

## BAB IV

### TINJAUAN KASUS

#### 4.1 Pengkajian

Ruang Perawatan	: Paula	Auotoanamnese	: √
Kamar	: 7 bed 2	Alloanamnese	: √
Tgl Masuk RS	: 23-04-2025	Tgl Pengkajian	: 23-04-2025
Nomor RM	: 164570	Nomor Register	040724

#### A. PENGKAJIAN

##### I. Identitas

###### a. Pasien

Nama(Initial)	: Ny J.S
Jenis Kelamin	: 71 Th
Status Perkawinan	: Menikah
Jumlah Anak	: -
Agama/Suku	: Protestan/Minahasa
Warga Negara	: Indonesia
Pendidikan	: SMA
Pekerjaan	: IRT
Alamat Rumah	: Kakaskasen II

###### b. Penanggung Jawab

Nama(Initial)	: Ny S.W
Umur	: 44 Th
Jenis Kelamin	: Perempuan
Alamat	: Kakaskasen II
Pekerjaan	: IRT
Hubungan Keluarga	: Keponakan

###### c. Data Medik

Diagnosa Medik	
Saat Masuk	:Skiatika,Chronic Kidney Disease Stage 5
Saat Pengkajian	:Skiatika,Chronic Kidney Disease Stage 5

## II. Keadaan Umum

### a. Keadaan Sakit

Pasien Tampak Sakit : Pasien tampak sakit sedang  
Alasannya : Pasien tampak lemah badan, Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% (14 TPM) ditangan sebelah kanan, Nyeri pada pinggang menjalar sampai ke lutut

### b. Kesadaran

1. Kualitatif : Compos mentis

2. Kuantitatif 15

Skala Koma Glasgow ( GCS)

Respon Motorik : 6 (Pasien mengikuti perintah yang di berikan)

Respon Bicara : 5 (Orientasi baik)

Respon Membuka Mata: 4 (Pasien membuka mata secara spontan)

Jumlah 15

Kesimpulan : Pasien Compos mentis (Sadar penuh)

### c. Pemeriksaan TTV

1. Tekanan Darah : 154/73 mmHg

Posisi : Semi fowler

Lokasi : Di lengan kanan

MAP :  $\frac{Sistol+(2xDiastol)}{3} = \frac{154+(2x87)}{3} = 109,3$  mmHg

Kesimpulan : Perfusi darah ke perifer memadai dengan batas normal(70-100 mmHg)

2. Suhu : 36,5 °C

Lokasi : Axila

3. Pernapasan : 21x/menit

Irama : Regular

Jenis : Pernapasan dada

4. Nadi : 72x/menit

Irama : Di Arteri Radialis

Kekuatan : Kuat

5. Pengukuran

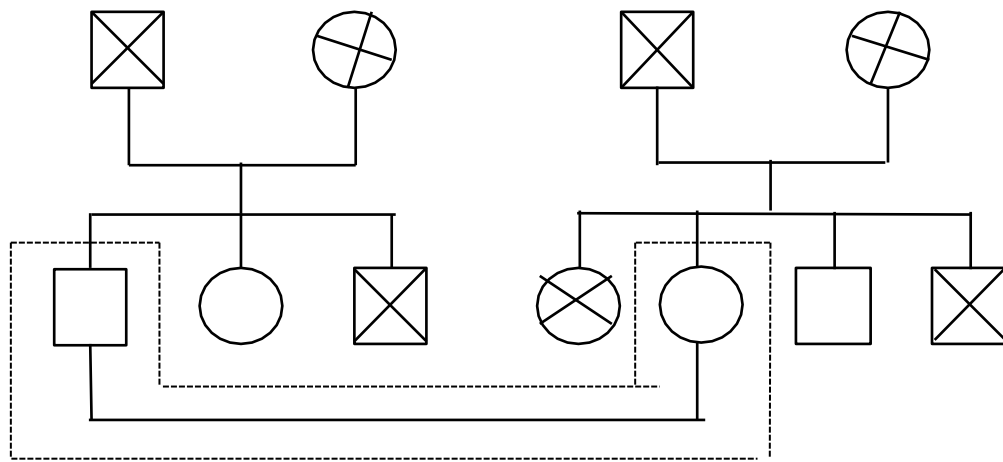
Tinggi Badan : 155 cm

Berat Badan : 50 kg








Indeks Masa Tubuh (IMT) :  $\frac{BB}{TB (m^2)} = \frac{50 \text{ kg}}{1,5 \times 1,5} = 22,2 \text{ kg}$

Kesimpulan : Pasien masuk dalam kategori BB normal

### III. Genogram



#### Keterangan

-  = Laki-laki
-  = Perempuan
-  = Pasien
-   = Meninggal
-  = tinggal serumah
-  = garis keturunan

#### **IV. Pemeriksaan Fisik Head To Toe**

- a. Keadaan Rambut dan Hygiene Kepala  
Saat dilakukan pemeriksaan pada pasien, bentuk kepala pasien bulan, tidak terdapat luka pada kulit kepala pasien, Penyebaran rambut merata, rambut berwarna hitam dan sudah terdapat uban, tidak ada nyeri tekan
- b. Hidrasi Kulit daerah dahi  
Pada pasien tidak terdapat dehidrasi, kulit teraba hangat, kulit tampak kering, wajah dan kulit pasien tampak pucat
- c. Mata  
Tidak tampak adanya edema pada palpebra, Sklera pasien tampak ikterus, Konjungtiva anemis, tidak terdapat tekanan bola mata, Pupil dan Reflex cahaya positif, Visus ketajaman penglihatan pasien rabun jauh, Pergerakan bola mata normal dapat melihat ke segala arah
- d. Hidung  
Saat dilakukan pengkajian, septum hidung tampak berada tengah, Tidak adanya secret, kotor pada hidung pasien, Penciuman hidung baik dilakukan dengan cara pasien menutup mata dan diberikan bau minyak kayu putih dan di tebak oleh pasien
- e. Telinga  
Saat dilakukan pengkajian kebersihan telinga pasien tampak kotor, canalis pasien tidak bersih, terdapat serumen pada telinga, refleks cahaya politser positif tidak menggunakan alat bantu pendengaran, Fungsi pendengaran baik (pasien dapat mendengar apa yang perawat katakan)
- f. Mulut  
Mulut pasien tampak kotor, terdapat karang gigi pada pasien, gigi pasien sudah tidak lengkap, lidah pasien terlihat pucat, tidak ada peradangan pada tonsil, fungsi rasa pasien baik (Pasien dapat membedakan yang asin dan manis)
- g. Leher  
Saat dilakukan pengkajian tidak terdapat kaku kuduk, tampak tidak ada pembengkakan pada kelenjar getah bening, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, fungsi menelan pasien baik, tekanan vena jugularis normal
- h. Toraks dan fungsi pernapasan

Saat dilakukan pengkajian bentuk dada pasien simetris, bunyi pernapasan teratur, vocal fremitus teraba sama getaran kiri dan kanan, suara napas vesikuler, jumlah pernapasan: 20x/menit, jenis pernapasan dada

i. Jantung

Pada pemeriksaan sistem kardiovaskular tidak tampak ictus cordis dan tidak teraba hangat. Ictus cordis teraba pada ruang interkosta ke 5 linea midklavikula sinistra.

Frekuensi jantung 87 kali per menit dengan ritme reguler.

Batas-batas jantung: ics=I sternal kiri ics II sernak kanan

Bunyi jantung I: terdengar jelas pada katup trikuspidalis di ICS IV linea sternalis sinistra dan katup mitralis di ICS V linea midklavikularis sinistra.

Bunyi jantung II: terdengar pada katup aorta di ICS II sternalis dextra dan katup pulmonalis di ICS II-III sternalis sinistra. Tidak ditemukan bunyi jantung tambahan.

j. Abdomen

Bentuk abdomen simetris, tidak terdapat luka operasi, setelah dilakukan palpasi dinding perut pasien teraba lemas, tidak memiliki benjolan, tidak terdapat nyeri tekan pada area abdomen pasien.

k. Genetalia dan anus

Tidak dilakukan pemeriksaan

l. Ekstremitas

1) Ekstremitas Atas

Saat dilakukan pengkajian tampak tidak adanya edema pada tangan kanan dan kiri pasien, tidak terdapat nyeri tekan, tangan kanan pasien terpasang IVFD NaCl 0,9%.

2) Ekstremitas Bawah

Saat dilakukan pengkajian tampak adanya edema 3-4 derajat pada kedua kaki kanan dan kiri pasien, terdapat nyeri tekan.

Uji kekuatan otot:

Kiri	Kanan
5	5
3	3

Gambar. Kekuatan Otot Ekstremitas

Keterangan:

- 0 :Tidak kontraksi otot sama sekali,pasien lumpuh
- 1 :Ada kontraksi otot,tetapi tidak ada gerakan pada sendi
- 2 :Pasien dapat menggerakkan anggota tubuh,tetapi tidak dapat melawan gravitasi
- 3 :Pasien dapat menggerakkan anggota tubuh melawan gravitasi,tetapi tidak dapat melawan gravitasi
- 4 :Pasien dapat menggerakkan anggota tubuh melawan gravitasi dan menahan sedikit resistensi
- 5 :Kekuatan otot normal,dapat menggerakkan anggota tubuh melawan gravitasi dan menahan resistensi maksimal.

## V. Pengkajian Pola Kesehatan

### a. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan

#### 1) Keadaan Sebelum Sakit:

Pasien mengatakan sebelum sakit pasien seperti biasa, misalnya: Pergi ke kebun buat menanam sayuran dan pasien juga menjaga kesehatannya dengan baik

#### 2) Riwayat Penyakit Saat Ini:

Pasien mengatakan sebelum masuk rumah sakit pasien sudah merasa pusing, mual, perut terasa penuh dan lemah badan, pasien mengatakan juga kedua kaki pasien bengkak  $\pm$  1 minggu sebelum di bawah di rumah sakit. pada tanggal 23 april 2025 tepatnya jam 15.30 WITA pasien di antar di RSGM Tomohon dengan keluhan nyeri pada pinggang kanan menjalar ke paha kanan.

#### 3) Keluhan Utama: Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan menjalar ke paha kanan sejak 1 bulan lalu

#### 4) Riwayat Keluhan Utama: Pasien mengatakan nyeri bertambah saat duduk, nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, lokasi nyeri di bagian pinggang sampai ke lutut, skala nyeri pasien 5, nyeri hilang timbul, Nyeri dirasakan $\pm$ 5 menit

#### 5) Keluhan lain yang menyertai: Pasien merasa lemah badan dan merasa mual

#### 6) Riwayat penyakit yang pernah di alami: Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi sejak 4 tahun lalu

#### 7) Riwayat penyakit keluarga: Pasien mengatakan memiliki penyakit keturunan yaitu Hipertensi dari ibu pasien

### b. Pola Nutrisi dan Metabolik

#### 1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan makan teratur 3x sehari jenis makanan: Nasi, ikan, sayur, dan jika ada buah dimakan bersamaan, tidak ada gangguan makan, pasien minum air $\pm$ 6 gelas perhari, tidak ada gangguan saat minum

#### 2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan makan teratur 3x sehari tetapi dengan porsi makan yang sedikit, di karenakan jika pasien makan banyak maka pasien akan merasa mual. pasien minum air $\pm$ 2 gelas (500 mliter perhari)

Pengkajian Khusus gangguan kebutuhan cairan dan elektrolit :

Balance cairan

1. Intake Cairan (cairan masuk) :

Cairan oral :Makanan: 100 cc  
:Minuman: 600 cc

Cairan Parenteral :IVFD: 1.500 cc

Obat-obatan : 11 cc

Tranfusi : 230 cc

Total intake : 2.441 cc

2. Output Cairan ( cairan keluar )

Urine : 300 cc

Total *Output* : 300 cc

3. IWL(Insible water loss) $\frac{(15 \times BB)}{24} = \frac{15 \times 50}{24} = \frac{750}{24} = 31,25 \text{cc/jam}$

Balance cairan : Intake – Output= 2.441 cc – 300 cc

$$= + 2.141 \text{ cc}$$

Kesimpulan : Hipervolemia

c. Pola Eliminasi

1. Keadaan sebelum sakit:

BAB : Pasien mengatakan BAB 2x sehari,tidak nyeri,feses berwarna kuning tidak berdarah,berbau khas feses

BAK : Pasien mengatakan BAK  $\pm$ 5-6x sehari tidak ada nyeri saat berkemih,berwarna kuning dan berbau khas

2. Keadaan sejak sakit:

BAB : Pasien mengatakan BAB 1x sehari saat masuk rumah sakit,berwarna kuning,berbau khas

BAK : Pasien mengatakan BAK 3x sehari

d. Pola Aktivitas dan Latihan

1. Kesehatan sebelum sakit: Pasien mengatakan tidak ada masalah saat beraktivitas,Aktivitas pasien misalnya:Pasien sering pergi ke kebun,mencuci piring,memasak,dan menyapu rumah

2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan sejak sakit tidak lagi beraktivitas dengan baik karena terdapat edema pada ekstremitas bawah kiri dan kanan, semua aktivitas pasien di bantu keluarga.
- e. Pola Istirahat dan Tidur
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan tidur di jam 21.00, waktu tidur pasien  $\pm$  8 jam karena terkadang pasien sering terbangun sendiri pada malam hari, alat bantu tidur pasien bantal, pasien mengatakan bahwa pasien jarang untuk tidur siang.
  2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan pasien tidak tidur teratur, pasien sering merasa ngantuk, dan terkadang sulit untuk tidur karena kaki pasien sering terasa nyeri sehingga sering terbangun di malam, jam bangun pasien tidak menentu.
- f. Pola Kognitif dan Perseptual
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan masih mengingat anggota keluarganya dan masih mengingat peristiwa-peristiwa yang terjadi di masa lalu.
  2. Keadaan sejak sakit: Pasien tampak mengetahui hari dan tanggal pada saat ditanyakan, pasien tampak mengetahui berada di rumah sakit, ingatan pasien tampak melemah pasien sering lupa.
- g. Pola Persepsi dan Konsep Diri
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan sebelumnya menganggap dirinya tidak akan mendapatkan penyakit dan berpikir sakit itu hal yang biasa hanya sekedar sakit yang bisa di obati dengan meminum obat dan bisa sembuh begitu saja. Pasien puas akan citra dirinya dan perannya dalam ibu rumah tangga melakukan kegiatan bersih-bersih dan merawat anggota keluarganya
  2. Keadaan sejak sakit : Pasien mengatakan sejak sakit pasien sadar bahwa kesehatan diri itu sangat penting, yang pertamanya berpikir bisa sembuh sendiri itu salah, pasien mengatakan akan menerima keadaan yang saat ini, dan cita dirinya dan perannya yang menjadi ibu rumah tangga yang sudah tidak sama seperti keadaan sebelum sakit.

- h. Pola Peran dan Hubungan dengan Sesama
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan memiliki hubungan baik dengan sesama dan keluarganya, pasien mengatakan peran pasien dalam keluarga dan masyarakat baik, pasien sering mengikuti kegiatan di lingkungannya dan sering terlibat dalam kegiatan sosial masyarakat.
  2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan memiliki hubungan baik dengan keluarganya dan masyarakat, karena saat sakit keluarga dan beberapa masyarakat datang menjenguk pasien.
- i. Pola Reproduksi dan Seksualitas
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien melaporkan memiliki pola reproduksi dan seksualitas yang normal dan sehat, sebelum mereka menderita penyakit ini, pasien melaporkan memiliki hubungan seksual yang harmonis dengan pasangannya dan tidak memiliki riwayat penyakit menular seksual atau gangguan reproduksi lainnya. Ia juga tidak mengalami keluhan terkait fungsi reproduksi atau masalah seksual, seperti nyeri saat berhubungan.
  2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan telah mengalami perubahan dalam pola reproduksi dan seksualitas sejak dia sakit. Ia mengatakan bahwa, sebagai akibat dari penurunan kondisi fisiknya dan kelelahan yang terus-menerus, ia mengalami penurunan gairah seksual yang cukup besar. Pasien juga mengatakan bahwa selama masa sakitnya, dia belum berkonsultasi dengan dokter tentang masalah reproduksi dan seksualitasnya.
- j. Pola Koping dan Toleransi terhadap Stress
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan jika adanya masalah akan mendiskusikan dan mencari jalan keluar bersama suaminya dan keluarganya, pasien mengatakan tidak merasa khawatir tentang dirinya ketika merasa stress, pasien akan menyibukan diri pasien sendiri.
  2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan yang mengambil keputusan yaitu suaminya dan keluarganya dan pasien mengatakan merasa takut dengan penyakit di derita dan tidak akan bisa mengurus suaminya.
- k. Pola Sistem Nilai Kepercayaan
1. Keadaan sebelum sakit: Pasien mengatakan menganut agama kristen protestan, pasien mengatakan sering rajin ke gereja dan tempat ibadah

2. Keadaan sejak sakit: Pasien mengatakan sudah tidak bisa mengikuti kegiatan di gereja sejak pasien sakit, pasien mengatakan hanya berdoa dan baca Alkitab dari rumah.

## VI. Pemeriksaan Penunjang

### a. Laboratorium

#### HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Nama : Ny J.S

Umur : 71 Th

Jenis Kelamin : Perempuan

Hari/Tanggal Pemeriksaan : 23 April 2025

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
<b>HEMATOLOGI</b>				
<b>Darah Lengkap</b>				
- Hemoglobin	**5.7	12-18	g/dL	Colorimetric
- Hematokrit	**17.0	35-47	%	Cumulative
- Eritrosit	*1.80	3.50-5.00	Juta/uL	Hydrodynamic
- Leukosit	5.10	5-10	uL	Fluorescence
- Trombosit	216	150-400	uL	Hydrodynamic
<b>Hitung Jenis/DIFF</b>				
- Basofil	0.4	0-1	%	
- Eosinofil	2.7	1-5	%	
- Neutrofil	61.7	40-70	%	
Segment	*28.7	30-45	%	
- Limfosit	6.5	2-8	%	
- Monosit				
<b>Indeks Eritrosit</b>				
- MCV	94.7	80-100	fL	RBC HC
- MCH	31.0	24-34	pg	
- MCHC	33.8	33-37	%	
- RDW-VC	14.2	11.3-14.7	%	
- RDW-SD	*50.3	39.47	fL	
<b>KIMIA KLINIK</b>				
<b>Fungsi Ginjal</b>				
- Ureum	**147	17.49	mg/dL	Urease GLDH
- Kreatinin	*6.43	<1.5	mg/Dl	Jaffe

### HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Nama : Ny.J.S  
Umur : 71 Th  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Hari/Tanggal Pemeriksaan :

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
<b>KIMIA KLINIK</b>				
<b>Elektrolit</b>				
<b>Elektrolit</b>				
- Natrium (Na)	137-8	136.0-	mEq/L	ISE
- Kalium (K)	4.6	145.0	mEq/L	ISE
- Chlorida (CL)	*114-1	3.5-5.5 96.0-108.0	mEq/L	ISE

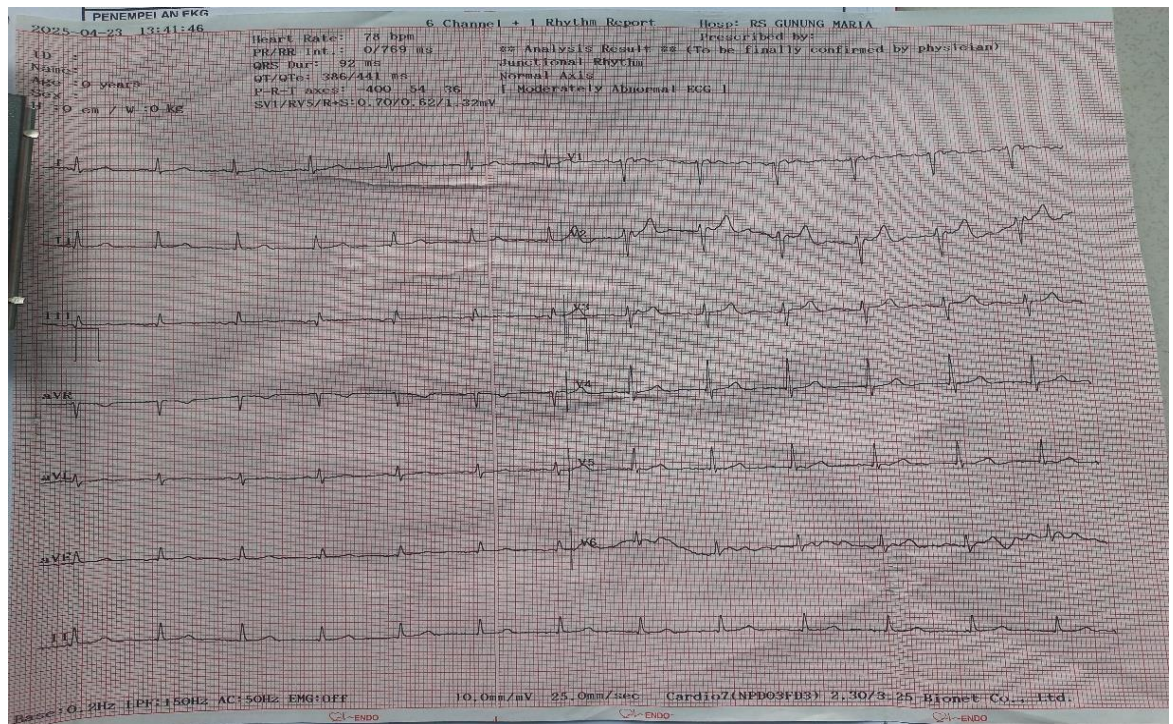
### HASIL PEMERIKSAAN LABORATORIUM

Nama : Ny.J.S  
Umur : 71 Th  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Hari/Tanggal Pemeriksaan :

Pemeriksaan	Hasil	Nilai Rujukan	Satuan	Metode
<b>URINE</b>				
<b>Urinalisa</b>				
<b>Makroskopis</b>				
- Warna	Kuning	Kuning		
- Kejernihan	*Keruh	Jernih		
<b>Kimia</b>				
- Berat Jenis	1.020	1.015-		CC
- Ph	8.0	1.025		CC
- Glukosa	Negatif	4.5-8.0		CC
- Protein	*+++	Negatif		CC
- Keton	Negatif	Negatif		CC
- Nitrit	Negatif	Negatif		CC
- Bilirubin	Negatif	Negatif		CC
- Urobilinogen	0.1	Negatif		CC
- Darah	Negatif	Negatif		
- Leukosit eaterase	*+++	Negatif		CC
<b>Mikroskopis</b>	*40-41		/LPB	
- Leukosit	1-2	0-5	/LPB	Microscopic
- Eritrosit	*5-6	0-3	/LPB	Microscopic

- Sel Epitel	Negatif	<5	/LPK	Microscopic
- Silinder	*Crystal	Negatif	/LPK	Microscopic
- Kristal	*Positif 3	Negatif	/LPB	Microscopic
- Bakteri	Negatif	Negatif		
- Mukus	Negatif	Negatif		

b. EKG



Kesimpulan EKG : Junctional Rhythm

## VII. Terapi Obat

### a. Obat

#### 1) Nama Obat : Asam Tranexamat Inj

Golongan/Jenis	:
Indikasi	: Untuk penanganan pendarahan
Kontraindikasi	: Pasien dengan gangguan penglihatan warna hipersensitivitas, pendarahan subarachnoid
Dosis untuk pasien	: 1x1 (Diberikan sebelum transfusi
Cara pemberian	IV
Efek samping	: Nyeri otot atau sendi, hidung tersumbat, nyeri punggung, sakit perut, pusing atau sakit kepala

#### 2) Nama Obat : Furosemide Inj

Golongan/Jenis	: Diuretik
Indikasi	: Untuk tatalaksana overload cairan dan edema yang disebabkan karena gagal ginjal, sirosis hati, dan penyakit ginjal termasuk sindrom nefrotik
Kontraindikasi	: Hipersensitif terhadap furosemide dan sulfonamide. Anuria atau gagal ginjal
Dosis untuk pasien	:
Cara pemberian	IV
Efek samping	: Pusing, sakit kepala, mual dan muntah, diare, penglihatan buram

#### 3) Nama Obat : Fasidol

Golongan/Jenis	: Analgesik dan antipiretik
Indikasi	: Meringankan rasa sakit pada keadaan sakit kepala, sakit gigi, dan menurunkan demam
Kontraindikasi	: Pasien dengan gangguan hati berat, pasien yang memiliki riwayat alergi terhadap paracetamol, pasien dengan gangguan metabolisme paracetamol (kondisi genetik langka) ibu hamil dan menyusui tanpa rekomendasi dari dokter
Dosis untuk pasien	: 3x1
Cara pemberian	: Oral

Efek samping : Mual atau muntah, malar atau perdarahan yang tidak biasa, nyeri pada perut kanan bagian atas, tidak nafsu makan

4) Nama Obat : Asam Folat

Golongan/Jenis : Obat multivitamin  
Indikasi : Pengobatan atau pencegahan defisiensi asam folat (kekurangan asam folat)  
Kontraindikasi : Mengidap anemia pernisiiosa Addison, yaitu kondisi yang terjadi saat tubuh kekurangan vitamin B12 untuk menghasilkan sel darah merah  
Dosis untuk pasien : 2x1  
Cara pemberian : Oral  
Efek samping : Demam, kelemahan, atau tidak nyaman, kulit memerah, sesak napas, gangguan saluran pencernaan

5) Nama Obat : Eperison

Golongan/Jenis : Antispasmodik  
Indikasi : Spasme otot ringan yang menyebabkan nyeri pinggang  
Kontraindikasi : Hipersensitivitas terhadap otot, kehamilan dan ibu menyusui  
Dosis untuk pasien : 2x1  
Cara pemberian : Oral  
Efek samping : Sakit kepala, pusing, mati rasa, tremor

**b. Cairan**

Jenis cairan : NaCl 0,9%  
Komposisi cairan : NaCl 0,9% setiap 500 mL mengandung 4,5 natrium klorida (NaCl) air untuk injeksi ada 500 ml  
Indikasi : Mengembalikan keseimbangan elektrolit pada keadaan dehidrasi  
Tetes/menit : 14 tpm  
Jumlah cairan : 500 ml

### VIII. Klasifikasi Data

Data Subjektif	Data Objektif
1. Pasien mengatakan merasa lemah badan	1. Pasien tampak sakit sedang
2. Pasien mengatakan sering merasa mual	2. Pasien tampak lemah badan
3. Pasien mengatakan nyeri di bagian pinggang sampai ke lutut	3. Pasien tampak pucat
4. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat duduk	4. Kulit pasien tampak kering
5. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk	5. Pasien tampak sering mengantuk
6. Pasien mengatakan skala nyeri 5	6. Pasien tampak gelisah
7. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul	7. Pasien tampak meringis saat di tekan di bagian lutut kanan
8. Pasien mengatakan nyeri dirasakan $\pm$ 5 menit	8. Terdapat edema pada kaki kanan dan kiri pasien
9. Keluarga pasien mengatakan minum pasien selalu di batasi	9. Aktivitas pasien di bantu oleh keluarganya mulai dari makan, berpakaian dan ke toilet
10. Pasien mengatakan tidur tidak teratur	10. Pasien terpasang IVFD Ns 0,5%
11. Pasien mengatakan sering terbangun di malam hari	11. <i>Ureum</i> : 147 mg/dL
12. Keluarga pasien mengatakan, pasien minum 500 ml perhari	12. <i>Creatinine</i> : 6.43 mg/dL
	13. GDP : 109
	14. Pada pasien dilakukan transfusi darah sebanyak 2 kantong
	15. Tanda-tanda vital TD : 154/73 mmHg N : 72x/menit R : 20x/menit SB : 36°C SPO2 : 99%

## IX. Analisa Data

No	Data	Penyebab	Masalah
1	<p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>b. Pasien mengatakan sering merasa mual</li> <li>c. Keluarga pasien dan pasien mengatakan kedua kaki pasien bengkak</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak lemah</li> <li>b. Terdapat adanya edema pada kedua kaki kanan dan kiri</li> <li>c. Pasien tampak sakit sedang</li> <li>d. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% di tangan kiri</li> <li>e. Ureum:147</li> <li>f. Creatinine:6,43</li> <li>g. Kesadaran:Compos Mentis</li> <li>h. Intake : 2.441</li> <li>i. Output: 300</li> <li>j. Balance: 2.141 cc</li> <li>k. TTV TD :154/73 mmHg N :72x/menit R :20x/menit SB :36°C SPO<sup>2</sup> :99%</li> </ul>	Kelebihan asupan cairan	Hipervolemia
2	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan merasa pusing</li> <li>b. Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> </ul> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>c. Pasien tampak lemah</li> <li>d. Pasien tampak pucat</li> <li>e. Konjungtiva pasien tampak anemis</li> <li>f. Kesadaran:composmentis</li> <li>g. Pasien sakit sedang</li> </ul>	Penurunan konsentrasi hemoglobin	Perfusi perifer tidak efektif

	<ul style="list-style-type: none"> <li>h. Kulit pasien tampak kering</li> <li>i. Hemoglobin:5.7</li> <li>j. Pada pasien dilakukan transfusi darah sebanyak 2 kantong</li> <li>k. TTV TD:154/73 mmHg N:72x/menit R:20x/menit SB:36°C SPO2:99%</li> </ul>		
3	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan menjalar sampai ke lutut</li> <li>b. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat duduk</li> <li>c. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</li> <li>d. Pasien mengatakan skala nyeri 5</li> <li>e. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</li> <li>f. Pasien mengatakan nyeri di rasakan <math>\pm</math>5 menit</li> </ul> <p>Data Objektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak sakit sedang</li> <li>b. Pasien tampak gelisah</li> <li>c. Pasien tampak meringis</li> <li>d. Nyeri pada bagian pinggang menjalar sampai lutut</li> <li>e. Nyeri dirasakan saat pasien duduk</li> <li>f. TTV TD:154/73 mmHg N:72x/menit R:20x/menit SB:36°C SPO2:99%</li> </ul>	Agen Pencedera Fisiologis	Nyeri Akut
4	<p>Data Subjektif</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>b. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga</li> </ul>	Kelemahan	Intoleransi Aktivitas

	<p>c. Pasien mengatakan kurang percaya diri karena keterbatasan dalam aktivitas dan ketergantungan pada orang lain</p> <p>d. Pasien mengatakan aktivitasnya dibatasi</p> <p>Data Objektif</p> <p>a. Pasien tampak sakit sedang</p> <p>b. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga</p> <p>c. Pasien hanya beristirahat di tempat tidur</p> <p>d. Pasien tampak kesulitan dalam melakukan aktivitas</p>		
--	---	--	--

## **B. DIAGNOSIS KEPERAWATAN**

1. Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan volume cairan (D.0022)
2. Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin (D.0009)
3. Nyeri aku berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis (D.0077)
4. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan (D.0056)

No	Hari/tgl	Diagnosa Keperawatan	Tujuan	Intervensi	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Kamis,24 April 2025	<p>Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>Pasien mengatakan kedua kaki pasien bengkak</li> <li>Pasien mengatakan sering merasa mual</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemah badan</li> <li>Terdapat edema pada kedua kaki kanan dan kiri</li> </ol>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan masalah hipervolemia dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Asupan cairan menurun (5)</li> <li>- Keluaran urin meningkat (5)</li> <li>- Edema menurun (5)</li> <li>- Turgor kulit pasien membaik (5)</li> </ul>	<p>Manajemen Hipervolemia (I.03114)</p> <p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>Identifikasi penyebab hipervolemia</li> <li>Monitor hasil pemeriksaan laboratorium</li> <li>Monitor kecepatan infus</li> </ol>	<p><b>08.00</b></p> <p><b>08.10</b></p> <p><b>13.48</b></p> <p><b>14.00</b></p>	<p><b>Observasi</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Memeriksa tanda dan gejala hipervolemia Hasil:Terdapat pembengkakan pada ekstremitas bawah</li> <li>Mengidentifikasi penyebab hipervolemi Hasil:Pasien memiliki riwayat penyakit hipertensi</li> <li>Memonitor hasil pemeriksaan laboratorium Hasil: -Ureum 147 Mg/dL -Kreatinin 6.43 dL</li> <li>Memonitor kecepatan infus Hasil:Pasien diberikan IVFD NaCl dengan</li> </ol>	<p>Hari/tgl/jam Jumat,25 April 2025 Jam:08.00 Wita</p> <p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>Pasien mengatakan kedua pasien bengkak</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Terdapat edema pada kaki kanan dan kiri pasien</li> <li>Pasien tampak sakit sedang</li> <li>Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% di tangan kanan</li> <li>Output urin 300 mL/24 jam</li> <li>Intake cairan hari ini:600 MI</li> </ol>

		<p>f. Pasien tampak sakit sedang</p> <p>g. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% ditangan kanan</p> <p>h. Ureum:147</p> <p>i. Creatinine:6,43</p> <p>j. Kesadaran:Composmentis</p> <p>k. Intake:2.441 cc</p> <p>l. Output:2.141 cc</p> <p>m. Balance:</p> <p>n. TTV  TD:154/73 mmHg  N:72x/menit  R:20x/menit  SB:360C  SPO2:99%</p>		<p>5. Monitor efek samping cairan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Batasi asupan cairan</p> <p>2. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40<sup>0</sup></p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Ajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan</p> <p>2. Ajarkan cara membatasi cairan</p>	<p><b>14.30</b></p> <p><b>17.00</b></p> <p><b>17.10</b></p> <p><b>17.20</b></p> <p><b>17.25</b></p>	<p>kecepatan 14 tetes per menit</p> <p>5. Memonitor efek samping diuretic  Hasil:Pasien merasa lemas dan lelah</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Membatasi asupan cairan  Hasil:Pasien menghabiskan air sekitar 600 ml per hari</p> <p>2. Meninggikan kepala tempat tidur 30-40<sup>0</sup>  Hasil:Pasien diberikan posisi semifowler</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengajarkan cara mengukur dan mencatat asupan dan haluaran cairan  Hasil:</p> <p>2. Mengajarkan cara membatasi cairan  Hasil:Pasien diedukasikan tentang</p>	<p><b>A:</b> Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Periksa tanda dan gejala hipervolemia</li> <li>2. Monitor kecepatan infus</li> <li>3. Tinggikan kepala tempat tidur 30-40<sup>0</sup></li> </ol>
--	--	--	--	---	---	---	--

				<b>Kolaborasi</b> 1. Kolaborasi pemberian diuretik	<b>18.05</b>	cara pembatasan cairan <b>Kolaborasi</b> 1. Penatalaksanaan pemberian diuretik Hasil: Pasien diberikan obat furosemide 40mg	
--	--	--	--	---	--------------	--	--

2	Kamis,24 April 2025	Perfusi perifer tidak efektif Berhubungan dengan Penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan Data Subjektif:	Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam,maka diharapkan masalah Perfusi perifer tidak efektif dapat teratasi dengan kriteria hasil:	Perawatan Sirkulasi (I.02079) <b>Observasi</b> 1. Periksa sirkulasi perifer	<b>08.00</b>	<b>Observasi</b> 1. Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: -Nadi 72x/menit -Warna kulit pasien tampak anemis	Hari/tgl/jam Jumat,25 April 2025 Jam:08.00 <b>S:</b> 1. Pasien mengatakan Badan terasa lemah
---	---------------------	---	---	---	--------------	--	--

	<p>a. Pasien mengatakan merasa pusing</p> <p>b. Pasien mengatakan badan terasa lemah</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak lemah</p> <p>b. Pasien tampak pucat</p> <p>c. Konjungtiva pasien tampak anemis</p> <p>d. Kesadaran: Composmentis</p> <p>e. Pasien sakit sedang</p> <p>f. Kulit pasien tampak kering</p> <p>g. Hemoglobin:5.7</p> <p>h. Pada pasien di lakukan transfusi darah sebanyak 1 kantong</p> <p>i. TTV</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi nadi membaik(dari 72 ke 85) (5)</li> <li>- Warna kulit pucat menurun (5)</li> <li>- Edema perifer menurun (5)</li> <li>- Tekanan darah sistolik membaik (5)</li> <li>- Tekanan darah diastolik membaik (5)</li> </ul>	<p>2. Identifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi</p> <p>3. Monitor panas,kemerahan,nyeri atau bengkak ekstremitas</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Lakukan pencegahan infeksi</p> <p>2. Lakukan hidrasi</p>	<p><b>10.10</b></p> <p><b>12.20</b></p> <p><b>12.30</b></p> <p><b>12.40</b></p>	<p>-Suhu Tubuh 36<sup>0</sup>C</p> <p>2. Mengidentifikasi faktor risiko gangguan sirkulasi Hasil:Pasien mengatakan memiliki riwayat penyakit Hipertensi</p> <p>3. Memonitor panas , kemerahan atau bengkak ekstremitas Hasil:terdapat bengkak pada kaki kanan dan kiri pasien</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Melakukan pencegahan infeksi Hasil:Melakukan tindakan aseptik dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien</p> <p>2. Lakukan hidrasi Hasil:Memberikan transfusi 1 kantong darah pada pasien</p>	<p>2. Pasien mengatakan sering merasa mual</p> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wajah pasien tampak pucat</li> <li>2. Konjungtiva pasien tampak anemis</li> <li>3. Kulit pasien tampak kering</li> </ol> <p><b>A:</b> Perfusi perifer tidak efektif belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Monitor panas,kemerahan, nyeri atau nyeri ektrimitas.</li> <li>2. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah</li> </ol>
--	---	--	--	---	--	--

		TD:154/72 N:72x/menit R:20x/menit SB:360C		<b>Edukasi</b> 1. Anjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah  2. Anjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi	12.45	<b>Edukasi</b> 1. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah secara teratur Hasil:Pasien diberi edukasi untuk menggunakan obat penurun tekanan darah jika tekanan darah pasien tidak terkontrol 2. Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi Hasil:Pasien diberi edukasi untuk melakukan diet rendah lemak jenuh untuk memperbaiki sirkulasi	
3	Kamis,24 April 2025	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam , maka diharapkan masalah	Manajemen Nyeri (I.08238) <b>Observasi</b>		<b>Observasi</b>	Hari/tgl/jam Jumat,25 April 2025 Jam:08.00 <b>S:</b>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak sakit sedang</li> <li>b. Pasien tampak gelisah</li> <li>c. Wajah pasien tampak pucat</li> <li>d. Pasien tampak meringis</li> <li>e. Skala nyeri 5</li> <li>f. Pasien terpasang IVFD 0,9% di tangan kanan</li> </ul>		<p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p><b>10.10</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ul> <p><b>10.15</b></p>	<p>Hasil: Pasien mengatakan yang memperberat nyeri adalah dengan cara duduk. dan yang memperingan nyeri dengan cara rebahan</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</li> </ul> <p>Hasil: Melakukan dengan cara berbincang-bincang dengan pasien untuk mengalihkan fokusnya terhadap nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> </ul> <p>Hasil: Membantu mengontrol kebisingan yang membuat pasien terganggu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</li> <li>3. Kolaborasi pemberian analgetik</li> </ul>
--	--	---	--	--	---	--

				<p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p><b>10.20</b></p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Ajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p><b>1030</b></p> <p>2. Anjurkan teknik nonfarmakologis</p> <p><b>10.50</b></p>	<p>3. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil:Memposisikan semifowler dan menutup tirai</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam Hasil: Membantu pasien memberikan teknik relaksasi napas dalam dengan cara mengajarkan pasien menarik napas dalam hidung dengan hitungan (1,2,3)kemudian tahan 5-6 detik lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan selama 8 detik,lakukan selama 3 kali.</p> <p>2. Menganjurkan teknik non farmakologis untuk</p>	
--	--	--	--	--	---	--

				<p>untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Kolaborasi pemberian analgetik</p>	<b>11.30</b>	<p>mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil: Menganjurkan kepada keluarga untuk memberikan teknik relaksasi napas dalam ketika pasien merasa nyeri</p> <p><b>Kolaborasi</b></p> <p>1. Berkolaborasi pemberian analgetik</p> <p>Hasil: Fasidol forte 650 mg 3x1 hari Transfusi darah 490ml (2 kantong)</p>	
--	--	--	--	--	--------------	---	--

<b>4</b>	Kamis, 24 April 2025	<p>Intoleransi Aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengatakan</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan masalah intoleransi aktivitas dapat teratasi dengan kriteria hasil:</p> <p>-</p>	<p>Manajemen energi (I.05178)</p> <p><b>Observasi</b></p> <p>1. Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>	<b>08.00</b>	<p><b>Observasi</b></p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan</p>	<p>Hari/tgl/jam</p> <p>Jumat, 25 April 2025</p> <p>Jam: 08.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan badan terasa lemah</p>
----------	----------------------	--	---	---	--------------	---	--

	<p>badan terasa lemah</p> <p>b. Pasien mengatakan sering mengeluh lelah</p> <p>c. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga</p> <p>d. Pasien mengatakan aktivitasnya dibatasi</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak sakit sedang</p> <p>b. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga</p> <p>c. Pasien hanya beristirahat ditempat tidur</p> <p>d. Pasien tampak kesulitan dalam melakukan aktivitas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kekuatan tubuh bagian atas meningkat (5)</li> <li>- Keluhan lelah menurun (5)</li> <li>- Perasaan lemah menurun (5)</li> </ul>	<p>2. Monitor pola dan jam tidur</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Sediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>2. Fasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>	<p><b>08.10</b></p> <p><b>08.15</b></p> <p><b>08.25</b></p>	<p>Hasil: Yang mengakibatkan pasien cepat lelah adalah nyeri pada bagian pinggang yang dialami pasien</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: Pasien mengatakan terkadang terbangun di siang dan tengah malam hari.</p> <p><b>Terapeutik</b></p> <p>1. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus Hasil: Tirai pasien di tutup sebagian supaya dapat mendukung istirahat pasien</p> <p>2. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur, jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p>	<p>2. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga</p> <p>3. Pasien mengatakan aktivitasnya dibatasi</p> <p>0:</p> <p>1. Pasien tampak sakit sedang</p> <p>2. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga</p> <p>3. Pasien hanya beristirahat di tempat tidur</p> <p>4. Pasien tampak kesulitan dalam melakukan aktivitas</p> <p>A: Intoleransi Aktivitas belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang</p>
--	---	---	--	---	---	--

				<p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Anjurkan tirah baring <b>09.00</b></p> <p>2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap <b>09.10</b></p>	<p>Hasil:Pasien duduk ditempat tidur sambil berbicara bersama keluarganya</p> <p><b>Edukasi</b></p> <p>1. Menganjurkan tirah baring Hasil: Pasien mampu menerima edukasi serta bersedia beristirahat lebih banyak.</p> <p>2. Menganjurkan melakukan aktivitas secara bertahap Hasil:Pasien mencoba duduk dengan bantuan selama beberapa menit. Kemudian kembali berbaring. Keluarga diminta mendampingi pasien</p>	<p>mengakibatkan kelelahan</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>4. Memfasilitasi duduk disisi tempat tidur,jika tidak dapat berpindah atau berjalan</p> <p>5. Menganjurkan tirah baring</p>
--	--	--	--	--	--	--

## D. CATATAN PERKEMBANGAN

### Hari Ke-2

No	Hari/Tgl	Diagnosis Keperawatan	Jam	Implementasi	Evaluasi
1	Jumat, 25 April 2025	<p>Hipervolemia berhubungan dengan kelebihan asupan cairan. Ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan lemah badan</li> <li>Pasien mengatakan kadang merasa mual</li> <li>Pasien mengatakan kedua kaki pasien bengkak</li> </ol> <p>Data Objektif:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemah badan</li> <li>Terdapat edema pada kaki kanan dan kiri pasien</li> <li>Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% di tangan kanan</li> <li>TTV TD: 133/58 mmHg N: 66x/menit R: 20x/menit SB: 36,30C SPO2: 99%</li> </ol>	<p><b>08.00</b></p> <p><b>08.20</b></p> <p><b>08.25</b></p> <p><b>09.00</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor kecepatan infus Hasil: Pasien diberikan cairan NaCl 0,9% ditangan kanan dengan kecepatan 14 tetes/menit</li> <li>Membatasi asupan cairan Hasil: Pasien diberikan air 600 ml per hari</li> <li>Meninggikan kepala tempat tidur 30-40 derajat Hasil: Pasien diberikan posisi semi fowler</li> <li>Penatalaksanaan pemberian diuretik Hasil: Pasien diberikan obat furosemide 40mg</li> </ol>	<p>Hari/tgl/jam Sabtu, 26 April 2025 Jam: 08.00</p> <p><b>S:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan lemah dan berkurang</li> <li>Pasien mengatakan masih merasa mual</li> <li>Pasien mengatakan bengkak pada kaki kanan dan kiri pasien</li> </ol> <p><b>O:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Terdapat edema pada kaki kanan dan kiri pasien</li> <li>Pasien tampak lemah badan</li> <li>Intake cairan yang masuk (oral+cairan) dalam waktu 24 jam: 11.000</li> <li>Pasien terpasang IVFD 0,9% di tangan kanan</li> </ol> <p><b>A :</b> Hipervolemia belum teratasi</p> <p><b>P:</b> Intervensi lanjut</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Monitor kecepatan infus</li> </ol>

					<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Meninggikan kepala tempat tidur pasien</li> <li>3. Memonitori efek samping</li> <li>4. Ajarkan cara membatasi cairan</li> <li>5. Membatasi asupan cairan</li> <li>6. Penatalaksanaan pemberian di uretik</li> </ul>
--	--	--	--	--	---

2	Jumat,25 April 2025	<p>Perfusi perifer tidak efektif dengan penurunan konsentrasi hemoglobin Ditandai dengan:</p> <p>Data Subjektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>b. Pasien mengatakan merasa pusing</li> </ul> <p>Data Objektif:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien tampak pucat</li> <li>b. Konjungtiva pasien tampak anemis</li> <li>c. Pasien sakit sedang</li> <li>d. Hemoglobin:6.2 (Dilakukan pemeriksaan pada tanggal 25 april 2025)</li> <li>e. TTV TD:133/58 mmHg N:66x/menit</li> </ul>	<p><b>08.00</b></p> <p><b>08.10</b></p> <p><b>08.15</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD:124/61 mmHg N:71x/menit R:20x/menit SB:36<sup>0</sup>C SPO2:98%</li> <li>2. Memeriksa sirkulasi perifer Hasil: Nadi 71x/menit Warna kulit anemis Suhu tubuh 36<sup>o</sup>C</li> <li>3. Meninggikan kepala pasien Hasil: Menaik kan bed pasien ke posisi semi fowler dan meletakkan bantal dibawah kepala pasien</li> </ul>	<p>Hari/tgl/jam Sabtu,26 April 2025 Jam:08.00 Wita</p> <p><b>S:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>2. Pasien mengatakan sering merasa mual</li> </ul> <p><b>O:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien tampak pucat</li> <li>2. Pasien terlihat lemas</li> <li>3. Konjungtiva pasien tampak anemis</li> <li>4. Kulit pasien tampak kering</li> <li>5. Terpasang IVFD NaCl 0,9% 500 ml 14 tetes/menit di tangan kanan</li> <li>6. TTV TD:118/82 mmHg N:69x/menit R:20x/menit SB:36<sup>0</sup>C</li> </ul>
---	---------------------	---	---	---	---

		R:20x/menit SB:36,3 <sup>0</sup> C SPO2:99%	<p><b>08.30</b></p> <p><b>08.35</b></p> <p><b>10.30</b></p> <p><b>10.35</b></p>	<p>4. Menganjurkan menggunakan obat penurun tekanan darah secara teratur Hasil: Pasien diberi edukasi untuk menggunakan obat penurun tekanan darah jika tekanan darah pasien tidak terkontrol</p> <p>5. Melakukan pencegahan infeksi Hasil:Melakukan tindakan aseptik dengan mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan kontak dengan pasien.</p> <p>6. Mengawasi dalam pergantian cairan Hasil:Setelah transfusi selesai ganti dengan cairan NaCl 0,9% 500 ml 14 tetets/menit</p> <p>7. Menganjurkan program diet untuk memperbaiki sirkulasi Hasil:Pasien diberi edukasi untuk melakukan diet rendah lemak jenuh untuk memperbaiki sirkulasi</p>	<p>SPO2:96%</p> <p>A: Masalah Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif belum teratasi</p> <p>P:Intervensi dilanjutkan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengobservasi tanda-tanda vital</li> <li>2. Meninggikan kepala pasien</li> <li>3. Membantu dalam pemberian tranfusi produk darah</li> <li>4. Mengawasi dalam pergantian cairan</li> <li>5. Menganjurkan pasien untuk beristirahat diatas tempat tidur</li> <li>6. Penatalaksanaan pemberian obat</li> </ol>
<b>3</b>	Jumat,25 April 2025	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologis di tandai dengan: Data Subjektif:	<b>08.00</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekue nsi nyeri</li> </ol>	<p>Hari/tgl/jam Sabtu,26 April 2025 Jam:08.00 Wita S:</p>

		<p>a. Pasien mengatakan nyeri pinggang kanan menjalar sampai ke lutut</p> <p>b. Pasien mengatakan merasa mual</p> <p>c. Pasien mengatakan nyeri bertambah saat duduk</p> <p>d. Pasien mengatakan nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>e. Pasien mengatakan skala nyeri 4</p> <p>f. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul</p> <p>g. Pasien mengatakan nyeri ±5 menit</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak sakit sedang</p> <p>b. Pasien tampak gelisah</p> <p>c. Wajah pasien tampak pucat</p> <p>d. Skala nyeri 4</p>	<p><b>09.05</b></p> <p><b>09.20</b></p> <p><b>09.25</b></p>	<p>Hasil:</p> <p>P:Nyeri bertambah saat duduk</p> <p>Q:Nyeri seperti di tusuk-tusuk</p> <p>R:Pinggang sampai lutut</p> <p>S:Skala 4</p> <p>T:±5 menit</p> <p>2. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>Hasil: Melakukan dengan cara berbincang-bincang dengan pasien untuk mengalihkan fokusnya terhadap nyeri</p> <p>3. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>Hasil: Membantu pasien memberikan teknik relaksasi napas dalam dengan cara mengajarkan pasien menarik napas dalam hidung dengan hitungan (1,2,3)kemudian tahan 5-6 detik lalu hembuskan melalui mulut secara perlahan-lahan selama 8 detik,lakukan selama 3 kali.</p> <p>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri.</p>	<p>1. Pasien nyeri pinggang kanan menjalar sampai ke lutut</p> <p>2. Pasien mengatakan merasa mual</p> <p>0:</p> <p>1. Pasien tampak gelisah</p> <p>2. Skala nyeri 4( nyeri sedang)</p> <p>3. Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% 500 ml ditangan kanan</p> <p>4. TTV</p> <p>TD:118/82 mmHg</p> <p>N:69x/menit</p> <p>R:20x/menit</p> <p>SB:36<sup>0</sup>C</p> <p>SPO2:96%</p> <p>A: Masalah Keperawatan Nyeri akut belum teratasi</p> <p>P: Intervensi dilanjutkan</p> <p>1. Mengidentifikasi lokasi,karakteristik,durasi,frekuensi Intensitas nyeri</p> <p>Mengidentifikasi skala nyeri</p> <p>2. Memberikan teknik non farmakologis</p> <p>3. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam</p> <p>4. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri</p>
--	--	---	---	--	--

			<b>09.30</b>	Hasil: Membantu mengontrol kebisingan yang membuat pasien terganggu.	
			<b>11.30</b>	5. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil: Memposisikan semi fowler dan menutup tirai. 6. Berkolaborasi pemberian analgetik Hasil: Fasidol forte 650 mg.3x1 hari	

<b>4</b>	Jumat,25 April 2025	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan: Data Subjektif: a. Pasien mengatakan badan terasa lemah b. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga c. Pasien mengatakan aktivitasnya dibatasi Data Objektif: a. Pasien tampak sakit sedang b. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarga	<b>08.00</b>	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan Hasil: Yang mengakibatkan pasien cepat lelah adalah nyeri pada bagian pinggang yang dialami pasien	Hari/tgl/jam Sabtu,26 April 2025 Jam:08.00 Wita <b>S</b>
			<b>08.30</b>	2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: Pasien mengatakan terkadang terbangun di siang dan tengah malam hari	1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan sering mengeluh lelah 3. Pasien mengatakan aktivitas nya dibantu keluarga
			<b>08.40</b>	3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus	0: 1. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya 2. Pasien hanya beristirahat di tempat tidur

		<p>c. Pasien hanya beristirahat di tempat tidur</p> <p>d. Pasien tampak kesulitan dalam melakukan aktivitas</p>	<p><b>08.45</b></p>	<p>Hasil: Menutup sampiran sebagian supaya dapat mendukung istirahat pasien.</p> <p>4. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur. Jika tidak dapat berpindah atau berjalan. Hasil: Pasien duduk ditempat tidur sambil berbicara bersama keluarganya</p>	<p>3. Pasien tampak kesulitan dalam melakukan aktivitas nya</p> <p>A:Masala Keperawatan Intoleransi aktivitas belum teratasi</p> <p>P:Intervensi di lanjutkan</p>
			<p><b>09.00</b></p>	<p>5. Menganjurkan tirah baring Hasil:Pasien mampu menerima adukasi serta bersedia beristirahat lebih banyak</p>	<p>1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan</p> <p>2. Memonitor pola dan jam tidur</p> <p>3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus</p> <p>4. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur</p>

**Hari perawatan : 3**

1	Sabtu,26 April 2025	<p>Hipervolemia berhubungan dengan Kelebihan asupan cairan di tandai dengan: Data Subjektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan badan terasa lemah</li> <li>Pasien mengatakan bengkak pada kedua kaki</li> </ol> <p>Data Objektif</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien tampak lemah badan</li> <li>Terdapat edema pada kedua kaki pasien</li> <li>Pasien terpasang IVFD NaCl 0,9% di tangan kanan</li> <li>TTV TD:118/82 mmHg N:69x/menit R:20x/menit SB:36<sup>0</sup>C SPO2:96%</li> </ol>	<p><b>09.00</b></p> <p><b>09.50</b></p> <p><b>10.10</b></p> <p><b>10.20</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Memonitor kecepatan infus secara ketat Hasil:Pasien diberikan IVFD NaCl 0,9% dengan kecepatan 14 tetes per menit</li> <li>Membatasi asupan cairan Hasil:Pasien diinformasikan untuk minum air sekitar 600 cc dalam 1 hari</li> <li>Memberikan asupan cairan,sesuai kebutuhan Hasil:Asupan cairan masih dibatasi</li> <li>Edukasi pengendalian cairan dilakukan ulang kepada pasien dan keluarga</li> </ol>	<p>Hari/tgl/jam Minggu,27 April 2025 Jam:14.00</p> <p>S:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasien mengatakan masih bengkak pada ekstremitas bawah</li> </ol> <p>O:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Tampak edema pada ekstremitas bawah</li> <li>TTV TD:128/63 mmHg N:85x/menit R:20x/menit SB:36<sup>0</sup>C SPO2:98%</li> </ol> <p>A:Masalah Keperawatan hipervolemia belum teratasi P: Intervensi Dihentikan</p>
2	Sabtu,26 April 2025	<p>Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin ditandai dengan:</p>	<p><b>08.00</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Mengobservasi tanda-tanda vital Hasil: TD:118/82 mmHg</li> </ol>	<p>Hari/tgl/jam Minggu,27 April 2025 Jam:14.00</p> <p>S:</p>

	<p>Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengatakan lemah badan</p> <p>Data Objektif:</p> <p>a. Pasien tampak pucat</p> <p>b. Terpasang IVFD NaCl 500 ml 14 tetes/menit</p> <p>c. TTV :</p> <p>TD:118/82 mmHg</p> <p>N:69x/menit</p> <p>R:20x/menit</p> <p>SB:360C</p> <p>SPO2:96%</p>	<p><b>08.10</b></p> <p><b>15.00</b></p>	<p>N:69x/menit</p> <p>R:20x/menit</p> <p>SB:36<sup>0</sup>C</p> <p>SPO2:96%</p> <p>2. Meninggikan kepala pasien</p> <p>Hasil:Menaikkan bed pasien ke posisi semi fowler dan meletakkan bantal dibawah kepala pasien</p> <p>3. Membantu dalam pemberian tranfusi produk darah</p> <p>Hasil:Pasien sedang melakukan tranfuse PRC 240 cc,gol darah B+</p> <p>4. Mengawasi dalam pergantian cairan</p> <p>Hasil:Setelah tranfusi selesai nganti dengan cairan NaCl 0,9% 500 ml 14 tetes/menit</p> <p>5. Menganjurkan pasien untuk beristirahat diatas tempat tidur</p> <p>Hasil:Pasien mengerti dan selama tranfusi berlangsung pasien beristirahat ditempat tidur</p> <p>6. Penatalaksanaan pemberian obat</p> <p>Hasil:Pasien diberikan obat Asam Traneksamat 1 ampul 500</p>	<p>1. Pasien mengatakan pusing sudah mulai berkurang</p> <p>2. Pasien mengatakan mulai sudah mulai berkurang</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien masih tampak pucat</p> <p>2. Hemoglobin 7.0 g/dL (Dilakukan pemeriksaan pada tanggal 26 april 2025</p> <p>3. TTV</p> <p>TD:128/63 mmHg</p> <p>N:85x/menit</p> <p>R:20x/menit</p> <p>SB:36<sup>0</sup>C</p> <p>SPO2:98%</p> <p>A: Masalah Keperawatan Perfusi Perifer Tidak Efektif teratasi sebagian</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>
--	--	---	---	--

				mg, via IV dan obat asam folat 2x1	
3	Sabtu, 26 April 2025	<p>Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencedera fisiologia ditandai dengan: Data Subjektif</p> <p>a. Pasien mengatakan nyeri sudah mulai berkurang</p> <p>Data Objektif</p> <p>b. Pasien tampak sudah tidak gelisah</p> <p>c. Skala nyeri 3 (nyeri sedang)</p> <p>d. Pasien terpasang IVFD NaCl 500 ml 14 tetes/menit di tangan kanan</p> <p>e. TTV: TD:118/82 mmHg N:69x/menit R:20x/menit SB:36°C SPO2:96%</p>	<p><b>08.00</b></p> <p><b>08.05</b></p> <p><b>08.10</b></p> <p><b>09.20</b></p> <p><b>09.40</b></p>	<p>1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri Hasil: Pasien mengatakan nyeri pada pinggang kanan menjalar sampai ke lutut seperti ditusuk-tusuk, nyeri hilang timbul</p> <p>2. Mengidentifikasi skala nyeri Hasil: Skala nyeri 4</p> <p>3. Memberikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri Hasil: Melakukan dengan cara berbincang-bincang dengan pasien untuk mengalihkan fokusnya terhadap nyeri</p> <p>4. Mengajarkan teknik relaksasi napas dalam Hasil: Mengajarkan pada pasien teknik relaksasi napas dalam untuk mengurangi rasa nyeri</p> <p>5. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri Hasil: Membantu mengontrol kebisingan yang membuat pasien terganggu</p>	<p>Hari/tgl/jam Minggu, 27 April 2025 Jam: 14.00</p> <p>S:</p> <p>1. Pasien mengatakan nyeri bagian pinggang sudah mulai berkurang</p> <p>O:</p> <p>1. Pasien tampak sudah tenang dan tidak gelisah</p> <p>2. Skala nyeri 3</p> <p>3. Pasien terpasang IVFD NaCl 500 ml 14 tetes/menit</p> <p>4. TTV: TD:128/63 mmHg N:85x/menit R:20x/menit SB:36°C SPO2:98%</p> <p>A: Masalah Keperawatan Nyeri Akut teratasi</p> <p>P: Intervensi dihentikan</p>

			<b>09.50</b>	6. Memfasilitasi istirahat dan tidur Hasil:Memposisikan semi fowler dan menutup tirai	
			<b>10.10</b>	7. Penatalaksanaan pemberian obat Hasil:Pasien diberikan Fasidol forte 650 mh 3x1	
<b>4</b>	Sabtu,26 April 2025	Intoleransi aktivitas berhubungan dengan Kelemahan ditandai dengan: Data Subjektif: a. Pasien mengatakan lemah badan sudah berkurang b. Pasien mengatakan aktivitasnya dibantu oleh keluarga c. Pasien mengatakan aktivitasnya dibatasi oleh keluarga Data Objektif a. Aktivitas pasien dibantu oleh keluarganya b. Pasien hanya beristirahat di tempat tidur c. Pasien tampak kesulitan dalam melakukan aktivitas d. TTV: TD:118/82 mmHg N:69x/menit	<b>08.00</b>	1. Mengidentifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelemahan Hasil: Pasien mengatakan yang mengakibatkan pasien cepat lelah adalah nyeri pada bagian pinggang yang di alami pasien	Hari/tgl/jam Minggu,27 April 2025 Jam:14.00
			<b>08.05</b>	2. Memonitor pola dan jam tidur Hasil: Pasien mengatakan kadang terbangun di siang dan tengah malam hari	S: 1. Pasien mengatakan badan terasa lemah 2. Pasien mengatakan aktivitas nya dibantu keluarga 3. Pasien mengatakan aktivitas dibatasi
			<b>08.10</b>	3. Menyediakan lingkungan nyaman dan rendah stimulus Hasil: Tirai pasien di tutup sebagian supaya dapat mendukung istirahat pasien	O: 1. Aktivitas pasien sebagian di bantu oleh keluarga 2. Pasien tampak kesulitan dalam melakukan aktivitasnya 3. TTV TD:128/63 mmHg N:85x/menit R:20x/menit SB:36°C SPO2:98%
			<b>09.00</b>	4. Memfasilitasi duduk di sisi tempat tidur,jika tidak dapat berpindah atau berjalan Hasil: Pasien duduk ditempat tidur sambil berbicara bersama keluarganya.	

		R:20x/menit SB:360C SPO2:96%	<b>09.30</b>	5. Mengajukan tirah baring Hasil: Pasien mampu menerima edukasi serta bersedia beristirahat lebih banyak	A: Masalah Keperawatan Intoleransi Aktivitas teratasi sebagian P: Intervensi dihentikan
--	--	------------------------------------	--------------	---	---