

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

Di Ruang penyakit dalam RSUD Hm Ryacudu Kotabumi Lampung Utara dengan no. MR/CM 259860, pukul 09:00 WIB tanggal 08 Maret 2021 terdapat pasien bernama Ny. S berusia 55 tahun dengan diagnosa medis karsinoma mammae.

1. Data Dasar

a. Identitas pasien

Pengkajian dilakukan pada tanggal 08 Maret 2021 pukul 09:00 WIB. Nama pasien Ny.S, nomor rekam medis 259860. Usia 55 tahun, status perkawinan sudah menikah, pekerjaan ibu rumah tangga, agama Islam, pendidikan SMP, suku Jawa, bahasa yang digunakan bahasa Jawa, alamat rumah Sidodadi, Rt/Rw 02/03 Lampung Utara, sumber biaya BPJS, diagnosa medis karsinoma mammae dekstra dengan prosedur pembedahan mastektomi.

b. Sumber informasi (penanggung jawab)

Penanggung jawab pasien nama Tn. Anto, umur 38 tahun, hubungan dengan pasien adalah menantu, pendidikan D3 (PGSD), pekerjaan guru private, alamat rumah Sidodadi, Rt/Rw 02/03 Lampung Utara.

2. Riwayat kesehatan

a. Riwayat kesehatan masuk RS:

Pada tanggal 5 maret 2021 pukul 17.40 WIB klien datang dengan keluarganya dengan keluhan payudara sebelah kanan terasa sangat

sakit, klien ingin memeriksakan kondisi benjolan yang ada pada payudaranya, klien tidak nafsu makan dan badan lemas, hasil pemeriksaan fisik, didapatkan tekanan darah 110/90 mmHg, nadi 90x/menit. Pernafasan 24x/menit dan suhu 36,4° C. klien dipindahkan keruang perawatan penyakit dalam.

b. Riwayat kesehatan saat pengkajian:

1. Keluhan utama

Saat dilakukan pengkajian pada tanggal 8 Maret 2021 Klien mengatakan nyeri pada bagian payudara sebelah kanan post operasi. Nyeri yang dirasakan seperti ditusuk-tusuk jarum yang menyebar keseluruh bagian payudara sebelah kanan dengan skala nyeri 7 (0-10). Nyeri yang klien rasakan hilang timbul dengan skala waktu ± 20 menit.

P : klien mengatakan nyeri karena luka operasi

Q: klien mengatakan nyeri seperti ditusuk-tusuk jarum

R: klien mengatakan nyeri menyebar keseluruh bagian payudarasebelah kanan.

S: klien mengatakkn skala nyeri 7 (0-10)

T: klien mengatakan nyeri hilang timbul dengan waktu ± 20 menit

2. Keluhan penyerta

Klien mengatakan lemah, pusing, dan tidak bisa beraktifitas seperti biasanya, aktivitas dibantu oleh keluarga, dan susah tidur dimalam hari.

3. Riwayat kesehatan masa lalu

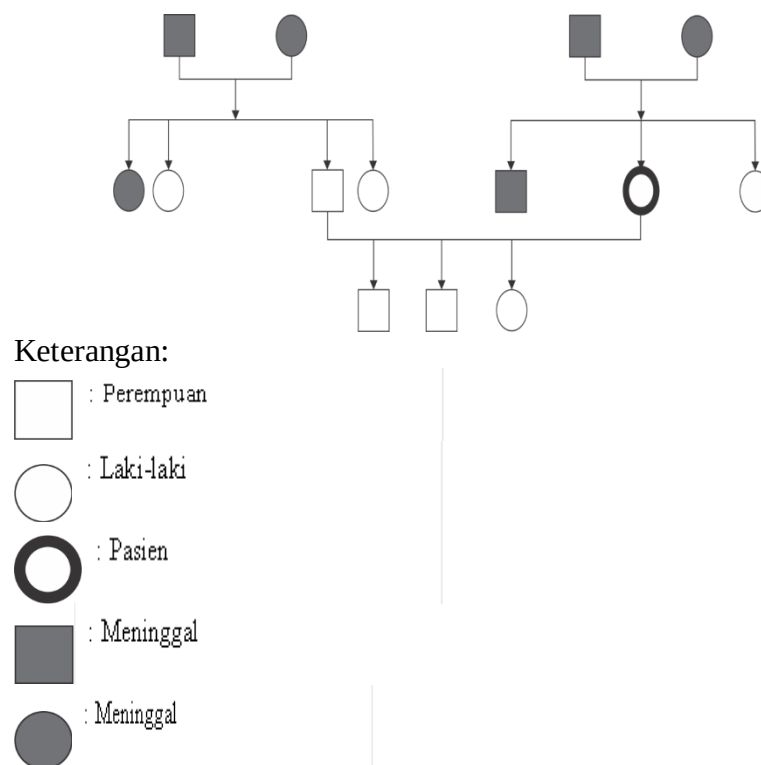
Klien mengatakan bahwa 3 tahun yang lalu sudah merasakan benjolan yang ada dipayudara sebelah kanan, akan tetapi klien tidak menyadari jika itu adalah benjolan biasa atau penyakit, dan klien sudah melakukan kemoterapi sebanyak 6x selama 1 tahun terakhir ini.

4. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa keluarganya pernah mengalami penyakit yang sama, yaitu ibu klien meninggal sudah 8 tahun yang lalu dengan riwayat penyakit gagal ginjal dan tumor payudara.

Gambar 3.1

Genogram pada keluarga Ny. S dapat dilihat pada bagan berikut:



5. Riwayat psikososial-spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan suaminya menikah sudah 2x. Dalam menghadapi stress klien biasanya bercerita dengan anak dan

Menantunya. Klien mendapatkan dukungan dari anak dan menantunya. Dalam berkomunikasi klien terlihat lemah. Klien mengatakan menyerahkan semua kepada Allah SWT dan tidak percaya kepada pengobatan lain kecuali pengobatan medis.

6. Lingkungan

1) Rumah

klien mengatakan lingkungan rumahnya bersih dan terawat setiap pagi dan sore hari rumahnya selalu dibersihkan, rumah klien tidak berpolusi karena klien tinggal didesa.

2) Pekerjaan

Klien mengatakan sudah tidak bekerja, hanya mengandalkan anak dan menantunya

3) Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a) Pola nutrisi dan cairan

Klien mengatakan sebelum sakit klien makan lewat oral 3x sehari dengan nafsu makan yang baik, tetapi ketika sakit nafsu makan klien menurun dengan frekuensi makan 2x sehari, makan setiap porsi 1 piring namun makan hanya 4-5 sendok dan dibantu oleh anaknya. Klien mengatakan

sebelum sakit klien dapat mengkonsumsi air mineral sebanyak 8 gelas per hari, tetapi saat sakit klien hanya mengkonsumsi air mineral sebanyak 3-4 gelas sehari dan mendapatkan cairan infus Ringer lactat 20 tpm.

b) Pola eliminasi

Klien mengatakan sebelum sakit BAK sebanyak 4x sehari dengan warna urin kuning, bau khas , klien melakukan secara mandiri tanpa bantuan keluarga. Saat sakit klien mengatakan BAK sebanyak 3x sehari dan tidak menentu, warna urin kuning, bau khas klien memakai pampers.

c) Personal hygiene

Klien mengatani sebelum sakit mandi 2x sehari pagi dan sore har, membersihkan gigi ketika mandi, serta mencuci rambut 2 hari sekali dilakukan secara mandiri. Saat sakit klien mandi dan mengosok gigi sehari sekali dibantu oleh anaknya.

4) Pola istirahat dan tidur

Klien mengatakan sebelum sakit tidur selama 6-7 jam per hari, tetapi saat sakit klien mengatani sulit tidur terutama pada malam hari karena merasakan nyeri bagia payudara sebelah kanan, durasi tidur 2-3 jam per harinya.

5) Pola aktifitas dan latihan

Klien mengatakan sebelum dan saat sakit tidak mengalami kesulitan dalam beraktivitas, klien rajin menanam tumbuhan dipekarangan rumah, pada saat klien masuk RS dan dalam masa perawatan aktivitas klien dibantu oleh anak dan menantunya.

1. Pengkajian fisik

a. Pemeriksaan umum

Tekanan darah 100/90mmHg, frekuensi denyut nadi 90x/menit, frekuensi pernafasan 30x/menit, suhu tubuh 36,5° C, tinggi badan 158 cm, berat badan 58 Kg.

b. Pemeriksaan fisik per sistem

1) Sistem penglihatan

Sistem penglihatan normal, posisi mata simetris, konjungtiva tidak anemis, pergerakan bola mata normal, tidak ada strabismus, sklera anikterik, pupil isokor, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, dan tidak menggunakan alat bantu dalam penglihatan.

2) Sistem pendengaran

Klien mengatakan sejak umurnya semakin menua pendengarannya sudah mulai terganggu, ketika mendengar orang lain berbicara, klien kurang cepat untuk menangkap pembicaraan, klien tidak menggunakan alat bantu pendengaran

3) Sistem wicara

Klien tidak mengalami kesulitan dalam berbicara, komunikasi baik, hanya saja klien sulit menjawab jika lawan bicara tidak mengeraskan suaranya ketika berbicara

4) Sistem pernafasan

Frekuensi pernafasan 30x/menit, jalan nafas bersih, irama nafas teratur, auskultasi paru vesikuler.

5) Sistem kardiovaskuler

Denyut nadi 90x/menit, CRT 4 detik, akral dingin, auskultasi jantung lup-dup.

6) Sistem neurologis

Pada saat pengkajian tingkat kesadaran pasien composmetis, dengan glaslow coma scale (GCS) E4V5M5.

7) Sistem pencernaan

Keadaan mulut klien kering, tidak ada gangguan menelan, tidak ada muntah, dan tidak ada auskultasi abdomen.

8) Sistem imunologi

Klien tidak ada pembesaran imunologi.

9) Sistem endokrin

Nafas klien tidak berbau keton dan tidak ada sariawan

10) Sistem urogenital

Klien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak ada nyeri tekan, dan tidak menggunakan kateter.

11) Sistem integument

Keadaan rambut klien tampak sedikit tidak terawat, sebagian berwarna putih pendek, kuku klien bersih dan kulit sudah tidak elastis karena factor usia, kulit pucat. Terdapat luka post operasi payudara disebelah kanan.

12) Sistem muskuloskeletal

Pada saat pengkajian klien tampak memiliki keterbatasan dalam pergerakan dikarenakan klien merasa lemah dan sudah lelah tidak ada fraktur, tidak ada kelainan bentuk tulang dan otot, aktivitas sebagian dibantu oleh keluarga.

3. Pemeriksaan Penunjang

Terdiri dari pemeriksaan diagnostik dan pemeriksaan laboratorium.

Tabel 3.1

Tabel hasil laboratorium Ny.S dengan gangguan rasa aman nyaman: nyeri akut di ruang penyakit dalam RSUD HM Ryacudu pada tanggal 8 Maret-2021

Pemeriksaan	Hasil	Satuan	Normal
1. Hemoglobin	10,40	g/d	11.0-16.0
2. Gula darah sewaktu	255	Mg/dl	70-180 mg/dl

3. Leukosit	9.500	μL	4.000- 10.000
4. Trombosit	200.00 0	oL	150.000 - 400.000

4. Penatalaksanaan

Tabel 3.2

Penatalaksanaan medis pada Ny. S
pada tanggal 8-10 Meret 2021 antara lain:

Nama Obat	Dosis
1. RL	500cc/8 jam/20 tpm
2. Injeksi ondansentron	3x1/8 jam amp IV
3. Injeksi omeprazole	2x1/12 jam amp IV
4. Sukralfat	3x1/500mg
5. Terpasang O2	3 lpm
6. Dilakukan perawatan luka dipagi hari menggunakan cairan Nacl 0,9%	1x/hari

5. Data Fokus

Tabel 3.3

Data fokus dari pengkajian terhadap Ny.S Diruang perawatan penyakit dalam RSUD mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

Pada tanggal 8-10 Maret 2021

Data subjektif (DS)	Data objektif (DO)
1. Klien mengatakan nyeri pada luka operasi, nyeri terasa seperti tertusuk tusuk jarum dibagian luka 2. Klien mengatakan tidur terganggu dan sering terbangun akibat nyeri 3. Klien mengatakan sulit tidur dimalam hari 4. Klien mengatakan mata berkunang-kunang 5. Klien mengatakan selama sakit tidak bisa melakukan aktivitas akibat luka yang dirasakan 6. Klien mengatakan aktifitas dibantu oleh keluarga 7. Klien merasa cemas dengan penyakit yang dideritanya	1. Skala nyeri 7 (0-10) 2. TD 100/90mmHg P : 20x/ menit N: 90x/menit S: 36,5°C 3. Terdapat luka sayatan pada payudara sebelah kanan dengan kedalaman luka ± 4 cm dan panjang ± 5 cm 4. Rambut klien tampak kotor 5. Klien tampak cemas dan gelisah 6. Klien terpasang infus Ringer Laktat 500 cc/8 jam 20 tpm 7. Klien diberikan terapi analgesik Injeksi Ketorolax 1 ampul 3 x 1/8 jam IV

	Injeksi ondansentron 1 ampul 2 x1/12 jam IV Sukralfat 3x1/500mg (sebelum makan) 8. Dilakukan perawatan luka setiap hari dipagi hari menggunakan cairan Nacl 0,9% 9. Hemoglobin klien:10,40 g/dl 10. Gula darah sewaktu:255 Mg/dl 11. Leukosit: 9.500 μL 12. Trombosit:200.000 oL
--	---

6. Analisa Data

Tabel 3.4

Analisa data dari hasil Pengkajian Ny. S diruang Penyakit Dalam RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1.	DS: • Klien mengatakan nyeri pada lokasi luka operasi • Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk jarum • Klien mengatakan istirahat terganggu akibat nyeri yang dirasakan • Klien mengatakan sulit tidur dimalam hari DO: • Skala Nyeri 7 (0-10) • TD:100/90mmHg	Nyeri Akut	Agen pencedera Fisik prosedur operasi

	P : 20x/ menit N: 90x/menit S: 36,5 C • Klien terpasang infus Ringer Laktat 500 cc/8 jam 20 tpm • Klien diberikan terapi analgetik Injeksi Ketorolax 1 ampul 3 x 1/8 jam IV • Injeksi ondansentron 1 ampul 2 x1/12 jam IV • Sukralfat 3x1/500mg (sebelum makan • klien tampak meringis • klien tampak gelisah • klien bersikap protektif) mis, waspada posisi menghindari nyeri) • klien tampak gelisah		
--	---	--	--

2.	DS: DO: • Hemoglobin :10,40 g/dl • Gula darah sewaktu:255 Mg/dl • Leukosit: 9.500 µL • Trombosit:200.000 oL • Hasil TTV • TD:100/90mmHg P : 20x/ menit N: 90x/menit S: 36,5 C	Resiko perdarahan	Tindakan pembedahan
3.	DS: • Klien mengatakan selama sakit tidak pernah mandi DO: • Rambut klien tampak kotor	Defisit perawatan diri	Kelemahan
4.	DS: • Klien mengatakan takut dengan penyakit yang dideritanya	Ansietas	Kekhawatiran mengalami kegagalan

	- Klien mengatakan tidur terganggu dan sering terbangun akibat nyeri DO: - Klien tampak cemas - klien tampak tegang - klien sulit tidur		
5.	DS:- DO: Terdapat luka sayatan pada payudara sebelah kanan dengan kedalaman luka ± 4 Cm dan panjang ± 5 Cm.	Risiko infeksi	Efek prosedur invasif

2. Diagnosa Keperawatan

Dari hasil analisa data maka diagnosa keperawatan berdasarkan skalaprioritas utama yang muncul pada kasus Ny.S adalah:

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)
ditandai dengan sikap melindungi area nyeri
2. Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan
ditandai dengan klien tampak gelisah
3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan
ungkapan tidak pernah mandi dan mencuci rambut
4. Resiko perdarahan berhubungan dengan tindakan pembedahan
5. Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur
invasif.

3. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana Keperawatan pada Ny. S di Ruang Perawatan penyakit Dalam RSUD HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara pada Tanggal 8-10 Maret 2021

No	Diagnosa keperawatan	Tujuan SLKI	Intervensi SIKI
1.	2	3	4
1.	Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi) Ds: - Klien mengatakan nyeri pada lokasi luka operasi - Klien mengatakan nyeri seperti ditusuk- tusuk jarum - Klien mengatakan istirahat terganggu akibat nyeri yang dirasakan	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat nyeri klien menurun dengan kriteria hasil: Tingkat nyeri (L.08066) - keluhan nyeri menurun dengan skala 7 (0-10) menjadi 5 (0-10) - mengenali kapan nyeri terjadi - menggunakan tindakan pencegahan	Manajemen Nyeri (L.08238) Observasi - Identifikasi skala nyeri (0-10) - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - berikan tehnik Non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (Mis: Tehnik imajinasi terbimbing dan tehnik latihan nafas dalam)

	DO: • Skala Nyeri 7 (0-10) • TD:100/90mmHg P : 20x/ menit N: 90x/menit S: 36,5 C • Klien terpasang infus Ringer Laktat 500 cc/8 jam 20 tpm • Klien diberikan terapi analgetik Injeksi Ketorolax 1 ampul 3 x 1/8 jam IV • Injeksi ondansentron 1 ampul 2 x1/12 jam IV • Sukralfat 3x1/500mg (sebelum makan • klien tampak meringis • klien tampak gelisah • klien bersikap protektif) mis, waspada posisi menghindar	4. menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgetik	Terapeutik - kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (Mis. Suhu ruangan dan pencahayaan) Edukasi - jelaskan penyebab, periode dan pemicu nyeri - jelaskan strategi pereda nyeri Kolaborasi - kolaborasi pemberian analgetik (jika perlu)
--	--	--	--

	nyeri)		
2.	Ansietas berhubungan dengan kekhawatiran mengalami kegagalan DS: • Klien mengatakan takut dengan penyakit yang dideritanya • Klien mengatakan tidur terganggu dan sering terbangun akibat nyeri DO: • Klien tampak cemas	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x 24 jam diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil: Tingkat ansietas (L.09093) 1. Kerilaku gelisah menurun 2. Perilaku tegang menurun 3. Kesulitan berkonsentrasi membaik 4. Rasa takut yang disampaikan secara lisan membaik	Terapi relaksasi(I.09326) observasi - identifikasi penurunan tingkat energi, ketidak mampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif - identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan, tehnik sebelumnya Terapeutik - ciptakan lingkungan yang tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruangan nyaman - gunakan pakaian longgar - gunakan nada suara yang lembut

			dengan irama lambat dan berirama Edukasi - jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia yang tersedia (Mis. Nafas dalam) - jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih - anjurkan mengambil posisi nyaman - anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi - demonstrasikan dan latih tehnik relaksasi (mis, nafas dalam atau imajinasi terbimbing)
--	--	--	--

3.	Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan ditandai dengan tidak pernah mandi dan mencuci rambut DS: • Klien mengatakan selama sakit tidak pernah mandi DO: • Rambut klien tampak kotor	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil: Perawatan diri (L.11103) 1. Kemampuan mandi meningkat 2. Minat melakukan perawatan diri meningkat	Dukungan perawatan diri: mandi (I.) Observasi - Monitor kebersihan tubuh (mis. Rambut, mulut, kulit, kaki) - Monitor integritas kulit Terapeutik - Sediakan lingkungan yang aman dan nyaman - Fasilitasi mandi sesuai kebutuhan - Pertahankan kebiasaan kebersihan diri - Berikan bantuan sesuai tingkat kemandirian Edukasi - Jelaskan manfaat mandi dan dampak tidak mandi terhadap kesehatan - Ajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien.
----	---	---	--

4.	Resiko infeksi berhubungan dengan agen pencidera fisik (prosedur invasif) DS:- DO: • Terdapat luka sayatan pada payudara sebelah kanan dengan kedalaman luka $\pm$ 4 Cm dan panjang $\pm$ 5 Cm.	Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam diharapkan tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil Tingkat Infeksi (L.14137) 1. Kemerahan menurun 2. Nyeri menurun 3. Cairan luka) yang berbau tidak sedap menurun 4. Hilang nafsu makan membaik	Pencegahan Infeksi (I.14539) Observasi - monitor adanya tanda dan gejala infeksi sistemik dan local - periksa kulit dan selaput lendir (mis: adanya kemerahan, kehangatan ekstremitas) - periksa kondisi setiap sayatan bedah atau luka Terapeutik - berikan perawatan kulit pada area edema Edukasi - ajarkan klien dan keluarga mengenai tanda dan gejala infeksi, kapan waktu harus melaporkan kepetugas kesehatan - anjurkan peningkatan mobilitas dan latihan dengan tepat
----	---	---	--

			- ajarkan klien dan anggota keluarga bagaimana cara menghindari infeksi.
--	--	--	--

5. Catatan perkembangan

Tabel 3.6

Catatan perkembangan hari Ke-1 pada Ny.S di Ruang penyakit dalam RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Senin 08-Maret-2021	Pukul 09:00 WIB - Mengkaji tingkat nyeri Pukul 11:00 WIB - Mengukur tanda-tanda vital Pukul 13:30 WIB - Memberikan analgesik Ketorolax 1 ampul (30 mg/IV) - Ondansentron 1 ampul (30 mg/IV) - Sukralfat 3x1/500mg Pukul 16:00 WIB - Mengkaji faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	S: Pukul 09:20 WIB - Klien mengatakan nyeri pada payudara sebelah kanan - Klien mengatakan payudara terasa nyeri walaupun obat sudah masuk O: Pukul 11:30 WIB - Skala nyeri 7 (0-10) - Klien tampak menahan rasa nyeri - TD: 100/90mmHg - N: 85x/menit - S: 36,5° C - RR: 24x/menit

			A: Masalah nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan intervensi • Mengukur tanda-tanda vital • Memberikan terapi analgesik dan antibiotik Ketorolax 1 ampul (30 mg/IV) Ondansentron 1 ampul (30 mg/IV) Sukralfat 3x1/500mg • Mengevaluasi tingkat nyeri klien • Mengajarkan tehnik relaksasi dan imajinasi terbimbing Perawat Wayan
2.	08-Maret-2021	Pukul 09:00 WIB • Memberikan kesempatan kepada klien untuk mengungkapkan perasaannya mengenai penyakitnya • Menjelaskan efek yang ditimbulkan akibat adanya operasi seperti klien	S: Pukul 09:10 WIB - Klien mengatakan cemas akibat penyakit yang dideritanya O: - Klien tampak cemas - Klien mendengarkan penjelasan yang diberikan

		akan mengalami nyeri pada area operasi Pukul 09:30 WIB • Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan	perawat A: Masalah ansietas belum teratasi P: Lanjutkan intervensi - Mengevaluasi tingkat kecemasan - Meyakinkan kepada klien mengenai pengobatan yang diberikan tenaga medis - Mengajarkan tehnik relaksasi nafas dalam dan tehnik imajinasi terbimbing - Membantu klien mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan Perawat Wayan
3.	8-Maret-2021	Pukul 10:30 WIB • Memonitor kebersihan tubuh klien • Memonitor keadaan kulit klien	S: Pukul 09:30 WIB - Klien mengatakan tidak mampu untuk mandi

		• Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi • Mengidentifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat • Memberi kesempatan untuk bertanya	O: klien tampak lemah A: masalah defisit perawatan diri belum teratasi P: lanjutkan Intervensi - Memonitor kebersihan tubuh klien ✓ Klien sedikit bau badan - Memonitor keadaan kulit klien ✓ Kulit klien tampak kotor - Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman Perawat Wayan
4.	8- Maret-2021	Pukul 08:00 WIB • Memeriksa daerah sayatan terdapat kemerahan atau bengkak • Membersihkan daerah sayatan dengan cairan NaCl menggunakan kassa bersih • Mengganti perban dengan yang baru	S: Pukul 08:40 - Klien mengatakan memahami tindakan yang akan dilakukan oleh perawat O:Klien tampak meringis A:Masalah resiko infeksi belum teratasi

		steril	P: lanjutkan intervensi - Membuka balutan - Mengobservasi apakah kemerahan atau berbau tidak sedap - Membersihkan luka menggunakan cairan NACL 0,9% menggunakan kassa steril - Mengganti balutan Perawat Wayan
--	--	--------	---

Tabel 3.7

Catatan perkembangan hari Ke-2 pada Ny.S di Ruang penyakit dalam RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Hari/tgl	Implementasi	Evaluasi
1.	2	3	4
1.	Selasa,09-Maret-2021	Pukul 15:30 WIB • Mengevaluasi nyeri yang disampaikan klien skala nyeri 6 (0-10) • Mengukur tanda-tanda vital • Memberikan tehnik reraksasi untuk mengurangi rasa nyeri (nafas dalam dan imajinasi terbimbing) Pukul 17:00 WIB • Memberi obat analgesik • Ketorolax 1 ampul (30 mg/IV) • Ondansentron 1 ampul (30 mg/IV) • Sukralfat 3x1/500mg (sebelum	S: Pukul 16:30 WIB - klien mengatakan nyeri hilang timbul - Klien mengatakan mengerti dengan tehnik yang diajarkan O: Pukul 16:00 WIB - Skala nyeri 6 (0-10) - Hasil TTV - TD:110/80mmHg N: 80x/menit S:36.5° C RR: 22x/menit

		makan)	A: Pukul 16:00 WIB Masalah nyeri akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - Mengukur tanda-tanda vital - Memberikan terapi injeksi analgesik dan antibiotik - Ketorolax 1 ampul (30 mg/IV) - Ondansentron 1 ampul (30 mg/IV) - Sukralfat 3x1/oral (sebelum makan) - Mengajarkan teknik relaksasi - Mengevaluasi skala nyeri (0-10) Perawat Wayan
2.	Selasa, 09-Maret-2021	Pukul 15:40 WIB • Mengevaluasi tingkat kecemasan • Mengevaluasi penggunaan teknik	S: pukul 16:00 WIB - Klien mengatakan cemas sudah berkurang

		imajinasi	O: Pukul 16; 40 WIB - klien tampak menerima kondisi yg dialami saat ini dan sudah menerima kenyataan yang terjadi - klien melakukan tehnik relaksasi nafas dalam dan imajinasi terbimbing yang diajarkan dengan benar A: Masalah ansietas teratasi P: Selanjutnya intervensi dapat dibantu oleh keluarga klien Perawat Wayan
3.	Selasa,09- maret-2021	Pukul 08:30 WIB • Memonitor kebersihan tubuh klien • Memonitor keadaan kulit klien • Mempertahankan kebiasaan kebersihan mandi • Memberi bantuan sesuai tingkat kemandirian	S: Pukul 09:30 WIB - Klien mengatakan paham dengan apa yang disampaikan perawat O: klien tampak sudah mampu memggerakan lengannya Hasil - Badan klien terlihat sudah bersih

			- Rambut klien terlihat bersih A: masalah defisit perawatan diri sebagian teratasi P: lanjutkan Intervensi - Memonitor kebersihan tubuh klien - Menjelaskan manfaat mandi dandampak tidak mandi terhadap kesehatan - Mengajarkan kepada keluarga cara memandikan pasien selama dirumah Perawat Wayan
4.	Selasa, 09-Maret-2021	Pukul 08:00 WIB • Membuka balutan • Mengobservasi apakah terdapat kemerahan atau berbau • Membersihkan luka dengan NaCL (0,9%)	S: Pukul 08:30 WIB - Klien mengatakan daerah luka tidak merah dan berbau O: Pukul 09:00 WIB - Klien tampak mengikuti prosedur yang dilakukan perawat A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian

			P: lanjutkan intervensi - Membersihkan luka menggunakan cairan NaCL 0,9% menggunakan kassa Steril - Mengganti balutan Perawat Wayan
--	--	--	---

Tabel 3.8

Catatan perkembangan hari Ke-3 pada Ny.S di Ruang penyakit dalam RSUD Mayjend HM Ryacudu Kotabumi Lampung Utara

No	Hari/ Tgl	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	Rabu 10-Maret-2021	Pukul: 08:00 WIB • Mengevaluasi tingkat nyeri yang dirasakan klien Skala nyeri 5 (0-10) • Mengukur tanda-tanda vital • Mengevaluasi jika ada keluhan	S: Pukul 09:40 WIB - Klien mengatakan nyeri sudah berkurang - Klien mengatakan tidak ada keluhan lain O: Pukul 10:00 WIB - Skala nyeri 5 (0-10) - Hasil TTV

		tambahan • Memberikan terapi injeksi Ketorolax 1 ampul (30 mg/IV) - Ondansentron 1 ampul (30 mg/IV) • Sukralfat 3x1/500mg (sebelum makan)	TD: 110/100mmHg N:80x/menit S:36,8 C RR:22x/menit A: Masalah Nyeri Akut teratasi sebagian P: lanjutkan intervensi - Mengukur tanda-tanda vital - Mengevaluasi tingkat nyeri - Memberikan terapi injeksi analgetik dan antibiotik - Ketorolax 1 ampul (30 mg/IV) - Ondansentron 1 ampul (30 mg/IV) - Sukralfat 3x1/500mg (sebelum makan) Perawat Wayan
2.	Rabu 10, Maret 2021	Pukul 10:30 WIB • Mengevaluasi status kebersihan	S: Pukul 11:00 WIB - Klien mengatakan mengerti tentang informasi

		klien • Memberikan informasi kepada klien tentang cara hidup bersih dan sehat selama sakit	yang disampaikan perawat O: klien sudah mampu menggerakan lengannya A: Masalah defisit perawatan diri teratasi P: selanjutnya intervensi dapat dilakukan keluarga klien dirumah - Mengajarkan hidup bersih dan sehat kepada keluarga selama perawatan dirumah - Memberikan kesempatan klien dan keluarga untuk bertanya Perawat Wayan
3.	Rabu 10-Maret-2021	Pukul 08:00 WIB • Membuka balutan luka • Mengkaji adanya kemerahan atau berbau • Membersihkan luka dengan dengan cairan NaCL (0,9%)	S: Pukul 08:30 WIB - Klien mengatakan disekitar luka tidak ada kemerahan atau berbau O: Pukul 09:00 WIB - Luka klien tampak bersih

		• Mengganti balutan dengan kassa steril	A: Masalah resiko infeksi teratasi sebagian P: lanjutkan inervensi - Memonitor tanda-tanda kemerahan atau berbau - Membuka luka - Membersihkan luka menggunakan NaCL (0.9%) - Mengganti balutan dengan kassa steril Perawat Wayan
--	--	---	---