

BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. PENGKAJIAN

Ruang	: 305 Lantai 3
No.MR/CM	: 18.61.08
Pukul	: 10.00 wib
Tanggal Pengkajian	: 09 Maret 2021

1. Data Dasar

a) Identitas Pasien

Ny. S, berusia 63 tahun, status menikah, pekerjaan klien ibu rumah tangga, agama Islam, pendidikan klien SD, suku Jawa bahasa yang digunakan sehari-hari bahasa Indonesia, alamat rumah Rejosari Lampung Utara, sumber biaya BPJS, klien masuk RS pada tanggal 08 Maret 2021 dengan diagnosa medis *abses mandibula*.

b) Sumber Informasi (Penanggung Jawab)

Ny. L berusia 38 tahun ,hubungan dengan klien adalah anak kandung, pendidikan SMA, pekerjaan ibu rumah tangga alamat rumah Rejosari Lampung Utara.

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk RS

Klien datang ke IGD RSU Handayani pada tanggal 08 Maret 2021 pukul: 07.00 WIB dengan keluhan nyeri dibagian rahang sebelah kanan terasa berat sejak 2 hari yang lalu.

b. Riwayat Kesehatan Saat Pengkajian

Keluhan Utama

Klien mengeluh nyeri pada bagian luka operasi nya, kemerahan di bagian luka nya, nyeri seperti tertusuk-tusuk, nyeri saat beraktifitas, yang memperingan keluhan klien adalah setelah diberi obat analgesik *ketorolak*, kualitas nyeri nya menetap, lokasi nya di mandibula dextra dampak pada klien dari menjadi kesulitan menelan, skala nyeri 5 (1-10). Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital didapatkan TD: 120/90 mmHg, N: 80x/m, RR:20x/m, T:36,°C.

c. Keluhan Penyerta

Klien merasa lemah, sulit tidur dan mengeluh sedikit panas pada jahitan luka.

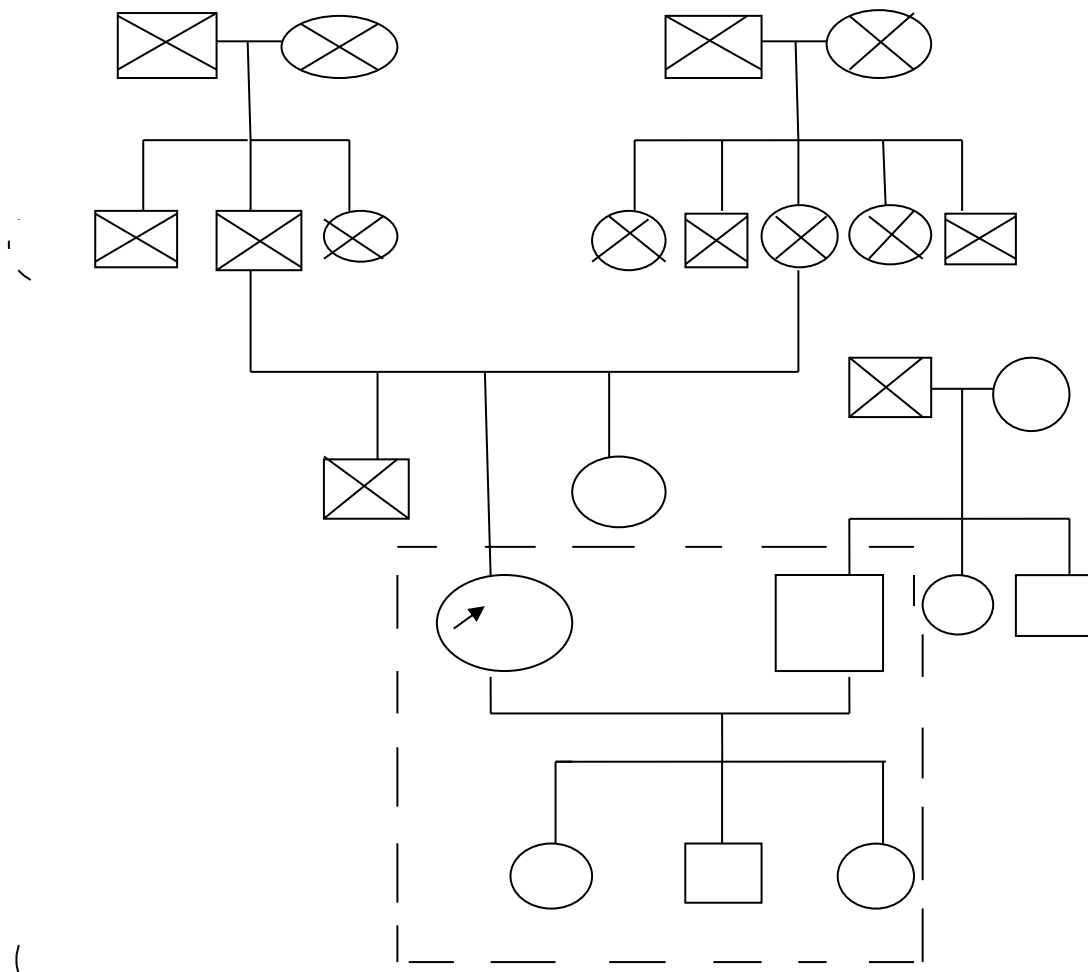
d. Riwayat Kesehatan Lalu

Klien mengatakan memiliki tidak riwayat penyakit sebelumnya hanya sering sakit kapala ringan saja.

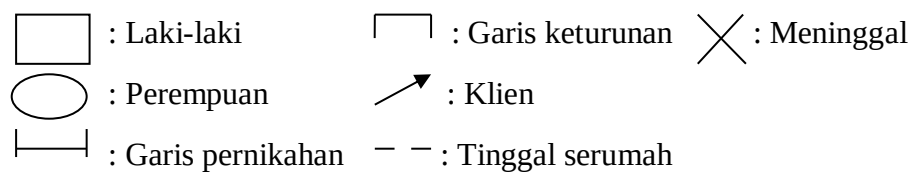
e. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat pengkajian klien mengatakan tidak pernah mengetahui apakah keluarga nya ada yang terkena penyakit abses atau tidak.

Gambar 3.1
Data Genogram Ny. S di lantai 3
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara



Keterangan :



Riwayat Keluarga

Anggota keluarga klien tidak ada yang pernah menderita *abses mandibula* seperti yang sedang dialami klien saat ini.

3. Riwayat Psikososial - Spiritual

Saat dilakukan pengkajian klien tidak mengalami stress mengenai keuangan, keluarga dan pekerjaan. Keluarga klien saling mendukung dalam hal apa pun. Sistem nilai keluarga tidak bertentangan dan saat sakit klien melakukan ibadah di tempat tidur.

4. Lingkungan

a. Rumah

Klien mengatakan lingkungan rumah bersih, bebas dari polusi dan bahaya.

b. Pekerjaan

Klien mengatakan lingkungan pekerjaan yang bersih, bebas dari polusi dan bahaya.

5. Pola kebiasaan sehari-hari sebelum dan saat sakit

a. Pola Nutrisi dan Cairan

Klien mengatakan asupan makanan oral sebelum sakit, frekuensi 3x/hari dengan menghabiskan 1 porsi makanan dan tidak adanya penurunan berat badan. Pada saat sakit klien mengatakan saat sakit asupan makan oral frekuensi maka 2 x/hari dengan menghabiskan 2-3 sendok makan dari 1 porsi makanan yang diberikan dan sedikit terjadi penurunan berat badan dari 50 kg menjadi 47 kg. Nafsu makan menurun, otot menelan dan mengunyah lemah, klien tidak ada alergi obat, tidak ada pantangan makan dan tidak ada anjuran untuk diit. Klien mengatakan asupan cairan oral sebelum sakit minum air putih, minum 8-9 gelas/hari dengan volume total 1500 cc/hari. Pada saat sakit klien mengatakan asupan cairan oral, minum air putih minum 3-4 gelas/hari dengan volume total 1000- 1200 cc/hari, terpasang cairan infuse RL 20 tetes permenit.

b. Pola Eliminasi

Klien mengatakan BAK sebelum sakit sehari 5-kali dengan jumlah ,klien mengatakan warna urin kuning jernih dan berbau

husus urin, klien mengatakan BAB sehari 1 kali feses berwarna kuning lembek dan berbau khas feses. Klien mengatakan BAK saat sakit sehari 3-4kali/hari, klien mengatakan warna urine kuning jernih dan berbau urin khas, tidak terpasang kateter klien mengatakan BAB sehari 1 kali feses berwarna kuning lembek dan berbau khas.

c. Pola Personal Hygiene

Klien mengatakan sebelum sakit mandi sehari 2 kali/hari (Pagi dan sore) oral hygiene 3 kali/hari, cuci rambut 2 kali /hari. Pada saat sakit klien mengatakan mandi dilap dengan kain yang dibasahi dengan air hangat, oral hygiene sehari 1 kali dibantu dengan keluarga dan cuci rambut hanya dibasahi sehari 1 kali.

d. Pola Istirahat dan tidur

Klien mengeluh sulit tidur akibat nyeri, klien tidur malam hari dengan lama waktu 5 jam, klien mengatakan sering terbangun ditengah malam , dan merasa tidak puas saat tidur.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Klien mengatakan sebelum sakit tidak ada keterbatasan dalam melakukan kebutuhan sehari-hari. Klien tampak lemah, pada saat sakit klien mengatakan saat sakit ada keterbatasan dalam melakukan kebutuhan aktivitas klien dibantu oleh keluarga dan perawat.

6. Pengkajian Fisik

a. Pemeriksaan Fisik

Tekanan darah : 120/90 mmhg, denyut nadi : 80x/m, pernapasan 20x/m, suhu tubuh: 36,8°C, tinggi badan : 150 cm, berat badan: 50 kg.

b. Pemeriksaan Fisik Per Sistem yaitu :

1) Sistem Penglihatan

Pada saat pengkajian klien mengatakan penglihatan bagus, posisi mata simetris, pergerakan mata normal *konjungtiva* berwarna merah muda, *sclera* tidak ikterik reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, tidak ada tanda tanda radang dan tidak menggunakan alat bantu penglihatan.

2) Sistem Pendengaran

Pada saat pengkajian sistem pendengaran klien baik tidak ada tanda-tanda peradangan dan tidak menggunakan alat bantu pendengaran.

3) Sistem Wicara

Pada saat pengkajian klien tidak ada kesulitan dalam berbicara.

4) Sistem Pernafasan

Pada saat pengkajian pernafasan klien 20x/menit tidak ada suara nafas tambahan, tidak ada sputum, tidak mengalami *takikardi*, irama pernafasan teratur, suara nafas *vesikuler* dan tidak menggunakan alat bantu pernafasan.

5) Sistem Kardiovaskuler

Pada saat dilakukan pengkajian denyut nadi klien 88 x/menit ,irama teratur, tidak adanya distensi vena jugularis, temperatur kulit 36,8°C pengisian kapiler < 3 detik.

6) Sistem Neurologi

Pada saat pengkajian keadaan klien *compos mentis* E4 V5 M6.

7) Sistem Pencernaan

Pada saat pengkajian keadaan mulut klien bersih, klien mengatakan kesulitan menelan, nafsu makan berkurang, klien tidak merasakan nyeri pada abdomen. bising usus terdengar 28x/m, tidak ada

gangguan pada nyeri tekan dan lepas, klien tidak menggunakan *colostomy* karena tidak mengalami gangguan pada *colon*.

8) Sistem Immunology

Pada saat pengkajian klien tidak terdapat adanya pembesaran kelenjar getah bening.

9) Sistem Endokrin

Pada saat pengkajian klien tidak mengalami pembesaran kelenjar tyroid.

10) Sistem Urogenital

Pada saat pengkajian tidak terdapat distensi kandung kemih, tidak mengalami nyeri tekan dan tidak terpasang kateter.

11) Sistem Integumen

Pada saat pengkajian keadaan rambut klien tampak bersih kekuatan rambut klien normal beruban dan bewarna hitam. Keadaan kuku klien bersih, tidak panjang dan tidak adanya *sianosis*.

12) Sistem Muskuloskeletal

Pada saat pengkajian klien tampak lemas dan lemah aktivitas dibantu keluarga kekuatan otot:

4 4 4 4	4 4 4 4
4 4 4 4	4 4 4 4

Keterangan :

Maknanya adalah pergerakan aktif mampu melawan gravitasi dengan tahanan ringan.

7. Pemeriksaan Laboratorium

Tabel 3.1
Hasil Pemeriksaan Lab Ny. S di lantai 3 RSUD Handayani
Kotabumi Lampung Utara
(08 Maret 2021)

No	Nama Pemeriksaan	Hasil	Nilai Normal
1.	Hemoglobin	12.20 gr/dl	12.00-16.00
2.	Leukosit	20,000/ul	4,000-10.000
3.	Hematokrit	34%	37-47
4.	Trombosit	380,000 sel/ul	150,000-400,000
5.	Gula darah sewaktu	62 mg/dl	70-180
6.	-HBsAg	Negatif	Negatif

Sumber: rekam medis lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi Lampung Utara.

8. Pengobatan

Table 3.2

Jadwal Pemberian Obat Ny.S di Ruang 305 lantai 3 RSU Handayani Kotabumi
Lampung Utara 09-11 maret 2021

09 Maret 2021	10 Maret 2021	11 Maret 2021
1	2	3
1.)Therapy IVFD Ranger Laktat 20 Tpm Makro	1.)Therapy IVFD Ranger Laktat 20 Tpm Makro	1.)Therapy IVFD Ranger Laktat 20 Tpm Makro
2.)Therapy Injeksi Ceftriaxone 1gr Ketorolac 30 mg Metronidazole infuse 500 mg	2.)Therapy Injeksi Ceftriaxone 1gr Ketorolac 30 mg Metronidazole infuse 500 mg	2.)Therapy Injeksi Ceftriaxone 1gr Ketorolac 30 mg Metronidazole infuse 500 mg

*Sumber: Buku Pemberian Obat lantai 3 RSU Handayani Kotabumi Lampung
Utara.*

9. Data Fokus

Tabel 3.3

Pengelompokan data pada Ny.S dengan kasus Post Op Mandibula
 Hasil pengkajian telah didapat beberapa data senjang sebagai berikut:

Data Subjektif	Data Objektif
1. Klien mengatakan nyeri pada bagian post op dirahang bagian bawah 2. Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk 3. .Klien mengatakan nyeri saat beraktivitas 4. Klien mengatakan sulit tidur 5. Klien mengatakan istirahat tidak cukup 6. Klien mengatakan kemerahan pada luka operasi 7. Klien mengeluh sedikit panas disekitar luka jahitan 8. Klien mengatakan kesulitan menelan 9. Klien mengatakan nafsu makan berubah	1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak memegang rahang bagian bawah 3. Skala nyeri 5 (1-10) 4. Klien tampak gelisah 5. Nafsu makan berubah 6. Terdapat kantung mata didaerah mata klien 7. Klien tampak kelelahan 8. Tampak kemerahan pada luka operasi 9. Suhu sekitar luka hangat 10. Tampak kesulitan menelan 11. Berat badan menurun 3 kg selama sakit 12. Otot mengunyah lemah 13. Klien tampak lemah

10. Analisa Data

Analisa data keperawatan yang bermasalah pada pengkajian Ny.S adalah ditabel berikut:

Table 3.4

Analisa data pada Ny.S diruang 305 lantai 3 RSU Handayani kotabumi Lampung Utara

No	Data	Masalah	Etiologi
1	2	3	4
1	Data subjektif (ds) 1. Klien mengatakan nyeri pada bagian post op dirahang bagian bawah 2. Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk 3. Klien mengatakan nyeri saat beraktivitas Data objektif (do) 1. Klien tampak meringis 2. Klien tampak memegang rahang bagian bawah	Nyeri akut	Agen pencedera fisik

1	2	3	4
	3. Skala nyeri 5 (1-10) 4. Klien tampak gelisah		
2.	Data subjektif (ds) 1. Klien mengatakan nafsu makan menurun 2. Klien mengatakan kesulitan menelan Data objektif (do) 1. Berat badan menurun 3 kg 2. Otot mengunyah lemah 3. Otot menelan lemah	Defisit Nutrisi	Ketidakmampuan Menelan Makanan
3.	Data subjektif (ds) 1. Klien mengatakan kemerahan pada luka operasi 2. Klien mengeluh Sedikit panas disekitar luka jahitan	Risiko Infeksi	Efek Prosedur Invasif

1	2	3	4
	Data objektif (do) 1. Tampak kemerahan pada luka operasi 2. Suhu sekitar luka hangat		
4.	Data subjektif (ds) 1. Klien mengatakan sulit tidur 2. Klien mengatakan istirahat tidak cukup Data objektif (do) 1. Klien tampak kelelahan 2. Terdapat kantung mata	Gangguan Pola Tidur	Nyeri Post Operasi
5.	Data subjektif (ds) - Data Objektif (do) 1. Nyeri 2. Kemerahan pada luka	Gangguan Integritas Kulit/Jaringan	Efek Prosedur Pembedahan

B. Diagnosa Keperawatan

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

1. Nyeri akut b.d agen pencedera fisik d.d klien mengatakan nyeri pada bagian post op dirahang, nyeri seperti tertusuk-tusuk, klien mengatakan nyeri saat beraktivitas, klien tampak meringis, klien tampak memegang rahang bagian bawah, skala nyeri 5 (1-10) klien tampak gelisah.
2. Defisit Nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d klien mengatakan nafsu makan menurun, klien mengatakan kesulitan menelan, berat badan turun 3 kg, otot mengunyah dan menelan lemah.
3. Risiko infeksi b.d efek prosedur infasiv d.d klien mengatakan kemerahan pada luka operasi, klien mengeluh sedikit panas disekitar luka jahitan, tampak kemerahan pada luka operasi, suhu sekitar luka hangat.
4. Gangguan pola tidur b.d nyeri post operasi d.d klien mengatakan sulit tidur, istirahat tidak cukup dan terdapat kantung mata didaerah mata klien.
5. Gangguan integritas kulit dan jaringan b.d efek prosedur pembedahan d.d nyeri , kemerahan pada luka.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5

Rencana keperawatan Ny.S diruang 305 lantai 3 RSUD Handayani Kotabumi

Lampung Utara tanggal 09-11 maret 2021

No	Diagnosa keperawatan	SLKI	SIKI
1	2	3	4
1	Nyeri akut (D.0077) b.d agen pencedera fisik d.d Data subjektif (ds) A.Klien mengatakan nyeri pada bagian post op dirahang B. Klien mengatakan nyeri seperti tertusuk-tusuk Data objektif (do) A.Klien tampak meringis B.Klien tampak memegang rahangnya C.Skala nyeri 5 (1-10)	Tingkat nyeri (L.08066) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil: 1. Keluhan nyeri (5) 2. Meringis (5) 3. Gelisah (5) 4. Kesulitan tidur (5) Kontrol nyeri (L.08063) 1. Mengenali kapan nyeri terjadi (5) 2. Menggambarkan faktor penyebab (5)	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri. 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 4. Berikan teknik non farmakologi untuk mengurangi rasa nyeri. Pemberian analgesik (I.08243) 1. Identifikasi riwayat alergi obat

1	2	3	4
	D. Klien tampak gelisah E. Nafsu makan berubah	3. Menggunakan tindakan pencegahan (nyeri) tanpa analgesik (5) 4. Melaporkan nyeri yang terkontrol (5)	2. Identifikasi kesesuaian jenis analgesik dengan tingkat keparahan nyeri 3. Monitor keefektifan analgesik 4. Pemberian analgesik sesuai indikasi (ketorolac, ceftriaxon)
2.	Defisit Nutrisi (D.0019) b.d ketidakmampuan menelan makanan d.d Data Subjektif (ds) A. Mengeluh sulit menelan B. Nafsu makan menurun Data Objektif (do) A. Otot menelan lemah B. Berat badan menurun	Status Nutrisi (L.03030) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan status nutrisi membaik dengan kriteria hasil : 1. Kekuatan otot mengunyah (5) 2. Kekuatan otot menelan (5) 3. Frekuensi makan (5) 4. Nafsu makan (5)	Terapi Menelan (I.03144) 1. Monitor gerakan lidah saat makan 2. Monitor tanda kelelahan saat makan, minum, dan menelan 3. Gunakan alat bantu, jika perlu 4. Hindari penggunaan sedotan 5. Posisikan duduk 6. Berikan perawatan mulut, jika perlu 7. Anjurkan membuka dan menutup saat

1	2	3	4
			memberikan makanan 8. Anjurkan tidak bicara saat makan 9. Kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam memberikan terapi (mis. terapis okupasi, ahli patologi bicara, dan ahli gizi)
3.	Risiko infeksi (D.0142) b.d efek prosedur infasiv d.d Data subjektif (ds) A.Klien mengatakan kemerahan pada luka B.Klien mengeluh sedikit panas disekitar luka jahitan Data objektif (do) A.Tampak kemerahan pada luka operasi B.Suhu sekitar luka hangat	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) Setelah dilakukan intervensi 3x24 jam diharapkan integritas kulit dan jaringan kulit dan jaringan meningkat dengan kriteria hasil: 1. Elastisitas (5) 2. Nyeri (5) 3. Kemerahan (5) 4. Suhu tubuh (5) 5. Tekstur (5)	Perawatan luka (I.14564) 1. Monitor karakteristik luka 2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Lepaskan balutan dan plaster secara perlahan 4. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontosik, sesuai kebutuhan 5. Pasang balutan sesuai jenis luka 6. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 7. Kolaborasi pemberian antibiotik, jika perlu

D. Implementasi dan Evaluasi

Table 3.6

Implementasi dan Evaluasi Kasus Post Op Mandibula Ny. S diruang 305 lantai
RSU Handayani Kotabumi Lampung Utara (9-11 Maret 2021)

No	Tanggal dan Pukul	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	09 Maret 2021	Pukul : 08.00 wib 1. Memonitor skala nyeri. Pukul : 08.10 wib 2. Mengkaji perasaan klien Pukul : 08.20 wib 2. Mengajarkan klien untuk menggunakan tehnik non farmakologi dengan mengajarkan relaksasi nafas dalam Pukul : 08.30 wib 4. Memonitor TTV Pukul : 08.40 wib 5. Pemberian Analgesik Injeksi: a. Ketorolac 30 mg secara IV	Pukul: 08.50 wib S: 1.Klien mengatakan masih sangat nyeri. 2.Klien mengatakan rasa nyeri seperti tertusuk-tusuk O: 1.Klien tampak meringis. 2.Skala nyeri 5(1-10). 3.TTV: TD:120/90 mmHg N :80x/M T: 36,8°C RR :20x/M A:Masalah belum teratasi (nyeri akut) P: Lanjutkan intervensi

1	2	3	4
		b.Metrodinazole 500 mg Secara IV	1. Memonitor Skala Nyeri 2. Pemberian Analgesik. TTD Perawat  Leny Atika Putri
2.	09 Maret 2021	Pukul : 09.00 wib 1.Memonitor asupan makanan klien Pukul : 09.10 wib 2. memonitor berat badan klien Pukul : 09.20 wib 3.Menganjurkan klien untuk belajar menelan perlahan Pukul : 09.30 wib 4.Menganjurkan klien makan dengan posisi	Pukul: 09.40 wib S: 1.Klien mengatakan masih kesulitan menelan. O: 1.Klien tampak kesulitan menelan. 2.Berat badan turun 3 kg 3.Klien hanya makan 2 sendok dari 1 porsi makan 4.Klien makan dengan posisi duduk A:Masalah Belum Teratasi (Defisit nutrisi)

1	2	3	4
		Duduk 5. Menganjurkan tidak bicara saat makan	P:Lanjutkan Intervensi 1.Memonitor asupan makanan 2.Memonitor berat badan TTD Perawat  Leny Atika Putri
	09 Maret 2021	Pukul : 10.00 wib 1.Mengkaji luka klien Pukul : 10.10 wib 2.Memonitor tanda-tanda infeksi Pukul : 10.20 wib 3.Membersihkan luka dengan cairan Nacl. Pukul : 10.30 wib 4.Pemberian Analgesik Injeksi:	Pukul: 10.40 wib S: 1.Klien mengatakan kemerahan pada luka operasi 2.Klien mengatakan sedikit panas diluka jahitan O: Tanda-tanda infeksi: 1.Luka tampak kemerahan. 2.Suhu hangat disekitar luka A:Masalah belum teratasi (Resiko infeksi)

1	2	3	4
			P:Lanjutkan intervensi . 1.Memonitor tanda-tanda infeksi 2.Memberikan perawatan luka TTD Perawat  Leny Atika Putri

Catatan Keperawatan Hari kedua

No	Tanggal Dan Pukul	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	10 maret 2021	Pukul : 15.00 wib 1.Memonitor skala nyeri Pukul : 15.10 wib 2.Mengkaji perasaan klien Pukul : 15.20 wib 3..Mengajarkan klien untuk menggunakan tehnik non farmakologi dengan Mengajarkan relaksasi nafas dalam. Pukul : 15.30 wib 4.Pemberian Analgesik Injeksi: a..Ketorolac 30 mg secara IV b.Metrodinazole 500 mg secara IV	Pukul:15.40 wib S: 1.Klien mengatakan nyeri masih hilang timbul. 2.Klien mengatakan nyeri nya sudah mulai berkurang. O: 1.Wajah klien sudah tidak meringis kesakitan Meringis. 2.Skala nyeri 3(1-10) 3.Klien sudah melakukan teknik relaksasi nafas dalam A:Masalah teratasi sebagian (nyeri akut) P: Lanjutkan intevensi 1.Memonitor skala nyeri 2.Pemberian analgesik .

1	2	3	4
.			TTD Perawat  Leny Atika Putri
2.	10 maret 2021	Pukul : 16.00 wib 1.Memonitor asupan makanan klien Pukul : 16.10 wib 2. memonitor berat badan klien Pukul : 16.20 wib 3.Menganjurkan klien untuk belajar menelan perlahan Pukul : 16.30 wib 4.Menganjurkan klien makan dengan posisi duduk	Pukul: 16.40 wib S: 1.Klien mengatakan sudah bisa menelan perlahan. O: 1.Klien tampak sudah bisa menelan. 2.Berat badan mulai membaik menjadi 48 kg 3.Klien makan lebih dari 5 sendok dari 1 porsi makan. A:Masalah teratasi sebagian (defisit nutrisi) P:Lanjutkan intervensi .

1	2	3	4
			1.Memonitor asupan makanan 2.Memonitor berat badan TTD Perawat  Leny Atika Putri
3.	10 maret 2021	Pukul : 17.00 wib 1.Mengkaji luka klien Pukul : 17.10 wib 2.Memonitor tanda-tanda infeksi Pukul : 17.20 wib 3.Membersihkan luka dengan cairan Nacl. Pukul : 17.30 wib 4.Pemberian Analgesik Injeksi: a.Ceftriaxone 1gr secara IV	Pukul: 17.40 wib S: 1.Klien mengatakan kemerahan pada luka mulai berkurang 2.Klien mengatakan rasa panas pada jahitan luka mulai hilang O: 1.Kemerahan pada luka tampak berkurang 2.Suhu sekitar luka sudah membaik A:Masalah teratasi sebagian (resiko infeksi) P:Lanjutkan intervensi .

1	2	3	4
			1.Memberikan perawatan luka TTD Perawat  Leny Atika Putri

Catatan Perkembangan Hari ketiga

No	Tanggal Dan Pukul	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1.	11 maret 2021	Pukul : 09.00 wib 1.Memonitor skala nyeri Pukul : 09.10 wib 2.Mengkaji luka klien Pukul : 09.20 wib 3. Monitor TTV Pukul : 09.30 wib 4.Pemberian Analgesik Injeksi: a.Ketorolac 30 mg secara IV b.Metrodinazole 500 mg secara IV	Pukul:09.40 wib S: 1. Klien mengatakan nyeri nya sudah hilang tidak timbul lagi. O: 1.Klien tidak meringis lagi. 2. Skala nyeri 1 (1-10) 3.TTV: TD: 120/80 N: 82 x/m RR: 22x/m T: 36,5°C A:Masalah teratasi (nyeri akut) P:Hentikan intevensi, klien pulang. TTD Perawat  Leny Atika Putri

1	2	3	4
2.	11 maret 2021	Pukul : 10.00 wib 1.Memonitor asupan makanan klien Pukul : 10.10 wib 2. memonitor berat badan klien Pukul : 10.20 wib 3.Menganjurkan klien makan dengan posisi duduk Pukul : 10.30 wib 4.Menganjurkan tidak bicara saat makan	Pukul: 10.40 wib S: 1.Klien mengatakan sudah bisa menelan. O: 1.Klien tampak sudah bisa menelan. 2.Berat badan sudah bertambah 1 kg A:Masalah teratasi (defisit nutrisi) P:Hentikan intervensi klien pulang. TTD Perawat  Leny Atika Putri
3.	11 maret 2021	Pukul : 11.00 wib 1.Merawat luka dengan perawatan steril.	Pukul: 20.00 wib S: 1.Klien mengatakan kemerahan pada luka sudah hilang

1	2	3	4
		Pukul : 11.10 wib 2.Memonitor tanda-tanda infeksi Pukul : 11.20 wib 3.Membersihkan luka dengan cairan Nacl. Pukul : 11.30 wib 4.Pemberian Analgesik Injeksi a.Ceftriaxone 1gr secara IV	2.Klien mengatakan rasa panas pada jahitan luka sudah hilang O: 1.Tidak tampak kemerahan pada luka 2.Tidak tampak tanda-tanda infeksi A:Masalah teratasi (resiko infeksi) P:Hentikan Intervensi, klien Pulang TTD Perawat  Leny Atika Putri