dan orang terdekat mengenai faktor yang berkontribusi terjadinya gangguan pola tidur

D. Implementasi dan Evaluasi

Implementasi dan Evaluasi pada Tn. G Tanggal 15-17 Oktober 2019 sebagai berikut:

Tabel 3.7

Catatan Perkembangan Tanggal 15-17 Oktober 2019

No	Tanggal	Implementasi	Evaluasi	Paraf
1	2	3	4	5
1	15.10.19	<p>Pukul : 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengukur tanda-tanda vital klien <p>Pukul 08.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Menimbang berat badan klien Meneruskan pemberian iinfus RL 20 tpm <p>Pukul 09.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengitung balance cairan Menganjurkan klien untuk minum 1 atau 2 jam sekali <p>Pukul 09. 10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memeriksa rongga mulut Menentukan adanya tanda-tanda dehidrasi (misalnya, turgor kulit buruk,sangat haus,membran mukosa kering) <p>Pukul 09.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan obat <i>Ceftriaxone</i> 1 gr melalui iv, <i>Ondacentrone</i> 25g melalui iv, <i>Nistatin</i> 1cc di rongga mulut. 	<p>S : pukul : 08.25</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan klien muntah 3x selama sehari <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga klien mengatakan mengkonsumsi air sekitar 200cc/24 jam <p>O : Pukul :08.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Klien tampak lemah TD: 140/100 mmHg N : 110x/menit T : 37⁰c BB : 55kg <p>Pukul : 11.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Membran mukosa kering Terdapat jamur di rongga mulut klien Turgor kulit menurun Intake 1975cc:(infus 1500cc, minum& makan 200cc, Air metabolisme 275cc) Output 2525cc: 	 Nanin

1	2	3	4	5
			<p>(urin 550cc, feses 700cc, muntah 550cc, IWL : 825cc) Balance cairan : 1975-2575 = -600cc</p> <p>6. Klien terpasang infus RL kolf ke 2</p> <p>A: Masalah belum teratasi</p> <p>P: Lanjutkan intervensi 1. manajemen cairan (4120) 2. manajemen hipovolemia (4180)</p>	
2	15.10.19	<p>Pukul : 11.00 WIB</p> <p>1. Monitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna dengan cara yang tepat</p> <p>Pukul : 11.15</p> <p>1. memeriksa bising usus 2. menganjurkan keluarga untuk mencatat warna, volume, frekuensi dan konsistensi tinja setiap klien bab</p> <p>Pukul : 11.30 WIB</p> <p>1. Memberikan obat <i>sulcolon</i> 1 kaplet.</p> <p>Pukul 11.40 WIB</p> <p>1. menjelaskan kepada klien dan keluarga mengenai alasan menggunakan selang gastrointestinal (NGT) 2. memasang NGT sesuai dengan SOP</p>	<p>S : Pukul : 11.05 WIB</p> <p>1 keluarga mengatakan klien bab 5x konsistensi encer dan berlendir berwarna hijau dan bau busuk</p> <p>2 keluarga mengatakan klien mengeluh nyeri dibagian perutnya</p> <p>pukul 11.45 WIB</p> <p>1. keluarga menyetujui pemasangan NGT pada klien</p> <p>O : Pukul 11.20 WIB</p> <p>1 bising usus 33x/menit</p> <p>2 Klien tampak meringis menahan nyeri</p> <p>Skala nyeri 6 (0-10) diukur dengan skala FLACC (wajah menunjukkan mengernyit skor = 1, kaki menunjukkan gelisah, skor = 1, aktivitas menunjukkan menyentak skor = 2,</p>	 Nanin

1	2	3	4	5
			<p>menangis menunjukkan rintihan skor = 1, konsolabilitas menunjukkan mudah teralihkan sesekali skor = 1)</p> <p>pukul 12.00 WIB 1. klien terpasang NGT</p> <p>A: masalah belum teratasi</p> <p>P: lanjutkan intervensi 1. manajemen saluran cerna (0403) 2. intubasi gastrointestinal (1080) 3. Manajemen diare (0460)</p>	
3	15.10.19	<p>Pukul 13.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. mencatat pola tidur klien dan jumlah tidur 2. memasang tanda harap tenang di depan kamar klien 3. membatasi jam kunjungan 	<p>S : Pukul 13.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. keluarga mengatakan klien sulit tidur 2. keluarga mengatakan klien sering terjaga 3. keluarga mengatakan pola tidur klien berubah 4. keluarga mengatakan klien hanya tidur 4 jam dalam sehari <p>O: pukul 13.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. terdapat lingkaran hitam di bawah kelopak mata klien 2. RR: 24x/menit 3. TD: 140/100 mmHg <p>A: masalah belum teratasi</p>	 Nanin

1	2	3	4	
			P: lanjutkan intervensi 1. Peningkatan tidur (1850)	
1	16.10.19	<p>Pukul 08.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Menimbang klien Melakukan pemeriksaan TTV Meneruskan pemberian RL 20 tpm <p>Pukul 09.00</p> <ol style="list-style-type: none"> Menentukan adanya tanda-tanda dehidrasi (misalnya, turgor kulit buruk, sangat haus, membran mukosa kering) Memonitor rongga mulut dari kekeringan dan membran mukosa yang kering <p>Pukul 11.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan obat <i>ceftriaxone</i> 1 gr melalui iv, <i>ondancetron</i> 25gr melalui NGT, <i>nistatin</i> 1cc di rongga mulut <p>Pukul 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mencatat dan memantau intake dan output cairan tiap hari Menghitung balance cairan 	<p>Pukul :08.25 WIB</p> <p>S :</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan klien muntah 1x Keluarga mengatakan klien makan melalui ngt dan minum air putih 1 gelas dalam sehari <p>O :</p> <p>Pukul : 10.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Membran mukosa lembab Klien terpasang infus kolf ke 5 Turgor kulit elastis CRT : 2 detik TD : 130/90 mmHg N: 90x/menit S : 36,9 °c BB : 55kg <p>Pukul : 11.20 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Intake 3275cc : (infus 1500cc, minum & makan 1500cc, Air metabolisme 275cc) Output 2225cc: (urin 700cc, feses 500cc, IWL : 825cc muntah 200cc) Balance cairan : 3275-2225= 1050cc <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan intervensi 1. Manajemen cairan 2. Manajemen hipovolemi</p>	 Nanin

1	2	3	4	5
2	16.10.19	<p>Pukul 11.30 WIB</p> <p>1. memonitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna Menganjurkan pasien untuk menghindari makanan pedas dan yang menimbulkan gas dalam perut</p> <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <p>1. Memberikan obat : <i>sulcolon</i> 1 kaplet melalui NGT</p> <p>Pukul : 12.00</p> <p>1. Memberikan <i>antasida</i> 10cc melalui NGT sebelum makan</p> <p>2. Memberikan makan bubur melalui NGT</p>	<p>S :</p> <p>Pukul : 11.40 WIB</p> <p>1. Keluarga mengatakan klien sesekali memegang perutnya dan meringis kesakitan</p> <p>Pukul: 11.45 WIB</p> <p>1. Keluarga klien mengatakan buang air besar berkurang 3 kali/hari konsistensi lembek warna feses kuning kecoklatan</p> <p>O :Pukul : 11.40 WIB</p> <p>1. Skala nyeri 2 diukur dengan skala FLACC (wajah menunjukkan sesekali mengernyit skor = 1, kaki menunjukkan posisi normal skor = 0, aktivitas menunjukkan diam skor = 0, menangis menunjukkan keluhan sesekali skor = 1, konsolabilitas menunjukkan santai skor = 0)</p> <p>Pukul : 12.10 WIB</p> <p>1. Klien tampak sedikit rileks</p> <p>A:Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : lanjutkan intervensi</p> <p>1 manajemen saluran cerna (0403)</p> <p>2 intubasi gastrointestinal (1080)</p> <p>3 Manajemen diare (0460)</p>	 Nanin

1	2	3	4	5
3	16.10.19	<p>Pukul : 13.30WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mengatur AC ruangan, membatasi jumlah pengunjung untuk mendukung istirahat, tidur yang adekuat dan membantu penurunan nyeri Menganjurkan klien untuk tidur siang di siang hari 	<p>S :</p> <p>Pukul : 13.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga mengatakan klien sudah bisa tidur tapi masih sering terbangun Keluarga mengatakan klien tidur di siang hari Keluarga mengatakan klien tidur kurang lebih 6 jam dalam sehari <p>O :</p> <p>Pukul : 13.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> TD : 130/90 mmHg Rr : 22x/menit <p>A: Masalah teratasi sebagian</p> <p>P : Lanjutkan Intervensi</p> <p>1. peningkatan tidur (1850)</p>	 Nanin
1	17.10.19	<p>Pukul : 08.30</p> <ol style="list-style-type: none"> Meneruskan cairan infus Ranger Laktat 20 tpm Menimbang berat badan klien <p>Pukul 10.30</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan obat <i>ceftriaxone</i> 1 gr melalui iv, <i>ondancetron</i> 25gr melalui NGT, <i>nistatin</i> 1cc di rongga mulut Menentukan apakah klien mengalami hidrasi (misal, membran mukosa lembab, tanda-tanda vital normal) <p>Pukul : 12.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pemeriksaan TTV 	<p>S :</p> <p>Pukul : 09.10 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga klien mengatakan mengkonsumsi air putih secara oral sebanyak 200cc/hari Klien sudah tidak muntah <p>O :</p> <p>Pukul : 08.35</p> <ol style="list-style-type: none"> BB : 56kg Klien terpasang infus RL kolf ke 8 <p>Pukul : 10.3 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Membran mukosa lembab Turgor kulit elastis 	 Nanin

1	2	3	4	5
		<p>Pukul : 17.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Mencatat dan memantau intake dan output cairan secara rutin 	<p>Pukul : 12.15 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> TD : 120/80 mmHg N : 86x/menit S : 36,5°c <p>Pukul : 17.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Intake 3475cc : (infus 1500cc, minum & makan 1700cc, Air metabolisme 275cc) Output 2225cc:(urin 1200cc, feses 200cc, IWL : 825cc) Balance cairan : 3475-2225 = 1250cc <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
2	17.10.19	<p>Pukul : 12.30 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memonitor buang air besar termasuk frekuensi, konsistensi, bentuk, volume dan warna Memonitor ttv Memonitor skala nyeri <p>Pukul : 12.40 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberi makan bubur 500cc melalui NGT <p>Pukul : 14.35 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Memberikan kebutuhan kenyamanan dan aktivitas lain yang dapat membantu relaksasi untuk memfasilitasi penurunan nyeri <p>Pukul 15.00 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Melepas NGT Melepas ngt dan melatih klien untuk menelan makanan <p>Pukul 15.10</p> <ol style="list-style-type: none"> Melakukan pendkes kepada klien untuk 	<p>S :</p> <p>Pukul : 12.45</p> <ol style="list-style-type: none"> Keluarga klien mengatakan BAB klien sudah berkurang 1 kali selama sehari konsistensi lembek warna feses kuning kecoklaltan Keluarga klien mengatakan klien sudah tidak mengeluh nyeri dan nafsu makan meningkat <p>O : Pukul : 12.55 WIB</p> <ol style="list-style-type: none"> Skala nyeri 0 diukur dengan skala FLACC (wajah menunjukkan tidak ada ekspresi skor = 0, kaki menunjukkan posisi santai skor = 0, aktivitas menunjukkan posisi duduk skor = 0, menangis menunjukkan bangun atau tidak menangis skor = 0, 	 Nanin

1	2	3	4	5
		<p>menghindari makanan yang dibeli dari luar karena tidak terjaga kebersihannya</p>	<p>konsolabilitas menunjukkan santai skor = 0) 2. Rr : 20 x/menit 3. TD: 120/80 mmHg</p> <p>Pukul 15.00 1. Klien tidak terpasang NGT</p> <p>A: Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan intervensi</p>	
3	17.10.19	<p>Pukul : 15.35 WIB 1. Memonitor pola tidur klien dan jumlah jam tidur</p> <p>Pukul : 15.00 WIB 1. Memberikan pendkes kepada klien hal-hal yang di lakukan jika klien tidak bisa tidur misalnya menghindari mengkonsumsi kopi sebelum tidur dan mematikan lampu kamar</p>	<p>S : Pukul : 15.45 1. Keluarga klien mengatakan klien tidur lebih dari 7 jam sehari 2. Keluarga klien mengatakan klien sudah tidak terbangun di tengah malam</p> <p>O : Pukul : 15.30 WIB 1. Klien tampak lebih bersemangat 2. TD: 120 mmHg 3. RR: 20x/menit</p> <p>A : Masalah teratasi</p> <p>P : Hentikan Intervensi</p>	 Nanin