BAB III

LAPORAN DAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Ruang : Freesia Lantai 3

No MR/CM : 210409

Pukul : 09 : 00 WIB

Tgl Pengkajian : 15 Maret 2022

1. Data Dasar

   a. Identutas Pasien

      1) Nama (Inisial Pasien) : Ny. C
      2) Usia : 27 Tahun
      3) Status Perkawinan : Kawin
      4) Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
      5) Agama : Islam
      6) Pendidikan : SMA
      7) Suku : Jawa
      8) Bahasa : Indonesia dan Jawa
      9) Alamat Rumah : Hujan Mas Rt 02 Rw 02
      10) Sumber Daya : BPJS (Kelas 3)
      11) Tanggal Masuk RS : 14 Maret 2022
      12) Diagnosa Medis : Post Operasi Hari ke-1 Tumor mamae

   b. Sumber informasi (penanggung jawab)

      1) Nama : Tn. J
      2) Umur : 30 Tahun
      3) Hubungan : Suami
      4) Pendidikan : SMA
      5) Pekerjaan : Wiraswasta
      6) Alamat : Hujan Mas RT. 02 RW. 02

2. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Masuk RS

Pasien datang ke IGD Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara pada Tanggal 14 Maret 2022. Pasien datang bersama suaminya dengan keluhan terdapat benjolan di payudara sebelah kanan. Benjolan dirasakan sakit kurang lebih 1 bulan terakhir. Pasien mengatakan ketika nyeri datang akan terasa menjalar ke bagian bahu. Pasien dipindahkan ke ruang perawatan Freesia 305.

b. Riwayat Kesehatan saat pengkajian

1) Keluhan Utama

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan nyeri ada bagian luka jahitan jika berpindah atau melakukan aktivitas akan terasa nyeri dan akan hilang ada saaat pasien beristirahat, nyeri terasa seperti disayat-sayat nyeri terasa di seputar payudara yang dilakukan operasi, durasi nyeri 2-3 menit, pasien tidak dapat melakukan aktivitas seperti memakai pakaian sendiri dikarenakan nyeri yang dirasakan pada payudaranya, skala 6 (0-10).

2) Keluhan Penyerta

Pasien mengatakan ada bekas luka operasi pada payudarannya di sebelah kanan, pasien mengatakan lemah, sering terjaga dan cemas dengan hasil laboratorium pemeriksaan payudaranya.

c. Riwayat Kesehatan Lalu

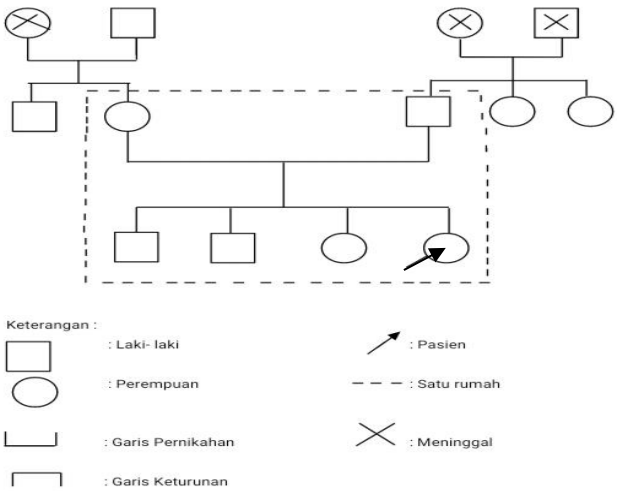
Pasien mengatakan memiliki riwayat operasi sebanyak 2 kali operasi corpus alenium dan SC pada tahun 2006 dan 2018. Pasien tidak pernah menggalami kecelakaan sebelumnya.

d. Riwayat Kesehatan Keluarga

Pada saat pengkajian pasien mengatakan sebelumnya keluarganya tidak ada yang memiliki riwayat tumor / kanker. Hanya pasien yang memiliki masalah pada payudara.

Bagan 3.1

Genogram Pasien Ny.C



Tidak ada kelurga lain yang mengalami masalah kesehatan yang sama dengan Ny.C

3. Riwayat Psikososial-Spritual

   Saat dilakukan pengkajian pasien mengungkapkan merasa khawatir terhadap kondisi yang dialami karena adanya kecacatan pada bagian tubuh saat ini. Pasien mengungkapkan kekhawatiran pada reaksi orang lain terhadap dirinya yang pernah operasi payudara. Namun pasien masih bisa bersosialisasi dengan baik di lingkungan dan keluarga. Ibadah pasien tidak bertentangan dengan sakit saat ini.

4. Lingkungan

   a. Rumah

      Pasien mengatakan lingkungan rumah bersih tanpa adanya polusi dan bahaya, pasien rajin membersihkan rumah dengan menyapu dan mengepel.

   b. Pekerjaan

      Pasien seorang ibu rumah tangga yang kesehariannya membersihkan rumah,sehingga tidak terdapat masalah di dalam pekerjaanya yang mengakibatkan suatu masalah.

5. Pola Kebiasaan Sehari- hari

a. Pola Nutrisi dan cairan

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan asupan makanan oral sebelum sakit frekuensi 3x/hari dan tidak adanya penurunan berat badan. Pada saat sakit pasien mengatakan asupan makan tidak berubah masih tetap sama pada saat sebelum sakit. Pasien mengatakan asupan cairan oral minum air putih dengan 8-9 gelas/hari dengan volume total 1500 cc/hari. Pada saat sakit pasien mengatakan minum air putih sedikit-sedikit dan terpasang cairan infus RL 20 tpm.

b. Pola eliminasi

Pasien mengatakan BAK sebelum sakit sehari 5-6 kali /hari dengan jumlah 100 cc/hari, warma kuning jernih dan berbau khas urin, pasien mengatakan pada saat sakit belum BAB. Pasien mengatakan BAK saat sakit lebih sering dengan frekuensi 6-7 kali/hari dengan jumlah 1500 cc/hari warna urin kuning jernih berbau khas urin,pasien tidak tampak terpasang kateter.

c. Pola *Personal Hygiene*

Pasien mengatakan sebelum sakit mandi sehari 2 kali/hari (pagi dan sore) *oral hygiene* 3 kali/hari, cuci rambut 2 kali/hari. Pada saat sakit pasien mengatakan mandi hanya dilap menggunakan kain dibasahi dengan air hangat, oral hygiene tidak dilakukan dan cuci rambut hanya dilakukan sehari 1 kali.

d. Pola Istirahat dan tidur

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan sulit untuk tidur, sering terjaga dan merasa mengantuk, pasien tampak lesu. Lama tidur 5-6 jam/ hari waktu malam hari.

e. Pola Aktivitas dan Latihan

Saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan semua aktivitas dilakukan di tempat tidur, makan, berpakaian dibantu oleh keluarga. Pasien tampak meringis menahan nyeri ketika bergerak.

6. Pola Persepsi dan Manajemen Kesehatan

   Pasien mengatakan tahu tentang penyakit yang dideritanya baik risiko dan pengobatannya. Pasien mengatakan belum pernah merawat keluarga yang mendapati penyakit sepertinya kanker payudara. Pasien mengatakan tidak pernah mengkonsumsi obat-obatan tertentu.

7. Pemeriksaaan Fisik

   a. Pemeriksaan Umum

      Berdasarkan hasil pemeriksaan yang dilakukan kepada Ny. C didapatkan data yaitu: kesadaran compos mentis dengan GCS 15, (E4M6V5), tekanan darah: 117/73 mmHg nadi 99x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu: 36.5'C, tinggi badan pasien: 155 cm, berat badan: 55 kg.

   b. Pemeriksaaan fisik per sistem

      1) Sistem penglihatan

         Pada saat pengkajian mata pasien terlihat simetris, pergerakan bola mata normal, konjungtiva berwarna merah muda, sklera tidak ikterik, reaksi pupil terhadap cahaya normal, lapang pandang baik, tidak ada tanda-tanda peradangan pada mata. Terlihat lingkar hitam di sekitar mata.

      2) Sistem pendengaran

         Pasien memiliki fungsi pendengaran dengan baik, tidak terdapat tanda-tanda radang dan pasien tidak memakai alat bantu dengar.

      3) Sistem wicara

         Pasien tidak memiliki masalah kesulitan/gangguan dalam berkomunikasi, pasien terlihat tampak meringis menahan nyeri yang di alami nya.

      4) Sistem pernapasan

         Pernapasan pasien 20x/menit, tidak terdapat suara napas tambahan, tidak ada sputum, dan tidak menggunakan alat bantu pernapasan.

      5) Sistem kardiovaskuler

         Saat dilakukan pengkajian denyut nadi pasien 99 kali/menit dengan irama teratur, tidak ada distensi vena jugularis, temperatur kulit

36.5’C dengan keadaan hangat. Pengisiian kapiler <3 detik, tidak terdapat edema .

6) Sistem neurologi

Sistem neurologi pasien dalam batas normal.

7) Sistem pencernaan

Pada saat dilakukan pengkajian keadaan mulut pasien terlihat bersih, pasien tidak mengalami kesulitan menelan, dan pasien tidak mengalami muntah, nafsu makan pasien baik.

8) Sistem imunologi

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar getah bening.

9) Sistem endokrin

Pasien tidak mengalami pembesaran kelenjar tiroid, terdapat luka operasi di payudara bagian kanan dengan panjang luka 5 cm.

10) Sistem urogential

Pada saat pengkajian pasien tidak mengalami distensi kandung kemih, tidak mengalami nyeri tekan, pasien tidak menggunakan kateter urin.

11) Sistem integumen

Keadaan rambut pasien tampak terlihat bersih, kekuatan rambut normal, dan berwarna hitam, keadaan kuku pasien tampak bersih, keadaan kulit bersih, pada bagian payudara sebelah kanan terdapat luka operasi dengan panjang luka 5 cm, warna luka kemerahan tidak terdapat pus dan tidak terdapat bau.

12) Sistem Muskuloskletal

Pada saat dilakukan pengkajian pasien mengatakan lemas, pasien tampak lemah, pasien tampak dibantu dalam beraktivitas pasien tampak tirah baring.

Kekuatan otot

5555	5555
5555	5555

8. Pemeriksaan Penunjang

a. Pemeriksaan Laboratorium

Hasil laboratorium ditampilkan pada tabel 3.1

Tabel 3.1

Hail Laboratorium Ny.C Di Ruang Freesia 305 Lantai 3

Rumah Sakit Handayani KotabumiLampung Utara

No	Nama Pemeriksaan	Hasil Tes	Nilai Normal
1	Hemoglobin	14,9 mg/dl	12.0 -16.0 mg/dl
2	Lekosit	5.000 ul	3.600 – 11.000 ul
3	Trombosit	256.000 ul	150.000-400.00 ul
4	Hematokrit	42 %	37- 45%
5	Limfosit	31%	20 – 40%
6	Netrofil Segmen	58%	50 – 70%
7	GDS	122mg/dl	70 – 144 mg/dl

b. Pengobatan Ny. C seperti pada tabel 3.2

Tabel 3.2

Pengobatan Pada Ny. C Di Ruang Freesia 305

Rumah Sakit Handayani Kotabumi Lampung Utara

Tanggal 15 Maret 2022	Tanggal 16 Maret 2022	Tanggal 17 Maret 2022
1) Ceftriaxone 2x1 100mg/IV 2) Cefotaxime 2x1 500mg/IV 3) Ketorolac 3x1 30mg/IV	1) Ceftriaxone 2x1 100mg/IV 2) Cefotaxime 2x1 500mg/IV 3) Ketorolac 3x1 30mg/IV	1) Ceftriaxone 2x1 100mg/IV 2) Cefotaxime 2x1 500mg/IV 3) Ketorolac 3x1 30mg/IV

9. Data Fokus

Dari hasil pengkajian diperoleh data sebagai berikut tertulis pada tabel 3.3

Tabel 3.3

Data Fokus Ny. C Di Ruang Fresia Lantai III No 305

Rumah Sakit Umum Handayani Kotabumi Lampung Utara

Tanggal 15 – 17 Maret 2022

Data subjektif	Data objektif
1	*2*
1. Pasien mengatakan nyeri pada bagian payudaranya , skala nyeri 6 (0-10) 2. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya dengan durasi 2-3 menit 3. Pasien mengatakan nyeri terasa seerti di sayat- sayat 4. Nyeri menjalar di sekitaran payudara 5. Pasien mengatakan nyeri ketika memulai aktivitas 6. Pasien mengatakan nyeri berkurang pada saat beristirahat 7. Pasien mengatakan terdapat luka di payudaranya akibat dari operasi 8. Pasien mengatakan takut akan hasil laboratorium tentang benjolan pada payudaranya 9. Pasien mengtakan sulit untuk tidur dan sering terjaga 10. Pasien mengatakan hanya tidur 5-6 jam di malam hari	1. Tampak bekas luka operasi dibagian payudara sebelah kanan 2. Panjang luka kurang lebih 5 cm 3. Warna luka kemerahan. Tidak terdapat pus, dan tidak berbau 4. Pasien tampak meringis kesakitan dengan skala nyeri 6 (0-10) 5. Pasien tampak dibantu dalam aktivitas 6. Pasien tampak lemas dan lemah 7. Pasien tampak lesu 8. Tekanan Darah : 117/73 Mmhg 9. Nadi 99x/menit 10. Pernapasan : 20x/menit 11. Suhu: 36.5ºC 12. Pasien mendapatkan terapi obat injeksi Intra Vena : *Ceftriaxone* 100 mg/ 12 jam *Ketrolac* 30 mg/ 8 jam dan *Cefotaxim* 500 mg/ 12 jam

10. Analisa Data

Dari hasil pengkajian yang tercantum pada data fokus maka dapat dilakukan analisa data seperti dalam tabel 3.4

Tabel 3.4

Analisa Data

No.	Data	Masalah	Etiologi
1	Ds : 1. Pasien mengeluh nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas oprasinya dengan durasi 2-3 menit 3. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti disayat-sayat 4. Nyeri menjalar sampai sekitar payudara 5. Pasien mengatakan nyeri hilang saat istirahat Do : 1. Pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 6 (0-10) 2. Pasien mendapatkan terapi Ketrolac 30 mg/ 8 jam IV (Intra Vena) 3. Bersikap protektif 4. Gelisah 5. Sulit tidur 6. Berfokus pada diri sendiri	Nyeri akut	Agen pencedera fisik (prosedur operasi)
2.	Ds : 1. Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di bagian payudara sebelah kanan Do : 1. Terdapat luka bekas operasi di bagian payudara sebelah kanan 2. Panjang luka kurang lebih 5cm 3. Warna luka kemerahan, tidak terdapat pus, dan tidak berbau 4. Kerusaakan jaringan dan lapisan kulit 5. Nyeri 6. Pasien mendapatkan terapi *Ceftriaxone* 100 mg/12 jam, *Cefotaxim* 500 mg / 12 jam (IV)	Gangguan Integritas kulit/ Jaringan	Tindakan Pembedahan

No.	Data	Masalah	Etiologi
3.	Ds : 1. Pasien mengatakan sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidur tidak puas 4. Pasien mengatakan hanya tidur 5-6 jam malam hari saja Do : 1. Pasien tampak lemas 2. Pasien tampak lemah 3. Pasien tampak lesu	Gangguan Pola Tidur	Kurangnya Kontrol Tidur
4.	Ds : 1. Pasien mengatakan khawatir dengan hasil laboratorium benjolan yang ada di payudaranya Do : 1. Tekanan Darah : 117/73 mmhg 2. Nadi 99x/menit 3. Pernapasan : 20x/menit 4. Suhu : 36.5 ‘C	Ansietas	Ancaman terhadap kematian

B. Diagnosa Keperawatan

1. Dari analisa data dapat ditegakan diagnosa keperawatan, antara lain :
   a. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencederaan fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian payudarannya, nyeri seperti di syat-sayat, durasinya 2-3 menit, nyeri menjalar sekitar payudara, pasien mengatakan nyeri timbul saat melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri berkurang saat isitrahat, pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 6 (0-10).
   b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tindakan pembedahan ditandai dengan pasien memiliki luka operasi di bagian payudara sebelah kanan, panjang luka sekitar 5 cm, warna luka kemerahann, tidak ada pus, dan tidak berbau.
   c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan kurangnya kontrol tidur ditandai dengan pasien mengatakan sulit tidur, tidur hanya 5-6 jam di malam hari saja, mudah terjaga tidak puas akan tidurnya, pasien tampak lemas, dan lesu.

d. Ansietas berhubungan dengan ancaman terhadap kematian ditandai dengan pasien mengatakan takut dengan hasil laboratorium benjolan yang ada di payudarannya, pasien mengtakan sulit untuk tidur, tekanan darah: 117/73 mmhg, nadi 99x/menit, pernapasan: 20x/menit, suhu : 36.5 ^{o}C.

2. Prioritas Diagnosa Keperawatan
   a. Nyeri akut berhubungan dengan Agen pencederaan fisik (prosedur operasi) ditandai dengan pasien mengatakan nyeri pada bagian payudarannya, nyeri seperti disayat-sayat, durasinya 2-3 menit, nyeri menjalar sekitar payudara, pasien mengatakan nyeri timbul saat melakukan aktivitas, pasien mengatakan nyeri berkurang saat istirahat, pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 6 (0-10).
   b. Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tindakan pembedahan ditandai dengan pasien mengatakan ada luka bekas operasi di bagian payudara sebelah kanan, panjang luka sekitar 5 cm, warna luka kemerahann, tidak ada pus, dan tidak berbau.
   c. Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur ditandai dengan pasien mengatakan sulit tidur, tidur hanya 5-6 jam di malam hari saja, mudah terjaga tidak puas akan tidurnya, pasien tampak lemas, dan lesu.

C. Rencana Keperawatan

Tabel 3.5
Rencana Keperawatan Tumor Mamae

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (Prosedur Operasi) DS : 1. Pasien mengeluh nyeri 2. Pasien mengatakan nyeri pada luka bekas operasinya dengan durasi 2-3 menit 3. Pasien mengatakan nyeri terasa seperti disayat-sayat 4. Nyeri menjalar sampai sekitar payudara 5. Pasien mengatakan nyeri hilang saat istirahat DO : 1. Pasien tampak meringis kesakitan skala nyeri 6 (0-10) 2. Pasien mendapatkan terapi Ketrolac 30 mg/ 8 jam IV (Intra Vena) 3. Bersikap protektif 4. Gelisah 5. Sulit tidur 6. Berfokus pada diri sendiri	Tingkat Nyeri (L 08066) dengan kriteria hasil : 1. Keluhan nyeri menurun 2. Tidak meringis 3. Tidak bersikap protektif Tidak gelisah	Manajemen nyeri (I.08238) 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Identifikasi faktor yang memperberat dan memeringan nyeri 5. Fasilitasi istirahat tidur 6. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri mis: teknik napas dalam Kolaborasi pemberian analgetik.
Gangguan integritas kulit/jaringan berhubungan dengan tindakan pembedahan DS :	Integritas kulit dan jaringan (L.14125) dengan kriteria hasil : 1. Kerusakan jaringan menurun	Perawatan Luka (I.14564) 1. Monitor karakteristik luka, termasuk drainase, warna, ukuran dan bau.

Diagnosa Keperawatan	SLKI	SIKI
1. Pasien mengatakan ada luka bekas operasi di bagian payudara sebelah kanan DO : 1. Terdapat luka bekas operasi di bagian payudara sebelah kanan 2. Panjang luka kurang lebih 5cm 3. Warna luka kemerahan, tidak terdapat pus, dan tidak berbau 4. Kerusaakan jaringan dan lapisan kulit 5. Nyeri 6. Pasien mendapatkan terapi *Ceftriaxone* 100 mg/12 jam *Cefotaxim* 500 mg / 12 jam Intravena (IV)	2. Kerusakan lapisan kulit menurun 3. Nyeri menurun 4. Kemerahan menurun	2. Monitor tanda-tanda infeksi 3. Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih non toksik, sesuai kebutuhan 4. Pasang balutan sesuai jenis luka 5. Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 6. Jelaskan tanda dan gejala infeksi 7. Pasang balutan sesuai eksudat 8. Kolaborasi pemberian antibiotik
Gangguan pola tidur berhubungan dengan Kurangnya kontrol tidur DS : 1. Pasien mengatakan sulit tidur 2. Mengeluh sering terjaga 3. Mengeluh tidur tidak puas 4. Pasien mengatakan hanya tidur 5-6 jam malam hari saja DO : 1. Pasien tampak lemas 2. Pasien tampak lemah 3. Pasien tampak lesu	Pola Tidur (L.05045) 1. Keluhan sulit tidur menurun 2. Keluhan tidak puas tidur menurun	Dukungan Tidur (I.05174) 1. Identifikasi pola aktivitas dan tidur 2. Identifikasi faktor penggangu tidur 3. Identifikasi makanan dan minuman yang mengganggu tidur (mis: kopi, teh ,dan alkohol) 4. Modifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, suhu dan tempat tidur) 5. Ajarkan dan bantu pasien untuk meningkatkan kenyamanan seperti pengaturan posisi tidur 6. Jelaskan pentingnya cukup tidur selama sakit 7. Anjurkan menghindari makanan/minuman yang mengganggu tidur

D. Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

Tabel 3.6

Implementasi dan Evaluasi Keperawatan

1. Hari Pertama

No dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1. Nyeri Akut	Tanggal 15 Maret 2022 Pukul : 09 .00 WIB 1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri 3. Mengindentifikasi respon nyeri non verbal Pukul : 09.40WIB 1. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 2. Mengajarkan pasien untuk menggunakan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri yaitu napas dalam Pukul : 10.05 WIB 1. Memonitor TTV seperti tekanan darah, nadi, pernapasan, suhu tubuh 2. Memberikan obat analgetik (Ketorolac 30 mg / 8 jam IV)	Tanggal 15 Maret 2022 S : Pukul 09.15 WIB - Pasien mengatakan nyeri di payudara sebelah kanan - Pasien mengatakan nyeri dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan duraasi nyeri kurang lebih 2-3 menit - Pasien mengatakan nyeri timbul saat melakukan aktivitas - Skala nyeri 6 (0-10) Pukul : 10.00WIB - Pasien tampak meringis - Pasien bersikap protektif Pukul 10.15 WIB - TTV pasien Tekanan darah : 117/73 mmhg Nadi 99x/menit Pernapasan: 20x/menit Suhu : 36.5 A: Nyeri akut belum teratasi P: Lanjutkan Intervensi Manajemen Nyeri (I.08238) Pemberian Analgesik (I.08243)	

No dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
2. Gangguan Integritas Kulit	Tanggal 15 Maret 2022 Pukul : 10 .30 WIB 1. Memonitor karakteristik luka, warna, ukuran dan bau 2. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 3. Memasang balutan Memberikan antibiotik (Cefriaxone 1g dan cefotaxim 5 g/ 12 jam	Tanggal 15 Maret 2022 Pukul : 10.45 WIB S : - Pasien mengatakan nyaman setelah diganti balutan O : - Terdapat luka bekas operasi di bagian payudara sebelah kanan - Panjang luka kurang lebih 5cm - Luka kemerahan, tidak berbau dan tidak terdapat pus. A : Masalah belum teratasi P : Lanjutkan Intervensi Perawatan Luka (I.14564)	
3.Gangguan Pola Tidur	15 Maret 2022 Pukul 11.00 WIB 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tidur 2. Mengidentifikasi makanan/minuman yang mengganggu tidur 3. Anjurkan pasien untuk menggatur posisi tidur yang nyaman	15 Maret 2022 Pukul 11.10 WIB S : - Pasien mengatakan sering terjaga pada malam hari karena merasa nyeri - Pasien mengatakan tidak mengkonsumsi makanan/ minuman yang mengganggu tidur mis : kopi - Pasien mengatakan posisi yang nyaman hanya tidur terlentang O : - A: Masalah Belum Teratasi P : Lanjutkan Intervensi 1. Mengidentifkasi pola aktivitas dan tidur 2. Memonitor untuk meningkatkan kenyamanan 3. Memodifikasi lingkungan (mis: pencahayaan, suhu dan tempat tidur)	

2. Hari Kedua

No dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
1. Nyeri Akut	Tanggal 16 Maret 2022 Pukul 15. 00 WIB 1. Memonitor kembali skala nyeri menggunakan *Numeric Rating Scale* Pukul 15.45 WIB 1. Mengajarkan pasien dengan teknik non farmakologi relaksasi napas dalam selama 5-10 menit 2. Menganjurkan pasien untuk beristirhat/tidur untuk mengurangi nyeri 3. Memonitor TTV Pukul 17.00 WIB Memberikan injeksi ketorolac 30mg secara IV	Tanggal 16 Maret 2022 Pukul 15 : 05 S: - Pasien mengatakan nyeri masih hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri sudah sedikit berkurang - Pasien mengatakan sudah mengetahui tentang penyebab nyeri O : Pukul 16.00 WIB - Pasien terlihat tidak meringis kesakitan - Skala nyeri 4 - Pasien tampak sudah melakukan teknik relaksasi napas dalam Pukul 16.15 WIB - TTV TD : 110/ 80 mmHg N : 93x/Menit S: 36,3'C Pukul 16.30 WIB A : Nyeri Akut Teratasi sebagian P : Lanjutka Intervensi Manajemen Nyeri	
2. Gangguan Integritas kulit	Pukul 17.00 WIB 1. Memonitor karakteristik luka, warna, ukuran dan bau 2. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 3. Memasang balutan 4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Memberikan antibiotik (Cefriaxone 1g dan cefotaxim 5 g/ 12 jam	Pukul 17: 25 WIB S : - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman sehabis dganti balutan O: - Luka masih kemerahaan - Tidak terdapat pus - Luka tidak berbau - Pasien tampak nyaman - Luka terlihat bersih	

No dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
		A : Masalah teratsi sebagian P : Lanjutkan Intervensi Perawatan Luka -	
3.Gangguan Pola Tidur	Pukul 17: 45 WIB 1. Mengidentifikasi faktor yang mempengaruhi tidur 2. Mengidentifikasi makanan/minuman yang mengganggu tidur 3. Memgajarkan pasien untuk menggatur posisi tidur yang nyaman	Pukul 17.55 WIB S : - Pasien mengatakan masih tidur nyaman dengan posisi terlentang - Pasien mengatakan tidur 5-6 jam/ hari - Pasien mengatakan masih belum bisa tidur - Pasien mengatakan nyaman dengan pencahayaan yang redup O :- A : Masalah teratasi sebagian P : Lanjutkan Intervensi 1. Menjelaskan pentingnya istirahat/tidur selama sakit 2. Mengganjurkan menghindari makanan / minuman yang mengganggu tidur 3. Memonitor kembali pola tidur	

3. Hari Ketiga

No dx	Implementasi	Evaluasi	Paraf perawat
Nyeri Akut	Tanggal 17 Maret 2022 Pukul 08.45 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respon nyeri non verbal 4. Fasilitasi istirahat tidur yaitu dengan atur posisi nyaman dan atur pencahayaan 5. Memberikan obat analgesik ketorolac 30mg/ 8 jam IV	Pukul 08.55 WIB S: - Pasienmengatakan nyeri yang dirasakan hilang timbul - Pasien mengatakan nyeri berkurang setelah meminum obat - Pasienmengatakan nyeri berkurang saat beriistirahat O : - Skala nyeri 2 (0-10) - Pasien tampak nyama setelah pemberian obat A : Masalah teratasi ssebagian P: Lanjutkan Intervensi	
Gangguan Integritas kulit	1. Memonitor karakteristik luka, warna, ukuran dan bau 2. Membersihkan luka dengan cairan NaCl 3. Memasang balutan 4. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka 5. Memberikan antibiotik (Cefriaxone 1g dan cefotaxim 5 g/ 12 jam 6. Mengukur TTV : TD, nadi, suhu	Pukul 09.40 WIB S : - Pasien mengatakan merasa lebih nyaman sehabis diganti balutan O: - Luka masih kemerahaan - Tidak terdapat pus - Luka tidak berbau - Pasien tampak nyaman - Luka terlihat bersih A : Masalah teratsi sebagian P : Lanjutkan Intervensi Perawatan Luka	
Gangguan Pola Tidur	Pukul 09.35 WIB 1. Memonitor pola tidur 2. Mengidentifikasi makanan/minuman yang mengganggu tidur 3. Menjelaskan pentingnya cukup istirahat selama sakit (pendkes pentingnya istirahat tidur)	Pukul 09.45 WIB S : - Pasienmengatakan mengerti dengan apa yang sudah di jelaskan - Pasien mengatakan sudah bisa tidur semalam O :- A :Masalah Teratasi P :Hentikan Intervensi	