BAB III

LAPORAN STUDI KASUS

A. Pengkajian

Tanggal pengkajian : 23-25 Maret 2020

1. Data umum

   a. Identitas

   Nama / umur : Ny.R / 68 tahun

   Pekerjaan : Pensiun guru

   Agama : Islam

   Status perkawinan : Cerai mati (Janda)

   Suku : Lampung

   Alamat : Jl. Raden Intan Gg. Malik Hasani No. 12

   No hp / tlp : 0823-7485-5453

   b. Anggota keluarga yang tinggal dalam satu rumah

Tabel 3.1

Tinggal dalam satu rumah

No	Nama	Jenis kelamin	Umur	Pekerjaan	Status dalam keluarga
1	Ny. R	Perempuan	68 thn	Pensiunan guru (Pns)	Istri

c. Riwayat keluarga

Tabel 3.2

Riwayat keluarga

No	Nama	Umur	Pekerjaan	Keadaan saat ini
1	Tn. S	65	Pns	Hidup domisili (lampung timur)
2	Ny. E	63	Pns	Hidup domisili (metro kota)
3	Ny. R	60	Ibu rumah tangga	Hidup domisili (lampung timur)
4	Tn. U	55	Wiraswasta	Hidup domisili (metro kota)
5	Ny. L	53	Pns	Hidup domisili (lampung timur)

d. Data dukung lainnya

Klien mengatakan fasilitas pelayanan kesehatan yang di gunakan pasien adalah Puskesmas KTB II dengan jarak ± 5 menit dan menggunakan transportasi motor.

e. Riwayat pekerjaan

1). Status pekerjaan saat ini

Klien adalah pensiunan Pns guru.

2). Status pekerjaan sebelumnya

Pekerjaan sehari-hari dahulu adalah guru SD.

3). Sumber-sumber pendapatan dan kecukupan pemenuh kebutuhan

Sumber pendapatan dan kecukupan kebutuhan di dapatkan dari gaji pensiunan Pns guru.

f. Riwayat lingkungan hidup

Saat dilakukan pengkajian terhadap rumah Ny.R yang di tempatinya adalah rumah milik pribadi dengan ukuran 6x9 m², rumah yang di tempati tampak bersih. Halaman depan rumah pun tampak bersih, tampak cahaya yang cukup untuk meneragi ruangan, terdapat pentilasi udara yang memadai, kelembapan ruangan cukup baik.

g. Sumber / sistem pendukung yang digunakan

1). Pelayanan kesehatan dirumah.

Bila pasien sakit dirumah di obati sendiri dengan kompres air hangat dan obat herbal rebusan jahe, namun apabila tidak sembuh akan di bawa ke puskesmas.

2). Pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Klien pernah menggunakan fasilitas pelayanan di rumah sakit umum ryacudu pada tahun 2010 saat menjalani perawatan karena sakit cikungunya.

3). Kebutuhan / aktivitas kegiatan sehari-hari yang di bantu oleh keluarga.

Klien melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri , seperti makan, mandi, dan berhias tanpa bantuan.

h. Deskripsi hari khusus

Klien bergama islam, dan tidak memiliki hari khusus seperti kegiatan sosial.

i. Status pekerjaan saat ini

1). Keluhan utama yang di rasakan.

Pada saat pengkajian, klien mengatakan nyeri pada pada kaki kanan dan kiri bagian sendi lutut sejak ± 15 tahun yang lalu. Nyeri di rasakan pada saat bergerak/beraktifitas. Rasa nyeri seperti di tusuk-tusuk terkadang nyeri menjalar sampai ke pinggang skala nyeri 8 (0-10) nyeri hilang timbul. Klien tampak meringis sambil memegangi kedua kakinya dan fokus pada daerah nyeri, merasa cemas saat bergerak dan gerakan terbatas, klien mengatakan mudah lelah, terkadang kaki klien kram saat berjalan dan sulit di gerakkan, klien mengatakan sulit tidur dan tidak puas dalam tidurnya, tidur klien di malam hari hanya ± 5 jam, sedikit sakit kepala karena kurang tidur, tekanan darah 140/80 mmhg, klien susah tidur pada malam hari karena faktor suhu seperti kepanasan tetapi tidak bisa menggunakan kipas angin karena takut nyeri pada sendi saat terkena kipas angin. Respirasi 22 x/menit, suhu 37 x/menit, nadi 80 x/menit, kesadaran compos mentis.

2). Status / keadaan kesehatan satu tahun terakhir.

Klien satu tahun terakhir tidak memiliki penyakit selain reumatik.

3). Status / keadaan lima tahun terakhir.

Klien memiliki riwayat penyakit kolestrol yang terasa terasa nyeri pada bagian pundak, tetapi sekarang sudah tidak kambuh lagi.

4). Riwayat obat-obatan, makanan, interuksi dokter, dll.

a). Obat-obatan

Klien mengkonsumsi ibuprofen intertuksi dari dokter.

b). Makanan

Saat dilakukan pengkajian klien mengatakan semenjak sakit tidak memakan lagi makanan seperti jeroan, santan, daging kambing, daun singkong, sayur kol, kangkung , dan bayam.

c). Interuksi dokter

Klien mengatakan dokter menginteruksikan untuk mengurang berat badan ± 15 kg, menjaga pola makan , tidak melakukakan aktivitas berlebih dan istirahat yang cukup.

d). Masalah masalah yang mempengaruhi status kesehatan saat ini

Klien mengatakan nyeri sering timbul ketika makan-makanan seperti, kacang-kacangan, jeroan, dan daun singkong.

j. Status kesehatan dahulu

1). Riwayat penyakit anak-anak/remaja/dewasa muda yang berhubungan dengan kesehatan saat ini.

Klien saat usia muda sering mandi pada malam hari.

2). Riwayat penyakit kronik atau trauma.

Klien tidak ada data riwayat penyakit kronik dan trauma.

3). Riwayat perawatan dirumah sakit/fasilitas kesehatan lainnya .

Klien pernah di rawat dirumah sakit pada tahun 2010 dengan diagnosa medis chikungunya.

2. Data khusus kelainan sistem tubuh

   a. Pemeriksaan anggota tubuh.

      1). Umum.

      Pada saat di lakukan pengkajian Ny. R masih bisa melakukan aktivitas sendiri secara mandiri seperti mandi, makan, BAB, dan BAK tidak memerlukan bantuan keluarga. AKS kilen tidak terganggu.

      2). Kepala.

      Pada saat melakukan pengkajian di kepala Ny. R sedikit mengalami sakit kepala karena kurang tidur, tidak mengalami gatal di kulit kepala. AKS klien terganggu.

      3). Mata.

      Tidak terdapat kelainan pada mata saat di lakukan tes baca. Ny. R membaca buku yang terdapat tulisan tanpa kacamata hanya kantung mata klien sedikit hitam karena kurang tidur / istirahat. AKS klien tidak terganggu.

      4). Telinga.

      Klien masih jelas mendengar. AKS tidak terganggu.

      5). Hidung.

      Tidak ada peradangan dan pembengkakan. AKS klien tidak terganggu.

      6). Mulut dan tenggorokan.

      Saat dilakukan pengkajian klien tidak memiliki infeksi pada mulut

dan tenggorokan namun gigi klien sudah tidak lengkap lagi. AKS klien tidak terganggu.

7). Leher.

Pada bagian leher Ny. R tidak ada masalah dan masih bisa di gerakkan. AKS klien tidak ternggu.

8). Dada.

Tidak ada perubahan bentuk dan gangguan saat proses bernafas. AKS klien tidak terganggu.

9). Alat kelamin.

Berdasarkan wawancara Ny. R mengatakan tidak ada gangguan. AKS klien tidak terganggu.

10). Ekstremitas atas dan bawah.

Saat dilakukan pengkajian ekstremitas atas : Ny. R mengatakan kedua tangan nya masih kuat melakukan aktivitas, ekstremitas bawah : Ny. R mengatakan kedua kaki kanan dan kiri mengalami nyeri di daerah sendi lutut, nyeri hilang timbul. Nyeri terasa ketika cuaca dingin, atau saat dan setelah melakukan aktivitas, dengan skala nyeri 8 (0-10), klien mengatakan kaki terasa lemah dan terkadang kram. Klien tampak bergerak atau berjalan lambat, klien mengatakan cemas saat ingin bergerak seperti saat dari duduk ke berdiri, gerakan klien pun nampak terbatas, saat dilakukan palpasi klien merasakan nyeri warna kaki sedikit pucat. AKS klien terganggu

Kekuatan otot

5555	5555
4444	4444

b. Pemeriksaan sistem tubuh

1). Haemopoetik.

Saat dilakukan pengkajian tidak ada masalah dalam haemopoetik.

2). Integument.

Tidak terdapat masalah pada kulit klien, hanya saja kulit tampak keriput, rambut tampak mengalami perubahan warna menjadi putih sebagian.

3). Pernafasan.

Dipengkajian pernafasan tidak adanya gangguan pada system pernafasan Ny. R, sehingga tidak membuat aktivitas sehari-hari Ny. R terganggu.

4). Cardiovaskuler.

Ny. R mengatakan tidak pernah memeriksakan keluhan jantungnya karena tidak ada yang dirasakan.

5). Gastrointestinal.

Saat dilakukan pengkajian pada Ny. R tidak ada keluhan atapun masalah pada system gastrointestinal.

6). Perkemihan.

Saat dilakukan pengkajian pada Ny. R tidak ada keluhan atau pun masalah pada sistem perkemihan.

7). Moskuloskeletal.

Saat dilakukan pengkajian pada Ny. R mengeluh nyeri, kram dan lemah pada persendian ke 2 kaki kanan dan kiri. Nyeri hilang timbul, nyeri terutama terasa pada saat cuaca dingin atau saat klien sedang dan sesudah melakukan aktivitas dengan skala nyeri 8 (0-10). Klien mengatakan lutut dan persendian nya juga sering mengalami pembengkakan, tetapi saat dilakukan pengkajian sedang tidak bengkak. Klien masih bisa melakukan aktivitas harian tanpa di bantu keluarga walaupun tidak bisa dengan terburu- buru atau dengan pelan.

8). Endokrin.

Saat dilakukan pengkajian pada Ny. R tidak ada masalah dalam system endokrin.

9). Sistem Syaraf Pusat.

Saat dilakukan pengkajian Ny. R tidak ada kelainan pada system syaraf.

10). Kondisi psikososial.

Klien tampak merasa cemas saat mengalami nyeri pada kedua kaki nya.

3. Pengelompokan data dan analisa data

(Nanda, 2015-2017)

Tabel 3.3

Analisa data

No	Data	Masalah
1	2	3
1	Batasan karakteristik: 1. Klien mengatakan nyeri pada kedua kaki kanan dan kiri nya sejak ± 15 tahun, nyeri hilang timbul 2. Nyeri pada saat bergerak / berakifitas 3. Skala nyeri 8 (0-10) 4. Klien tampak meringis dan fokus pada kakinya 5. Klien tampak memegangi kedua kakinya, kanan dan kiri	Nyeri akut (00133) Halaman (469-470)
2	Batasan karakteristik: 1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Gerakan klien lambat 3. Mengeluh sulit menggerakkan kaki kiri dan kanan 4. Merasa cemas saat bergerak 5. Gerakan klien tampak terbatas 6. Fisik klien tampak lemah Kekuatan otot 5555 | 5555 4444 | 4444	Hambatan mobilitas fisik (00085) Halaman (232)
3	Batasan karakteristik: 1. Klien mengatakan sulit tidur, terutama saat suhu panas / dingin. Tidak puas dengan tidur, tidur ± 5 jam pada malam hari 2. Istirahat klien tidak cukup 3. Klien tampak menguap berulang-ulang 4. Klien tampak lemah 5. Katung mata klien tampak hitam	Gangguan pola tidur (000198) Halaman (229)

B. Diagnosa Keperawatan

1. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencendera biologis (inflamasi).

   Batasan karakteristik:

   a. Klien mengatakan nyeri pada kedua kaki kanan dan kiri nya sejak ± 15 tahun, nyeri hilang timbul.

   b. Nyeri pada saat bergerak / berakifitas

   c. Skala nyeri 8 (0-10)

   d. Klien tampak meringis dan fokus pada kakinya

   e. Klien tampak memegangi kedua kakinya, kanan dan kiri

2. Hambatan mobilitas fisik berhubungan dengan gangguan muskuloskeletal.

   Batasan karakteristik:

   a. Klien mengatakan nyeri saat bergerak

   b. Gerakan klien lambat

   c. Mengeluh sulit menggerakkan kaki kiri dan kanan

   d. Merasa cemas saat bergerak

   e. Gerakan klien tampak terbatas

   f. Fisik klien tampak lemah

   Kekuatan otot

5555	5555
4444	4444

3. Gangguan pola tidur berhubungan dengan halangan lingkungan (mis., suhu panas / dingin).

   Batasan karakteristik:

a. Klien mengatakan sulit tidur, terutama saat suhu panas / dingin. Tidak puas dengan tidur, tidur ± 5 jam pada malam hari
b. Istirahat klien tidak cukup
c. Klien tampak menguap berulang-ulang
d. Klien tampak lemah
e. Katung mata klien tampak hitam

C. Rencana Keperawatan (NOC & NIC, 2016)

Tabel 3.4
Rencana keperawatan

No	Dx. Keperawatan	Tujuan	NOC	NIC
1	2	3	4	5
1	Nyeri akut b/d agen pencendera biologis (inflamasi) Batasan karakteristik: 1. Klien mengatakan nyeri pada kedua kaki kanan dan kiri nya sejak ± 15 tahun, nyeri hilang timbul 2. Nyeri pada saat bergerak / berakifitas 3. Skala nyeri 8 (0-10)	Dalam 3 kali kunjungan nyeri akut dapat teratasi	**Kontrol nyeri (hal: 274, kode: 1605)** 1. Melaporkan bahwa nyeri berkurang 2. Mampu mengenali kapan nyeri terjadi 3. Menggunakan tindakan pengurangan nyeri tanpa analgesik 4. Menggunakan analgesik yang di rekomendasikan **Tingkat nyeri (hal:577, kode: 2102)** 5. Mengatakan mampu istirahat 6. Frekuensi nafas normal,denyut nadi normal, tekanan darah normal.	**Manajemen nyeri (hal: 198, kode: 1400)** 1. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif, lokasi, durasi, frekuensi, kualitas, skala, dan observasi reaksi non verbal 2. Gali bersama klien faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan mengurangi nyeri 3. Pilih dan lakukan penanganan nyeri (farmakologi dan non farmakologi: tarik nafas dalam, akupuntur, dan kompres) 4. Anjurkan pasien minum obat-obatan yang adekuat 5. Anjurkan klien untuk meningkatkan istirahat 6. Monitor tanda-tanda vital (tekanan darah, denyut nadi, pernafasan dan suhu)

1	2	3	4	5
	4. Klien tampak meringis dan fokus pada kakinya 5. Klien tampak memegangi kedua kakinya, kanan dan kiri			
2	Hambatan mobilitas fisik b/d gangguan muskuloskeletal Batasan karakteristik: 1. Klien mengatakan nyeri saat bergerak 2. Gerakan klien lambat 3. Mengeluh sulit menggerakkan kaki kiri dan kanan 4. Merasa cemas saat bergerak 5. Gerakan klien tampak terbatas	Dalam 3 kali kunjugan gangguan mobilitas fisik dapat teratasi	**Ambulasi (hal: 75, kode: 0200)** 1. Dapat berjalan dengan langkah efektif 2. Dapat berjalan dengan pelan 3. Dapat berjalan dengan langkah sedang 4. Dapat berpindah tempat sesuai kebutuhan	**Terapi latihan ambulasi (hal: 438, kode:0221)** 1. Anjurkan klien memakai alat bantu (tongkat) 2. Bantu klien unuk berdiri dan ambulasi dan anjurkan memakai alas kaki untuk mecegah cidera 3. Anjurkan klien untuk bangkit sebanyak dan sesering yang diinginkan 4. Bantu klien berpindah sesuai kebutuhan seperti (berpindah tempat duduk)

1	2	3	4	5
	6. Fisik klien tampak lemah Kekuatan otot 5555 5555 4444 4444			
3	Gangguan pola tidur b/d halangan lingkungan (mis., suhu panas / dingin). Batasan karakteristik: 1. Klien mengatakan sulit tidur, terutama saat suhu panas / dingin. Tidak puas dengan tidur, tidur ± 5 jam pada malam hari 2. Istirahat klien tidak cukup 3. Klien tampak menguap berulang-ulang 4. Klien tampak lemah 5. Kantung mata tampak hitam	Dalam 3 kali kunjungan gangguan pola tidur dapat teratasi	**Tidur (hal: 566, kode: 0004)** 1. Pola tidur tidak terganggu 2. Tidak mengalami kesulitan 3. Kualitas tidur baik	**Peningkatan tidur (hal: 348, kode:1850)** 1. Catat pola tidur klien dan jumlah jam tidur klien 2. Bantu meningkatkan jumlah jam tidur klien 3. Tentukan pola tidur dan aktivitas klien 4. Sesuaikan lingkungan mis. suhu 5. Anjurkan klien untuk menghindari makanan dan minum sebelum tidur yang dapat menggangu tidur serta 6. Anjurkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat dan pemberian posisi pada klien

D. Penatalaksanaan dan Evaluasi

Tabel 3.5
Catatan perkembangan hari pertama

No	Hari/Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	Senin, 23 Maret 2020	Jam: 09.30 Wib **Manajemen nyeri** 1. Melakukan pengkajian nyeri secara komprehensif. a. Lokasi: pada kaki kanan dan kiri dengan menayakan kepada klien dimana yang terasa nyeri dan melihat keadaan kaki yang terlihat pucat serta saat di sentuh klien merasakan nyeri b. Durasi: kurang lebih 5 menit c. Frekuensi: sering atau saat kambuh d. Skala: 8 (0-10) 2. Mengobservasi reaksi non verbal: klien tampak meringis sambil memegangi kedua kakinya 3. Menggali bersama faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan mengurangi nyeri:	Jam: 11.15 Wib S : 1. Klien mengatakan masih nyeri pada sendi lutut kaki kanan dan kiri 2. Klien mengatakan nyeri terjadi saat berjalan 3. Klien mengatakan akan menggunakan teknik pengurangan nyeri tanpa analgesik dan akan menggunakan analgesik sesuai anjuran dokter 4. Klien mengatakan siap dan akan mengikuti anjuran yang telah di berikan. 5. Klien mengatakan belum dapat beristirahat. O : 1. Skala nyeri masih 8 (0-10) 2. TD : 140/80 mmHg 3. RR : 22 x/ Menit 4. N : 80 x/ Menit 5. T : 36,5 ˚ C

1	2	3	4
		a. Faktor yang meningkatkan: saat klien berjalan b. Faktor yang mengurangi: saat klien istirahat 4. Melakukan penanganan nyeri dengan mengajarkan teknik non farmakologi: rendam kaki pakai air hangat di tambahkan sedikit garam selama 15 menit, posisi klien duduk. 5. Melanjutkan kolaborasi dokter menganjurkan klien minum obat-obatan: Nama obat ibuprofen, dosis 400 mg dan di minum 2 x sehari 6. Mengajarkan klien untuk istirahat: istirahat 1-2 jam di siang hari 7. Mengukur tanda-tanda vital. Tekanan darah menggunakan tensi meter di arteri brachialis, suhu dengan termometer digital di daerah axilla, mengukur nadi pada nadi radialis dan pernafasan dengan pergerakan dada dengan posis Ny. R duduk masing-masing selama satu menit.	A : Nyeri akut belum teratasi P : Lanjutkan intervensi 1. Lakukan pengkajian skala nyeri 2. Obsevasi reaksi non verbal klien Rekomendasikan penanganan nyeri dengan teknik non farmakologi 3. Melanjutkan kolaborasi dokter anjurkan klien minum obat ibu profen dosis 400mg/ 2 x sehari 4. Anjurkan klien untuk istirahat 5. Ukur tanda-tanda vital Tyara Martha
2	Senin, 23 Maret 2020	Jam: 11.30 Wib **Terapi latihan ambulasi** 1. Menganjurkan klien memakai alat bantu jalan: klien mengatakan siap menggunakan alat bantu tongkat 2. Membantu klien untuk berdiri dan ambulasi	Jam: 13.15 Wib S: 1. Klien mengatakan belum mampu berjalan dengan efektif 2. Klien mengatakan sedikit mampu berjalan dengan pelan

1	2	3	4
		3. selama 5 menit secara bertahap 4. Menganjurkan klien untuk memakai alas kaki: klien mengatakan mau menggunakan kaos kaki untuk mencegah cidera 5. Menganjurkan klien untuk bangkit sebanyak dan sesering yang diinginkan : mengajarkan klien berdiri selama 5 menit Membantu klien berpindah sesuai kebutuhan seperti berpindah tempat duduk.	3. Klien mengatakan sedikit mampu berjalan dengan langkah sedang 4. Klien mengatakan belum mampu berpindah secara mandiri O: 1. Klien tampak berjalan secara pelan 2. Klien tampak sulit untuk berpindah tempat A: Gangguan mobilitas fisik belum teratasi P: Lanjutkan intervensi 1. Redemonstrasikan cara memakai alat bantu jalan 2. Bantu pasien untuk berdiri dan ambulasi 3. Anjurkan klien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin. Tyara Martha
2	Senin, 23 Maret 2020	Jam: 13.30 Wib **Peningkatan tidur** 1. Mencatat pola tidur dan jumlah jam tidur klien: Klien tidur 5 jam / hari, klien mengatakan tidak pernah tidur siang dan pada malam hari tidur sering terjaga 2. Membantu meningkatkan jumlah jam tidur	Jam: 15.15 Wib S: 1. Klien mengatakan pola tidur sedikit terganggu karna mudah terbangun saat tidur 2. Klien mengatakan sulit untuk memulai tidur 3. Klien mengatakan tidak puas dalam tidur O: Klien tampak lesu

1	2	3	4
		klien: menganjurkan klien tidur disiang hari 1-2 jam 3. Menyesuaikan lingkungan untuk meningkatkan tidur : menganjurkan klien menggunakan kaos kaki pada saat cuaca dingin dan menghidupkan kipas angin tetapi tidak mengarah ke tubuh contohnya kaki agar tidak nyeri.	A: Gangguan pola tidur belum teratasi P: Lanjutlkan intervensi 1. Catat pola tidur dan jumlah jam tidur klien 2. Anjurkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat dan pemberian posisi 3. Menyesuaikan suhu lingkungan tempat tidur Tyara Martha

Catatan perkembangan hari kedua

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	Selasa, 24 Maret 2020	Jam : 09.00 Wib **Manajemen nyeri** 1. Melakukan pengkajian skala nyeri: 4 (0-10) 2. Mengobservasi reaksi non verbal klien: klien masih tampak meringis 3. Merekomendasikan penanganan nyeri dengan	Jam: 11.00 Wib S: 1. Klien mengatakan nyeri sedikit berkurang 2. Klien mengatakan mampu mengenali kapan nyeri terjadi 3. Klien mengatakan dapat menggunakan teknik

1	2	3	4
		masing-masing selama satu menit. 4. teknik non farmakologi: klien akan melakukan teknik merendam kaki dengan air hangat di tambahkan garam sedikit selama 15 menit dengan posisi duduk. 5. Melanjutkan kolaborasi dokter menganjurkan klien minum obat-obatan : Nama obat Ibuprofen dengan dosis 400 mg dan di minum 2x sehari 6. Menganjurkan klien untuk istirahat di siang hari selama 2-3 jam 7. Mengukur tanda-tanda vital Tekanan darah menggunakan tensi meter di arteri brachialis, suhu dengan termometer digital di daerah axilla, mengukur nadi pada nadi radialis dan pernafasan dengan pergerakan dada dengan posis Ny. R duduk	4. pengurangan nyeri tanpa analgesik 5. Klien mengatakan sudah meminum obat yang di rekomendasikan 6. Klien mengatakan sudah dapat beristirahat disiang hari selama 1 jam O: 1. Skala nyeri masih 4 (0-10) 2. TD : 130/80 mmHg 3. RR : 22 x/ Menit 4. N : 80 x/ Menit 5. T : 36,5 ^{o}C A : Nyeri akut teratasi sebagian P : Lanjutkan intervensi 1. Lakukan pengkajian skala nyeri 2. Observasi reaksi non verbal klien 3. Redemonstrasikan dalam meminum obat 4. Anjurkan klien untuk istirahat 5. Ukur tanda-tanda vital Tyara Martha

1	2	3	4
2	Selasa, 24 Maret 2020	Jam : 11.10 Wib **Terapi latihan ambulasi** 1. Meredemonstrasikan memakai alat bantu jalan: klien siap menggunakan alat bantu jalan tongkat 2. Membantu pasien untuk berdiri dan ambulasi selama 10 menit 3. Menganjurkan klien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin: mengajarkan klien berdiri selama 10 menit 4. Membantu klien untuk perpindahan seperti: berpindah tempat dan berjalan	Jam: 13.15 Wib S: 1. Klien mengatakan sudah dapat berjalan dengan alat bantu tongkat 2. Klien mengatakan sudah mampu berjalan dengan pelan 3. Klien mengatakan mulai dapat berjalan dengan langkah sedang 4. Klien mengatakan mulai dapat berpindah secara mandiri O: 1. Klien tampak berjalan secara tertatih 2. Klien mulai tampak berpindah tempat secara terbatas A: Gangguan mobilitas fisik teratasi sebagian P: Lanjut intervensi 1. Bantu pasien untuk berdiri dan ambulasi 2. Anjurkan klien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin 3. Bantu klien untuk perpindahan Tyara Martha

1	2	3	4
3	Selasa, 24 Maret 2020	Jam: 13.15 **Peningkatan tidur** 1. Mencatat pola tidur dan jumlah jam tidur klien: klien tidur 8 jam / hari, malam5 jam dan siang 3 jam 2. Menganjurkan langkah-langkah kenyamanan seperti pijat dan pemberian posisi semi fowler 3. Menyesuaikan suhu lingkungan tempat tidur: menganjurkan menghidupkan kipas dengan kecepatan kecil dan tidak langsung mengenai kaki klien dan bila suhu dingin dapat menggunakan kaos kaki pada kaki agar tidak nyeri.	Jam: 15.00 Wib S: 1. Klien mengatakan pola tidur sudah tidak terganggu dapat bangun di waktu yang tepat 2. Klien mengatakan dapat memulai tidur 3. Klien mengatakan kualitas tidur baik 4. Klien mengatakan sudah tidak merasa panas / dingin pada malam hari dan sudah mengikuti anjuran agar memakai kaos kaki bila dingin dan menghidupkan kipas angin ke arah lain bila suhu panas. O: Klien tampak segar A: Gangguan pola tidur sudah teratasi P: Hentikan intervensi Tyara Martha

Catatan perkembangan hari ketiga

No	Hari / Tanggal	Implementasi	Evaluasi
1	2	3	4
1	Rabu, 25 Maret 2020	Jam: 09. 30 Wib **Manajemen nyeri** 1. Melakukan pengkajian skala nyeri: 2 (0-10) 2. Mengobservasi reaksi non verbal klien: klien sudah tidak tampak meringis 3. Meredemonstrasikan dalam meminum obat: klien sudah dapat meminum obat dengan benar 4. Melanjutkan kolaborasi dokter, menganjurkan klien untuk istirahat dan menambah jumlah jam tidur siang selama 3 jam 5. Mengukur tanda-tanda vital Tekanan darah menggunakan tensi meter di arteri brachialis, suhu dengan termometer digital di daerah axilla, mengukur nadi pada nadi radialis dan pernafasan dengan pergerakan dada dengan posis Ny. R duduk masing-masing selama satu menit.	Jam: 11.00 Wib S: 1. Klien mengatakan nyeri sudah berkurang 2. Klien mengatakan mampu mengenali kapan nyeri terjadi 3. Klien mengatakan dapat menggunakan tehnik pengurangan nyeri tanpa analgesik 4. Klien mengatakan sudah dapat meminum obat yang di rekomendasikan 5. Klien mengatakan sudah dapat beristirahat O: Wajah klien tampak tidak meringis 1. TD: 120/80 mmHg 2. RR: 22 x / Menit 3. N: 80 x / Menit 4. T: 36,0 ˚ C A: Nyeri akut sudah teratasi P: Hentikan intervensi Tyara Martha

1	2	3	4
2	Rabu, 25 Maret 2020	Jam: 11.10 Wib **Terapi latihan ambulasi** 1. Membantu klien untuk berdiri dan ambulasi selama 15 menit 2. Menganjurkan klien untuk bangkit sebanyak dan sesering mungkin: mengajarkan klien berdiri selama 15 menit 3. Membantu klien untuk perpindahan seperti: berpindah tempat dan berjalan	Jam: 13.10 Wib S: 1. Klien mengatakan sudah dapat berjalan dengan alat bantu tongkat 2. Klien mengatakan sudah mampu berjalan dengan pelan 3. Klien mengatakan sudah dapat berjalan dengan langkah sedang 4. Klien mengatakan sudah dapat berpindah secara mandiri O: Klien sudah mulai tampak berpindah tempat A: Gangguan mobilitas fisik sudah teratasi P: Hentikan intervensi Tyara Martha