

FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

Nama Mahasiswa : WIWI HARYATI
Tempat Praktik : RSU RAFFA MAJENANG
Tanggal : 23 – 25 MEI 2023

I. Identitas

A. Identitas Klien :

1. Nama : NY .Y Jenis Kelamin : P
2. Tempat/tanggal lahir : Cilacap, 29 Juni 1984
3. Golongan darah : B
4. Pendidikan terakhir : SMA
5. Agama : Islam
6. Suku : Jawa
7. Status perkawinan : kawin
8. Pekerjaan : IRT
9. Alamat : Majenang
10. Diagnosa medik : Dengue Fever DD DHF

B. Identitas Penanggung Jawab :

1. Nama : Tn.D
2. Umur : 39 th
3. Jenis kelamin : Laki - laki
4. Agama : Islam
5. Suku : Jawa
6. Hubungan dengan klien : Suami
7. Pendidikan terakhir : D3
8. Alamat : Majenang

II. Status Kesehatan

A. Status kesehatan saat ini

1. Alasan masuk rumah sakit/keluhan utama :
Demam sudah sejak 2 hari yang lalu, kepala dan sendi nyeri seperti di tusuk tusuk, nyeri bertambah jika beraktifitas dan berkurang jika istirahat, nyeri terus menerus, mual, tidak nafsu makan
2. Faktor pencetus :
Infeksi virus dengue
3. Lamanya keluhan : 2 hari sebelum masuk RS
4. Timbulnya keluhan : () bertahap (√) mendadak
5. Faktor yang memperberat : Jika beraktifitas

B. Status kesehatan masa lalu :

1. Penyakit yang pernah dialami (kaitkan dengan penyakit sekarang) :

pasien mengatakan belum pernah menderita sakit yang sama

2. Kecelakaan : Sakitnya pasien bukan karena kecelakaan

C. Pernah dirawat :

1. Penyakit : Demam Tifoid
2. Waktu : 2005
3. Riwayat operasi : 2010 SC

III. Pengkajian Pola Fungsi dan Pemeriksaan Fisik

A. Persepsi dan pemeliharaan kesehatan

1. Persepsi tentang kesehatan diri
Pasien mengatakan kesehatan sangat penting ,sehingga harus selalu menjaga kesehatannya,menjaga kebersihan,istirahat yang cukup
2. Pengetahuan dan persepsi pasien tentang penyakit dan perawatannya
Pasien sudah tahu kalo sakitnya adalah demam berdarah,sakitnya disebabkan oleh gigitan nyamuk aedes aegypti.Karena itu pasien berobat ke RS supaya mendapatkan penanganan yang tepat,karena menurut pasien jika tidak mendapatkan penanganan yang tepat bisa berbahaya dan mengancam nyawa,saat ini trombositnya rendah
3. Upaya yang biasa dilakukan dalam mempertahankan kesehatan
 - a. Kebiasaan diet yang adekuat, diet yang tidak sehat?
kebiasaan makan 3x sehari,makan porsi cukup kadang jajan fast food seminggu sekali
 - 2). Pemeriksaan kesehatan berkala, perawatan kebersihan diri, imunisasi
Pasien tidak pernah melakukan medical check up,hanya ke dokter jika sakit
 - 3). Kemampuan pasien untuk mengontrol kesehatan
 - a). Yang dilakukan bila sakit
Priksa ke dokter
 - b). Kemana pasien biasa berobat bila sakit
Ke dokter praktek,atau RS
 - c). Kebiasaan hidup (konsumsi jamu/rokok/alkohol/kopi/kebiasaan olah raga)
Merokok :- pak/hari, lama **tidak merokok** tahun
Alkohol :- lama - Tahun
Kebiasaan olah raga, jenis : tidak pernah olahraga , frekuensi : -

No	Obat/jamu yang biasa dikonsumsi	Dosis	Keterangan
	-	-	-

- d. Faktor sosial ekonomi yang berhubungan dengan kesehatan
 - 1). Penghasilan 3,5 juta
 - 2). Asuransi/jaminan kesehatan BPJS kesehatan
 - 3). Keadaan lingkungan tempat tinggal bersih

2. Nutrisi, cairan dan metabolik

- a. Gejala (subyektif)
- 1). Diet biasa (tipe) : **Nasi Lunak** jumlah makan/hari : **3x**
 - 2). Pola diit : **Lunak** makan terakhir : **Siang**
 - 3). Nafsu/selera makan : **tidak nafsu makan** Mual : Ya, waktu : terus menerus
 - 4). Muntah : (☒) tidak ada () ada, jumlah : -
 - 5). Nyeri ulu hati : () tidak ada (☒) ada,
Karakter/penyebab : adanya hepatomegali
 - 6). Alergi makanan : (☒) tidak ada () ada
 - 7). Masalah mengunyah/menelan : (☒) tidak ada
() ada, jelaskan
 - 8). Keluhan demam : () tidak ada (☒) ada,
Jelaskan **Demam tinggi 2 hari sebelum masuk RS, menggigil setiap demam**
 - 9). Pola minum/cairan : jumlah minum 400-600 cc
Cairan yang biasa diminum air putih
 - 10). Penurunan BB dalam 6 bulan terakhir : (☒) tidak ada () ada,
- b. Tanda (obyektif)
- 1). Suhu tubuh 39,8 °C
Diaphoresis : () tidak ada (☒) ada,
Jelaskan : Jika habis minum obat turun panas
 - 2). Berat badan : 68. kg Tinggi badan 165 cm
Turgor kulit : berkurang Tonus otot : baik
 - 3). Edema : (☒) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
 - 4). Ascites : (☒) tidak ada () ada,
 - 5). Integritas kulit perut : tidak ada Lingkar abdomen : cm
 - 6). Distensi vena jugularis : (☒) tidak ada () ada,
 - 7). Hernia/masa : (☒) tidak ada () ada, lokasi dan karakteristik
 - 8). Bau mulut/halitosis : (☒) tidak ada () ada
 - 9). Kondisi mulut/gigi/gusi/mukosa mulut dan lidah :
Bersih tidak ada karies gigi, mukosa kering

3. Pernafasan, aktivitas dan latihan pernafasan

- a. Gejala subyektif :
- 1). Dispneu : (☒) tidak ada () ada, jelaskan tidak ada
 - 2). Yang meningkatkan/mengurangi sesak : tidak ada
 - 3). Pemajanan terhadap udara berbahaya : tidak ada
 - 4). Penggunaan alat bantu : (☒) tidak ada () ada,.

- b. Tanda obyektif :
- 1). Pernafasan : frekuensi 18 x/mnt Kedalaman -
Simetris : ya
 - 2). Penggunaan alat bantu nafas tidak
Nafas cuping hidung C
 - 3). Batuk : tidak ada . Sputum (karakteristik) tidak ada
 - 4). Fremitus : tidak ada Bunyi nafas Vesikuler, rh-/-, wz -/-
 - 5). Egofofi : tidak ada Sianosis : tidak ada

4. Aktivitas (termasuk kebersihan diri dan latihan)

- a. Gejala subyektif :
- 1). Kegiatan dalam pekerjaan : kegiatan sehari hari mengurus rumah
 - 2). Kesulitan/keluhan dalam beraktivitas
 - a). Pergerakan : tubuh aktif
 - b). Kemampuan merubah posisi : (☒) mandiri () perlu bantuan,
Jelaskan
 - c). Perawatan diri (mandi, berpakaian, bersolek, makan, dll)
(☒) mandiri () perlu bantuan, jelaskan
 - 3). Toileting (BAB/BAK) : (☒) mandiri () perlu bantuan, jelaskan
 - 4). 4). Keluhan sesak nafas setelah beraktivitas : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 5). Mudah merasa kelelahan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
 - 6). Toleransi terhadap aktivitas : (☒) baik () kurang, jelaskan.
- b. Tanda obyektif :
- 1). Respon terhadap aktivitas yang teramati : pasien kooperatif
 - 2). Status mental (misalnya menarik diri, letargi) : tidak
 - 3). Penampilan umum :
 - a). Tampak lemah : () tidak (☒) ya, jelaskan tampak sakit dan menggigil
 - b). Kerapian berpakaian : rapi.
 - 4). Pengkajian neuromuskuler :

Masa/tonus : Baik.

Kekuatan otot : Baik, tidak ada kelemahan otot

Rentang gerak : Baik, tidak ada kelemahan anggota gerak

Deformitas : tidak ada.
 - 5). Bau badan : tidak , Bau mulut : tidak
Kondisi kulit kepala : tertutup jilbab.
Kebersihan kuku : bersih, kuku tdk panjang

5. Istirahat

- a. Gejala subyektif :
- 1). Kebiasaan tidur : tidur hanya malam hari aja
Lama tidur 6 jam
 - 2). Masalah berhubungan dengan tidur: sering terbangun karena nyeri dan demam

- a). Insomnia : (✓) tidak ada () ada
- b). Kurang puas/segar setelah bangun tidur : () tidak ada (✓) ada,
Jelaskan : lesu.
- c). Lain-lain, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Tampak mengantuk/mata sayu : () tidak ada (✓) ada
 - 2). Mata merah : () tidak ada (✓) ada
 - 3). Sering menguap : () tidak ada (✓) ada
 - 4). Kurang konsentrasi : () tidak ada (✓) ada

6. Sirkulasi

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Riwayat hipertensi dan masalah jantung : (✓) tidak ada
 - 2). Riwayat edema kaki : (✓) tidak ada
 - 3). Flebitis : tidak ada . (✓)
 - 4). Penyembuhan lambat : tidak ada
 - 4). Rasa kesemutan : tidak ada
 - 5). Palpitasi : tidak ada
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Tekanan darah 100/60 mmHg
 - 2). *Mean Arteri Pressure* (MAP) :73,3
 - 3). Nadi :
 - a). Karotis : teraba kuat
 - b). Femoralis : teraba kuat
 - c). Popliteal : teraba kuat
 - d). Jugularis : tidak tampak pembesaran vena jugularis
 - e). Radialis : teraba kuat
 - f). Dorsal pedis : teraba kuat
 - g). Bunyi jantung : S1 /S2 Frekuensi : 98x/mnt
Irama : reguler Kualitas : baik
 - h). Murmur : tidak ada Gallop : tidak ada
 - i). Pengisian kapiler : < 3 dtk
Varises : tidak ada Phlebitis : tidak ada
 - j). Warna membrane mukosa : Bibir : pucat
Konjungtiva : tidak anemis Sklera : tidak ikterik
Punggung kuku : tidak sianosis

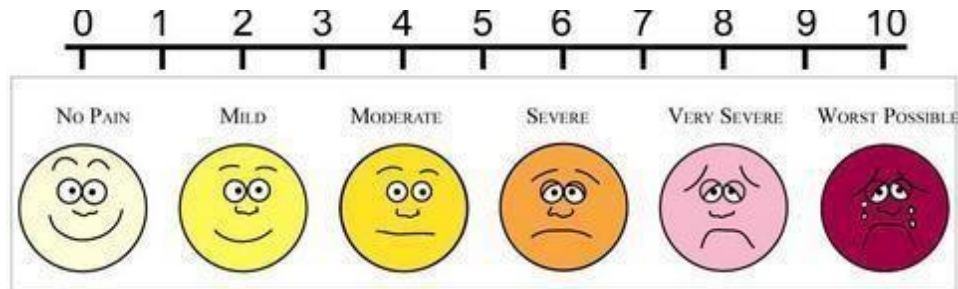
7. Eliminasi

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Pola BAB : frekuensi : 1x/hari konsistensi : padat
 - 2). Perubahan dalam kebiasaan BAB (penggunaan alat tertentu, misal : terpasang kolostomi/ileostomy) : tidak
 - 3). Kesulitan BAB : konstipasi : ya, pasien belum BAB semenjak sakit
Diare : tidak ada

- 4). Penggunaan laksatif : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 5). Waktu BAB terakhir : sebelum sakit (4 hari yang lalu)
- 6). Riwayat perdarahan : tidak ada
Hemorrhoid : tidak ada
- 7). Riwayat inkontinensia alvi : tidak ada
- 8). Riwayat penggunaan alat-alat (misalnya kateter) : tidak ada
- 9). Riwayat penggunaan diuretik : tidak ada
- 10). Rasa nyeri/terbakar saat BAK : tidak ada
- 11). Kesulitan BAK : tidak ada
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Abdomen :
 - a). Inspeksi : abdomen membuncit ada/~~tidak~~, jelaskan tampak kembung
 - b). Auskultasi : bising usus dbn Bunyi abnormal : (☒) tidak ada
() ada, jelaskan
 - c). Perkusi
Bunyi timpani () tidak ada(☒) adaKembung
() tidak ada(☒) adaBunyi
abnormal (☒) tidak ada () ada
Jelaskan.....
 - d). Palpasi :
Nyeri tekan : ya,di area epigastrik
Nyeri lepas : ya,di area epigastrik
Konsistensi : lunak
Massa : (☒) tidak ada () ada, jelaskan.....
Pola BAB : konsistensi blm BAB semenjak sakit 3 hari
Abnormal : () tidak ada (☒) ada, jelaskan konstipasi
Pola BAK : dorongan ada. Frekuensi 6-7x
Retensi tdk ada
Distensi kandung kemih : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
 - e). Karakteristik urin :
Jumlah 100 cc/tiap BAK Bau: Bau khas
 - f). Bila terpasang kolostomi/ileustomi : Tidak terpasang

8. Neurosensori dan kognitif

a. Gejala subyektif :



- 1). Adanya nyeri
P = paliatif : jika istirahat, provokatif : jika aktivitas
Q = nyeri seperti ditusuk tusuk
R = Kepala dan seluruh sendi
S = Skala 6-7 /10
T = terus menerus
 - 2). Rasa ingin pingsan/pusing : () tidak ada (☒) ada, jelaskan saat bangun dari tempat tidur
 - 3). Sakit kepala : lokasi nyeri : kepala bagian depan
Frekuensi :terus menerus
 - 4). Kesemutan/kebas/kelemahan : lokasi ...tdk ada
 - 5). Kejang : (☒) tidak ada () ada
 - 6). Mata : penurunan penglihatan (☒) tidak ada () ada,
 - 7). Pendengaran : penurunan pendengaran (☒) tidak ada () ada,
 - 8). Epistaksis : (☒) tidak ada () ada
- b. Tanda obyektif :
- 1). Status mental :
Kesadaran : (☒) komposmentis () apatis () somnolen () sopor () koma
 - 2). Skala coma Glasgow (GCS) : respon membuka mata (E) 4
Respon motorik (M) 6 respon verbal (V) 5
 - 3). Terorientasi/disorientasi : waktu : orientasi baik
Tempat :orientasi baik Orang :orientasi baik .
 - 4). Persepsi sensori : ilusi :tdk ada. Halusinasi tdk ada
Delusi tdk ada Afek tenang
Memori :
Saat ini : baik,pasien dapat menceritakan awal mula sakit mulai dirasakan

Masa lalu ingatan pasien baik, pasien bisa menceritakan kejadian yang telah lampau

Alat bantu penglihatan/pendengaran : (☒) tidak ada () ada, sebutkan
Reaksi pupil terhadap cahaya : ka/ki +/+

Ukuran pupil 3/3

8). Fascial drop - Postur tegap

Reflek dbn

9). Penampilan umum tampak kesakitan : () tidak ada (☒) ada

Respon emosional : tampak meringis dan mengerutkan dahi, penyempitan fokus

9. Keamanan

a. Gejala subyektif :

1). Alergi (catatan agen dan reaksi spesifik) :

Obat-obatan : tidak ada alergi obat

Makanan : tidak ada alergi makanan

2). Riwayat penyakit hubungan seksual : (☒) tidak ada () ada, jelaskan

3). Riwayat tranfusi darah : tidak ada

Riwayat adanya reaksi tranfusi tidak ada

4). Riwayat cedera : (☒) tidak ada () ada, sebutkan

5). Riwayat kejang : (☒) tidak ada () ada, sebutkan

b. Tanda Obyektif :

1). Suhu tubuh 39,8 °C Diaforesis : tidak

2). Integritas jaringan : baik, tidak ada kerusakan

3). Jaringan parut : (☒) tidak ada () ada, jelaskan

4). Kemerahan/pucat : () tidak ada (☒) ada, jelaskan muka
kemerahan

5). Adanya luka : luas : tidak ada luka, kedalaman - , Drainase - purulen -
Peningkatan nyeri pada luka -

6). Ekimosis/tanda perdarahan lain : tampak ptekie

7). Faktor resiko terpasang alat invasive : () tidak ada (☒) ada, jelaskan
flebitis

8). Gangguan keseimbangan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan

9). Kekuatan umum : baik, tonus otot : baik.

Parese/paralisa tidak ada

10. Seksual dan reproduksi

a. Gejala subyektif :

1). Pemahaman terhadap fungsi seksual : tdk terkaji

2). Gangguan hubungan seksual karena berbagai kondisi (fertilitas, libido, ereksi, menstruasi, kehamilan, pemakaian alat kontrasepsi atau kondisi sakit) : KB
IUD

- 3). Permasalahan selama aktivitas seksual : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
- 4). Pengkajian pada laki-laki : raba pada penis-.....
Gangguan prostat-.....
- 5). Pengkajian pada perempuan
 - a). Gangguan menstruasi (keturunan/keluhan)
nyeri saat haid
 - b). Riwayat kehamilan
P1 A0
 - c). Riwayat pemeriksaan ginekologi (pap smear)
tdk ada
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Pemeriksaan payudara
Tdk teraba benjolan
 - 2). Kutil genital, lesi : tidak terkaji

11. Persepsi diri, konsep diri dan mekanisme koping

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Faktor stress pasien tampak tenang
 - 2). Bagaimana pasien dalam mengambil keputusan (sendiri atau dibantu):
dibantu suami
 - 3). Yang dilakukan jika menghadapi suatu masalah (misalnya memecahkan masalah, mencari pertolongan/berbicara dengan orang lain, makan, tidur, minum obat-obatan, marah, diam, dll) : bicara dengan suami
 - 4). Upaya klien dalam menghadapi masalah sekarang :
Tenang
 - 5). Perasaan cemas/takut : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 6). Perasaan ketidakberdayaan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 7). Perasaan keputusasaan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 8). Konsep diri :
 - a). Citra diri : tidak ada gangguan
 - b). Ideal diri : tidak ada gangguan
 - c). Harga diri : tidak ada gangguan
 - d). Ada/tidak perasaan akan perubahan identitas : tidak ada gangguan
 - e). Konflik dalam peran : tidak ada gangguan
- b. Tanda obyektif :

- 1). Status emosional : (☒) tenang, () gelisah, () marah, () takut, () mudah tersinggung
- 2). Respon fisiologi yang terobservasi : perubahan tanda vital : ekspresi wajah mengerutkan dahi saat nyeri, tegang

12. Interaksi sosial

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Orang terdekat & lebih berpengaruh
Suami dan anak
 - 2). Kepada siapa pasien meminta bantuan jika menghadapi masalah
Suami
 - 3). Adakah kesulitan dalam keluarga (hubungan dengan orang tua, saudara, pasangan) : (☒) tidak ada () ada, sebutkan
.....
 - 4). Kesulitan berhubungan dengan tenaga kesehatan, klien lain : (☒) tidak ada () ada, sebutkan
- b. Tanda obyektif :
 - 1). Kemampuan berbicara : (☒) jelas () tidak jelas
Tidak dapat dimengerti (-) Afasia (-)
 - 2). Pola bicara tidak biasa/kerusakan
Tidak
 - 3). Penggunaan alat bantu bicara
Tidak
 - 4). Adanya trakeostomi
Tidak
 - 5). Komunikasi verbal/non verbal dengan keluarga/orang lain
Verbal
 - 6). Perilaku menarik diri : (☒) tidak ada () ada,
Sebutkan

13. Pola nilai kepercayaan dan spiritual

- a. Gejala subyektif :
 - 1). Sumber kekuatan bagi klien : keluarga .
 - 2). Perasaan menyalahkan Tuhan : (☒) tidak ada () ada,
Jelaskan
 - 3). Bagaimana klien menjalankan kegiatan agamanya : macam : sholat
..... frekuensi 5 x
 - 4). Masalah berkaitan dengan aktivitasnya tersebut selama dirawat : tidak ada
 - 5). Pemecahan oleh klien sholat sambal duduk
 - 6). Adakah keyakinan/kebudayaan yang dianut klien yang bertentangan dengan kesehatan : (☒) tidak ada () ada, jelaskan
.....
 - 7). Pertentangan nilai/kebudayaan/keyakinan terhadap pengobatan yang dijalani :
(☒) tidak ada () ada, jelaskan
.....

b. Tanda obyektif :

- 1). Perubahan perilaku : tidak ada
- 2). Menolak pengobatan : (☒) tidak ada (☐) ada, jelaskan
.....
- 3). Berhenti menjalankan aktivitas agama : (☒) tidak ada (☐) ada, jelaskan
.....
- 4). Menunjukkan sikap permusuhan dengan tenaga kesehatan : (☒) tidak ada
(☐) ada, jelaskan

Data Penunjang

1. Laboratorium

Tgl 22 mei 2023 : hasil AL : 3400,AT :137.000,HCT : 37,1,NS1 : positif
Tgl 23 mai 2023 : hasil AL : 2000,AT : 100.000,HCT 37
Tgl 24 mei 2023 : hasil AL ; 1600,AT : 82.000,HCT : 38,7 (pkl 06.00)
Tgl 24 mei 2023 : hasil AL ; 1200,AT : 61.000,HCT : 37,9 (pkl 12.00)
Tgl 24 mei 2023 : hasil AL ; 1900,AT : 50.000,HCT : 34,6 (pkl 18.00)
Tgl 25 mei 2023 : hasil AL ; 2600,AT : 31.000,HCT : 36,3 (pkl 00.00)
Tgl 25 mei 2023 : hasil AL ; 3800,AT : 25.000,HCT : 36,4 (pkl 06.00)
Tgl 25 mei 2023 : hasil AL ; 3600,AT : 22.000,HCT : 37,4 (pkl 12.00)

2. Radiologi

Tidak dilakukan

3. EKG

Tidak Dilakukan

4. USG :

Tidak Dilakukan

5. CT Scan

Tidak Dilakukan

6. Pemeriksaan lain

Tidak Dilakukan

7. Obat-obatan

Tgl 23 mei 2023 : Infus : RL 4000 cc/24 jam
Injeksi : PCT 500 mg/8jam
OMZ 40 mg/ 24 jam
Dexametason 10mg/12 jam
P/O : Psidii cap 2x1

Tgl 24 mei 2023 : :Infus ; RL 4000 cc/24 jam
Injeksi : PCT 500 mg/8jam
OMZ 40 mg/ 24 jam
Dexametason 10mg/12 jam
P/O : Psidii cap 2x1
Kalnex tab 3x 500 mg

8. Diet

Nasi lunak

ANALISA DATA

No	Tgl/Jam	Data Fokus	Etiologi	Problem
	23 mei 23	DS : Pasien mengatakan demam sejak 2 hari sebelum masuk RS DO : Mata dan Muka pasien tampak merah,akral teraba hangat,tampak menggigil TD : 100/60 mmhg Temp : 39,8 dercel HR : 98x/mnt RR : 18 xmnt	Proses penyakit	Hipertermia
	23 mei 23	DS: Pasien mengatakan kepala dan sendinya sakit dan tidak bias tidur nyenyak karena nyeri P: nyeri bertambah saat aktivitas ,berkurang saat istirahat Q:nyeri seperti ditusuk tususk R: Kepala dan seluruh sendi S: 6-7 /8 T: Terus menerus DO : Pasien tampak meringis,tampak mengerutkan dahi,lesu, TD : 100/60 mmhg HR : 98 x/mnt	Agen pencedera fisiologis	Nyeri Akut
	23 mei 23	DS : Pasien mengatakan sakit DB dan hasil trombositnya rendah DO : pasien tampak lemes,tampak ptekie	-	Risiko Perdarahan
	23 mei 23	DS: Pasien mengatakan mual,perut kembung dan tidak nafsu makan DO: tampak tidak menghabiskan porsi yang disajikan	Distensi Lambung	Nausea

Diagnosa Keperawatan dan Prioritas Diagnosa

No	Tgl/Jam	Diagnosa	Prioritas
1	23 mei 23	Nyeri akut B.D agen pencedera fisiologis D.D pasien mengeluh nyeri,pasien tampak meringis,Sulit tidur,HR 98x/mnt.	I
2.	23 mei 23	Hipertermia B.D Proses penyakit D.D akralk teraba hangat,shu tubuh tinggi (39,8 dercel),kulit dan muka tampak merah,HR 98 x /mnt	II
3.	23 mei 23	Nausea B.D distensi lambung D.D pasien mengeluh mual,tidak nafsu makan,mengeluh ingin mual	III
4.	23 mei 23	Risiko perdarahan D.D Gangguan koagulasi (trombositopenia)	IV

RENCANA KEPERAWATAN

No	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI																				
1	23 mei 23	Nyeri akut B.D agen pencedera fisiologis	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam ,maka Tingkat nyeri menurun,dengan K.H : <table><tr><th>NO</th><th>INDIKATOR</th><th>IR</th><th>ER</th></tr><tr><td>1.</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Mual</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Kesulitan Tidur</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	NO	INDIKATOR	IR	ER	1.	Keluhan nyeri	3	5	2.	Meringis	3	5	3.	Mual	3	5	4.	Kesulitan Tidur	3	5	1. MANAJEMEN NYERI OBSERVASI : 1. Identifikasi lokasi,karakteristik,kualitas ,durasi,frekuensi dan kualitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon non verbal terhadap nyeri 4. Identifikasi factor yang memperberat dan memperingan nyeri 5. Identifikasi pengaruh nyeri terhadap kualitas hidup 6. Monitor efek samping penggunaan analgetik TERAPEUTIK: 1. Berikan teknik nonfarmakologis : relaksasi 2. Kontrol lingkungan yang memperberat nyeri 3. Fasilitasi istirahat tidur 4. Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri EDUKASI: 1. Jelaskan penyebab ,periode,dan pemicu nyeri 2. Jelaskan strategi meredakan nyeri 3. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri 4. Ajarkan teknik nonfarmakologis :relaksasi KOLABORASI : Kolaborasi pemberian analgetik K/P 2. TEKNIK RELAKSASI OBSERVASI : 1. Identifikasi penurunan tingkat energi,ketidakmampuan berkonsentrasi 2. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan 3. Identifikasi kesediaan ,kemampuan dari
NO	INDIKATOR	IR	ER																					
1.	Keluhan nyeri	3	5																					
2.	Meringis	3	5																					
3.	Mual	3	5																					
4.	Kesulitan Tidur	3	5																					

2.	23 mei 23	Hipertermia B.D Proses penyakit	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam ,maka Termoregulasi membaik ,dengan K.H : <table><tr><td>N O</td><td>INDIKATOR</td><td>I R</td><td>E R</td></tr><tr><td>1.</td><td>Menggigil</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Kulit merah</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Pucat</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Takikardi</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	N O	INDIKATOR	I R	E R	1.	Menggigil	3	5	2.	Kulit merah	3	5	3.	Pucat	3	5	4.	Takikardi	3	5	penggunaan teknik sebelumnya 4. Periksa ketegangan otot,HR,TD,Temp sebelum dan sesudah latihan TERAPEUTIK: 1. Ciptakan lingkunagn yang tenang dan tanpa gangguan 2. Gunakan pakaian yang longgar/nyaman 3. Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik EDUKASI : 1. Jelaskan tujuan ,manfaat,batasan dan jenis relaksasi 2. Anjurkan mengambil posisi yang nyaman 3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih. MANAJEMEN HIPERTERMIA OBSERVASI : 1. Identifikasi penyebab hipertermia 2. Monitor suhu tubuh 3. Monitor kadar elektrolit 4. Monitor haluaran urin 5. Monitor komplikasi akibat hipertermia TERAPEUTIK : 1. Sediakan lingkunagn yang dingin 2. Longgarkan pakaian 3. Berikan cairan oral 4. Berikan O2 K/P EDUKASI : 1. Anjurkan tirah baring KOLABORASI : 1. Kolaborasi pemberian cairan elektrolit IV
N O	INDIKATOR	I R	E R																					
1.	Menggigil	3	5																					
2.	Kulit merah	3	5																					
3.	Pucat	3	5																					
4.	Takikardi	3	5																					

3.	23 mei 23	Nausea B.D distensi lambung	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam ,maka Tingkat nausea menurun ,dengan K.H : <table><tr><td>N O</td><td>INDIKATOR</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>1.</td><td>Perasaan ingin muntah</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Takikardi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Pucat</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Nafsu Makan</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	N O	INDIKATOR	IR	ER	1.	Perasaan ingin muntah	3	5	2.	Takikardi	3	5	3.	Pucat	3	5	4.	Nafsu Makan	3	5	MANAJEMEN MUAL OBSERVASI : 1. Identifikasi pengalaman mual 2. Identifikasi dampak mual terhadap kualitas hidup 3. Identifikasi faktor penyebab mual 4. Identifikasi antiemetic untuk mencegah mual 5. Monitor asupan nutrisi dan kalori TERAPAUTIK : 1. Kendalikan faktor lingkungan penyebab mual 2. Kurangi atau hilangkan penyebab mual 3. Berikan makanan dalam jumlah kecil 4. Berikan makanan dingin ,cairan bening,tidak berbau EDUKASI : 1. Anjurkan istirahat dan tidur yang cukup 2. Anjurkan untuk gosok gigi 3. Anjurkan makanan tinggi karbohidrat dan rendah lemak KOLABORASI : 1. Kolaborasi pemberian antiemetik ,K/P
N O	INDIKATOR	IR	ER																					
1.	Perasaan ingin muntah	3	5																					
2.	Takikardi	3	5																					
3.	Pucat	3	5																					
4.	Nafsu Makan	3	5																					

4.	23 mei 2023	Risiko perdarahan D.D Gangguan koagulasi (trombositopenia)	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x 24 jam ,maka Tingkat perdarahan menurun ,dengan K.H : <table><tr><td>N O</td><td>INDIKATOR</td><td>IR</td><td>ER</td></tr><tr><td>1.</td><td>Hemoglobin</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Hematokrit</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>3.</td><td>Tekanan Darah</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>4.</td><td>Frekuensi Nadi</td><td>3</td><td>5</td></tr><tr><td>5.</td><td>Suhu Tubuh</td><td>3</td><td>5</td></tr></table>	N O	INDIKATOR	IR	ER	1.	Hemoglobin	3	5	2.	Hematokrit	3	5	3.	Tekanan Darah	3	5	4.	Frekuensi Nadi	3	5	5.	Suhu Tubuh	3	5	PENCEGAHAN PERDARAHAN OBSERVASI : 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit ,Hb, sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor TTV orstostatik TERAPEUTIK 1. Pertahankan bedrest selama perdarahan 2. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vit K 3. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan KOLABORASI : 1. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan K/P
N O	INDIKATOR	IR	ER																									
1.	Hemoglobin	3	5																									
2.	Hematokrit	3	5																									
3.	Tekanan Darah	3	5																									
4.	Frekuensi Nadi	3	5																									
5.	Suhu Tubuh	3	5																									

IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

	Tgl/Jam	Implementasi	Evaluasi Tindakan	TTD>Nama
	23 mei 2023 10.00	- Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, kualitas ,durasi,frekuensi dan kualitas nyeri - Mengukur TTV suhu tubuh,TD,HR,RR, - mengidentifikasi respon non verbal terhadap nyeri	S : pasien mengatakan nyeri kepala dan sendi seluruh badan P paliatif : jika istirahat, provokatif : jika aktivitas Q = nyeri seperti ditusuk tusuk R = Kepala dan seluruh sendi S= 6-7 /10 T= terus menerus O: KU pasien tampak tegang,lesu,meringis,megerutkan dahi, TD : 100/60 mmhg Temp : 39,8 dercel HR : 98x/mnt RR : 18 xmnt	wiwi
	12.00	- Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan - Memberikan penjelasan penyebab ,periode,dan pemicu nyeri - Memberikan penjelasan strategi meredakan nyeri - Mengajarkan teknik nonfarmakologis :relaksasi benson	S : Pasien mengatakan jika nyeri dirasa sudah tidak tahan,biasanya minta obat ke perawat Pasien mengatakan mau mencoba teknik relaksasi yang akan diajarkan O : Pasien tampak memperhatikan dan menganggukan kepala dan mempraktekkan teknik relaksasi yang diajarkan	
		- Kolaborasi medis : Memberikan injeksi paracetamol 500 mg IV	S : Pasien mengatakan biasanya setelah di berikan obat turun panas akan berkeringat banyak O : -	
		- Memberikan lingkungan yang nyaman dengan mengatur suhu pendingin ruangan dan membantu pasien mengganti	S : Pasien mengatakan suhu ruangnya sudah nyaman dan minta tolong untuk dibantu ganti baju O : -	

		baju yang longgar dan menyerap keringat		
	14.00	- Memberikan diit - Mengidentifikasi pengalaman mual pasien sebelumnya - Memonitor asupan Nutrisi dan Kalori	S: Pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan, Biasanya kalo mual pasien hanya bias makan buah sedikit sedikit,tidak mau makan makanan yang ber bumbu dan ber aroma tajam O : Porsi makan hanya di makan setengah sendok	
		- Menganjurkan pasien untuk istirahat dan tidur - Menutup tirai kamar supaya ruangan lebih redup dan mengatur suhu AC	S : Pasien mengatakan akan mencoba untuk istirahat O :Ruangan redup dan suhu lebih nyaman	
		- Memonitor tanda dan gejala perdarahan - Menganjurkan pasien untuk mempertahankan bedrest - Menganjurkan meningkatkan asupan makanan dan vit K - Menganjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan	S : Pasien mengatakan mulai muncul bintik merah di badan dan tangan,tidak ada mimisan maupun gusi berdarah O : Pasien tampak lemes TD : 90/60 mmhg HR : 100 x/mnt RR : 18 x/mnt Temp : 37,6 dercel	
	24 Mei 2023			
	10.00	- Mengidentifikasi lokasi,karakteristik, kualitas,durasi,frekuensi dan kualitas nyeri - Mengukur TTV suhu tubuh,TD,HR,RR, - mengidentifikasi respon non verbal	S : pasien mengatakan nyeri kepala dan sendi seluruh badan P paliatif : jika istirahat, provokatif : jika aktivitas Q = nyeri seperti ditusuk tusuk R = Kepala dan seluruh sendi S= 7 /10 T= terus menerus	

		terhadap nyeri	O: KU pasien tampak tegang,lesu,meringis,megerutkan dahi, TD : 96/60 mmhg Temp : 38 dercel HR : 104 x/mnt RR : 18 x/ mnt	
		- Mengajarkan teknik nonfarmakologis :teknik relaksasi benson	S : Pasien mengatakan bersedia untuk diajarkan teknik relaksasi benson O : Pasien tampak mempraktekan teknik relaksasi benson yang diajarkan	
		- Kolaborasi medis : Memberikan injeksi paracetamol 500 mg IV	S : Pasien mengatakan biasanya setelah di berikan obat turun panas akan berkeringat banyak,dan sudah mulai turun demamnya sudah tidak menggigil lagi O : -	
	12.00	- Mengambil sampel darah - Mengukur TTV	S :Pasen mengatakan bersedia diambil darah O: KU tampak lemes,lesu TD : 100/70 mmhg Temp : 37,5 dercel HR : 100 x/mnt RR : 16 x/ mnt	
	13.00	- Memonitor tanda dan gejala perdarahan - Memonitor nilai HCT,AT,HB - Menganjurkan pasien untuk meningkatkan asupan cairan dan nutrisi	S : Pasien mengatakan tidak ada gusi berdarah,mimisan O : hasil AL : 1200 AT : 61.000 HCT : 37,9 HB : 12	
	15.00	- Menganjurkan pasien untuk mengulangi teknik relaksasi benson	S :Pasien mengatakan bersedia mengulangi O :-	

	25 Mei 2023	- Memonitor tanda dan gejala perdarahan - Memonitor nilai HCT,AT,HB	S : Pasien mengatakan lemes dan tidak ada mimisan ,tidak ada gusi berdarah tapi bintik merah makin banyak O : hasil AL : 3800 AT : 25.000 HCT : 36,4 HB : 12	
	09.00	- Mengukur TTV dan monitor KU pasien - Menganjurkan pasien untuk segera melaporkan jika terjadi perdarahan	S : - O : KU tampak lemes Kesadaran : Composmentis TD : 88/60 mmhg HR : 106 x /mnt RR : 18 x/mnt Temp : 37,9 dercel	
	12.00	- Memonitor TTV dan perdarahan - Memonitor KU dan TTV - Kolaborasi medis : konsul DPJP : Advice : Awasi KU dan Tanda syok Tambah terapi : Kalnek 3 x 500mg RI loading 500 cc habis dalam 1jam	S : Suami pasien melaporkan ke perawat jika istrinya ada perdarahan lewat jalan lahir O : - S : Pasien mengatakan keluar darah merah segar dan banyak dari jalan kahir padahal bukan di jadwal haidnya,dan perut bagian bawah tidak nyeri seperti kalua pasien haid O : Pasien tampak lemes,tampak seprei dan baju pasien ada noda darah, TD : 90/ 60 mmhg HR : 100x/mnt RR : 18 x/mnt Nadi teraba kuat mengangkat,akral teraba basah keringat,pasen tampak pucat, hasil AL : 3600 AT : 22.000 HCT : 37,4	

	12.30	- Menganjurkan pasien untuk tetap bedrest selama perdarahan - Membantu mengganti pakaian dan laken	S : - O : Pasien tampak tiduran sambil melakukan relaksasi benson	
	13.00	- Memonitor perdarahan pasien - Monitor TTV	S : Pasien mengatakan darahnya masih terus keluar dan sudah ganti pembalut 3x sejak jam 12.00 O : KU pasien tampak lemes, TD : 90/ 60 mmhg HR : 96x/mnt RR : 18 x/mnt Temp : 38 dercel Nadi teraba kuat mengangkat,akral teraba hangat,pasen tampak pucat,BAK 3x	
	16.00	- Memonitor KU	S : - O : Pasien tampak sedang melakukan relaksasi benson	
	16.30	- Memberikan diit	S : Pasien mengatakan belum nafsu makan dan kalau meghirup aroma sayur mual makin bertambah O : Pasien tampak hanya mengambil buah yang di sajikan.	

--	--	--	--	--

CATATAN PERKEMBANGAN

No	Hari/Tgl	Diagnosa Keperawatan	Catatan Perkembangan	Tanda Tangan																									
1.	25 Mei 2023	Nyeri akut B.D agen pencedera fisiologis D.D pasien mengeluh nyeri, pasien tampak meringis, Sulit tidur, HR 98x/mnt.	S : Pasien Mengatakan nyeri sedikit berkurang dan durasi waktu tidur lebih lama dari sebelumnya P paliatif : jika istirahat provokatif : jika aktivitas Q : nyeri seperti ditusuk tusuk R : Kepala dan seluruh sendi S : 5 /10 T : terus menerus O : KU pasien tampak kesakitan, kadang meringis, tampak lesu A : Masalah Nyeri akut belum teratasi ,dengan indikator keberhasilan : <table border="1" data-bbox="829 982 1243 1293"> <thead> <tr> <th>N O</th><th>INDIKATOR</th><th>I R</th><th>ER</th><th>S K G</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>Keluhan nyeri</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>Meringis</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>Mual</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>Kesulitan Tidur</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan intervensi.	N O	INDIKATOR	I R	ER	S K G	1.	Keluhan nyeri	3	5	4	2.	Meringis	3	5	4	3.	Mual	3	5	3	4.	Kesulitan Tidur	3	5	4	Wiwi
N O	INDIKATOR	I R	ER	S K G																									
1.	Keluhan nyeri	3	5	4																									
2.	Meringis	3	5	4																									
3.	Mual	3	5	3																									
4.	Kesulitan Tidur	3	5	4																									
2.	25 Mei 2023	Hipertermia B.D Proses penyakit D.D akral teraba hangat, suhu tubuh tinggi (39,8 dercel), kulit dan muka tampak merah,	S : Pasien mengatakan badannya masih demam tapi sudah mulai turun, dan sudah tidak menggigil O : KU tampak lemes, Akral hangat TD : 90/ 60 mmhg HR : 96x/mnt RR : 18 x/mnt Temp : 38 dercel A : Masalah hipertermi belum teratasi, dengan indikator keberhasilan :	Wiwi																									

3.	25 Mei 2023	Nausea B.D distensi lambung D.D pasien mengeluh mual,tidak nafsu makan,mengeluh ingin mual	<table><tr><td>N O</td><td>INDIKATOR</td><td>IR</td><td>ER</td><td>SKG</td></tr><tr><td>1.</td><td>Menggigit</td><td>3</td><td>5</td><td>5</td></tr><tr><td>2.</td><td>Kulit merah</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>3.</td><td>Pucat</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>4.</td><td>Takikardi</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr></table>	N O	INDIKATOR	IR	ER	SKG	1.	Menggigit	3	5	5	2.	Kulit merah	3	5	4	3.	Pucat	3	5	3	4.	Takikardi	3	5	3	Wiwi
			N O	INDIKATOR	IR	ER	SKG																						
			1.	Menggigit	3	5	5																						
			2.	Kulit merah	3	5	4																						
			3.	Pucat	3	5	3																						
			4.	Takikardi	3	5	3																						
			P : Lanjutkan intervensi																										
			S : Pasien mengatakan masih mual dan nafsu makan belum ada,dan ingin muntah jika mencium bau aroma masakan																										
			O : KU ,tampak lemes,tampak tidak menghabiskan porsi yang disajikan,tampak hanya memakan buah,perut kembung,nyeri tekan epigastric (+)																										
			A : Masalah nausea belum teratasi dengan indikator keberhasilan :																										
<table><tr><td>N O</td><td>INDIKATOR</td><td>IR</td><td>ER</td><td>SKG</td></tr><tr><td>1.</td><td>Perasaan ingin muntah</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>2.</td><td>Takikardi</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>3.</td><td>Pucat</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>4.</td><td>Nafsu Makan</td><td>3</td><td>5</td><td>4</td></tr></table>	N O	INDIKATOR	IR	ER	SKG	1.	Perasaan ingin muntah	3	5	3	2.	Takikardi	3	5	4	3.	Pucat	3	5	3	4.	Nafsu Makan	3	5	4				
N O	INDIKATOR	IR	ER	SKG																									
1.	Perasaan ingin muntah	3	5	3																									
2.	Takikardi	3	5	4																									
3.	Pucat	3	5	3																									
4.	Nafsu Makan	3	5	4																									
P : Lanjutkan intervensi																													

4.	25 Mei 2023	Risiko perdarahan D.D Gangguan koagulasi (trombositopenia)	S : Pasien mengatakan darahnya masih terus keluar, warna merah segar O : KU pasien tampak lemes, TD : 90/ 60 mmhg HR : 96x/mnt RR : 18 x/mnt Temp : 38 dercel Nadi teraba kuat mengangkat, akral teraba hangat, pasien tampak pucat, BAK 3x banyak A : Masalah risiko perdarahan menjadi masalah aktual, dengan indikator : <table border="1"> <thead> <tr> <th>N O</th><th>INDIK ATOR</th><th>IR</th><th>E R</th><th>SKG</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1.</td><td>HB</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>2.</td><td>HCT</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>3.</td><td>TD</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>4.</td><td>HR</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> <tr> <td>5.</td><td>Temp</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td></tr> </tbody> </table> P : Lanjutkan dan modifikasi intervensi : MANAJEMEN HIPOVOLEMIA OBSERVASI : - Periksa tanda dan gejala hypovolemia - Monitor intake dan output TERAPEUTIK : - Hitung kebutuhan cairan - Berikan asupan cairan oral EDUKASI : - Anjurkan memperbanyak asupan cairan oral - Anjurkan menghindari perunahan posisi mendadak KOLABORASI : - Kolaborasi pemberian cairan IV isotonis (NaCl 0,9 %) - Kolaborasi pemberian produk darah (TC)	N O	INDIK ATOR	IR	E R	SKG	1.	HB	3	5	3	2.	HCT	3	5	3	3.	TD	3	5	3	4.	HR	3	5	3	5.	Temp	3	5	3	wiwi
N O	INDIK ATOR	IR	E R	SKG																														
1.	HB	3	5	3																														
2.	HCT	3	5	3																														
3.	TD	3	5	3																														
4.	HR	3	5	3																														
5.	Temp	3	5	3																														